



Narodowy Fundusz Zdrowia

**SPRAWOZDANIE  
Z DZIAŁALNOŚCI  
NARODOWEGO FUNDUSZU  
ZDROWIA ZA 2021 ROK**

Warszawa, czerwiec 2022 rok

Filip Nowak

Prezes NFZ

/Dokument podpisany elektronicznie/

## Spis treści

Wstęp .....	6
I. Podstawy prawne działalności Funduszu.....	7
II. Rola Funduszu w okresie pandemii .....	10
II.1. Regulacje prawne.....	10
II.2. Środki finansowe skierowane do NFZ w 2021 roku z Funduszu Przeciwdziałania COVID- 19 na realizację zadań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.....	19
II.3. Szczepienia przeciwko COVID-19.....	23
II.4. Analiza danych pracy sal obsługi klientów NFZ .....	26
II.5. Infolinia Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 .....	27
III. Strategia .....	31
IV. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz. ....	36
IV.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2021 roku .....	36
IV.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) .....	36
IV.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS).....	37
IV.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne.....	38
IV.1.4. Leczenie szpitalne (LSZ) .....	40
IV.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej .....	44
IV.1.6. Opieka kompleksowa.....	49
IV.1.6.1.KOS – Zawał.....	49
IV.1.6.2.Onkologiczne świadczenia kompleksowe - KON.....	50
IV.1.7. Programy pilotażowe .....	52
IV.1.7.1.Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOSM .....	52
IV.1.7.2.Program pilotażowy w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19.....	53
IV.1.7.3.Program pilotażowy dotyczący leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych .....	53
IV.1.7.4.Program pilotażowy w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami .....	54
IV.1.7.5.Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej.....	54
IV.1.7.6.Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR.....	55
IV.1.7.7.Program pilotażowy w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin. ....	56
IV.1.7.8.Program pilotażowy: Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy.....	57
IV.1.7.9.Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej .....	58
IV.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie .....	59
IV.1.9. Opieka Paliatywna i Hospicyjna.....	60
IV.1.10. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej .....	60
IV.1.11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie .....	61
IV.1.12. Leczenie stomatologiczne .....	61

IV.1.13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień .....	62
IV.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego .....	64
IV.1.14.1. Zwiększenie ceny punktów w umowach.....	65
IV.1.15. Rehabilitacja lecznicza.....	65
IV.1.16. Kontrola.....	67
IV.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej .....	71
IV.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej .....	71
IV.2.1.1. Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2020-2021 .....	71
IV.2.2. Postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.....	75
IV.2.2.1. Liczba i wartość umów w 2021 roku.....	79
IV.2.3. Podstawowa opieka zdrowotna.....	79
IV.2.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna .....	83
IV.2.5. Leczenie szpitalne .....	85
IV.2.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień .....	87
IV.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze .....	90
IV.2.8. Opieka paliatywno-hospicyjna .....	92
IV.2.9. Rehabilitacja lecznicza.....	94
IV.2.10. Leczenie stomatologiczne .....	96
IV.2.11. Świadczenia odrębnie kontraktowane .....	99
IV.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne.....	102
IV.2.13. Zaopatrzenie w wyroby medyczne .....	103
IV.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe .....	104
IV.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny.....	106
IV.2.15.1. Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” .....	106
IV.2.15.2. Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego.....	108
IV.2.16. Ratownictwo medyczne .....	111
IV.2.17. Chemioterapia .....	115
IV.2.18. Programy lekowe .....	116
IV.2.19. Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę .....	120
IV.2.20. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie środków finansowych przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.....	127
IV.2.21. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) .....	129
V. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie .....	132
V.1. Zadania, o których mowa w art. 42a ust. 3 ustawy o świadczeniach .....	132
V.2. Zadania, o których mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach .....	139
V.3. Zadania, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach .....	143
V.4. Zadania, o których mowa w art. 42j ustawy o świadczeniach .....	144
V.5. Centralny Wykaz Ubezpieczonych.....	146
V.6. Plany zakupu świadczeń .....	150

V.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli .....	151
V.8. Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego .....	168
VI. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ .....	175
VI.1. Liczba osób oczekujących .....	175
VI.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna .....	180
VI.1.2. Leczenie szpitalne .....	181
VI.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień .....	183
VI.1.4. Rehabilitacja lecznicza .....	184
VI.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna .....	186
VI.1.6. Leczenie stomatologiczne .....	187
VI.1.7. Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących .....	188
VI.1.8. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2019 r. do grudnia 2021 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób .....	191
VI.1.9. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej .....	196
VI.2. Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń .....	199
VII. Opis organizacji Funduszu .....	212
VII.1. Struktura organizacyjna Funduszu .....	212
VII.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu .....	217
VII.3. Działania podejmowane w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowane projekty .....	218
VII.3.1. Systemy informatyczne .....	218
VII.3.2. Infrastruktura .....	231
VII.4. Wybrane projekty realizowane przez Fundusz .....	232
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) .....	232
VII.4.2. Projekt SCIROCCO Exchange .....	238
VII.4.3. Otwarte dane - dostęp, standard, edukacja .....	239
VII.4.4. Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych .....	241
VII.4.5. Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych .....	245
VII.5. Działania edukacyjne i informacyjne .....	246
VII.5.1. Zdrowe Dane .....	253
VII.5.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP) .....	254
VII.5.3. Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia .....	256
VII.5.4. Forum Organizacji Pacjentów .....	257
VII.5.5. Badanie doświadczeń klientów .....	258
VII.5.6. Działania informacyjne .....	262
VII.5.7. Profilaktyka i promocja zdrowia .....	263
VIII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu .....	269
VIII.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Fundusz .....	269

VIII.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu.....	275
VIII.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu.....	276
VIII.4. Sprawy sądowe .....	277
VIII.5. Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze .....	278
IX. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców .....	279

## 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 2021 r. poz. 1285 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 2021 roku ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

- 1) ustawą z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. 2021 poz. 97), która m.in. realizuje postulaty zamieszczone w dokumencie rządowym „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022” w zakresie, w jakim dotyczą one spraw związanych z usługami świadczonymi przez przedstawicieli zawodu medycznego farmaceuty dodano ustawie o świadczeniach w art. 5 w pkt 41 podmiot udzielający opieki farmaceutycznej. Ustawa weszła w życie w dniu 16 kwietnia 2021 r.;
- 2) ustawą z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 159). Istotą zmiany jest przyznanie prawa do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach dla dawcy krwi, który oddał co najmniej 3 donacje krwi pełnej lub osocza po chorobie COVID-19. Ustawa weszła w życie w dniu 26 stycznia 2021 r.;
- 3) ustawą z dnia 30 marca 2021 r. o zmianie ustawy o podatku akcyzowym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 694) doprecyzowano przepisy wprowadzone 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). Ustawa weszła w życie w dniu 1 maja 2021 r.;
- 4) ustawą z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 1292) wprowadzono system planowania strategicznego w ochronie zdrowia – umożliwiający funkcjonowanie systemu, w którym działania są planowane z należyтым wyprzedzeniem, a także jest przewidziany horyzont czasowy oraz środki finansowe na ich realizację. Dokumenty map potrzeb zdrowotnych w swojej pierwszej edycji nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań z uwagi na ograniczenie analiz do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zmiana poprawia system map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Ustawa weszła w życie w dniu 30 lipca 2021 r.;
- 5) ustawą z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 1559). Intencją zmiany w ustawie o świadczeniach jest wskazanie na możliwość przeznaczenia środków finansowych z odpisu, o którym mowa w art. 97 ust. 3e ustawy o świadczeniach niewykorzystanych w danym roku kalendarzowym pozostających w dyspozycji Agencji na lata następane

z przeznaczeniem na cel, na jaki zostały przyznane. Projektowana zmiana pozwoli Agencji na racjonalne planowanie wydatków, które nie zostały wykorzystane w danym roku. Ma to istotne znaczenie z punktu widzenia obecnej sytuacji epidemiologicznej. Ustawa weszła w życie w dniu 9 września 2021 r.;

- 6) ustawą z dnia 11 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 1773). Projektowana zmiana ma na celu przyspieszenie osiągnięcia dotychczas określonego poziomu nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 6% produktu krajowego brutto (PKB) już w 2023 r. oraz określenie ścieżki dalszego wzrostu minimalnych wartości przedmiotowych nakładów aż do osiągnięcia poziomu 7% PKB w 2027 r. Ponadto, projektowane zmiany rozszerzają uprawnienia Ministra Zdrowia związane z przekazywaniem NFZ dotacji podmiotowej. Dotychczasowe przepisy pozwalały na zaplanowanie tej dotacji wyłącznie na etapie planowania budżetu na dany rok. Wprowadzane zmiany pozwolą dodatkowo na przekazanie NFZ, w formie dotacji podmiotowej lub jako zasilenie funduszu zapasowego, środków, które zostaną zidentyfikowane jako oszczędności także na etapie realizacji budżetu. Ustawa weszła w życie w dniu 14 października 2021 r.;
- 7) ustawą z dnia 17 września 2021 r. o zmianie ustawy o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 1834), którą dodano do ustawy o świadczeniach nową kategorię podmiotów ubezpieczonych tj. małżonek Prezydenta RP. Ustawa weszła w życie w dniu 1 listopada 2021 r.;
- 8) ustawą z dnia 17 września 2021 r. o zmianie ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 1981), którą dodano przepis na podstawie którego NFZ może przekazać informacje i dane zgromadzone w Funduszu, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych w celu weryfikacji prawa do świadczenia wychowawczego, o którym mowa w ustawie z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2019 r. poz. 2407 oraz z 2021 r. poz. 1162 i 1981), i świadczenia dobry start. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2022 r.;
- 9) ustawą z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 2105), realizującą program „Polsk Ład” w zakresie rozwiązań podatkowych wprowadzono m.in. zmiany podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz likwiduje możliwości jej odliczenia od podatku dochodowego od osób fizycznych. Ustawa wprowadziła m.in. zmiany w zakresie wysokości składki zdrowotnej opłacanej przez przedsiębiorców oraz nowych tytułów objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2022 r.;
- 10) ustawą z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 2120), którą dostosowano przepisy ustawy o świadczeniach, do stanu prawnego powstałego w związku z wystąpieniem Zjednoczonego Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z EU i stosowaniem przepisów umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z UE i Europejskiej Wspólnoty Energii



Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019), str. 1) oraz rozpoczęciem obowiązywania, z dniem 1 stycznia 2021 r., protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10). Ustawa weszła w życie w dniu 9 grudnia 2021 r.;

- 11) ustawą z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2021 poz. 2232), którą utworzono Fundusz Kredytowania Studiów Medycznych. Środki FKSM będą pochodzić m.in. z dotacji celowych z budżetu państwa określanej corocznie w ustawie budżetowej w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Ustawa weszła w życie w dniu 18 grudnia 2021 r.;
- 12) ustawą z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym (Dz. U. 2021 poz. 2270), którą dodano przepis na podstawie którego NFZ może przekazać informacje i dane zgromadzone w Funduszu, ZUS w celu weryfikacji danych dotyczących osób ubiegających się o rodzinny kapitał opiekuńczy, o którym mowa w ustawie z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym (Dz. U. poz. 2270), osób pobierających ten kapitał oraz członków ich rodzin oraz dofinansowanie obniżenia opłaty rodzica za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna, o którym mowa w art. 64c ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2021 r. poz. 75, 952, 1901 i 2270), osób pobierających to dofinansowanie oraz członków ich rodzin. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2022 r.

Ponadto, w 2021 roku ogłoszony został tekst jednolity ustawy o świadczeniach oraz jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

W 2021 r. regulamin organizacyjny Centrali NFZ, wprowadzony zarządzeniem nr 152/2020/GPF Prezesa NFZ z dnia 30 września 2020 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia został zmieniony zarządzeniami: nr 31/2021/GPF z dnia 12 lutego 2021 r., nr 58/2021/GPF z dnia 1 kwietnia 2021 r. Zarządzenie nr 152/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2020 r. zostało uchylone zarządzeniem nr 147/2021/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2021 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, które zostało zmienione zarządzeniem 191/2021/GPF z dnia 1 grudnia 2021 r.

## **II. Rola Funduszu w okresie pandemii**

### **II.1. Regulacje prawne**

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

1. Zarządzenie Nr 10/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W związku z publikacją (przez Wydział Taryfikacji 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., wprowadzono modyfikacje polegające między innymi na dodaniu produktów rozliczeniowych, umożliwiających rozliczanie świadczeń hemodializoterapii pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Były 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 zł).

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

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

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

Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

3. Zarządzenie Nr 13/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21.01.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W załączniku nr 1 do zarządzenia uchylono produkt rozliczeniowy: 99.03.0802 Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 w punkcie szczepień z uwzględnieniem transportu pacjenta na szczepienie (lp. 56), co wynikało z tego, że transport sanitarny pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej jest świadczeniem gwarantowanym, udzielanym świadczeniobiorcy bezpłatnie, a także z faktu, że transport osób mających trudności w samodzielnym dotarciu do punktów szczepień mógł być realizowany i rozliczany przez JST.

4. Zarządzenie Nr 19/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27.01.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W zarządzeniu 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, zwaną dalej również „AOTMiT” rewizją wyceny przedmiotowego świadczenia, która uwzględniała parametry odległości i czasu dojazdu wskazane przez ekspertów oraz 5% współczynnik dyskwalifikacji/ rezygnacji z szczepienia. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1.02.2021 r.

5. Zarządzenie Nr 37/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W porównaniu do dotychczasowej regulacji (zarządzenie Nr 187/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 listopada 2020 r.) zarządzenie wprowadziło częściową sprawozdawczość świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 szczegółowym komunikatem sprawozdawczym SWIAD. Sprawozdawczością systemową objęte zostały: świadczenia o charakterze ambulatoryjnym udzielone od 1 marca 2021 r. oraz hospitalizacje lub pobyty zakończone po 28 lutym 2021 r.

W załączniku nr 1 do zarządzenia wskazano sposób sprawozdania poszczególnych produktów rozliczeniowych. Dla ułatwienia sprawozdawczości świadczeń w wybranych zakresach, raporty przekazywane były komunikatem sprawozdawczym SWIAD – obszar WYKBAD.

Pozostałe wprowadzone zarządzeniem zmiany miały na celu modyfikację, doprecyzowanie oraz uporządkowanie rozwiązań wprowadzonych nowelizacjami do zarządzenia Nr 187/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 listopada 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, które z dniem wejścia w życie tejże regulacji utraciło moc obowiązującą.

6. Zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 05.03.2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID- 19.

Na mocy polecenia Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r. wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 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, z późn. zm) 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 w kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ znalazło się zadanie związane ze sporządzeniem i prowadzeniem wykazu podmiotów, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Wykaz taki, prowadzony według miejsca prowadzenia działalności podmiotów uczestniczących w udzielaniu wskazanych świadczeń opieki zdrowotnej podlega ogłoszeniu w BIP NFZ. Zarządzenie weszło w życie z dniem 9 marca 2021 r.

7. Zarządzenie Nr 44/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.03.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W zarządzeniu przywrócono, obowiązujące do dnia 8 marca 2021 r., produkty rozliczeniowe: 99.06.0003 Teleporada lekarza udzielana za pośrednictwem platformy CeZ w godz. 8.00-18.00 w dni robocze, 99.06.0004 Teleporada pielęgniarki udzielana za pośrednictwem platformy CeZ 8.00-18.00 w dni robocze, 99.06.0001 Teleporada lekarza udzielana za pośrednictwem platformy CeZ w dni wolne od pracy oraz w godz. 18.01-7.59 w dni robocze, 99.06.0002 Teleporada pielęgniarki udzielana za pośrednictwem platformy CeZ w dni wolne od pracy oraz w godz. 18.01-7.59 w dni – dedykowane podmiotom wpisanym do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z wprowadzonymi zmianami, przepisy zarządzenia dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej (będące przedmiotem regulacji) w zakresie teleporad, o których mowa w załączniku nr 2 lp.54-57, udzielonych przez podmioty wpisane do wykazu miały zastosowanie do dnia 31 marca 2021 r.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 9 marca 2021 r.

8. Zarządzenie Nr 46/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22.03.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W zarządzeniu wprowadzono mechanizm dodatkowego finansowania pobytów pacjentów na oddziałach innych niż dedykowane COVID-19, którzy po hospitalizacji z powodu COVID-19, ze względu na stan zdrowia, wymagali dalszego pobytu w szpitalu. Szpital za każdy dzień hospitalizacji, poza wynagrodzeniem ryczałtowym, otrzymywał dodatkowe 50 zł za osobodzień. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

9. Zarządzenie Nr 63/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie stanowiło wykonanie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2021 r., w którym zobowiązano Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do opracowania i wdrożenia programu rehabilitacji postcovidowej. W wyniku analizy dokonanej przez AOTMiT wartość przedmiotowych produktów rozliczeniowych ustalono na 188 zł. Wprowadzone rozwiązanie umożliwiło zorganizowanie i finansowanie rehabilitacji leczniczej ukierunkowanej dla specyficznych potrzeb zdrowotnych pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, a w szczególności ze zmniejszeniem wydolności fizycznej i oddechowej. Przedmiotowe świadczenia realizowane były przez każdy podmiot udzielający świadczeń rehabilitacyjnych lub uzdrowiskowych, który miał podpisaną umowę z NFZ i spełniał wymagania określone w opisie programu. Wprowadzono także zmianę umożliwiającą sprawozdawanie i rozliczanie grupami JGP świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów po przebytej infekcji SARS- CoV- 2 wymagających dalszego leczenia szpitalnego.

10. Zarządzenie Nr 78/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26.04.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie wprowadziło nowe produkty rozliczeniowe w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19. Wartości poszczególnych świadczeń zostały określone przez AOTMiT, w związku ze zleceniem Ministra Zdrowia z dnia 6.04.2021 r., znak: DLG.744.24.2021.IJ. Główny cel utworzonego przez Ministerstwo Zdrowia programu fizjoterapii dla osób po przebyciu COVID-19 to wspomaganie pełnego powrotu do zdrowia i aktywności (w tym zawodowej) osób po przebyciu COVID-19.

11. Zarządzenie Nr 87/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 06.05.2021 roku zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie zmieniło brzmienie załącznika nr 6a do zarządzenia (Program i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, które posiadają niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów) zgodnie z wydaną decyzją Ministra Zdrowia z dnia

29.04.2021 r., znak: DLG.745.7.2021.IJ. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

12. Zarządzenie Nr 94/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27.05.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W związku z poprawą sytuacji epidemiologicznej, w tym obserwowanym spadkiem liczby hospitalizowanych pacjentów z COVID-19 w tym czasie, w zarządzeniu uchylono przepisy regulujące zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale będące na IV poziomie zabezpieczenia COVID-19. Powyższe działanie pozwoliło podmiotom wskazanym dotychczas na IV poziomie zabezpieczenia COVID-19, na powrót do pełnej działalności poprzez proces uwalniania łóżek przeznaczonych do tej pory dla pacjentów z COVID-19. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 czerwca 2021 r.

13. Zarządzenie Nr 98/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 02.06.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie stanowiło wykonanie decyzji Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r., zgodnie z którą zmodyfikowano warunki realizacji programu i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym. Przedmiotowe świadczenia udzielano świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagali kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

14. Zarządzenie Nr 103/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10.06.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie stanowiło wykonanie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 7 czerwca 2021 r., zmieniającego polecenie Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r. wydane w związku z wejściem w życie w dniu 29 maja 2021 r. ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 981). Ustawa ta w art. 2 dokonała zmiany w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974), umożliwiającej przeprowadzanie w aptekach ogólnodostępnych szczepień ochronnych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.). Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

15. Zarządzenie Nr 117/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28.06.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie stanowiło wykonanie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2021 r., zmieniającego polecenie Ministra Zdrowia z 2 marca 2021 r., zgodnie z którym wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, zgodnie z którym opracowywany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, od 1 lipca 2021 r. nie obejmował izolatoriów.

Poprawiająca się sytuacja epidemiczna stała się także powodem uchylenia przepisów regulujących zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale będące na III poziomie zabezpieczenia COVID-19, zapewniające do tego czasu realizację świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniach.

Zarządzenie stanowiło również wykonanie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2021 r. zmieniającego polecenie z dnia 5 lutego 2021 r. (zmienione poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2021 r.) mającego na celu umożliwienie przekazywania podmiotom realizującym świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego dodatkowych środków będących rekompensatą kosztów niezbędnych w celu zapewnienia optymalnego zabezpieczenia szczególnie narażonej na ryzyko zakażenia grupy pacjentów bez obniżania dostępu do świadczeń, związanych z diagnostyką i leczeniem nowotworów złośliwych.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 lipca 2021 r.

16. Zarządzenie Nr 134/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14.07.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie stanowiło wykonanie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2021 r. w sprawie programu rehabilitacji psychiatrycznej dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. Celem rehabilitacji psychiatrycznej była poprawa stanu zdrowia w aspekcie psychosomatycznym osób po przebytej chorobie COVID-19. Świadczenia są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagali kompleksowych świadczeń psychiatrycznych rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego.

Dla przedmiotowych świadczeń określono dedykowany produkt rozliczeniowy o wartości 246 zł. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

17. Zarządzenie Nr 137/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.07.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W związku z zagrożeniem ponownego wzrostu zachorowalności na chorobę COVID-19 zaszła konieczność prowadzenia bezpośrednich spotkań z pacjentami w celu realizacji aktywnej

i skutecznej edukacji promującej szczepienia przeciwko SARS-CoV-2, połączonej z zaszczepieniem pacjenta. Pracownicy sektora ochrony zdrowia są najbardziej zaufanym źródłem informacji o szczepionkach zarówno dla pacjentów oraz dla rodziców i to właśnie odpowiedzi udzielane przez profesjonalistów mają znaczenie i pomagają podjąć świadomą decyzję o otrzymaniu szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 dla siebie lub swoich bliskich. Wobec powyższego do zarządzenia dodano nowy produkt rozliczeniowy - Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 w objazdowym punkcie szczepień bez transportu pacjenta z uwzględnieniem dodatkowego kosztu promowania szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 (wartość: 101,97 zł wskazana przez AOTMiT w piśmie z dnia 28 lipca 2021 r. znak: WT.5403.26.2021.KL.3). Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

18. Zarządzenie Nr 152/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie stanowiło wykonanie polecenia Ministra Zdrowia wyrażonego w piśmie z dnia 8 września 2021 r., znak: ZPŚ.641.177.2021.JK. Na jego podstawie podmioty znajdujące się na wykazie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 prowadzonym przez Fundusz otrzymały środki finansowe z przeznaczeniem na finansowanie wykonania szczepień ochronnych przeciw grypie w sezonie 2021/2022 u osób objętych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (Dz. U. poz. 1581), zwanym dalej również „rozporządzeniem o grypie sezonowej”. Rozliczeniu podlegały wyłącznie szczepienia wykonane z wykorzystaniem szczepionki przeciwko grypie otrzymanej przez podmiot nieodpłatnie z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, u osób objętych szczepieniami na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022. Informacje o statusie osoby zaszczepionej, podlegające weryfikacji zawarto w elektronicznej Karcie Szczepień. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

19. Zarządzenie Nr 164/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie stanowiło wykonanie polecenia Ministra Zdrowia wyrażonego w piśmie z dnia 5 października 2021 r. (znak: DLU.736.302.2021.KB).

Na jego podstawie wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 prowadzonym przez Fundusz od dnia 5 października 2021 r. obejmował jedno izolatorium na terenie danego województwa. Przywrócono więc produkty rozliczeniowe dedykowane rozliczaniu świadczeń udzielanych w izolatoriach. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz. U. z 2021 r. poz. 965) opieka w izolatorium polega na zapewnieniu pobytu



w obiekcie, spełniającym kryteria określone w niniejszym standardzie oraz opieki zdrowotnej personelu medycznego, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 lub podejrzenie zachorowania, jeżeli zostały przez lekarza skierowane do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach izolacji odbywanej poza szpitalem, lub którym lekarz zlecił izolację w warunkach domowych.

20. Zarządzenie Nr 172/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie stanowiło wykonanie poleceń Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. (pisma znak: DLG.744.130.2021.IJ oraz DLG.744.117.2021.IJ).

Na ich podstawie dokonano zmian w założeniach Programu i warunków realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, które posiadały niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów. Zgodnie z nowymi założeniami rozpoczęcie rehabilitacji COVID-19 następowało w terminie do 12 miesięcy od zakończenia leczenia w kierunku COVID-19.

W odniesieniu natomiast do Programu fizjoterapii dla osób po przebyciu COVID-19 (załącznik nr 6b do zarządzenia) do programu fizjoterapii dla ozdrowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 dodano jako realizatora świadczeń świadczeniodawcę, który realizuje świadczenia w ramach ośrodka/oddziału dziennego. Rozpoczęcie rehabilitacji przedłużono do 12 miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

21. Zarządzenie Nr 184/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie stanowiło wykonanie polecenia Ministra Zdrowia wyrażonego w decyzji z dnia 17 listopada 2021 r. (znak: DLU.736.642.2021.AŻ).

Na podstawie ww. polecenia wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 prowadzonym przez NFZ od dnia 18 listopada 2021 r. obejmował nie więcej niż dwa izolatoria na terenie danego województwa. Przepisy zarządzenia weszły w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

22. Zarządzenie Nr 193/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 01.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W zarządzeniu dokonano aktualizacji wycen niektórych produktów rozliczeniowych.

Zmiana wycen dotyczyła: transportu sanitarnego, wykonywanego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz finansowania szpitali tymczasowych.

Nowe zasady rozliczeniowe opierały się na dwóch podstawowych produktach rozliczeniowych za gotowość (za dostępne moduły) i za hospitalizacje z pobytem dobowym pacjenta, przyjmując założenie uruchomienia od razu 2 modułów 28 - łóżkowych z wymaganą liczbą personelu medycznego. Powstanie kolejnego modułu uzależniono od zajętości liczby łóżek. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

23. Zarządzenie Nr 201/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Zarządzenie było wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 8 grudnia 2021 r., znak: ZPŚ.641.177.2021.JK (zmienionym poleceniem z dnia 13 grudnia 2021 r. ZPŚ.641.177.2021.JK.2) wydanego celem realizacji planowanych szczepień przeciw grypie w czasie trwania epidemii SARS-CoV-2.

W zarządzeniu m.in. wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy: Szczepienie ochronne przeciwko grypie z wykorzystaniem szczepionki zakupionej samodzielnie przez podmiot. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania i ma zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych udzielanych od dnia 14 grudnia 2021 r.

24. Zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.12.2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Opracowanie zarządzenia miało na celu ujednoczenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2021 r., znak: DLU.736.623.2021.KB od dnia 1 stycznia 2022 r. finansowanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 uzyskały medyczne laboratoria diagnostyczne lub podmioty je prowadzące wpisane na wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 sporządzany i prowadzony, zgodnie z właściwością miejscową, przez dyrektora OW NFZ.

Dodatkowo, w związku z weryfikacją wyceny świadczeń związanych z wykonaniem testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 i przeprowadzoną przez AOTMiT analizą kosztów w tym obszarze dokonano zmiany wartości produktów rozliczeniowych dotyczących wykonywania testów na obecność wirusa SARS-CoV-2.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.

## **II.2. Środki finansowe skierowane do NFZ w 2021 roku z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na realizację zadań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.**

Przepisem art. 9 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 COVID-19, zwanej dalej również „ustawą o COVID-19” (Dz. U. 2020 poz. 1842)<sup>1</sup>, określono, że świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisane do wykazu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ww. ustawy, są finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z budżetu państwa lub Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

W związku z:

1) poleceniami Ministra Zdrowia, w tym:

- z dnia 7.04.2020 r. (ze zmianami), zlecającym NFZ zapewnienie personelowi szpitali jednoprofilowych i szpitali z oddziałami zakaźnymi, zamieszczonymi w wykazie o którym mowa w art. 7 ust. 3 ustawy COVID-19, a także innych świadczeniodawców, w przypadku których przyczyni się to do poprawy skuteczności zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19, możliwości odpoczynku nocnego lub odpoczynku po zakończeniu wykonywania czynności zawodowych lub służbowych w danym dniu, poza miejscem zamieszkania, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,
- z dnia 21.04.2020 r. (ze zmianami), zlecającym NFZ zawarcie z podmiotami leczniczymi, których lista zamieszczona jest na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, które wyrażą zgodę na ich zawarcie, umów o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2, Prezes NFZ dokonał zwiększenia w planach finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. środków na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (tj. kosztów testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2), w odniesieniu do podmiotów uprawnionych do przeprowadzania tych testów, wpisanych na listę prowadzoną przez Ministra Zdrowia,
- z dnia 7.07.2020 r. (ze zmianami), zlecającym NFZ przekazanie podmiotom wykonującym działalność leczniczą, udzielającym świadczeń na podstawie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z NFZ, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, dodatkowych środków z tytułu wzrostu kosztów prowadzenia działalności leczniczej, związanego przede wszystkim z koniecznością udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium RP stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,

---

<sup>1</sup> Tekst aktu zmieniony Dz. U. 2021 poz. 2095

- z dnia 14.08.2020 r. (ze zmianami) zlecającym NFZ przekazanie, na podstawie umowy, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, posiadającym umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, środków finansowych z przeznaczeniem na finansowanie szczepień ochronnych przeciw grypie osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w tych podmiotach, oraz farmaceutom i technikom farmaceutycznym wykonującym zawód w aptece lub w punkcie aptecznym, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,
- z dnia 27.08.2020 r. (ze zmianami) zlecającym NFZ przekazanie, na podstawie umowy, wskazanym w poleceniu podmiotom leczniczym, środków finansowych z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych cudzoziemcom objętym kwarantanną, w szpitalach dedykowanych do opieki nad osobami z podejrzeniem COVID-19, w przypadku gdy potrzeba hospitalizacji wynika z stanu ich zdrowia, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,
- z dnia 4.09.2020 r. (ze zmianami), zlecającym NFZ przekazywanie uprawnionym podmiotom leczniczym środków finansowych z przeznaczeniem na:
  - o przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny, w rozumieniu art. 2 ust 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 poz. 295, z późn.zm.), uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mającym bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem SARS-CoV-2, z wyłączeniem osób skierowanych do pracy w podmiotach na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie,
  - o przyznanie osobom innym niż osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej spełniającym warunki określone w poleceniu Ministra Zdrowia jednorazowego dodatkowego świadczenia pieniężnego, według zasad określonych w załączniku do niniejszego polecenia, na podstawie umowy lub porozumienia, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadań,
- z dnia 19.01.2021 r. (ze zmianami), zlecającym NFZ zawarcie odpowiednich umów na prowadzenie rejestracji i informacji telefonicznej z wybranymi przez NFZ podmiotami, w celu umożliwienia osobom uprawnionym do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19, o których mowa w § 28a ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 2316, z późn.zm.), dokonania telefonicznej rejestracji na te szczepienia oraz uzyskania informacji o tych szczepieniach, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,

- z dnia 5.02.2021 r. (ze zmianami), zlecającego NFZ przekazanie podmiotom wykonującym działalność leczniczą, udzielającym świadczeń na podstawie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z NFZ, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, dodatkowych środków z tytułu wzrostu kosztów prowadzenia działalności leczniczej, związanego przede wszystkim z koniecznością udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium RP stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii, realizującym świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,
  - z dnia 2.03.2021 r. (ze zmianami), zlecającego NFZ zapewnienie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, udzielonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisanych do wykazu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o COVID-19, oraz sporządzenie i prowadzenie dla poszczególnych województw wykazu tych podmiotów według stanu na dzień 8.03.2021 r., a także ogłoszenie go w BIP NFZ, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,
  - z dnia 2.04.2021 r. zlecającego NFZ opracowanie i wdrożenie, w drodze zarządzenia Prezesa NFZ, programu w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej, dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 według założeń określonych w poleceniu Ministra Zdrowia, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,
  - z dnia 2.04.2021 r. zlecającego NFZ opracowanie i wdrożenie programu rehabilitacji uzdrowiskowej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 według założeń określonych w poleceniu Ministra Zdrowia, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,
  - z dnia 29.06.2021 r. zlecającego NFZ opracowanie i wdrożenie w drodze zarządzenia Prezesa NFZ, programu rehabilitacji psychiatrycznej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 według założeń określonych w poleceniu Ministra Zdrowia, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,
  - z dnia 8.09.2021 r. zlecającego NFZ przekazanie podmiotom wykonującym działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 środków finansowych z przeznaczeniem na finansowanie szczepień ochronnych przeciw grypie w sezonie 2021/2022 u osób objętych rozporządzeniem o grypie sezonowej według zasad określonych w poleceniu, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,
- 2) realizacją zadania wynikającego z art. 15ea ustawy o COVID-19, zgodnie z którym sfinansowanie kwot zobowiązań ustalonych w sposób, o którym mowa w ust. 2 i 3, przez

NFZ (tj. sfinansowania zobowiązań wynikających z kwot wypłaconych świadczeniodawcom zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, finansowanych na zasadach określonych a art. 15ea ust 2-13 ustawy o COVID-19) następuje ze środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ustawy z dnia 31.03.2020 r. o zmianie ustawy o COVID-19, lub w formie dotacji z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania,

- 3) realizacją programu polityki zdrowotnej zleconej NFZ w latach 2021-2023 dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, w związku z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23.11.2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (Dz. U. poz. 2253) oraz przepisów zarządzenia Nr 199/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10.12.2021 r. w sprawie przedmiotowego programu pilotażowego, Prezes NFZ dokonał zwiększenia planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2021 r. o wartość środków przeznaczonych na finansowanie ww. zadania.

Łączna wartość środków finansowych ujęta w planie finansowym NFZ na 2021 r., pochodząca z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, przeznaczona na działania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, wyniosła 25 569 313 tys. zł. Poniesione w 2021 roku przez OW NFZ koszty zadań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 finansowane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 wyniosły łącznie 23 743 384,07 tys. zł i były niższe od wartości planowanej o 7,14%, z tego:

- 13 092 242,70 tys. zł stanowiły koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19,
- 7 528 270,77 tys. zł stanowiły koszty finansowania dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu medycznego i jednorazowego dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu niemedycznego,
- 520 032,12 tys. zł stanowiła wartość umorzonych zobowiązań wynikających z kwot wypłaconych świadczeniodawcom zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach,
- 2 459 510,71 tys. zł stanowiły koszty wykonanych testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2,
- 9 560,03 tys. zł stanowiły koszty sfinansowanych miejsc odpoczynku nocnego lub odpoczynku po zakończeniu wykonywania czynności zawodowych lub służbowych przez personel medyczny,
- 126 798,61 tys. zł stanowiły koszty finansowania infolinii szczepionkowej,
- 6 969,13 tys. zł stanowiły koszty finansowania szczepień przeciwko grypie.

### II.3. Szczepienia przeciwko COVID-19

Zgodnie z Narodowym Programem Szczepień, zwanego dalej również „NPSz”, Funduszowi zostały przypisane następujące zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19:

- ogłoszenie przez NFZ szczegółowych wymagań do spełnienia przez placówki medyczne w ramach realizacji programu szczepień,
- weryfikacja zgłoszenia pod kątem spełnienia wymagań określonych w ogłoszeniu, po spełnieniu których podmioty zakwalifikowane trafiają na stosowny wykaz.

Docelowym zadaniem NFZ było sfinansowanie ze środków publicznych przedmiotowych szczepień. Łącznie na szczepienia przeciw SARS-CoV-2, według stanu na dzień 31 grudnia 2021 r., wydano prawie 2 522 444 tys. zł. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela nr II.1. Wartość wypłaconych środków na szczepienia przeciwko SARS-CoV2 (w tys. zł)  
(stan na dzień 31 grudnia 2021 r.)

Kod techniczny CZS	Nazwa produktu	Wartość wypłaconych środków
19.0319.801.02	Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 w punkcie szczepień bez transportu pacjenta	2 450 258,85
19.0319.802.02	Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 w punkcie szczepień z uwzględnieniem transportu pacjenta na szczepienie	49,38
19.0319.803.02	Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 przeprowadzonego w miejscu zamieszkania pacjenta	37 660,26
19.0319.804.02	Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 przeprowadzonego w miejscu zamieszkania pacjenta w przypadku więcej niż 5 pacjentów przebywających pod jednym adresem	24 861,97
19.0319.805.02	Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 w objazdowym punkcie szczepień bez transportu pacjenta z uwzględnieniem dodatkowego kosztu promowania szczepienia przeciwko SARS-CoV-2	9 613,36
Suma		2 522 443,81

W związku z zadaniami przyznanymi Funduszowi w NPSz Prezes NFZ<sup>2</sup> powołał Zespół do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19, który realizował m.in. następujące zadania:

- opracowanie projektu ogłoszenia o naborze podmiotów gotowych do utworzenia punktów szczepień,
- koordynacja organizacji punktów szczepień we współpracy z dyrektorami oddziałów wojewódzkich NFZ oraz współpraca z wyznaczonymi w OW NFZ koordynatorami do spraw szczepień,
- monitorowanie organizacji punktów szczepień w województwach, w tym w szczególności pod kątem merytorycznym, informatycznym oraz medialnym,
- wsparcie w zakresie działań dotyczących utworzenia i prowadzenia infolinii dotyczącej szczepień we współpracy z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwem Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia.

<sup>2</sup> Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 198/2020/GPF z dnia 11 grudnia 2020 r.

Nabór do uczestnictwa w NPSz trwał nieprzerwanie przez cały okres działalności zespołu. W grudniu 2020 r. zespół uczestniczył w sformułowaniu i ogłoszeniu naboru do udziału w NPSz ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2. Po jego zakończeniu i formalnej ocenie zgłoszeń do NPSz zakwalifikowanych zostało 5 411 punktów szczepień, dzięki czemu 92% populacji miało zapewniony dostęp do punktu szczepień blisko swojego miejsca zamieszkania. Dzięki wspólnym działaniom zespołu i koordynatorów ds. szczepień ze wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ ogłoszono regionalne nabory do NPSz, w ramach którego pozyskano placówki medyczne, których zadaniem było zapewnienie dostępu do szczepień w gminach, gdzie nie było punktów szczepień. Łącznie w ramach I i II naboru do NPSz pod względem formalnym zakwalifikowano 5 985 punktów szczepień.

Po rozpoczęciu drugiego etapu oceny zakwalifikowanych formalnie punktów szczepień, we współpracy z Terenowymi Wydziałami Kontroli, zwanych dalej również „TWK”, wytypowano podmioty, które dotychczas nie współpracowały z NFZ, w których przeprowadzono wizję lokalną punktów szczepień i oceny zgodności, deklarowanej gotowości zgodnej z wymogami ogłoszenia o naborze do NPSz. Utworzonych zostało 282 nowych punktów szczepień. Nowe punkty utworzone zostały w rezultacie działań podejmowanych przez OW NFZ oraz na wnioski przedstawicieli samorządów terytorialnych w ramach akcji ograniczania tzw. „białych plam” tj. miejsc bez punktów szczepień, bądź o małej ich liczbie w stosunku do liczby ludności kwalifikowanej do szczepienia na terytorium gminy.

Ostatecznie do rozpoczęcia wykonywania szczepień w ramach NPSz zakwalifikowano 6 065 punktów. W lutym 2021 r. wyłoniono 102 punkty szczepień wyjazdowych, które łącznie dysponowały 120 zespołami szczepionkowymi dla pacjentów którzy, ze względu na stan zdrowia, nie mogli przyjąć szczepionki w punkcie stacjonarnym. Na dzień 5 marca 2021 r. dzięki pracy zespołu oraz koordynatorów ds. szczepień w OW NFZ na terenie RP funkcjonowało 6 471 punktów szczepień – liczba ta obejmowała punkty szczepień: populacyjne, populacyjno-węzłowe, zespoły wyjazdowe, zespoły mobilne oraz szpitale tymczasowe.

Fundusz uczestniczył także w organizacji Punktów Szczepień Powszechnych, zwanych dalej również „PSP”. Zgodnie z wytycznymi<sup>3</sup> dotyczącymi organizacji PSP zadaniem NFZ była:

- weryfikacja spełnienia wymogów formalnych przez zgłoszone PSP,
- analiza (z wojewodami) wzrostu potencjału szczepień w poszczególnych powiatach i wydanie decyzji, które z punktów zostaną włączone do NPSz jako PSP,
- wizytacja w nowych PSP i sprawdzenie spełnienia wymogów (uwzględniając odpowiednie oznaczenie punktów szczepień).

W związku z powyższym, realizując ww. zadania koordynatorzy ds. szczepień p/COVID-19 przy oddziałach wojewódzkich NFZ pełnili funkcję doradcą na rzecz pracowników Urzędu Wojewódzkiego i jednostek samorządu terytorialnego, dostarczając, na podstawie analiz własnych i danych udostępnionych przez Centralę, informacji o liczbie utworzonych punktów

---

<sup>3</sup> [www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dotyczace-organizacji-punktow-szczepien-powszechnych](http://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dotyczace-organizacji-punktow-szczepien-powszechnych)



szczepień, z uwzględnieniem ich deklarowanej wydajności w odniesieniu do wielkości populacji uprawnionej do zaszczepienia na danym obszarze. W oparciu te dane oraz na podstawie rekomendacji przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, wojewodowie wydawali decyzje o utworzeniu PSP, wskazując ich lokalizację. Rolą NFZ było przeprowadzanie wizytacji wskazanych lokalizacji PSP pod kątem zgodności z wymogami formalnymi, lokalowymi i wyposażenia technicznego, określonymi przez Ministerstwo Zdrowia dla realizacji szczepień przeciwko COVID-19. Po weryfikacji tworzono konto w systemie dystrybucji szczepionek (SDS) oraz wpisywano PSP do wykazu podmiotów udzielających świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Ponadto, oddziały wojewódzkie Funduszu, w miarę zgłaszanych przez samorządy terytorialne potrzeb, udzielały wsparcia w kontaktowaniu samorządów z podmiotami wykonującym działalność leczniczą na ich terenie w celu utworzenia i prowadzenia PSP.

W czerwcu 2021 r. ogłoszono nabór podmiotów prowadzących apteki ogólnodostępne w OW NFZ do udziału w NPSz. Nabór był prowadzony poprzez zgłoszenie. Na dzień 30 czerwca 2021 r. do programu przystąpiło 368 aptek ogólnodostępnych. Sukcesywnie do programu przystępowało coraz więcej aptek. Na dzień 2 sierpnia 2021 r. apteki stanowiły 7% wszystkich punktów szczepień. Na dzień 31 grudnia 2021 r. szczepienia realizowane były w 8 904 punktach szczepień prowadzonych przez podmioty lecznicze, indywidualne praktyki lekarskie oraz apteki.

Tabela nr II.2. Liczba punktów szczepień wg województw (stan na dzień 31 grudnia 2021 r.).

Województwo	Liczba punktów szczepień ogółem	Liczba punktów szczepień w aptekach	Liczba punktów szczepień utworzonych przez POZ
Dolnośląskie	627	80	465
Kujawsko-Pomorskie	428	58	298
Lubelskie	546	53	445
Lubuskie	267	39	173
Łódzkie	589	103	425
Małopolskie	712	123	485
Mazowieckie	1 284	183	863
Opolskie	239	33	167
Podkarpackie	562	62	425
Podlaskie	333	36	250
Pomorskie	514	106	327
Śląskie	1 093	254	677
Świętokrzyskie	281	29	215
Warmińsko-Mazurskie	297	30	222
Wielkopolskie	772	164	487
Zachodniopomorskie	360	53	246

Ponadto, Fundusz współuczestniczył w opracowaniu wytycznych dla następujących kategorii punktów szczepień: populacyjne punkty szczepień, węzłowe punkty szczepień, tymczasowe punkty szczepień, wyjazdowe punkty szczepień, punkty szczepień powszechnych, punkty

szczepień drive-thru, mobilne jednostki szczepień, punkty szczepień w aptekach, objazdowe punkty szczepień, punkty szczepień tworzone na potrzeby akcji promującej szczepienia, punkty szczepień przeznaczone dla określonych grup, np. pacjentów onkologicznych, pacjentów dializowanych, niepełnosprawnych itp., pozostałe, tj. punkty tworzone w galeriach handlowych, plenerowe punkty szczepień obejmujące jednorazowe akcje szczepień wykonywane podczas wydarzeń publicznych.

Koordynatorzy ds. szczepień w OW NFZ na podstawie danych z formularzy zgłoszeniowych o przystąpieniu do NPSz zakładali punktom szczepień konta w SDS. Na podstawie zadeklarowanych wydajności i zgłoszonych zespołów szczepiących oraz wielkości stanów magazynowych RARS przygotowywał oferty i realizował zamówienia z punktów szczepień.

Na potrzeby obsługi i nadzoru ewidencji sieci punktów szczepień w Centrali Funduszu zaprojektowano, zbudowano i zaimplementowano aplikację informatyczną gromadzącą dane o wszystkich powstających i działających punktach szczepień. Dane w aplikacji były na bieżąco aktualizowane zarówno przez uprawnionych pracowników oddziałów, jak i Centrali NFZ, stanowiąc podstawowe źródło wiedzy o potencjale punktów szczepień oraz zaangażowaniu OW NFZ w ich tworzenie. Poza tym dane z aplikacji były eksportowane do zewnętrznych systemów wspierających proces szczepień przeciwko COVID-19, w tym w szczególności: system rejestracji Centrum e-Zdrowia, SDS, mapy punktów szczepień. Aplikacja była sukcesywnie rozwijana w kolejnych miesiącach 2021 r.

Jednocześnie w związku z otrzymanym poleceniem<sup>4</sup> Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2021 r., wydanym na mocy art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy o COVID-19, Fundusz zorganizował we wrześniu 2021 r. nabór podmiotów do przeprowadzenia szczepień ochronnych przeciw grypie w sezonie 2021/2022 u osób objętych rozporządzeniem o grypie sezonowej. Nabór był prowadzony w dwóch etapach. Do dnia 15 października 2022 r. mogły się zgłaszać podmioty, które już uczestniczyły w NPSz, a następnie zreorganizowano nabór pozostałych podmiotów. Ostatecznie do końca 2021 r. do programu szczepień przeciwko grypie przystąpiło 3 740 podmiotów.

W związku z opublikowaniem w Dzienniku Ustaw rozporządzeń umożliwiających prowadzenie szczepień ochronnych przeciw grypie w aptekach ogólnodostępnych, NFZ przeprowadził nabór, dla podmiotów prowadzących apteki ogólnodostępne, do udziału w szczepieniach przeciw grypie w sezonie 2021/2022.

#### **II.4. Analiza danych pracy sal obsługi klientów NFZ**

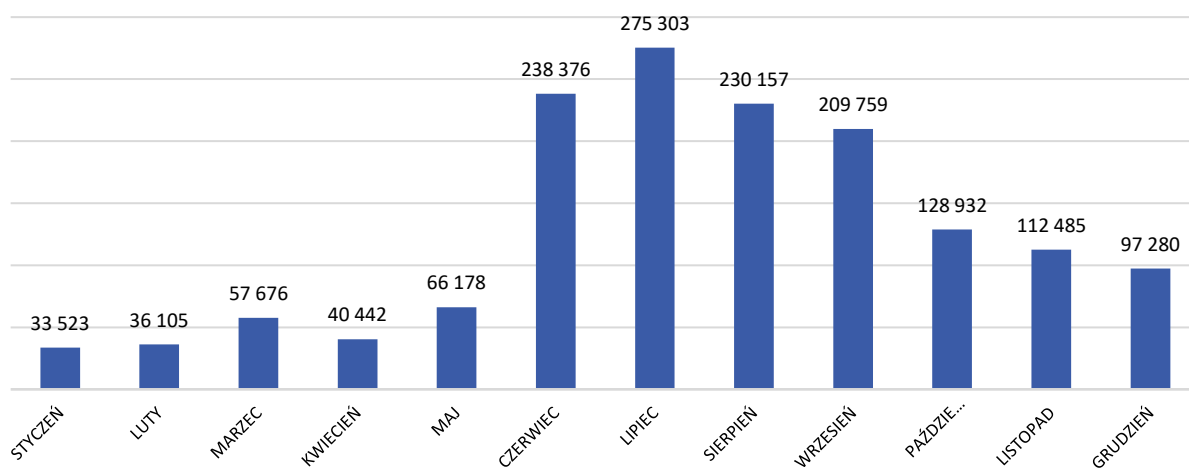
Obsługa klientów w salach obsługi klientów, zwanych dalej również „SOK”, w oddziałach wojewódzkich NFZ i Biurze Podawczym w Centrali NFZ w 2021 r. odbywała się z zachowaniem środków ostrożności dostosowanych do aktualnej sytuacji sanitarno-epidemiologicznej panującej w Polsce. W trosce o bezpieczeństwo klientów, SOK, Biuro Podawcze, delegatury i Punkty Obsługi Klientów NFZ, zwanych dalej również „POK”, w okresie 4 stycznia 2021 r. do 7 czerwca 2021 r., podczas najwyższej liczby zakażeń, realizowały stacjonarną obsługę klientów w ograniczonym zakresie. W bezpośredniej obsłudze

---

<sup>4</sup> sygn. ZPŚ.641.177.2021.JK

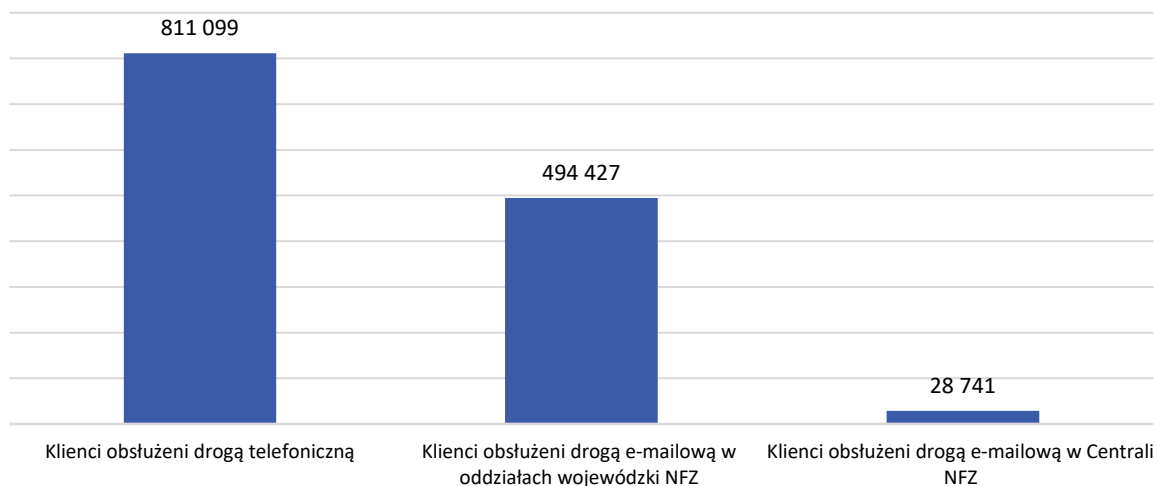
załatwiane były jednak pilne sprawy dotyczące potwierdzania zleceń na wyroby medyczne lub sprawy, których nie można było zrealizować drogą elektroniczną czy telefoniczną, niezbędne dla zabezpieczenia pilnych potrzeb klientów, jak m.in. potwierdzanie profili zaufanych. Od 7 czerwca 2021 r., ze względu na zmniejszoną liczbę zakażeń spowodowanych wirusem SARS-CoV-2, przywrócony został pełen zakres realizowanych zadań w placówkach NFZ, z zachowaniem środków ostrożności dostosowanych do aktualnej sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w Polsce. W 2021 r. oddziały wojewódzkie NFZ obsłużyły 1 526 216 klientów.

Wykres nr II.1. Liczba obsłużonych klientów w podziale na miesiące w 2021 r.



W okresie zwiększonej liczby zakażeń, zainteresowaniem wśród klientów cieszyła się obsługa telefoniczna oraz e-mailowa.

Wykres nr II.2. Liczba klientów obsłużonych w 2021 r. drogą telefoniczną i e-mailową.



## II.5. Infolinia Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19

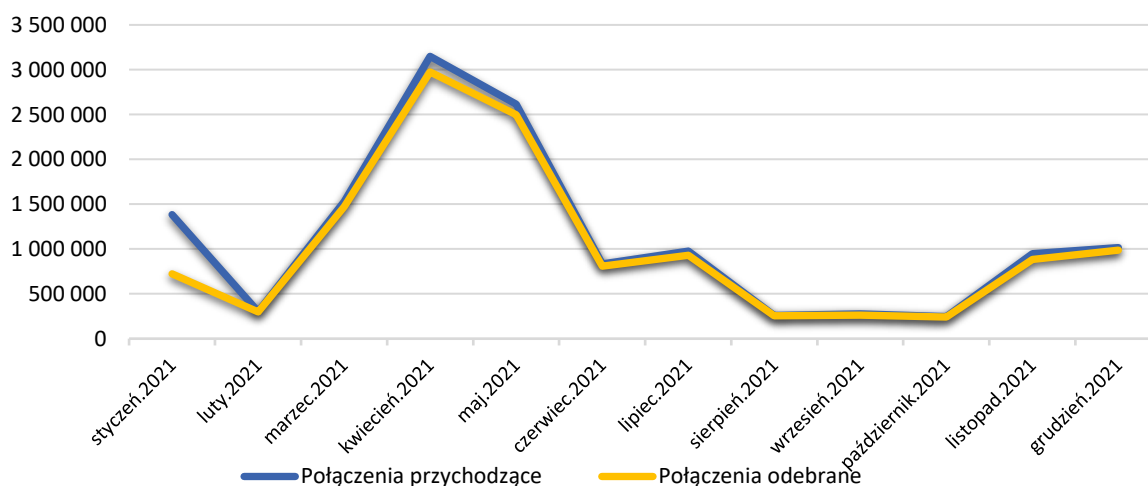
Jednym z istotnych narzędzi wspierających akcję szczepień przeciw COVID-19 była Infolinia Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, zwanej dalej również „Infolinią NPSz”, prowadzona od 16 grudnia 2020 r. przez NFZ, na polecenie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i Ministra Zdrowia. Zapewniała ona obsługę całodobową pod bezpłatnym numerem 989.

Konsultanci Infolinii NPSz udzielali informacji w językach: polskim, angielskim, rosyjskim oraz ukraińskim. Udostępniona została możliwość uzyskania informacji o szczepieniu w języku migowym oraz za pośrednictwem czatu. Kontaktując się z Infolinią NPSz klienci mogli zapisać siebie lub inną uprawnioną osobę na szczepienie, dokonać zmiany lub anulacji terminu szczepienia. Fundusz odpowiedzialny był za organizację pracy Infolinii NPSz, aktualizowanie skryptów rozmów, bazy wiedzy, bieżące dostosowywanie harmonogramów pracy konsultantów do potrzeb klientów oraz nadzór nad prawidłową realizacją umów. W związku z bardzo dużym zainteresowaniem klientów szczepieniami, w 2021 r. Infolinia NPSz była obsługiwana nie tylko przez firmy z branży contact center, ale również przez pracowników oddziałów wojewódzkich NFZ, studentów czy spółki Skarbu Państwa. Głównym rodzajem obsługiwanych połączeń były połączenia przychodzące. Dodatkowo, konsultanci Infolinii NPSz realizowali także kampanie wychodzące tzw. kampanie outbound, wspierające NPSz przeciw COVID-19.

### Statystyki połączeń

W 2021 roku zanotowano 16 459 430 połączeń przychodzących, z czego 14 801 728 zostało odebranych. Ponad 82% stanowiły połączenia na część zapisową. Od dnia uruchomienia możliwości zapisów na szczepienia, tj. od 15 stycznia 2021 r. do końca roku zanotowano 13 537 004 połączenia przychodzące, z czego 12 339 908 zostało odebranych. Daje to odbieralność na poziomie 91%. Czas oczekiwania na odebranie połączenia wyniósł 15 sekund. Średni czas rozmowy na części zapisowej wyniósł 2 minuty 57 sekund.

Wykres nr II.3. Zapisy na szczepienia przeciw COVID-19 za pośrednictwem Infolinii w podziale na poszczególne miesiące.



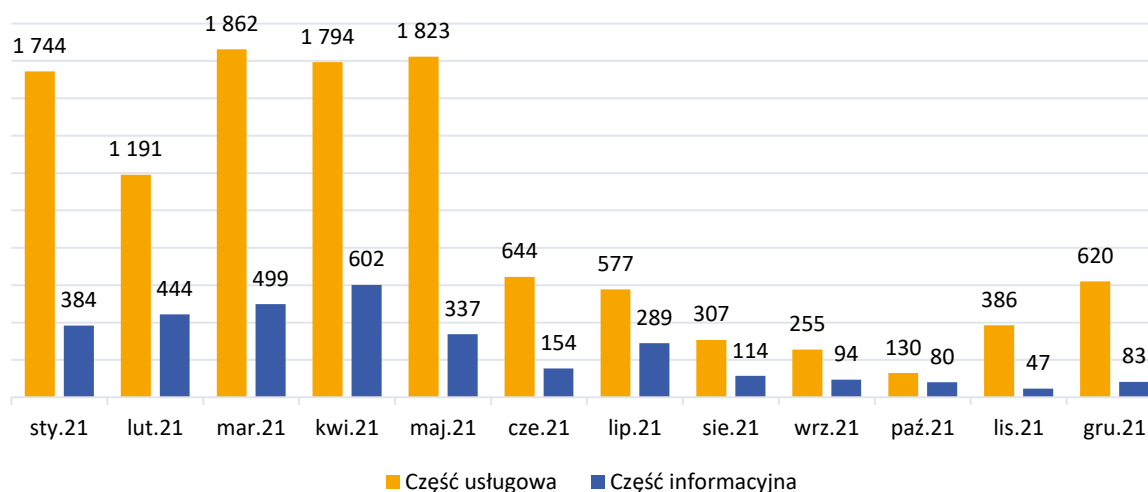
Na części informacyjnej w 2021 r. zanotowano 2 922 426 połączeń przychodzących, z czego 2 461 820 zostało obsłużonych przez konsultantów. Odbieralność na części informacyjnej wyniosła 84%. Średni czas oczekiwania na odebranie połączenia wyniósł 16 sekund, a średni czas rozmowy 2 minuty 56 sekund.

Największe wartości połączeń przychodzących zarówno na części usługowej, jak i informacyjnej zanotowano w kwietniu i maju 2021 r. Było to związane z możliwością zapisu na szczepienie dla kolejnych roczników w wyniku zwiększenia dostępności szczepionek. W kolejnych miesiącach obserwowany był spadek liczby połączeń. Ponowny

wzrost nastąpił od listopada 2021 r. w związku z możliwością przyjęcia trzeciej dawki szczepionki.

W okresie największego obciążenia Infolinii odbieraniem połączeń na części informacyjnej zajmowało się jednocześnie ponad 600 konsultantów, natomiast rejestrację na szczepienie na części usługowej dokonywało jednocześnie nawet 1 862 konsultantów.

**Wykres nr II.5.** Liczba konsultantów jednocześnie obsługujących Infolinię Narodowego Programu Szczepień w podziale na poszczególne miesiące w 2021 roku.



### Wsparcie Infolinii przez oddziały wojewódzkie Funduszu

Pracownicy oddziałów wojewódzkich NFZ zostali zaangażowani w obsługę Infolinii od początku jej funkcjonowania. Początkowo 88 pracowników oddziałów wojewódzkich NFZ wspierało obsługę części informacyjnej, natomiast w drugiej połowie stycznia 125 pracowników obsługiwało część zapisową.

### Wsparcie Infolinii przez studentów w ramach realizacji praktyk zawodowych

Na podstawie ustaleń z Ministerstwem Edukacji i Nauki i na mocy nowelizacji Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 27 września 2018 r. (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 661) NFZ zawarł porozumienia z 17 uczelniami wyższymi<sup>5</sup>. Studenci odbywali praktyki obsługując klientów na Infolinii NPSz. Ich zadaniem była weryfikacja i zapis klienta na szczepienie przeciw COVID-19 oraz udzielenie odpowiedzi na zapytania klientów dotyczące szczepień. Porozumienie o współpracy podpisało 205 studentów. Studenci aktywnie wspierali Infolinię 989. Łącznie w okresie trwania praktyk, tj. od 11 marca 2021 r. do 30 maja 2021 r., studenci odebrali 110 913 połączeń przychodzących.

<sup>5</sup> Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu, Politechnika Lubelska, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Uniwersytet Wrocławski, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie, Uniwersytet Wrocławski, Wyższa Szkoła Bankowa w Opolu, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie, Wyższa Szkoła Zdrowia, Urody i Edukacji w Poznaniu.

### Kampanie wychodzące w ramach działań Infolinii NPSz

W okresie od marca do grudnia 2021 r. w ramach Infolinii NPSz zrealizowano 18 kampanii wychodzących. Dotyczyły one głównie:

- badań satysfakcji klientów z zapisu na szczepienie kanałem sms/voice bot,
- zmiany terminu szczepienia na wcześniejszy,
- poinformowania klienta o wystawieniu e-skierowania i możliwości zapisania na szczepienie (dla osób, które wypełniły formularz zgłoszeniowy na stronie pacjent.gov.pl),
- poinformowania o możliwości zaszczepienia się II dawką, dla klientów, którzy nie zgłosili się na jej przyjęcie,
- zmiana szczepionki dla dzieci 16+ na typ Pfizer,
- umożliwienia zapisu dla osób, które wysłały sms, ale z powodu braku terminu nie mogły się zapisać.

Ponadto, w okresie od 25 czerwca 2021 r. do 13 lipca 2021 r. została przeprowadzona kampania wychodząca do osób niezaszczepionych i niezarejestrowanych na szczepienie. W ramach kampanii wychodzących konsultanci przeprowadzili rozmowy z 566 872 osobami, co przyczyniło się do zapisania na szczepienie 26 897 osób, a 23 083 zadeklarowało zapis na szczepienie we własnym zakresie.

### Loteria Narodowego Programu Szczepień

W okresie od 1 lipca 2021 r. do 30 września 2021 r. Infolinia NPSz wspierała zapis na Loterię Narodowego Programu Szczepień. Konsultanci zapisywali osoby zainteresowane udziałem w loterii oraz udzielali ważnych informacji związanych z jej zasadami. Infolinia NPSz była jedną z dwóch alternatywnych opcji zapisu na loterię, drugą z nich było samodzielne zapisanie się za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta. Łącznie za pośrednictwem Infolinii NPSz chęć udziału w Loterii zgłosiło 696 986 osób (w lipcu 482 992 osoby, w sierpniu 144 868 osób, we wrześniu 69 126 osób).

### Dodatkowe usługi realizowane na Infolinii NPSz

Konsultanci Infolinii NPSz obsługiwali również skrzynkę elektroniczną szczepionki@nfz.gov.pl, za pośrednictwem której odpowiadali na pytania klientów. W 2021 roku konsultanci odpowiedzieli łącznie na 7 615 e-maili.

Infolinia NPSz zapewnia również obsługę za pośrednictwem wideocztatu, dedykowanego dla osób komunikujących się w języku migowym. W 2021 r. na wideoczacie, który obsługiwał zarówno klientów Telefonicznej Informacji Pacjenta, jak również Infolinii NPSz przeprowadzono 610 rozmów, z czego ok. 70% stanowiły rozmowy związane z tematyką szczepień oraz COVID-19. Infolinia NPSz stanowiła dogodny dla klienta narzędzie zabezpieczające potrzeby w zakresie uzyskania informacji o szczepieniach oraz umożliwiające dokonanie zapisu na szczepienie, bez potrzeby wychodzenia z domu.

### 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 NFZ w najbliższych latach.

Głównym celem „Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023”, zwanej dalej również „Strategią NFZ”, jest osiągnięcie przez NFZ statusu innowacyjnej instytucji zaufania społecznego. Realizacja powyższego celu jest możliwa poprzez zapewnienie sprawnej, przyjaznej i rzetelnej obsługi klientów.

Realizując cel „Wzrost pozytywnych doświadczeń w kontaktach z publicznym systemem opieki zdrowotnej” przeprowadzono cykl „Środa z profilaktyką”. Podczas realizacji cyklu duży nacisk położono na edukację społeczeństwa w zakresie promocji zdrowego stylu życia, profilaktykę chorób cywilizacyjnych oraz propagowanie bezpiecznej i regularnej aktywności fizycznej.

W ramach projektu przygotowano i przekazano kompleksową i wiarygodną informację dotyczącą profilaktyki zdrowia w formie materiałów edukacyjnych, na które składały się ulotki, filmy, wywiady z ekspertami w dziedzinie profilaktyki chorób i promocji zdrowia, webinaria.

W 2021 r. zakończono prace nad opracowaniem koncepcji uruchomienia EKUZomatów. Podczas projektu dokonano analizy zapotrzebowania na maszyny w skali kraju oraz opracowano wytyczne dotyczące ich funkcjonalności.

Trwają prace, których celem jest dodanie kolejnej e-usługi w systemie IKP, tj. e-certyfikatu, który ma zastąpić kartę EKUZ i zapewnić możliwość wygenerowania dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych w momencie, kiedy będzie ono niezbędne do jego uzyskania poza granicami kraju.

W OW NFZ przygotowano i rozpoczęto wdrożenie usługi e-Doradca NFZ. Celem usługi jest umożliwienie klientom Funduszu kontaktu z pracownikami SOK za pośrednictwem wideokonferencji, w sposób alternatywny do tradycyjnej formy obsługi bezpośredniej.

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

W 2021 r. w NFZ podejmowane były przedsięwzięcia ukierunkowane na realizację celu „Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej”, w ramach którego zrealizowano prace dotyczące budowy Rejestru Endoprotezoplastyk, który jest wykorzystany przez NFZ, Ministerstwo Zdrowia oraz środowiska medyczne, jako źródło danych do analiz.

W ramach prac Zespołu do spraw opracowania wzorców kwestionariuszy jakości świadczeń opracowano kwestionariusz, który określał sposób postępowania w obszarze monitorowania jakości i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa pacjenta w procesie jego diagnostyki i leczenia. Wykonano badanie ankietowe wśród

świadczeniodawców w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, a po przeprowadzeniu analizy ankiet stwierdzono konieczność przeprowadzenia akcji informacyjnej dotyczącej powodów wypełniania kwestionariusza jakości.

Prowadzono również prace nad standaryzacją prowadzenia zabiegów i wykorzystywania naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym. W 2021 roku przygotowano analizę realizowanych procedur ICD-9 w podziale na kierunki lecznicze, opracowano karty procedur ICD-9 dla zabiegów wykonywanych w lecznictwie uzdrowiskowym oraz przekazano je do ekspertów zespołu, w celu konsultacji oraz weryfikacji.

Zespół pracował również nad przygotowaniem propozycji standardów realizacji świadczeń diagnostyki obrazowej, przygotowaniem zasad monitorowania wykonywania świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej oraz analizował dostępność tych świadczeń.

We współpracy ze Służbą Wspierania Reform Strukturalnych (SRSS) Komisji Europejskiej zrealizowano projekt „Support to the systematic update of DRG system in Poland”, którego celem było opracowanie procesu systematycznego dostosowywania grup JGP przy użyciu różnych kryteriów lub mechanizmów dostosowawczych i procesów, aby stymulować bardziej racjonalne zachowanie świadczeniodawców.

W ramach walki z pandemią wirusa COVID-19 prowadzono szereg działań związanych z organizacją szczepień personelu podmiotów leczniczych oraz populacji przeciwko wirusowi COVID-19. Szczepienia populacji przeprowadzono zgodnie z NPSz w ścisłej współpracy z Kancelarią Premiera Rady Ministrów, Ministerstwem Zdrowia, Centrum e-Zdrowia.

W 2021 roku w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, w Chełmie i Nałęczowie zorganizowano wydarzenia, podczas których uczestnicy mogli obok wykonania podstawowej diagnostyki założyć profil zaufany i IKP, otrzymać kartę EKUZ, wypełnić ankiety programu „Profilaktyka 40 PLUS” oraz uzyskać pełną informację dotyczącą profilaktyki i promocji zdrowia, w tym również skorzystać z pomocy dietetyka. W 2021 r. Fundusz prowadził również przedsięwzięcia realizujące cel „Upowszechnienie wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej”. Cel ten został osiągnięty poprzez działania ukierunkowane na poprawę komunikacji społecznej, poprawę obsługi pacjentów oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia.

W celu upowszechniania wiedzy na temat możliwości leczenia poza granicami kraju, prowadzono działania nakierowane na pacjenta, w zakresie popularyzacji informacji na temat możliwości uzyskania zgody Prezesa NFZ na takie leczenie. Równocześnie podjęto działania wspierające efektywną współpracę pomiędzy lekarzami, konsultantami w ochronie zdrowia i Funduszem, co jest niezbędne w procesie kierowania pacjentów na leczenie planowane za granicą.

W ramach walki z pandemią opracowano propozycje rozwiązań kluczowych problemów związanych z prowadzeniem infolinii Narodowego Programu Szczepień przeciwko wirusowi COVID-19. Za pośrednictwem infolinii NPSz klienci mogli nie tylko uzyskać informacje o szczepieniach przeciwko COVID-19, ale również zapisać siebie lub inną uprawnioną osobę na szczepienie, zmienić termin wizyty lub ją odwołać.



W 2021 r. w OW NFZ przeprowadzono kampanie informacyjne i edukacyjne upowszechniające wiedzę o systemie opieki zdrowotnej. Umożliwiło to pacjentom na sprawne poruszanie się po systemie, zwiększyło ich poczucie bezpieczeństwa, a tym samym zaufanie do Funduszu.

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

- „Recepta refundowana” - kompendium wiedzy dla pacjentów oraz personelu medycznego o uprawnieniach do otrzymania i wydania recepty refundowanej,
- „Zorientowany Pacjent” - przekazanie wiedzy w zakresie możliwości i praw do opieki zdrowotnej w ramach przepisów o koordynacji, poprzez przygotowanie kompendium wiedzy w postaci materiałów informacyjnych i edukacyjnych, ulotek informacyjnych oraz telefonicznych dyżurów eksperckich,
- „Chwila dla zdrowia” - akcja promująca profilaktykę chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca i nadciśnienie tętnicze,
- „Zdrowy uśmiech” - działalność edukacyjna w zakresie higieny jamy ustnej u dzieci w wieku wczesnoszkolnym,
- „Profilaktyka 40 PLUS” - szereg akcji promujących program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”,
- „NFZ bliżej pacjenta” - akcja edukacyjna dotycząca powszechnego systemu opieki zdrowotnej prowadzona poprzez artykuły prasowe,
- „Spokój błękitu” - akcja informacyjna dotycząca alternatywnych możliwości uzyskania porady w stanie nagłego zachorowania. Wiedza przekazywana była poprzez komunikaty dla świadczeniodawców w portalu świadczeniodawcy, komunikaty dla pacjentów na stronie internetowej NFZ oraz plakaty w punktach obsługi. Efektem akcji ma być skrócenie czasu oczekiwania w SOR na udzielenie świadczenia.
- kampania informacyjna skierowana do stron postępowań administracyjnych dotycząca możliwości doręczeń pism w postępowaniach poprzez ePUAP.

Jeszcze w 2019 r. Fundusz przystąpił do międzyresortowego porozumienia „Prosto i kropka” oraz powołał komórkę odpowiedzialną za upraszczanie komunikacji, która m.in. stworzyła korpus oficerów językowych. W 2021 r. korpus oficerów językowych propagował używanie prostego języka w każdej komórce Centrali Funduszu oraz w każdym oddziale wojewódzkim Funduszu.

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

Realizując cel ze Strategii NFZ „Wspieranie świadczeniodawców w budowie mikroekonomicznej efektywności” realizowano projekt „Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych”. Celem projektu jest wdrożenie metodologii szpitalnej oceny technologii medycznych, służącej

zwiększeniu możliwości zarządzania systemem opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym (dyrektorzy szpitali) oraz pośrednio na poziomie ogólnopolskim poprzez systematyczne dostarczanie wiedzy na temat technologii medycznych (nielekowych), w oparciu o dowody naukowe. Projekt jest realizowany w ramach Programu „Społeczny i gospodarczy rozwój Polski w warunkach globalizujących się rynków” GOSPOSTRATEG i finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR).

W 2021 r. podczas realizowania celu „Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej” zakończono projekt wykrywania niespójności danych oraz wykrywania anomalii w danych z wykorzystaniem narzędzi „data mining”. Głównym założeniem projektu było uzyskanie poprawy jakości danych medycznych otrzymywanych od świadczeniodawców. Narzędzie informatyczne uzyskane w wyniku realizacji projektu umożliwia wytypowanie nieprawidłowych zestawów danych dla procedur zabiegowych, które w dalszej kolejności podlegają ocenie prowadzonej przez osoby merytoryczne. Dzięki projektowi zwiększono kontrolę nad prawidłowością wydatkowania środków publicznych.

Prowadzono również prace realizujące ww. cel w powołanym zespole do spraw zmiany zasad sprawozdawczości oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz izbie przyjęć, zespole do spraw Walidacji i Weryfikacji Raportów Aptecznych oraz zespole do spraw opracowania katalogu procedur ICD-9 w kierunkach leczniczych uzdrowisk oraz standaryzacji prowadzenia zabiegów i wykorzystywania naturalnych surowców leczniczych.

Realizując cel „Optymalizacja procesów wewnętrznych” zakupiono i wdrożono narzędzie informatyczne wspomagające zarządzanie projektami i portfelem projektów na poziomie Centrali i OW. Narzędzie oferuje zaawansowane funkcje raportujące, posiada interfejsy do zarządzania ważnymi aspektami projektu, tj. harmonogramem, produktami, zasobami i budżetem oraz umożliwia skuteczne zarządzanie zmianami zarówno na poziomie całego portfela projektów jak i konkretnego projektu.

W 2021 roku rozpoczęto projekt, którego celem jest optymalizacja procesów kluczowych i pomiar ich efektywności we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ. Efektem projektu będzie zmniejszenie zróżnicowania przebiegów, mierzonych średnim odchyleniem standardowym miar procesowych (sprawność, jakość, wydajność).

W 2021 r. powołano również zespół do spraw przygotowania oraz przeprowadzenia badań obciążenia pracą. Do zadań zespołu należy stały nadzór nad jakością i terminowością przekazywanych danych, pomoc w tworzeniu i aktualizacji mierników oraz pełne administrowanie powstałą w 2021 roku witryną benchmarkingową: MIERNIKI NFZ. Ponadto, zespół pracuje nad zorganizowaniem i przeprowadzeniem badań obciążenia pracą pracowników NFZ, których miejscem pracy są siedziby oddziałów wojewódzkich Funduszu lub ich placówki terenowe. Zadaniem zespołu jest opracowanie metod i sposobu przeprowadzenia benchmarkingu oraz mierników, które pozwolą zweryfikować stopień obciążenia pracą pracowników.

Realizując cel Strategii NFZ „Usprawnienie organizacji, zapewniające skuteczną realizację zadań” opracowano model kompetencyjny dla kierowników projektów i członków zespołów.

Podjęto działania mające na celu stworzenie społeczności kierowników projektów, która będzie stanowiła podstawę do efektywnego wdrożenia kultury projektowej w NFZ. W ramach projektu wytworzono model kompetencji oparty na efektywności, opracowano zasady oceny kierowników projektów oraz narzędzie do oceny kompetencji, oceniono również kompetencje i zaplanowano indywidualne ścieżki dla min. 10 osób pełniących funkcje kierownika projektu.

Ponadto, rozpoczęto prace nad opracowaniem i wdrożeniem modelu kompetencyjnego w NFZ. Budowa modelu kompetencji jest ważnym krokiem w kierunku stworzenia strategii kompleksowego systemu zarządzania zasobami ludzkimi.

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

W 2021 roku rozpoczęto prace nad optymalizacją intranetu, który ma stanowić główny kanał komunikacji w Funduszu oraz pierwsze narzędzie, po które będą sięgać pracownicy poszukujący informacji. Intranet będzie interaktywną platformą komunikacyjną, dającą użytkownikom dostęp do szczegółowych informacji na temat funkcjonowania Funduszu.

Cel Strategii NFZ „Poprawa efektywności funkcjonowania NFZ” jest realizowany poprzez prace zespołu do spraw określania jednolitego sposobu realizacji zadań związanych z działalnością kontrolną NFZ. W wyniku prac zespołu zidentyfikowano obszary, w odniesieniu do których istnieje potrzeba opracowania, w tym również zaktualizowania jednolitego sposobu realizacji zadań związanych z działalnością kontrolną NFZ. Realizacja zadań zostanie opracowana w każdym z obszarów.

W 2021 r. podjęto również prace zmierzające do opracowania harmonogramu wdrożenia w NFZ specjalistycznych Centrów Kompetencji w obszarze IT.

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

### **IV.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2021 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. Nadal obowiązuje zasada zawierania ich czas nieoznaczony. 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, w domu pomocy społecznej (świadczenia lekarza POZ na podstawie złożonej deklaracji wyboru do lekarza POZ). Świadczenia, w tym świadczenia profilaktyczne, dla dzieci i młodzieży szkolnej udzielane są 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 nadal na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, w oparciu o zweryfikowane listy świadczeniobiorców objętych opieką oraz cen jednostkowych produktów rozliczeniowych wyłączonych z kapitaacji.

W celu zapewnienia wzrostu dostępności do świadczeń z zakresu lekarza POZ w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą, w okresie od lipca do września 2021 r. zastosowano mechanizm kształtowania wysokości stawki kapitacyjnej w odniesieniu do wskaźnika udziału teleporad we wszystkich poradach lekarskich<sup>6</sup>. Stosowanie tego mechanizmu przyczyniło się do znacznego zmniejszenia liczby teleporad w relacji do liczby porad udzielonych bez pośrednictwa systemów teleinformatycznych. Jednocześnie w aspekcie dążenia do podnoszenia jakości udzielanych świadczeń doprecyzowano, że opieka nad pacjentami chorymi przewlekle, objętymi współczynnikiem korygującym 3,2, wymaga co najmniej jednej porady kwartalnie w bezpośrednim kontakcie z lekarzem poz.

Ze względu na przebieg trwającej w 2021 roku pandemii zaszła konieczność zwiększenia tempa szczepień przeciwko chorobie COVID-19 w celu osiągnięcia jak największej odporności populacyjnej. W związku z tym świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza POZ, za osiągnięcie określonego poziomu wszczępienia populacji objętej opieką przyznano premie finansowe: cząstkowe wypłacone po 30 września i po 31 grudnia 2021 r. oraz całościową za 2021 r. wypłaconą jednorazowo do 18 lutego 2022 r.

Premie miały zmotywować lekarzy POZ do podjęcia działań zmierzających do zachęcenia osób (powyżej 12 r.ż.), objętych przez nich opieką do poddania się temu szczepieniu. Ponadto,

---

<sup>6</sup> Zarządzenie Nr 112/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24.06.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz Zarządzenie nr 149/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 01.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

w związku z wejściem w życie przepisów art.159 ust.2b ustawy o świadczeniach, oraz art.14 ust.2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, w zakresie podziału środków finansowych na określone budżety, a także zgodnie z rekomendacjami ministerialnego Zespołu do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, wdrożono świadczenie będące „koordynacją opieki” realizowane przez „koordynatora” z wydzieloną stawką kapitulacyjną. W zarządzeniu nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określono zadania koordynatora, do których należy budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces koordynacji, a w szczególności: koordynacja obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością, nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia, ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki i leczenia, udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Zgodnie z ww. zarządzeniem, liczbę osób objętych opieką koordynatora oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza POZ z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24 roku życia. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora w wymiarze 0,5 etatu przeliczeniowego nie powinna przekraczać 5000 osób. Wysokość stawki kapitulacyjnej wynosi 5,88 zł. Ze względu na początkowy etap rozpoczętego procesu wdrażania zmian do funkcjonowania POZ na podstawie założeń opieki koordynowanej, przyjęto fakultatywną możliwość podpisywania umów w tym zakresie. Warto zaznaczyć, że na mocy ww. zarządzenia, do stawki kapitulacyjnej włączono także świadczenie dotyczące „porady receptowej” jako produktu statystycznego dla lekarza poz, pielęgniarki POZ i położnej poz.

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

W 2021 roku kontynuowano działania mające na celu zwiększenie roli trybu ambulatoryjnego w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej i poprawy dostępności do przedmiotowych świadczeń. Zarządzeniem Nr 7/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 stycznia 2021 r. wprowadzono mechanizm bezlimitowego finansowania świadczeń dla wszystkich świadczeń realizowanych na rzecz dzieci z okresem obowiązywania od 1 stycznia 2021 r.. Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikały z wejścia w życie ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875), zwanej dalej również „ustawą o Funduszu Medycznym”, na podstawie której wprowadza się bezlimitowe finansowanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18.r.ż. Następnie od 1 lipca br., zgodnie z zarządzeniem Nr 116/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 czerwca 2021 r. bezlimitowe finansowanie dotyczy wszystkich świadczeń realizowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zarówno w zakresach podstawowych, jak i skojarzonych do nich oraz pozostałych badaniach diagnostycznych kosztochłonnych nieobjętych do tej pory tym mechanizmem. Oznacza to, że NFZ finansuje świadczenia zgodnie z rzeczywistym wykonaniem, zarówno w przypadku świadczeń pierwszorazowych, jak i wykonanych na rzecz pacjentów kontynuujących leczenie. Powyższe modyfikacje adekwatne są do zakresu zmian wprowadzanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2021 r. zmieniającym

rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1121). Zarządzeniem Nr 129/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.07.2021 r. rozszerzono katalog świadczeń do finansowania w trybie ambulatoryjnym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poprzez: dodanie procedur biopsji i trepanobiopsji szpiku kostnego, umożliwienie wykonania badań endoskopowych gastrokopii i kolonoskopii w znieczuleniu dożylnym. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2021 r. Zarządzeniem Nr 188/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24.11.2021 r. podniesiono współczynnik stosowany przy rozliczaniu porad pierwszorazowych udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia, wykonywanych w poradniach specjalistycznych następujących specjalności: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia z 1,6 do 1,8. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r. Powyższe zmiany wprowadzone zostały w celu zwiększenia liczby nowych pacjentów, którzy będą szybko przyjmowani i diagnozowani w trybie ambulatoryjnym, co powinno skrócić czas oczekiwania na poradę specjalistyczną. Utrzymano jednocześnie pozostałe zasady rozliczania porad pierwszorazowych. Ponadto od 1 listopada 2021 r. zwiększeniu uległa cena punktu w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanych w poradniach, tj. odpowiednio o 16% w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 02/1 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz do poziomu 1,16 zł dla umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 03/8 – Leczenie szpitalne – świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ).

Odnosząc się do kwestii podjętych działań w celu poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w czasie trwania pandemii COVID-19, w 2021 roku kontynuowano rozwiązania wdrożone w roku ubiegłym, tj. dotyczące możliwości 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 na rzecz pacjentów kontynuujących opiekę w danej poradni specjalistycznej, zgodnie z ustalonym planem opieki i stanem klinicznym pacjenta wyłącznie w sytuacji, gdy ocena stanu zdrowia i zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta, nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego. Ponadto utrzymana została wypłata dodatkowych środków finansowych za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium RP 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 2021 roku NFZ kontynuował finansowanie następujących programów profilaktycznych:

1. Program profilaktyki raka piersi obejmujący przesiewowe badania mammograficzne kobiet w wieku 50-69 lat. W przypadku nieprawidłowego wyniku mammografii w ramach

programu zapewniona jest dalsza diagnostyka: mammografia uzupełniająca lub USG i biopsja zmiany z badaniem histopatologicznym. Finansowany jest w ramach programów profilaktycznych zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.

2. Program profilaktyki raka szyjki macicy obejmujący przesiewowe badania cytologiczne kobiet w wieku 25-59 lat. W przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii w ramach programu zapewniona jest dalsza diagnostyka: kolposkopia lub kolposkopia z biopsją i badaniem histopatologicznym. Pobranie materiału do badania finansowane jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej, pozostałe etapy programu finansowane są w ramach programów profilaktycznych. Świadczenia we wszystkich etapach finansowane są zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.
3. Program badań prenatalnych, który skierowany jest do kobiet w ciąży spełniających co najmniej jedno z następujących kryteriów: wiek matki od 35 lat, wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka, stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową, stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. Obejmuje badania biochemiczne, USG tzw. „genetyczne”, obliczenie ryzyka wystąpienia chorób u płodu, a w uzasadnionych przypadkach badanie genetyczne materiału płodowego i poradę genetyczną. Finansowany jest w ramach programów profilaktycznych.
4. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc -POChP) obejmujący edukację antynikotynową, spirometrię w uzasadnionych przypadkach, edukację oraz terapię antynikotynową. Finansowany jest w ramach programów profilaktycznych. Etap podstawowy adresowany jest do osób powyżej 18. roku życia palących papierosy, w tym - w zakresie diagnostyki POChP (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) - do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40. a 65. rokiem życia. Etap specjalistyczny adresowany jest do osób uzależnionych od palenia tytoniu, skierowanych z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania. W ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, dla świadczeń realizowanych w 2021 roku, nie zmieniono wyceny świadczeń. W dniu 27 grudnia 2021 roku zostało wydane zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 218/2021/BPZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne. Zmiany te miały charakter wyłącznie porządkowy (uzupełniały wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiący załącznik nr 2 do zarządzenia oraz załączniki nr 1 - 4 do umowy będące integralną częścią umowy zgodnie ze zmianami ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

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

Zarządzenie Nr 4/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 05.01.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne:

- a) w załączniku 1a do zarządzenia w związku z kontrolą nr P/20/055 - „Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przeprowadzaną w Centrali NFZ w Warszawie”, uzupełniono wartości grup: F14 Chirurgiczne leczenie otyłości oraz Q46 Zabiegi endowaskularne – Grupa 6;
- b) w załączniku nr 1c do zarządzenia zaktualizowano produkty związane z leczeniem krwią i jej składnikami, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2020 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2021 r. (Dz. U. poz. 1768);
- c) w związku z wejściem w życie ustawy o Funduszu Medycznym, który w swoim zamierzeniu ma służyć poprawie zdrowia i jakości życia, w zakresie subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego część środków przeznaczono na wprowadzenie bezlimitowych świadczeń szpitalnych i specjalistycznych udzielanych osobom do ukończenia 18 roku życia, w zarządzeniu wprowadzono stosowne zmiany. Jednym z celów Funduszu Medycznego jest finansowanie leków dla indywidualnych pacjentów w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL). Wprowadzone ustawą zmiany znacznie uprościły procedury, uległy one skróceniu, a przede wszystkim umożliwiły szybkie zastosowanie danej technologii lekowej bez zbędnej sformalizowanej procedury. Stąd, dokonano zmian w produktach dedykowanych ratunkowemu dostępowi do technologii lekowych w załączniku nr 1b (5.52.01.0001509 Ratunkowy dostęp do technologii lekowych – w trybie ambulatoryjnym) oraz w załączniku nr 1c (5.53.01.0000012 Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej); ma to zastosowanie do wniosków złożonych przed dniem wejścia w życie przepisów ustawy o Funduszu Medycznym, tj. do 26 listopada 2020 r.; zasada ta ma zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie karty DiLO (produkty określone w załączniku nr 3b do zarządzenia);
- d) kontynuując działania Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzące do zwiększenia dostępności i skrócenia czasu oczekiwania do świadczeń związanych z leczeniem zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu wprowadzono mechanizm finansowy promujący ich wykonywanie. W sytuacji wykonania jednocześnie zabiegów operacyjnych obustronnych, rozliczanych grupami C05G, C05H, C06G, C06H - wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,8. W przypadku, gdy u świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w zakresie otolaryngologia, otolaryngologia dla dzieci, audiologia i foniatria, audiologia i foniatria dla dzieci w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I: średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z danego okresu sprawozdawczego, mierzony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, mierzonego



na ostatni dzień okresu sprawozdawczego a liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy wówczas wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,01;

- e) w związku z zakwalifikowaniem technologii medycznej elektrochemioterapia (ECT) jako świadczenia gwarantowanego w zakresie leczenia szpitalnego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1941) zaimplementowano je do niniejszego zarządzenia. Ma to na celu zapewnienie świadczeniobiorcom, u których występują nieresekcyjne zmiany nowotworowe w powłokach ciała (skóra lub tkanka podskórna) – zarówno pierwotne nowotwory skóry (raki i czerniaki), jak i przerzuty innych nowotworów do skóry lub tkanki podskórnej, niekwalifikujące się do innej terapii w powłokach ciała, dostępności do skutecznej metody leczenia finansowanej w ramach środków publicznych, w sytuacji uzasadnionej koniecznością odstąpienia od leczenia operacyjnego; w tym celu utworzono w załączniku nr 1b do niniejszego zarządzenia dedykowany temu świadczeniu produkt rozliczeniowy;
- f) w celu premiowania świadczeniodawców udzielających świadczeń, których wartość korygowana jest z zastosowaniem współczynników korygujących, mając na uwadze kompleksowość ich udzielania oraz zapewnienie ciągłego dostępu do nich, zakłóconego epidemią COVID-19, do podstawy obliczenia na 2021 r. wartości produktów rozliczeniowych (ustalonych w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowanej z zastosowaniem współczynników umożliwiono zastosowanie liczby świadczeń zrealizowanych w 2019 lub 2020 roku;
- g) w związku z koniecznością zapewnienia kontynuacji leczenia i zapewnienia nieprzerwanego dostępu do środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego przy leczeniu padaczki lekoopornej, deficytu transportera glukozy 1 oraz deficytu dehydrogenazy pirogronianu z wykorzystaniem diety ketogennej, w katalogu produktów odrębnych 1b utworzono nowy produkt rozliczeniowy;
- h) zmiany wprowadzone w załącznikach do zarządzenia oraz odpowiednio w załącznikach do wzorów umów, wynikają z ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493). Na podstawie znowelizowanych przepisów realizacja i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się na podstawie umowy zawieranej pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ, zwanym dalej „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 zawartych ze świadczeniodawcami umów.

Zarządzenie Nr 14/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21.01.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne:

- a) zmieniono wartość produktu rozliczeniowego: Elektrochemioterapia (ECT) na 9 650 zł;
- b) umożliwiono sumowanie JGP: P23 (5.51.01.0014023) - Padaczka, A66 (5.51.01.0001066) - Padaczka-diagnostyka i leczenie oraz A67 (5.51.01.0001067) - Padaczka- diagnostyka i leczenie > 3 dni z produktem rozliczeniowym z załącznika nr 1c: 5.53.01.0001534 Koszt środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w leczeniu padaczki lekoopornej, deficytu transportera glukozy 1 oraz deficytu dehydrogenazy pirogronianu z wykorzystaniem diety ketogennej. Równocześnie umożliwiono sprawozdawanie realizacji świadczenia w trybie jednodniowym oraz hospitalizacja. Wprowadzone rozwiązanie pozwoli na kontynuację terapii pacjentów leczonych uprzednio środkami specjalnego przeznaczenia żywieniowego refundowanymi w ramach importu docelowego.
- c) ponieważ w zdecydowanej większości przypadków padaczki lekoopornej u dzieci występują wrodzone wady metabolizmu, których diagnostyka odbywa się głównie w oddziałach pediatrycznych, posiadających doświadczenie w dziedzinie pediatrii metabolicznej, do sprawozdawania i rozliczania produktów dedykowanych diecie ketogennej udostępniono zakres pediatria. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zarządzenie Nr 55/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31.03.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- a) w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 17 grudnia 2020 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego związanych z chirurgią noworodka i niemowlęcia zaimplementowano taryfy dla grup PZN01-PZN04;
- b) w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 17 lutego 2021 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia chorób nowotworowych zaimplementowano przedmiotowe taryfy, dodatkowo tworząc w załącznikach nr 1b oraz 1d do zarządzenia nowe produkty rozliczeniowe dedykowane poszczególnym świadczeniom.

Wprowadzone zmiany korygujące wartość świadczeń pozwolą wyrównać dysproporcję pomiędzy poziomem finansowania chirurgicznego leczenia nowotworów i pozostałych świadczeń występujące we wskazanych w ww. raporcie obszarach w ośrodkach prowadzących kompleksowe leczenie onkologiczne lub ośrodkach specjalizujących się w chirurgii określonych nowotworów, do czasu przeprowadzenia analiz celowanych i rekonstrukcji niejednorodnych JGP;

- c) w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 17 lutego 2021 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia chorób układu krwiotwórczego zaimplementowano przedmiotowe taryfy;
- d) umożliwiono rozliczanie produktu rozliczeniowego: 5.52.01.0001552 Pobyt obejmujący wydanie środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego przy leczeniu padaczki lekoopornej, deficytu transportera glukozy 1 oraz deficytu dehydrogenazy pirogronianu z wykorzystaniem diety ketogennej również w trybie hospitalizacji jednodniowej i hospitalizacji;

- e) w związku z wejściem w życie wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (Dz. U. poz. 2360), wytypowano 39 podmiotów, które mogą realizować kompleksową diagnostykę patomorfologiczną na zasadach określonych w programie pilotażowym. W związku z powyższym, w treści normatywnej zarządzenia dodano przepisy regulujące zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie przedmiotowego rozporządzenia;
- f) w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 12 marca 2021 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z obszaru radioterapii chorób nowotworowych zaimplementowano przedmiotowe taryfy.

Zarządzenie Nr 96/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27.05.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

Zmiana zarządzenia wynikała ze zmian wprowadzonych do zarządzenia Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych związanych z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 542). Ww. rozporządzenie wprowadzało do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenie gwarantowane – Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego. Wobec powyższego, niniejszą regulacją, w zakresie §14 zmienianego zarządzenia doprecyzowano przepis (ust. 8) dotyczący sprawozdawania i rozliczania świadczeń dotyczących kompleksowej opieki onkologicznej. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 czerwca 2021 r.

Zarządzenie Nr 118/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28.06.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- a) w związku z poprawą sytuacji epidemiologicznej, w tym obserwowanym spadkiem liczby hospitalizowanych pacjentów z COVID-19 i związanym z tym wygaszaniem podmiotów wskazywanych dotychczas na III poziomie zabezpieczenia COVID-19 wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy dedykowany rozliczaniu kosztów pobytu pacjentów leczonych uprzednio na tym poziomie zabezpieczenia (finansowanie produktu w ramach środków pozostających w dyspozycji NFZ);
- b) wprowadzono zmiany w zasadach rozliczania kontynuacji leczenia guza olbrzymiokomórkowego kości, w przypadku dorosłych i młodzieży z dojrzałym układem kostnym, u których występuje guz nieoperacyjny lub u których zabieg chirurgiczny może spowodować ciężkie okaleczenie;
- c) rozszerzono zakresy, w których możliwe jest rozliczanie implantacji portu naczyniowego o kardiologię i nefrologię;
- d) rozszerzono możliwość finansowania wczesnej diagnostyki w kierunku chorób nowotworowych u noworodków;

e) zmodyfikowano wykaz badań genetycznych w chorobach nowotworowych;

Zarządzenie Nr 131/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 09.07.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskoscjelistyczne: Zarządzenie wprowadziło dla świadczeniodawców realizujących świadczenia zabiegowe z katalogu JGP, realizowane w ramach zakresu chirurgia onkologiczna (obejmujący wszystkie jednostki realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy) współczynnik korygujący o wartości 17%. W opisie w części „3.4. Projekt taryfy” raportu AOTMiT w sprawie ustalenia taryfy świadczeń pt. „Porównanie kosztów świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia zabiegowego chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego vs pozostałych” wartość współczynnika korygującego w oparciu o koszty funkcjonowania oddziałów oraz bloków operacyjnych została ustalona na poziomie 17%. Powyższe nie znalazło odzwierciedlenia w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 17 lutego 2021 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia chorób nowotworowych, w związku z tym niniejsze zarządzenie stanowi kontynuację zmian w finansowaniu świadczeń określonych w zarządzeniu Nr 55/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2021 r. Przyjęte rozwiązanie miało również na celu premiowanie jakości udzielanych świadczeń. Mając na względzie uwagę Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie umożliwiono rozliczanie kosztu produktu leczniczego stosowanego w leczeniu guza olbrzymiokomórkowego kości, w przypadku dorosłych i młodzieży.

Zarządzenie Nr 158/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskoscjelistyczne:

- a) usunięto JGP: H44 Wprowadzenie czynników wzrostu pochodzenia autogenicznego - zgodnie z rekomendacją nr 104/2019 z dnia 22 listopada 2019 r. Prezesa oraz pismem Ministra Zdrowia z 29 lipca 2021 r.;
- b) w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 13 lipca 2021 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń szpitalnych obejmujących leczenie zatruc dla JGP: S40-S44 zaimplementowano przedmiotowe taryfy.

Zarządzenie Nr 177/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskoscjelistyczne: W zarządzeniu wprowadzono zmiany w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 29 września 2021 r. w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych z obszaru kardiochirurgii.

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

Zarządzenie Nr 5/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5.01.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

Zarządzeniem wprowadzono zmiany w zarządzeniu Nr 185/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany

w ww. regulacji wynikają z wejścia w życie ustawy o Funduszu Medycznym, która w swoim zamierzeniu ma służyć poprawie zdrowia i jakości życia. W związku z powyższym, w zakresie subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego część środków przeznaczono na wprowadzenie bezlimitowych świadczeń szpitalnych i specjalistycznych udzielanych osobom do ukończenia 18 roku życia. W konsekwencji dokonano stosowanych zmian w §14 oraz w załączniku nr 1. W szczególności wyodrębniono zakresy świadczeń dedykowanych dzieciom/ świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia, które obejmują wszystkie zakresy świadczeń dla dzieci/ świadczeniobiorców do ukończenia 18. roku życia. Natomiast w przypadku świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia w zakresach, które nie są dedykowane wyłącznie dzieciom, stworzono mechanizm umożliwiający rozliczenie należności za świadczenia udzielone ponad limit określony w umowie (proces naliczania świadczeń do zapłaty). Ponadto, uwzględniając że jednym z celów Funduszu Medycznego jest finansowanie leków dla indywidualnych pacjentów w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), wprowadzone ustawą zmiany uprościły i skróciły dotychczasowe procedury a także umożliwiły szybkie zastosowanie danej technologii lekowej. Dlatego też dokonano zmian w produktach dedykowanych ratunkowemu dostępowi do technologii lekowych - mają zastosowanie do wniosków złożonych przed dniem wejścia w życie przepisów ustawy Funduszu Medycznym. Dodano nowy zakres świadczeń dotyczący ratunkowego dostępu do technologii lekowej dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach PSZ do poziomu: III stopnia; ogólnopolskiego, onkologicznego, pediatrycznego, pulmonologicznego. W celu ujednoczenia trybu postępowania oraz jego przejrzystości określono wzór wniosku, jaki świadczeniodawca powinien złożyć do konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych oraz wzór opinii konsultanta krajowego lub wojewódzkiego, która zawiera ocenę zasadności zastosowanego produktu leczniczego u danego świadczeniobiorcy. Odpowiednio do postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 2214) w załączniku nr 1 dokonano symetryzacji produktów dla zakresów świadczeń wymienionych w ww. rozporządzeniu. Ponadto, w celu ujednoczenia przepisów z przepisami zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane w załączniku nr 1 w świadczeniach opieki kompleksowej wyodrębniono nowy zakres świadczeń Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2). Zmiana ma celu poprawie 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. Przyjęte rozwiązania weszły w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem §1 pkt 3 w zakresie lp. 209 załącznika nr 1 do zarządzenia, który wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2020 r., przy czym przepisy zarządzenia stosuje się do sprawozdawania i rozliczania świadczeń

udzielanych od dnia 1 stycznia 2020 r, z wyjątkiem §1 pkt 2, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 26 listopada 2020 r., co pozostaje w zgodności z terminem wejścia w życie przepisów ustawy o Funduszu Medycznym.

Zarządzenie Nr 20/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27.01.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: Zmiany w ww. regulacji dotyczą wprowadzenia współczynników korygujących dla świadczeń rozliczanych ceną jednostki rozliczeniowej w zakresach wyodrębnionych w ramach PSZ – w odniesieniu do świadczeniodawców, którzy spełniają następujące warunki w danym okresie rozliczeniowym:

- 1) posiadanie certyfikatu akredytacyjnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135), dotyczącego profili systemu zabezpieczenia, ważnego w dniu rozpoczęcia okresu rozliczeniowego,
- 2) posiadanie świadectwa wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu lub mikrobiologicznemu, będącemu jednostką organizacyjną świadczeniodawcy zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania czynności laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej,
- 3) posiadanie świadectwa wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu, będącemu jednostką organizacyjną świadczeniodawcy zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania świadczeń czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Wartość współczynników korygujących przyjęto na poziomie wartości współczynników korygujących Q związanych z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, z późn. zm.). Powyższa zmiana miała na celu ujednoczenie zasad finansowania świadczeń w ramach ryczałtu PSZ i w ramach zakresów wyodrębnionych oraz umożliwienie świadczeniodawcom udzielającym świadczeń świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia utrzymanie dotychczasowego poziomu przychodów, w związku z wyodrębnieniem z ryczałtu PSZ wszystkich zakresów świadczeń dedykowanych dzieciom, w celu wprowadzenia ich bezlimitowego finansowania. Powyższa zmiana jest następstwem wejścia w życie ustawy o Funduszu Medycznym. Dodatkowo uszczegółowiono wzór wniosku jaki świadczeniodawca powinien złożyć do konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, oraz wzór opinii konsultanta krajowego lub wojewódzkiego, która zawiera ocenę zasadności zastosowanego produktu leczniczego u danego świadczeniobiorcy, poprzez dodanie NIP, REGON świadczeniodawcy, numer prawa wykonywania zawodu konsultanta krajowego/ wojewódzkiego w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy, ilości wnioskowanego leku. Przyjęte rozwiązania weszły w życie z dniem następującym po dniu

podpisania, przy czym przepisy zarządzenia stosuje się do sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2021 r.

Zarządzenie Nr 47/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22.03.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany w ww. regulacji wynikają z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (Dz. U. poz. 2360). Do udziału w projekcie wytypowano 39 jednostek, które mogą realizować kompleksową diagnostykę patomorfologiczną na zasadach określonych w programie pilotażowym. W związku z powyższym, w nowelizowanym zarządzeniu dodano rozdział 5a określający zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Zgodnie z wprowadzonymi zmianami, w celu zawarcia umów z realizatorami programu pilotażowego (świadczeniodawcami), określono wzór umowy na realizację przedmiotowego programu. Ponadto, określono wzór wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pilotażu, jak również określono wzór i format sprawozdania, które będzie przekazywane do Funduszu przez określonych świadczeniodawców. Za udział w programie pilotażowym ustalono współczynnik korygujący w wysokości 1,02 dla świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których wykonano badanie patomorfologiczne, udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach, w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, w okresie realizacji programu pilotażowego. Etap realizacji programu pilotażowego zaplanowano na 9 miesięcy. Przyjęte rozwiązania wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2021 r., z wyjątkiem §2, który wszedł w życie z dniem następującym po dniu podpisania, co pozwoli świadczeniodawcom (wymienionym w wykazie określonym w załączniku nr 4 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r.) na uprzednie złożenie w oddziale Funduszu, wniosków o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na realizację pilotażu JGPato.

Zarządzenie Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31.03.2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: Duża liczba zmian wprowadzonych do zarządzenia Nr 185/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej spowodowała konieczność opracowania nowego zarządzenia, w którym uwzględniono wszystkie zmiany, które zostały dokonane zarządzeniami zmieniającymi, a także ujednolicono odniesienia do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Zarządzenie Nr 80/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.04.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: Zmiany w ww. regulacji wynikają z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia

szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 542), które wprowadza do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenie gwarantowane – Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego. W celu umożliwienia funkcjonowania nowego modelu opieki w systemie opieki zdrowotnej, do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzono nowy zakres: Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG). Pozwoli to na sfinansowanie wielokierunkowej, zintegrowanej opieki nad osobami z nowotworem jelita grubego, zgodnie ze wskazaniami medycznymi oraz indywidualnymi preferencjami pacjentów, które dotychczas było finansowane w ramach odrębnych umów w poszczególnych rodzajach świadczeń. W związku z powyższym, w nowelizowanym zarządzeniu dodano w §14 ust.1 oraz w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia nowy zakres świadczeń: kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG).

Zarządzenie Nr 121/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.06.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: Zmiany w ww. regulacji wynikają ze zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225, z późn. zm.) wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1121). Proponowane zmiany polegają na wyłączeniu z ryczału wszystkich świadczeń realizowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz niektórych świadczeń udzielonych w ramach sieci kardiologicznej, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. poz. 880), wyłącznie dla realizatorów programu pilotażowego. Zgodnie z intencją ww. rozporządzenia oraz wytycznymi Ministra Zdrowia zmiany umożliwią wprowadzenie nielimitowanego finansowania świadczeń wyłączanych z ryczału systemu zabezpieczenia. Aktualnie takie finansowanie, w odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, obejmuje tylko świadczenia diagnostyczne w zakresie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz niektóre porady specjalistyczne. Zatem bezlimitowe rozliczanie ma dotyczyć wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, tj. zgodnie z rzeczywistym wykonaniem tych świadczeń, zarówno w zakresach podstawowych, jak i skojarzonych do nich oraz badaniach diagnostycznych kosztochłonnych. Rozliczanie zgodnie z rzeczywistym wykonaniem ma na celu wdrożenie rozwiązań umożliwiających zmotywowanie świadczeniodawców do poprawy dostępności do przedmiotowych świadczeń. Bezlimitowe rozliczanie dotyczy świadczeń udzielonych w ramach sieci kardiologicznej, o których mowa w §13 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. poz. 880), wyłącznie dla realizatorów pilotażu. Wprowadzając powyższe, dokonano stosownych modyfikacji w treści zarządzenia.



Zarządzenie Nr 148/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26.08.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W załączniku nr 1 ujednolicono nazwy programów lekowych zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 44), 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 2021 r. poz. 523). Ponadto, zgodnie z zarządzeniem Nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 130/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r. zaktualizowano kody i nazwy zakresów dla świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, położne i ratowników medycznych w zakresie dodatkowych środków finansowych przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń..

Zarządzenie Nr 159/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W załączniku nr 1 ujednolicono nazwy zakresów świadczeń wynikających z zarządzenia Nr 156/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej.

Zarządzenie Nr 216/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: zmiany w ww. regulacji mają charakter porządkujący. Zmiany w załączniku nr 2 (określenie nowego wzoru umowy) wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu §4 - Warunki finansowania świadczeń oraz §5 - Kary umowne do przepisów §16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).

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

##### **IV.1.6.1. KOS – Zawal**

Zarządzenie Nr 6/2021/DSOZ z dnia 5 stycznia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe:

Zmiany wprowadzone zarządzeniem wynikały z nowelizacji ustawy o świadczeniach dokonanej ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493). Na podstawie znowelizowanych przepisów realizacja i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe odbywa się na podstawie umowy zawieranej pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ - reprezentowanym przez Prezesa Funduszu. Natomiast w imieniu Prezesa Funduszu działa dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, który - na podstawie udzielonego pełnomocnictwa - jest

upoważniony do wykonywania czynności związanych z realizacją umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. W związku z powyższym, zmianie uległ załącznik nr 2 do zarządzenia stanowiący wzór umowy o udzielanie przedmiotowych świadczeń oraz odpowiednio załączniki do umowy. Dodatkowo, w załączniku nr 1k do zarządzenia (załącznik nr 1 do zarządzenia zmieniającego) wykreślono przepis mówiący o konieczności współpracy z lekarzem rehabilitacji przy ustalaniu indywidualnego planu leczenia pacjenta.

Zarządzenie Nr 27/2021/DSOZ z dnia 8 lutego 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe: W związku ze zmianami wprowadzonymi zarządzeniem Nr 25/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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 w celu symetryzacji przepisów zmodyfikowano wycenę punktową wybranych produktów rozliczeniowych.

Obwieszczenie Prezesa NFZ z dnia 2 czerwca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe:

Publikacja jednolitego tekstu zarządzenia Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (jako załącznika do obwieszczenia Prezesa NFZ) stanowi realizację nałożonego na Prezesa Funduszu zadania, wynikającego z art. 102 ust. 5 pkt 39 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym do zakresu działania Prezesa Funduszu w szczególności należy: „wydawanie i publikowanie na stronie internetowej Funduszu, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy jednolitych tekstów zarządzeń Prezesa określających warunki realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz publikowanie na stronie internetowej Funduszu tekstów ujednoczonych tych zarządzeń, niezwłocznie po dokonaniu w nich zmian.

#### **IV.1.6.2. Onkologiczne świadczenia kompleksowe - KON**

Zarządzenie Nr 26/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 04.02.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych:

W zarządzeniu skorygowano wycenę punktową wybranych produktów rozliczeniowych. Przedmiotowa zmiana w zakresie merytorycznym wynika bezpośrednio (symetryzacja przepisów) z zarządzenia Nr 25/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Zarządzenie Nr 70/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15.04.2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych:

Zmiany obejmują:

- 1) w związku z opublikowanymi obwieszczeniami Prezesa AOTMiT z dnia 17 lutego 2021 r. i 12 marca 2021 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia chorób nowotworowych zaimplementowano przedmiotowe taryfy, dodatkowo tworząc nowe produkty rozliczeniowe dedykowane poszczególnym świadczeniom. Ponadto, umożliwiono zakwaterowanie pacjenta w hostelu również w przypadku brachyterapii.
- 2) Utworzono produkt rozliczeniowy - Duże zabiegi w obrębie piersi <66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych, do rozliczenia którego są uprawnieni świadczeniodawcy spełniający kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych, oraz spełniający warunek minimalnej liczby zrealizowanych w 2019 lub 2020 roku świadczeń zabiegowych.
- 3) w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (Dz. U. z 2020 r. poz. 2360) w zarządzeniu dodano przepis dotyczący rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie przedmiotowego rozporządzenia.

Zarządzenie Nr 95/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27.05.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych:

Zmiany obejmują:

- 1) w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2021, poz. 542), w celu umożliwienia funkcjonowania nowego modelu opieki, do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzono nowy zakres: Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON- JG);
  - w zakresie Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers): skorygowano wycenę punktową produktu rozliczeniowego oraz dodano nowe produkty rozliczeniowe.

Zarządzenie Nr 132/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 09.07.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych:

Wprowadzono zmiany, które stanowią, że u świadczeniodawców realizujących w danym okresie rozliczeniowym świadczenia w zakresie chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii, w sytuacji rozliczania kompleksowych świadczeń onkologicznych udzielonych w oddziale szpitalnym właściwym dla realizacji świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej, wartość JGP o charakterze zabiegowym korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,17. Przyjęte rozwiązanie ma na celu m.in. premiowanie jakości udzielanych świadczeń.

Zarządzenie Nr 179/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 04.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych

Zmiany obejmują m.in.:

- 1) wprowadzenie możliwości rozliczenia badań rezonansu magnetycznego piersi (RM piersi) w zakresie Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś), w sytuacji gdy istnieją wskazania medyczne do jego wykonania (wcześniej badanie było możliwe do rozliczenia w populacji chorych z mutacją BRCA1/BRCA2);
- 2) wprowadzenie nowego produktu rozliczeniowego - Pobyt diagnostyczny, możliwy do rozliczenia w ramach Kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) łącznie z kosztochłonnym badaniem diagnostycznym.

#### **IV.1.7. Programy pilotażowe<sup>7</sup>**

##### **IV.1.7.1. 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 G35 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.

---

<sup>7</sup> Programy pilotażowe finansowane (współfinansowane) ze środków UE oraz program pilotażowy centrów zdrowia psychicznego zostały przedstawione odrębnie.

Przedmiotowy program pilotażowy realizowany jest od stycznia 2020 r. do lutego 2021 r. przez 2 ośrodki, a później przez 1 ośrodek na terenie województw: małopolskiego (Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o. umowa obowiązywała od 01.01.2020 r. do 28.02.2021 r.) i pomorskiego (Copernicus Podmiot Lecznicy Sp. z o.o. w Gdańsku, umowa obowiązuje od 01.02.2020 r. do nadal). Wybór realizatorów świadczeń odbywa się w oparciu o złożone wnioski i podpisanie umowy przez świadczeniodawców.

#### **IV.1.7.2. 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, który został wskazany przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu jako realizator programu).

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

Pilotaż z zakresu 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 niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1985 z późn. zm.). Początkowo pilotaż realizowany był przez siedem ośrodków w sześciu województwach: lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim, śląskim. Od lipca 2019 r., zgodnie 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 jest przez 17 świadczeniodawców na terenie całego kraju. Rozporządzenie zmieniające Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 2093) przedłużyło okres realizacji pilotażu

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.

#### **IV.1.7.4. 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 Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., zmienionego zarządzeniem nr 25/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 03.02.2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być udzielane przez 3 lata od dnia 4 września 2020 r.

Celem programu pilotażowego jest poprawa efektywności diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z NF/RAS oraz wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych charakterystycznych dla tej grupy świadczeniobiorców, a także ocena efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad świadczeniobiorcami z NF/RAS.

Zgodnie z zapisem w rozporządzeniu program pilotażowy realizowany jest obecnie przez 4 ośrodki wskazane przez Ministra Zdrowia.

#### **IV.1.7.5. Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej**

Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej realizowany jest na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 880 z późn. zm.) dalej rozporządzenie w ramach sieci kardiologicznej oraz Zarządzenia nr 156/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24.09.2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej.

W ramach pilotażu sieci kardiologicznej świadczeniami opieki zdrowotnej objęci są dorośli świadczeniobiorcy z chorobami układu krążenia. Schorzeniami, które kwalifikują do leczenia w ramach programu pilotażowego są nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne, niewydolność serca, nadkomorowe i komorowe zaburzenia rytmu i przewodzenia, wady zastawkowe. Świadczeniobiorcy zakwalifikowani do pilotażu w ramach sieci kardiologicznej są leczeni zarówno w oddziale szpitalnym jak i w warunkach ambulatoryjnych. Wybór rozpoznań, które kwalifikują do objęcia świadczeniobiorcy pilotażem wynikał z konieczności ustalenia standardów diagnostyki i leczenia dla świadczeniobiorców ze schorzeniami układu krążenia, których leczenie jest problematyczne.

W ramach pilotażu testowana i oceniana jest zasadność i skuteczność funkcjonowania modelu opieki opartego na sieci ośrodków kardiologicznych.

Udzielanie świadczeń podzielone zostało na różne poziomy ośrodków, które działają w ramach umów z NFZ. Pilotaż sieci kardiologicznej jest realizowany w województwie mazowieckim.

Stworzona została sieć kardiologiczna w skład, której wchodzi: wojewódzki ośrodek koordynujący współpracujący z ośrodkami I i II poziomu. W pilotażu sieci kardiologicznej biorą udział również podmioty lecznicze udzielające świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, które kierują świadczeniobiorców do programu pilotażowego.

Wojewódzkim ośrodkiem koordynującym na terenie województwa mazowieckiego został Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy. Wybór Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego uzasadnia zapewnienie przez ten podmiot leczniczy pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej łącznie z przeszczepianiem serca dokonywanym w przypadku niewydolności serca.

Opieką w ramach sieci kardiologicznej planuje się objąć 17 tysięcy świadczeniobiorców z województwa mazowieckiego. Na leczenie świadczeniobiorców w ramach pilotażu sieci kardiologicznej zaplanowano kwotę w wysokości 35,6 mln złotych.

Podpisano łącznie umowy z 38 świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz realizujących świadczenia w trybie hospitalizacji. Umowy te obowiązują od dnia 25 listopada 2021 r.

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

Do realizacji programu pilotażowego przystąpiło 14 świadczeniodawców wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. z 2021 r. poz. 1622). W dniu 08.11.2021 r. zostało opublikowane Zarządzenie Nr 181/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR, które określa warunki realizacji programu KOS-BAR. Pilotaż realizowany jest od grudnia 2021 r. Koncepcja kompleksowej diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z otyłością olbrzymią opiera się na scentralizowanym wielodyscyplinarnym leczeniu świadczeniobiorcy w ośrodku zapewniającym sprawną koordynację na każdym etapie leczenia obejmujące monitorowanie efektów leczenia oraz całego procesu terapeutycznego. Założeniem i celem kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami z otyłością olbrzymią jest poprawa efektywności i jakości leczenia pacjentów. Zakłada się, że leczeniem w ramach pilotażu zostanie objętych około 2 907 świadczeniobiorców. Łączny koszt programu szacowany jest na 70 811,55 tys. zł. Program pilotażowy zostanie sfinansowany w ramach planu finansowego NFZ ze środków pozyskanych z tytułu opłaty od napojów z dodatkiem cukrów będących monosacharydami lub disacharydami oraz kofeiny lub tauryny oraz opłaty dodatkowej. Program pilotażowy trwać

będzie 24 miesiące, skierowany jest do świadczeniobiorców od 18 roku życia z rozpoznaniem otyłości spowodowanej nadmierną podażą energii, u których BMI wynosi  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> oraz 35- 40 kg/m<sup>2</sup> oraz występują choroby współistniejące, a leczenie operacyjne może przynieść potencjalne korzyści. Program realizowany jest na terenie 9 województw (warmińsko-mazurskiego, mazowieckiego, pomorskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego, podlaskiego, lubelskiego, małopolskiego i łódzkiego). Ośrodek koordynujący realizujący pilotaż KOS-BAR obowiązany jest udzielać świadczeń zgodnie z rozporządzeniem KOS-BAR, a w szczególności przez cały okres realizacji pilotażu spełniać wymogi dotyczące:

- posiadania oddziału o profilu chirurgia ogólna wraz z poradnią chirurgiczną,
- zapewnienia dostępu do: pracowni radiologii oraz endoskopowej, konsultacji specjalistycznych (przed i po zabiegu), wykonania badań laboratoryjnych, badania polisomnograficznego,
- zapewnienia wielospecjalistycznego zespołu z doświadczeniem w leczeniu otyłości i chirurgii bariatrycznej,
- zapewnienie całodobowego dostępu w lokalizacji do świadczeń w zakresie chirurgii i intensywnej terapii dla pacjentów leczonych z powodu otyłości olbrzymiej.

W ramach programu pilotażowego funkcjonują IV moduły: I - Diagnostyka, postępowanie przedoperacyjne, II - Leczenie zabiegowe, III - Rehabilitacja lecznicza (przed - i pooperacyjna), IV -Bariatryczna opieka specjalistyczna (monitorowanie).

Rozliczenie świadczeń opieki zdrowotnej w programie pilotażowym odbywa się po zrealizowaniu poszczególnych modułów. Etapem kończącym program pilotażowy będzie dokonanie pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego w zakresie oceny efektów leczenia w ramach programu pilotażowego na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych przekazanych przez realizatorów pilotażu.

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

Rzeczony program pilotażowy został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (Dz. U. poz. 2253) oraz zarządzenia Nr 199/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10.12.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (z późn. zm.). Program pilotażowy jest realizowany od dnia 1 grudnia 2021 r. do dnia 30 czerwca 2023 r. przez 10 świadczeniodawców na terenie 9 województw. Pierwszą umowę zawarto 23 grudnia 2021 r. w województwie mazowieckim. Celem programu pilotażowego jest praktyczne sprawdzenie efektywności różnych programów oddziaływań terapeutycznych przedstawionych przez realizatorów programu pilotażowego. Jednocześnie program ma za zadanie ograniczenie symptomów problemowego korzystania z nowych technologii



cyfrowych przez ograniczenie zachowań związanych z problemowym korzystaniem z nowych technologii cyfrowych oraz zwiększenie wiedzy i samoświadomości w odniesieniu do istniejącego problemu. Ostatecznie ma on wpłynąć na poprawę stanu zdrowia psychicznego i poprawę funkcjonowania społecznego małych pacjentów i ich najbliższych. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego obejmują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

#### **IV.1.7.8. 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 tych prac zostały przygotowane 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.

#### **IV.1.7.9. 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>8</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>9</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>10</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 celu zapewnienia ciągłości kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi objętymi programem, do czasu wejścia w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, wdrażającej rozwiązania przetestowane w ramach pilotażu - planowany termin zakończenia programu z 31 grudnia 2021 roku został przedłużony do 31 grudnia 2022 r.<sup>11</sup>

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

---

<sup>8</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1902).

<sup>9</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>10</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).

<sup>11</sup> Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 2412)

planuje się osiągnąć poprawę bezpieczeństwa, jakości leczenia onkologicznego i satysfakcji pacjenta oraz optymalizację kosztową opieki onkologicznej.

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

W 2021 roku sposób rozliczania świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie określony był w obowiązującym zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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 8/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 stycznia 2021 r., które wprowadziło zmiany:

- wynikające z przepisów ustawy o Funduszu Medycznym, na podstawie których wprowadzono bezlimitowe finansowanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż.
- związane z wejściem w życie nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki dokonane ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493).

Następnie dokonano zmiany zarządzeniem Nr 92/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 maja 2021 r. które wprowadziło możliwość przedłużenia obowiązywania dotychczasowych umów w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży – KOC I, na okres do dnia 31 grudnia 2021 r. Ostatnim zarządzeniem zmieniającym, wydanym w 2021 r., było zarządzenie

Nr 205/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r., nadające nowe brzmienie załącznikom nr 2 i 2a - 2d, w których określone zostały nowe wzory umów. Zmiany w ww. wzorach, wprowadzone tym zarządzeniem polegają na dostosowaniu §4 - Warunki finansowania świadczeń oraz w §5 lub w §6 - Kary umowne do przepisów §16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. Z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).

Ponadto, w 2021 roku zawarto umowy na realizację nowego zakresu świadczeń „Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych 2 (KLRP-2)”, dodanego zarządzeniem Nr 213/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r.

Wprowadzenie nowego zakresu świadczeń służy polepszeniu jakości opieki nad pacjentem z raną przewlekłą, podstawowym założeniem jest skuteczne zamknięcie rany.

W odróżnieniu od dotychczasowego zakresu świadczeń - Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych (KLRP-1) świadczenia te odbywają 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. Były to działania podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii NFZ –

Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach wymienionego na wstępie zarządzenia, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie nie rozliczano działań 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 742 z późn. zm.). W zarządzeniu nr 1/2021/DSOZ zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wprowadzono bezlimitowe finansowanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż. Zmiany wprowadzone zarządzeniem wynikały z przepisów ustawy o Funduszu Medycznym. W zarządzeniu Nr 196/2021/DSOZ uszczegółowiono przepis, dotyczący wykonania pierwszej wizyty lub porady w dniu objęcia pacjenta opieką przez hospicjum domowe. Przedmiotowa regulacja pozwoliła na finansowanie świadczenia od pierwszej wykonanej wizyty lub porady w domu chorego. Ponadto, wprowadzono przepis, który ma na celu zapewnienie, że jeżeli w trakcie pobytu w hospicjum stacjonarnym, oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci, pacjent musiał być skierowany do szpitala, wówczas powrót ze szpitala traktowany jest jako kontynuacja opieki w hospicjum i nie jest wymagane nowe skierowanie.

#### **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 ze zm.). W zarządzeniu Nr 2/2021/DSOZ zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wprowadzono bezlimitowe finansowanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż. Zmiany wprowadzone zarządzeniem wynikały z przepisów ustawy o Funduszu Medycznym. W zarządzeniu Nr 22/2021/DSOZ zwiększono finansowanie świadczeń udzielanych w ZPO/ZOL dla pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel. W odróżnieniu od świadczenia osobodzień pobytu w ZPO/ZOL, w którym wzrost wyceny został rozłożony na kilka lat, taryfa dla świadczenia osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV, pozostała na niezmiennym poziomie od 2018 r. Wprowadzona zmiana miała na celu poprawę jakości i dostępności do świadczeń gwarantowanych w przedmiotowym zakresie. Nowa waga punktowa została określona na podstawie różnicy pomiędzy taryfami dla świadczenia osobodzień pobytu w ZPO/ZOL a osobodniem pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV (z wykorzystaniem taryf AOTMiT).

#### **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>12</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 dniu 1 grudnia 2021 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2021 r. poz. 1691). Zmiany wprowadzone niniejszym rozporządzeniem obejmują rozszerzenie kryteriów przyznawania wybranych wyrobów lub zmian w ich refundacji. W szczególności warto zauważyć rozszerzenie kryteriów przyznawania systemów ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym CGM-RT i czujnika do systemu monitorowania stężenia glukozy Flash (Flash Glucose Monitoring - FGM) o dzieci do 18. roku życia z cukrzycą typu 3. W związku z powyższym dokonano odpowiednich zmian w słowniku wyrobów medycznych obejmujących wprowadzenie nowych pozycji uwzględniających nowe limity finansowania oraz aktualizację kryteriów przyznawania i wzorców kompetencji.

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

W 2021 r. podjęto szereg działań mających na celu poprawę dostępności do świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom.

W czerwcu 2021 r. NFZ podjął wspólnie z Ministerstwem Edukacji i Nauki akcję zwiększenia dostępności do leczenia stomatologicznego podczas wakacji – Ministerstwo Edukacji i Nauki przeprowadziło akcję informacyjną wśród uczniów oraz zobowiązało dyrektorów szkół do udostępnienia pacjentom dostępu do gabinetów stomatologicznych znajdujących się na terenie szkół, zaś NFZ poinformował świadczeniodawców o możliwości kontynuowania leczenia dzieci w tym okresie zarówno w gabinetach na terenie szkół jak również innych w ramach zawartych umów.

Zarządzenie 33/2021/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne – wprowadziło bezlimitowe finansowanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego, na podstawie ustawy o Funduszu Medycznym.

Zarządzenie 140/2021/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne – wprowadziło nowe zakresy świadczeń gwarantowanych w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole – świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci

---

<sup>12</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).

i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz profilaktyczne świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia. Jego wydanie związane było z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. poz. 417).

W 2021 r. opracowano również propozycję zmiany finansowania świadczeń stomatologicznych w formie kompleksowych procedur medycznych zamiast obecnie obowiązującego systemu finansowania poszczególnych świadczeń gwarantowanych.

Ponieważ uzyskano akceptację tej propozycji środowiska lekarsko-dentystycznego (przedstawicielei Naczelnej Rady Lekarskiej) charakterystyki kompleksowych świadczeń stomatologicznych z zakresu chirurgii stomatologicznej i stomatologii i przekazano do AOTMiT w celu określenia ich wyceny.

#### **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,
- w formie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

Warunki zawierania i realizacji umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień określono w zarządzeniu nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. z późn. zm.).

W 2021 NFZ kontynuował realizację nowych rozwiązań w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia opartych na środowiskowym modelu realizacji świadczeń tj. blisko miejsca pobytu pacjenta. W ramach tych działań NFZ na koniec 2021 roku zawarł umowy z 337 ośrodkami środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, stanowiących I poziom referencyjny świadczeń wg nowego modelu.

Ponadto, Prezes NFZ w 2021 r. podejmował szereg działań legislacyjnych mających na celu minimalizację negatywnych skutków trwającej pandemii COVID-19 zarówno w odniesieniu do kompleksowego zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych, jak również w zakresie spełnienia przez świadczeniodawców warunków realizacji tych świadczeń, określonych w umowach o ich udzielanie.

Zarządzeniem nr 9/2021/DSOZ z dnia 5 stycznia 2021 r. zmieniającym zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wprowadzono regulacje umożliwiające bezlimitowe

finansowanie świadczeń udzielonych osobom niepełnoletnim w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Zmiana ta wynikała z wejściem w życie ustawy o Funduszu Medycznym wprowadzającej bezlimitowe finansowanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18.r.ż.

Zarządzenie nr 101/2021/DSOZ z dnia 9 czerwca 2021 r. zmieniające zarządzenie Prezesa NFZ umożliwiło świadczeniodawcom, realizującym w 2020 r. świadczenia w ramach Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, przedłużenie okresu rozliczeniowego upływającego w dniu 30 czerwca 2021 r., na kolejny okres rozliczeniowy, tj. do dnia 31 grudnia 2021 r. Ta grupa świadczeniodawców miała możliwość w terminie do dnia 30 czerwca 2021 r. - złożyć do Funduszu wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego. Powyższe wynikało z nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1548, z późn. zm.).

W celu umożliwienia rozliczania dodatkowego kosztu związanego z leczeniem świadczeniobiorcy, w tym dzieci i młodzieży, z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS- CoV-2 w warunkach stacjonarnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zarządzeniem nr 119/2021/DSOZ z dnia 28 czerwca 2021 r. zmieniającym zarządzenie Prezesa NFZ wprowadzono odpowiedni produkt rozliczeniowy. Przedmiotowy koszt leczenia objął koszt testów diagnostycznych oraz izolacji lub leczenia pacjenta przez okres 10 dni.

Dodatkowo na wniosek Ministerstwa Zdrowia wprowadzono możliwość przesunięcia terminu ewaluacji (przeliczenia) ryczału miesięcznego wypłacanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, dla świadczeniodawców, którzy w 2021 r. zawarli z NFZ umowę o realizację ww. świadczeń, przypadającego po 30 czerwca 2021 roku – na drugie półrocze, tj. po 31 grudnia 2021 r. Jednocześnie pozostawiono przedmiotowym świadczeniodawcom wybór terminu ewaluacji.

Zarządzeniem nr 198/2021/DSOZ z dnia 10 grudnia 2021 r. zmieniającym zarządzenie Prezesa NFZ wprowadzono zmianę zasady dotyczącej zwrotu przez świadczeniodawcę do Funduszu środków finansowych wynikających z różnicy przekazanych przez Fundusz środków w ramach ryczału miesięcznego a środkami wynikającymi z liczby zrealizowanych świadczeń w ramach Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny. Obligatoryjne rozłożenia na raty ww. należności, zastąpiono ogólną zasadą rozliczenia należności, wynikającą z art. 28 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). W związku z powyższą zmianą zrezygnowano z regulacji dotyczącej ewaluacji ryczału miesięcznego co skutkowało niezmiennością poziomu ryczału na kolejne okresy rozliczeniowe.

Zmieniono również sposób rozliczania dodatkowego kosztu związanego z leczeniem świadczeniobiorcy, w tym dzieci i młodzieży, z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS- CoV-2. Ze względu na specyfikę systemu informatycznego NFZ wprowadzono wartość

punktową świadczenia, która pozwoliła na sprawozdanie i rozliczenie leczenia pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem.

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

W 2021 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.) (rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu). Celem programu pilotażowego jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartej na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Na koniec 2021 roku NFZ zawarł umowy na realizację świadczeń w ramach centrum zdrowia psychicznego z 33 świadczeniodawcami.

Pilotażem objęte są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zawarte w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, z wyłączeniem:

- świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych;
- świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia.

W związku z wprowadzonymi zmianami w realizacji pilotażu, wynikającymi z nowelizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu a także koniecznością doprecyzowania przepisów zarządzenia nr 55/2020/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie pilotażu”), regulujących przedmiotową materię, zaistniała potrzeba nowelizacji obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie pilotażu.

Zarządzeniem nr 39/2021/DSOZ z dnia 4 marca 2021 r. zmieniającym zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie pilotażu, wprowadzono zmiany wynikające z nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu z dnia 21 grudnia 2020 r. (Dz. U. poz. 2364).

W związku z umożliwieniem centrum zdrowia psychicznego realizacji świadczeń psychiatrycznych stacjonarnych przez podwykonawcę, uregulowano materię w zakresie wykazywania zasobów personalnych podwykonawcy.

Uchylono stosowanie wskaźników korygujących przy rozliczaniu świadczeń psychiatrycznych na rzecz świadczeniobiorców z obszaru działania centrum, udzielonych przez innego świadczeniodawcę, jak i świadczeń zrealizowanych przez centrum osobom spoza działania centrum.

Zarządzeniem nr 82/2021/DSOZ z dnia 5 maja 2021 r. zmieniającym zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie pilotażu, uregulowano sposób sprawozdawania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w domach pomocy



społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie.

W celu umożliwienia sprawozdania przedmiotowych świadczeń dokonano odpowiednich zmian w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz zmieniono jednostkę sprawozdawczą z punktu na krotność, ze względu na brak wskazania w nim wag punktowych, do których punkt miałyby odniesienie.

Zmieniono również wzór dotyczący liczby mieszkańców domu pomocy społecznej powyżej 18. r.ż., zamieszkujących obszar działania centrum zdrowia psychicznego, w celu umożliwienia przekazywania ww. danych za pomocą portalu SZOI.

#### **IV.1.14.1. Zwiększenie ceny punktów w umowach**

W 2021 roku decyzją Prezesa NFZ podjęto działania zmierzające do zwiększenia ceny punktów w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Poleceniem Prezesa NFZ dla Dyrektorów OW NFZ z dnia 8 grudnia 2021 r. podjęto działania zmierzające do zwiększenia od dnia 1 grudnia 2021 r. ceny punktu w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych dla dorosłych, o których mowa w zał. 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dalej: „rozporządzenie koszykowe”), zgodnie z poniższymi wytycznymi:

- w przypadku gdy obowiązująca w danym województwie średnia cena punktu w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych, jest na poziomie poniżej albo równa średniej krajowej ceny punktu dla ww. rodzaju świadczeń, to wówczas cena punktu powinna zostać zwiększona o 30% w stosunku do ceny punktu obowiązującej na dzień 30 listopada 2021 r.,
- w przypadku gdy obowiązująca w danym województwie średnia cena punktu w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych, jest na poziomie powyżej średniej krajowej ceny punktu dla ww. rodzaju świadczeń, to wówczas cena punktu powinna zostać zwiększona o 25% w stosunku do ceny punktu obowiązującej na dzień 30 listopada 2021 r.

W umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeń z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży, o których mowa w zał. 1 i 2 do rozporządzenia koszykowego, za wyjątkiem zakresu: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, o którym mowa w załączniku nr 1 lp. 2 do rozporządzenia koszykowego, cena punktu od 1 grudnia 2021 r. powinna zostać zwiększona o 25% w stosunku do ceny punktu obowiązującej na dzień 30 listopada 2021 r.

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

W 2021 roku świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane były w zakresach:

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

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

Dnia 4.01.2021 r. opublikowano zarządzenie Nr 3/2021/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. Wprowadzone zmiany wynikały z przepisów ustawy o Funduszu Medycznym, na tej podstawie wprowadzono bezlimitowe finansowanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż. Dodatkowo, doprecyzowano §12 ust. 14 zarządzenia dotyczący kwestii opiekuna. Dostosowano załączniki do umowy do aktualnie obowiązujących zapisów ustawy o świadczeniach.

Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 62/2021/DSOZ, 64/2021/DSOZ i 65/2021/DSOZ zmieniającym 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, podjęliśmy próbę zmiany sposobu finansowania świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Zmiany te polegały na nadaniu nowego brzmienia załącznikowi nr 1 m do zarządzenia. Modyfikacji ulegają wagi punktowe niektórych produktów rozliczeniowych. Zwiększono o 20% wagę produktu rozliczeniowego dla indywidualnej pracy z pacjentem, masażu suchego ręcznego i limfatycznego oraz o 15% zabiegów kinezyterapeutycznych. W związku z wielokrotnie podkreślaną przez KIF małą skutecznością w procesie terapeutycznym zabiegów fizykalnych oraz brakiem naukowego potwierdzenia dla ich działania, zmniejszono o 50% wagę punktową zabiegów fizykalnych. Pozostawiono na tym samym poziomie wycenę zabiegu realizowanego w komorze kriogenicznej oraz realizację masażu limfatycznego mechanicznego, ze względu na ich szczególny charakter.

Zarządzeniem Nr 155/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24.09.2021 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego 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 znowelizowano zarządzenie Nr 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r., określając termin wprowadzenia nowych wag punktowych dla fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej na dzień 1 stycznia 2022 r. Powyższa zmiana została wprowadzona z uwagi na duży odzew ze strony świadczeniodawców i środowiska fizjoterapeutycznego, w odniesieniu do nowych wycen, dla których czas wejścia

w życie przepisów określony w zmienianym zarządzeniu był zbyt krótki na dostosowanie się do nowego sposobu rozliczania świadczeń. Wobec powyższego, zdecydowano o przedłużeniu okresu wejścia w życie przepisów do 1 stycznia 2022 r.

Zarządzeniem Nr 223/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.12.2021 r. uchylono zarządzenie 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. Na podstawie propozycji Prezesa AOTMiT, został opracowany i przedstawiony do konsultacji społecznych w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ nowy katalog produktów rozliczeniowych w przedmiotowych zakresach. Tym samym zmiany wprowadzane od 1 stycznia 2022 r. uchylanym zarządzeniem w załączniku 1m do zarządzenia, stały się bezprzedmiotowe. Pozostawienie w mocy zarządzenia Nr 65/2021/DSOZ z dnia 9 kwietnia 2021 r., przy jednoczesnym procedowaniu innego rozwiązania docelowego w omawianym zakresie mogło skutkować niepewnością świadczeniodawców co do sposobu finansowania świadczeń i dezorganizacją ich udzielania.

Dodatkowym źródłem w zakresie dostępu do rehabilitacji leczniczej w 2021 roku była realizacja 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 Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych. Program był finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego i miał na celu poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych.

#### **IV.1.16. Kontrola**

Rok 2021 był dla Funduszu drugim 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 2021 roku utworzono korpus kontrolerski (skala powołań na stanowisko kontrolera zbliżyła się do liczby umożliwiającej realizację zadań kontrolnych według zasad określonych w dziale IIIa ustawy o świadczeniach. Zgodnie z art. 61y ust. 5 ustawy o świadczeniach, egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera w NFZ był przeprowadzany raz na kwartał. Do czterech egzaminów przeprowadzonych w 2021 r. przystąpiły łącznie 172 osoby. W 2021 r. powołano łącznie 70 kontrolerów.

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 zmianę ustawową, mającą znaczenie dla realizacji zadań kontrolnych, zgodnie z którą wprowadzono podpisywanie wystąpień pokontrolnych przez Dyrektora Departamentu Kontroli, który udzielił naczelnikom

TWK stosownych upoważnień. Dokonano tego ustawą z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 1292).

W 2021 roku, TWK przeprowadziły łącznie 3 645 kontroli i czynności sprawdzających w obszarach: realizacji umów na świadczenia – 1 321, aptek – 581, ordynacji lekarskich – 1 557, pozostałe (m.in. w zakresie prawidłowości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz prawidłowość realizacji Narodowego Programu Szczepień; dopełnienia przez podmiot obowiązku wygenerowania certyfikatu P1 do uwierzytelnienia systemu; zapewnienia oraz zweryfikowania poziomu łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2) – 186.

Skutki finansowe działań kontrolnych, po uwzględnieniu środków odwoławczych, wyniosły łącznie 53 869 tys. zł, w tym wartość nienależnie przekazanych środków finansowych 35 354,3 tys. zł oraz wartość nałożonych kar umownych 18 514,7 tys. zł. Skutki finansowe nie uwzględniają zakwestionowanych świadczeń rozliczanych ryczałtem PSZ. Ma to bezpośredni wpływ na obniżenie wartości sankcji finansowych nakładanych w drodze prowadzonych działań kontrolnych.

Z uwagi na decyzję o ograniczeniu działań kontrolnych z powodu pandemii COVID-19, TWK przeprowadzały w pierwszej połowie 2021 roku głównie e-kontrole oraz realizowane na miejscu w siedzibie TWK czynności sprawdzające. Należy jednak zwrócić uwagę, że do marca 2021 roku z uwagi na sytuację pandemiczną w kraju wstrzymane były wszelkie kontrole u świadczeniodawców posiadających umowy w rodzaju leczenie szpitalne z uwagi na ich zaangażowanie w walkę z COVID-19. W marcu Prezes NFZ wyraził zgodę na kontynuację rozpoczętych kontroli (w formie e-kontroli) oraz czynności sprawdzających prowadzonych wobec podmiotów mających status szpitali, ale jedynie w przypadku realizacji umów w ramach typu hospitalizacja planowa i/lub „leczenia jednego dnia”. Wyjątek stanowiły postępowania, które miały na celu przeciwdziałanie ograniczeniom dostępności świadczeń opieki zdrowotnej (np. odmowa udzielenia świadczenia). W dniu 24 maja 2021 roku TWK otrzymały zgodę na rozpoczęcie i kontynuację postępowań kontrolnych i czynności sprawdzających prowadzonych wobec wszystkich podmiotów, w odniesieniu do wszystkich rodzajów i zakresów umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe, z uwagi na bezpieczeństwo pracowników Departamentu Kontroli, nie dotyczyło oczywiście kontroli przeprowadzanych w oddziałach i szpitalach covidowych – tutaj nadal jedyną formą postępowania były e-kontrole.

W 2021 roku pomimo ograniczeń związanych z sytuacją epidemiczną TWK przeprowadziły łącznie 3 645 działań kontrolnych, z czego najwięcej dotyczyło ordynacji lekarskich (1 557).

Z uwagi na trwającą pandemię COVID-19, w okresie sprawozdawczym pracownicy Departamentu Kontroli Centrali NFZ zaangażowani byli w działania związane z pandemią, polegające m.in. na:

- ścisłej współpracy z koordynatorami ratownictwa medycznego oraz wydziałami zarządzania kryzysowego wojewody wyjaśniając i kontrolując przypadki odmów przyjęć do szpitali.

W ramach powyższego zadania analizowano realną liczbę zajętych łóżek dedykowanych dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19, a także fakt posiadania przez szpital odpowiedniego profilu oddziału, na którym mogła być zrealizowana procedura medyczna niezbędna dla przewożonego pacjenta. Szczególny stopień skomplikowania miały sprawy, w których w odniesieniu do jednego pacjenta następowało zjawisko kilku następujących po sobie odmów w różnych szpitalach. Powyższe czynności miały doprowadzić do wytypowania podmiotów leczniczych, względem których uzasadnione było przeprowadzenie postępowań kontrolnych. Monitorowane i wyjaśniane były zgłoszenia dotyczące ograniczeń dostępu i odmów przyjęcia pacjentów, działanie było realizowane od października 2020 r. do 30 marca 2021 r. W tym czasie zarejestrowano 911 zgłoszeń dotyczących odmów;

- gromadzeniu danych niezbędnych dla sztabu kryzysowego, w tym m.in.: dotyczących liczby łóżek, liczby i rodzajów respiratorów, ilości butli tlenowych będących w posiadaniu szpitali. Działania te były podstawą analiz zasobów szpitali względem potrzeb zdrowotnych wynikających ze stanu pandemii w poszczególnych województwach, a także miały na celu wsparcie informacyjne w zakresie miejsca docelowej destynacji transportów sanitarnych pacjentów;
- prowadzeniu specjalnej infolinii dla medyków. Infolinia dla medyków – prowadzona od kwietnia 2020 r. w oparciu o zasoby własne Departamentu Kontroli (ze wsparciem Departamentu Informatyki) – w okresie sprawozdawczym przyjęła 52 zgłoszenia;
- kontaktowaniu się ze świadczeniodawcami w celu weryfikacji dostępności telefonicznej do lekarza POZ. Działania były prowadzone w skali całego kraju w odniesieniu do wszystkich realizatorów POZ, we wszystkich zgłoszonych do NFZ lokalizacjach i miały na celu weryfikację faktycznej możliwości uzyskania teleporady przez osobę dzwoniącą. Powyższe działania z uwagi na skalę adresatów tych czynności i główny cel nie wiązały się nakładaniem sankcji, a jedynie sprowadzały się do aktywnego monitorowania i w uzasadnionych przypadkach prowadzenia korespondencji mającej na celu m.in. wyegzekwowanie u świadczeniodawców POZ zwiększenia szeroko pojętej dostępności. Jedynie w najbardziej radykalnych sytuacjach prowadzone były postępowania kontrolne. TWK przeprowadziły weryfikację telefoniczną POZ w ramach trzech inicjatyw: I – w okresie od 26 października 2020 r. do 18 listopada 2020 r., II – w okresie od 19 listopada 2020 r. do 11 grudnia 2020 r., III – w okresie od 14 grudnia 2020 r. do 10 marca 2021 r. W ramach III inicjatywy podjęto próbę kontaktu telefonicznego z 1 806 miejscami udzielania świadczeń i wykonano 3 116 połączeń, z czego od 1 stycznia 2021 r. do 10 marca 2021 r. zadzwoniono do 888 miejsc i wykonano 1 444 telefonów;
- współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta w działaniach na rzecz dostępności do świadczeń lekarza POZ. Współpraca była zorientowana na wymianę doświadczeń o wynikach działań interwencyjnych Rzecznika oraz monitorowania Funduszu, co pozwalało na osiągnięcie efektu jednolitych działań stymulujących podmioty lecznicze do zagwarantowania dostępności do świadczeń POZ;
- monitorowaniu danych w aplikacji Ewidencja Łóżek COVID (ELC) w celu uzyskania od świadczeniodawców bieżącej aktualizacji danych oraz weryfikacji poziomu obłożenia

łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Działania miały tożsame cele jak w odniesieniu do zbierania danych dla sztabu kryzysowego. Przyjęto bowiem założenie, że opieranie decyzji o miejscu docelowej destynacji transportu pacjenta musi opierać się na pewnych, sprawdzonych danych zawartych w ELC.

Celem podejmowanych działań było w pierwszym etapie spowodowanie sprawozdawania i aktualizacji danych, a w kolejnym – podniesienie jakości tych danych, jakże kluczowych dla bezpieczeństwa pacjentów wymagających hospitalizacji w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Dzięki podjętym działaniom już w grudniu 2020 roku doprowadzono do sytuacji, w której dane aktualizowało ponad 90% szpitali, podczas gdy w listopadzie poziom ten oscylował w granicach 40%. Kolejnym krokiem było doprowadzenie do poprawy jakości przekazywanych danych, czyli do ich zgodności z decyzjami Wojewodów oraz ich aktualizacji niezwłocznie od zaistnienia zmiany w zakresie danych przekazanych za pośrednictwem Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (SEZOZ), nie rzadziej jednak, niż co trzy godziny. Po uzyskaniu zamierzonego celu oraz z w związku ze spadkiem obłożenia łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 podjęto decyzję o odstąpieniu od zaangażowania pracowników Departamentu Kontroli w codzienny monitoring aplikacji ELC;

- dokonywaniu wizytacji punktów szczepień. Wizytacje prowadzone przez TWK usprawniały proces uruchamiania poszczególnych punktów poprzez danie ręką, że szczepienia będą odbywały się zgodnie z określonym standardem bezpieczeństwa szczepionych pacjentów. Pracownicy TWK, w oparciu o obowiązujące wytyczne i przepisy przeprowadzili 828 wizytacji punktów szczepień, punktów szczepień powszechnych, punktów szczepień w formie Drive-Thru, punktów szczepień w galeriach handlowych i punktów szczepień Drive-Thru przy galeriach handlowych. Wyniki wizytacji były przekazywane do dyrektorów OW NFZ w celu dalszego procedowania wniosków;
- przeprowadzaniu postępowań wyjaśniających i kontroli w związku ze skargami na prawidłowość realizacji Narodowego Programu Szczepień, zwanego dalej również „NPSz”. Postępowania te miały na celu weryfikację czy przestrzegana jest kolejność priorytetowego traktowania określonych populacji pacjentów wymienionych najpierw w NPSz, a następnie w Rozporządzeniu Rady Ministrów. W I półroczu 2021 r. TWK odnotowały 108 zgłoszeń dotyczących nieprawidłowości realizacji NPSz. Wynikiem weryfikacji zgłoszeń było wszczęcie 13 czynności sprawdzających oraz 45 kontroli, w tym 26 z art. 61v ustawy o świadczeniach.

## 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. Porównano funkcjonowanie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, „siecią szpitali”, „PSZ” lub „systemem PSZ”, w okresie 2020-2021 tj. rok do roku. Dane wykorzystane do analizy pochodzą z systemu informatycznego Centrali NFZ i zostały wygenerowane w dniu 5 maja 2022 r. W przypadku świadczeń rozliczonych w ramach ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniono ich wartość w oparciu o cenę jednostki sprawozdawczej ryczału systemu zabezpieczenia obowiązującą w danym okresie rozliczeniowym.

#### IV.2.1.1. Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2020-2021

Tabela nr IV.1. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2020-2021 (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2020	2021	2020	2021
Dolnośląski	2 426 072	2 700 840	2 760,41	3 137,76
Kujawsko-pomorski	2 476 321	2 367 518	2 048,21	2 295,92
Lubelski	2 307 176	2 650 793	1 844,88	2 121,28
Lubuski	872 162	956 580	801,64	897,34
Łódzki	2 605 100	2 923 385	2 262,44	2 591,03
Małopolski	3 443 309	3 946 995	2 974,20	3 534,62
Mazowiecki	6 409 662	7 270 225	5 926,35	6 815,32
Opolski	875 917	970 293	647,95	743,82
Podkarpacki	2 057 872	2 336 502	1 661,80	1 920,77
Podlaski	1 396 967	1 628 815	1 010,08	1 188,24
Pomorski	2 318 703	2 603 111	2 061,10	2 389,04
Śląski	4 307 068	4 931 674	4 192,51	4 957,61
Świętokrzyski	1 194 238	1 375 483	1 105,07	1 273,99
Warmińsko-mazurski	1 359 765	1 502 305	1 118,65	1 249,22
Wielkopolski	2 770 388	3 080 229	3 153,28	3 614,66
Zachodniopomorski	1 952 639	2 175 163	1 566,14	1 816,99
Polska	38 773 359	43 419 911	35 134,70	40 547,62

Tabela nr IV.2. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne za okres 2020-2021 r. (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2020	2021	2020	2021
Dolnośląski	1 083 398	1 166 345	2 546,43	2 868,50
Kujawsko-pomorski	888 123	592 007	1 837,92	2 035,81

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2020	2021	2020	2021
Lubelski	703 736	739 053	1 648,63	1 861,16
Lubuski	265 106	283 828	711,36	789,49
Łódzki	861 224	944 789	2 031,14	2 297,59
Małopolski	1 070 844	1 171 420	2 676,39	3 148,27
Mazowiecki	2 155 495	2 342 226	5 349,13	6 076,01
Opolski	267 283	287 397	565,43	639,94
Podkarpacki	721 924	772 560	1 507,67	1 718,92
Podlaski	360 016	402 160	899,81	1 040,63
Pomorski	876 220	930 799	1 859,98	2 128,38
Śląski	1 544 395	1 716 293	3 825,71	4 475,67
Świętokrzyski	437 956	472 626	996,43	1 131,96
Warmińsko-mazurski	425 399	433 923	987,20	1 088,09
Wielkopolski	1 186 711	1 283 110	2 878,89	3 279,22
Zachodniopomorski	674 194	711 743	1 385,96	1 590,51
Polska	13 522 024	14 250 279	31 708,08	36 170,16

Tabela nr IV.3. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju AOS za okres 2020-2021 (wartości świadczeń w mln zł).

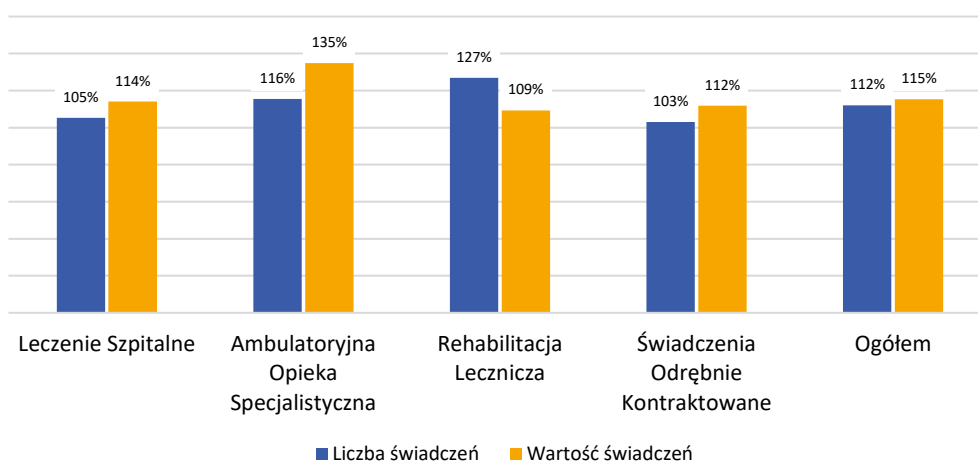
OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2020	2021	2020	2021
Dolnośląski	1 290 924	1 473 251	146,38	195,08
Kujawsko-pomorski	1 566 980	1 754 770	153,63	203,71
Lubelski	1 538 141	1 833 621	138,65	195,39
Lubuski	600 422	666 710	66,88	87,24
Łódzki	1 663 386	1 894 212	157,79	216,10
Małopolski	2 276 890	2 654 886	223,48	304,83
Mazowiecki	3 843 789	4 451 626	386,35	522,31
Opolski	595 143	666 786	56,22	74,14
Podkarpacki	1 300 062	1 519 457	115,64	160,74
Podlaski	1 011 703	1 195 374	91,88	126,22
Pomorski	1 311 864	1 544 311	140,85	194,79
Śląski	2 660 809	3 100 425	272,21	365,42
Świętokrzyski	714 309	847 647	69,71	94,77
Warmińsko-mazurski	865 068	985 472	84,36	110,43
Wielkopolski	1 528 864	1 736 150	174,32	225,70
Zachodniopomorski	1 263 948	1 447 636	145,25	193,13
Polska	24 032 302	27 772 334	2 423,58	3 270,00



Tabela nr IV.4. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2020-2021 wg rodzaju świadczeń (wartości świadczeń w mln zł).

Rodzaj świadczeń	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2020	2021	2020	2021
Leczenie Szpitalne	13 522 024	14 250 279	31 708,08	36 170,16
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	24 032 302	27 772 334	2 423,58	3 270,00
Rehabilitacja Lecznicza	590 935	749 960	571,05	624,07
Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	628 098	647 338	431,99	483,40
RAZEM	38 773 359	43 419 911	35 134,70	40 547,62

Wykres nr IV.1. Porównanie dynamiki wzrostu w ujęciu liczbowym i wartościowym wg rodzaju świadczeń (2020=100%).

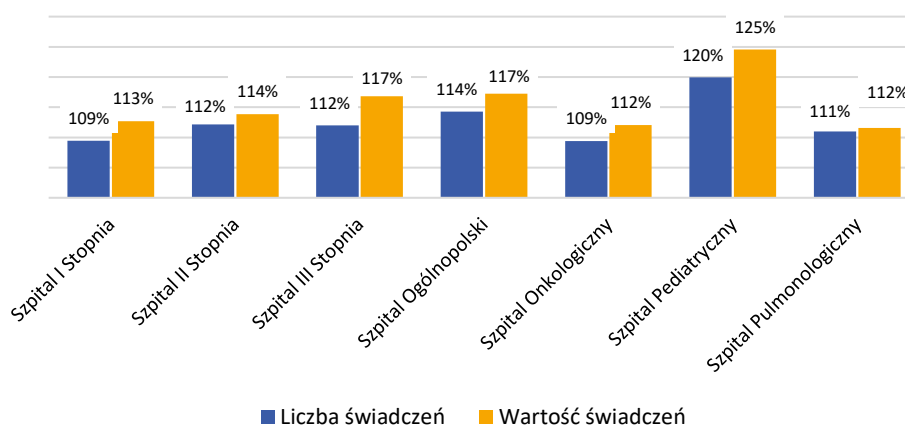


Wzrost liczby świadczeń w okresie 2020-2021 r. objętych systemem PSZ to ok. 12% w skali kraju, przy jednoczesnym wzroście wartości o ok. 15%. W analizowanym okresie odnotowano wzrost liczby świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń. Należy mieć jednak na uwadze, że liczba świadczeń zależna jest od sposobu raportowania świadczeń do NFZ. W ujęciu wartościowym odnotowano wzrost wartości świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń w przedziale od 9% do 35%.

Tabela nr IV.5. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2020-2021 wg poziomu PSZ (wartości świadczeń w mln zł).

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2020	2021	2020	2021
Szpital I Stopnia	9 340 268	10 220 340	5 811,59	6 549,33
Szpital II Stopnia	7 823 868	8 776 362	6 179,82	7 034,00
Szpital III Stopnia	7 858 577	8 800 858	7 482,00	8 740,33
Szpital Ogólnopolski	9 972 910	11 397 742	11 995,46	14 063,33
Szpital Onkologiczny	2 425 423	2 653 806	2 532,44	2 837,90
Szpital Pediatriczny	780 169	935 701	448,09	558,03
Szpital Pulmonologiczny	572 144	635 102	685,28	764,71
Ogółem	38 773 359	43 419 911	35 134,70	40 547,62

Wykres nr IV.2. Porównanie dynamiki w ujęciu liczbowym i wartościowym wg poziomu szpitali (2020=100%).



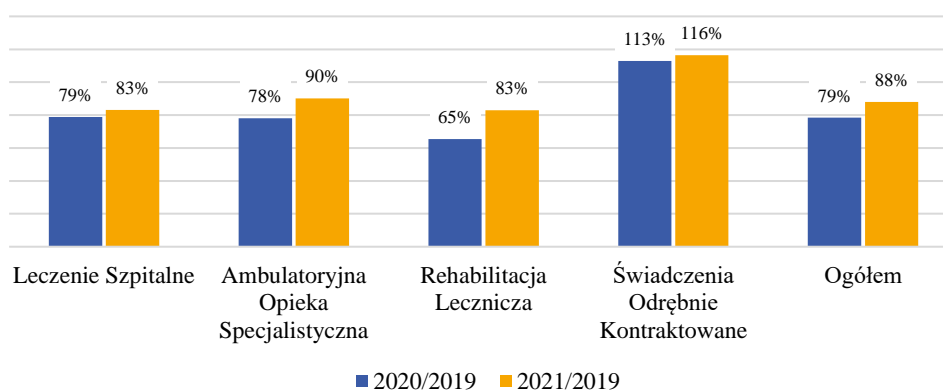
Wzrost liczby udzielonych świadczeń zanotowały szpitale wszystkich poziomów zabezpieczenia zdrowotnego. Również we wszystkich poziomach szpitali nastąpił wzrost wartości zrealizowanych świadczeń w 2021 roku w porównaniu do 2020 roku.

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

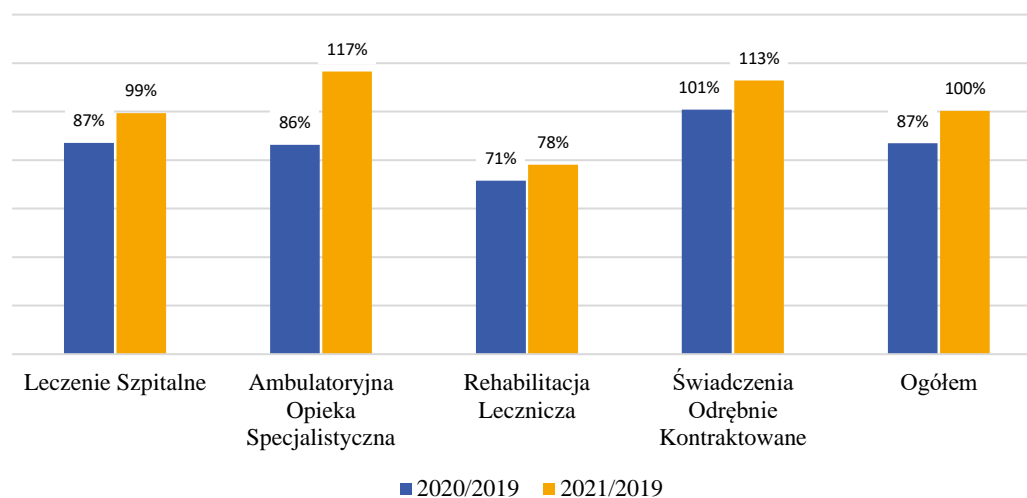
Poziom PSZ	2020	2021
Szpital I Stopnia	276	274
Szpital II Stopnia	97	97
Szpital III Stopnia	61	61
Szpital Onkologiczny	18	19
Szpital Pulmonologiczny	30	31
Szpital Pediatriczny	12	12
Szpital Ogólnopolski	88	88
RAZEM	582	580

Opisane wzrosty realizacji świadczeń, zarówno w ujęciu ilościowym jak i wartościowym, należy traktować w kategorii powrotu do poziomu sprzed pandemii COVID-19. Dlatego też na kolejnych wykresach zaprezentowano zmianę liczby udzielonych świadczeń oraz ich wartości w latach 2020-2021 w porównaniu do 2019 roku.

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



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



Pod względem wartości zrealizowanych świadczeń, za wyjątkiem rehabilitacji leczniczej, we wszystkich rodzajach świadczeń odnotowano powrót do poziomu z 2019 roku. W ujęciu ilościowym, poza świadczeniami odrębnie kontraktowanymi, poziom realizacji świadczeń nie osiągnął w 2021 roku poziomu z 2019 roku.

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

W 2021 roku przeprowadzono postępowania w trybie konkursu ofert i rokowań. Wszystkich postępowań było 2 375. Rozstrzygnięto 1 160, unieważniono bądź odwołano 1 113, 2 postępowania miały status zakończony oraz 100 postępowań ogłoszono.

Tabela nr IV.7. Liczba postępowań w 2021 roku stan na 31.12.2021 r. (wszystkie).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywna i hospicyjna	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	Liczba postępowań
Dolnośląski	0	8	25	12	5	7	0	4	0	0	1	0	0	0	62
Kujawsko-Pomorski	0	2	23	11	12	8	0	1	0	4	0	3	0	0	64
Lubelski	0	1	80	42	0	18	0	0	0	4	8	5	0	0	158
Lubuski	0	52	28	31	9	12	0	0	1	3	2	0	1	0	139
Łódzki	0	70	25	38	0	50	0	0	0	0	1	0	0	0	184
Małopolski	2	35	28	3	1	11	0	3	0	0	0	0	0	0	83
Mazowiecki	0	318	29	87	5	111	0	0	3	0	2	9	0	0	564

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywna i hospicyjna	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
Opolski	3	7	14	4	0	16	0	0	10	0	2	1	0	0	57
Podkarpacki	0	24	28	20	5	8	0	1	0	1	0	6	0	0	93
Podlaski	0	110	19	60	4	23	0	3	9	4	0	1	0	0	233
Pomorski	0	59	24	60	0	21	0	0	0	0	0	4	0	0	168
Śląski	0	2	35	57	0	37	0	0	0	0	0	6	0	0	137
Świętokrzyski	0	44	35	24	6	13	0	0	0	2	4	1	0	0	129
Warmińsko-Mazurski	1	36	20	14	4	33	0	0	0	3	1	2	0	0	114
Wielkopolski	0	6	22	11	1	20	0	1	0	0	4	3	0	0	68
Zachodniopomorski	0	13	21	42	5	36	0	0	2	2	0	1	0	0	122
Razem	6	787	456	516	57	424	0	13	25	23	25	42	1	0	2 375

Tabela nr IV.8. Liczba postępowań w 2021 roku stan na 31.12.2021 r. (status ogłoszone).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywna i hospicyjna	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
	liczba postępowań														
Dolnośląski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kujawsko-Pomorski	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Lubelski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
Lubuski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Łódzki	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
Małopolski	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Mazowiecki	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Opolski	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Podkarpacki	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	7
Podlaski	0	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywna i hospicyjna	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
	liczba postępowań														
Pomorski	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Śląski	0	0	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
Świętokrzyski	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Warmińsko-Mazurski	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Wielkopolski	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3
Zachodniopomorski	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Razem	1	35	17	28	3	0	0	1	0	0	0	15	0	0	100

Tabela nr IV.9. Liczba postępowań w 2021 roku, stan na 31.12.2021 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	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
	liczba postępowań														
Dolnośląski	0	6	22	8	4	4	0	2	0	0	1	0	0	0	47
Kujawsko-Pomorski	0	2	19	9	5	3	0	1	0	1	0	1	0	0	41
Lubelski	0	1	73	29	0	5	0	0	0	1	5	1	0	0	115
Lubuski	0	17	15	20	5	5	0	0	1	1	1	0	1	0	66
Łódzki	0	35	20	14	0	20	0	0	0	0	1	0	0	0	90
Małopolski	1	28	21	3	1	5	0	2	0	0	0	0	0	0	61
Mazowiecki	0	109	21	44	1	36	0	0	1	0	1	7	0	0	220
Opolski	0	7	10	3	0	1	0	0	6	0	1	0	0	0	28
Podkarpacki	0	19	24	19	4	5	0	1	0	1	0	1	0	0	74
Podlaski	0	20	12	22	1	8	0	3	3	2	0	1	0	0	72
Pomorski	0	41	23	15	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	87
Śląski	0	2	25	18	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	48
Świętokrzyski	0	33	19	13	3	6	0	0	0	1	1	0	0	0	76
Warmińsko-Mazurski	1	16	16	13	3	4	0	0	0	2	1	1	0	0	57
Wielkopolski	0	5	18	3	0	2	0	1	0	0	3	1	0	0	33

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywna i hospicyjna	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
	liczba postępowań														
Zachodniopomorski	0	8	17	12	2	3	0	0	1	1		1	0	0	45
Razem	2	349	355	245	29	114	0	10	12	10	15	18	1	0	1 160

Tabela nr IV.10. Liczba postępowań w 2021 roku, stan na 31.12.2021 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	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
	liczba postępowań														
Dolnośląski	0	2	3	4	1	3	0	2	0	0	0	0	0	0	15
Kujawsko-Pomorski	0	0	4	2	4	5	0	0	0	3		0	0	0	18
Lubelski	0	0	7	13	0	13	0	0	0	3	3	0	0	0	39
Lubuski	0	35	13	11	4	7	0	0	0	2	1	0	0	0	73
Łódzki	0	34	3	24	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	91
Małopolski	0	7	3	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	16
Mazowiecki	0	209	6	43	4	75	0	0	2	0	1	1	0	0	341
Opolski	3	0	3	1	0	15	0	0	4	0	1	0	0	0	27
Podkarpacki	0	4	3	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Podlaski	0	57	7	38	3	15	0	0	6	2	0	0	0	0	128
Pomorski	0	18	1	45	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	81
Śląski	0	0	5	16	0	34	0	0	0	0	0	6	0	0	61
Świętokrzyski	0	11	16	9	3	7	0	0	0	1	3	0	0	0	50
Warmińsko-Mazurski	0	20	3	1	1	29	0	0	0	1	0	0	0	0	55
Wielkopolski	0	1	3	8	1	18	0	0	0	0	1	0	0	0	32
Zachodniopomorski	0	5	4	27	3	33	0	0	1	1	0	0	0	0	74
Razem	3	403	84	243	25	310	0	2	13	13	10	7	0	0	1 113

#### IV.2.2.1. Liczba i wartość umów w 2021 roku

Tabela nr IV.11. Liczba i wartość umów w 2021 roku w podziale na oddziały wojewódzkie (w tys. zł).

OWNFZ	Liczba umów	Wartość umów
Dolnośląski	2 491	5 787 908
Kujawsko-Pomorski	1 749	3 936 120
Lubelski	1 956	4 319 579
Lubuski	1 098	1 738 827
Łódzki	2 142	5 046 068
Małopolski	2 416	6 744 291
Mazowiecki	3 616	11 739 601
Opolski	137	940 791
Podkarpacki	1 011	1 663 082
Podlaski	2 452	4 020 792
Pomorski	1 245	2 393 010
Śląski	1 597	4 340 507
Świętokrzyski	3 672	9 350 243
Warmińsko-Mazurski	1 241	2 515 415
Wielkopolski	1 477	2 511 472
Zachodniopomorski	4 169	6 512 906
Razem	33 860	76 614 210

#### 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 jako miejsca zamieszkania osoby zadeklarowanej do lekarza POZ). Obejmują także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę /higienistkę w środowisku nauczania i wychowania. Funkcjonowanie POZ (za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ) oparte jest na prawie do imiennego wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Przedmiotem zawieranych umów w podstawowej opiece zdrowotnej są: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ, świadczenia pielęgniarki szkolnej, świadczenia transportu sanitarnego w POZ oraz świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia koordynatora.

Tabela nr IV.12. Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej 2019-2021.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	718	709	707
Kujawsko-Pomorski	430	427	432
Lubelski	568	562	558
Lubuski	407	404	403
Łódzki	506	490	496
Małopolski	703	695	690
Mazowiecki	817	827	833
Opolski	257	261	262
Podkarpacki	677	675	677
Podlaski	291	294	299
Pomorski	514	508	501
Śląski	1001	996	993
Świętokrzyski	284	272	270
Warmińsko-Mazurski	460	458	455
Wielkopolski	1 451	1 434	1 427
Zachodniopomorski	447	440	436
Razem	9 530	9 452	9 439

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

Tabela nr IV.13. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2019-2021 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	935 676,00	933 198,50	1 039 644,00	1 039 403,77	1 264 065,00	1 256 110,64
Kujawsko-Pomorski	667 825,00	667 821,78	739 712,00	739 668,11	900 965,00	894 167,44
Lubelski	685 954,00	685 927,26	778 469,00	772 622,57	930 539,00	895 774,02
Lubuski	320 804,00	320 400,34	361 007,00	357 186,47	451 386,00	436 672,75
Łódzki	820 089,00	820 080,42	919 176,00	911 207,98	1 102 584,00	1 088 552,73
Małopolski	1 117 558,00	1 117 026,05	1 228 394,00	1 230 612,58	1 474 648,00	1 460 643,86
Mazowiecki	1 835 799,00	1 832 666,00	2 045 587,00	2 040 848,80	2 520 001,00	2 486 162,84
Opolski	293 609,00	292 866,79	332 177,00	326 376,29	409 670,00	391 313,46
Podkarpacki	668 624,00	668 623,73	753 701,00	746 439,51	856 003,00	854 973,50
Podlaski	370 273,00	369 897,71	410 351,00	408 744,81	506 421,00	480 648,68



Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Pomorski	760 856,00	753 463,37	848 599,00	839 891,23	1 032 689,00	1 029 720,05
Śląski	1 476 454,00	1 472 132,02	1 636 385,00	1 627 083,44	1 953 378,00	1 943 118,47
Świętokrzyski	387 793,00	386 891,14	432 747,00	428 419,85	509 658,00	504 241,36
Warmińsko-Mazurski	448 705,00	443 376,56	487 293,00	487 253,06	587 380,00	585 160,98
Wielkopolski	1 136 000,00	1 135 952,74	1 289 530,00	1 282 697,90	1 593 115,00	1 558 918,41
Zachodniopomorski	536 519,00	535 006,56	601 627,00	591 907,33	743 211,00	723 903,23
Razem	12 462 538,00	12 435 330,97	13 904 399,00	13 830 363,70	16 835 713,00	16 590 082,42

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

Tabela nr IV.14. Porównanie liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w POZ w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	2 049 220	12 219 664	1 943 480	11 137 440	2 020 181	12 024 880
Kujawsko-Pomorski	1 528 920	9 463 732	1 443 870	8 442 300	1 487 489	9 132 385
Lubelski	1 592 310	9 882 090	1 493 779	8 829 401	1 551 951	9 795 676
Lubuski	733 125	4 358 204	687 664	3 859 703	719 128	4 230 815
Łódzki	1 876 477	11 637 539	1 765 430	10 501 188	1 826 889	11 396 988
Małopolski	2 468 398	13 885 508	2 304 671	12 371 537	2 423 670	13 737 574
Mazowiecki	3 791 528	20 730 788	3 560 029	18 746 996	3 754 020	20 685 365
Opolski	679 475	4 153 767	636 648	3 596 233	653 668	3 835 039
Podkarpacki	1 547 750	9 000 265	1 456 447	7 946 268	1 508 410	8 690 365
Podlaski	858 507	5 328 565	806 394	4 576 835	846 041	5 043 842
Pomorski	1 747 537	9 977 858	1 616 521	8 951 714	1 709 044	9 948 956
Śląski	3 354 006	19 783 726	3 175 745	18 059 041	3 264 986	19 753 413
Świętokrzyski	909 404	5 553 175	848 303	4 910 296	873 553	5 233 364
Warmińsko-Mazurski	1 034 714	6 476 525	963 683	5 589 887	1 008 341	6 200 002
Wielkopolski	2 641 415	16 244 406	2 483 495	14 433 840	2 605 727	15 962 653
Zachodniopomorski	1 260 513	7 942 367	1 166 779	7 024 208	1 226 269	7 707 338
Razem	28 073 299	166 638 179	26 352 938	148 976 887	27 479 367	163 378 655

Widoczny wzrost liczby świadczeń z jednoczesnym wzrostem liczby pacjentów w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr IV.15. Zestawienie kosztów świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej sfinansowanych w 2021 r..

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2021 r. (w zł), w tym:	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU (w zł)	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2021 r. (średnia z 12 miesięcy)
<b>Świadczenia lekarza POZ</b>			
Świadczenia lekarza POZ - kapitacja, w tym:	10 072 596 925	-	34 272 096
• grupa 0-6 r.ż.	1 129 962 001	-	2 422 960
• grupa 7-19 r.ż.	1 022 018 406	-	4 931 338
• grupa 20-39 r.ż.	1 420 441 593	-	8 225 994
• grupa 40-65 r.ż.	2 510 880 796	-	10 849 708
• grupa 66 - 75 r.ż.	1 660 954 630	-	3 562 941
• grupa powyżej 75 r.ż.	1 094 721 420	-	2 045 081
• grupa DPS	41 818 402	-	78 069
• grupa opieka nad chorymi przewlekle	1 191 799 677	-	2 156 007
Świadczenia lekarza POZ w ramach realizacji profilaktyki ChUK	4 660 458	-	717
Świadczenia lekarza POZ udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	23 707 538	-	6 417
Świadczenia lekarza POZ z w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	24 060	-	39
Porady związane z wydaniem Karty DiLO	2 717 700	-	1 314
Porada lekarska związana z wydaniem zaśw. osobie niezdolnej do samodz. egzystencji	3 436 275	-	1 062
<b>Razem</b>	<b>10 107 142 956</b>	<b>-</b>	<b>34 281 645</b>
<b>Świadczenia pielęgniarki POZ</b>			
Świadczenia pielęgniarki POZ - kapitacja, w tym:	1 678 513 642	437 243 747	32 953 625
• grupa 0-6 r.ż.	221 969 302	77 636 634	2 187 852
• grupa 7-65 r.ż.	938 869 181	231 773 922	24 164 724
• grupa powyżej 65 r.ż.	506 528 683	125 511 331	6 529 814
• grupa DPS	11 146 475	2 321 860	71 236
Świadczenia pielęgniarki POZ w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	372 260	0	1 194
Świadczenia pielęgniarki POZ udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	118 303	0	110
<b>Razem</b>	<b>1 679 004 205</b>	<b>437 243 747</b>	<b>32 954 929</b>
<b>Świadczenia położnej POZ</b>			
Świadczenia położnej POZ - kapitacja	395 780 922	175 116 735	15 529 440
Świadczenia położnej POZ - wizyty	74 059 053	0	73 336
Świadczenia położnej POZ - przesiewowe badania cytologiczne	132 940	0	281
Świadczenia położnej POZ udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	3 913	0	15
<b>Razem</b>	<b>469 976 828</b>	<b>175 116 735</b>	<b>15 603 072</b>
<b>Świadczenia pielęgniarki szkolnej</b>			
Świadczenia pielęgniarki szkolnej - kapitacja wg typów uczniów, w tym:	480 606 873	201 279 011	4 626 189

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2021 r. (w zł), w tym:	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU (w zł)	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2021 r. (średnia z 12 miesięcy)
• uczniowie typ I.1	316 612 766	140 378 852	3 916 945
• uczniowie typ I.2	27 614 679	10 339 950	200 287
• uczniowie typ I.3A	22 543 240	8 128 200	54 878
• uczniowie typ I.3B	4 301 416	1 562 709	5 481
• uczniowie typ I.3C	2 838 659	923 481	1 339
• uczniowie typ II	52 515 744	19 923 641	381 625
• uczniowie typ IIIA	12 809 081	4 652 440	31 745
• uczniowie typ IIIB	16 828 555	6 307 235	22 053
• uczniowie typ IIIC	24 542 733	9 062 502	11 838
Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej- kapitacja w klasach I-VI szkół podstawowych	10 492 529	312 796	1 829 696
<b>Razem</b>	<b>491 099 402</b>	<b>201 591 807</b>	<b>6 455 885</b>
<b>Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej</b>			
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - ryczałt	595 616 731	16 615 839	0
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - UE	1 301 911	0	0
<b>Razem</b>	<b>596 918 642</b>	<b>16 615 839</b>	<b>0</b>
Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – kapitacja	197 445 100	0	19 869 293
Świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ	560 240	0	5
<b>Razem</b>	<b>198 005 340</b>	<b>0</b>	<b>19 869 298</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, gastroscopia i in.).

Tabela nr IV.16. Liczba świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 2019-2021.

Nazwa OW	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	478	459	444
Kujawsko-Pomorski	313	304	296
Lubelski	250	245	236
Lubuski	160	151	143
Łódzki	370	348	342
Małopolski	404	389	386
Mazowiecki	527	519	528
Opolski	183	173	164
Podkarpacki	333	321	317

Nazwa OW	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Podlaski	206	199	193
Pomorski	293	282	274
Śląski	871	844	827
Świętokrzyski	264	253	251
Warmińsko-Mazurski	304	284	279
Wielkopolski	619	601	577
Zachodniopomorski	240	235	230
Razem	5 815	5 607	5 487

Zauważalny jest spadek liczby świadczeniodawców w porównaniu do lat 2019 i 2020.

Tabela nr IV.17. Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	424 030	412 859	443 088	416 540	571 405	543 239
Kujawsko-Pomorski	244 111	239 858	263 426	257 830	367 087	353 657
Lubelski	242 012	244 205	268 226	264 211	396 665	390 789
Lubuski	132 408	127 129	133 900	137 386	179 696	186 788
Łódzki	315 137	307 726	340 932	318 697	516 135	479 631
Małopolski	415 517	441 594	490 462	469 952	660 362	659 126
Mazowiecki	655 230	655 295	780 611	723 602	1 046 242	1 032 103
Opolski	108 241	109 533	116 661	118 922	156 523	159 731
Podkarpacki	273 138	269 999	276 953	281 399	400 019	398 796
Podlaski	172 277	167 481	184 569	177 789	270 543	260 508
Pomorski	342 212	342 683	362 068	351 375	484 657	487 813
Śląski	740 589	733 720	804 708	753 829	1 021 904	985 058
Świętokrzyski	172 942	166 995	190 377	171 458	249 723	228 913
Warmińsko-Mazurski	170 502	179 499	199 498	198 916	265 119	270 584
Wielkopolski	524 686	501 032	542 903	492 645	676 828	675 842
Zachodniopomorski	205 062	207 412	219 039	222 632	318 255	319 378
RAZEM	5 138 096	5 107 021	5 617 420	5 357 184	7 581 161	7 431 956

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

Tabela nr IV.18. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	1 262 487	5 801 421	1 089 834	4 698 471	1 161 558	5 441 301
Kujawsko-Pomorski	966 323	4 547 695	841 100	3 658 701	862 870	4 048 483
Lubelski	979 744	4 855 289	834 283	3 778 330	888 838	4 504 272
Lubuski	456 880	2 027 382	390 819	1 652 438	407 001	1 832 517
Łódzki	1 137 408	5 676 767	981 447	4 499 354	1 033 648	5 232 910
Małopolski	1 498 316	7 601 340	1 311 590	6 239 510	1 384 542	7 166 961
Mazowiecki	2 373 913	11 302 321	2 070 167	9 242 776	2 184 849	10 666 098
Opolski	425 270	1 888 197	366 055	1 521 324	383 180	1 706 076
Podkarpacki	974 754	4 838 503	841 442	3 792 332	892 032	4 460 601
Podlaski	589 649	2 974 798	522 566	2 441 776	548 730	2 785 435
Pomorski	1 062 009	5 233 777	941 320	4 464 852	996 774	5 128 115
Śląski	2 232 785	11 897 677	1 940 602	9 634 327	2 053 345	11 054 470
Świętokrzyski	570 206	2 655 284	477 411	2 052 509	509 432	2 453 745
Warmińsko-Mazurski	658 097	3 047 748	574 713	2 540 514	598 713	2 847 589
Wielkopolski	1 550 305	7 153 812	1 339 167	5 810 071	1 400 345	6 530 379
Zachodniopomorski	769 566	3 725 097	661 810	2 943 875	692 379	3 350 468
RAZEM	17 507 712	85 227 108	15 184 326	68 971 160	15 998 236	79 209 420

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

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

#### IV.2.5. Leczenie szpitalne

Tabela nr IV.19. Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym 2019-2021.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	74	70	69
Kujawsko-Pomorski	60	59	57
Lubelski	56	56	56
Lubuski	29	29	29
Łódzki	65	66	63
Małopolski	68	69	68
Mazowiecki	118	116	117

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Opolski	34	34	33
Podkarpacki	50	50	50
Podlaski	35	35	35
Pomorski	39	39	39
Śląski	126	125	122
Świętokrzyski	36	36	37
Warmińsko-Mazurski	49	50	49
Wielkopolski	90	89	90
Zachodniopomorski	37	36	38
Razem	966	959	952

Tabela nr IV.20. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	3 752 200,33	3 524 705,93	3 772 064,40	3 905 965,56	4 069 796,92	3 962 238,34
Kujawsko-Pomorski	2 736 513,37	2 555 473,38	2 785 770,42	2 970 977,36	2 894 671,88	2 898 146,51
Lubelski	2 814 324,32	2 727 298,51	2 891 074,16	3 076 079,20	3 014 937,58	2 994 641,58
Lubuski	1 109 669,53	1 139 302,77	1 115 266,35	1 269 631,03	1 139 230,24	1 134 616,64
Łódzki	3 468 646,57	3 316 436,11	3 486 855,53	3 719 970,58	3 702 851,97	3 558 148,91
Małopolski	4 200 169,42	4 019 581,10	4 404 734,12	4 736 367,60	4 639 137,35	4 601 554,64
Mazowiecki	8 341 064,20	7 310 752,54	8 455 030,52	8 380 374,63	8 831 389,29	8 901 022,24
Opolski	1 071 197,87	1 104 634,49	1 071 789,78	1 231 018,36	1 119 434,44	1 112 815,15
Podkarpacki	2 433 463,42	2 496 726,60	2 525 296,51	2 760 186,78	2 684 576,21	2 675 682,04
Podlaski	1 509 407,95	1 468 130,48	1 552 209,60	1 692 713,45	1 674 622,56	1 645 049,52
Pomorski	2 720 844,99	2 663 751,59	2 889 520,09	2 985 381,85	3 032 159,42	3 008 327,35
Śląski	6 101 960,90	5 673 141,13	6 218 625,03	6 272 325,44	6 540 954,46	6 486 233,09
Świętokrzyski	1 645 068,79	1 609 622,27	1 679 756,01	1 811 534,54	1 788 792,16	1 713 502,26
Warmińsko-Mazurski	1 645 447,42	1 644 073,22	1 710 294,51	1 852 160,71	1 767 538,13	1 736 771,16
Wielkopolski	4 340 499,91	4 098 864,92	4 348 567,69	4 582 655,73	4 700 370,34	4 547 797,99
Zachodniopomorski	2 197 728,16	2 024 997,91	2 104 853,45	2 269 524,75	2 216 277,08	2 209 841,02
RAZEM	50 088 207,15	47 377 492,95	51 011 708,17	53 516 867,57	53 816 740,04	53 186 388,45

Z przedstawionych danych można zaobserwować widoczny wzrost planowych kosztów finansowania świadczeń i ich wykonania w stosunku do lat poprzednich.

Tabela nr IV.21. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	655 250	1 251 041	504 528	963 988	526 278	1 048 910
Kujawsko-Pomorski	510 507	961 185	398 698	761 229	399 912	796 749
Lubelski	495 509	919 045	359 850	661 641	369 414	707 472
Lubuski	193 388	336 985	144 624	250 451	148 584	271 674
Łódzki	591 805	1 114 949	445 577	844 024	461 774	936 296
Małopolski	760 002	1 307 047	589 676	1 021 709	619 537	1 137 473
Mazowiecki	1 374 320	2 568 479	1 024 766	1 898 809	1 067 094	2 113 645
Opolski	225 617	384 509	164 096	267 249	171 421	292 526
Podkarpacki	503 345	887 821	378 039	662 445	395 582	742 229
Podlaski	267 149	473 972	203 778	358 031	215 941	403 305
Pomorski	545 903	991 891	427 685	791 505	442 352	845 648
Śląski	1 106 219	2 013 815	819 955	1 493 177	860 764	1 680 863
Świętokrzyski	306 001	571 330	222 018	397 602	232 770	429 889
Warmińsko-Mazurski	300 913	525 408	232 418	413 180	230 982	423 760
Wielkopolski	793 997	1 408 139	611 456	1 090 750	634 363	1 190 565
Zachodniopomorski	400 241	740 396	305 473	563 449	322 734	614 715
RAZEM	9 030 166	16 456 012	6 832 637	12 439 239	7 099 502	13 635 719

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można wyraźny wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w stosunku do ubiegłych lat.

#### 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.22. Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień 2019-2021.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	116	118	120
Kujawsko-Pomorski	72	74	77
Lubelski	93	90	93
Lubuski	40	39	41
Łódzki	86	84	90
Małopolski	106	110	110
Mazowiecki	179	183	194
Opolski	45	44	43

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Podkarpacki	59	62	66
Podlaski	45	46	48
Pomorski	72	73	75
Śląski	146	148	149
Świętokrzyski	49	48	49
Warmińsko-Mazurski	47	45	48
Wielkopolski	133	134	128
Zachodniopomorski	64	62	63
RAZEM	1 352	1 360	1 394

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

Tabela nr IV.23. Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2019	Koszty realizacji świadczeń 2019	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020	Koszty realizacji świadczeń 2020	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021	Koszty realizacji świadczeń 2021
Dolnośląski	254 682,06	257 009,00	277 253,15	266 032,95	298 916,86	261 026,35
Kujawsko-Pomorski	155 407,46	159 023,04	154 618,90	156 689,55	160 128,39	151 542,87
Lubelski	181 622,93	184 285,42	192 949,44	193 585,52	228 860,10	199 733,03
Lubuski	118 064,41	99 419,18	123 638,95	102 801,40	131 379,29	105 069,82
Łódzki	156 109,34	170 913,04	164 986,36	157 250,42	163 819,68	156 592,80
Małopolski	221 350,48	224 477,15	251 603,24	248 749,55	244 455,29	227 931,39
Mazowiecki	441 819,40	428 119,20	495 540,59	443 141,22	491 903,27	460 233,32
Opolski	89 492,12	78 419,84	88 478,63	85 369,72	89 411,14	73 651,26
Podkarpacki	127 762,92	134 857,85	138 953,88	141 853,48	149 029,52	135 880,79
Podlaski	101 231,49	90 538,02	103 065,87	90 152,65	117 620,11	90 472,48
Pomorski	209 634,46	201 130,36	225 729,17	204 176,25	229 471,32	205 387,74
Śląski	386 502,43	374 465,61	408 186,64	375 702,17	413 933,93	365 500,48
Świętokrzyski	94 865,44	100 957,47	98 224,40	102 936,73	93 948,80	365 500,48
Warmińsko-Mazurski	92 174,37	106 912,13	101 708,51	117 065,83	111 687,17	113 957,83
Wielkopolski	266 425,55	273 197,74	268 219,40	279 615,72	281 808,30	266 932,90
Zachodniopomorski	103 177,01	113 970,63	101 004,17	112 739,57	105 129,24	115 704,46
RAZEM	3 000 321,88	2 997 695,68	3 194 161,30	3 077 862,73	3 311 502,42	3 295 118,00

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



Tabela nr IV.24. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019			2020			2021		
	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	119 360	951 090	967 393	112 293	901 648	841 131	123 112	974 715	930 014
Kujawsko-Pomorski	96 091	580 665	527 318	90 569	547 638	443 923	93 207	570 170	454 767
Lubelski	89 558	652 585	709 955	81 053	596 877	644 584	94 261	709 570	701 335
Lubuski	40 786	312 578	566 150	37 271	318 226	532 015	39 062	347 210	551 310
Łódzki	95 485	629 848	530 773	84 586	566 074	397 658	90 852	649 060	461 787
Małopolski	118 688	938 968	627 862	110 291	847 485	470 045	119 275	882 615	533 058
Mazowiecki	204 171	1 831 010	1 445 978	188 773	1 780 014	1 221 919	207 806	2 018 145	1 256 719
Opolski	40 985	283 071	369 525	37 784	251 117	307 636	39 658	260 385	319 763
Podkarpacki	84 448	542 158	417 277	77 998	461 151	387 441	83 992	512 677	430 646
Podlaski	45 155	315 172	373 863	42 170	264 969	338 090	46 192	293 832	347 549
Pomorski	114 981	847 393	744 984	105 880	753 334	667 822	110 053	808 542	687 874
Śląski	170 897	1 350 114	1 383 987	162 253	1 295 491	1 212 774	179 583	1 398 779	1 253 010
Świętokrzyski	55 663	322 252	330 428	50 527	295 974	249 247	51 526	298 731	256 609
Warmińsko-Mazurski	49 681	299 724	379 976	45 810	277 159	322 137	52 627	295 532	321 761
Wielkopolski	162 291	1 073 710	999 336	150 170	997 184	862 684	157 490	1 027 618	886 648
Zachodniopomorski	62 788	412 960	396 040	55 863	364 784	341 001	59 325	399 814	348 217
RAZEM	1 551 028	11 343 296	10 770 845	1 433 291	10 519 124	9 240 107	1 548 021	11 447 395	9 741 067

Z danych z tabeli zaobserwować można wzrost liczby pacjentów i liczby świadczeń w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr IV.25. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczba wykonanych świadczeń w programie pilotażowym w Centrach Zdrowia Psychicznego (CZP) w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019			2020			2021		
	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń
Dolnośląski	1	2 951	67 114	1	2 994	49 539	1	2 590	29 015
Kujawsko-Pomorski	1	14 158	82 628	1	12 640	69 540	1	12 291	70 530
Lubelski	2	5 444	65 198	2	4 652	54 486	2	4 763	52 187
Lubuski	2	9 118	88 522	2	9 065	64 859	2	9 729	66 845
Łódzki	2	25 502	304 426	3	25 665	270 454	3	25 742	254 330
Małopolski	3	19 325	168 711	4	18 677	155 300	4	20 320	192 622
Mazowiecki	4	22 377	221 732	4	20 842	190 070	4	19 745	193 756
Opolski	-	-	-	1	688	2 442	1	2 306	22 853
Podkarpacki	2	9 568	129 714	2	9 581	79 217	2	10 465	91 330
Podlaski	4	15 267	124 586	4	16 252	106 902	4	17 497	119 158
Pomorski	1	2 733	21 451	2	10 602	65 428	2	12 003	86 609

Nazwa Oddziału	2019			2020			2021		
	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń
Śląski	2	11 965	96 997	2	10 930	85 657	2	11 588	92 591
Świętokrzyski	1	2 581	31 450	2	4 544	32 796	2	7 588	71 091
Warmińsko-Mazurski	1	5 548	57 367	1	5 145	43 555	1	5 111	36 642
Wielkopolski	-	-	-	1	1 331	11 172	1	1 815	17 978
Zachodniopomorski	1	6 901	51 976	1	7 025	50 345	1	7 869	64 201
RAZEM	27	153 438	1 511 872	33	160 633	1 331 762	33	171 422	1 461 738

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

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

Tabela nr IV.26. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	139	137	138
Kujawsko-Pomorski	90	88	86
Lubelski	76	76	76
Lubuski	52	51	52
Łódzki	72	72	70
Małopolski	123	120	119
Mazowiecki	181	178	174
Opolski	53	52	52
Podkarpacki	154	151	152
Podlaski	41	41	42
Pomorski	49	47	47
Śląski	168	150	151
Świętokrzyski	50	51	51
Warmińsko-Mazurski	57	56	56
Wielkopolski	142	142	140
Zachodniopomorski	51	48	48
RAZEM	1 498	1 460	1 454

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.27. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	157 146	159 366	181 942	177 638	198 776	194 192
Kujawsko-Pomorski	87 799	87 500	95 800	99 975	109 699	109 327
Lubelski	97 426	101 491	113 403	119 875	128 509	125 726
Lubuski	41 414	43 594	47 677	50 115	46 062	45 249
Łódzki	87 905	93 939	105 651	107 309	114 850	109 024
Małopolski	203 889	210 407	244 409	239 235	242 449	236 308
Mazowiecki	246 125	236 565	267 948	255 963	290 464	289 430
Opolski	69 074	66 690	75 650	74 256	82 472	80 666
Podkarpacki	160 415	156 891	176 425	173 618	188 406	185 002
Podlaski	44 560	46 399	50 184	52 504	55 946	54 163
Pomorski	72 733	69 346	78 676	74 820	83 384	82 752
Śląski	314 774	310 108	354 288	352 217	367 559	360 217
Świętokrzyski	62 995	67 083	74 442	78 521	82 962	78 551
Warmińsko-Mazurski	53 289	56 060	62 071	61 543	65 179	63 605
Wielkopolski	106 022	111 212	117 087	113 073	126 128	119 206
Zachodniopomorski	56 069	58 538	62 618	64 903	67 851	67 467
RAZEM	1 861 635	1 875 188	2 108 271	2 095 563	2 250 697	2 200 886

Powyższe dane przedstawiają wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń przy istotnym spadku kosztów realizacji świadczeń w stosunku do lat ubiegłych.

Tabela nr IV.28. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	7 732	1 954 813	7 949	2 205 538	8 150	1 892 927
Kujawsko-Pomorski	4 557	1 098 896	4 419	1 196 886	4 853	1 041 232
Lubelski	5 861	1 488 042	5 787	1 612 744	6 442	1 470 627
Lubuski	2 588	590 717	2 544	666 061	2 743	556 364
Łódzki	5 846	1 260 066	6 049	1 380 981	6 425	1 267 465
Małopolski	11 100	2 809 384	10 901	3 023 605	11 437	2 471 667
Mazowiecki	13 392	3 360 173	13 255	3 593 304	14 109	3 180 170
Opolski	4 485	1 110 456	4 394	1 157 717	4 486	1 069 027
Podkarpacki	9 207	2 341 630	8 944	2 470 928	9 371	2 192 272
Podlaski	2 407	556 625	2 403	605 775	2 729	566 954
Pomorski	3 664	715 678	3 435	770 552	3 620	664 236

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Śląski	20 222	5 122 379	19 739	5 589 191	20 032	4 996 569
Świętokrzyski	4 088	1 015 809	4 030	1 076 863	4 417	926 042
Warmińsko-Mazurski	3 083	629 916	2 896	692 195	3 070	589 629
Wielkopolski	7 728	1 806 010	7 507	1 927 276	7 764	1 706 366
Zachodniopomorski	4 004	884 839	3 721	932 587	3 819	845 217
RAZEM	109 964	26 745 433	107 973	28 902 203	113 467	25 436 764

Biorąc pod uwagę powyższe dane można zaobserwować wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym spadkiem liczby świadczeń.

#### 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.29. Liczba świadczeniodawców w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	32	32	33
Kujawsko-Pomorski	21	21	22
Lubelski	26	27	30
Lubuski	14	14	14
Łódzki	32	33	33
Małopolski	40	41	39
Mazowiecki	77	72	73
Opolski	11	11	12
Podkarpacki	46	48	48
Podlaski	16	16	15
Pomorski	29	29	29
Śląski	51	55	53
Świętokrzyski	19	20	20
Warmińsko-Mazurski	25	24	22

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Wielkopolski	54	53	55
Zachodniopomorski	24	25	24
RAZEM	517	521	522

Tabela nr IV.30. Wartość i wykonanie umów w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	78 227,73	77 744,11	84 179,28	84 273,64	91 908,97	89 369,52
Kujawsko-Pomorski	49 663,84	51 112,86	52 672,56	53 990,45	53 975,23	55 937,07
Lubelski	33 939,82	34 018,26	37 231,40	37 062,19	40 538,38	38 062,47
Lubuski	22 876,37	21 716,64	21 221,40	21 005,60	21 287,55	21 199,39
Łódzki	37 773,49	40 495,70	40 035,06	39 982,77	42 073,52	37 726,95
Małopolski	80 059,83	80 903,15	86 552,47	84 111,66	89 780,37	88 657,17
Mazowiecki	94 217,43	93 238,66	97 927,61	95 109,19	93 517,18	93 030,68
Opolski	25 679,58	25 903,08	27 431,42	27 112,60	28 914,12	28 509,93
Podkarpacki	62 426,53	61 106,45	60 442,61	59 814,98	62 518,30	61 708,00
Podlaski	23 977,17	24 307,22	23 067,93	23 520,51	24 674,54	24 228,71
Pomorski	51 769,28	50 046,32	52 274,90	51 529,81	53 999,45	53 327,76
Śląski	95 222,48	95 684,61	104 167,03	99 842,37	104 094,66	102 749,74
Świętokrzyski	34 856,87	34 251,46	34 114,60	33 249,73	39 375,00	35 377,30
Warmińsko-Mazurski	24 618,87	26 371,60	27 346,41	26 874,35	27 761,03	27 022,84
Wielkopolski	75 066,71	72 442,42	75 818,22	66 884,34	80 714,00	71 435,07
Zachodniopomorski	21 848,87	24 009,75	24 897,84	26 757,34	25 808,97	25 566,73
RAZEM	812 224,86	813 352,29	849 380,75	831 121,53	880 941,28	853 909,33

Na podstawie danych zawartych w powyższej tabeli widoczny jest wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do 2019 i 2020 roku.

Tabela nr IV.31. Porównanie liczby pacjentów i liczby świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	9 358	855 433	8 948	1 133 511	9 396	1 248 633
Kujawsko-Pomorski	6 643	645 877	6 269	791 019	6 405	838 951
Lubelski	4 175	361 897	3 844	425 166	4 018	451 481
Lubuski	2 993	278 101	2 742	334 566	2 712	333 178
Łódzki	5 991	420 513	5 658	489 864	5 669	514 976
Małopolski	7 610	635 624	7 313	780 718	7 753	857 895
Mazowiecki	12 143	1 088 723	11 139	1 262 200	11 141	1 319 747

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Opolski	2 834	311 815	2 707	379 431	2 774	403 728
Podkarpacki	5 064	541 031	4 550	631 701	4 726	651 353
Podlaski	2 438	191 761	2 236	232 687	2 458	240 338
Pomorski	6 019	449 735	5 746	536 880	5 906	633 399
Śląski	12 775	964 160	12 155	1 272 046	12 462	1 368 151
Świętokrzyski	3 688	273 702	3 373	298 829	3 278	307 595
Warmińsko-Mazurski	3 789	308 264	3 382	366 890	3 253	366 417
Wielkopolski	8 316	689 567	7 809	801 940	8 155	856 962
Zachodniopomorski	3 186	252 194	3 266	337 049	3 340	353 893
RAZEM	97 022	8 268 397	91 137	10 074 497	93 446	10 746 697

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

#### 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.32. Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	169	168	165
Kujawsko-Pomorski	184	179	180
Lubelski	150	149	148
Lubuski	84	79	80
Łódzki	193	188	189
Małopolski	261	258	254
Mazowiecki	311	311	305
Opolski	83	85	81
Podkarpacki	338	337	341
Podlaski	48	47	48
Pomorski	120	118	114
Śląski	321	300	295
Świętokrzyski	143	138	138
Warmińsko-Mazurski	103	103	101
Wielkopolski	237	240	241
Zachodniopomorski	99	87	89
RAZEM	2 844	2 787	2 769

Powyższe dane obrazują widoczny spadek liczby świadczeniodawców.

Tabela nr IV.33. Wartość i wykonanie umów w opiece rehabilitacji leczniczej w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	220 343,89	224 989,01	236 185,78	224 069,43	209 852,89	200 233,15
Kujawsko-Pomorski	139 009,14	140 231,52	132 483,58	135 024,18	126 491,28	126 953,26
Lubelski	146 777,62	149 189,79	150 161,98	147 399,16	144 315,89	142 384,72
Lubuski	74 409,65	74 376,82	71 021,67	71 646,54	55 561,80	55 184,53
Łódzki	147 424,47	165 786,96	155 022,48	156 723,61	135 718,16	129 229,15
Małopolski	275 461,03	284 715,58	315 440,33	295 143,44	303 666,30	299 885,25
Mazowiecki	555 443,71	547 386,52	581 548,62	532 818,82	480 572,60	484 689,39
Opolski	75 742,89	72 004,87	76 683,72	76 210,85	59 219,53	58 588,64
Podkarpacki	205 355,19	204 993,12	214 509,38	214 324,33	244 823,44	243 113,44
Podlaski	73 039,95	74 807,89	69 255,84	69 166,84	64 632,52	63 717,47
Pomorski	158 284,18	157 719,39	165 390,70	155 919,50	176 007,69	173 914,31
Śląski	361 610,17	360 388,64	397 325,69	373 111,02	389 096,72	377 458,58
Świętokrzyski	118 029,49	106 879,87	121 268,99	109 579,85	98 568,82	93 132,55
Warmińsko-Mazurski	92 806,86	93 851,27	97 357,10	95 358,64	65 257,82	64 291,63
Wielkopolski	238 527,22	228 850,47	228 841,61	218 851,98	205 942,57	204 216,97
Zachodniopomorski	102 037,94	101 186,72	107 672,19	104 776,42	84 405,45	84 091,48
RAZEM	2 984 303,39	2 987 358,44	3 120 169,66	2 980 124,61	2 844 133,48	2 801 084,51

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

Tabela nr IV.34. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019			2020			2021		
	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	211 401	8 606 248	53 195	175 681	7 534 594	41 390	195 131	9 662 012	52 920
Kujawsko-Pomorski	209 025	9 992 963	20 148	162 756	7 478 815	15 164	175 570	9 235 761	15 517
Lubelski	189 302	9 025 297	14 471	144 715	6 928 849	10 906	161 189	9 039 933	10 140
Lubuski	86 325	4 494 850	33 730	67 573	3 551 865	21 672	74 032	4 281 406	18 829
Łódzki	232 003	10 292 301	20 199	191 701	8 716 229	10 242	202 029	10 541 406	9 140
Małopolski	326 716	14 624 977	67 896	263 200	12 048 202	54 769	291 609	15 268 838	58 217
Mazowiecki	529 891	24 760 569	60 010	434 940	20 216 603	53 015	467 756	25 234 598	59 036
Opolski	71 812	2 939 248	41 886	57 522	2 557 754	22 201	61 403	3 038 819	22 550
Podkarpacki	228 893	12 599 732	26 795	189 135	10 986 296	26 435	206 283	13 842 706	31 439
Podlaski	101 306	4 269 786	9 669	89 044	3 553 865	7 824	94 085	4 370 008	8 256
Pomorski	219 262	8 859 665	34 155	179 482	7 595 072	18 855	197 472	10 166 569	21 798

Nazwa Oddziału	2019			2020			2021		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne
Śląski	375 038	15 252 891	125 026	300 213	13 053 601	90 781	336 808	16 982 624	120 746
Świętokrzyski	119 292	5 316 140	25 554	91 049	4 135 948	15 258	101 091	5 082 336	19 227
Warmińsko-Mazurski	111 077	4 029 313	31 604	89 349	3 268 812	27 233	96 737	4 000 467	28 705
Wielkopolski	238 227	11 092 063	64 678	195 679	9 580 568	38 659	210 003	11 906 497	35 801
Zachodniopomorski	108 477	4 193 117	10 931	88 287	3 844 876	7 380	94 497	4 625 080	8 175
RAZEM	3 358 047	150 349 160	639 947	2 720 326	125 051 950	461 784	2 965 695	157 279 060	520 496

Powyższe dane prezentują wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem 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 finansuje zarówno wybrane, gwarantowane świadczenia stomatologiczne o charakterze podstawowym, jak również świadczenia specjalistyczne np. z zakresu ortodoncji, protetyki stomatologicznej, periodontologii i chirurgii stomatologicznej. Finansowane jest również leczenie w ramach programu Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.

Tabela nr IV.35. Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	586	562	522
Kujawsko-Pomorski	415	397	346
Lubelski	537	522	476
Lubuski	191	185	167
Łódzki	388	372	353
Małopolski	425	412	399
Mazowiecki	646	621	594
Opolski	243	226	200
Podkarpacki	581	556	510
Podlaski	249	249	230
Pomorski	287	277	254
Śląski	711	684	637
Świętokrzyski	286	274	246
Warmińsko-Mazurski	353	330	298
Wielkopolski	729	706	649
Zachodniopomorski	365	331	309
RAZEM	6 992	6 704	6 190



Z danych w tabeli zaobserwować można coroczny spadek liczby świadczeniodawców.

Tabela nr IV.36. Wartość i wykonanie umów w leczeniu stomatologicznym w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	121 070,55	118 772,77	123 022,02	107 122,33	124 112,85	112 146,65
Kujawsko-Pomorski	100 984,43	102 118,76	90 340,03	87 609,37	83 681,45	84 704,67
Lubelski	125 056,88	124 356,95	114 099,55	104 408,30	145 163,32	135 067,82
Lubuski	41 946,28	39 873,96	30 786,47	32 129,56	31 112,92	30 317,74
Łódzki	125 788,07	124 244,24	126 221,59	112 668,69	129 426,35	115 140,31
Małopolski	206 611,98	210 095,59	215 021,15	187 600,73	207 952,76	201 992,60
Mazowiecki	229 151,93	225 797,55	229 060,44	209 436,18	229 960,35	246 068,51
Opolski	41 872,54	42 499,13	35 667,89	36 875,26	34 381,84	34 052,71
Podkarpacki	113 159,65	113 465,34	98 264,88	96 171,36	109 170,42	106 860,10
Podlaski	64 152,10	63 826,53	64 686,22	58 382,15	66 607,19	68 067,30
Pomorski	114 315,03	113 907,91	109 502,45	103 912,06	109 241,22	106 393,85
Śląski	195 537,89	195 899,23	189 440,71	166 188,68	181 961,50	176 029,84
Świętokrzyski	64 773,75	65 457,26	59 912,81	55 320,17	56 947,81	55 502,34
Warmińsko-Mazurski	79 409,61	79 815,54	76 964,42	73 484,07	78 888,75	77 631,97
Wielkopolski	152 203,80	148 407,51	150 709,97	129 470,23	146 911,06	138 687,08
Zachodniopomorski	80 101,41	77 797,14	68 136,12	69 569,96	68 873,09	71 119,61
RAZEM	1 856 135,90	1 846 335,41	1 781 836,72	1 630 349,10	1 804 392,87	1 759 783,09

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

Tabela nr IV.37. Porównanie liczby pacjentów i liczby świadczeń w leczeniu stomatologicznym w latach 2019- 2021.

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	419 195	3 546 632	321 331	2 883 019	352 491	3 705 967
Kujawsko-Pomorski	349 016	3 212 890	258 613	2 212 280	264 879	2 697 382
Lubelski	452 841	5 369 497	346 807	3 558 775	391 855	5 182 705
Lubuski	140 632	1 095 337	98 969	748 642	102 655	877 097
Łódzki	445 974	4 718 328	328 450	3 262 539	366 955	4 269 069
Małopolski	672 465	8 224 140	530 820	6 538 033	589 894	8 634 279
Mazowiecki	720 702	12 396 135	560 501	10 269 085	631 567	14 071 172
Opolski	143 193	1 168 697	104 124	808 997	108 184	948 883
Podkarpacki	401 370	3 500 184	313 891	2 605 030	342 120	3 281 916
Podlaski	237 206	2 772 422	200 660	2 474 055	219 119	3 101 926

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Pomorski	391 728	5 164 585	297 878	4 302 657	330 767	5 781 068
Śląski	754 298	5 742 098	566 027	4 402 309	626 061	5 596 247
Świętokrzyski	226 937	2 546 760	169 149	1 807 765	182 925	2 402 930
Warmińsko-Mazurski	284 612	2 855 156	223 970	2 222 174	235 393	2 761 255
Wielkopolski	582 297	4 512 554	453 335	3 411 475	487 718	4 397 473
Zachodniopomorski	287 966	1 907 611	220 777	1 384 065	228 544	1 619 767
RAZEM	6 510 432	68 733 025	4 995 302	52 890 899	5 461 127	69 329 136

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

Tabela nr IV.38. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym dla pacjentów poniżej 18 r.ż. w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	118 878	1 077 186	88 029	843 896	99 874	1 181 995
Kujawsko-Pomorski	122 406	1 484 936	88 029	930 860	93 981	1 206 638
Lubelski	178 574	3 012 603	139 071	1 827 709	158 034	2 817 687
Lubuski	44 280	391 339	28 713	250 518	31 181	316 760
Łódzki	133 582	1 699 064	99 619	1 135 364	112 249	1 544 553
Małopolski	229 986	3 377 012	173 154	2 376 532	193 803	3 271 082
Mazowiecki	240 732	3 972 260	198 051	3 454 591	229 669	5 076 969
Opolski	45 654	463 739	33 179	304 309	36 369	385 204
Podkarpacki	130 569	1 432 920	100 329	1 002 903	111 921	1 351 471
Podlaski	74 661	982 671	63 267	843 897	70 742	1 113 407
Pomorski	122 092	1 519 683	90 249	1 222 620	102 240	1 720 004
Śląski	209 776	1 852 947	157 409	1 373 076	179 454	1 873 178
Świętokrzyski	75 372	1 095 763	57 260	733 052	64 508	1 165 569
Warmińsko-Mazurski	82 369	923 384	62 733	657 867	69 421	892 834
Wielkopolski	181 901	1 886 740	144 747	1 397 019	163 174	1 991 192
Zachodniopomorski	78 434	603 375	60 337	424 177	61 806	505 659
RAZEM	2 069 266	25 775 621	1 584 176	18 778 389	1 778 426	26 414 202

Powyższe dane przedstawiają widoczny wzrost liczby świadczeń w porównaniu do lat ubiegłych. Liczba pacjentów jest niższa w 2021 roku niż w 2019 roku.

Tabela nr IV.39. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów, liczba wykonanych świadczeń oraz wartość rozliczonych świadczeń w zakresie „świadczenia udzielane w dentobusie” za 2021 rok.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń
Dolnośląski	1	2 012	23 212	226 550,50
Kujawsko-pomorski	1	5 074	6 354	373 804,05
Lubelski	1	2 157	20 927	295 410,96
Lubuski	1	3 880	35 962	547 795,05
Łódzki	1	5 863	37 547	480 736,35
Małopolski	1	4 308	5 580	119 635,10
Mazowiecki	1	4 271	36 980	316 137,69
Opolski	1	8 640	50 831	778 525,00
Podkarpacki	1	5 399	5 409	427 791,33
Podlaski	1	6 878	94 523	1 075 886,88
Pomorski	1	4 260	6 080	255 180,45
Śląski	1	11 664	11 786	662 268,47
Świętokrzyski	1	5 027	23 166	378 519,90
Warmińsko-mazurski	1	4 392	8 149	354 298,67
Wielkopolski	1	604	7 670	166 415,93
Zachodniopomorski	1	3 305	22 261	770 101,35
Razem	16	77 734	396 437	7 229 057,67

#### 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.40. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2019	2020	2021
Dolnośląski	30	29	29
Kujawsko-Pomorski	31	30	29
Lubelski	28	28	28
Lubuski	14	14	15
Łódzki	25	25	23
Małopolski	33	32	30
Mazowiecki	50	51	51
Opolski	16	16	16
Podkarpacki	28	27	28
Podlaski	22	20	20
Pomorski	19	18	18
Śląski	37	37	37
Świętokrzyski	21	20	20
Warmińsko-Mazurski	18	20	19
Wielkopolski	35	34	34
Zachodniopomorski	22	22	22
RAZEM	429	423	419

Tabela nr IV.41. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	156 556,43	158 694,86	171 016,10	176 926,89	153 950,37	146 359,99
Kujawsko-Pomorski	122 576,70	119 293,95	127 001,83	125 874,56	103 134,92	103 101,66
Lubelski	172 278,06	165 873,01	176 790,18	174 410,53	184 764,12	176 860,56
Lubuski	71 753,21	72 729,26	87 363,36	86 279,86	80 143,91	79 822,79
Łódzki	154 631,72	159 478,10	174 967,15	173 587,08	174 552,80	160 191,24
Małopolski	263 540,51	267 713,94	296 496,87	287 207,34	288 988,71	284 759,97
Mazowiecki	256 478,09	253 635,72	271 647,72	268 294,79	233 565,26	233 608,45
Opolski	51 815,76	55 994,15	55 309,83	58 696,99	54 115,44	53 917,55
Podkarpacki	102 902,45	108 423,08	105 041,03	113 571,15	98 938,89	98 114,06
Podlaski	75 828,29	75 498,74	74 664,58	75 214,05	76 915,79	76 609,23
Pomorski	133 198,21	136 750,78	141 453,88	143 650,67	112 156,06	111 549,01
Śląski	274 144,24	273 338,94	285 144,56	284 959,25	246 450,44	245 200,03
Świętokrzyski	68 076,99	68 035,81	73 380,17	70 838,39	62 259,75	54 901,76
Warmińsko-Mazurski	65 184,19	68 852,61	68 796,70	70 076,71	61 923,43	55 070,89

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Wielkopolski	224 805,77	220 840,05	229 534,66	222 662,83	223 286,93	206 197,20
Zachodniopomorski	164 066,93	163 634,64	165 752,64	169 101,91	155 836,60	154 217,85
RAZEM	2 357 837,55	2 368 787,64	2 504 361,26	2 501 353,00	2 310 983,45	2 240 482,24

Powyższe dane wskazują na spadek wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr IV.42. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2019-2021.

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	16 748	670 205	15 470	680 459	17 522	675 866
Kujawsko-Pomorski	14 867	527 260	13 172	564 072	13 433	561 229
Lubelski	9 500	515 363	8 154	528 060	9 276	521 471
Lubuski	3 904	235 315	4 034	239 157	4 396	223 172
Łódzki	16 863	611 294	15 939	620 369	17 828	573 617
Małopolski	17 196	839 490	15 515	866 158	18 158	874 552
Mazowiecki	36 681	1 404 118	33 530	1 429 813	36 662	1 385 365
Opolski	4 242	260 370	4 098	280 032	4 729	275 940
Podkarpacki	8 208	603 169	7 441	628 761	8 232	606 881
Podlaski	6 874	269 379	5 960	266 567	6 550	271 617
Pomorski	11 196	498 053	9 817	533 447	11 036	541 604
Śląski	25 734	1 328 830	23 336	1 369 570	25 754	1 354 450
Świętokrzyski	8 240	392 205	7 203	412 810	8 479	409 122
Warmińsko-Mazurski	7 206	364 882	6 948	360 977	6 979	364 822
Wielkopolski	19 953	1 089 942	18 462	1 065 499	20 260	1 067 050
Zachodniopomorski	13 333	376 223	13 367	394 250	14 364	380 357
RAZEM	220 745	9 986 098	202 446	10 240 001	223 658	10 087 115

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

## IV.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne

Tabela nr IV.43. Wartość i wykonanie umów w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2019-2021 (w tys. zł) - dotyczy wszystkich programów profilaktycznych.

Nazwa Oddziału	2019		2020		2021	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	14 841,89	14 037,66	15 282,47	12 732,22	21 304,00	14 753,00
Kujawsko-Pomorski	11 964,17	11 789,89	10 602,20	10 095,27	14 287,00	10 592,00
Lubelski	8 298,50	8 495,55	7 383,69	6 559,33	14 198,00	7 668,00
Lubuski	4 895,90	5 471,51	5 756,92	5 675,55	8 095,00	5 690,00
Łódzki	11 812,59	11 655,08	12 313,47	10 727,33	17 126,00	10 903,00
Małopolski	14 864,20	15 909,08	16 163,82	13 524,83	18 521,00	16 699,00
Mazowiecki	23 885,83	22 698,58	25 371,47	21 506,82	29 032,00	22 000,00
Opolski	4 865,39	5 224,72	4 686,09	3 838,92	5 368,00	4 724,00
Podkarpacki	8 013,68	8 392,36	7 162,02	6 860,54	11 519,00	9 111,00
Podlaski	5 742,68	5 448,69	5 624,03	5 265,53	6 085,00	4 940,00
Pomorski	9 842,67	10 166,64	11 374,75	9 036,30	12 107,00	9 425,00
Śląski	33 140,92	30 945,80	32 607,53	28 768,37	33 368,00	31 088,00
Świętokrzyski	5 989,38	5 971,50	5 968,84	4 985,48	9 171,00	5 623,00
Warmińsko-Mazurski	5 660,05	6 112,53	5 804,77	4 972,01	7 159,00	6 092,00
Wielkopolski	17 147,31	16 668,29	16 626,48	14 411,03	24 715,00	17 462,00
Zachodniopomorski	7 895,24	7 780,89	8 032,54	7 317,72	15 291,00	8 120,00
RAZEM	188 860,40	186 768,77	190 761,08	166 277,25	247 346,00	184 890,00

Zaprezentowane dane wskazują na widoczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz wzrost kosztów realizacji świadczeń w stosunku do 2020 roku.

Tabela nr IV.44. Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2021 r.

Programy zdrowotne - świadczenia gwarantowane w 2021 roku				
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	363 867	1 505	363 867
2	Świadczenia położnej POZ w programie profilaktyki raka szyjki macicy	6 626	68	6 667
3	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny	359 864	74	364 329
4	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki	1 726	52	1 726
5	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej	442 770	267	449 638
6	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	569 920	73	574 816

Programy zdrowotne - świadczenia gwarantowane w 2021 roku				
lp.	Nazwa i etap programu zdrowotnego	Liczba osób objętych programem	Liczba świadczeniodawców realizujących program	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach
7	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	31 661	141	80 704
8	Świadczenia lekarza w POZ w ramach realizacji profilaktyki ChUK	41 726	1 007	41 726
9	Program badań prenatalnych	103 288	120	343 605
10	Program badań prenatalnych - część położniczo-ginekologiczna	3 426	5	10 934
11	Program badań prenatalnych - część genetyczna	1 898	2	3 155
12	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) - etap podstawowy	1 045	76	1 063
13	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) - etap specjalistyczny	841	11	1 119

#### 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.45. Planowane i zrealizowane koszty świadczeń w rodzaju wyroby medyczne w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	ZSP 2019		ZSP 2020		ZSP 2021	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	100 000,00	99 683,43	100 246,00	96 253,56	112 000,00	108 258,50
Kujawsko-Pomorski	74 011,00	74 008,68	76 716,00	71 970,07	85 094,00	79 365,56
Lubelski	65 626,00	65 403,12	66 686,00	65 845,20	77 552,00	75 602,32
Lubuski	33 500,00	32 920,07	34 869,00	32 727,97	39 133,00	36 102,21
Łódzki	81 180,00	80 336,89	85 000,00	78 793,73	88 776,00	87 696,06
Małopolski	106 267,00	105 772,83	103 800,00	102 550,09	120 073,00	117 473,22
Mazowiecki	154 200,00	154 190,16	186 300,00	160 899,91	203 737,00	181 454,28
Opolski	31 776,00	31 699,14	34 814,00	31 866,02	37 447,00	36 589,85
Podkarpacki	67 954,00	67 934,92	69 500,00	68 535,26	81 140,00	77 302,23
Podlaski	37 260,00	37 254,38	37 900,00	36 839,46	44 000,00	40 891,91
Pomorski	69 780,00	69 681,27	73 900,00	72 265,41	83 600,00	83 117,95

Nazwa Oddziału	ZSP 2019		ZSP 2020		ZSP 2021	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Śląski	173 250,00	171 775,14	168 250,00	161 955,65	194 393,00	190 914,36
Świętokrzyski	43 000,00	42 998,29	46 000,00	45 968,73	54 959,00	54 881,81
Warmińsko-Mazurski	43 827,00	43 823,48	46 777,00	43 862,97	51 775,00	50 519,42
Wielkopolski	114 000,00	113 750,47	128 104,00	116 313,71	141 990,00	130 328,50
Zachodniopomorski	51 300,00	50 490,69	52 680,00	50 883,57	60 129,00	55 870,89
RAZEM	1 246 931,00	1 241 722,96	1 311 542,00	1 237 531,31	1 475 798,00	1 406 369,07

Widoczny wyraźny wzrost planowanych kosztów finansowania i ich wykonania w stosunku do ubiegłego roku.

#### IV.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją osób z chorobami przewlekłymi. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce w 2021 roku skorzystało 265 452 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 2021 rok Fundusz zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 136 świadczeniodawcami. Kontrakty te zapewniają świadczeniobiorcom szeroki wachlarz usług uzdrowiskowych, w tym leczenie ambulatoryjne, szpitalne dla dzieci i dorosłych, sanatoryjne dla dzieci i dorosłych oraz uzdrowiskową rehabilitację dla dorosłych.

Tabela nr IV.46. 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		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Dolnośląski	13	13	13	13	13	13
Kujawsko-Pomorski	25	25	26	25	25	26
Lubelski	6	6	6	6	6	6
Łódzki	1	1	1	1	1	1
Małopolski	30	30	29	30	30	29
Mazowiecki	2	1	1	2	1	1
Podkarpacki	14	14	14	14	14	14
Podlaski	2	2	2	3	3	3
Pomorski	4	4	4	4	4	4
Śląski	7	7	7	7	7	7



Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba zawartych umów w latach		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Świętokrzyski	8	8	8	8	8	8
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2
Zachodniopomorski	24	24	23	31	24	23
RAZEM	138	137	136	146	138	137

NFZ w 2021 r. zawarł łącznie 137 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe ze 136 świadczeniodawcami. W porównaniu do lat poprzednich, w 2020 r. NFZ zawarł o 1 umowę mniej. O jeden zmniejszyła się liczba świadczeniodawców w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr IV.47. Wartość i wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2019-2021 (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2019		2020		2021	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	67 874,15	59 257,68	76 274,90	29 223,11	91 729,16	46 580,91
Kujawsko-Pomorski	39 728,00	32 689,27	46 917,56	19 481,93	57 771,14	28 231,15
Lubelski	44 799,67	42 392,44	47 512,54	23 596,77	54 083,09	31 470,75
Lubuski	14 358,86	14 279,89	15 258,17	7 095,70	18 050,01	11 638,74
Łódzki	45 059,95	44 766,59	47 476,26	23 599,33	55 905,56	36 677,64
Małopolski	55 744,63	48 114,44	61 363,90	24 134,28	73 918,09	38 691,62
Mazowiecki	102 752,38	102 014,30	114 713,76	51 190,79	133 933,48	80 473,30
Opolski	13 551,50	13 458,21	14 102,15	7 585,02	16 541,23	11 544,43
Podkarpacki	40 025,90	35 178,86	40 448,65	18 143,60	47 530,96	27 343,49
Podlaski	20 792,72	20 438,82	22 374,28	11 026,06	26 301,38	18 232,00
Pomorski	35 573,02	34 458,61	40 265,77	19 065,70	47 179,85	29 207,19
Śląski	78 937,53	75 360,59	98 769,14	41 446,63	115 616,64	65 664,73
Świętokrzyski	29 842,33	26 360,18	32 888,25	13 371,59	39 271,47	19 698,17
Warmińsko- Mazurski	22 958,99	22 434,88	25 504,27	13 047,91	29 779,32	23 017,27
Wielkopolski	69 742,55	69 461,17	79 578,62	37 420,65	92 886,11	57 665,32
Zachodniopomorski	31 557,48	23 479,07	33 928,16	12 015,63	39 882,97	18 313,00
RAZEM	713 299,67	664 145,00	797 376,39	351 444,68	940 380,47	544 449,70

Wartość zrealizowanych świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 2021 roku wyniosła 544 449,70 tys. zł i w stosunku do 2020 roku wzrosła o 55 %.

Duży wzrost realizacji świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 2021 roku w stosunku do 2020 roku, związany jest m.in. z czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w okresie od 14 marca do 14 czerwca 2020 r. oraz od 24 października do 31 grudnia 2020 r. (ponad

5 miesięcy), na skutek ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

W 2021 r. ograniczenie działalności uzdrowisk dotyczyło krótszego okresu tj. od 1 stycznia do 10 marca 2021 r. (ok. 2,5 miesiąca), w związku z czym zakłady lecznictwa uzdrowiskowego mogły przyjąć więcej pacjentów.

Tabela nr IV.48. Zestawienie liczby pacjentów oraz liczby wykonanych świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2020-2021.

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.	2019			2020			2021		
	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	35 577	34 489	1 142	16 926	16 513	435	22 329	22 059	312
Kujawsko-Pomorski	20 585	19 329	1 365	11 375	11 043	351	13 951	13 501	492
Lubelski	25 565	25 025	702	13 472	13 224	296	15 248	14 914	398
Lubuski	8 605	8 597	31	4 155	4 140	17	5 670	5 669	11
Łódzki	27 690	27 512	229	13 923	13 840	92	18 220	18 133	104
Małopolski	32 308	26 748	5 645	15 325	12 946	2 413	20 014	17 755	2 321
Mazowiecki	61 371	60 050	1 704	29 259	28 690	624	38 523	37 880	766
Opolski	8 354	8 292	65	4 495	4 472	24	5 751	5 729	23
Podkarpacki	21 501	20 330	1 272	10 477	10 185	315	13 419	12 951	504
Podlaski	12 527	12 457	78	6 393	6 365	30	8 846	8 819	35
Pomorski	22 065	21 621	448	11 382	11 220	162	14 403	14 279	126
Śląski	46 922	46 204	830	24 480	24 289	288	32 804	32 417	497
Świętokrzyski	16 110	15 095	1 032	7 871	7 576	300	9 738	9 444	295
Warmińsko-Mazurski	12 920	12 853	76	7 279	7 256	25	11 053	11 020	38
Wielkopolski	41 276	41 258	39	21 321	21 309	20	27 467	27 474	25
Zachodniopomorski	12 347	12 295	78	6 176	6 149	34	8 016	8 015	17
RAZEM	405 723	392 155	14 736	204 309	199 217	5 426	265 452	260 059	5 964

W 2021 r. zrealizowano 266 023 skierowań na leczenie uzdrowiskowe (260 059 – w trybie stacjonarnym, 5 964 – w trybie ambulatoryjnym) dla 265 452 osób. W porównaniu do 2020 r. zwiększyła się liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, które skorzystały ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, w obu przypadkach nastąpił wzrost o ok. 30%.

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

##### IV.2.15.1. Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”

Wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” udziela świadczeń w stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia dziecka od jego urodzenia do ukończenia 4. tygodnia życia, a w przypadkach

uzasadnionych medycznie – do końca pierwszego roku życia dziecka. Transport sanitarny dla tej grupy pacjentów odbywa się przy użyciu zestawu inkubatora transportowego w przypadku konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu w innym podmiocie leczniczym lub w przypadku, gdy zaistnieje potrzeba kontynuacji leczenia pacjenta w innym podmiocie leczniczym. Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w niniejszym zakresie świadczeń w 2021 r. zapewniali dobową gotowość do udzielania świadczeń przez zespoły sanitarne typu „N”, utrzymując w stałej dyspozycji środki transportu sanitarnego wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, kompletny zestaw leków i wyrobów medycznych oraz obsadę kadrową, zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 290 z późn. zm.). Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny realizowane przez zespoły sanitarne typu „N”, finansowane są z budżetu NFZ. Jednostką rozliczeniową służącą do finansowania świadczeń w ramach gotowości wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N”, jest ryczałt dobowy. W 2021 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzony został proces aneksowania niewygasających z końcem 2020 r. umów o udzielanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”. W 2021 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.49. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły wyjazdowe zespoły sanitarne typu "N" w latach 2019-2021.

Oddział Wojewódzki NFZ	2019		2020		2021	
	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	875	725	682	528	715	553
Kujawsko-Pomorski	566	490	552	440	536	450
Lubelski	434	430	386	379	454	443
Lubuski	139	114	114	91	114	92
Łódzki	496	476	382	355	446	408
Małopolski	538	480	500	460	519	478
Mazowiecki	1 429	1 163	1 221	1 158	1 241	1 182
Opolski	347	244	273	199	256	201
Podkarpacki	584	511	441	397	374	345
Podlaski	307	301	228	228	233	225
Pomorski	822	543	564	459	466	414

Oddział Wojewódzki NFZ	2019		2020		2021	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Śląski	1 373	1 239	1 101	986	1 370	1 218
Świętokrzyski	211	173	144	127	150	129
Warmińsko- Mazurski	246	231	307	269	311	282
Wielkopolski	985	774	911	751	943	771
Zachodniopomorski	257	220	221	190	211	177
RAZEM	9 609	8 114	8 027	7 017	8 339	7 368

#### IV.2.15.2. 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 realizowanym od 2020 r. świadczeniem 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 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. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczeń udzielanych przez zespoły transportu medycznego w 2021 r. w okresie od 01.01.-30.11. zabezpieczone zostały przez działanie 145 zespołów. Od 1.12.2021 r. niniejsze świadczenia były realizowane przez 140 zespołów transportu medycznego. Powyższe było wynikiową wypowiedzenia umów przez oddział opolski (dot. 3 zespołów transportu medycznego) oraz oddział podlaski (dot. 2 zespołów transportu medycznego), z uwagi na niską realizację świadczeń w przedmiotowym zakresie. Szczegółową liczbę świadczeniodawców oraz umów zawartych w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, przedstawia poniższa tabela.

Tabela nr IV.50. Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Dane obejmują lata 2019-2021.

Nazwa OW NFZ	świadczenia udzielane przez wyjazdy 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		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Dolnośląski	3	3	3	3	3	3	-	8	8	-	8	8
Kujawsko-Pomorski	2	2	2	2	2	2	-	5	5	-	5	5
Lubelski	2	2	2	2	2	2	-	1	1	-	1	1
Lubuski	1	1	1	1	1	1	-	2	2	-	2	2
Łódzki	1	1	1	2	1	1	-	1	1	-	1	1
Małopolski	1	1	1	1	1	1	-	3	3	-	3	3
Mazowiecki	5	5	5	5	5	5	-	6	6	-	6	6
Opolski	1	1	1	1	1	1	-	1	1	-	1	1
Podkarpacki	2	2	2	2	2	2	-	5	5	-	5	5
Podlaski	1	1	1	1	1	1	-	2	2	-	2	2
Pomorski	1	1	1	1	1	1	-	4	4	-	4	4
Śląski	5	5	4	5	5	4	-	7	7	-	7	7
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1	-	1	1	-	1	1
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2	-	4	4	-	4	4
Wielkopolski	2	2	2	2	2	2	-	3	3	-	7	7
Zachodniopomorski	2	2	2	2	2	2	-	2	2	-	2	2
RAZEM	32	32	31	33	32	31	-	55	55	-	59	59

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2021 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, wyniosła 349 936 tys. zł. W 2021 r. wykonanie planu finansowego zamknęło się kwotą 327 799,77 tys. zł, co stanowi 93,67% wykorzystania zaplanowanych środków.

Tabela nr IV.51. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2019-2021 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2019*		2020*		2021**	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	4 684,00	4 607,48	25 984,00	20 828,74	25 922,00	24 905,90
Kujawsko-Pomorski	2 880,00	2 871,82	15 759,00	16 138,02	23 475,00	22 343,89
Lubelski	3 532,00	3 222,21	9 547,00	8 276,25	15 021,00	10 278,82
Lubuski	1 936,00	1 894,65	10 658,00	10 215,68	17 340,00	16 886,74
Łódzki	2 606,00	2 494,39	13 544,00	12 351,96	14 237,00	13 975,74
Małopolski	1 892,00	1 794,74	15 260,00	13 814,26	15 386,00	15 436,96
Mazowiecki	8 366,00	8 335,78	37 095,00	36 260,67	42 575,00	41 084,06
Opolski	1 410,00	1 409,61	9 508,00	9 124,99	12 053,00	11 562,57
Podkarpacki	3 177,00	3 176,13	18 798,00	18 363,28	23 439,00	23 299,66

Nazwa OW NFZ	2019*		2020*		2021**	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Podlaski	1 702,00	1 682,94	13 396,00	13 272,62	20 764,00	18 991,32
Pomorski	1 574,00	1 567,50	17 013,00	17 009,86	23 029,00	22 600,75
Śląski	7 872,00	7 603,35	35 795,00	34 536,44	44 720,00	41 896,92
Świętokrzyski	1 743,00	1 637,03	8 385,00	7 999,26	12 057,00	10 418,79
Warmińsko- Mazurski	2 996,00	2 982,33	12 525,00	12 234,68	16 735,00	15 854,50
Wielkopolski	4 000,00	3 143,67	24 345,00	20 149,67	28 682,00	24 897,93
Zachodniopomorski	2 587,00	2 541,03	12 015,00	11 448,63	14 501,00	13 365,22
RAZEM	52 957,00	50 964,66	279 627,00	262 025,01	349 936,00	327 799,77

\* 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 2021 r. zespoły sanitarne typu „N” wykonały łącznie 8 339 transportów, udzielając świadczeń 7 368 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów sanitarnych typu „N” jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2021 r., wzrosła w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr IV.52. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” w latach 2019 - 2021.

Oddział Wojewódzki NFZ	2019		2020		2021	
	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	875	725	682	528	715	553
Kujawsko-Pomorski	566	490	552	440	536	450
Lubelski	434	430	386	379	454	443
Lubuski	139	114	114	91	114	92
Łódzki	496	476	382	355	446	408
Małopolski	538	480	500	460	519	478
Mazowiecki	1 429	1 163	1 221	1 158	1 241	1 182
Opolski	347	244	273	199	256	201
Podkarpacki	584	511	441	397	374	345
Podlaski	307	301	228	228	233	225
Pomorski	822	543	564	459	466	414
Śląski	1 373	1 239	1 101	986	1 370	1 218
Świętokrzyski	211	173	144	127	150	129
Warmińsko- Mazurski	246	231	307	269	311	282
Wielkopolski	985	774	911	751	943	771
Zachodniopomorski	257	220	221	190	211	177
RAZEM	9 609	8 114	8 027	7 017	8 339	7 368

Zespoły transportu medycznego w 2021 r. wykonały łącznie 42 878 transportów, udzielając świadczeń 41 627 różnym osobom.

Tabela nr IV.53. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły zespoły transportu medycznego w latach 2019 – 2021.

Oddział Wojewódzki NFZ	2019		2020		2021	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Dolnośląski	-	-	2 389	2 332	3 261	3 180
Kujawsko-Pomorski	-	-	2 130	2 084	2 611	2 538
Lubelski	-	-	235	224	317	305
Lubuski	-	-	1 335	1 268	1 535	1 468
Łódzki	-	-	1 382	1 367	1 251	1 239
Małopolski	-	-	796	785	1 089	1 064
Mazowiecki	-	-	5 451	5 434	6 601	6 560
Opolski	-	-	931	888	952	942
Podkarpacki	-	-	1 064	1 049	5 402	5 253
Podlaski	-	-	1 288	1 257	1 554	1 506
Pomorski	-	-	2 281	2 179	3 800	3 550
Śląski	-	-	3 312	3 183	6 136	5 894
Świętokrzyski	-	-	1 754	1 663	2 030	1 937
Warmińsko- Mazurski	-	-	1 849	1 776	2 704	2 643
Wielkopolski	-	-	2 936	2 863	3 189	3 105
Zachodniopomorski	-	-	336	335	446	443
RAZEM	-	-	29 469	28 687	42 878	41 627

#### 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 2021 r., poz. 2053, z późn. zm.), zwanej dalej również „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 2021 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ zostało przeprowadzone aneksowanie umów niewygasających z dniem 31 grudnia 2020 r. Ponadto, z uwagi na kończący się okres obowiązywania aneksowanych umów w trakcie roku, w 9-ciu oddziałach wojewódzkich Funduszu (kujawsko-pomorskim, lubelskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim oraz zachodniopomorskim) w 2021 r. przeprowadzono postępowania konkursowe w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Zgodnie z zapisami ustawy o PRM umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego zawierane są na rejonach operacyjnych, na podstawie planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Zgodnie z 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 Państwowe Ratownictwo Medyczne. W 2021 r. w Polsce kontynuowany był proces koncentracji dyspozytorni medycznych. W związku z powyższym, liczba dyspozytorni medycznych w ciągu roku ulegała zmianom. Wg stanu na koniec 2021 r. funkcjonowało łącznie 26 skoncentrowanych dyspozytorni medycznych, zatem umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne dotyczyły 26 rejonów operacyjnych. Jednak wskazać należy, że wg stanu na koniec 2021 r. oddziały NFZ posiadały 24 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Powyższe wynika z faktu, 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 łącznie w dwóch rejonach operacyjnych. Liczba umów w przedmiotowym rodzaju świadczeń zmniejszyła się o 13 w stosunku do 2020 roku. Należy podkreślić, że informacji o liczbie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie można utożsamiać z dostępnością do świadczeń w powyższym rodzaju, ponieważ liczba ta jest bezpośrednio związana z liczbą rejonów operacyjnych, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Tabela nr IV.54. Liczba świadczeniodawców oraz umów zawartych w latach 2019-2021 w rodzaju ratownictwo medyczne.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach				Liczba umów zawartych w latach				
	2019		2020	2021	2019		2020	2021	
	do 31.03	od 1.04			do 31.03	od 1.04		do 31.03	od 01.04
Dolnośląski	12	2	2	2	12	2	2	2	1
Kujawsko-Pomorski	19	2	2	1	19	2	2		1
Lubelski	14	4	4	1	14	4	4		1
Lubuski	13	1	1	1	15	1	1		1



Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach				Liczba umów zawartych w latach				
	2019		2020	2021	2019		2020	2021	
	do 31.03	od 1.04			do 31.03	od 1.04			
Łódzki	10	1	1	1	21	1	1	1	
Małopolski	2	2	2	2	2	2	2	2	
Mazowiecki	6	5	5	do 31.03	od 01.04	6	5	do 31.03	od 01.04
				5	3			5	3
Opolski	5	1	1	1	5	1	1	1	
Podkarpacki	22	5	5	do 28.02	od 01.03	22	5	do 28.02	od 01.03
				5	1			5	1
Podlaski	4	3	3	1	4	3	3	1	
Pomorski	19	2	2	2	20	2	2	2	
Śląski*	4	4	4	4	4	4	4	4	
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1	1	1	
Warmińsko-Mazurski	21	1	1	1	21	1	1	1	
Wielkopolski	29	2	2	do 31.09	od 01.10	31	2	do 31.09	od 01.10
				2	1			2	1
Zachodniopomorski *	6	1	1	1	6	1	1	1	
RAZEM	187	37	37	24 (wg stanu na koniec 2021 r.)	203	37	37	24 (wg stanu na koniec 2021 r.)	

\* Jeden świadczeniodawca realizuje umowę w dwóch rejonach operacyjnych (jedna umowa na dwa rejony operacyjne)

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2021 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne wyniosła 2 467 900 tys. zł i była o 33 104 tys. zł (1,34%) wyższa od kwoty planowanej w 2020 r. W 2021 r. wartość realizacji planu finansowego w niniejszym rodzaju zamknęła się kwotą 2 449 378,83 tys. zł, co stanowi 99,25% wykorzystania zaplanowanych środków.

Tabela nr IV.55. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2019-2021 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2019		2020		2021	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	160 014,00	158 700,37	179 625,00	176 945,80	183 844,00	182 510,34
Kujawsko-Pomorski	127 245,00	126 026,39	143 829,00	142 611,93	144 051,00	143 915,85
Lubelski	131 821,00	129 778,39	148 770,00	144 543,85	151 502,00	147 925,20
Lubuski	76 163,00	75 356,65	84 044,00	83 015,64	86 709,00	84 440,89
Łódzki	142 076,00	141 556,33	160 156,00	159 554,70	162 955,00	162 801,29
Małopolski	171 135,00	170 199,25	192 490,00	192 102,21	193 213,00	192 724,84
Mazowiecki	269 607,00	268 980,49	302 339,00	301 138,20	306 007,00	302 515,36
Opolski	61 002,00	60 671,35	71 028,00	69 140,41	69 964,00	69 961,17
Podkarpacki	124 872,00	124 314,66	140 727,00	140 306,26	142 293,00	141 937,60

Nazwa OW NFZ	2019		2020		2021	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Podlaski	81 366,00	81 048,28	91 130,00	90 918,93	93 022,00	92 909,23
Pomorski	122 820,00	121 867,62	139 314,00	138 018,95	142 508,00	141 879,54
Śląski	230 427,00	227 019,77	259 781,00	259 177,81	264 010,00	261 477,84
Świętokrzyski	66 230,00	66 106,86	74 899,00	74 820,80	75 226,00	75 121,67
Warmińsko- Mazurski	109 096,00	109 089,27	122 230,00	122 223,88	124 878,00	124 689,35
Wielkopolski	170 369,00	169 728,61	193 088,00	192 985,18	196 085,00	193 881,27
Zachodniopomorski	116 177,00	115 833,48	131 346,00	130 319,21	131 633,00	130 687,39
RAZEM	2 160 420,00	2 146 277,76	2 434 796,00	2 417 823,76	2 467 900,00	2 449 378,83

W 2021 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 2 897 645 wyjazdów, udzielając świadczeń 3 335 083 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego jak i liczba osób, którym te zespoły udzieliły świadczeń w 2021 r. uległa zwiększeniu w porównaniu do roku poprzedniego.

Tabela nr IV.56. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2019-2021 oraz liczba osób, wg unikalnych nr PESEL, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w poszczególnych latach.

Oddział Wojewódzki NFZ	2019		2020		2021	
	Liczba wyjazdów	Liczba osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba osób, którym udzielono świadczeń
Dolnośląski	266 661	251 113	243 404	186 890	261 399	200 052
Kujawsko-Pomorski	172 967	131 885	156 154	119 142	171 753	130 832
Lubelski	169 498	134 822	138 029	111 233	153 906	125 240
Lubuski	77 904	62 108	68 317	50 630	82 775	64 666
Łódzki	206 244	192 112	175 040	168 782	193 209	155 200
Małopolski	232 942	219 641	203 836	189 556	226 991	211 040
Mazowiecki	419 296	341 148	360 910	293 213	400 101	323 432
Opolski	71 391	65 971	64 864	59 014	72 525	65 154
Podkarpacki	149 331	142 853	136 513	126 743	138 064	88 385
Podlaski	72 719	59 363	62 179	47 632	60 059	47 114
Pomorski	181 287	132 625	148 899	110 368	156 209	128 994
Śląski	362 768	296 319	307 688	242 428	369 726	293 472
Świętokrzyski	109 559	81 470	98 235	73 915	105 015	80 226
Warmińsko- Mazurski	121 714	100 949	112 613	89 562	122 924	99 564
Wielkopolski	205 191	164 881	179 177	160 711	211 064	189 244
Zachodniopomorski	172 415	131 136	154 226	117 984	171 925	132 468
RAZEM	2 991 887	2 508 396	2 610 084	2 147 803	2 897 645	2 335 083

#### IV.2.17. Chemioterapia

W 2021 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 1 287 898 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym kwotą 1 414 114 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło 91,07% 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.57. Wartość świadczeń w poszczególnych zakresach chemioterapii (w tys. zł), wg stanu na 13.05.2022 r.

Nazwa zakresu świadczeń	2021	
	Suma z kontraktów w zakresie	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
03.0000.111.02 chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	68 593	67 721
03.0000.112.02 chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	222 005	221 452
03.0000.113.02 chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	498 896	490 013
03.0000.115.02 chemioterapia	13 483	13 446
03.0001.111.02 substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	140 990	136 139
03.0001.112.02 substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	175 766	168 171
03.0001.113.02 substancje czynne w chemioterapii - hospitalizacji z zakresem skojarzonym	194 523	185 335
03.0001.115.02 substancje czynne w chemioterapii	5 632	5 621
RAZEM	1 319 888	1 287 898

W zakresach związanych z realizacją chemioterapii również jak w programach lekowych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn (57,6% kobiet, 42,4% mężczyzn) ze średnim wiekiem 61,6 lat. Najwyższą wartość środków wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą 229 906 tys. zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (167 035 tys. zł) oraz wielkopolskie (112 031 tys. zł).

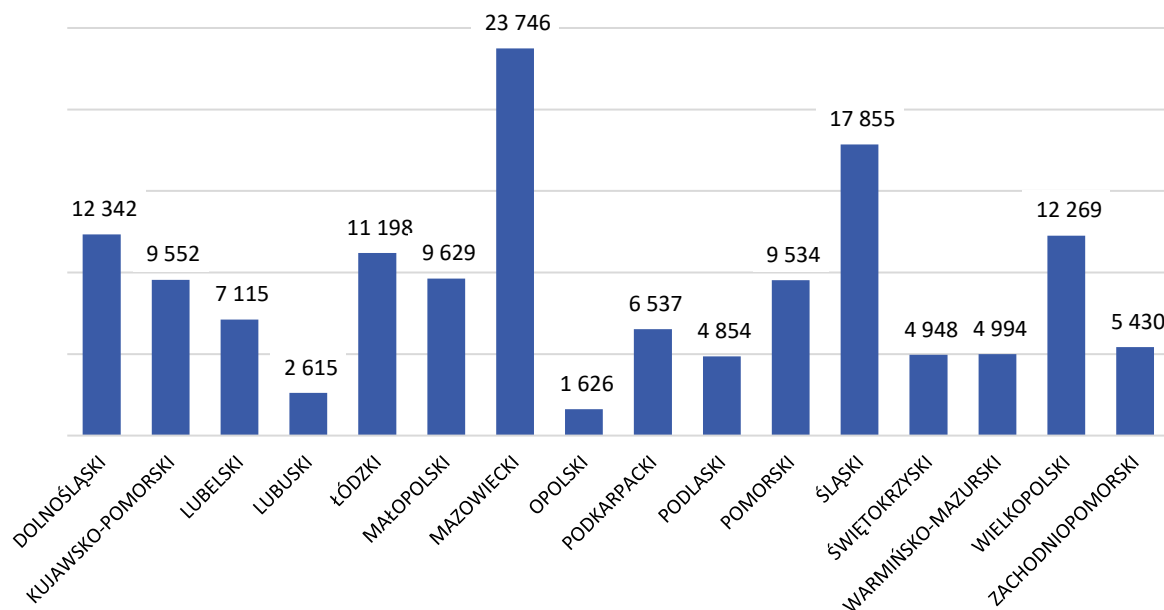
Tabela nr IV.58. Wartość zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w chemioterapii w podziale na OW NFZ w 2021 roku, wg stanu na 13.05.2022 r. (w tys. zł)

Oddział wojewódzki Funduszu	Ogółem liczba ubezpieczonych*	Wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 573 051	102 084	397	101 858	396
Kujawsko-pomorski	1 789 292	70 587	394	70 304	393
Lubelski	1 844 413	87 994	477	86 801	471
Lubuski	878 221	26 340	300	25 542	291

Oddział wojewódzki Funduszu	Ogółem liczba ubezpieczonych*	Wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Łódzki	2 239 545	88 888	397	88 724	396
Małopolski	3 090 926	87 672	284	86 170	279
Mazowiecki	5 125 421	229 906	449	229 188	447
Opolski	810 582	15 761	194	15 758	194
Podkarpacki	1 833 614	57 783	315	56 551	308
Podlaski	1 019 213	43 056	422	43 007	422
Pomorski	2 088 743	76 002	364	75 897	363
Śląski	3 992 594	167 035	418	166 806	418
Świętokrzyski	1 062 864	41 989	395	41 505	391
Warmińsko-Mazurski	1 180 441	37 613	319	37 599	319
Wielkopolski	3 236 072	112 031	346	111 545	345
Zachodniopomorski	1 437 903	51 226	356	50 644	352

\* dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2021 r.

Wykres nr IV.5. Liczba świadczeniobiorców w ramach finansowania chemioterapii w 2021 r., wg stanu na 13.05.2022 r.



#### IV.2.18. Programy lekowe

W 2021 roku wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 5 684 455 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 175 081 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 2021 r. na refundację programów lekowych przewidywał

kwotę 5 895 286 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło zatem 96,4% kwoty planowanej. W 2021 roku Fundusz finansował 107 programów lekowych w tym 37 programów onkologicznych. Zgodnie z decyzjami podejmowanymi przez Ministra Zdrowia w 2021 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 2021 r. poz. 463, 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 2021 r.:

- B.113 „Leczenie pacjentów z chorobami nerek” (substancja czynna ketoanalogi aminokwasów) - marzec 2021 r.,
- B.114 „Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową” (substancja czynna midostauryna) - maj 2021 r.,
- B.115 „Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej” (substancja czynna midostauryna) - maj 2021 r.,
- B.116 „Leczenie chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy” (substancja czynna bewacyzumab) - maj 2021 r.,
- B.117 „Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem” (substancja czynna awelumab) - maj 2021 r.,
- B.118. „Leczenie choroby Cushinga” (substancja czynna pasyreotyd) - lipiec 2021 r.,
- B.119. „Leczenie pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, zróżnicowanym (brodawkowatym/pęcherzykowym/oksyfilnym – z komórek Hürthle’a) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym” (substancja czynna sorafenib) - lipiec 2021 r.,
- B.120. „Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (DME)” (substancje czynne aflibercept, bewacyzumab i deksametazon (lipiec 2021 r.) oraz ranibizumab (wrzesień 2021 r.)),
- B.122. „Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu” (substancja czynna lanadelumab) - wrzesień 2021 r.,
- B.123. „Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona” (substancja czynna trientylna) - wrzesień 2021 r.,
- B.121. „Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona” (substancja czynna amifamprydyna) - listopad 2021 r.,
- B.124. „Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry” (substancja czynna dupilumab) - listopad 2021 r.,
- B.125. „Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem” (substancja czynna cemiplimab) - listopad 2021 r.,
- B.126. „Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek” (substancja czynna tolwaptan) - listopad 2021 r.,

- B.127. „Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną” (substancja czynna eltrombopag) - listopad 2021 r.

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

- styczeń 2021 r.:
  - o durwalumab w programie lekowym B.6 „Leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca”,
  - o seleksypag w programie lekowym B.31. „Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)”,
  - o iksekizumab w programie lekowym B.35. „Leczenie aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)”,
  - o certolizumab pegol w programie lekowym B.47. „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej”,
  - o inotuzumab ozogamycyny w programie lekowym B.65. „Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną”;
- maj 2021 r.:
  - o kabozantynib w programie lekowym B.5. „Leczenie raka wątrobowokomórkowego”,
  - o olaparyb w programie lekowym B.50. „Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej”,
  - o iksazomib w programie lekowym B.54. „Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy”,
  - o sofosbuvir+welpataswir+woksyleprewir w programie lekowym B71. „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową”;
- lipiec 2021 r.:
  - o dakomitynib i lorlatynib w programie lekowym B.6. „Leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca”;
- wrzesień 2021 r.:
  - o ipilimumab w programie lekowym B.59. „Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych”,
  - o cysteamina w programie lekowym B.61. „Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej”,
  - o tisagenlecleucel w programie lekowym B.65. „Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną”;
- listopad 2021 r.:
  - o lewofloksacyna w programie lekowym B.27. „Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą”,
  - o tyltrakizumab w programie lekowym B.47. „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej”,
  - o brolicizumab w programie lekowym B.70. „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”.

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące wartości zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w programach lekowych w poszczególnych oddziałach

wojewódzkich NFZ w 2021 r. oraz wartości w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr IV.59. Wartość wykonanych świadczeń w ramach finansowania programów lekowych (w tys. zł) w 2021 roku, wg stanu na dzień 13.05.2022 r.

OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych*	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 573 051	486 021	1889	483 051	1877
Kujawsko-Pomorski	1 789 292	293 497	1640	293 029	1638
Lubelski	1 844 413	279 294	1514	278 125	1508
Lubuski	878 221	89 603	1020	87 420	995
Łódzki	2 239 545	391 251	1747	389 440	1739
Małopolski	3 090 926	545 432	1765	530 617	1717
Mazowiecki	5 125 421	1 047 145	2043	1 043 822	2037
Opolski	810 582	87 077	1074	87 062	1074
Podkarpacki	1 833 614	264 889	1445	255 890	1396
Podlaski	1 019 213	150 628	1478	150 222	1474
Pomorski	2 088 743	353 822	1694	349 868	1675
Śląski	3 992 594	721 601	1807	719 198	1801
Świętokrzyski	1 062 864	157 084	1478	156 270	1470
Warmińsko-Mazurski	1 180 441	153 840	1303	153 713	1302
Wielkopolski	3 236 072	490 356	1515	488 901	1511
Zachodniopomorski	1 437 903	218 565	1520	217 829	1515

\*dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2021 r.

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy lekowe w województwie mazowieckim z kwotą 1 043 822 tys. zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (719 198 tys. zł) oraz małopolskie (530 617 tys. zł).

Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia raka piersi 638 625 tys. zł, co stanowi 11,23% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi, następnie kolejny to program leczenia niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca (506 597 tys. zł), program lekowy leczenia stwardnienia rozsianego (375 033 tys. zł), oraz leczenia czerniaka skóry lub błon śluzowych (364 462 tys. zł) odpowiednio 8,91%; 6,60%; 6,41%.

Tabela nr IV.60. Top 10 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2021 r. (w tys. zł), wg stanu na dzień 13.05.2022 r.

Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Pembrolizumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	306 189
Nivolumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	278 742
Lenalidomidum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	234 531
Pertuzumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	223 549
Enzalutamidum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	184 845
Dimethylis Fumaras - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	170 109
Nusinersenum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	168 367
Eculizumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	129 433
Afliberceptum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	112 595
Trastuzumabum - Sc - Podskórnie - 1 Mg	109 350

W programach onkologicznych i nieonkologicznych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn. W programach onkologicznych leczonych jest ponad 55,9% kobiet, nieonkologicznych 55,8% kobiet. W 2021 roku w związku z leczeniem 45,7 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych wydatkowano 3 293 217,2 tys. zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 2 391 238,3 tys. zł na leczenie 130 tys. pacjentów. Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 53,4% całości. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 51,9% i 55,5%. 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. Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę**

Poniżej zaprezentowane zostały informacje o wartości oraz liczbie zrefundowanych opakowań leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydanych pacjentom na receptę w 2021 roku. Przedstawione zestawienia zostały opracowane na podstawie danych szczegółowych przekazywanych przez oddziały wojewódzkie NFZ i gromadzonych w bazach danych Centrali Funduszu. Pokazane kwoty uwzględniają dotację przeznaczoną na programy wynikające z art. 43a i 43b.

Liczba zrefundowanych przez Fundusz opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w 2021 roku jest zbliżona do 2020 roku. W oddziałach wojewódzkich: małopolskim, podkarpackim i wielkopolskim liczba opakowań wzrosła, w pozostałych oddziałach ilość ta zmalała.



Tabela nr IV.61. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, suma za okres od 1 stycznia 2021 do 31 grudnia 2021 r. (Dane - stan na dzień 12 maja 2022 r.).

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba jednostkowych opakowań leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zrefundowanych w okresie od 1 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r.
Dolnośląski	31 144 368
Kujawsko-Pomorski	24 072 327
Lubelski	23 457 577
Lubuski	10 217 157
Łódzki	30 316 530
Małopolski	35 701 606
Mazowiecki	60 115 636
Opolski	10 349 833
Podkarpacki	20 104 402
Podlaski	11 338 544
Pomorski	25 749 187
Śląski	51 019 529
Świętokrzyski	13 344 113
Warmińsko-Mazurski	14 880 203
Wielkopolski	39 798 070
Zachodniopomorski	19 100 558
Razem	420 709 640

Tabela nr IV.62. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych (w tys. opakowań) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w 2021 r. z podziałem na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w ujęciu miesięcznym (data generacji danych 12 maja 2022 r.).

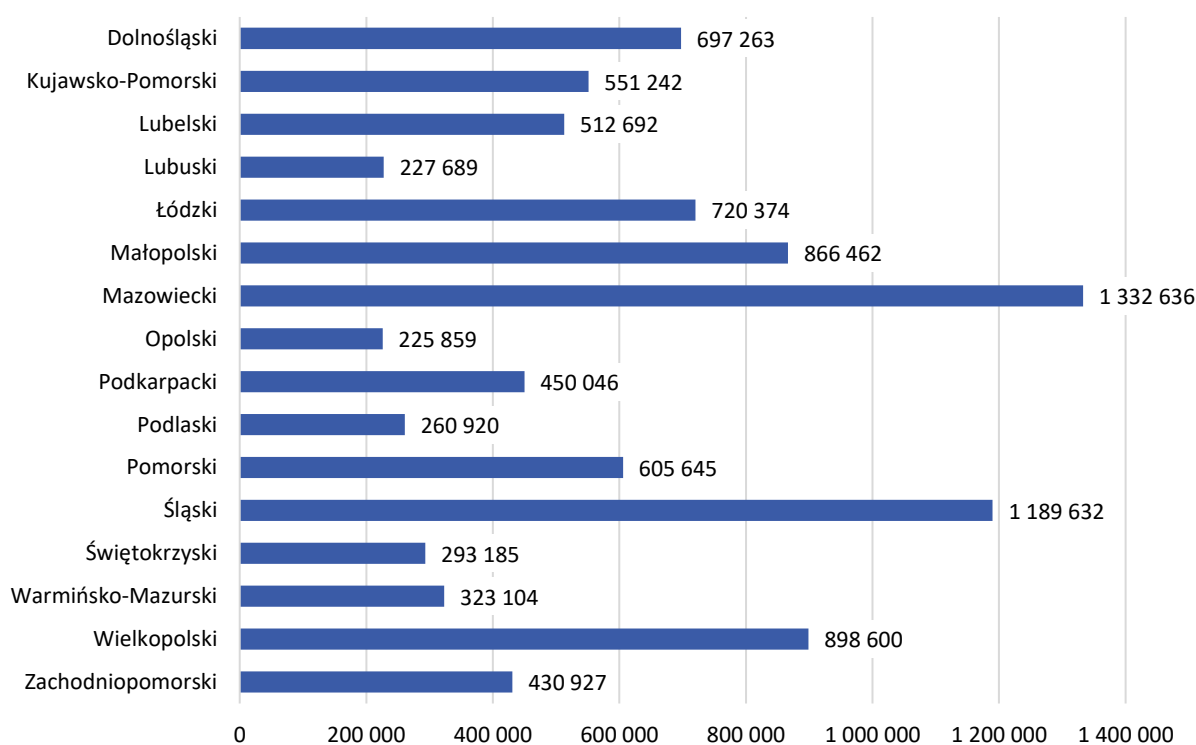
OW NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
Dolnośląski	2 424	2 371	2 776	2 634	2 463	2 580	2 583	2 431	2 665	2 708	2 703	2 808
Kujawsko-Pomorski	1 874	1 830	2 131	2 029	1 896	1 972	1 987	1 905	2 085	2 102	2 102	2 161
Lubelski	1 803	1 779	2 121	1 937	1 832	1 939	1 933	1 853	2 033	2 068	2 052	2 109
Lubuski	788	775	909	850	800	843	847	813	884	888	895	925
Łódzki	2 339	2 312	2 717	2 561	2 409	2 498	2 481	2 341	2 623	2 656	2 653	2 726
Małopolski	2 750	2 715	3 196	2 960	2 844	2 954	2 961	2 773	3 091	3 139	3 106	3 212
Mazowiecki	4 633	4 615	5 409	5 043	4 783	4 937	4 936	4 632	5 191	5 296	5 220	5 419
Opolski	796	786	936	865	817	861	852	817	893	898	907	921
Podkarpacki	1 514	1 508	1 814	1 656	1 582	1 651	1 642	1 583	1 753	1 788	1 782	1 832
Podlaski	867	871	1 028	933	885	931	938	911	986	986	989	1 013
Pomorski	1 985	1 952	2 268	2 159	2 040	2 146	2 135	2 045	2 232	2 256	2 220	2 312
Śląski	3 941	3 914	4 604	4 348	4 061	4 231	4 216	3 932	4 397	4 481	4 454	4 440
Świętokrzyski	1 024	1 015	1 196	1 099	1 046	1 094	1 109	1 062	1 165	1 163	1 167	1 204

OW NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
Warmińsko-Mazurski	1 163	1 124	1 321	1 239	1 168	1 233	1 231	1 194	1 301	1 295	1 290	1 321
Wielkopolski	3 031	3 017	3 559	3 346	3 126	3 274	3 270	3 108	3 441	3 513	3 487	3 627
Zachodniopomorski	1 497	1 440	1 690	1 597	1 507	1 589	1 603	1 541	1 648	1 660	1 646	1 682

### Wielkość refundacji

W 2021 roku płatnik na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wydatkował łącznie kwotę 9 586 277 tys. zł (razem z dotacją związaną z realizacją programów wynikających z art. 43a i 43b). W stosunku do 2020 roku nastąpił wzrost wartości refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych o 2,1%. Miesiącami o największej refundacji w 2021 roku były grudzień i marzec.

Wykres nr IV.6. Wartość refundacji leków w 2021 roku z podziałem na oddziały wojewódzkie NFZ (w tys. zł). Dane pochodzą z systemu SAS Centrali NFZ; stan na dzień 12 maja 2022 r.



Analiza wydatków na refundację leków w 2021 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ wykazała, że największy udział procentowy w ogólnej kwocie refundacji miał oddział mazowiecki z wynikiem 13,9% oraz oddział śląski z wynikiem 12,4%.

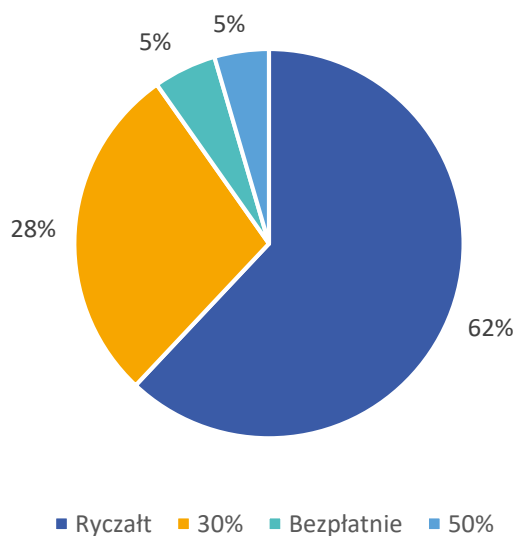
Tabela nr IV.63. Struktura wydatków na leki w 2021 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ, data generacji danych 12 maja 2022 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację).

Oddział wojewódzki	Kwota refundacji	Udział procentowy
Dolnośląski	697 263	7,3%
Kujawsko-Pomorski	551 242	5,8%
Lubelski	512 692	5,3%
Lubuski	225 859	2,4%
Łódzki	720 374	7,5%
Małopolski	866 462	9,0%
Mazowiecki	1 332 636	13,9%
Opolski	227 689	2,4%
Podkarpacki	450 046	4,7%
Podlaski	260 920	2,7%
Pomorski	605 645	6,3%
Śląski	1 189 632	12,4%
Świętokrzyski	293 185	3,1%
Warmińsko-Mazurski	323 104	3,4%
Wielkopolski	898 600	9,4%
Zachodniopomorski	430 927	4,5%

### Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2021 roku w podziale na rodzaje odpłatności (bezpłatne, 30%, 50% ryczałt) wykazała, że ponad połowa (62%) ogólnej kwoty refundacji wydatkowano dla pacjentów wnoszących opłatę ryczałtową, przeznaczono na ten cel 5 944 609,17 tys. zł.

Wykres nr IV.7. Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2020 roku w podziale na odpłatności, data generacji danych 12 maj 2022 r.



Kolejne grupy co do wartości wydatkowanych środków stanowią: leki wydawane za 30% odpłatnością - 28% (kwota refundacji 2 704 651,89 tys. zł); leki wydawane bezpłatnie - 5% (kwota refundacji 502 949,37 tys. zł); leki wydawane za 50% odpłatnością - 5% (kwota refundacji 434 066,22 tys. zł).

### Typy uprawnień

Poniżej przedstawiono analizę struktury wydatków na refundacje leków w podziale na uprawnienia dodatkowe pacjenta w 2021 r.

Tabela nr IV.64. Przedstawienie typów uprawnień dodatkowych pacjentów w podziale na odpłatności, data generacji danych 12 maja 2022 r. (kwoty zostały wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

Typ uprawnień dodatkowych	Kwota refundacji (tys. zł)	Udział procentowy
AZ - pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest. Przysługuje im bezpłatnie zaopatrzenie w leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbestcie.	9	0,0001%
BW - pacjenci którzy posiadają uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce ich zamieszkania.	215	0,002%
C - świadczeniobiorcy w okresie ciąży, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki zgodnie z art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach. Obowiązuje od 1 września 2020 r.	40 864	0,4%
CN - nieubezpieczone kobiety podczas ciąży, porodu lub połogu. Przysługuje im zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne związane z ciążą, porodem i położeniem.	213	0,002%
DN - osoby nieubezpieczone do ukończenia 18 roku życia.	55 872	0,6%
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.	97 939	1,0%
IN - pacjenci inni niż ubezpieczeni, którzy posiadają uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej.	3 155	0,03%
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.	687	0,01%
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.	81	0,001%
S - do otrzymania bezpłatnych leków uprawnieni są świadczeniobiorcy, którzy ukończyli 75 rok życia, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach). Obowiązuje od 1 września 2016 r.	1 912 884	20,0%
WE- weterani z uszczerbkiem zdrowia powyżej 30%	62	0,001%
WP - żołnierze zawodowi, o których mowa w przepisach ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, w trakcie szkoleń poligonowych i ćwiczeń wojskowych (rejsów, lotów)	7	0,0001%
X - Pacjent ubezpieczony, bez uprawnień dodatkowych	7 429 087	77,5%
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.	45 202	0,5%

## Grupy ATC

Największe wydatki związane były z refundacją leków z grup: leki stosowane w leczeniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego stanowiących 17,6% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego stanowiących 14,6% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i metabolicznych stanowiących 13,9% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń układu oddechowego stanowiących 12,3% ogólnej kwoty refundacji. Wymienione wyżej 4 grupy ATC generowały 58,4% wszystkich kosztów refundacji leków w 2021 roku.

Tabela nr IV.65. Struktura wydatków na leki w 2021 roku w podziale na Grupy ATC, data generacji danych 12 maja 2022 r. (kwoty zostały wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

Grupa ATC	Kwota refundacji	%
(c) układ sercowo naczyniowy	1 686 651	17,6%
(n) ośrodkowy układ nerwowy	1 400 672	14,6%
(a) przewód pokarmowy i metabolizm	1 330 927	13,9%
(r) układ oddechowy	1 175 657	12,3%
(b) krew i układ krwiotwórczy	655 643	6,8%
(v) varia	621 136	6,5%
(l) leki przeciwnowotworowe i immunomodulacyjne	485 711	5,1%
(g) układ moczowo-płciowy i hormony płciowe	382 827	4,0%
(j) leki stosowane w zakażeniach	232 911	2,4%
(m) układ mięśniowo-szkieletowy	208 958	2,2%
(s) narządy wzroku i słuchu	192 274	2,0%
(h) leki hormonalne do stosowania wewnętrznego	174 633	1,8%
(d) dermatologia	29 670	0,3%
(p) leki przeciwpasożytnicze, owadobójcze i repelenty	3 784	0,04%
Inne	1 004 823	10,5%

## Najczęściej refundowane substancje czynne

Tabela nr IV.66. 20 substancji czynnych generujących najwyższe koszty w 2021 roku wg nazw powszechnie stosowanych), data generacji danych 12 maja 2022 r. (kwoty zostały wyrażone w tys. zł i zawierają dotację budżetową na refundację leków).

Lp.	Substancje czynne	Kwota refundacji
1	Enoxaparinum natricum	389 146
2	Insulinum humanum	263 794
3	Metformini hydrochloridum	211 299
4	Olanzapinum	189 253
5	Atorvastatinum	185 464
6	Rosuvastatinum	179 273
7	Budesonidum	178 508
8	Tamsulosini hydrochloridum	159 143

Lp.	Substancje czynne	Kwota refundacji
9	Insulinum aspartum	154 525
10	Ramiprilum	149 690
11	Rivaroxabanum	142 849
12	Insulinum lisprum	132 001
13	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	125 960
14	Nebivololum	125 447
15	Finasteridum	110 147
16	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	107 855
17	Methotrexatum	105 801
18	Aripiprazolum	103 981
19	Amlodipinum	100 175
20	Telmisartanum	99 090
RAZEM		3 213 400

Struktura wydatków NFZ z tytułu refundacji leków pokazuje, że refundacja 20 pierwszych substancji pociąga za sobą 33,5% ogólnej kwoty refundacji. Wśród tych substancji, znajdują się leki stosowane w leczeniu między innymi: choroby zakrzepowo-zatorowej (Enoxaparinum, Natricum, Rivaroxabanum), cukrzycy (Metformini Hydrochloridum, Insulinum Humanum, Insulinum Aspartum, Insulinum Lisprum), chorób psychicznych, schizofrenii (Aripiprazolum, Olanzapinum), astmy oskrzelowej (Budesonidum, Budesonidum z Formoterolem, Fluticasoni Propionas z Salmeterolum), hipercholesterolemii (Atorvastatinum, Rosuvastatinum), chorób układu krążenia i nadciśnienia tętniczego (Nebivololum, Ramiprilum, Amlodipinum, Telmisartanum), przerostu gruczołu krokowego (Tamsulosini Hydrochloridum, Finasteridum), chorób autoimmunizacyjnych (Methotrexatum).

### Produkty handlowe

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

Tabela nr IV.67. Przedstawienie 20 produktów generujących największy koszt refundacji leków w 2021 roku, data generacji danych 12 maj 2021 r. (kwoty zostały wyrażone w tys. zł i zawierają dotację budżetową na refundację leków).

Lp.	Nazwa handlowa leku	Kwota refundacji
1	Neoparin	259 449
2	Contour Plus	135 005
3	Fostex	124 915
4	Clexane	117 546
5	Accu-Chek Performa Test Paskowy	94 058
6	Xarelto 20	88 145
7	Alvesco 160	80 719
8	Rispolept Consta	80 333
9	Atoris	75 608

Lp.	Nazwa handlowa leku	Kwota refundacji
10	Ins. Novorapid Penfill	72 329
11	Nebbud	71 512
12	Xeplion	68 481
13	Metex	68 103
14	Salmex	67 144
15	Milurit	66 941
16	Zypadhera	61 708
17	Symbicort Turbuhaler	61 514
18	Roswera	60 802
19	Ins. Novomix 30 Penfill	58 640
20	ASAMAX 500	57 671
RAZEM		1 770 622

Pierwsze pięć produktów z powyższej listy to następujące leki lub wyroby medyczne: Neoparin (Enoxaparinum natrium) - lek przeciwzakrzepowy w postaci ampułki - strzykawek; Contour plus - test paskowy stosowany do oznaczenia poziomu glukozy we krwi; Fostex (Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus) - lek stosowany w leczeniu astmy w postaci aerozolu wziewnego; Clexane (Enoxaparinum natrium) - lek przeciwzakrzepowy w postaci ampułki – strzykawek; Accu-check performa test paskowy - test paskowy stosowany do oznaczenia poziomu glukozy we krwi. Refundacja wymienionych powyżej 5 produktów pociąga za sobą 7,6% ogólnej kwoty refundacji.

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

Tabela nr IV.68. Wartość środków finansowych wykorzystanych w latach 2015-2021 przez świadczeniodawców na wzrost i wyrównanie wynagrodzeń oraz ich dynamika (w tys. zł).

Wyszczególnienie	IX-XII 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyków posiadających specjalizację	-	-	-	315 208,53	671 131,14	653 561,33	638 284,33
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	5 560 634,14
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego	-	-	-	67 603,77	90 612,09	123 063,81	114 938,08
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego	-	-	36 171,69	146 781,45	222 664,53	298 203,70	208 105,59
Wartość środków wykorzystanych na wyrównanie najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych przy udziale pracowników	-	-	-	-	-	-	1 548 061,22

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

W 2021 NFZ kontynuował przekazywanie świadczeniodawcom środków finansowych na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne, ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego oraz ratowników w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego. Jednocześnie w ślad za nowelizacją ustawy z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 830), wprowadzoną ustawą z dnia 28.05.2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 1104), Minister Zdrowia, rozporządzeniem z dnia 5.07.2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1235), dokonał dostosowania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do przepisów ustawy. Wprowadzone zmiany przepisów rozporządzenia zobowiązały Prezesa NFZ do określenia m.in. współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiocie leczniczym, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8.06.2017 r., w celu podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego tych pracowników, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem warunków określonych w ustawie.

W związku z tym:

- w zarządzeniu nr 122/2021/DEF z dnia 30.06.2021 r. w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych;
- w zarządzeniu nr 130/2021/DEF z dnia 9.07.2021 r. w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, a także lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację,

Prezes NFZ dokonał określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez te grupy osób. Łączna wartość wykorzystanych w 2021 roku przez świadczeniodawców środków uzyskanych od NFZ na ten cel wyniosła 8 070 023,36 tys. zł.



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

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

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

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

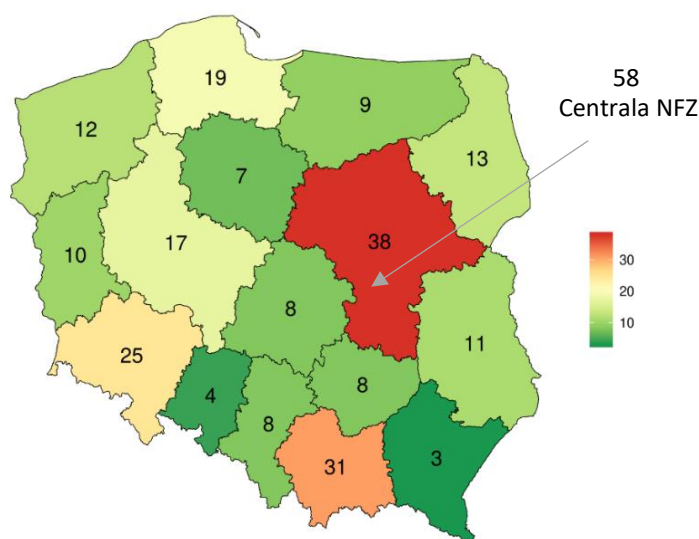
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 252);
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 249).

Wniosek o wydanie opinii, jest składany do Ministra Zdrowia lub Wojewody za pośrednictwem Systemu IOWISZ oraz w postaci papierowej lub elektronicznej (wraz z załącznikami) opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem elektronicznym potwierdzonym profilem zaufanym e-PUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Minister Zdrowia oraz wojewodowie wydają opinię w terminie 45 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku, w tym Prezes NFZ/Dyrektor OW NFZ wydaje opinię na temat wniosku maksymalnie w terminie do 14 dni kalendarzowych, od dnia przekazania za pośrednictwem Systemu IOWISZ, wniosku przez MZ/UW po ówczesnym sprawdzeniu i zaakceptowaniu wniosku pod kątem formalnym.

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

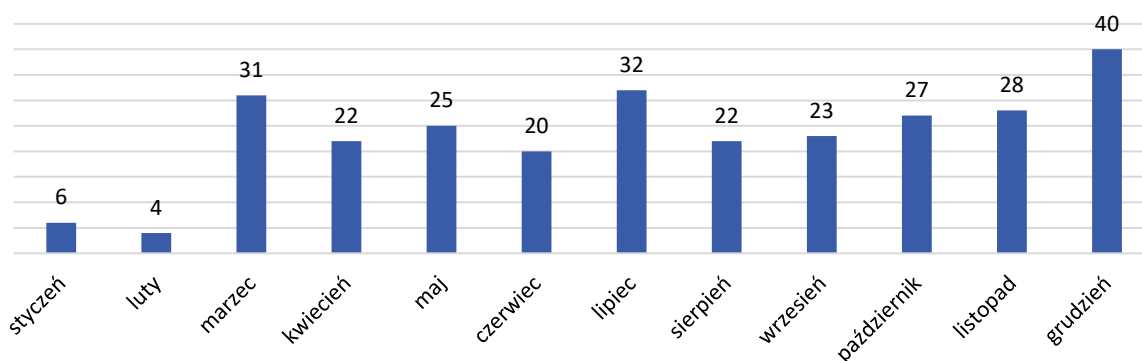
W 2021 roku w NFZ oceniono 280 wniosków inwestycyjnych w systemie IOWISZ. Najwięcej wniosków zaopiniowała Centrala NFZ (58) a najmniej Podkarpacki OW NFZ (3). W Funduszu opiniowanie jednego wniosku wynosiło średnio, niecałe 12 dni kalendarzowych.

Wykres nr IV.8. Liczba ocenionych wniosków IOWISZ w 2021 roku w podziale na OW NFZ i Centralę NFZ.



W porównaniu do 2020 roku zauważalny jest wzrost o blisko 23% złożonych wniosków. Może to być spowodowane m.in. potrzebami modernizacji starzejącej się infrastruktury podmiotów, zakupu nowszego lub wymiany zużytego sprzętu medycznego. Prawdopodobnie duży wpływ na wzrost wniosków miała również sytuacja z pojawieniem się pandemii COVID-19, co mogło z jednej strony wynikać z pojawienia się zwiększonych potrzeb zdrowotnych, a z drugiej wprowadzenia ułatwień w prowadzeniu i finansowaniu inwestycji związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem pandemii.

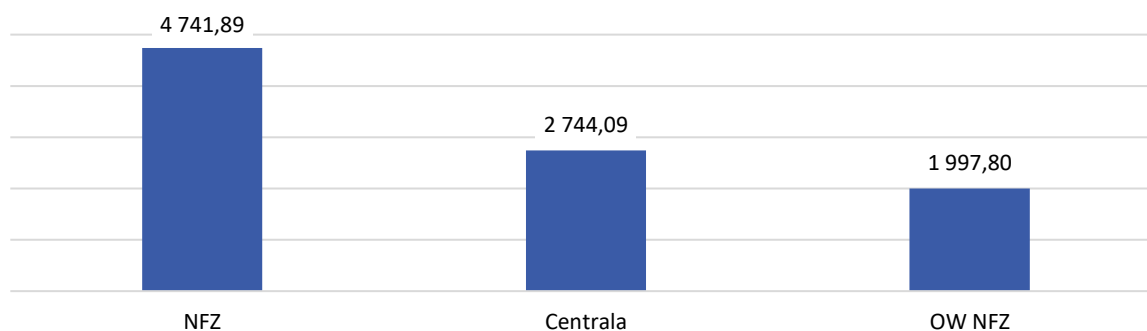
Wykres nr IV.9. Liczba wniosków, które wpłynęły w 2021 roku do NFZ w podziale na miesiące.



Najwięcej wniosków (40) zostało złożonych w grudniu co stanowi 14% wszystkich wniosków. Na początku roku tj. styczniu i lutym złożono natomiast najmniej wniosków - odpowiednio 6 (2%) oraz 4 (1%).

Łączna kwota inwestycji z wniosków IOWISZ w 2021 roku ocenianych przez Centralę NFZ oraz OW NFZ wyniosła 4 741,89 mln zł, a średnia kwota inwestycji w Centrali NFZ wyniosła 47,31 mln zł, natomiast w OW NFZ 9 mln zł.

Wykres nr IV.10. Łączna kwota inwestycji wynikająca z wniosków IOWISZ w 2021 roku [w mln zł].



W 2021 roku 152 wniosków miało wpływ na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast 128 wniosków pozostało bez takiego wpływu. Warty podkreślenia jest fakt, że tylko w Podkarpackim OW NFZ wszystkie oceniane inwestycje dotyczyły wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Nowelizacja w 2021 roku ustawy o świadczeniach, która utworzyła Komisję Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Do zadań Komisji należy wydawanie opinii w przedmiocie oceny wniosku w momencie kiedy jego wartość przekracza 50 mln zł, po uprzedniej analizie i ocenie przez Centralę NFZ.

W 2021 roku wpłynęło 14 takich wniosków, ale warty podkreślenia jest fakt, że część wniosków składana była na kwotę zbliżoną do 50 mln zł (nieco niższą) i ocenie Komisji nie podlegała.

## **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, przygotowywanie roszczeń za świadczenia udzielone na terytorium Polski osobom uprawnionym z innych państw członkowskich oraz weryfikacja zasadności roszczeń za świadczenie udzielone polskim ubezpieczonym w innych państwach członkowskich.

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

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

- nadzór nad procesem refundacji kosztów świadczeń na podstawie art. 25 rozporządzenia wykonawczego nr 987/2009 przez oddziały wojewódzkie Funduszu, w tym dokonywanie merytorycznej kontroli not księgowych i not korygujących do not księgowych wystawionych przez oddziały wojewódzkie, oraz prowadzenie spraw w tym zakresie,
- udział w procesie tworzenia rezerw na potrzeby obsługi roszczeń przedstawianych przez inne państwa członkowskie UE/EFTA,
- realizacja przepisów o wzajemnej pomocy w odzyskiwaniu należności powstałych na podstawie przepisów o koordynacji,
- uczestnictwo w pracach Komisji Europejskiej, w szczególności Komisji Administracyjnej i Komisji Obrachunkowej EU,
- 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 2021 r. wydano łącznie 1 780 729 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co stanowi spadek w stosunku do porównywanego okresu roku poprzedniego o 31,87%. W strukturze rodzajowej 98,81% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła EKUZ. Oddziałem, który w 2021 r. wydał największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń był oddział mazowiecki (15,48%).

Tabela nr V.1. Liczba zaświadczeń wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2021 r. w podziale na wydające oddziały wojewódzkie NFZ oraz rodzaje dokumentów.

Oddział wojewódzki	EKUZ	Certyfikat	S1	S2	S3	DA1	ŁĄCZNIE
Dolnośląski	155 055	1 749	481	6	0	38	157 329
Kujawsko-Pomorski	79 868	881	133	3	0	70	80 955
Lubelski	69 053	631	109	2	0	70	69 865
Lubuski	48 246	625	22	3	0	46	48 942
Łódzki	97 537	1 576	114	2	0	29	99 258
Małopolski	175 731	1 082	266	1	0	150	177 230
Mazowiecki	272 370	1 553	1 699	10	0	68	275 700
Opolski	49 059	530	135	2	0	37	49 763
Podkarpacki	82 075	768	110	6	0	93	83 052
Podlaski	38 306	237	47	5	0	22	38 617
Pomorski	114 302	815	309	5	0	75	115 506
Śląski	236 498	1 892	471	5	0	94	238 960
Świętokrzyski	44 569	654	74	4	0	78	45 379
Warmińsko-Mazurski	48 916	625	41	2	0	15	49 599
Wielkopolski	175 889	939	184	10	0	62	177 084
Zachodniopomorski	72 107	1 015	306	1	0	61	73 490
RAZEM	1 759 581	15 572	4 501	67	0	1 008	1 780 729

### Rozliczanie kosztów świadczeń za ubezpieczonych i uprawnionych

W 2021 r. do Centrali Funduszu wpłynęło 655 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 654 614,92 tys. zł<sup>13</sup>. Wartość ta obejmuje również kwoty wynikające z 271 pism zawierających odstąpienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz 252 not korygujących. Roszczenia przedstawione zostały przez 31 państw członkowskich UE/EFTA na 142 600 formularzach rozliczeniowych E 125. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o ponad 8,49%, przy jednoczesnym spadku liczby załączonych do not formularzy o 4,39%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 73,31% i obejmowały 70,75% 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 2021 r. płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 531 296,58 tys. zł<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 254/A/NBP/2021 z dnia 31 grudnia 2021 r.

<sup>14</sup> Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 63,91% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec.

Tabela nr V.2. Struktura roszczeń w oparciu o koszty rzeczywiste w 2021 r. zgłoszonych przez państwa członkowskie.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	100 888	479 879,05
Francja	3 651	40 852,94
Austria	6 683	24 168,77
Holandia	1 948	17 340,51
Szwecja	2 158	16 554,39
Wielka Brytania	1 866	14 559,34
Belgia	7 067	12 792,42
Hiszpania	3 155	9 026,12
Szwajcaria	2 023	8 725,81
Włochy	2 012	6 542,62
Czechy	3 253	4 680,25
Norwegia	137	4 545,37
Słowacja	1 416	2 524,32
Luksemburg	207	2 147,37
Finlandia	459	1 565,26
Dania	208	1 530,98
Grecja	274	1 451,20
Islandia	261	1 167,33
Irlandia	884	1 086,92
Chorwacja	1 687	914,13
Węgry	393	591,59
Portugalia	755	505,19
Słowenia	214	344,92
Litwa	311	340,64
Łotwa	110	165,98
Bułgaria	78	156,60
Malta	74	137,54
Estonia	109	134,30
Rumunia	293	99,99
Liechtenstein	19	51,19
Cypr	7	31,86
Ogółem	142 600	654 614,92

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 2021 r. 10 057,64 tys. zł<sup>15</sup>, co stanowiło 1,51% 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 2021 r., osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 367 491,03 tys. zł. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 1 325 896 formularzach, z czego 55,31% formularzy skierowane zostało do instytucji niemieckich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 51,72% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących 2021 r. Liczba formularzy E 125 wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2021 roku w porównaniu z 2020 rokiem wzrosła o 23,32%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 4,72%.

Tabela nr V.3. Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz w oparciu o koszty rzeczywiste za 2021 r. wg państw członkowskich (bez uwzględnienia formularzy korygujących).

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	733 300	190 077,61
Norwegia	184 586	44 012,63
Holandia	82 812	25 185,55
Wielka Brytania	46 976	23 058,67
Czechy	76 302	19 867,24
Dania	63 590	12 576,56
Austria	38 602	11 945,51
Szwecja	18 107	6 515,16
Belgia	18 878	6 265,89
Irlandia	11 151	5 476,32
Włochy	10 376	5 286,03
Francja	9 530	4 941,34
Luksemburg	10 739	2 421,35
Słowacja	2 531	1 865,85
Szwajcaria	5 334	1 465,88
Hiszpania	3 070	1 428,47
Litwa	1 201	952,30
Islandia	1 960	777,32

<sup>15</sup> Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 254/A/NBP/2021 z dnia 31 grudnia 2021 roku.



Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Łotwa	265	651,67
Bułgaria	750	647,03
Finlandia	2 274	632,78
Grecja	683	398,34
Węgry	486	199,53
Malta	552	193,14
Rumunia	357	178,35
Chorwacja	272	123,82
Portugalia	254	104,47
Słowenia	238	85,30
Cypr	299	67,32
Estonia	203	51,99
Liechtenstein	218	37,62
Ogółem	1 325 896	367 491,03

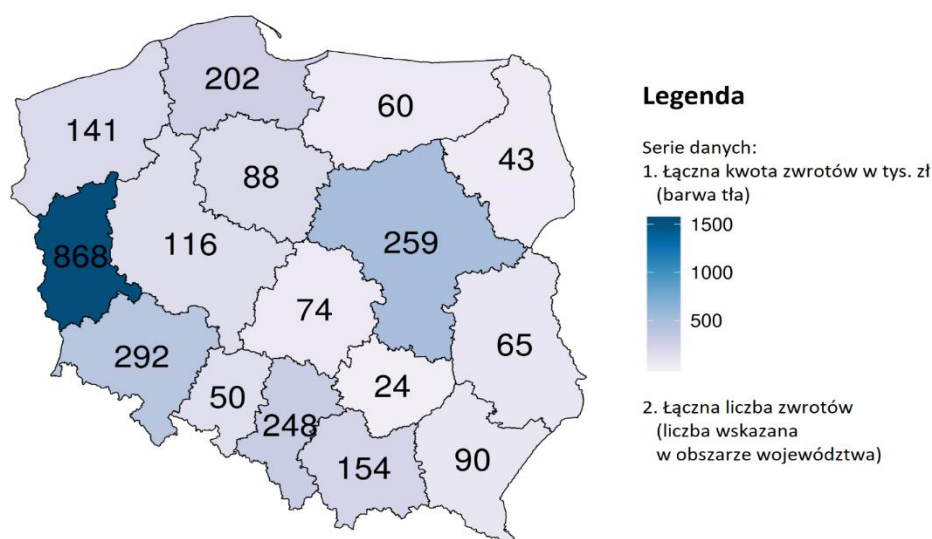
W 2021 r. państwa członkowskie UE/EFTA uregulowały przedstawione przez Polskę roszczenia rozliczane na formularzach służących do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, związane z udzieleniem świadczeń osobom uprawnionym podczas ich pobytu na terenie RP, w kwocie łącznej w wysokości 276 244,78 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (47,34% łącznej kwoty) oraz instytucje norweskie (15,20% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 248 180,07 tys. zł. Zgodnie z informacjami zgromadzonymi w systemie dziedzinowym, w 2021 r. osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 3 456 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 7 898,49 tys. zł<sup>16</sup>. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 2 774 osoby ubezpieczone w wysokości łącznej 4 278,86 tys. zł. W 2021 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL i ich odpowiedników elektronicznych była niższa o 18,28%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była wyższa o 4,07%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń także była niższa o 25,57%, a kwota dokonanych wypłat była niższa o 16,47%. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w 2021 r. wypłacił oddział lubuski, który dokonał wypłat 868 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 1 537,76 tys. zł, co stanowiło 35,94% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 31,29% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Zwiększenie liczby rozpatrywanych wniosków i dokonywanych wypłat wynika z powołania Centrum Usług

<sup>16</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.

Wspólnych w Gorzowie Wielkopolskim, którego zadaniem jest przejęcie obsługi wniosków o zwrot z wszystkich pozostałych oddziałów wojewódzkich NFZ.

Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2021 r. zwrot poniesionych kosztów świadczeń 54,25% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku poprzednim było to 50,15%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1 505 osób na terenie Niemiec stanowił 63,07% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2021 roku.

Wykres nr V.1. Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2021 r. za świadczenia udzielone na podstawie przepisów o koordynacji - wg oddziałów wojewódzkich Funduszu.



W 2021 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 23,32% i wyniosła 367 491,03 tys. zł. Natomiast wartość przedstawionych Polsce roszczeń przez inne państwa członkowskie UE/EFTA wyniosła 654 614,92 tys. zł, co oznacza wzrost o 8,49%, zaś liczba załączonych do not formularzy spadła o 4,39%. W 2021 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wydały o 31,87% więcej zaświadczeń uprawniających osoby ubezpieczone do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA niż w roku poprzednim. W 2021 roku liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art.42b ustawy o świadczeniach była nieznacznie wyższa (o 1,91%) w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Ogółem w 2021 roku do Funduszu wpłynęło 9 349 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 27 160,13 tys. zł. Prawie 82% łącznej liczby wniosków zostało złożonych w pięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu, tj.: śląskim (36,56%), mazowieckim (13,84%), małopolskim (13,61%), dolnośląskim (10,85%) oraz opolskim (6,96%). Zarówno w przypadku łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty, jak i kwoty dokonanych wypłat nastąpił znaczny spadek w porównaniu do 2020 roku, odpowiednio o 6,91%, oraz 2,90%. 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 90,73% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 88,02% wartości wypłaconych kwot ogółem. 87,05% dokonanych w 2021 roku zwrotów kosztów dotyczyło świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały. W przypadku 69,83% wniosków zwrot kosztów został dokonany za świadczenia usunięcia ząbów. W 2021 roku zakończono modyfikacje oprogramowania wykorzystywanego w Centrum Usług Wspólnych w Chełmie do obsługi składanych elektronicznie wniosków o wydanie kart EKUZ. W efekcie znacznemu skróceniu uległ czas obsługi wniosku. Dodatkowo system informatyczny zintegrowany został z urządzeniem drukująco-kopertującym, za pomocą którego przygotowywane są kompletne przesyłki zawierające karty EKUZ oraz z usługą elektronicznego nadawcy udostępnianą przez Poczta Polska, co pozwoliło maksymalnie skrócić czas potrzebny na wysyłkę. Integracja ta pozwoliła także na udostępnienie wnioskodawcom mechanizmu Poczty Polskiej służącego do śledzenia przesyłek, co w połączeniu z informacjami przesyłanymi przez Centrum na kolejnych etapach obsługi wniosku, daje osobie wnioskującej wiedzę o tym, na jakim etapie obsługi znajduje się złożony wniosek. We wrześniu 2021, z uwagi na malejącą liczbę wniosków o EKUZ przesyłanych mailem oraz zakończenie modyfikacji oprogramowania wykorzystywanego w Centrum Usług Wspólnych w Chełmie podjęta została decyzja o rezygnacji z tej formy przyjmowania wniosków. Obecnie, poza możliwością złożenia wniosku osobiście w oddziale wojewódzkim, do dyspozycji osób ubiegających się o kartę pozostaje możliwość złożenia wniosku za pośrednictwem ePUAP oraz IKP. Zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 29.12.2020 r., od 1.01.2021 r. w Lubuskim OW NFZ utworzone zostało Centrum Usług Wspólnych (CUW) z siedzibą w Gorzowie Wielkopolskim. Przejęcie przez CUW, w skali całego kraju, zadania weryfikacji zasadności roszczenia innego państwa UE/EFTA za leczenie osoby ubezpieczonej na jego terenie lub roszczenia osoby ubezpieczonej za poniesione przez nią wydatki na leczenie za granicą, pozwoli przede wszystkim na ujednoczenie zasad obsługi dokumentacji rozliczeniowej papierowej i elektronicznej, poprawę jakości przesyłanych odpowiedzi oraz ograniczenie ryzyka nieterminowego przekazywania przez OW stanowiska do roszczenia. Dodatkowo, oznaczać będzie powstanie jednego punktu składania wniosków dla ubezpieczonych o zwrot poniesionych kosztów leczenia za granicą – w zakresie obsługi E126/S067. Znaczący wzrost pozytywnych decyzji Prezesa NFZ dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych skutkowało ponad 4-krotnym wzrostem szacunkowych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej – w tym w szczególności za wysokokosztowe świadczenia w zakresie kardiologii – na realizację których Prezes NFZ wyraził zgodę w 2021 r. W 2021 r. szacunkowy koszt zgód wyniósł 47 140,57 tys. zł, co stanowi 339% szacunkowych kosztów z 2020 r. (10 744,56 tys. zł).

## **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

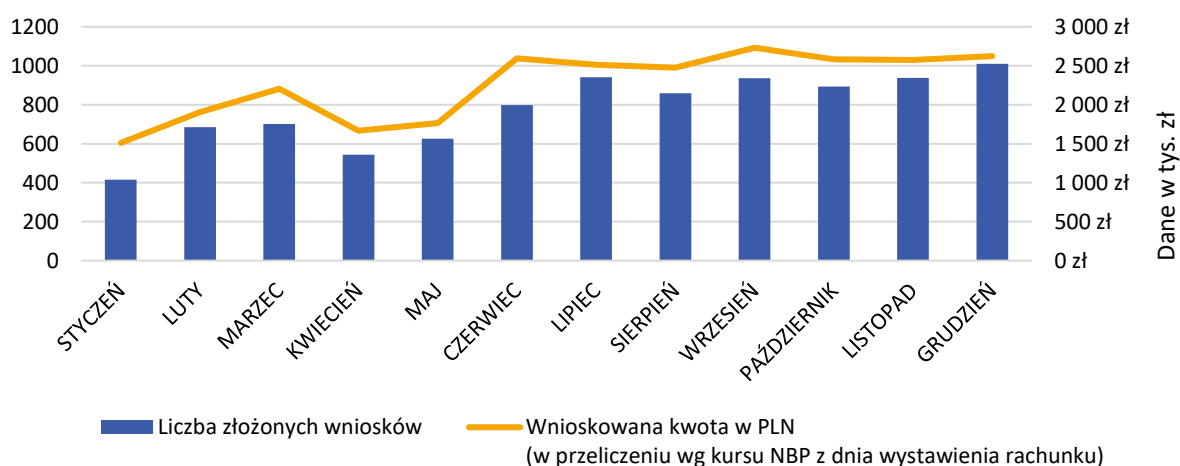
innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1491) i weszły w życie z dniem 15 listopada 2014 r. Przedmiotowe przepisy zapewniły polskim świadczeniobiorcom prawo do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terenie innych państw członkowskich 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. 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 2021 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożonych zostało łącznie 9 349 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 27 160,13 tys. zł. W 2021 r., w porównaniu do 2020 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów była wyższa o 1,91%, natomiast łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków była wyższa o 17,01%. Jednocześnie 86,74%

liczby wniosków złożonych w Funduszu w 2021 r. ogółem oraz 77,77% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Na poniższym wykresie zaprezentowano liczbę oraz kwotę składanych wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w poszczególnych miesiącach w 2021 r. Można zauważyć nieznaczny spadek liczby składanych wniosków w pierwszej połowie roku, na co niewątpliwie miał wpływ wzrost liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2 na terenie RP oraz związana z tym 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 2021 r. w poszczególnych miesiącach oraz kwota wnioskowana do zwrotu.



Zgodnie z art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach, zwrot kosztów dokonywany jest w terminie 7 dni od dnia powzięcia wiadomości o tym, że decyzja w sprawie zwrotu kosztów stała się ostateczna. W 2021 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 9 126 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 17 państw członkowskich UE lub EOG. Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wyniosła 19 713,44 tys. zł w 2021 r., w porównaniu do 2020 r. liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były niższe odpowiednio o 6,91% i 2,90%. Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek złożony w oddziale wojewódzkim Funduszu, wyniosła 2,16 tys. zł. W 2021 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 56 083 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych łącznie na 9 126 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. Dane dotyczące wartości dokonanych przez Fundusz zwrotów kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w podziale na rodzaj świadczenia przedstawione zostały w poniższej tabeli. Uwzględniono w niej tylko te rodzaje świadczeń, w przypadku których przyznany został zwrot kosztów.

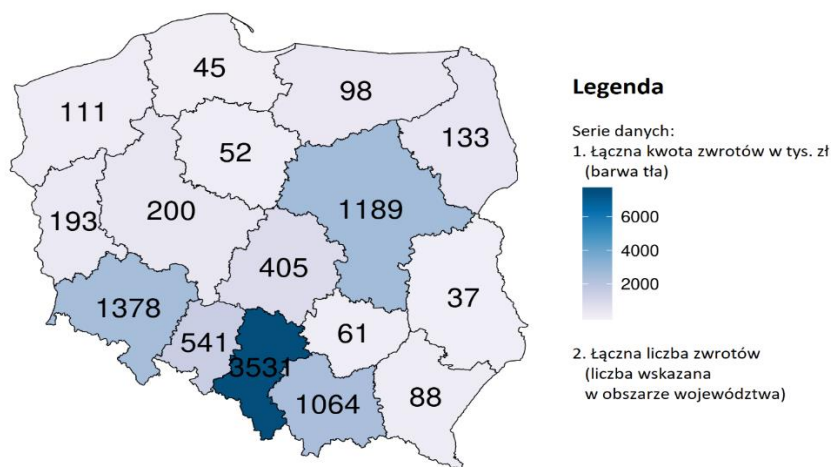
Tabela V.4. Liczba i wartość świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty w 2021 r. – wg rodzaju świadczeń

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń	Łączna kwota zwrotów w tys. zł
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	465	37,97
leczenie stomatologiczne	39 457	2361,85
leczenie szpitalne	15 828	17 161,15
lecznictwo uzdrowiskowe	20	2,09
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	11	1,53
podstawowa opieka zdrowotna	19	1,10
ratownictwo medyczne	1	1,07
refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	139	8,22
rehabilitacja lecznicza	35	0,98
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1	4,50
zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy	107	132,99
łącznie	56 083	19 713,44

W przypadku świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego Fundusz przyznał najwyższy zwrot kosztów za 6 414 zabiegów usunięcia zaćmy, które były wykazane na 6 373 wnioskach o zwrot kosztów na łączną kwotę 12 762,93 tys. zł. Dodatkowo 7 767 świadczeń na łączną kwotę 1 786,55 tys. zł dotyczyło kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy lub kontroli po nim.

Największa liczba wypłat w 2021 r. została dokonana przez Śląski OW NFZ, który dokonał zwrotu w stosunku do 3 531 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 7 553,76 tys. zł. Kwota ta stanowiła 38,32% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz.

Wykres nr V.3. Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2021 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 2021 r. wynikały

z funkcjonowania na rynku firm pośredniczących, które organizują dla polskich świadczeniobiorców wyjazdy na leczenie do placówek medycznych działających na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG. Wątpliwości budziła kwestia zasadności kierowania pacjentów na zabiegi przez pośredników, dla których prowadzona działalność miała głównie charakter zarobkowy, w tym kierowania na zabiegi, które w opinii Funduszu mogły być dla pacjenta nadmiarowe i obciążone 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 danych zaprezentowanych za 2021 rok widać wpływ trwającej w tym okresie sytuacji epidemicznej (pandemia wirusa SARS-CoV-2) i związanych z nią ograniczonych możliwości przemieszczania się ludności w kraju i za granicą, co znalazło odzwierciedlenie w utrzymującej się tendencji spadkowej z 2020 roku w porównaniu do lat wcześniejszych w zakresie liczby złożonych wniosków o zwrot kosztów, mimo nieznacznego wzrostu jaki nastąpił w tym obszarze w 2021 roku. Mimo powyższego, zadania, które zostały nałożone na NFZ wraz z wejściem w życie przepisów implementujących dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE, tj. rozpatrywanie wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach oraz wydawanie decyzji administracyjnych zgodnie z art. 42d ww. ustawy, realizowane były w 2021 r. przez Fundusz na bieżąco. Prawie 99% zakończonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zwrotu kosztów zakończyło się w 2021 r. wydaniem decyzji pozytywnych w sprawie zwrotu kosztów.

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

W 2021 r. do Funduszu wpłynęło 9 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (art. 42i ustawy o świadczeniach).

Spśród ww. wniosków 8 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym wezwano strony celem usunięcia braków formalnych wniosku. Żaden z tych wniosków nie wpłynął ponownie. W przypadku 1 wniosku, który spełniał wymogi formalne, zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Procedura rozpatrywania tego wniosku została zakończona wydaniem decyzji odmownej – ze względu na ustalenie możliwości leczenia na terenie kraju w terminie niezbędnym dla stanu zdrowia pacjenta. W analogicznym okresie roku ubiegłego (2020 r.) do Prezesa NFZ wpłynęło 6 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, z czego: 5 wniosków pozostawiono bez rozpoznania ze względu na nieusunięcie braków formalnych, 1 wniosek stanowił podstawę do wydania przez Prezesa NFZ zgody do przeprowadzenia 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 UE 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 2021 r. oraz 2020 r. wydano po 1 decyzji.

W 2021 r. po rozpatrzeniu wniosku, którego podstawę prawną stanowiły przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego – Prezes NFZ wydał decyzję dotyczącą odmowy skierowania wnioskodawcy do przeprowadzenia leczenia planowanego, natomiast w 2020 r., na podstawie ww. przepisów, Prezes NFZ wyraził zgodę na skierowanie wnioskodawcy do przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju. Obie ww. decyzje dotyczyły leczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Liczba decyzji wydanych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2021 r. – analogicznie do 2020 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 2021 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 48 decyzji dotyczących pokrycia kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju – w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w tym: 46 decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów ww. transportu (95,83%), 2 decyzje odmowne (4,17%). Natomiast w 2020 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 46 decyzji w sprawie wniosków o wyrażenie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w tym: 44 decyzje wyrażające zgodę na pokrycie kosztów ww. transportu (95,65%), 2 decyzje odmowne (4,35%). Powyższe dane oznaczają nieznaczny wzrost liczby wydanych w 2021 r. decyzji, których podstawę prawną stanowił art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2020 roku. W 2021 r. zrealizowanych i rozliczonych zostało 46 transportów do miejsca leczenia w kraju na podstawie decyzji wydanych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach. Łączny koszt ww. transportów wyniósł 622,38 tys. zł. 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 transportów zrealizowanych i rozliczonych w 2020 r. wyniósł 472,5 tys. zł. Oznacza to, że liczba transportów zrealizowanych w 2021 r. wzrosła w stosunku do 2020 r. o 12,2% z jednoczesnym wzrostem ich kosztu o 31,72%. Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach w 2021 r. prowadzona była na bieżąco. W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2021 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 2021 r. Prezes NFZ wydał 98 decyzji dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ustawy o świadczeniach), w tym:



85 zgód, co stanowi 86,73% wszystkich wydanych decyzji, 8 odmów, co stanowi 8,16% wszystkich wydanych decyzji, 5 umorzeń, co stanowi 5,1% wszystkich wydanych decyzji. W 2020 r. Prezes NFZ wydał 71 decyzji dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 65 zgód, co stanowi 91,55% wszystkich wydanych decyzji, 4 odmowy, co stanowi 5,63% wszystkich wydanych decyzji, 2 umorzenia, co stanowi 2,82% wszystkich wydanych decyzji.

Porównując powyższe dane można zaobserwować wzrost liczby decyzji wydanych w 2021 r. o 38% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2020 r., przy czym: liczba zgód wydanych w 2021 r. w stosunku do liczby zgód wydanych w 2020 r. wzrosła o 30,8%, liczba odmów wydanych w 2021 r. w stosunku do liczby odmów wydanych w 2020 r. wzrosła o 100%, liczba umorzeń wydanych w 2021 r. w stosunku do liczby umorzeń wydanych w 2020 r. wzrosła o 150%. W 2021 r. największa liczba zgód dotyczyła leczenia lub badań diagnostycznych w Niemczech (43,5%) oraz w USA (21,2%). Również w 2020 r. pierwszym państwem pod względem liczby zgód były Niemcy (43%), jednak drugim pod względem liczby zgód krajem była Wielka Brytania (13,8%). W 2021 r., w porównaniu do 2020 r., największa liczba zgód Prezesa NFZ dotyczyła przeprowadzenia świadczeń z zakresu: genetyki klinicznej – 22,36% (2021 r.), 30,7% (2020 r.); kardiologii – 17,65% (2021 r.), 6,15% (2020 r.). Należy nadmienić, że w 2021 r. wszystkie decyzje kierujące do przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju w dziedzinie kardiologii dotyczyły pacjentów pediatrycznych. Świadczenia z dziedziny genetyki klinicznej nadal stanowią najwyższy odsetek pozytywnych decyzji Prezesa NFZ, lecz odsetek ten w 2021 r. się zmniejszył. Jednocześnie nastąpił znaczący wzrost pozytywnych decyzji w zakresie kardiologii, z 4 decyzji wydanych w 2020 r., do 15 w 2021 r., co stanowi wzrost o 275%. Wskazać należy, że w związku z większą ogólną liczbą decyzji wydanych w 2021 r. w porównaniu do 2020 roku, zwiększyła się liczba decyzji pozytywnych. W 2021 r. szacunkowy koszt zgód wyniósł 47 140,57 tys. zł, co stanowi 339% szacunkowych kosztów z 2020 r. (10 744,56 tys. zł). W 2021 r. Prezes NFZ wydał 34 decyzje wyrażające zgodę na pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 42j ust. 2 ustawy o świadczeniach, natomiast w 2020 r. Prezes NFZ wydał 33 decyzje pozytywne w ww. zakresie. Powyższe oznacza nieznaczny – 3-procentowy – wzrost liczby decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu w stosunku do 2020 r. Mimo znaczącego wzrostu ogólnej liczby wydanych decyzji kierujących do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, liczba decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu pozostaje na porównywalnym poziomie. Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach w 2021 r. prowadzona była na bieżąco. W 2021 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 2020 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 o świadczeniach, tj.:

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

Osoby, które określa się mianem ubezpieczonych było 34 202 895, tj. mają w CWU status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek). W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych, 34 180 107 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 22 788 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 455 318 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 724 789 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 16 843 osób, ze zgłoszonymi 5 945 członkami rodziny.

Tabela nr V.6. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie - wg stanu na koniec 2021 roku.

l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	Ogółem	34 180 107	26 455 318	7 724 789	22 788	16 843	5 945	34 202 895
1	Dolnośląski	2 571 243	2 035 790	535 453	1 808	1 425	383	2 573 051
2	Kujawsko-Pomorski	1 788 348	1 392 710	395 638	944	745	199	1 789 292
3	Lubelski	1 843 579	1 425 345	418 234	834	760	74	1 844 413
4	Lubuski	877 841	686 398	191 443	380	237	143	878 221
5	Łódzki	2 238 837	1 781 289	457 548	708	574	134	2 239 545
6	Małopolski	3 088 518	2 340 042	748 476	2 408	1 861	547	3 090 926
7	Mazowiecki	5 120 094	3 956 227	1 163 867	5 327	4 008	1 319	5 125 421
8	Opolski	810 334	636 473	173 861	248	193	55	810 582
9	Podkarpacki	1 833 021	1 375 850	457 171	593	551	42	1 833 614
10	Podlaski	1 018 794	779 306	239 488	419	293	126	1 019 213
11	Pomorski	2 085 434	1 579 317	506 117	3 309	1 972	1 337	2 088 743
12	Śląski	3 991 093	3 086 821	904 272	1 501	1 157	344	3 992 594

Lp.	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	
13	Świętokrzyski	1 062 705	832 570	230 135	159	121	38	1 062 864
14	Warmińsko-Mazurski	1 180 107	911 346	268 761	334	210	124	1 180 441
15	Wielkopolski	3 233 998	2 505 936	728 062	2 074	1 723	351	3 236 072
16	Zachodniopomorski	1 436 161	1 129 898	306 263	1 742	1 013	729	1 437 903

Na koniec 2020 r., 34 052 570 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, 34 029 227 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 23 343 osób ubezpieczonych dobrowolnie. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 302 774 osoby, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 726 453 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 16 882 osób, ze zgłoszonymi 6 461 członkami rodziny.

Tabela nr V.7. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2020 r.

Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	Ogółem	34 029 227	26 302 774	7 726 453	23 343	16 882	6 461	34 052 570
0	Nieokreślony	1 430 778	1 121 250	309 528	1 896	1 078	818	1 432 674
1	Dolnośląski	4 960	4 855	105	2	2	0	4 962
2	Kujawsko-Pomorski	2 543 504	2 012 117	531 387	1 919	1 510	409	2 545 423
3	Lubelski	1 792 540	1 393 542	398 998	917	706	211	1 793 457
4	Lubuski	1 852 908	1 429 558	423 350	713	584	129	1 853 621
5	Łódzki	873 609	679 084	194 525	395	238	157	874 004
6	Małopolski	2 235 049	1 777 330	457 719	738	565	173	2 235 787
7	Mazowiecki	3 062 099	2 315 625	746 474	2 400	1 848	552	3 064 499
8	Opolski	5 047 320	3 904 532	1 142 788	5 837	4 384	1 453	5 053 157
9	Podkarpacki	811 258	635 503	175 755	269	213	56	811 527
10	Podlaski	1 835 509	1 375 458	460 051	696	648	48	1 836 205
11	Pomorski	1 016 794	777 390	239 404	383	269	114	1 017 177
12	Śląski	2 060 702	1 557 215	503 487	3 346	1 901	1 445	2 064 048
13	Świętokrzyski	4 003 182	3 087 274	915 908	1 544	1 147	397	4 004 726
14	Warmińsko-Mazurski	1 071 536	837 709	233 827	157	118	39	1 071 693
15	Wielkopolski	1 185 087	913 682	271 405	276	174	102	1 185 363
16	Zachodniopomorski	3 202 392	2 480 650	721 742	1 855	1 497	358	3 204 247

Dla prawidłowej interpretacji danych konieczne jest uwzględnienie informacji, że statusy w CWU to opis umożliwiający sprawne odczytanie danych na podstawie przetwarzanych informacji<sup>17</sup>. Należy zaznaczyć, że dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, KPRM), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji aktualizuje dane statystyczne.

W poniższej tabeli przedstawione są dane dotyczące obowiązujących w okresie. 54 ustawy, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, wydawana na okres 3 miesięcy. Dane są wprowadzane do systemu, jeżeli w decyzjach, które wpływają sprawozdawczym uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, które wydano na podstawie decyzji wydawanych zgodnie z art do NFZ są wpisane dane, w tym informacja o obywatelstwie i statusie uchodźcy. Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych na podstawie decyzji z art. 54 ustawy, w 2021 r. wydano 879 decyzji więcej niż w 2020 r.

---

<sup>17</sup> UBEZPIECZONY; ID statusu 1: przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) oraz mają opłaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne za ostatnie 3 miesiące, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.

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

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

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

NUMER PESEL ANULOWANY (INFORMACJA Z MSWiA); ID statusu 6 – przypisany do danych osób, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o anulowaniu numeru PESEL – art. 87 ust. 10a ustawy o świadczeniach.

ZGŁOSZONY Z KCH; ID statusu 7 – przypisany do danych osób, których dane pochodzą z rejestrów byłych Kas Chorych, a nie ma żadnych okresów ubezpieczenia z ZUS lub KRUS i informacji o opłaconej składce.

REZYDENT UE; ID statusu 8 – status ten otrzymują osoby, będące obywatelami państw członkowskich UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

TYLKO DANE PERSONALNE I ADRESOWE; ID statusu 9 – taki status otrzymują osoby powyżej 18 roku życia, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o nadaniu numeru PESEL – art. 87 ust. 10a ustawy o świadczeniach a nie ma żadnych okresów ubezpieczenia z ZUS lub KRUS i informacji o opłaconej składce.

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

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

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

UPRAWNIONY NA PODSTAWIE KARTY POLAKA; ID statusu -6 (minus 6) – dotyczy osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie Karty Polaka wydanej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2019 poz.1598), rejestrowanych w systemie przez Fundusz.

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

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

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

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

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

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

Tabela nr V.8. Centralny Wykaz Ubezpieczonych – decyzje z art. 54 – stan na koniec 2021 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
	Ogółem	8 759	5 584	1 843	224	12	8 771	8 735	1
1	Dolnośląski	727	355	215	12	0	727	727	0
2	Kujawsko-Pomorski	386	280	54	52	0	386	386	0
3	Lubelski	244	174	54	11	0	244	244	0
4	Lubuski	502	401	101	0	0	502	498	0
5	Łódzki	420	287	106	14	3	423	421	0
6	Małopolski	638	468	159	7	0	638	637	0
7	Mazowiecki	1 123	610	218	49	8	1 131	1 123	0
8	Opolski	185	136	47	2	0	185	185	0
9	Podkarpacki	297	215	76	6	0	297	297	0
10	Podlaski	215	149	62	0	0	215	213	1
11	Pomorski	581	407	102	5	0	581	570	0
12	Śląski	952	241	217	8	1	953	951	0
13	Świętokrzyski	272	161	111	0	0	272	272	0
14	Warmińsko-Mazurski	544	398	133	7	0	544	544	0
15	Wielkopolski	1 191	923	100	50	0	1 191	1 186	0
16	Zachodniopomorski	482	379	88	1	0	482	481	0

Tabela nr V.9. Decyzje wydawane na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach, różnice między rokiem 2021 a 2020.

L.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadającym	
			świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Ogółem	879	480	403	-207	-5	874	885	0
1	Dolnośląski	155	57	55	4	0	155	155	0
2	Kujawsko-Pomorski	20	162	-7	-135	0	20	23	-1
3	Lubelski	27	57	10	11	0	27	29	0
4	Lubuski	63	60	33	0	0	63	60	0
5	Łódzki	14	10	38	7	-3	11	12	0
6	Małopolski	25	-19	45	-3	0	25	26	0
7	Mazowiecki	107	11	31	-58	2	109	112	0
8	Opolski	29	17	15	1	0	29	29	0
9	Podkarpacki	73	60	11	2	0	73	73	0

Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wnioski		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadającym	
			świadzeniobiorcy	świadceniodawcy	z urzędu	na wnioski oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Podlaski	22	50	-4	0	0	22	20	1
11	Pomorski	47	-22	30	2	0	47	48	0
12	Śląski	144	8	55	4	-2	142	147	0
13	Świętokrzyski	79	40	39	0	0	79	79	0
14	Warmińsko-Mazurski	108	60	46	-1	0	108	108	0
15	Wielkopolski	60	12	22	-32	-2	58	58	0
16	Zachodniopomorski	-94	-83	-16	-9	0	-94	-94	0

## V.6. Plany zakupu świadczeń

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

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

Plan zakupu świadczeń oddziału wojewódzkiego NFZ rozpoczyna się od części opisowej zawierającej m.in. następujące elementy: charakterystyka sytuacji epidemiologicznej i demograficznej, założenia planu zakupu (w tym priorytety ogólnopolskie określone przez Prezesa NFZ), opis implementacji zmian wprowadzonych w zasadach zawierania umów i realizacji świadczeń, istotnych z punktu widzenia planu zakupu świadczeń, uzasadnienie dla

planowanej liczby i wartości świadczeń oraz zaplanowanych obszarów kontraktowania/zawierania umów.

Plan zakupu świadczeń zawiera trzy części tabelaryczne:

- szczegółowy plan zakupu świadczeń, który zawiera m.in.: obszary planowania (gmina, powiat, województwo etc.), liczbę jednostek rozliczeniowych, w tym realizowanych w ramach migracji (świadczeniobiorcy z zewnątrz), oczekiwaną cenę jednostek rozliczeniowych, wartość świadczeń, w tym realizowanych w ramach migracji (świadczeniobiorcy z zewnątrz), maksymalną liczbę umów, które zostaną zawarte w wyniku postępowań,
- plan zakupu świadczeń (część publikowana). Plan w tej części zawiera, m.in.: a) liczbę jednostek rozliczeniowych do zakontraktowania ogółem (poziom szczegółowości: zakres i województwo PSZ / poza PSZ), b) informacje o planowanym zakupie wyrażone w jednostkach naturalnych,
- zagregowany plan zakupu świadczeń (na potrzeby planu zbiorczego) – plan przygotowywany wg szczegółowego wzoru uwzględniającego szacunkowe wartości środków przeznaczonych na migracje.

Plan zakupu nie podlega zmianom, z zastrzeżeniem wyjątków: zmiana planu finansowego, zmiana rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, zmiana zasad zawierania umów i realizacji świadczeń, zmiany wynikające z innych przesłanek – z podaniem szczegółowego uzasadnienia. Oddział wojewódzki NFZ co pół roku (do końca drugiego miesiąca następującego po zakończeniu półrocza, którego informacja dotyczy) przesyła do Centrali NFZ w formie elektronicznej aktualną wersję planu oraz informację o dokonanych zmianach wraz z uzasadnieniem. Aktualizacja obejmuje wszelkie dokonane działania w okresie obligującym do zmiany planu i przekazywana jest do Centrali Funduszu w wersji elektronicznej.

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

W ramach monitorowania realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w 2021 roku: przekazano do konsultacji wewnętrznych raport „Wskaźniki jakościowe w obszarze terapeutycznym leczenia raka piersi”; przygotowane zostały wnioski z analiz i rekomendacje systemowe; opracowano założenia analizy świadczeń opieki zdrowotnej związanych z diagnostyką i terapią raka gruczołu krokowego i wykorzystano je w przygotowywanym raporcie „Wskaźniki jakościowe w obszarze diagnostyczno-terapeutycznym raka gruczołu krokowego”; od czerwca 2021 współpraca z Ministerstwem Zdrowia w zakresie przepisów do projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta w części dotyczącej m.in. wpływu regulacji prawnych dotyczących autoryzacji i akredytacji na jakość udzielanych świadczeń; opracowano i przekazano do Departamentu Kontroli tematy do postępowań kontrolnych wynikające z przeprowadzonych analiz zawartych w raporcie „Wskaźniki jakościowe w obszarze terapeutycznym leczenia raka piersi” i „Wskaźniki jakościowe w obszarze diagnostyczno-terapeutycznym raka gruczołu krokowego”. Raport został opracowany na podstawie: przeglądu literatury międzynarodowej i polskiej dotyczącej oceny jakości opieki onkologicznej, danych

sprawozdawanych przez świadczeniodawców, analizy obowiązujących regulacji prawnych mających zastosowanie w tym zagadnieniu. W opracowaniu zaproponowano wskaźniki epidemiologiczne i statystyczne oraz wskaźniki jakości w opiece nad pacjentami z rakiem gruczołu krokowego. Wypracowano wnioski z przeprowadzonych analiz i rekomendacje systemowe.

### Kontrola realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W 2021 roku<sup>18</sup>, TWK przeprowadziły łącznie 877 kontroli realizacji umów w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach, których skontrolowano 777 umów. Kontroli planowych było 138, a doraźnych 739.

Tabela nr V.10. Liczba kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2020-2021.

TWK	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	33	35	2
II w Bydgoszczy	37	48	11
III w Lublinie	28	62	34
IV w Zielonej Górze	7	29	22
V w Łodzi	53	52	-1
VI w Krakowie	43	49	6
VII w Warszawie	46	154	108
VIII w Opolu	16	16	0
IX w Rzeszowie	38	45	7
X w Białymstoku	43	81	38
XI w Gdańsku	41	49	8
XII w Katowicach	24	62	38
XIII w Kielcach	40	78	38
XIV w Olsztynie	14	22	8
XV w Poznaniu	25	82	57
XVI w Szczecinie	10	13	3
RAZEM	498	877	379

Tabela nr V.11. Liczba skontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2020-2021.<sup>19</sup>

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	2020	2021	Zmiana 2021/2020
AOS	87	210	123
OPH	4	1	-3

<sup>18</sup> Kwalifikacja kontroli do danego kwartału sprawozdawczego następuje na podstawie daty przekazania wystąpienia pokontrolnego.

<sup>19</sup> Kontrole wielorodzajowe zostały wykazane we wszystkich rodzajach, których dotyczyły.



Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	2020	2021	Zmiana 2021/2020
PDT	0	2	2
POZ	113	69	-44
PRO	1	2	1
PSY	17	16	-1
REH	21	70	49
RTM	4	11	7
SOK	5	3	-2
SPO	20	21	1
STM	74	122	48
SZP	159	234	75
CHZ	5	0	-5
UZD	1	0	-1
ZPO	5	16	11
RAZEM	516	777	261

Najczęstszym przedmiotem kontroli dotyczących świadczeniodawców realizowanym przez TWK była ocena prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W 2021 roku najwięcej kontroli dotyczyło umów w rodzaju: leczenie szpitalne (234) i ambulatoryjna opieka specjalistyczna (210). Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych,
- gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa,
- niespełnienia obowiązku informacyjnego wobec świadczeniobiorców,
- udzielania świadczeń w sposób rażąco nieodpowiadający wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
- nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie,
- nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób naruszający przepisy prawa,
- braku wymaganej dokumentacji medycznej,
- nieprawidłowego, nieczytelnego, niechronologicznego i nieuporządkowanego prowadzenia dokumentacji indywidualnej lub zbiorczej,
- braku aktualnego skierowania wystawionego przez osobę uprawnioną,
- braku aktualizacji załącznika do umowy „Harmonogram – zasoby”,
- udzielania świadczeń przez personel nieposiadający wymaganych kwalifikacji,

- udzielania świadczeń pacjentkom w ramach leczenia szpitalnego, mimo że cel leczenia mógł zostać osiągnięty poprzez leczenie ambulatoryjne,
- niezgłoszenia podwykonawców do umowy,
- utrudnionego dostępu do porady stacjonarnej,
- braku zasadności przesunięcia terminu zabiegu operacyjnego u świadczeniobiorcy,
- udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy z pominięciem kolejki oczekujących,
- braku na zewnątrz zakładu tablicy ze znakiem graficznym NFZ,
- niepodania do wiadomości świadczenioborców informacji dotyczących posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych, najbliższego miejsca w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, numerów telefonów alarmowych: 112 i 999, zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, praw pacjenta, imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej lub osób udzielających świadczeń, a także godzin i miejsc udzielania świadczeń,
- niepowiadomienia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń,
- nieuzasadnionych odmów udzielenia świadczeń,
- udzielania świadczeń w godzinach niezgodnych z umową,
- nieprzestrzegania przez świadczeniodawcę czasu trwania świadczeń zabiegowych,
- niezapewnienia obsady lekarskiej w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału,
- braku wymaganego wyposażenia w sprzęt, aparaturę lub wyroby medyczne,
- niedostosowania pomieszczeń, wyposażenia stanowisk i organizacji pracy oddziału do obowiązujących wymogów,
- niezgodnego z przepisami składu osobowego zespołów ratownictwa medycznego,
- braku oświadczeń o upoważnieniu osoby do informacji i dokumentacji,
- braku przeprowadzenia odpowiednich badań diagnostycznych,
- braku wpisów w stosownych dokumentach potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej,
- pobrania od świadczeniobiorcy nienależnej opłaty za świadczenia będące przedmiotem umowy,
- braku podłączenia do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych,
- braku udostępnienia świadczeniobiorcom możliwości zapisu na listę oczekujących drogą elektroniczną.

W wyniku przeprowadzonych przez TWK kontroli umów w 2021 roku skutki finansowe, po uwzględnieniu środków odwoławczych<sup>20</sup>, wyniosły łącznie 29 551,33 tys. zł w tym: wartość nienależnie przekazanych środków finansowych 15 242,48 tys. zł, wartość nałożonych kar umownych 14 308,84 tys. zł.

Tabela nr V.12. Skutki finansowe kontroli umów po uwzględnieniu środków odwoławczych, w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2020-2021 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	203,42	31,46	56,33	132,10	259,75	163,56	- 96,19
II w Bydgoszczy	1 335,04	1 695,40	932,51	647,97	2 267,55	2 343,37	75,82
III w Lublinie	239,90	2 056,08	903,26	1 959,65	1 143,16	4 015,73	2 872,57
IV w Zielonej Górze	238,33	740,54	29,12	1 061,92	267,45	1 802,45	1 535,00
V w Łodzi	767,85	303,74	239,01	237,31	1 006,86	541,06	- 465,80
VI w Krakowie	1 563,07	3 775,47	1 509,55	3 207,69	3 072,63	6 983,16	3 910,54
VII w Warszawie	8 824,41	1 879,29	897,66	1 267,88	9 722,07	3 147,17	- 6 574,90
VIII w Opolu	412,02	30,06	119,41	282,33	531,43	312,39	- 219,04
IX w Rzeszowie	118,91	421,10	354,97	757,69	473,88	1 178,80	704,92
X w Białymstoku	238,71	653,10	364,31	943,05	603,02	1 596,16	993,13
XI w Gdańsku	756,05	521,10	869,95	805,01	1 626,00	1 326,11	- 299,88
XII w Katowicach	3 948,20	91,12	768,33	1 726,45	4 716,53	1 817,57	- 2 898,96
XIII w Kielcach	130,65	588,95	215,46	152,64	346,11	741,60	395,49
XIV w Olsztynie	7,98	22,45	6,65	148,76	14,63	171,21	156,58
XV w Poznaniu	785,90	2 344,50	225,10	566,70	1 011,00	2 911,20	1 900,20
XVI w Szczecinie	179,73	88,12	603,77	411,68	783,50	499,80	- 283,70
RAZEM	19 750,16	15 242,48	8 095,39	14 308,84	27 845,55	29 551,33	1 705,78

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>20</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 lub kwotę uwzględniającą rozpatrzone do końca roku tryby odwoławcze.

## Kontrole aptek

W 2021 roku<sup>21</sup> TWK przeprowadziły łącznie 261 postępowań kontrolnych aptek, z czego 236 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych.

Tabela nr V.13. Liczba przeprowadzonych kontroli aptek w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2020- 2021.

TWK	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	27	16	-11
II w Bydgoszczy	16	5	-11
III w Lublinie	5	7	2
IV w Zielonej Górze	19	25	6
V w Łodzi	14	9	-5
VI w Krakowie	11	40	29
VII w Warszawie	42	56	14
VIII w Opolu	6	6	0
IX w Rzeszowie	19	8	-11
X w Białymstoku	6	7	1
XI w Gdańsku	12	6	-6
XII w Katowicach	18	20	2
XIII w Kielcach	10	13	3
XIV w Olsztynie	21	16	-5
XV w Poznaniu	9	14	5
XVI w Szczecinie	7	13	6
RAZEM	242	261	19

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- niepoprawnego przekazania drogą elektroniczną do Oddziału Funduszu danych sprawozdawczych dotyczących: numeru recepty, daty wystawienia recepty, postaci leku recepturowego, liczby wydanych opakowań leku, wartości wydanych opakowań leku, kodów odpłatności za lek, ceny hurtowej leku brutto, ceny detalicznej leku brutto, kwoty podlegającej refundacji, dopłaty świadczeniobiorcy, kodu EAN wydanego leku, częściowej realizacji recepty, zamiennika, kodu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, adnotacji "NZ", typu i numeru identyfikatora osoby realizującej receptę, recept zrealizowanych przez osoby niezgłoszone do Portalu Personelu oraz recept niepodlegających refundacji,
- braku danych, pieczętki lub podpisu osoby wydającej receptę,
- wydania leku w ilości większej niż wynikało to z ordynacji lekarskiej,

<sup>21</sup> Kwalifikacja kontroli do danego kwartału sprawozdawczego następuje na podstawie daty przekazania wystąpienia pokontrolnego.

- zrealizowania recept: na leki recepturowe z błędnie przekazanymi danymi dotyczącymi kodu postaci leku recepturowego; przez osobę, która zgodnie z grafikiem aptecznym przebywała na urlopie; z błędnie przekazanymi danymi dotyczącymi daty i godziny przyjęcia recepty do realizacji i wykonania leku recepturowego; z brakiem adnotacji w Dokumencie Realizacji Recepty dotyczącej wprowadzonych zmian w składzie leku; z brakiem numeru telefonu świadczeniodawcy; z brakiem określenia przez lekarza ilości surowca farmaceutycznego; z niedozwoloną zmianą w składzie leku recepturowego,
- nieobecności magistra farmacji w aptece w godzinach pracy apteki,
- realizacji recept przez osoby nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do ich realizacji,
- braku udokumentowania zakupu leków lub surowców farmaceutycznych,
- podania w danych o obrocie błędnego kodu odpłatności za lek, błędnego typu identyfikatora osoby wykonującej lek recepturowy lub osoby realizującej receptę, innego numeru kodowego EAN niż faktyczny dla wydanego leku gotowego lub kodu postaci leku recepturowego zapisanego na recepcie, innej informacji o wysokości dopłaty świadczeniobiorcy lub innej kwoty podlegającej refundacji niż wynika z tytułu wydanych opakowań leku,
- realizacji recept mimo nieprawidłowego lub braku sposobu dawkowania,
- nieprzekazania w terminie informacji o zmianach w ewidencji osób zatrudnionych w aptece,
- nieprawidłowego wyliczania marży oraz ceny detalicznej produktów leczniczych,
- braku w Dokumencie Realizacji Recepty adnotacji o numerze i rodzaju dokumentu lub informacji o uprawnień dodatkowych pacjenta,
- niezamieszczenia informacji o zawarciu przez aptekę umowy na realizację recept oraz o możliwości nabycia przez świadczeniobiorcę leku objętego refundacją innego niż lek przepisany na recepcie o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym,
- braku potwierdzenia na rewersie recepty uprawnień dodatkowych pacjenta,
- rozbieżności pomiędzy osobą realizującą receptę widniejącą na otaksowaniu, a osobą wydającą lek potwierdzającą realizację recepty,
- wydania leku którego dawka substancji czynnej nie stanowi wielokrotności dawki zaordynowanego leku,
- przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał refundacji,
- wydania leku innego niż zaordynowany na recepcie,
- nieprawidłowej wyceny leku recepturowego,
- nieprzekazania recepty do kontroli,
- wydania leku jako refundowany pomimo zapisu 100%,
- braku pełnego adresu pacjenta,

– występowania rozbieżności pomiędzy ilościami zakupionych leków a ich rozchodem.

Z 62 007 recept skontrolowanych w 2021 roku zakwestionowano 22 714 recept, tj. 36,6% recept poddanych kontroli. W toku przeprowadzonych w 2021 roku kontroli nałożono skutki finansowe w wysokości 2 347,42 tys. zł w tym: wartość zakwestionowanej refundacji 1 876,16 tys. zł., wartość nałożonych kar 471,26 tys. zł.

Tabela nr V.14. Skutki finansowe kontroli aptek po uwzględnieniu środków odwoławczych, w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2020-2021 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	454,74	67,86	231,79	48,01	686,53	115,86	570,67
II w Bydgoszczy	15,17	30,94	4,76	11,29	19,93	42,23	22,31
III w Lublinie	21,83	18,86	10,84	9,41	32,66	28,27	4,39
IV w Zielonej Górze	8,06	38,93	12,58	37,75	20,64	76,67	56,03
V w Łodzi	18,50	15,95	83,18	8,21	101,68	24,16	77,52
VI w Krakowie	78,23	131,87	53,94	52,87	132,17	184,74	52,57
VII w Warszawie	55,06	215,25	68,38	132,49	123,45	347,73	224,29
VIII w Opolu	43,11	2,14	7,04	2,07	50,15	4,21	45,94
IX w Rzeszowie	1 271,99	828,35	1 040,68	8,85	2 312,67	837,20	475,47
X w Białymstoku	18,55	5,76	25,19	16,27	43,74	22,03	21,71
XI w Gdańsku	7,99	45,82	20,92	16,16	28,90	61,98	33,08
XII w Katowicach	286,46	125,41	98,74	44,93	385,20	170,33	214,87
XIII w Kielcach	34,68	235,84	20,50	33,55	55,18	269,39	214,21
XIV w Olsztynie	17,27	16,94	14,13	17,43	31,40	34,37	2,97
XV w Poznaniu	24,15	76,85	7,05	25,19	31,20	102,03	70,83
XVI w Szczecinie	3,19	19,40	15,04	6,80	18,23	26,21	7,97
RAZEM	2 358,98	1 876,16	1 714,74	471,26	4 073,73	2 347,42	1 726,31

### 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 TWK zwróciły uwagę przede wszystkim na dwa elementy: sposób prowadzenia dokumentacji medycznej i zasadność ordynowania leków.

W 2021<sup>22</sup> roku TWK przeprowadziły łącznie 289 postępowań kontrolnych ordynacji lekarskich, podczas których skontrolowano 827 osób uprawnionych do wystawiania recept. Postępowania objęły 243 kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

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

w zakresie ordynacji lekarskich (84%) i 46 kontroli, które dotyczyły osób uprawnionych do wystawiania recept (16%).

Tabela nr V.15. Liczba kontroli ordynacji lekarskich w podziale na poszczególne TWK NFZ przeprowadzonych w latach 2020-2021.

TWK	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	9	26	17
II w Bydgoszczy	4	39	35
III w Lublinie	8	9	1
IV w Zielonej Górze	5	31	26
V w Łodzi	1	8	7
VI w Krakowie	5	16	11
VII w Warszawie	18	46	28
VIII w Opolu	7	13	6
IX w Rzeszowie	2	5	3
X w Białymstoku	3	19	16
XI w Gdańsku	5	24	19
XII w Katowicach	3	11	8
XIII w Kielcach	5	14	9
XIV w Olsztynie	4	11	7
XV w Poznaniu	0	11	11
XVI w Szczecinie	1	6	5
RAZEM	80	289	209

Tabela nr V.16. Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept w latach 2020-2021 (pojedyncze NPWZ).

TWK	Liczba skontrolowanych osób uprawnionych (umowy indywidualne) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych (umowy ze świadczeniodawcami) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych (bez umowy) nie zdublowane NPWZ		Razem liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept nie zdublowane NPWZ		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Dynamika 2021/2020
I we Wrocławiu	0	1	42	39	2	6	44	45	1
II w Bydgoszczy	1	2		128	0	3	17	131	114
III w Lublinie	1	1	36	51	3	1	40	52	12
IV w Zielonej Górze	0	1	11	73	1	2	12	74	62
V w Łodzi	0	0	0	18	2	0	2	18	16
VI w Krakowie	0	0	11	32	0	2	11	34	23
VII w Warszawie	2	4	0	148	0	13	2	161	159
VIII w Opolu	0	0	263	28	0	0	263	28	-235
IX w Rzeszowie	0	0	13	13	2	0	15	13	-2

TWK	Liczba skontrolowanych osób uprawnionych (umowy indywidualne) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych (umowy ze świadczeniodawcami) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych (bez umowy) nie zdublowane NPWZ		Razem liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept nie zdublowane NPWZ		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Dynamika 2021/2020
X w Białymstoku	0	0	13	54	0	3	13	57	44
XI w Gdańsku	0	0	9	66	1	2	10	68	58
XII w Katowicach	0	0	3	11	1	3	4	14	10
XIII w Kielcach	0	0	6	26	0	2	6	28	22
XIV w Olsztynie	0	0	23	55	0	1	23	56	33
XV w Poznaniu	0	1	0	18	0	6	0	23	23
XVI w Szczecinie	0	0	24	23	0	2	24	25	1
RAZEM	4	10	470	783	12	46	486	827	341

W wyniku przeprowadzonych kontroli, wartość zakwestionowanej ordynacji (15 290,41 tys. zł) i nałożonych kar umownych (553,13 tys. zł) w 2021 roku wyniosła 15 843,54 tys. zł.

Tabela nr V.17. Skutki finansowe kontroli ordynacji po uwzględnieniu środków odwoławczych, w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2020-2021 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanej ordynacji		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	118,95	3 551,53	2,52	8,04	121,48	3 559,57	3 438,10
II w Bydgoszczy	213,35	850,34	4,55	20,33	217,90	870,67	652,77
III w Lublinie	90,20	698,87	3,17	53,23	93,37	752,09	658,73
IV w Zielonej Górze	42,45	384,42	-	1,00	42,45	385,42	342,97
V w Łodzi	2,33	345,57	-	29,72	2,33	375,30	372,97
VI w Krakowie	224,08	2 019,20	12,09	125,47	236,17	2 144,68	1 908,50
VII w Warszawie	113,73	302,95	16,18	92,35	129,91	395,30	265,38
VIII w Opolu	157,20	87,48	7,97	3,04	165,17	90,52	74,65
IX w Rzeszowie	3,57	938,55	-	5,62	3,57	944,16	940,60
X w Białymstoku	30,33	241,70	27,10	18,77	57,43	260,46	203,03
XI w Gdańsku	157,92	531,71	15,04	25,25	172,97	556,95	383,99
XII w Katowicach	26,52	1 660,96	6,50	20,84	33,02	1 681,80	1 648,78
XIII w Kielcach	0,53	12,96	14,38	132,22	14,92	145,18	130,27
XIV w Olsztynie	0,25	464,33	1,14	6,82	1,39	471,15	469,76
XV w Poznaniu	-	2 819,59	-	8,22	-	2 827,81	2 827,81
XVI w Szczecinie	90,86	380,26	-	2,21	90,86	382,47	291,61
RAZEM	1 272,27	15 290,41	110,66	553,13	1 382,93	15 843,54	14 460,61



W wyniku przeprowadzonych w 2021 roku kontroli ordynacji lekarskich stwierdzono nieprawidłowości dotyczące m.in.:

- ordynacji leku lub środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi,
- braku wpisu zaleconych leków, dawkowania i liczbie opakowań,
- braku prawidłowego opisanie, udokumentowania oraz uzasadnienia przekroczenia zapotrzebowania pacjenta na kontrolowane leki,
- prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami prawa,
- braku wpisu porady lub wizyty w dokumentacji medycznej,
- braku wpisu danych z badania,
- braku lub niepełnego adresu pacjenta na recepcie,
- braku udokumentowania zasadności ordynacji leków,
- dat wystawienia recepty niezgodnych z datami porady,
- ordynacji niezgodnej z uprawnieniami farmaceuty,
- wystawienia recepty przez osobę nieupoważnioną,
- preskrypcji dla osoby spoza kręgu członków rodziny osoby uprawnionej,
- braku dokumentacji medycznej,
- braku informacji o sposobie dawkowania leku na recepcie,
- zastosowania dawkowania które nie zostało uzasadnione opisanym w dokumentacji medycznej stanem pacjenta,
- naniesionego na receptach nieprawidłowego nr PESEL,
- rozbieżności danych z kodu kreskowego z danymi z pieczęci,
- nieprzedłożenia do kontroli dokumentacji medycznej,
- niezgodności pomiędzy informacjami zawartymi na recepcie a informacjami zamieszczonymi w prowadzonym przez farmaceutę wykazie wystawionych recept,
- nierzetelnego prowadzenia wykazu recept pro auctore oraz pro familiae,
- niezgodności pomiędzy dawką produktu leczniczego odnotowaną w dokumentacji pacjenta a wpisaną na wystawionej w tym dniu recepcie.

## Czynności sprawdzające

W 2021 roku<sup>23</sup> TWK przeprowadziły łącznie 2 218 czynności sprawdzających dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji lekarskich oraz realizacji recept. W przypadku 856 czynności zastosowano sankcje finansowe, natomiast w 54 postępowaniach skierowano wnioski o przeprowadzenie kontroli doraźnej.

Tabela nr V.18. Liczba czynności sprawdzających w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2020-2021.

TWK	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	32	95	63
II w Bydgoszczy	42	197	155
III w Lublinie	82	159	77
IV w Zielonej Górze	25	102	77
V w Łodzi	29	68	39
VI w Krakowie	47	260	213
VII w Warszawie	141	331	190
VIII w Opolu	32	100	68
IX w Rzeszowie	86	125	39
X w Białymstoku	33	75	42
XI w Gdańsku	103	330	227
XII w Katowicach	47	124	77
XIII w Kielcach	10	35	25
XIV w Olsztynie	25	73	48
XV w Poznaniu	73	100	27
XVI w Szczecinie	29	44	15
RAZEM	836	2218	1382

Tabela nr V.18. Skutki finansowe czynności sprawdzających po uwzględnieniu środków odwoławczych, w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2020-2021 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	12,04	77,38	39,36	135,40	51,41	212,77	161,37
II w Bydgoszczy	415,46	759,02	28,87	690,18	444,33	1 449,20	1 004,87
III w Lublinie	213,47	73,96	188,42	76,70	401,88	150,66	251,23
IV w Zielonej Górze	8,22	4,87	81,63	140,76	89,85	145,63	55,78
V w Łodzi	15,52	5,55	35,33	169,92	50,85	175,48	124,63

<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.

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Zmiana 2021/2020
VI w Krakowie	23,26	39,61	158,01	112,60	181,27	152,20	29,06
VII w Warszawie	244,94	35,63	397,67	98,27	642,62	133,90	508,72
VIII w Opolu	22,64	56,29	17,32	85,17	39,97	141,46	101,49
IX w Rzeszowie	40,27	0,75	62,77	194,85	103,04	195,60	92,56
X w Białymstoku	66,37	16,12	53,67	79,22	120,04	95,34	24,69
XI w Gdańsku	49,43	145,30	112,60	330,46	162,03	475,77	313,74
XII w Katowicach	258,40	985,08	404,63	453,78	663,03	1 438,86	775,83
XIII w Kielcach	100,61	12,53	102,79	29,69	203,40	42,22	161,18
XIV w Olsztynie	9,65	16,64	11,00	8,62	20,65	25,26	4,61
XV w Poznaniu	16,98	562,35	43,98	312,24	60,95	874,59	813,64
XVI w Szczecinie	0,37	154,18	113,87	263,60	114,24	417,78	303,54
RAZEM	1 497,62	2 945,25	1 851,92	3 181,47	3 349,55	6 126,73	2 777,18

Skutki finansowe zostały naliczone w wysokości 6 126,73 tys. zł (kwota do zwrotu<sup>24</sup>), w tym wartość nienależnie przekazanych środków 2 945,25 tys. zł oraz wartość nałożonych kar 3 181,47 tys. zł. W wyniku przeprowadzonych czynności sprawdzających stwierdzono nieprawidłowości dotyczące głównie: błędnego sprawozdawania i rozliczania świadczeń, nieudzielania świadczeń w czasie lub w miejscu określonym w umowie, ograniczenia dostępności do świadczeń, ordynacji niezgodnej ze wskazaniami refundacyjnymi, nieprawidłowego wyliczenia wysokości marży i ceny detalicznej leku, nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń, nieprawidłowej realizacji recept.

Czynności kontrolne (razem wszystkie kontrole i czynności sprawdzające) wykonane przez TWK NFZ.

W 2021 roku TWK przeprowadziły łącznie 3 645 czynności kontrolnych.

Tabela nr V.19. Liczba czynności kontrolnych w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2020-2021.

TWK	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	101	172	71
II w Bydgoszczy	99	289	190
III w Lublinie	123	237	114
IV w Zielonej Górze	56	187	131
V w Łodzi	97	137	40
VI w Krakowie	106	365	259

<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	2020	2021	Zmiana 2021/2020
VII w Warszawie	247	587	340
VIII w Opolu	61	135	74
IX w Rzeszowie	145	183	38
X w Białymstoku	85	182	97
XI w Gdańsku	161	409	248
XII w Katowicach	92	217	125
XIII w Kielcach	65	140	75
XIV w Olsztynie	64	122	58
XV w Poznaniu	107	207	100
XVI w Szczecinie	47	76	29
RAZEM	1656	3645	1989

W wyniku przeprowadzonych przez TWK NFZ czynności kontrolnych w 2021 roku skutki finansowe, po uwzględnieniu środków odwoławczych<sup>25</sup> wyniosły 53 869,01 tys. zł w tym: wartość nienależnie wypłaconych środków finansowych 35 354,31 tys. zł oraz wartość nałożonych kar 18 514,70 tys. zł.

Tabela nr V.20. Skutki finansowe czynności kontrolnych w podziale na wartość zakwestionowanych środków, wartość nałożonych kar oraz na poszczególne TWK NFZ w latach 2020-2021 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Zmiana 2021/2020
I we Wrocławiu	789,15	3 728,22	330,01	323,54	1 119,16	4 051,76	2 932,60
II w Bydgoszczy	1 979,02	3 335,70	970,68	1 369,77	2 949,70	4 705,46	1 755,76
III w Lublinie	565,39	2 847,77	1 105,68	2 098,98	1 671,07	4 946,75	3 275,68
IV w Zielonej Górze	297,06	1 168,76	123,34	1 241,42	420,40	2 410,18	1 989,78
V w Łodzi	804,19	670,82	357,52	445,17	1 161,71	1 115,99	45,72
VI w Krakowie	1 888,65	5 966,15	1 733,59	3 498,63	3 622,24	9 464,79	5 842,55
VII w Warszawie	9 238,15	2 433,11	1 379,90	1 590,99	10 618,04	4 024,10	6 593,94
VIII w Opolu	634,98	175,96	151,74	372,61	786,72	548,58	238,14
IX w Rzeszowie	1 434,73	2 188,75	1 458,42	967,01	2 893,15	3 155,77	262,61
X w Białymstoku	353,96	916,68	470,27	1 057,31	824,23	1 973,99	1 149,76
XI w Gdańsku	971,39	1 243,93	1 018,50	1 176,88	1 989,90	2 420,81	430,91
XII w Katowicach	4 519,58	2 862,56	1 278,20	2 246,00	5 797,78	5 108,56	689,22
XIII w Kielcach	266,47	850,29	353,13	348,10	619,61	1 198,39	578,78
XIV w Olsztynie	35,14	520,36	32,92	181,63	68,06	701,99	633,93

<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 lub kwotę uwzględniającą rozpatrzone do końca roku tryby odwoławcze.

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Zmiana 2021/2020
XV w Poznaniu	827,03	5 803,28	276,12	912,35	1 103,15	6 715,64	5 612,48
XVI w Szczecinie	274,14	641,96	732,69	684,30	1 006,83	1 326,26	319,43
RAZEM	24 879,04	35 354,31	11 772,71	18 514,70	36 651,75	53 869,01	17 217,26

### 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 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, określane są wskaźniki wojewódzkie lub dołączane są ogólnopolskie statystyki JGP. W sytuacjach, kiedy w ocenie oddziału zaistnieją przesłanki do poddania świadczeniodawcy/ów kontroli w konkretnym obszarze, w celu wyjaśnienia przypadków, których celowość sprawozdania/rozliczenia wydaje się być zastanawiająca, kierowany jest do Prezesa NFZ wniosek o zlecenie kontroli doraźnej lub jest to obszar wskazywany do planu kontroli. TWK w trakcie postępowania kontrolnego dokonuje oceny kontrolowanej jednostki w aspekcie celowości, legalności i rzetelności w odniesieniu do elementów jakie obejmuje umowa między OW NFZ a podmiotem kontrolowanym.

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

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

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

Prezes NFZ w ramach monitorowania przedmiotowych uprawnień, powołał w Centrali NFZ i oddziałach wojewódzkich NFZ, konsultantów do spraw weteranów poszkodowanych, którzy także w swych zakresach obejmują monitorowanie uprawnień do świadczeń kombatanatów 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. NFZ przy współpracy z Departamentem Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Departamentem Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, współuczestniczy w opiniowaniu udzielania weteranom poszkodowanym świadczeń niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane i odpłatnych świadczeń zdrowotnych. Ponadto, koordynuje realizację udzielania świadczeń weteranom poszkodowanym w ramach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym. Weterani poszkodowani – Fundusz pozyskuje zgodnie z przepisami obowiązującego prawa decyzje o przyznaniu statusu weterana poszkodowanego żołnierza i weterana poszkodowanego funkcjonariusza odpowiednio z Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Następnie opracowuje sprawozdania kwartalne z udzielonych świadczeń weteranom poszkodowanym 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 kombatanatów, NFZ pozyskuje, na podstawie obowiązujących przepisów prawa bazę nr PESEL z Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych, kwartalnie w trybie przyrostowym.

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

Żołnierze uprawnieni lub pracownicy wojska – Fundusz pozyskuje informacje o żołnierzach uprawnionych i pracownikach wojska, którzy doznali uszczerbku w działaniach poza granicami państwa z Ministerstwa Obrony Narodowej.

Oddziały wojewódzkie NFZ przekazują do Ministerstwa Obrony Narodowej informacje w formie zestawienia o wysokości należnej kwoty dofinansowania za zrealizowane w poprzednim kwartale zaopatrzenie uprawnionych żołnierzy i pracowników wojska w produkty lecznicze.

Oddziały wojewódzkie NFZ, 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 2021 r. status uprawnionego żołnierza lub pracownika wojska posiadały 161 osób.

Oddziały wojewódzkie NFZ przekazują do Centrali NFZ, dane dotyczące weteranów poszkodowanych żołnierzy i funkcjonariuszy w zakresie list aktywnych POZ, wartości świadczeń POZ oraz informacje o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej co do zakresu, rodzaju, miejsca udzielania i wartości udzielonego świadczenia. Na podstawie przedmiotowych danych, Centrala NFZ opracowuje kwartalne sprawozdania z realizacji świadczeń udzielonych weteranom poszkodowanym odpowiednio do Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. W 2021 r. status weterana poszkodowanego żołnierza posiadało 810 osób, natomiast status weterana poszkodowanego funkcjonariusza - 84 osoby. W 2021 r. udzielono łącznie 1 596 świadczeń weteranom poszkodowanym żołnierzom na łączną kwotę 1 829 967,53 zł oraz 194 świadczeń weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom na łączną kwotę 216 883,40 zł.

#### **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.

W przypadku wniosków o wydanie decyzji, które wpłynęły do dnia 31 sierpnia 2020 r. od decyzji Dyrektora OW NFZ przysługiwało odwołanie do Prezesa NFZ na podstawie art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach. Z uwagi na wejście w życie ustawy z dnia 24 lipca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), zwanej dalej „ustawą zmieniającą” decyzje wydaje Prezes Funduszu a postępowanie jest jednoinstancyjne. Decyzje Prezesa Funduszu są ostateczne, a Wnioskodawcom przysługuje prawo do wniesienia skargi na wydane decyzje do WSA w Warszawie.

Według stanu na koniec 2021 roku w OW NFZ, w tym na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ wydano w 2021 r. łącznie 4 433 decyzje w ww. zakresie, co stanowi wzrost o 8,04% w porównaniu do liczby decyzji wydanych w 2020 r., kiedy w OW NFZ wydano łącznie 4 103 decyzji.

Na decyzje wydane w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2021 roku przez dyrektorów OW NFZ składają się:

- 4 182 decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, co stanowi wzrost o 7,78% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2020 roku, kiedy wydano 3 880 rozstrzygnięć;



- 251 decyzje dotyczących ustalenia prawa do świadczeń, co stanowi wzrost o 12,56% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2020 roku, kiedy wydano 223 decyzji.

#### Decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

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

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą (1 644 decyzje, co stanowi 39,31% wszystkich rozstrzygnięć),
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia (908 decyzji, co stanowi 21,71% wszystkich rozstrzygnięć),
- podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (756 decyzji, co stanowi 18,08% 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 braku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (301). W dalszej kolejności należy wymienić sprawy dotyczące umorzenia postępowania na wniosek ZUS (185), podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego (174), oraz wykonywania umów zlecenia (164).

Struktura decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wydanych w 2021 r. w odniesieniu do rodzaju zagadnienia, którego dotyczyły decyzje kształtuje się w sposób zbliżony do struktury obserwowanej w 2020 r. Obserwowana jest 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 2020 r. Spraw tych rozpatrzono w OW NFZ o 523 mniej (w 2021 r. – 908 wydanych decyzji), co stanowi spadek o 36,55% w porównaniu do 2020 r.

Spadek liczby rozpatrywanych spraw w ww. zakresie może wynikać m.in. z faktu, że w związku m.in. z COVID-19, ZUS realizował nowe zadania przez co zmniejszyła się liczba przeprowadzanych kontroli płatników przez ZUS. Nieznaczny spadek rozpatrzonych w 2021 r. spraw w porównaniu do 2020 r. zauważono także w zakresie: posiadania statusu członka rodziny (mniej w 2021 r. o 1 decyzję) oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu umowy o pracę/pobierania renty/emerytury (mniej o 2 decyzje). Wzrost liczby wydanych decyzji w 2021 r. w stosunku do roku poprzedniego odnotowany został w odniesieniu do decyzji dotyczących:

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność pozarolniczą (w tym osoby współpracujące) (więcej w 2021 r. o 345 decyzji),
- braku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (więcej w 2021 r. o 245 decyzji),
- podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (więcej w 2021 r. o 42 decyzje),
- umorzenie postępowania (więcej w 2021 r. o 13 decyzji),

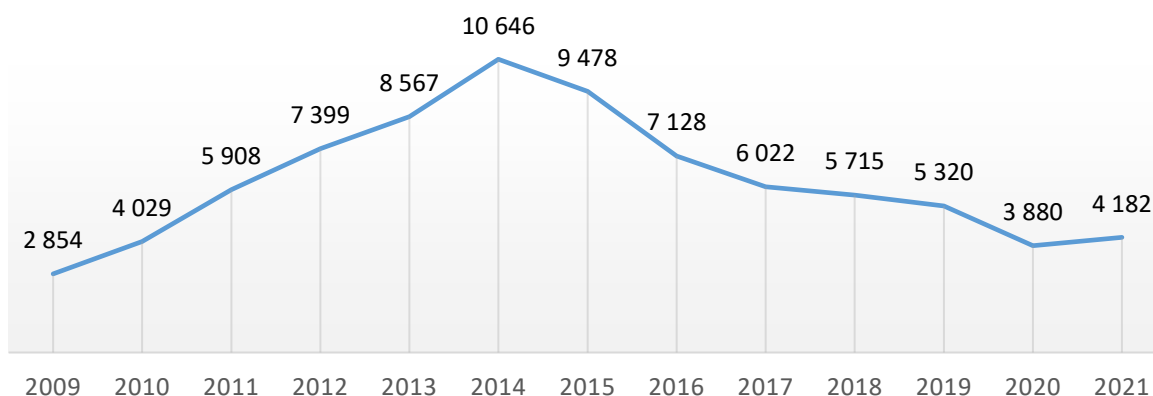
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania umowy zlecenia (więcej w 2021 r. o 120 decyzji),
- ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/ doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego (mniej w 2021 r. o 41 decyzji),
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu członkostwa w radzie nadzorczej (więcej w 2021 r. o 3 decyzje).

Głównym tematem wniosków kończącym się wydaniem decyzji przez dyrektorów OW NFZ było ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej (39,31% ogółu decyzji), 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.

Drugą najliczniejszą grupę decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych w 2021 roku przez dyrektorów OW NFZ stanowiły decyzje w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia (21,71% ogółu decyzji). Wartym zauważenia jest fakt, że w latach ubiegłych temat ten był zawsze wiodącym. Rok 2021 jest pierwszym okresem sprawozdawczym, w którym liczba decyzji wydanych w tym zakresie nie jest najwyższa.

W 2021 roku po raz pierwszy od 2014 roku obserwowano wzrost liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. W latach 2014-2020 liczba tych decyzji sukcesywnie malała i w 2020 roku była prawie trzykrotnie mniejsza niż w 2014 roku.

Wykres nr V.5. Liczba decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2009-2021.



### Decyzje dotyczące ustalenia prawa do świadczeń

W przypadku decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu ustalenia prawa do świadczeń wydanych w 2021 r., analogicznie do roku poprzedniego, najczęściej występującą tematyką wniosków

było: potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki (167 decyzji, co stanowi 3,77% wszystkich decyzji wydanych na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach); refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego (62 decyzje, co stanowi 1,4% wszystkich decyzji wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego)

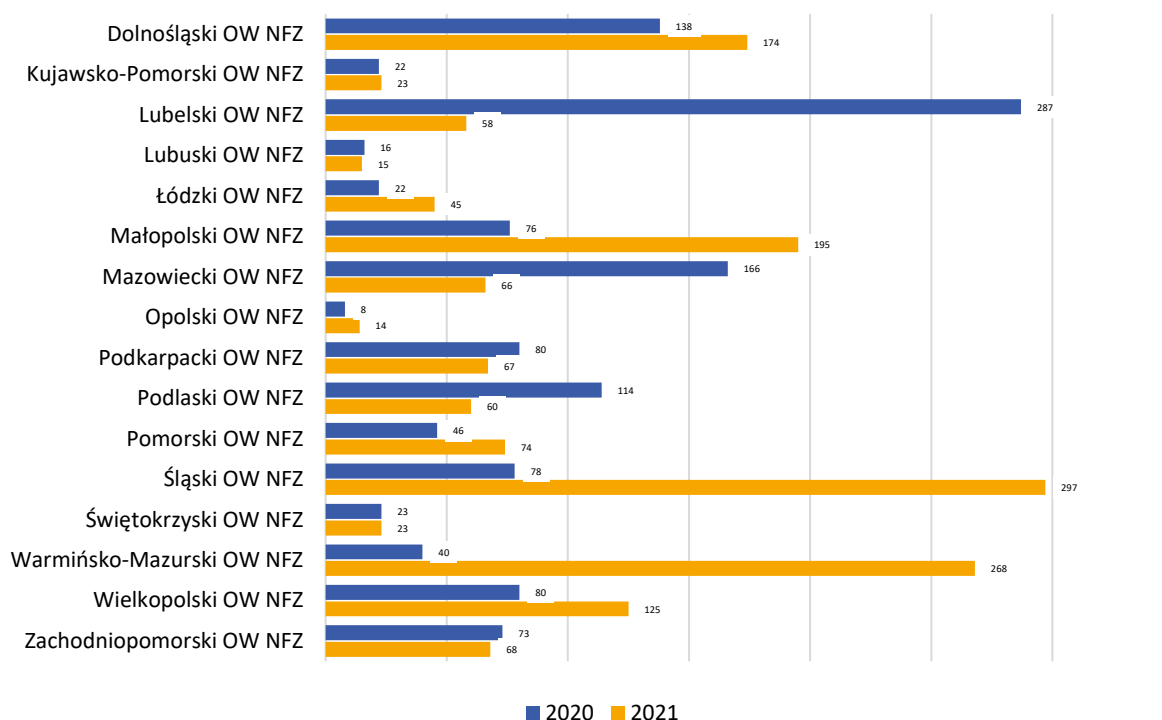
Liczba decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w 2021 r. była wyższa o 28 względem 2020 r., co stanowi wzrost o 8,04% (251 wydanych decyzji w 2021 r. przy 223 wydanych w 2020 r.). Analizując dynamikę zmian liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w zakresie ustalenia prawa do świadczeń należy zauważyć, że liczba decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki pozostała niezmienna. Zwiększyła się znacznie liczba decyzji z wniosku o refundację kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego (wzrost o 87,88 % z 33 w 2020 r. do 62 w 2021 r.). Nieznaczny spadek wydanych rozstrzygnięć w 2021 r. w porównaniu do 2020 r. odnotowano w zakresie spraw z dotyczących sfinansowania lub refundacji kosztów badań diagnostycznych wykonanych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (o 6 decyzji).

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

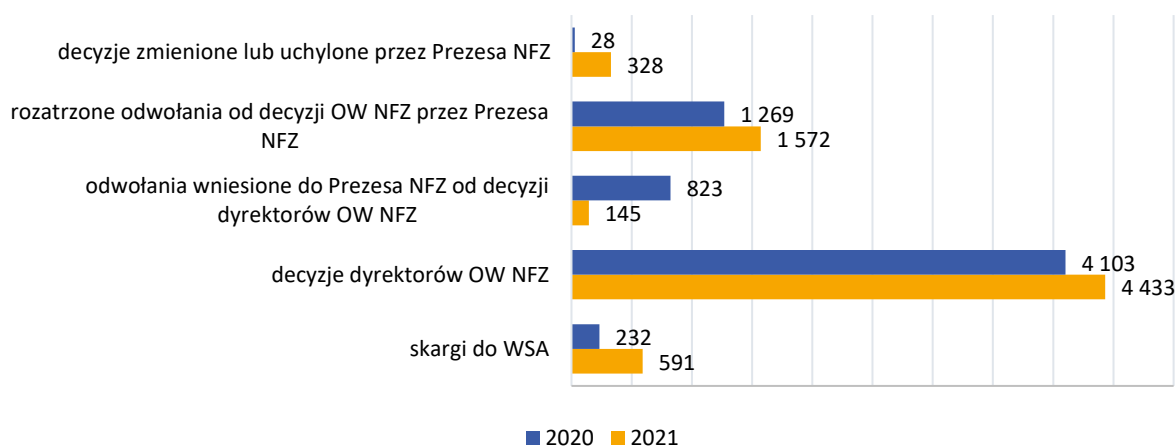
Od decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, stronom postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołania do Prezesa NFZ. Od dnia 1 września 2021 r. w zw. z art. 4 pkt 52b ustawy z dnia 14 sierpnia 2021 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z pandemią 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 2021 r. do PNFZ zostało złożonych 145 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ. 144 odwołania od decyzji dotyczyły objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a 1 odwołanie wniesiono w sprawie z zakresu ustalenia prawa do świadczeń. W 2021 r. w porównaniu do 2020 r. liczba wniesionych odwołań była niższa o 82,5% (823 odwołania w 2020 r., 145 w 2021 r.).

W 2021 r. Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 1 572 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, wydając 1 501 decyzji oraz 71 postanowień, co stanowi wzrost o 23,88% w stosunku do 2020 roku, w którym rozpatrzono 1 269 odwołań. Ponadto, w 2021 r. pozostawiono bez rozpoznania 18 odwołań od decyzji w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

Wykres nr V.6. Porównanie liczby odwołań rozpatrzonych przez Prezesa NFZ w latach 2020-2021 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 WSA w 2020 r. i 2021 r.



Warto wyjaśnić, że uchylanie i zmienianie decyzji dyrektorów OW NFZ następuje na podstawie nowych dowodów i dokumentów dostarczanych przez strony postępowania na etapie postępowania odwoławczego, a także z powodu błędnych oznaczeń stron lub okresów ubezpieczenia. Od decyzji Prezesa NFZ stronom postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie (art. 110 ustawy o świadczeniach). Według stanu na koniec 2021 r. strony wniosły 591 skarg do WSA w Warszawie (w tym 444 skargi na decyzje dyrektorów wydanych z upoważnienia Prezesa), co stanowi spadek o 29,04% w porównaniu do roku poprzedniego, w którym wniesione zostało 830 skarg do WSA w Warszawie. WSA

wydał 507 orzeczeń, w tym 173 orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzje Prezesa NFZ. Wśród przyczyn uchylania przez WSA w Warszawie decyzji Prezesa NFZ oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, wymienić należy naruszenia przepisów 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.). 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 WSA 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 2021 r. poz. 735, z późn. zm.).

#### Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej

Decyzje z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, ich wysokości oraz terminu płatności wydawane są przez dyrektorów OW NFZ oraz obecnie przez Prezesa NFZ, na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach. Artykuł 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach, nakazuje NFZ egzekwowanie od osób nieuprawnionych, które okazały dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub oświadczyły o prawie do tych świadczeń, a nie znalazło to potwierdzenia w danych posiadanych przez Fundusz, kwoty zapłaconej przez NFZ za te świadczenia. Należy wskazać, że od dnia 12 stycznia 2017 r. wprowadzono nowelizację do ustawy o świadczeniach (Dz. U. z 2016 r. poz. 2173). Dzięki zapisom tej ustawy osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną (np. żona/mąż osoby ubezpieczonej, uczące się dziecko osoby ubezpieczonej do 26. roku życia), ale nią nie była (w momencie korzystania ze świadczeń złożyła pisemne oświadczenie o prawie do świadczeń lub dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń), może dokonać „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem nieobciążania kosztami leczenia jest dokonanie przez płatnika składek, np. w przypadku pracownika poprzez pracodawcę, zleceniodawcę w przypadku zleceniobiorcy, organu emerytalno-rentowego w przypadku emeryta-rencisty „wstecznego” (prawidłowego) zgłoszenia członka rodziny. W przypadku dokonania powyższej czynności nie wszczyna się lub umarza już wszczęte postępowanie administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Na koniec 2021 r. oddziały wojewódzkie NFZ w tym z upoważnienia Prezesa wydały 10 717 decyzji (w tym decyzji umarzających postępowanie) z czego 6 641 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. W analogicznym okresie 2020 r. dyrektorzy OW NFZ wszystkich decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym decyzji umarzających postępowanie) wydali łącznie 18 035, w tym 10 717 obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Prezes NFZ na koniec 2021 r. rozpatrzył 590 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, wydając 473 decyzji, 98 postanowienia kończących formalnie sprawy, 19 spraw pozostawił

bez rozpoznania ze względu na niezpełnienie braków formalnych odwołania. Natomiast na koniec 2020 r. Prezes NFZ rozpatrzył 279 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, w tym 236 decyzji, 36 postanowień. Ze względu na niezpełnienie braków formalnych odwołania 7 spraw zostało pozostawionych bez rozpoznania. Wzrost liczby wydanych decyzji przez Prezesa NFZ wynika z art. 40 ust. 2 ustawy o COVID-19 ustawy zmieniającej, zgodnie z którym postępowania administracyjne i sędowo-administracyjne w sprawach dotyczących ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w art. 50 ust. 16 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), które poniósł NFZ do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. do 01 września 2020 r.), nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeżeli wysokość kosztu poniesionego przez NFZ, o którym mowa w art. 50 ust. 15 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), nie przekracza kwoty 500 zł. Z uwagi na wejście w życie od dnia 01 września 2020 r. ustawy zmieniającej Prezes Funduszu wydaje decyzje administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów, ich wysokość oraz termin płatności, jak również decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Wobec powyższego należało rozgraniczyć w sprawozdaniu decyzje wydawane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie postępowania administracyjnego wszczętego i nie zakończonego przed do 31 sierpnia 2020 r. na które służy odwołanie do Prezesa NFZ oraz decyzje wydawane na podstawie udzielonego pełnomocnictwa Prezesa NFZ, gdzie postępowanie administracyjne zostało wszczęte po 31 sierpnia 2020 r. Decyzje te są ostateczne i w tym przypadku nie służy odwołanie do Prezesa NFZ. Od decyzji wydawanych z upoważnienia Prezesa NFZ służy skarga do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania. Na koniec 2021 r. wydano z up. Prezesa NFZ 6 509 decyzji obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń, 113 decyzje stwierdzające działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu oraz 3 467 decyzji umarzających postępowanie administracyjne.

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

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

Dane statystyczne z zakresu list oczekujących w 2021 roku świadczeniodawcy przekazywali co miesiąc do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich NFZ, szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML określonymi w zarządzeniu Nr 13/2015/DI Prezesa NFZ z dnia 3 marca 2015 roku. W porównaniu z rokiem poprzedzającym, a w przypadku wielu komórek organizacyjnych oraz świadczeń – także zestawiając dane o dwa lata wstecz zaobserwowano zdecydowany wzrost liczby zrealizowanych świadczeń. Zawieszenie obowiązków sprawozdawczych w przedmiotowym zakresie kontynuowano od 2020 r. Dotyczyło ono nadal świadczeniodawców, którzy w określonych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej otrzymali polecenie, bądź wobec których został nałożony obowiązek udzielania tych świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19. Obowiązek wynikał z wprowadzenia przepisu 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) w zakresie dodanego niniejszą ustawą 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) NFZ w 2020 r. dostosował w tym celu system informatyczny, obejmujący swoim zakresem również Informator o Terminach Leczenia, umożliwiając oddziałom wojewódzkim Funduszu oznaczanie miejsc udzielania świadczeń oraz świadczeniodawców, którzy otrzymali polecenie albo na których został nałożony obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z leczeniem pacjentów z COVID-19. Zmodyfikowano również funkcjonalność związaną z powiadomieniami o planowanych terminach udzielania świadczeń, uwzględniając wskazane powyżej podstawy prawne. W przypadku wszystkich pozostałych świadczeniodawców, po okresowym zawieszeniu w 2020 r. kontynuowano obowiązek sprawozdawczy w przedmiotowym zakresie. Przesyłane co miesiąc przez świadczeniodawców komunikaty XML obejmowały sporządzane dla komórek organizacyjnych świadczeniodawców informacje w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” o:

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

Powyższe informacje świadczeniodawcy przekazywali również w odniesieniu do wybranych świadczeń, tj.: wymienionych w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U 1207 z późn.zm.) obejmującym wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczenia. W poniższej tabeli przedstawiono odsetek świadczeniodawców, którzy w podanych okresach sprawozdawczych przekazali do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących. Wyróżniającym się oddziałem jest oddział małopolski, który na koniec każdego kwartału sprawozdawczego przekazał dane statystyczne z zakresu list oczekujących od 100% świadczeniodawców. W pozostałych oddziałach wojewódzkich Funduszu w wymaganym okresie sprawozdawczym nie wszyscy świadczeniodawcy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących, jednak odsetek świadczeniodawców nieprzekazujących tych informacji nie przekroczył 7%.

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 31 marca 2021 r.).

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2021	czerwiec 2021	wrzesień 2021	grudzień 2021
1	Dolnośląski	97,7%	97,8%	97,7%	97,4%
2	Kujawsko-Pomorski	98,6%	99,2%	99,7%	99,3%
3	Lubelski	98,2%	98,7%	98,9%	99,2%
4	Lubuski	99,4%	98,5%	98,0%	98,8%
5	Łódzki	97,0%	93,2%	95,6%	94,5%
6	Małopolski	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
7	Mazowiecki	95,0%	96,0%	97,0%	97,0%
8	Opolski	96,2%	95,4%	95,9%	94,3%
9	Podkarpacki	98,6%	98,2%	97,9%	97,2%
10	Podlaski	99,8%	100,0%	99,6%	99,6%
11	Pomorski	98,8%	98,4%	99,5%	99,3%
12	Śląski	100,0%	100,0%	99,8%	99,7%
13	Świętokrzyski	96,8%	96,6%	97,6%	95,5%
14	Warmińsko-Mazurski	95,1%	93,5%	94,9%	94,0%
15	Wielkopolski	98,0%	98,5%	97,2%	98,4%
16	Zachodniopomorski	99,0%	98,6%	98,6%	98,8%

Dane przedstawione w tabeli zostały zaokrąglone w dół do jednej cyfry po przecinku.

Komunikatami sprawozdawczymi XML świadczeniodawcy przekazywali również informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. Częstotliwość przekazywania informacji o tym



terminie była większa, ponieważ świadczeniodawcy zobowiązani byli do ich przekazywania z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy. Dzięki temu możliwa była znacznie częstsza aktualizacja informacji publikowanych w Informatorze o Terminach Leczenia.

W przypadku świadczeń wymienionych w załączniku nr 9 do przywołanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. świadczeniodawcy byli zobowiązani do przekazywania w 2021 r. za pośrednictwem udostępnionej przez Fundusz aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) list oczekujących na te świadczenia w czasie rzeczywistym, tj. każdy wpis na listę oczekujących, skreślenie z listy czy zmiana planowanego terminu udzielenia świadczenia powinny być na bieżąco wprowadzone w trybie on-line i w chwili ich wprowadzenia widoczne również przez monitorujących harmonogramy przyjęć i listy oczekujących pracowników Funduszu.

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

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresów: onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii, endokrynologii,
- procedury medyczne: endoprotezoplastykę stawu biodrowego, endoprotezoplastykę stawu kolanowego, rewizje po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, rewizje po endoprotezoplastyce stawu kolanowego,
- zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), operacje jaskry, operacje jaskry z zaćmą, operacje plastyczne oka, zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia), wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka, wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego, pomosty dla rewaskularyzacji serca, usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka), zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia), wycięcie macicy (histerektomia),
- świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - badania diagnostyczne: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, 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 gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń wysokospecjalistycznych: wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków, operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla, operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym, przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca, kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających, mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami, przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka.

NFZ dla zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących podejmował w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2021 r. szereg działań:

- monitorowanie terminów spływu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców i wysyłanie do świadczeniodawców komunikatów o zbliżających się terminach sprawozdawczych,
- sprawdzanie kompletności i poprawności nadsyłanych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
- monitorowanie poprawności prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Centralę NFZ (AP-KOLCE), w tym określania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, aktualizacji daty oceny kolejki oczekujących, prowadzenia list oczekujących w czasie rzeczywistym,
- publikowanie m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla Funduszu, 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 z przedmiotowego zakresu dla NFZ,
- nakładanie kar umownych na świadczeniodawców niewywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących oraz nieprzestrzegających zasad prowadzenia list oczekujących.

W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2021 r. oddziały wojewódzkie NFZ nałożyły 308 kar umownych na świadczeniodawców za nieprowadzenie list oczekujących lub prowadzenie ich w sposób naruszający przepisy prawa. Ponadto, oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły w 2021 r. 1 633 ankiet sprawdzających działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami.

Przedstawione dalej tabele prezentują informacje o komórkach organizacyjnych świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, leczenia stomatologicznego i świadczeń opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących. Informacje odnoszą się do 5 komórek lub świadczeń, o największej medianie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych o największej w skali kraju liczbie osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2021 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 2019 r. do 2021 r. z list oczekujących do ww. komórek organizacyjnych z największą według stanu na koniec 2021 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 2021 r.

Poniższe dane mogą różnić się od danych przedstawionych w sprawozdaniach z działalności NFZ z lat poprzednich z uwagi na zastosowaną inną niż w latach poprzednich, uszczegółowioną, metodykę obejmującą ustandaryzowane podejście dla tego obszaru (listy oczekujących) uwzględniającą m.in. dodatkowe warunki agregacji danych wykluczające duplikowanie się osób oczekujących na świadczenia czy skreślonych z list oczekujących. Z uwagi na powyższe konieczna była aktualizacja danych z lat poprzednich.

## VI.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2021 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych: endokrynologicznych, gastroenterologicznych, kardiologicznych okulistycznych i diabetologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endokrynologicznej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 136 dni, a do 75% tych poradni nie przekroczyła 236 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 342 214 i 155 864 osób. W latach 2019-2021 mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla wybranych poradni ambulatoryjnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zmniejszyła się w poradniach endokrynologicznych, natomiast liczba osób oczekujących zwiększyła się. Poradnie okulistyczne wyróżniły się z pośród innych pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2021 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 942 630 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w w/w poradniach w 2021 r. zwiększyła się w porównaniu z 2020 r. Wśród osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku wszystkich poradni odnotowano wzrost udziału osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” w odniesieniu do 2020 roku.

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 2019, 2020 i 2021 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2019			2020			2021		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	9 231	27	100	5 187	16	76	9 497	32	80
		Przypadek stabilny	103 443	216	355	80 590	194	329	95 423	136	236
2	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	4 522	18	49	4 334	10	46	8 440	27	74
		Przypadek stabilny	50 019	103	185	42 170	74	151	61 697	88	152
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	14 104	18	51	8 396	8	37	20 045	21	60
		Przypadek stabilny	141 545	117	204	93 969	75	171	155 864	87	146
4	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	8 999	0	11	6 097	0	9	12 733	0	21
		Przypadek stabilny	294 799	78	161	236 884	49	137	342 214	60	117
5	Poradnie diabetologiczne	Przypadek pilny	1 779	0	17	1 412	0	12	3 427	6	30
		Przypadek stabilny	40 456	55	105	38 967	33	75	58 342	56	99

Tabela nr VI.3. Informacje o osobach skreślonych w okresie od styczeń-grudzień 2019 r., 2020 r. i 2021 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					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	27 851	2 321	22 185	1 849	29 119	2 427
		Przypadek stabilny	104 655	8 721	113 455	9 455	143 404	11 950
2	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	13 855	1 155	10 631	886	19 334	1 611
		Przypadek stabilny	93 740	7 812	73 617	6 135	111 855	9 321
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	70 999	5 917	53 085	4 424	82 116	6 843
		Przypadek stabilny	295 542	24 629	284 738	23 728	406 509	33 876
4	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	50 002	4 167	34 306	2 859	62 827	5 236
		Przypadek stabilny	767 288	63 941	568 692	47 391	942 630	78 553
5	Poradnie diabetologiczne	Przypadek pilny	10 859	905	7 906	659	14 984	1 249
		Przypadek stabilny	112 134	9 345	105 317	8 776	168 023	14 002

### VI.1.2. Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2021 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych, otorynolaryngologicznych i reumatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 98 dni, a w 75% tych oddziałów nie przekroczyła 221 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały: chirurgii urazowo-ortopedycznej i otorynolaryngologiczne wyróżniły się największą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 83 592 i 74 049 osób. W grudniu 2021 r. w porównaniu do grudnia 2020 r. we wszystkich omawianych oddziałach szpitalnych zaobserwowano wzrost liczby osób oczekujących w kategorii „przypadek stabilny”. We wszystkich ww. oddziałach w 2021 r. zaobserwowano wzrost liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w porównaniu z 2020 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 2021 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2019		2020		2021				
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	18 569	17	57	20 757	13	43	24 824	15	54
		Przypadek stabilny	81 333	137	319	78 197	94	221	83 592	98	221

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2019			2020			2021		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
2	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	1 558	45	85	1 104	34	90	1 233	30	86
		Przypadek stabilny	9 938	172	239	8 053	145	275	8 139	92	150
3	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	7 769	16	66	7 237	13	51	8 116	18	71
		Przypadek stabilny	29 647	90	213	29 069	100	226	32 003	84	266
4	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	4 454	10	35	4 559	3	26	5 059	5	30
		Przypadek stabilny	76 113	128	195	66 943	86	235	74 049	67	150
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	3 336	13	42	2 193	5	21	3 806	9	36
		Przypadek stabilny	11 929	49	131	6 908	37	104	8 247	45	81

Tabela nr VI.5. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2019 r. do 2021 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					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	33 698	2 808	17 089	1 424	27 745	2 312
		Przypadek stabilny	57 342	4 779	28 137	2 345	44 486	3 707
2	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	2 762	230	1 793	149	2 142	179
		Przypadek stabilny	9 559	797	5 320	443	8 193	683
3	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	10 416	868	7 309	609	11 187	932
		Przypadek stabilny	16 284	1 357	9 275	773	15 275	1 273
4	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	13 274	1 106	6 952	579	9 911	826
		Przypadek stabilny	77 718	6 477	32 344	2 695	50 062	4 172
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	13 008	1 084	8 981	748	12 210	1 018
		Przypadek stabilny	27 928	2 327	14 344	1 195	20 214	1 685

### VI.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2021 r., wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych komórek organizacyjnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami: oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, poradni zdrowia psychicznego i poradni leczenia nerwic. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 40 dni, a do 75% tych oddziałów nie przekroczyła 107 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie zdrowia psychicznego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyróżniły się największą liczbą osób oczekujących, wynoszącą 72 619 osób. W porównaniu z 2020 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła w 2021 r. w przypadku wszystkich wymienionych w tabeli komórek organizacyjnych. Liczba osób oczekujących zmniejszyła się do oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, poradni leczenia nerwic, a zwiększyła się do: poradni zdrowia psychicznego dla dzieci oraz poradni zdrowia psychicznego. Poradnie zdrowia psychicznego wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2021 r. z powodu wykonania świadczenia zarówno dla kategorii medycznej „przypadek pilny”, jak i „przypadek stabilny”. Liczby te wynosiły odpowiednio 2 980 i 330 404 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2021 r. wzrosła w porównaniu z 2020 r. - zarówno w przypadku kategorii medycznej „przypadek stabilny”, jak i „przypadek pilny” do wszystkich ww. komórek organizacyjnych.

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 2021 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2019			2020			2021		
			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	126	0	1	129	0	0	240	0	0
		Przypadek stabilny	6 661	47	259	6 378	36	187	6 307	40	107
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	Przypadek pilny	359	0	22	280	0	0	430	0	22
		Przypadek stabilny	4 166	45	180	5 582	28	122	4 306	37	111
3	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	294	0	0	132	0	0	323	0	0
		Przypadek stabilny	10 959	38	79	8 876	24	46	15 293	36	63
4	Poradnie zdrowia psychicznego	Przypadek pilny	216	0	0	203	0	0	705	0	0
		Przypadek stabilny	39 261	19	44	42 656	14	32	72 619	24	46

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2019			2020			2021		
			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
5	Poradnie leczenia nerwic	Przypadek pilny	0	0	0	1	0	0	0	0	0
		Przypadek stabilny	868	14	35	1 297	12	34	999	17	43

Tabela nr VI.7. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2019 r. do 2021 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					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
1	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	Przypadek pilny	828	69	370	31	438	37
		Przypadek stabilny	3 858	322	1 725	144	3 015	251
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	Przypadek pilny	898	75	588	49	825	69
		Przypadek stabilny	6 706	559	4 038	337	10 491	874
3	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	1 376	115	880	73	1 523	127
		Przypadek stabilny	28 698	2 392	31 730	2 644	43 786	3 649
4	Poradnie zdrowia psychicznego	Przypadek pilny	2 781	232	1 853	154	2 980	248
		Przypadek stabilny	155 188	12 932	210 786	17 566	330 404	27 534
5	Poradnie leczenia nerwic	Przypadek pilny	828	69	370	31	438	37
		Przypadek stabilny	3 858	322	1 725	144	3 015	251

#### VI.1.4. Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2021 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących komórek, wybranych spośród komórek organizacyjnych/świadczeń z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących na świadczenia rehabilitacji leczniczej: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, zakładów/ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, fizjoterapii ambulatoryjnej, zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej oraz poradni rehabilitacyjnych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 264 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oraz świadczeń rehabilitacyjnych fizjoterapia ambulatoryjna wyróżniła się dużą liczbą osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wynoszącą 540 122 osób. W porównaniu do 2020 roku mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” w 2021 roku zwiększyła się w przypadku: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, zakładów/ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, poradni rehabilitacyjnych. Natomiast dla pozostałych komórek i świadczeń wskaźnik ten się zmniejszył (dot. fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej).



Liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” uległa spadkowi w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, a wzrosła w pozostałych komórkach organizacyjnych. Fizjoterapia ambulatoryjna wyróżniła się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2021 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 1 608 259 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2021 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła w porównaniu z 2020 r. dla wszystkich ww. komórek i świadczeń. Niskie wartości za 2019 rok w odniesieniu do osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej wynikają z tego, że listy oczekujących na to świadczenie są prowadzone w czasie rzeczywistym w aplikacji AP- Kolce od 2020 roku i dopiero od końca 2019 roku powyższa aplikacja jest sukcesywnie zasilana danymi.

Tabela nr VI.8. Rehabilitacja lecznicza – 5 komórek organizacyjnych, świadczeń z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących wg stanu na koniec 2021 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2019			2020			2021		
			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	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	28 904	43	87	21 740	20	55	23 191	27	61
		Przypadek stabilny	162 232	300	695	128 522	258	681	106 015	264	856
2	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	0	0	0	2	0	0	0	0	0
		Przypadek stabilny	1 240	171	171	854	103	103	1 148	137	137
3	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	35 219	0	0	74 759	25	66	117 572	32	71
		Przypadek stabilny	222 885	0	0	431 862	92	196	540 122	81	142
4	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej	Przypadek pilny	18 765	25	80	16 851	12	64	20 963	24	82
		Przypadek stabilny	81 608	109	267	62 097	89	247	67 154	79	212
5	Poradnie rehabilitacyjne	Przypadek pilny	11 901	4	22	6 629	2	13	12 268	6	21
		Przypadek stabilny	113 664	27	60	58 633	14	35	93 253	22	44

Tabela nr VI.9. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2019 r. do 2021 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					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
1	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	14 498	1 208	37 101	3 092	43 998	3 667
		Przypadek stabilny	12 046	1 004	29 264	2 439	39 355	3 280
2	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	0	0	0	0	0	0
		Przypadek stabilny	2 614	218	1 006	84	1 921	160
3	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	234	20	300 205	25 017	433 695	36 141
		Przypadek stabilny	870	73	1 286 175	107 181	1 608 259	134 022
4	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej	Przypadek pilny	42 751	3 563	27 565	2 297	48 094	4 008
		Przypadek stabilny	113 378	9 448	75 089	6 257	115 596	9 633
5	Poradnie rehabilitacyjne	Przypadek pilny	71 679	5 973	48 725	4 060	72 887	6 074
		Przypadek stabilny	545 999	45 500	337 735	28 145	533 930	44 494

### VI.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2021 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynika, że do oddziałów medycyny paliatywnej oczekiwało 289 osób, a do poradni medycyny paliatywnej oczekiwało 312 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia do poradni medycyny paliatywnej była 8.krotnie większa od liczby osób oczekujących odnotowanej na koniec 2021 roku. W 2021 r. z list oczekujących w kategorii „przypadek stabilny” do poradni medycyny paliatywnej z powodu wykonania świadczenia zostało skreślonych 2 534 osób. Natomiast w przypadku oddziałów medycyny paliatywnej zostały skreślone 1 552 osoby.

Tabela nr VI.10. Informacja o liczbie osób oczekujących oraz średnim rzeczywistym czasie oczekiwania do poradni medycyny paliatywnej – „przypadki stabilne” – wg stanu na koniec grudnia 2021 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2019			Grudzień 2020			Grudzień 2021		
			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	33	0	0	26	0	0	23	0	0
		Przypadek stabilny	158	0	3	374	0	1	289	0	0
2	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	3	0	0	1	0	0	4	0	0
		Przypadek stabilny	294	0	0	189	0	0	312	0	0

Tabela nr VI.11. Informacje o osobach skreślonych w okresie 2019-2021 r. z list oczekujących do poradni medycyny paliatywnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
1	Oddziały medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	508	42	583	49	394	33
		Przypadek stabilny	1 885	157	1 662	139	1 552	129
2	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	26	2	80	7	160	13
		Przypadek stabilny	887	74	1 945	162	2 534	211

### VI.1.6. Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2021 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek 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 98 dni, a do 75% tych poradni nie przekroczyła 285 dni. Ze względu na dużą liczbę osób skreślonych w 2021 r. z listy oczekujących tzn. 1 130 343 osób z powodu wykonania świadczenia należy wyróżnić poradnie stomatologiczne. We wszystkich poradniach realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego, liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, w 2021 r. zwiększyła się w porównaniu do 2020 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 2021 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2019			2020			2021		
			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	17	0	0	3	0	0	13	0	0
		Przypadek stabilny	4 180	154	269	3 416	106	335	4 638	98	285
2	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	200	0	0	167	0	0	179	0	0
		Przypadek stabilny	60 180	64	247	53 586	34	232	55 505	45	168
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	137	0	0	226	0	0	228	0	0
		Przypadek stabilny	20 141	6	34	20 772	6	30	26 791	10	36

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2019			2020			2021		
			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
4	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek pilny	6	0	0	0	0	0	5	0	0
		Przypadek stabilny	1 657	1	51	1 302	0	11	1 608	8	31
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	446	0	0	766	0	0	538	0	0
		Przypadek stabilny	115 293	0	9	138 200	0	7	216 920	0	10

Tabela nr VI.13. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2019 r. do 2021 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					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2019	średnio miesięcznie 2021
1	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	117	10	71	6	44	4
		Przypadek stabilny	4 336	361	4 547	379	7 694	641
2	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	1 452	121	656	55	1 034	86
		Przypadek stabilny	65 170	5 431	48 159	4 013	71 137	5 928
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	2 044	170	2 587	216	3 198	267
		Przypadek stabilny	66 376	5 531	53 271	4 439	93 718	7 810
4	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek pilny	137	11	97	8	48	4
		Przypadek stabilny	6 242	520	4 703	392	5 395	450
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	6 992	583	6 534	545	5 809	484
		Przypadek stabilny	763 699	63 642	676 869	56 406	1 130 343	94 195

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

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2021 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano na listach oczekujących na następujące świadczenia z zakresu: endoprotezoplastyki stawu kolanowego, endoprotezoplastyki stawu biodrowego, endokrynologii, kardiologii, zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), zabiegi w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, koronarografię, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej oraz leczenie aparatem ortodontycznym. Najwyższa mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dotyczy świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” i wyniosła według stanu na koniec grudnia 2021 r. 279 dni, a do 75% oddziałów realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 763 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 259 dni, a do 75%

oddziałów realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 665 dni. Wysoka mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, wynosząca 133 dni zaobserwowana została również dla świadczeń z zakresu endokrynologii. W przypadku świadczeń z zakresu: kardiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz rezonansu magnetycznego odnotowano największe liczby osób oczekujących, które według stanu na koniec 2021 r. wyniosły dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio: 175 503 osoby, 135 771 osób i 135 119 osób. Duża liczba osób oczekujących (108 852 osób) odnotowana została również dla tej samej kategorii na świadczenia z zakresu endokrynologii. W 2021 roku, w uwzględnionych w tabeli świadczeń dla kategorii „przypadek stabilny”, odnotowano spadek liczby oczekujących na endoprotezoplastykę stawu kolanowego oraz biodrowego, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma) oraz na leczenie aparatem ortodontycznym. Spadek mediany średniego czasu oczekiwania zaobserwowano w odniesieniu do świadczeń endokrynologii oraz zabiegów w zakresie soczewki (zaćma). Świadczenia rezonansu magnetycznego dla kategorii „przypadek stabilny” wyróżniły się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2021 r. z powodu wykonania świadczenia (983 996 osoby). Dla wszystkich świadczeń wymienionych w poniższej tabeli liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2021 r. uległa zwiększeniu w porównaniu z 2020 rokiem.

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 2021 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej/świadczenia	Kategoria medyczna	2019			2020			2021		
			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	18 732	104	265	18 063	51	226	19 152	67	220
		Przypadek stabilny	87 607	465	988	79 908	270	674	74 633	279	763
2	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	13 958	89	208	13 682	64	179	14 220	69	172
		Przypadek stabilny	72 096	352	723	62 573	233	634	57 523	259	665
3	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	10 514	23	95	6 091	14	76	11 339	31	80
		Przypadek stabilny	117 680	208	343	89 895	180	320	108 852	133	232
4	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	15 983	18	50	9 232	8	37	22 067	22	59
		Przypadek stabilny	163 489	115	198	105 071	74	168	175 503	86	145
5	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	10 146	36	75	4 484	16	48	3 413	9	30
		Przypadek stabilny	162 246	141	406	75 990	49	181	54 072	41	80
6	Świadczenia z zakresu ortopedii	Przypadek pilny	12 995	10	25	7 220	7	18	17 949	13	31

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej/świadczenia	Kategoria medyczna	2019			2020			2021		
			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
	i traumatologii narządu ruchu	Przypadek stabilny	140 274	47	87	75 699	30	59	135 771	41	67
7	Koronarografia	Przypadek pilny	3 211	5	24	2 708	0	19	2 844	1	17
		Przypadek stabilny	15 641	51	99	11 767	35	102	14 328	35	69
8	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	40 197	30	51	18 623	14	26	37 263	21	32
		Przypadek stabilny	144 928	68	132	72 411	28	60	135 119	37	58
9	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	11 346	8	16	7 904	7	13	14 061	9	16
		Przypadek stabilny	69 613	18	44	53 757	14	32	87 018	17	36
10	Leczenie aparatem ortodontycznym	Przypadek pilny	290	0	0	285	0	0	353	0	0
		Przypadek stabilny	71 662	40	344	54 767	12	267	49 715	15	182

Tabela nr VI.15. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2019 r. do 2021 r. z list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	14 698	1 225	10 171	848	12 400	1 033
		Przypadek stabilny	15 770	1 314	11 226	936	14 009	1 167
2	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	21 536	1 795	15 134	1 261	18 681	1 557
		Przypadek stabilny	20 523	1 710	14 469	1 206	18 703	1 559
3	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	31 893	2 658	25 333	2 111	33 525	2 794
		Przypadek stabilny	123 276	10 273	131 260	10 938	165 561	13 797
4	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	79 936	6 661	59 518	4 960	90 954	7 580
		Przypadek stabilny	340 999	28 417	323 038	26 920	459 416	38 285
5	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	70 809	5 901	30 998	2 583	27 559	2 297
		Przypadek stabilny	272 397	22 700	188 022	15 669	225 962	18 830
6	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	106 507	8 876	99 788	8 316	145 282	12 107
		Przypadek stabilny	547 487	45 624	598 029	49 836	870 082	72 507
7	Koronarografia	Przypadek pilny	14 593	1 216	8 128	677	13 012	1 084
		Przypadek stabilny	49 211	4 101	27 891	2 324	44 658	3 722

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
8	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	391 325	32 610	338 207	28 184	373 561	31 130
		Przypadek stabilny	623 617	51 968	704 823	58 735	983 996	82 000
9	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	228 968	19 081	168 932	14 078	200 341	16 695
		Przypadek stabilny	725 401	60 450	600 525	50 044	891 592	74 299
10	Leczenie aparatem ortodontycznym	Przypadek pilny	1 330	111	853	71	1 103	92
		Przypadek stabilny	48 052	4 004	34 440	2 870	46 958	3 913

### VI.1.8. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2019 r. do grudnia 2021 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 2020 r. do grudnia 2021 r. wzrost lub spadek liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” o co najmniej 10 tys. osób. W przypadku zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, leczenia protetycznego odnotowano spadek liczby osób oczekujących odpowiednio o: 22 989 osób, 21 056 osób, 15 449 osób. Wzrost liczby osób oczekujących nastąpił w przypadku pozostałych komórek organizacyjnych oraz świadczeń wykazanych w tej tabeli wg powyższego kryterium. W 2021 r. najwięcej osób skreślono dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej 1 608 259 osób, poradni stomatologicznej 1 130 343 osoby, rezonansu magnetycznego 983 996 osób, poradni położniczo-ginekologicznej 983 872 osoby, poradni okulistycznej 942 630 osób oraz świadczeń tomografii komputerowej 891 592 osób. W porównaniu z 2020 r. wzrost liczby osób skreślonych dla tej kategorii medycznej z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia odnotowano w przypadku wszystkich świadczeń wykazanych w poniższej tabeli.

Tabela nr VI.16. Wykaz komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane grudnia 2020 r. do grudnia 2021 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2019			Grudzień 2020			Grudzień 2021			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2021 w stosunku do grudnia 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	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	40 197	30	51	18 623	14	26	37 263	21	32	81 348
		Przypadek stabilny	144 928	68	132	72 411	28	60	135 119	37	58	

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2019			Grudzień 2020			Grudzień 2021			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2021 w stosunku do grudnia 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	
2	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	11 346	8	16	7 904	7	13	14 061	9	16	39 418
		Przypadek stabilny	69 613	18	44	53 757	14	32	87 018	17	36	
3	Gastroskopia	Przypadek pilny	3 390	10	22	1 933	5	14	5 433	12	26	28 122
		Przypadek stabilny	43 911	35	66	22 400	23	54	47 022	36	58	
4	Kolonoskopia	Przypadek pilny	6 508	17	36	3 924	11	29	9 352	20	39	38 999
		Przypadek stabilny	71 768	63	133	36 534	53	127	70 105	55	92	
5	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	10 146	36	75	4 484	16	48	3 413	9	30	-22 989
		Przypadek stabilny	162 246	141	406	75 990	49	181	54 072	41	80	
6	Świadczenia z zakresu onkologii	Przypadek pilny	682	0	5	447	0	5	748	0	6	15 461
		Przypadek stabilny	18 949	12	29	19 232	11	25	34 392	14	31	
7	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	12 995	10	25	7 220	7	18	17 949	13	31	70 801
		Przypadek stabilny	140 274	47	87	75 699	30	59	135 771	41	67	
8	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	15 983	18	50	9 232	8	37	22 067	22	59	83 267
		Przypadek stabilny	163 489	115	198	105 071	74	168	175 503	86	145	
9	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	10 514	23	95	6 091	14	76	11 339	31	80	24 205
		Przypadek stabilny	117 680	208	343	89 895	180	320	108 852	133	232	
10	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	28 904	43	87	21 740	20	55	23 191	27	61	-21 056
		Przypadek stabilny	162 232	300	695	128 522	258	681	106 015	264	856	
11	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	35 219	0	0	74 759	25	66	117 572	32	71	151 073
		Przypadek stabilny	222 885	0	0	431 862	92	196	540 122	81	142	
12	Leczenie protetyczne	Przypadek pilny	407	0	0	379	0	0	323	0	0	-15 449
		Przypadek stabilny	187 573	0	81	143 654	0	37	128 205	0	27	
13	Poradnia alergologiczna	Przypadek pilny	1 103	0	13	692	0	8	2 323	3	24	28 937
		Przypadek stabilny	50 372	61	107	28 095	22	54	57 032	48	84	



Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2019			Grudzień 2020			Grudzień 2021			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2021 w stosunku do grudnia 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	
14	Poradnia alergologiczna dla dzieci	Przypadek pilny	546	3	22	395	0	14	1 453	9	37	14 229
		Przypadek stabilny	20 107	72	127	11 892	33	69	26 121	63	114	
15	Poradnia diabetologiczna	Przypadek pilny	1 779	0	17	1 412	0	12	3 427	6	30	19 375
		Przypadek stabilny	40 456	55	105	38 967	33	75	58 342	56	99	
16	Poradnia gastroenterologiczna	Przypadek pilny	4 522	18	49	4 334	10	46	8 440	27	74	19 527
		Przypadek stabilny	50 019	103	185	42 170	74	151	61 697	88	152	
17	Poradnia dermatologiczna	Przypadek pilny	1 992	0	6	1 421	0	4	4 241	0	11	50 250
		Przypadek stabilny	92 152	18	42	60 450	9	24	110 700	21	46	
18	Poradnia neurologiczna	Przypadek pilny	14 918	6	27	10 139	4	20	24 481	11	36	79 598
		Przypadek stabilny	169 544	52	100	130 145	31	69	209 743	51	86	
19	Poradnia gruźlicy i chorób płuc	Przypadek pilny	1 536	2	14	2 869	0	11	7 047	8	34	29 555
		Przypadek stabilny	28 856	31	69	28 453	18	42	58 008	51	94	
20	Poradnia chorób płuc	Przypadek pilny	1 574	4	17	1 964	1	12	4 090	9	35	14 024
		Przypadek stabilny	22 250	33	80	22 982	22	54	37 006	53	100	
21	Poradnia reumatologiczna	Przypadek pilny	2 867	0	21	2 198	0	15	5 249	8	35	17 511
		Przypadek stabilny	42 617	46	95	34 044	31	73	51 555	50	87	
22	Poradnia rehabilitacyjna	Przypadek pilny	11 901	4	22	6 629	2	13	12 268	6	21	34 620
		Przypadek stabilny	113 664	27	60	58 633	14	35	93 253	22	44	
23	Poradnia położniczo-ginekologiczna	Przypadek pilny	894	0	0	894	0	0	1 133	0	0	35 422
		Przypadek stabilny	61 796	3	19	72 257	5	15	107 679	7	21	
24	Poradnia chirurgii ogólnej	Przypadek pilny	2 219	0	5	2 126	0	4	5 059	2	8	30 264
		Przypadek stabilny	58 350	8	18	47 972	6	12	78 236	9	20	
25	Poradnia okulistyczna	Przypadek pilny	8 999	0	11	6 097	0	9	12 733	0	21	105 330
		Przypadek stabilny	294 799	78	161	236 884	49	137	342 214	60	117	

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2019			Grudzień 2020			Grudzień 2021			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2021 w stosunku do grudnia 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	
26	Poradnia otorynolaryngologiczna	Przypadek pilny	3 874	0	6	3 024	0	4	7 656	1	10	48 258
		Przypadek stabilny	94 161	14	33	70 007	8	19	118 265	16	32	
27	Poradnia urologiczna	Przypadek pilny	4 964	6	22	3 652	4	15	8 307	11	28	33 206
		Przypadek stabilny	83 458	69	126	63 370	40	88	96 576	50	86	
28	Poradnia zdrowia psychicznego	Przypadek pilny	216	0	0	203	0	0	705	0	0	29 963
		Przypadek stabilny	39 261	19	44	42 656	14	32	72 619	24	46	
29	Poradnia stomatologiczna	Przypadek pilny	446	0	0	766	0	0	538	0	0	78 720
		Przypadek stabilny	115 293	0	9	138 200	0	7	216 920	0	10	
30	Oddział chirurgiczny ogólny	Przypadek pilny	2 261	0	10	2 395	0	4	2 784	0	6	10 381
		Przypadek stabilny	57 774	37	67	43 595	24	58	53 976	32	57	

Tabela nr VI.17. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2019 r., 2020 r. i 2021 r. z list oczekujących do komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których, porównując dane za grudzień 2020 r. i grudzień 2021 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					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
1	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	391 325	32 610	338 207	28 184	373 561	31 130
		Przypadek stabilny	623 617	51 968	704 823	58 735	983 996	82 000
2	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	228 968	19 081	168 932	14 078	200 341	16 695
		Przypadek stabilny	725 401	60 450	600 525	50 044	891 592	74 299
3	Gastroskopia	Przypadek pilny	11 712	976	29 400	2 450	42 069	3 506
		Przypadek stabilny	76 149	6 346	180 533	15 044	265 121	22 093
4	Kolonoskopia	Przypadek pilny	9 710	809	27 306	2 276	37 432	3 119
		Przypadek stabilny	53 254	4 438	145 393	12 116	210 237	17 520
5	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	70 809	5 901	30 998	2 583	27 559	2 297
		Przypadek stabilny	272 397	22 700	188 022	15 669	225 962	18 830

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
6	Świadczenia z zakresu onkologii	Przypadek pilny	15 302	1 275	16 450	1 371	19 765	1 647
		Przypadek stabilny	80 621	6 718	158 523	13 210	251 051	20 921
7	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	106 507	8 876	99 788	8 316	145 282	12 107
		Przypadek stabilny	547 487	45 624	598 029	49 836	870 082	72 507
8	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	70 999	5 917	53 085	4 424	82 116	6 843
		Przypadek stabilny	295 542	24 629	284 738	23 728	406 509	33 876
9	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	27 851	2 321	22 185	1 849	29 119	2 427
		Przypadek stabilny	104 655	8 721	113 455	9 455	143 404	11 950
10	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	14 498	1 208	37 101	3 092	43 998	3 667
		Przypadek stabilny	12 046	1 004	29 264	2 439	39 355	3 280
11	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	234	20	300 205	25 017	433 695	36 141
		Przypadek stabilny	870	73	1 286 175	107 181	1 608 259	134 022
12	Leczenie protetyczne	Przypadek pilny	2 506	209	1 517	126	1 594	133
		Przypadek stabilny	177 299	14 775	121 180	10 098	159 555	13 296
13	Poradnia alergologiczna	Przypadek pilny	11 462	955	6 925	577	13 726	1 144
		Przypadek stabilny	185 545	15 462	127 608	10 634	201 856	16 821
14	Poradnia alergologiczna dla dzieci	Przypadek pilny	4 199	350	2 405	200	5 180	432
		Przypadek stabilny	58 680	4 890	41 035	3 420	71 473	5 956
15	Poradnia diabetologiczna	Przypadek pilny	10 859	905	7 904	659	14 984	1 249
		Przypadek stabilny	112 134	9 345	105 325	8 777	168 303	14 025
16	Poradnia gastroenterologiczna	Przypadek pilny	13 855	1 155	10 631	886	19 334	1 611
		Przypadek stabilny	93 740	7 812	73 617	6 135	111 855	9 321
17	Poradnia dermatologiczna	Przypadek pilny	27 493	2 291	16 840	1 403	35 699	2 975
		Przypadek stabilny	568 680	47 390	386 198	32 183	672 796	56 066
18	Poradnia neurologiczna	Przypadek pilny	69 913	5 826	54 881	4 573	99 754	8 313
		Przypadek stabilny	533 335	44 445	417 105	34 759	676 612	56 384
19	Poradnia gruźlicy i chorób płuc	Przypadek pilny	15 105	1 259	9 969	831	25 960	2 163
		Przypadek stabilny	136 687	11 391	111 273	9 273	212 333	17 694
20		Przypadek pilny	9 714	810	6 865	572	14 826	1 236

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2019	średnio miesięcznie 2019	2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021
	Poradnia chorób płuc	Przypadek stabilny	78 231	6 519	61 894	5 158	117 611	9 801
21	Poradnia reumatologiczna	Przypadek pilny	13 524	1 127	9 398	783	18 487	1 541
		Przypadek stabilny	126 587	10 549	94 227	7 852	153 447	12 787
22	Poradnia rehabilitacyjna	Przypadek pilny	71 679	5 973	48 725	4 060	72 887	6 074
		Przypadek stabilny	545 999	45 500	337 735	28 145	533 930	44 494
23	Poradnia położniczo-ginekologiczna	Przypadek pilny	6 289	524	4 829	402	6 344	529
		Przypadek stabilny	513 806	42 817	648 320	54 027	983 872	81 989
24	Poradnia chirurgii ogólnej	Przypadek pilny	36 212	3 018	31 979	2 665	74 715	6 226
		Przypadek stabilny	546 437	45 536	489 149	40 762	831 808	69 317
25	Poradnia okulistyczna	Przypadek pilny	50 002	4 167	34 306	2 859	62 827	5 236
		Przypadek stabilny	767 288	63 941	568 692	47 391	942 630	78 553
26	Poradnia otorynolaryngologiczna	Przypadek pilny	42 408	3 534	29 867	2 489	61 560	5 130
		Przypadek stabilny	612 963	51 080	440 727	36 727	785 219	65 435
27	Poradnia urologiczna	Przypadek pilny	25 653	2 138	17 821	1 485	34 607	2 884
		Przypadek stabilny	199 941	16 662	173 480	14 457	295 427	24 619
28	Poradnia zdrowia psychicznego	Przypadek pilny	2 781	232	1 853	154	2 980	248
		Przypadek stabilny	155 188	12 932	210 786	17 566	330 404	27 534
29	Poradnia stomatologiczna	Przypadek pilny	6 992	583	6 534	545	5 809	484
		Przypadek stabilny	763 699	63 642	676 869	56 406	1 130 343	94 195
30	Oddział chirurgiczny ogólny	Przypadek pilny	17 048	1 421	12 113	1 009	16 741	1 395
		Przypadek stabilny	177 830	14 819	93 256	7 771	143 680	11 973

### VI.1.9. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

Poniżej zostały przedstawione najczęstsze przyczyny wydłużonego czasu oczekiwania na omawiane świadczenia, tj. przede wszystkim na świadczenia:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu endokrynologii, kardiologii, gastroenterologii, okulistyki oraz świadczenia rezonansu magnetycznego i świadczenia tomografii komputerowej, diabetologii,
- szpitalne realizowane w oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych, otorynolaryngologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych,

reumatologicznych oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i zabiegi w zakresie soczewki (zaćma),

- rehabilitacji leczniczej realizowane w: poradniach rehabilitacyjnych, zakładach/ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej, zakładach/ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznej oraz świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i fizjoterapii ambulatoryjnej,
- realizowane w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w: poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym, oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci, poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach leczenia uzależnienia i poradniach leczenia nerwic,
- stomatologiczne realizowane w: poradniach stomatologicznych, poradniach ortodontycznych dla dzieci, poradniach periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia, poradniach ortodontycznych, poradniach chirurgii stomatologicznej 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 2021 r. na ograniczenie dostępności do świadczeń w znaczący sposób mogło wpłynąć dalsze trwanie pandemii COVID-19 - z uwagi na częściowe zamknięcie lub przekształcenie wybranych szpitali w szpitale dedykowane pacjentom chorującym na tę chorobę (przekształcenia łóżek szpitalnych w łóżka „covidowe”) zgodnie z zaleceniami NFZ, Ministerstwa Zdrowia a także decyzjami wojewodów. Należy podkreślić, że zwiększona liczba zachorowań personelu i przesunięcia do zadań na oddziałach covidowych wpływały na ograniczenie potencjału wykonawczego a ponadto występowały przesunięcia personelu medycznego do zadań na oddziałach covidowych. Wszyscy świadczeniodawcy realizujący świadczenia musieli dostosować się do ograniczeń i wymogów reżimu sanitarnego, a część pacjentów przekładała przyjęcia planowe na okres po zakończeniu poszczególnych fal pandemii. W związku ze stabilizacją sytuacji epidemicznej w 2021 roku, zwiększyła się zgłaszalność pacjentów do poradni specjalistycznych. Równocześnie, podmioty które w stanie epidemii zaangażowane były w leczenie pacjentów covidowych, stopniowo wznawiały wykonywanie świadczeń. Należy zwrócić uwagę na znaczące zwiększenie w omawianym okresie liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia - co świadczy o poprawie dostępności do świadczeń.

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,
- 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, pozostawianie 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. 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 2021 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 2021 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ (dane wg CWU wg stanu na koniec 2021 r.).

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba zrealizowanych skierowań w 2021 roku	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 700 851	22 371	83
Kujawsko-Pomorski	1 877 084	13 993	75
Lubelski	1 914 532	15 312	80
Lubuski	926 199	5 680	61
Łódzki	2 323 635	18 237	78

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba zrealizowanych skierowań w 2021 roku	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Małopolski	3 199 050	20 076	63
Mazowiecki	5 369 502	38 646	72
Opolski	842 510	5 752	68
Podkarpacki	1 897 604	13 455	71
Podlaski	1 055 086	8 854	84
Pomorski	2 198 746	14 405	66
Śląski	4 129 563	32 914	80
Świętokrzyski	1 104 109	9 739	88
Warmińsko- Mazurski	1 243 240	11 058	89
Wielkopolski	3 387 632	27 499	81
Zachodniopomorski	1 519 443	8 032	53
Ogółem	35 688 786	266 023	75

W poniższych tabelach przedstawiono dane dotyczące liczby osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w poszczególnych w zakresach świadczeń w 2021 r. oraz wskaźniki dostępności do niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przedstawienie danych dotyczących poszczególnych zakresów świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w osobnych tabelach wynika z ich odmiennej specyfiki w szczególności z faktu, że dedykowane są one odrębnym grupom świadczeniobiorców.

Tabela VI.19. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” w 2021 r. w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w 2021 roku	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 700 851	553	2,05
Kujawsko-Pomorski	1 877 084	450	2,40
Lubelski	1 914 532	443	2,31
Lubuski	926 199	92	0,99
Łódzki	2 323 635	408	1,76
Małopolski	3 199 050	478	1,49
Mazowiecki	5 369 502	1 182	2,20
Opolski	842 510	201	2,39
Podkarpacki	1 897 604	345	1,82
Podlaski	1 055 086	225	2,13
Pomorski	2 198 746	414	1,88
Śląski	4 129 563	1 218	2,95
Świętokrzyski	1 104 109	129	1,17



Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w 2021 roku	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Warmińsko- Mazurski	1 243 240	282	2,27
Wielkopolski	3 387 632	771	2,28
Zachodniopomorski	1 519 443	177	1,16
Ogółem	35 688 786	7 368	2,06

Tabela nr VI.20. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane zespół transportu medycznego w 2021 r. w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w 2021 roku	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 700 851	3 180	11,77
Kujawsko-Pomorski	1 877 084	2 538	13,52
Lubelski	1 914 532	305	1,59
Lubuski	926 199	1 468	15,85
Łódzki	2 323 635	1 239	5,33
Małopolski	3 199 050	1 064	3,33
Mazowiecki	5 369 502	6 560	12,22
Opolski	842 510	942	11,18
Podkarpacki	1 897 604	5 253	27,68
Podlaski	1 055 086	1 506	14,27
Pomorski	2 198 746	3 550	16,15
Śląski	4 129 563	5 894	14,27
Świętokrzyski	1 104 109	1 937	17,54
Warmińsko- Mazurski	1 243 240	2 643	21,26
Wielkopolski	3 387 632	3 105	9,17
Zachodniopomorski	1 519 443	443	2,92
Ogółem	35 688 786	41 627	11,66

W 2021 roku funkcjonowały łącznie 1 602 zespoły ratownictwa medycznego, w tym: 1 266 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 8 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) oraz 336 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się w 2021 r. względem roku poprzedniego o 5 (0,31%), przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 11, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 6. 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 2021 rok zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje dotyczące ich dostępności w latach 2020-2021.

Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2020 r.	Liczba zespołów w 2021 r.	Liczba zespołów w 2021 r. w stosunku do liczby zespołów w 2020 r.
Liczba zespołów ratownictwa medycznego *			
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 260	1 266	100,48%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	347	336	96,83%
RAZEM	1 607	1 602	99,69%
Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**			
Rodzaj zespołu	2020 r.	2021 r.	Dostępność zespołów w 2021 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2020 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 192,12	1 211,10	101,59%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	344,78	335,67	97,36%
RAZEM	1 536,90	1 546,77	100,64%
*) 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 2020-2021, 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 2021 roku o 0,64% większa niż w 2020 roku, przy czym dostępność podstawowych zespołów wzrosła o 1,59%, natomiast dostępność specjalistycznych zespołów zmniejszyła się o 2,64%.

Drugi z wymienionych powyższej wskaźników przyjmuje:

- najwyższe wartości w województwach: warmińsko – mazurskim (0,56), lubuskim oraz zachodniopomorskim (0,54),
- najniższe wartości w województwach: wielkopolskim (0,35) oraz małopolskim, mazowieckim oraz śląskim (0,36).

Średnia liczba zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wyniosła w 2021 r. 0,41.

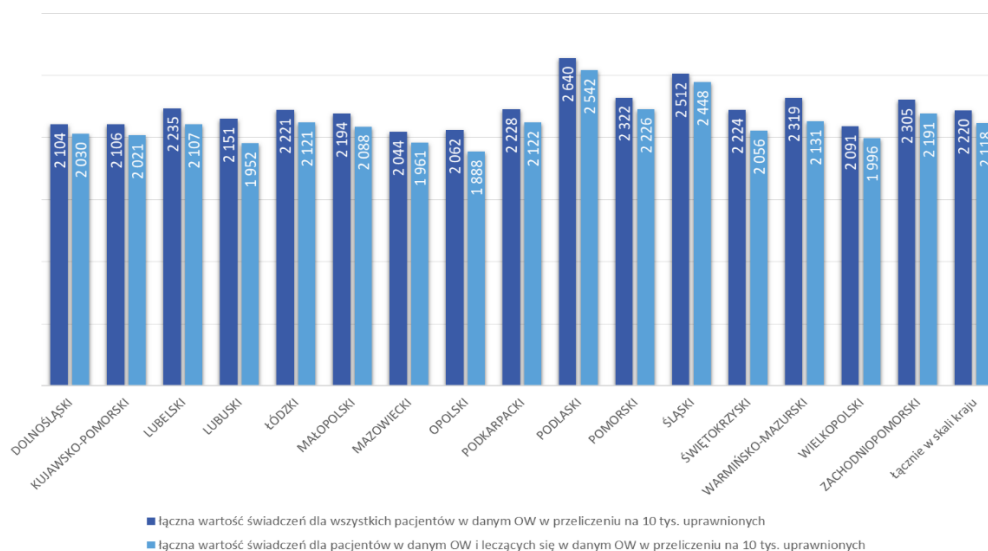
Tabela nr VI.22. Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego w 2021 r. w odniesieniu do ludności województw.

OW NFZ	Ludność w tys. os. (wg GUS stan na 30.06.2021 r.)*	Liczba ZRM w 2021 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2021 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2021 r.
Dolnośląski	2 884,01	112,00	25,75	0,39
Kujawsko-Pomorski	2 054,16	93,00	22,09	0,45
Lubelski	2 086,40	91,00	22,93	0,44
Lubuski	1 003,15	54,00	18,58	0,54
Łódzki	2 426,81	102,00	23,79	0,42
Małopolski	3 408,51	122,42	27,84	0,36
Mazowiecki	5 419,96	193,02	28,08	0,36
Opolski	973,30	43,00	22,63	0,44
Podkarpacki	2 115,58	90,92	23,27	0,43
Podlaski	1 169,43	55,50	21,07	0,47
Pomorski	2 346,07	89,10	26,33	0,38
Śląski	4 472,70	163,00	27,44	0,36
Świętokrzyski	1 218,09	47,67	25,55	0,39
Warmińsko- Mazurski	1 410,64	78,67	17,93	0,56
Wielkopolski	3 491,41	121,00	28,85	0,35
Zachodniopomorski	1 682,00	90,47	18,59	0,54
RAZEM	38 162,22	1 546,77	24,67	0,41

\* W związku opracowywaniem nowej podstawy do naliczenia ludności za 2021 rok, bazującej na wynikach Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, wydanie tegorocznej edycji publikacji „Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym” jest planowane na październik 2022 r. Niniejsza publikacja zostanie opracowana w oparciu o wyniki NSP 2021 i będzie zawierała dane o liczbie i strukturze ludności według stanu na dzień 31.12.2021 r.

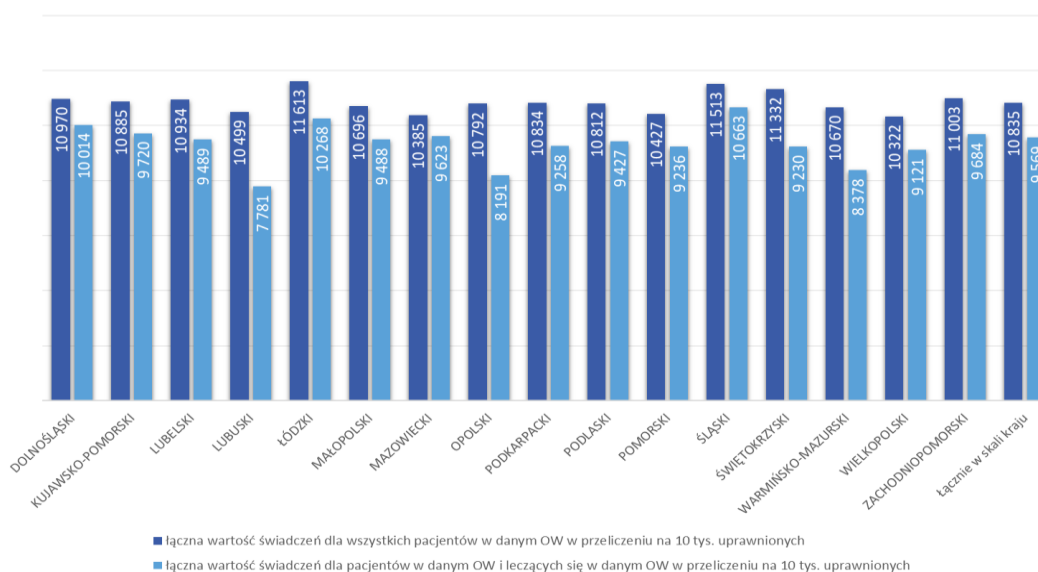
Poniżej na wykresach przedstawiono koszty świadczeń w pozostałych rodzajach świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych.

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 2021 r., podobnie jak w roku ubiegłym, osiągnął oddział podlaski (2 640 tys. zł).

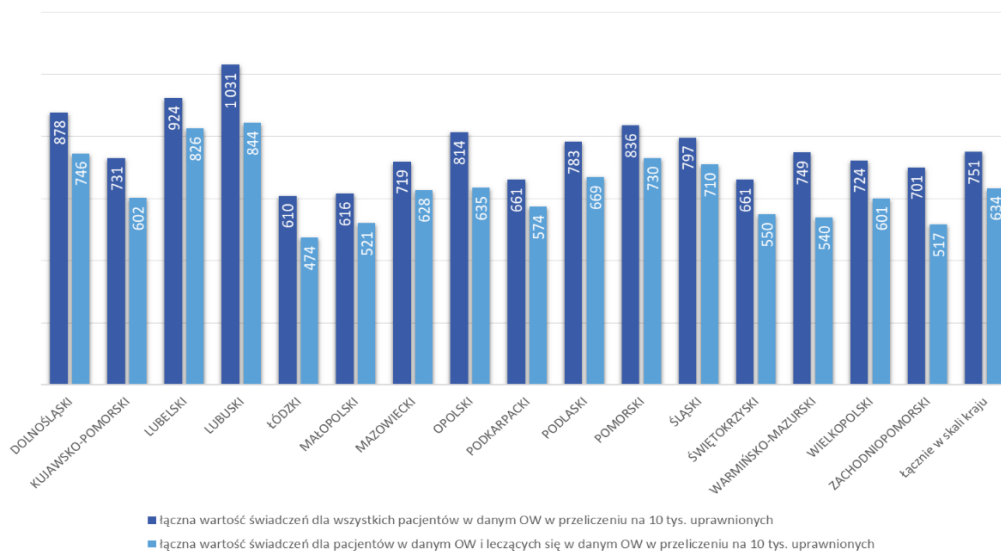
Wykres nr VI.2. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie szpitalne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono w 2021 roku na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty

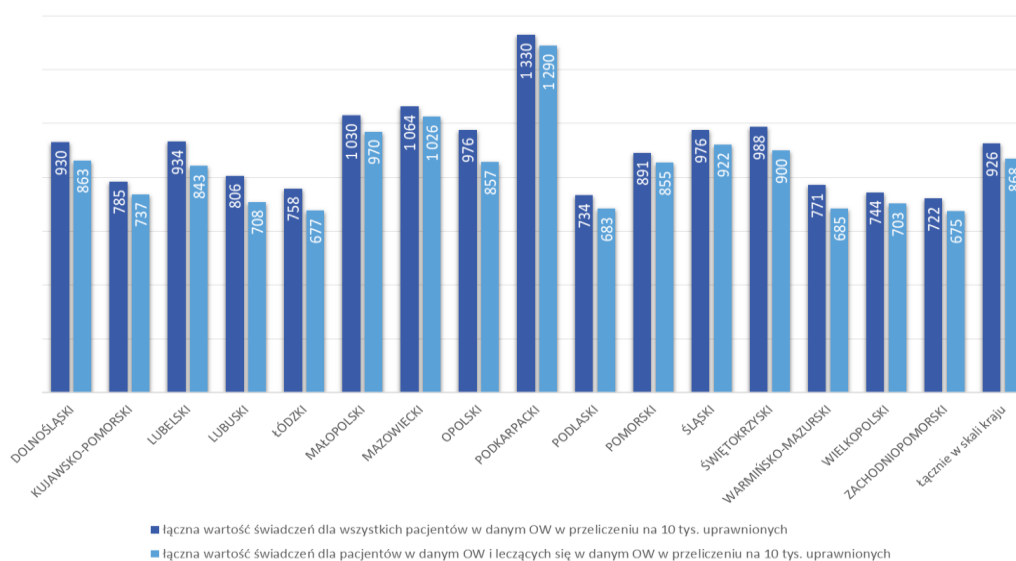
świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców, poniosły oddziały śląski (11 513 tys. zł) i świętokrzyski (11 332 tys. zł).

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.).



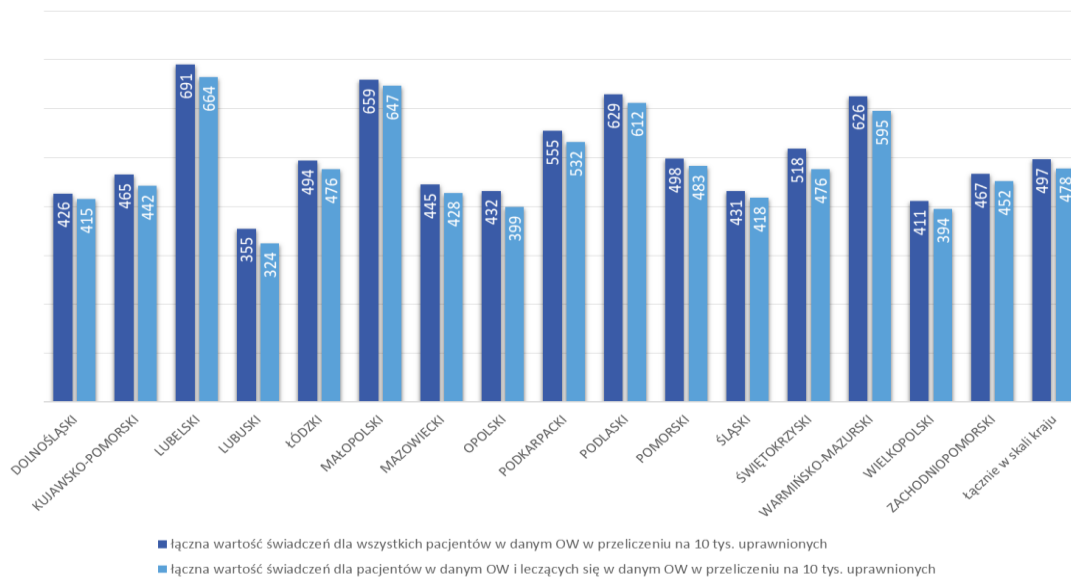
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2021 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, lubuski oddział wojewódzki Funduszu (1 031 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.).



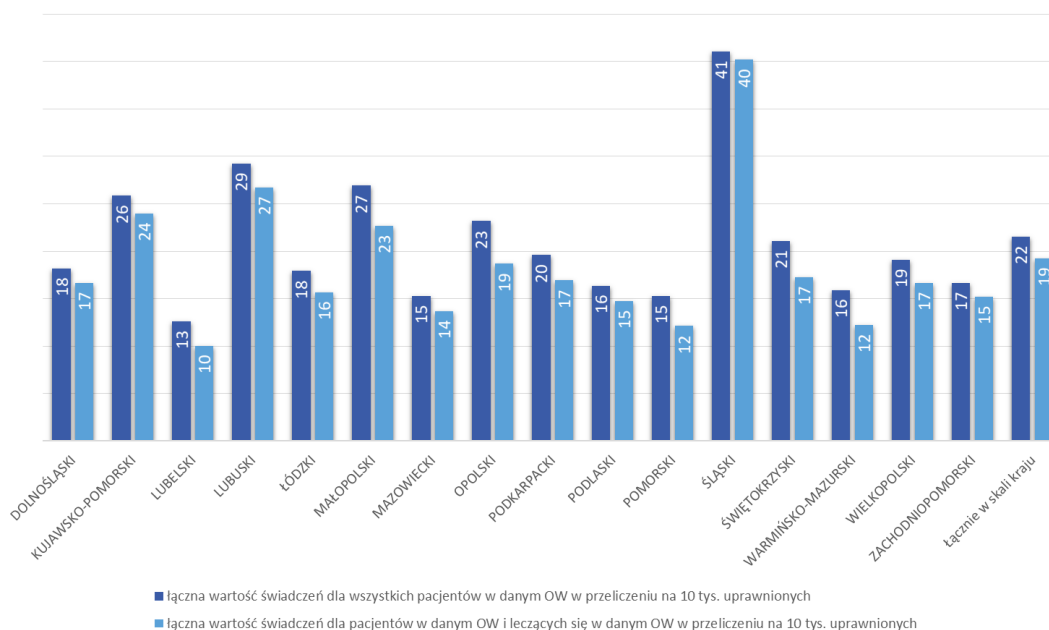
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2021 r. osiągnęły, podobnie jak w roku ubiegłym, oddziały: podkarpacki (1 330 tys. zł) i mazowiecki (1 064 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.).



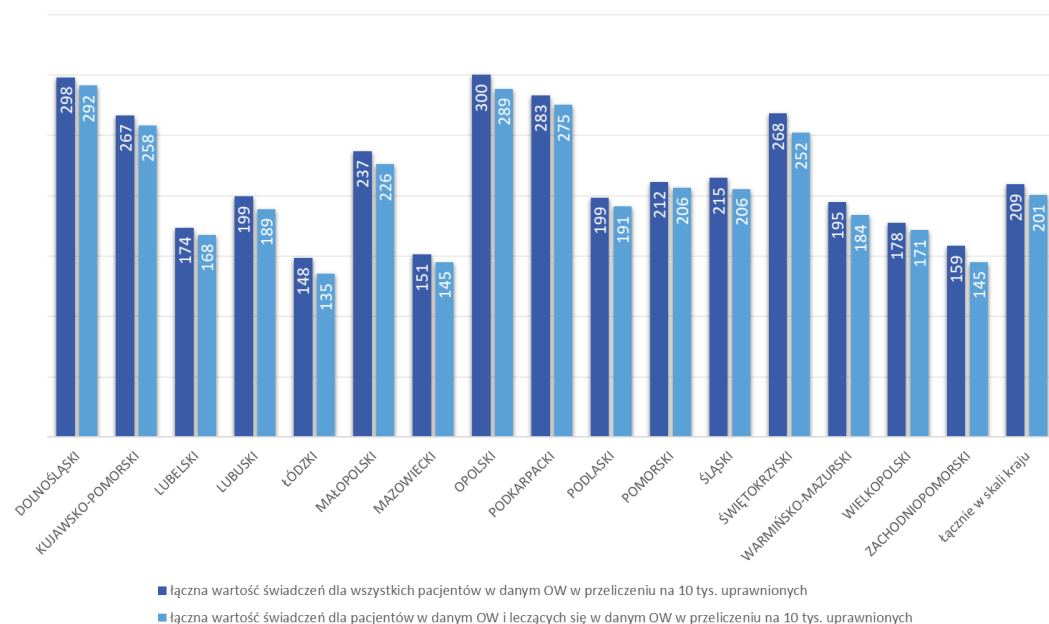
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym na 10 tys. uprawnionych w 2021 r. osiągnęły oddziały: lubelski (691 tys. zł), małopolski (659 tys. zł), podlaski (629 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.).



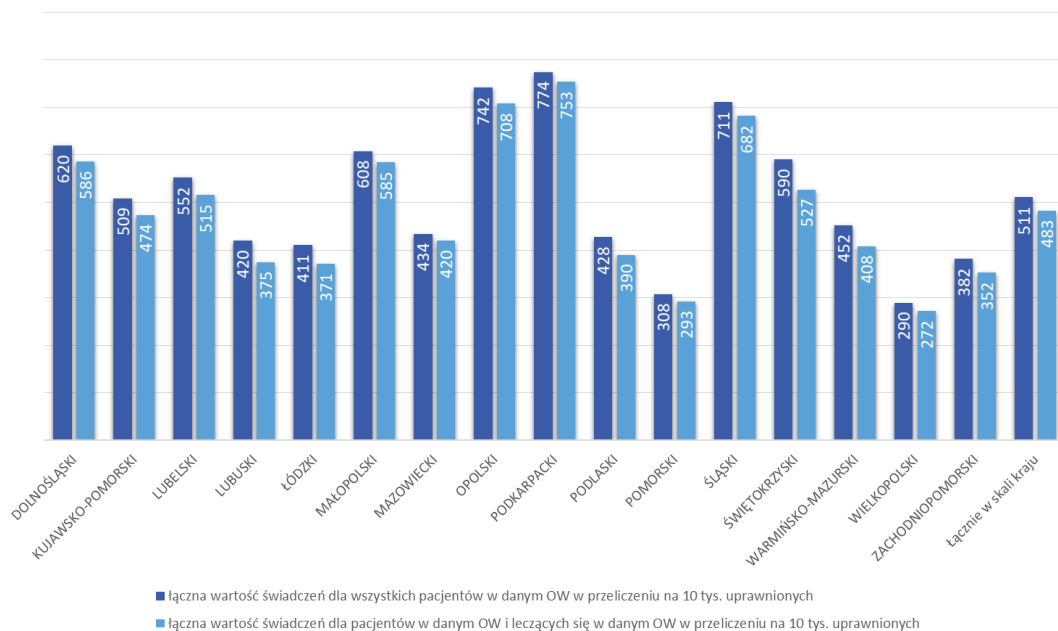
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty profilaktycznych programach zdrowotnych w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2021 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 2021 r. osiągnęły oddziały: opolski 300 tys. zł, dolnośląski 298 tys. zł. i podkarpacki 283 tys. zł.

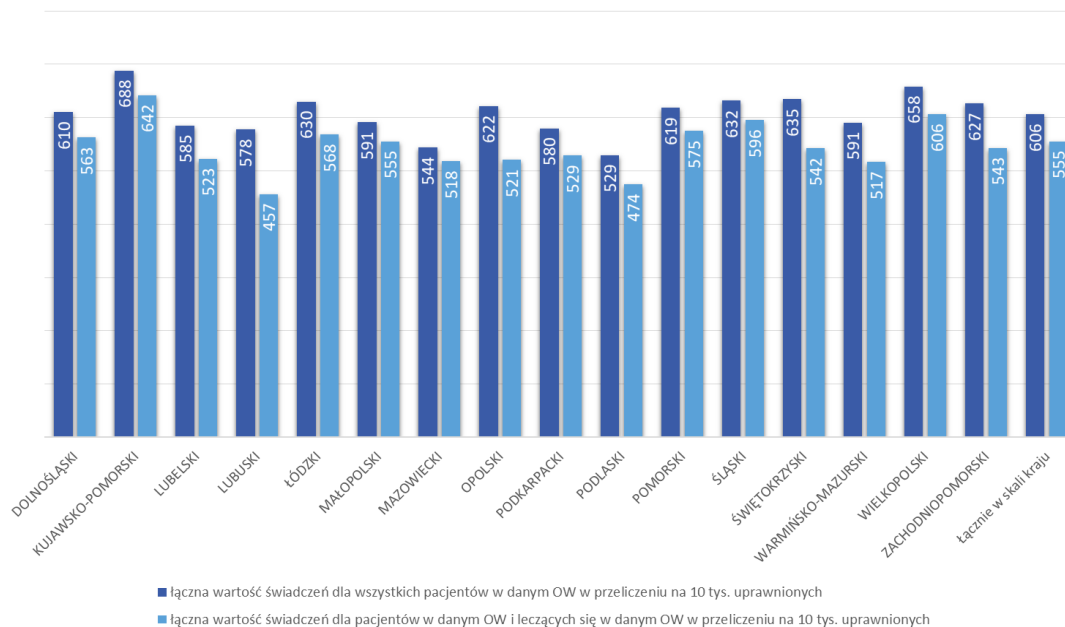
Wykres nr VI.8. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



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 2021 r. osiągnęły oddziały: podkarpacki 774 tys. zł i opolski 742 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 2021 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, oddział kujawsko-pomorski (688 tys. zł).

Różnicę pomiędzy kosztem świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz kosztem świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale przedstawiono w tabeli nr VI.23. Różnicę tą pokazano dla każdego z omawianych rodzajów świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ. Może być ona interpretowana jako wartość świadczeń, które w danym rodzaju świadczeń, mogły być potencjalnie udzielone na terenie danego oddziału wojewódzkiego.

Tabela nr VI.24 przedstawia natomiast ranking poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ dla każdego z rodzajów świadczeń pod względem wartości omawianej różnicy. Zostały one uszeregowane w kolejności od największej do najmniejszej różnicy. W kolumnie „łączne miejsce w rankingu” pokazano uszeregowanie poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ pod kątem sumy pozycji danego oddziału wojewódzkiego w rankingu według rodzaju świadczeń.

Tabela nr VI.23. Wartość świadczeń dla pacjentów „spoza” danego oddziału wojewódzkiego NFZ (przyjezdnych) w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na rodzaje świadczeń w 2021 roku (w tys. zł).

OW NFZ rozliczający	AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	LECZENIE SZPITALNE	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	REHABILITACJA LECZNICZA	LECZENIE STOMATOLOGICZNE	PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	ŚWIADCZENIA ODREBNI KONTRAKTOWANE	ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	Suma
dolnośląski	74,39	955,43	131,92	67,30	11,42	1,53	47,47	33,34	6,61	1 329,41
kujawsko-pomorski	85,39	1 165,49	129,07	47,76	23,26	1,86	46,29	35,10	8,41	1 542,62
lubelski	128,18	1 445,15	98,24	90,16	26,29	2,62	62,38	36,71	5,98	1 895,74
lubuski	199,24	2 717,86	186,73	97,25	30,88	2,51	121,25	44,94	10,18	3 410,82
łódzki	100,29	1 344,86	135,76	81,68	17,57	2,24	61,61	39,97	13,07	1 797,06
małopolski	105,51	1 208,05	95,60	59,82	12,27	4,23	35,46	23,22	11,23	1 555,39
mazowiecki	82,14	762,13	91,87	38,61	17,16	1,58	25,63	14,74	6,26	1 040,13
opolski	174,25	2 601,39	178,95	119,86	33,19	4,49	100,52	33,34	11,40	3 257,39
podkarpacki	106,30	1 575,49	86,52	40,25	22,98	2,67	50,71	20,64	8,11	1 913,67
podlaski	97,47	1 385,57	113,51	50,68	17,15	1,60	55,06	38,00	7,53	1 766,57
pomorski	95,76	1 191,32	105,82	36,17	14,31	3,14	43,94	15,32	5,19	1 510,95
śląski	64,23	850,50	86,43	53,83	13,18	0,91	36,12	29,15	9,01	1 143,34
świętokrzyski	167,46	2 102,41	111,37	88,36	41,66	3,84	92,97	62,85	15,92	2 686,84
warmińsko-mazurski	187,26	2 292,51	209,25	86,16	30,55	3,69	73,80	44,02	10,78	2 938,03
wielkopolski	94,54	1 201,52	122,29	41,34	17,10	2,41	51,87	17,45	6,06	1 554,58
zachodniopomorski	114,82	1 318,85	183,56	47,00	14,92	1,42	83,48	29,26	13,50	1 806,81

Tabela nr VI.24. Ranking oddziałów wojewódzkich NFZ pod względem wartości świadczeń dla pacjentów „spoza” danego OW NFZ (przyjezdnych) w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na rodzaje świadczeń w 2021 roku (1 to największa wartość 16 najmniejsza).

OW NFZ rozliczający	AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	LECZENIE SZPITALNE	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	REHABILITACJA LECZNICZA	LECZENIE STOMATOLOGICZNE	PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	ŚWIADCZENIA ODRĘBNI KONTRAKTOWANE	ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	ŁĄCZNE MIEJSCE W RANKINGU
dolnośląski	15	14	6	7	16	14	11	8	12	13
kujawsko-pomorski	13	13	7	11	6	11	12	7	9	11
lubelski	5	6	12	3	5	7	6	6	15	6
lubuski	1	1	2	2	3	8	1	2	7	1
łódzki	9	8	5	6	8	10	7	4	3	5
małopolski	8	10	13	8	15	2	15	12	5	10
mazowiecki	14	16	14	15	9	13	16	16	13	16
opolski	3	2	4	1	2	1	2	9	4	2
podkarpacki	7	5	15	14	7	6	10	13	10	9
podlaski	10	7	9	10	10	12	8	5	11	8
pomorski	11	12	11	16	13	5	13	15	16	14
śląski	16	15	16	9	14	16	14	11	8	15
świętokrzyski	4	4	10	4	1	3	3	1	1	3
warmińsko-mazurski	2	3	1	5	4	4	5	3	6	4
wielkopolski	12	11	8	13	11	9	9	14	14	12
zachodniopomorski	6	9	3	12	12	15	4	10	2	7

## **VII. Opis organizacji Funduszu**

### **VII.1. Struktura organizacyjna Funduszu**

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

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

W ramach struktury organizacyjnej Centrali Funduszu mogą być tworzone wydziały, działy, sekcje i samodzielne stanowiska a w ramach struktury organizacyjnej oddziałów wojewódzkich Funduszu, oraz w strukturach placówek terenowych, mogą być tworzone działy, sekcje i samodzielne stanowiska. Skład komórek organizacyjnych w Centrali Funduszu w 2021 roku zgodny był ze statutem NFZ. Powyższy akt prawny reguluje również skład komórek organizacyjnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, zezwalając jednocześnie Dyrektorom na łączenie i dzielenie komórek organizacyjnych w przypadkach uzasadnionych liczbą świadczeniobiorców zarejestrowanych w danym oddziale i zakresem wykonywanych zadań. W celu zapewnienia świadczeniobiorcom właściwej dostępności do Funduszu, ułatwienia współpracy ze świadczeniodawcami oraz usprawnienia realizacji zadań, w oddziałach wojewódzkich Funduszu mogą być tworzone placówki terenowe: delegatury oddziału, punkty obsługi klientów oraz centra usług wspólnych. Delegatury oddziału oraz centra usług wspólnych tworzy i znosi Prezes Funduszu. Utworzenie delegatury oddziału wymaga złożenia do Prezesa Funduszu umotywowanego wniosku przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Punkty obsługi klientów tworzy i znosi dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, za zgodą Prezesa Funduszu. W celu zapewnienia koordynacji realizacji działań oraz doradztwa w zakresie spraw związanych z wykonywaniem zadań Prezes Funduszu może ustanowić swoich Pełnomocników.

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

Organizację oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz zakres ich zadań określają regulaminy organizacyjne nadane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Funduszu.

#### Rada Funduszu

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

Rada Funduszu składa się z dziesięciu członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym: 1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Pacjenta; 2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów

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

W świetle obecnego brzmienia art. 100 ust. 1 ustawy o świadczeniach, do zadań Rady NFZ należy:

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

Występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wszczęcie kontroli w zakresie:

- realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie szczegółowo określonym ustawą o świadczeniach,
- realizacji uprawnień i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów prawa podmiotów, którym ustawa przyznaje takie uprawnienia i obowiązki w zakresie szczegółowo określonym tą ustawą, m.in. zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, przestrzegania zasad wystawiania recept refundowanych oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne objęte refundacją,
- realizacji zadań finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 8 (tzw. inne przychody),

- realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu, wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców, wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców.

Rada Funduszu obecnej kadencji 2020-2025 (IV) w 2021 roku obradowała łącznie na 11 posiedzeniach, podjęła łącznie 40 uchwał, w tym 6 uchwał w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk (tryb obiegowy). W związku z sytuacją epidemiczną w kraju, większość posiedzeń Rady Funduszu w 2021 r. miało charakter hybrydowy. 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 Rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2022 r., Plan Pracy NFZ na 2022 r.
- wyraziła opinie w sprawach: kandydata na stanowisko Prezesa NFZ, odwołania Zastępcy Prezesa NFZ do spraw Operacyjnych, projektów zmian planu finansowego NFZ na 2021 r., projektu planu finansowego NFZ na 2022 r.
- przyjęła: okresowe sprawozdania z działalności NFZ za IV kwartał 2020 r. oraz I, II i III kwartał 2021 r., roczne sprawozdanie z działalności NFZ za 2020 r., sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ za 2020 r.,
- wyraziła zgodę na: zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Dolnośląskiego OW NFZ, zawarcie umów o świadczenie usług kompleksowej obsługi Infolinii NPSz, zawarcie aneksu do umowy o świadczenie usług serwisu bieżącego oraz usług serwisu dostosowawczego Systemu SOFU, podjęcie niezbędnych czynności i zawarcie umowy w zamówieniu na Wdrożenie Systemu Wspomagania Zarządzania Zasobami SWZZ klasy ERP wraz z 4-letnim utrzymaniem, przekazanie na rzecz Skarbu Państwa własności nieruchomości NFZ położonych w Warszawie przy ul. Grójeckiej 186, realizację inwestycji budowlanej na potrzeby Świętokrzyskiego OW NFZ, podjęcie niezbędnych czynności i zawarcie umowy w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług serwisu bieżącego oraz usług serwisu dostosowawczego Systemu SOFU, zawarcie aneksów do umów o świadczenie usług konserwacji i subskrypcji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ oraz na skorzystanie z praw opcji, podjęcie niezbędnych czynności i zawarcie umowy w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usługi infolinii Telefonicznej Informacji Pacjenta na rzecz NFZ, zawarcie aneksu do umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych, zastrzeżenie w ogłoszeniu o zamówieniu publicznym możliwości udzielenia zamówień uzupełniających, wprowadzenie zmian w specyfikacji warunków zamówienia na Wdrożenie Systemu Wspomagania Zarządzania Zasobami SWZZ klasy ERP wraz z 4-letnim utrzymaniem, odpłatne obciążenie nieruchomości NFZ zlokalizowanej przy ul. Raclawickiej w Krakowie służebnością przesyłu, zawarcie aneksu do umowy najmu nieruchomości na potrzeby Małopolskiego OW NFZ, podjęcie niezbędnych czynności i zawarcie umowy o świadczenie asysty technicznej i konserwacji (ATIK) do oprogramowania Oracle,

- dokonała: kilku zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2021 r., powierzenia czynności związanych z udzieleniem zamówienia publicznego na badanie sprawozdań finansowych NFZ za 2021 i 2022 r. z opcją przedłużenia na kolejny okres, zatwierdzenia specyfikacji warunków zamówienia na badanie sprawozdań finansowych NFZ za lata 2021 i 2022, wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdań finansowych NFZ za 2021 i za 2022 r. z opcją przedłużenia na kolejny dwuletni okres, pokrycia straty netto NFZ za 2020 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 zmian w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2021 r. (na bieżąco), realizacji zadań inwestycyjnych zaplanowanych przez NFZ na 2020 r., zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2020 r., dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii, w tym opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz pilotażu w centrach zdrowia psychicznego,” realizowanych przez NFZ programów pilotażowych koordynowanej opieki KOC i KOS-Zawał, zmian w POZ po 1 października 2021 r., wykorzystaniu środków z Funduszu Medycznego w 2021 r., realizacji świadczeń w ramach procedury Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych (RDTL), realizacji Programu budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ, sytuacji kadrowej w NFZ,
- dyskutowała na temat: funkcjonowania Infolinii NPSz, kontraktowania/aneksowania umów na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przedstawionej przez Prezesa NFZ prognozy przychodów i kosztów NFZ na kolejne trzy lata (2022-2024).

Rada Funduszu w oparciu o przepisy Regulaminu działania Rady NFZ może również powoływać Zespoły Problemowe zajmujące się szczegółową analizą określonych obszarów działalności Funduszu, jak również szeroko pojętą problematyką świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W związku z tym Rada Funduszu IV kadencji (2020- 2025) uchwałą Nr 18/2020/IV z dnia 16 grudnia 2020 r. powołała stały Zespół Problemowy Rady NFZ do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej. W 2021 roku Zespół obradował na dwóch posiedzeniach.

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.

### 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 2020 r.	5 564,00	1064,00	4 500,00	5 508,66	1 051,53	4 457,13
31 grudnia 2021 r.	5 635,00	1096,00	4 539,00	5 574,93	1084,40	4 490,53

W trakcie 2021 r. stan osobowy pracowników Funduszu w stosunku do 2020 roku zwiększył się o 71 osób. Zwiększenie stanu zatrudniania nastąpiło zarówno w centrali jak i w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

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 2021 r. rozwiązano umowy o pracę z pracownikami zatrudnionymi na łącznie 443,33 etatu, natomiast nawiązano umowy o pracę na łącznie 490,43 etatu. Roczny wskaźnik fluktuacji zatrudnienia dla NFZ ukształtował się na poziomie 8%.

### Średnie miesięczne wynagrodzenie<sup>26</sup>

Średnie miesięczne wynagrodzenie w Funduszu na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 7 183,83 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali NFZ wyniosło 9 105,59 zł, w oddziałach wojewódzkich Funduszu 6 723,50 zł. Podane kwoty zawierają wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ 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 NFZ. Wiąże się to z koniecznością administrowania i monitorowania wszystkich elementów składających się na ten system. Obejmuje to zarówno serwery, dedykowane pamięci masowe, sieciowy sprzęt teleinformatyczny, oprogramowanie systemowe jak i warstwę aplikacji użytkowych. Dla realizacji tych zadań niezbędne jest przeprowadzenie kilkudziesięciu postępowań o zamówienie publiczne na nabycie poszczególnych składników systemu i towarzyszących im usług wsparcia, ale także regularne kontrolowanie i rozliczanie zawartych umów. Niezależnie od działań związanych ze stałą pielęgnacją systemu odbywa się także ciągły proces jego rozwoju wywołany zmianami w otoczeniu prawnym, to jest w ustawach, rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ, a także dążeniem do poprawy efektywności jego działania. Poniżej przedstawiono te prace w postaci najważniejszych projektów i grup zadań.

#### **VII.3.1. Systemy informatyczne**

##### eZLECENIE – elektroniczne zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenie naprawy wyrobu medycznego

Rok 2021 to okres intensywnych prac związanych z wdrożeniem eZlecenia w celu pełnej informatyzacji procesu wystawiania i realizacji zleceń i integracji istniejącego systemu eZWM z Gabinet.gov.pl i IKP. Wypracowano projekty aktów prawnych umożliwiających wdrożenie eZlecenia (zmiany ustawowe, przygotowanie rozporządzeń wykonawczych). Ponadto, udostępniono świadczeniodawcom i twórcom oprogramowania środowisko testowe, na którym mogą zapoznać się z planowanymi zmianami i przetestować proponowane rozwiązania. Równolegle prowadzono prace nad zmianą podejścia do sprawozdawania realizacji zleceń na zaopatrzenie – zastąpienie komunikatu XML ZPOSP nowymi komunikatami w zakresie zbiorczych zestawień zaopatrzenia w wyroby medyczne. Projekty komunikatów zostały przekazane do konsultacji przez środowisko świadczeniodawców i twórców oprogramowania.

---

<sup>26</sup> Informacja sporządzona na podstawie ostatecznych danych do Sprawozdania Finansowego NFZ za okres 01.01-31.12.2021.

## System AP-ZZ i eZWM

W związku z opublikowaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U.1691) dostosowano system informatyczny NFZ do prawidłowego wystawiania, realizacji i rozliczania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne po 1 grudnia 2021 r. W przypadku zaopatrzenia w wyroby chłonne i cewniki hydrofilowe (P lp. 96, 100 i 101) zostały wprowadzone nowe limity finansowania wyrobów medycznych. Dostosowano również system oraz zaktualizowano algorytm wyznaczający kwotę refundacji wyrobów medycznych, w przypadku gdy limit finansowania dotyczył ceny jednostkowej. Zmiana w praktyce dotyczyła przypadków, gdy w ramach jednej realizacji wykupiono jednocześnie wyroby w cenie poniżej i powyżej ceny jednostkowej.

## System EESSI

Rok 2021 obejmował kontynuację prac związanych z wdrażaniem w NFZ elektronicznej wymiany danych z obszaru koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego pomiędzy instytucjami wszystkich państw członkowskich UE i krajów EFTA.

Wyłoniono również dostawcę oprogramowania realizującego usługi serwisu bieżącego i dostosowanego Systemu Obsługi Formularzy Unijnych - aplikacji wspomagającej procesy rozliczeniowe w obszarze koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Rozpoczęto prace umożliwiające udostępnianie informacji o postępie realizacji spraw prowadzonych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dla osób, których sprawa dotyczy. Przygotowano stronę internetową, na której bez konieczności logowania, po wpisaniu specjalnego identyfikatora sprawy, osoba otrzymuje informacje o statusie i historii swojej sprawy.

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, którą Komisja Europejska stworzyła i przekazała krajom członkowskim, aby 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 wytwarzany, utrzymywany i rozwijany przez UE w celu obustronnego przesyłania wiadomości. Po informacji ze strony Komisji Europejskiej o wycofaniu wsparcia, większość instytucji państw członkowskich UE powołało grupę roboczą w celu wypracowania dalszego modelu rozwoju i utrzymywania tej aplikacji. W związku z wieloma niejasnymi zapisami proponowanymi w ramach Grupy Roboczej (m.in. sposób finansowania wsparcia), NFZ zdecydował nie dołączać do Konsorcjum, a tym samym rozpoczęte zostały prace nad wyborem wykonawcy, który dla NFZ będzie realizował wsparcie i rozwój systemu RINA.

### Zmiany w rozliczaniu świadczeń:

W SI NFZ została udostępniona funkcjonalność umożliwiająca składanie przez świadczeniodawców na Portalu SZOI/Świadczeniodawcy, do załączników rzeczowo-finansowych na 2020 rok, wniosków o wydłużenie okresu rozliczeniowego do 31 grudnia 2021 r., o ile w ramach podanej umowy do załącznika rzeczowo-finansowego z tego roku został wcześniej zaakceptowany przez OW NFZ wniosek o wydłużenie okresu rozliczeniowego do 30 czerwca 2021 r. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i kolejnych rozporządzeń zmieniających umożliwiono świadczeniodawcom złożenie wniosku o ustalenie należności i złożenie rachunków za okresy sprawozdawcze odpowiednio od stycznia do grudnia 2021 r. bez sprawozdawczości – dla zakresów świadczeń, dla których okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej został przedłużony na podstawie §2 i rozliczanych ceną jednostki rozliczeniowej (z wyłączeniem wskazanych zakresów świadczeń). System umożliwił oddziałom wojewódzkim NFZ wskazanie zakresów świadczeń, w stosunku do których zaakceptowano wnioski o ustalenie należności bez sprawozdawczości. Zapewniono wsparcie SI w procesie tworzenia aneksów dla zakresów świadczeń, dla których należność ustalana była w wysokości 70% z 1/6 kwoty zobowiązania. Dodatkowo w 2 kwartale system zapewnił wsparcie w procesie tworzenia aneksów dla zakresów świadczeń, dla których należność ustalana była w wysokości 70% z 1/6 kwoty zobowiązania z okresu styczeń-czerwiec lub z 1/12 kwoty zobowiązania z okresu styczeń-grudzień (w przypadku przedłużenia okresu rozliczeniowego do 31.12.2021 r. i ustalenia kwot zobowiązań na okres styczeń-grudzień 2021 r.). Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia na wniosek świadczeniodawcy należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w §18 ust. 1 załącznika do rozporządzenia OWU, za okresy sprawozdawcze w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2021 r., mogła być ustalona jako kwota nie większa niż 70% iloczynu odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń. System zapewnił również, że - na wniosek świadczeniodawcy – w przypadku zakresów świadczeń dla dzieci realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz zakresów świadczeń realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych, należność, o której mowa w §18 ust. 1 załącznika do rozporządzenia OWU, za okresy sprawozdawcze w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2021 r., mogła być ustalona jako kwota iloczynu odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń. Rozpoczęto również prace nad przygotowaniem modyfikacji funkcjonalności SI NFZ zapewniającej realizację planu spłaty na kolejne lata 2022-2023. Została ona przygotowana, aby zapewnić uzyskanie od świadczeniodawcy spłaty kwot przekazanych w rachunkach ryczałtowych wystawionych bez udzielania świadczeń. W pierwszym etapie prac nad funkcjonalnością planu spłaty na lata 2022-2023 system informatyczny NFZ umożliwił świadczeniodawcom, którzy spełnili warunki określone w §2 ust. 1-2 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, z późn. zm.), złożenie wniosku za pośrednictwem SZOI/ Portalu Świadczeniodawcy w terminie do 10 grudnia 2021 r. Wniosek był składany przez świadczeniodawców do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o rozliczenie środków wynikających z wypłaty należności ustalonych jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń - które nie zostały rozliczone - w następnych okresach rozliczeniowych umowy lub w ramach kolejnych umów dotyczących tego samego rodzaju świadczeń zawartych przez danego świadczeniodawcę, nie później niż do dnia 31 grudnia 2023 r. Przygotowano system informatyczny NFZ do finansowania kosztów ponadlimitowych świadczeń, udzielonych dzieciom, które następnie rozliczane są z Funduszem Medycznym, zgodnie z ustawą o Funduszu Medycznym. Wprowadzono funkcjonalność umożliwiającą tworzenie i aktualizację alternatywnego planu umowy czyli planu FM. Opracowano proces wyodrębniania świadczeń udzielonych dzieciom do rozliczenia w ramach planu FM wraz z uruchomieniem procesu bilingowego. Wiązało się to ze zmianą procedury naliczania świadczeń w ramach planu podstawowego umowy. Wprowadzono również funkcję identyfikującą potrzebę aneksowania planu FM, która wskazuje umowy wymagające wykonania akcji aneksowania oraz dokonuje stosownego podsumowania kwoty, o jaką powinna zostać zwiększona wartość planu FM. Zapewniono obsługę procesu aneksowania planu FM. Zapewniono także w 2021 roku przygotowanie systemu informatycznego do przedłużenia funkcjonowania sieci PSZ (wykonanie kwalifikacji do sieci, wydłużenie okresu obowiązywania istniejących umów, utworzenie nowych umów w ramach sieci PSZ). Dokonano przedłużenia okresu rozliczeniowego i wyliczenia ryczału PSZ na cały okres rozliczeniowy 2020-2021.

### Zmiany w POZ

Zgodnie z zarządzeniem 149/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dostosowano SI NFZ do rozliczania świadczeń lekarza POZ według stawki kapitacyjnej uzależnionej od stałych zasad, czyli od 1 lipca 2021 r. do 30 września 2021 r. Po tym okresie zastosowano rozwiązanie związane z wprowadzeniem współczynników korygujących 0.9 i 1.05 zależnych od udziału teleporad we wszystkich poradach lekarskich u danego świadczeniodawcy w miesiącu następującym po miesiącu publikacji wartości wyliczonej mediany przez Centralę NFZ. Przygotowano także system informatyczny NFZ do zawarcia umów z nowym zakresem świadczeń (01.0012.001.01 koordynacja opieki - zadania koordynatora) i rozliczenia zadań koordynatora opieki w POZ, zgodnie z zarządzeniem 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

### Integracja ZIP z IKP

W 2021 roku kontynuowano prace nad integracją Zintegrowanego Informatora Pacjenta (NFZ) z Internetowym Kontem Pacjenta (CeZ). Prace były realizowane na podstawie ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (SIOZ) (Dz. U.2018 poz. 1515).

Realizowano je w ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Centrum e-Zdrowia oraz przy udziale przedstawicieli Funduszu. Prace koncentrowały się głównie na zasilaniu IKP danymi o wyrobach medycznych (ZPO). W systemie wewnętrznym ZIP (ZIP na potrzeby IKP) wprowadzono zmianę źródła zasilania danymi z obszaru zleceń na wyroby medyczne. Dodatkowo dostosowano widok prezentowanych danych w IKP, pozostawiając przy tym dane historyczne. Trwały prace związane z udostępnianiem z systemu NFZ do systemu IKP danych o wystawionych i zrealizowanych zleceniach i zleceniach naprawy na wyroby medyczne (eZlecenie). Planowane jest udostępnienie produkcyjne rozwiązania do końca 2022 roku – jest to uzależnione od opublikowania aktów prawnych wprowadzających funkcjonalność eZlecenia. W uzgodnieniu z CeZ przygotowano także funkcjonalność umożliwiającą wysyłanie z systemu P1 wiadomości SMS/e-mail do pacjenta posiadającego konto w IKP z kodem dostępu do wystawionego eZlecenia. Funkcjonalność zostanie uruchomiona w momencie wdrożenia eZlecenia.

#### Integracja systemów eWUŚ z Gabinet

Dla uruchomionej w sierpniu 2020 r. usługi umożliwiającej udostępnienie systemu Ewuś (NFZ) dla aplikacji Gabinet (CeZ) - w celu sprawdzenia statusu uprawnienia do świadczeń podczas wystawiania recept refundowanych - w grudniu 2021 r. NFZ udostępnił usługę monitorowania połączenia pomiędzy systemem P1 a systemem eWUŚ.

#### eWUŚ - zaświadczenie o szczepieniu przeciwko COVID-19

Na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 maja 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. 2021 poz. 879) w lipcu 2021 r. wdrożono i uruchomiono proces udostępniania w systemie eWUŚ (aplikacja webowa oraz współpracujące usługi) oraz w systemie SIMP dodatkowej informacji o wystawieniu świadczeniobiorcy zaświadczenia o wykonanym szczepieniu przeciwko COVID-19 (tj. że został zaszczepiony kompletem szczepień – dawką 1/1 lub 2/2 w zależności od schematu szczepienia). Celem udostępnienia tej dodatkowej informacji było podniesienie bezpieczeństwa personelu medycznego oraz pacjentów przebywających w placówkach ochrony zdrowia.

#### COVID-19 - proces finansowania wykonywanych testów

W związku z pandemią COVID-19 w 2021 roku NFZ kontynuował proces finansowania wykonywanych przez laboratoria i podmioty lecznicze testów SARS- CoV-2 (metody – RT-PCR oraz testy antygenowe). Rozliczenia wykonanych testów dokonywane były przez NFZ na podstawie danych przekazywanych z Centrum e-Zdrowia w cyklach tygodniowych i każdego ostatniego dnia miesiąca.

#### COVID-19 - finansowanie wykonanych szczepień.

Na podstawie danych przekazywanych z Centrum e-Zdrowia, NFZ finansował szczepienia przeciwko COVID-19 wykonywane przez podmioty lecznicze i apteki. Dane przekazywane były z Centrum e-Zdrowia do NFZ w cyklach tygodniowych. Uruchomienie tego procesu

poprzedzone było szczegółową analizą potrzeb oraz zakresu niezbędnych danych, przeprowadzoną we współpracy z MZ i CeZ.

#### Proces finansowania aktywowanych kont w IKP

W grudniu 2019 r. uruchomiono funkcjonalność umożliwiającą oddziałom wojewódzkim NFZ dodatkowe finansowanie świadczeniodawców POZ, którzy zachęcają świadczeniobiorców do aktywowania kont na portalu Internetowe Konto Pacjenta. W procesie wykorzystywane były narzędzia zapewniające bezpieczny transfer danych do oddziałów wojewódzkich NFZ. W związku z przedłużeniem okresu finansowania w 2021 r. (na podstawie zarządzenia nr 107/2021/DEF Prezesa NFZ z 18.06.2021 r. w sprawie warunków rozliczania środków pochodzących z dotacji celowej na dofinansowanie aktywowania Internetowego Konta Pacjenta) systemy informatyczne OW NFZ zostały dostosowane do kontynuacji zadania.

#### Profilaktyka 40 PLUS - proces rozliczania

W lipcu 2021 r. – we współpracy z MZ i CeZ – na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” – wdrożono zautomatyzowany proces sprawozdawania i rozliczenia nowego produktu przez świadczeniodawców. W celu uruchomienia tego procesu konieczna była integracja systemów CeZ (IKP) z systemami dziedzinowymi w oddziałach wojewódzkich NFZ oraz wdrożenie dedykowanego, nowego elektronicznego komunikatu SWCeZ.

#### Proces rozliczania - szczepienia ochronne przeciw grypie

W październiku 2021 r. – we współpracy z MZ i CeZ – na podstawie 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, z późn. zm.) - uruchomiono zautomatyzowany proces sprawozdawania i rozliczenia tego nowego produktu przez świadczeniodawców na analogicznych zasadach jak dla rozliczenia profilaktyki 40 PLUS (za pomocą dedykowanego elektronicznego komunikatu SWCeZ). Umożliwiło to rejestrowanie przez świadczeniodawcę szczepień grypy w IKP bez konieczności przesyłania szczegółowego raportu o wykonanych szczepieniach odrębnym kanałem do NFZ CWU – przygotowanie do weryfikacji świadczeń udzielonych w trakcie izolacji COVID-19. W celu usprawnienia rozliczeń, w lipcu 2021 r. udostępniono w CWU zbiorczą weryfikację świadczeń na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 polegającą na sprawdzeniu, czy data sprawozdanego świadczenia mieści się w przedziale czasowym objęcia pacjenta izolacją domową. W związku z tym konieczne było zbudowanie bazy historii odosobnień na podstawie danych pozyskiwanych z CeZ.

#### Rejestr CWPM - Centralny Wykaz Personelu Medycznego

Kontynuowano prace z CeZ nad usługą pomiędzy Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) w zakresie pobierania danych z rejestru Centralnego Wykazu Personelu Medycznego. Efektem

współpracy było przygotowanie specyfikacji usług dotyczącej systemu P1 dla CWPM oraz implementacja rejestru (jako repliki) w strukturach Centrali NFZ. Przystosowano także system NFZ (Centralny Wykaz Personelu) i umożliwiono przeglądanie i porównywanie danych pomiędzy CWP a CWPM. Pozyskiwane dane z rejestru CWPM są przekazywane dedykowanym interfejsem do systemów dziedzinowych wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ oraz innych aplikacji centralnych. Prace zakończono w połowie 2021 roku. W związku ze zmianą wymagań biznesowych uruchomiono prace nad zmianą specyfikacji interfejsu CWPM wraz z rozbudową walidacji. Zaplanowano rozszerzenie przekazywania zakresu danych z P1 (Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych) o atrybuty z P2 (Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych). Zaplanowano także zmianę protokołu przekazywania danych na model przedstawiony w dokumentacji technicznej, udostępnionej przez CeZ. Zmiana ta umożliwi wyeliminowanie problemów, które zostały zaobserwowane po implementacji.

### Elektroniczny System Monitorowania Programów Lekowych (SMPT)

Funkcjonowanie SMPT uregulowane jest w art. 188c ustawy o świadczeniach. Określono w nim obowiązek tworzenia i aktualizowania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. Zgodnie z przedmiotowym przepisem ustawy o świadczeniach, NFZ ma obowiązek dostosować SMPT w zakresie nowych programów lekowych oraz zmian w opisach realizowanych programów lekowych (np. dodania nowych leków w programie), w nieprzekraczalnym terminie 4 miesięcy od dnia opublikowania obwieszczenia refundacyjnego wprowadzającego te zmiany. W 2021 roku wszystkie ustawowe terminy zostały dotrzymane. Obwieszczenia refundacyjne Ministra Zdrowia publikowane są co dwa miesiące. Na ich podstawie w 2021 roku otwarto 71 zgłoszeń (w tym również nadzory autorskie) obejmujących budowę lub modyfikację rejestrów SMPT dla programów lekowych, z czego 14 inicjowały budowę nowych rejestrów, a 57 zgłoszeń dotyczyło modyfikacji już istniejących rejestrów, w tym również dodania nowych substancji czynnych do programów lekowych. Dodatkowo w 2021 r., w ścisłej współpracy z AOTMiT, rozpoczęto proces budowy części systemu wydzielonej dla innowacyjnych technologii lekowych, tzw. SMPT – TLI. Do końca 2021 r. zrealizowano etap 1 budowy, tj. część wspólną dla wszystkich TLI. Oddanie na środowisko produkcyjne pierwszego z programów TLI planowane jest na czerwiec 2022 r.

### Recepty

W 2021 r. wprowadzono szereg zmian w systemie informatycznym NFZ w obszarze recept, w tym m.in. dostosowano SI do obsługi zmodyfikowanego komunikatu CWA\_LEK w wersji 1.2 oraz związanych z tym zmianami w procesie weryfikacji recept. W szczególności wprowadzono obsługę 3 typów procesów weryfikacyjnych: głównego, uzupełniającego i pilotażowego. W wyniku wprowadzonej zmiany w systemach OW NFZ możliwe jest wielokrotne zlecenie i wykonywanie zadań weryfikacji z wykorzystaniem jednego lub większej ilości procesów w tym procesie uzupełniającego. Dodano w SI NFZ nowy wzór wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept. Podjęto prace nad stworzeniem w SZOI/SNRL nowego rodzaju komunikatów umożliwiających zwrotne przekazywanie



danych w załącznikach do NFZ od świadczeniodawców /aptek/ personelu. Podjęto prace nad rozwiązaniem umożliwiającym pobieranie obrazu recept z systemu P1. Ma ono umożliwić jednoczesny eksport wielu obrazów recept w formacie PDF z poziomu aplikacji KSSIKCH i CLO-Agent oraz umożliwić uzupełnienie informacji wynikowych o status rozliczenia recepty. Dostosowanie znacząco ułatwi rozliczanie i weryfikację recept. Umożliwiono aptekom zgłaszanie drogą elektroniczną zakończenia umowy na realizację recept i zakończenia jej działalności. Pozwala to na gromadzenie w systemie informatycznym informacji o miejscu przechowywania recept po zakończeniu umowy oraz weryfikację danych adresowych osoby reprezentującej podmiot lub osoby upoważnionej do wydania recept. W SI NFZ wprowadzono szereg koniecznych modyfikacji w obszarze rozliczania, weryfikacji i walidacji danych o realizacji recept przekazywanych przez apteki.

### Centralna Baza Wniosków i Decyzji (CBWiD)

Rok 2021 to dalszy rozwój aplikacji CBWiD, która została udostępniona do użytkowania w 2020 roku. Wprowadzane zmiany miały na celu usprawnienie procesu składania i dalszego procedowania wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, zarówno po stronie świadczeniodawców jak i OW NFZ. Jedną z kluczowych zmian było umożliwienie wczytywania wniosków podpisanych podpisem kwalifikowanym, profilem zaufanym ePUAP oraz podpisem osobistym. Poza tym uruchomiono funkcjonalność mailowych notyfikacji operatorów OW NFZ w przypadku wprowadzenia dokumentu wniosku lub jego aktualizacji w CBWiD, dostosowano szablony załączników elektronicznych, zaktualizowano filtrowanie do wymogów użytkowników (zmieniono organizację filtrów, nazwy, poszerzono zakres), zmodyfikowano widoki, dodano podpowiedzi aplikacji oraz szereg innych udogodnień do pracy w systemie.

### Aplikacja AP-KOLCE

Uruchomiono prace nad umożliwieniem rejestracji, w uzasadnionych projektowanym przepisem ustawowym przypadkach, przez świadczeniodawcę prowadzącego harmonogram przyjęć w aplikacji AP-KOLCE, pacjentów bez uwzględniania prowadzonej listy oczekujących i bez zachowania kolejności zgłoszenia (wynikających z art. 20 ust. 1, ust. 8 zdanie 3 i ust. 9a) ze względu na otrzymanie wiadomości, że inny pacjent nie zgłosi się na zaplanowany termin udzielenia świadczenia. Funkcjonalność zostanie udostępniona produkcyjnie po zmianie przepisów prawa.

### Rejestr Endoprotezoplastyk

Rozszerzono zakres gromadzonych danych o zrealizowanych wszczepach endoprotez stawowych w Centralnej Bazie Endoprotezoplastyk o nowe informacje niezbędne do prowadzenia Rejestru Endoprotezoplastyk wraz z budową interfejsów wymiany danych pomiędzy CBE i RE. Zmiana ta pozwoliła wykorzystać system Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk jako źródło danych dla Krajowego Rejestru Endoprotezoplastyk, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rejestru endoprotezoplastyk. Dane opisujące wykonany zabieg z zakresu endoprotezoplastyki przekazywane są do rejestru RE

w formie ankiet. Rejestr Endoprotezoplastyk (RE) pozwala rejestrować informacje o endoprotezach stawów wszczepionych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z NFZ na udzielanie tych świadczeń. Do 2021 r. gromadzone były dane wyłącznie o wszczepach realizowanych w ramach zawartych ze świadczeniodawcami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Od 2021 umożliwiono rejestrowanie ankiet przez usługodawców wykonujących takie zabiegi komercyjnie.

#### Ratunkowy dostęp do technologii lekowych (RDTL)

Rozpoczęto prace nad koncepcją przygotowania funkcjonalności obsługującej proces monitorowania, sprawozdawania i rozliczania świadczeń w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL) pomiędzy świadczeniodawcą a OW NFZ. Zaplanowano sposób wsparcia przez SI NFZ procesu obsługi wniosków i opinii konsultantów medycznych dotyczących RDTL. Pierwsze etapy przygotowywanej funkcjonalności zostały udostępnione w IV kwartale 2021 r. Dalsze prace, w tym pilotaż dedykowanej funkcjonalności będą realizowane w 2022 r.

#### Zintegrowany System Informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia (ZSI NFZ)

W 2021 roku trwały dalsze prace w Programie Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ. Zgodnie z założeniami realizacji Programu, celem pierwszego z zaplanowanych projektów „Feniks Budowa ZSI NFZ – etap 1 – podstawy” jest wypracowanie podstaw merytorycznych (w tym założeń i architektury wysokopoziomowej) oraz przeprowadzenie analiz i prac studyjnych niezbędnych do uruchomienia procesu wytwarzania Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ. We wrześniu 2021 r. podpisano umowę na wykonywanie Produktów i świadczenie Usług realizowanych w wyniku wsparcia specjalistycznego i doradztwa eksperckiego. W ramach tej umowy mają powstać, między innymi, produkty opisujące wysokopoziomową architekturę ZSI NFZ, pryncypia architektury i systemu, wymagania i założenia technologiczne oraz systemowe. Czerpiąc doświadczenia z odbytych dialogów technicznych kontynuowane były prace nad Systemem Wspomagania Zarządzania Zasobami (SWZZ) – rozwiązaniem klasy ERP, które docelowo zastąpi eksploatowane obecnie systemy finansowo-księgowo oraz kadrowo-płacowe we wszystkich Oddziałach Wojewódzkich i Centrali NFZ. W czerwcu 2021 roku ogłoszono postępowania na wdrożenie SWZZ. Podpisanie umowy zaplanowane zostało na I kw. 2022 roku. Ponadto, w ramach budowy ZSI w 2021 r. kontynuowane były prace nad Modułem Obsługi Procesu Sprawozdawczości i Kontroli (MOPSiK) - systemu 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 w 2021 r. trwał pierwszy etap prac wdrożeniowych. Na potrzeby realizacji projektu MOPSiK wypracowano, z obecnymi dostawcami systemów informatycznych dla NFZ, mechanizmy integracji i wytworzono interfejsy integracyjne zapewniające ciągłość działania pomiędzy obecnym a „nowym” systemem informatycznym. W 2021 roku rozpoczęto także prace przygotowawcze do projektu „Wsparcie analityczne w zakresie analizy biznesowo-systemowej w realizacji zadań związanych z wdrożeniem w organizacji Zintegrowanego Systemu Informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia”. Celem projektu jest zidentyfikowanie wymagań dla nowego

systemu informatycznego NFZ, w polegające szczególności na: analizie obszarów biznesowych, wypracowaniu metodyki zbierania wymagań, przygotowaniu aktualizacji procesów do standardu AS-IS+/ TO-BE, przygotowaniu wymagań funkcjonalnych i niefunkcjonalnych dla nowego Systemu oraz procesów migracji danych, doradztwie eksperckim dot. implementacji Systemu.

Jednocześnie rozpoczęto prace nad postępowaniem przetargowym na wybór firmy analitycznej gdzie planowanym zakresem realizacji będą powyżej wymienione ze szczególnym uwzględnieniem know-how analitycznego, weryfikacji procesów biznesowych AS-IS, przygotowanie wymagań dla wytwarzania ZSI wraz z procesami TO-BE dla ZSI. Kolejnym projektem realizowanym w ramach Programu Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ, którego realizację rozpoczęto w 2021 r. jest Centrum Słowników. Celem projektu jest pozyskanie modułu do centralnego zarządzania słownikami, które są wykorzystywane w NFZ. Oczekiwanym efektem wdrożenia modułu będzie standaryzacja i podniesienie jakości danych w systemach NFZ. Moduł Centrum Słowników ma umożliwiać m.in. wprowadzanie, edycję i wizualizację danych słownikowych z zapewnieniem możliwości weryfikacji i walidacji tych danych, jak również tworzenie oraz edycję struktur bazodanowych. Słowniki wykorzystywane będą przez Centralę NFZ, oddziały wojewódzkie NFZ, świadczeniodawców, w tym również apteki i punkty apteczne. Część słowników będzie publikowana na stronie internetowej w formacie dogodnym do przeglądania oraz importowania do innych systemów. Innym projektem realizowanym w 2021 r. w ramach budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ jest projekt obejmujący docelowe procesy testowania oprogramowania aplikacyjnego w NFZ. Ma on na celu wypracowanie koncepcji powołania i funkcjonowania Centrum Kompetencyjnego w obszarze testowania. Proces testowania w ramach CK obejmie początkowo prace w ramach realizacji umów utrzymania obecnego Systemu Informatycznego Wspierania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia (w tym zwłaszcza dla zgłoszeń rozwojowych związanych z tzw. Usługami Integracji Oprogramowania, które będą wspierać program budowy nowego Zintegrowanego Systemu Informatycznego). W zakresie projektu jest również wypracowanie metodyki uruchomienia środowiska testowego dla systemów OW. Ponadto w ramach Programu ZSI NFZ kontynuowane były prace nad pozostałymi jego elementami, w tym opracowanie modelu i wdrożenie kompleksowego systemu obsługi relacji z klientami (CRM) wraz z utworzeniem referencyjnej bazy teleadresowej klientów NFZ (BTA). Szczegółowy zakres prac związany z projektem CRM został opisany w obszarze Departamentu Obsługi Klientów, który jest głównym użytkownikiem powyższych systemów.

#### Finansowanie informatyzacji świadczeniodawców w 2021 roku

Zgodnie z art. art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy o świadczeniach do zakresu działania Funduszu należy m.in. finansowanie informatyzacji świadczeniodawców, której celem jest udzielanie przez nich świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenie i wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacja dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej oraz udostępnianie elektronicznych usług świadczeniobiorcom lub innym podmiotom. pierwotnym

planie finansowym NFZ na 2021 r., w planie Centrali Funduszu, zabezpieczono środki na ten cel w łącznej wysokości 150 000 tys. zł, z tego:

- 100 000 tys. zł przyjmując założenia analogiczne z regulacjami obowiązującymi w tym zakresie w 2020 roku,
- 50 000 tys. zł - środki z budżetu państwa - na koszty realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 19.07.2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590).

Następnie, w związku zawarciem aneksu do umowy pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia a NFZ w sprawie udzielenia dotacji celowej na realizację zadania, o którym mowa w art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 19.07.2019 r., tj. pełnienia przez świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej funkcji punktu potwierdzającego profil zaufany, a także prowadzenia przez tych świadczeniodawców kampanii informacyjnej mającej na celu zakładanie profili zaufanych w inny dostępny sposób oraz aktywowanie Internetowego Konta Pacjenta, w dniu 31.12.2021 r. Prezes NFZ dokonał zmniejszenia planu w tej pozycji kosztów o 44 960 tys. zł, zgodnie z postanowieniami ww. aneksu.

W celu finansowania w 2021 roku informatyzacji świadczeniodawców Prezes NFZ:

- w zarządzeniu nr 107/2021/DEF Prezesa NFZ z 18.06.2021 r. w sprawie warunków rozliczania środków pochodzących z dotacji celowej na dofinansowanie aktywowania Internetowego Konta Pacjenta, zmienionego zarządzeniem nr 174/2021/DEF Prezesa NFZ z dnia 19.10.2021 r., określił warunki rozliczania przez NFZ i świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 20c ust. 2a ustawy z dnia 17.02.2005 o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 670), środków pochodzących z dotacji celowej z budżetu państwa na dofinansowanie aktywowania Internetowego Konta Pacjenta. Przedmiotem umowy było dofinansowanie ze środków dotacji celowej aktywowania Internetowego Konta Pacjenta przez świadczeniobiorcę, o którym mowa w art. 20c ust. 2b ustawy o informatyzacji w związku z: pełnieniem przez świadczeniodawcę POZ funkcji punktu potwierdzającego profil zaufany oraz prowadzeniem przez świadczeniodawcę POZ kampanii informacyjnej mającej na celu zakładanie profili zaufanych - potwierdzonego oświadczeniem przesłanym przez świadczeniobiorcę za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym za pośrednictwem poczty elektronicznej albo złożonym bezpośrednio u świadczeniodawcy POZ.

Koszty finansowania aktywowania IKP w POZ w 2021 r. wyniosły 24,48 tys. zł;

- w zarządzeniu 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, zmienionym zarządzeniem Nr 23/2021/DEF Prezesa NFZ z dnia 29.01.2021 r., zmienionym zarządzeniem nr 142/2021/DEF Prezesa NFZ z dnia 11.08.2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków udzielania i rozliczania dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców – integracja TOPSOR z HIS, określił

warunki udzielania i rozliczania dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców w zakresie integracji TOPSOR z szpitalnymi systemami informatycznymi. Dofinansowaniem objęto świadczeniodawców posiadających zawartą z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym umowę o partnerstwie w realizacji projektu „Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”.

Koszty dofinansowania integracji TOPSOR z HIS w 2021 r. wyniosły 9 614,29 tys. zł.

- w zarządzeniu nr 66/2021/DEF Prezesa NFZ z dnia 13.04.2021 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2021 r. dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem nr 125/2021/DEF Prezesa NFZ z dnia 01.07.2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2021 r. dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, określił warunki udzielania i rozliczania środków na dofinansowanie informatyzacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej. Przedmiotem dofinansowania było nabycie i sfinansowanie urządzeń informatycznych, lub oprogramowania lub usług. Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenia i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacji dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej, określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia.

Koszty dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców POZ w 2021 r. wyniosły 12 667,64 tys. zł.

- w zarządzeniu nr 88/2021/DEF Prezesa NFZ z dnia 11.05.2021 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2021 r. finansowania informatyzacji świadczeniodawców - pilotaż EDM - etap II, określił warunki udzielania i rozliczania środków na dofinansowanie nabycia i sfinansowania w okresie od dnia 1.05.2021 r. do dnia 30.06.2021 r. przez uprawnionego świadczeniodawcę określonych w załączniku nr 2 do zarządzenia urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług związanych z uruchomieniem raportowania ZM lub prowadzeniem wymiany EDM z innymi usługodawcami za pośrednictwem Systemu P1 a także finansowanie aktywnego udziału uprawnionego świadczeniodawcy w pilotażu EDM - etap II.

Koszty dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców - pilotażu EDM - etap II w 2021 r. wyniosły 0 tys. zł.

- w zarządzeniu 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, zmienionym zarządzeniem nr 203/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 21.12.2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej – pilotaż EDM, określił warunki zawierania i rozliczania umów o finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej, które były zawierane ze świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej, lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego, uczestniczącymi w prowadzonym przez Centrum e-Zdrowia pilotażu raportowania Zdarzeń Medycznych i wymiany EDM. Dofinansowaniem zostali objęci 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.

Przedmiotem dofinansowania było nabycie i sfinansowanie w okresie od dnia 1.01.2020 r. do dnia 28.02.2021 r. przez uprawnionego świadczeniodawcę urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług związanych z uruchomieniem raportowania ZM lub prowadzeniem wymiany EDM, lub szkoleń oraz finansowanie aktywnego udziału uprawnionego świadczeniodawcy w pilotażu EDM.

Koszty dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców – Pilotaż EDM w 2021 r. wyniosły 7 809,13 tys. zł.

Dofinansowanie informatyzacji świadczeniodawców udzielane było przez dyrektora właściwego oddziału Funduszu uprawnionemu świadczeniodawcy, którego wniosek o udzielenie dofinansowania został pozytywnie rozpatrzony i zatwierdzony przez dyrektora właściwego oddziału Funduszu.

Wartość poniesionych w 2021 roku przez Fundusz kosztów realizacji zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy (tj. dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców) wyniosła łącznie 30 131,31 tys. zł i stanowiła 28,69% wartości planowanej.

#### Opracowanie modelu kompleksowego systemu obsługi relacji z klientami (BTA/CRM)

Od 2020 r. w Centrali NFZ jest realizowany projekt budowy i wdrożenia systemu klasy CRM, pod nazwą Elektroniczny System Obsługi Klientów (e-SOK). Wdrożenie systemu BTA oraz e-SOK jest elementem realizacji celów określonych w Strategii NFZ. 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. Jego celem jest wsparcie zadań związanych z obsługą klienta, dzięki dostępowi do kompleksowej informacji na jego temat. Wypracowanie systemu e-SOK będzie jednym z pierwszych elementów bazy teleadresowej (BTA), w której zostaną zgromadzone aktualne dane personalne, adresowe oraz kontaktowe klientów Funduszu. Dane w BTA będą aktualizowane elektronicznie danymi pochodzącymi z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU) oraz systemu P1. Głównym celem wdrożenia BTA jest poprawa i utrzymanie jak najlepszej jakości danych, które będą dodatkowo weryfikowane przez pracowników sal obsługi klientów oraz telefonicznie za pośrednictwem Telefonicznej Informacji Pacjenta. W systemie BTA zostaną wdrożone mechanizmy weryfikacji tożsamości klienta, które pozwolą bezpiecznie aktualizować dane za pośrednictwem kanału telefonicznego. Dane zgromadzone w BTA posłużą nie tylko do bieżącego kontaktu z klientami w związku z toczącymi się sprawami, ale także będą mogły zostać wykorzystane m.in. do badań satysfakcji klientów oraz informowania ich o dostępnych programach profilaktycznych.

W 2021 r. w związku z wytworzeniem BTA zrealizowano następujące zadania:

- opracowanie repliki danych inicjalnych i przyrostowych z CWU na potrzeby BTA;

- opracowanie koncepcji i architektury systemu oraz szczegółowych wymagań funkcjonalnych dla BTA;
- zrealizowanie postępowania przetargowego na wytworzenie i wdrożenie BTA wraz z 2 letnim wsparciem;
- konsultacje w sprawie zmiany obowiązującej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, o co NFZ wnioskował w pismach kierowanych do Ministerstwa Zdrowia;
- konsultacje z Centrum e-Zdrowia w celu udostępnienia NFZ danych zgromadzonych w systemie P1 na potrzeby BTA.

System e-SOK będzie systemem skalowalnym i będzie przyrastał wraz z potrzebami organizacji. Ma on zapewniać samodzielne definiowanie nowych procesów dotyczących spraw klienta, odpowiadając na ciągle zmieniającą się rzeczywistość. Zgodnie z obecnie obowiązującym harmonogramem wdrożenie właściwego systemu e-SOK przypadnie na lata 2022-2024. Wdrożone narzędzie w obsłudze bezpośredniej pozwoli na udzielanie kompleksowej informacji przy użyciu jednego systemu, co pozwoli na efektywne wykorzystywanie czasu pracy pracowników, a także przyczyni się po podniesieniu, jakości obsługi klientów.

### 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 2021 roku kontynuowano projekty i inwestycje infrastrukturalne mające na celu usprawnienie funkcjonowania systemów informatycznych NFZ, dążące do podniesienia ich wydajności i dostępności oraz bezpieczeństwa przetwarzania danych.

#### Standardy jakości obsługi wprowadzane w Salach Obsługi Klientów (SOK) w 2021 roku

NFZ stale podnosi jakość realizowanych usług oraz standardów na salach obsługi klientów. Jej głównym celem jest dostosowanie sal obsługi klientów do potrzeb osób z niepełnosprawnościami i przełamywaniem barier architektonicznych. W 2021 r. wprowadzone były zmiany w infrastrukturze sal obsługi klientów. Otworzono nowe placówki, aby były dostępne w dogodnych dla klientów lokalizacjach.

Tabela nr VII.2. Zmiana lokalizacji placówek w 2021 r. w oddziałach wojewódzkich NFZ.

Nazwa oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia	Rodzaj placówki Narodowego Funduszu Zdrowia	Adres placówki Narodowego Funduszu Zdrowia	Data otwarcia placówki Narodowego Funduszu Zdrowia
Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Sala Obsługi Klientów	ul. Traugutta 55 50 - 416 Wrocław	2 listopad 2021 r.
Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Punkt Obsługi Klientów	al. Marszałka Piłsudskiego 50 34-300 Żywiec	4 styczeń 2021 r.
	Punkt Obsługi Klientów	ul. Harcerska 9 44-335 Jastrzębie-Zdrój	6 maj 2021 r.
Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Sala Obsługi Klientów	ul. Bartosza Głowackiego 14 10-448 Olsztyn	7 czerwiec 2021 r.
Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Delegatura	ul. Skarszewska 42A 62-800 Kalisz	1 marzec 2021 r.
Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Punkt Obsługi Klientów	ul. Citroena 2 70-769 Szczecin	2 listopad 2021 r.

## Realizacja ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w NFZ

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prowadzono prace nad dostępnością w NFZ dla osób ze szczególnymi potrzebami. Urzędy, w tym NFZ są zobowiązani dostosować się do potrzeb tych osób, zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2020 r. poz. 1062) . Zakres działań dotyczy stron internetowych, aplikacji, architektury i wyposażenia budynków, a także komunikacji z klientami i pracownikami.

W celu realizacji tego zadania:

- opracowano raport do GUS – statystykę, której celem jest badanie postępu prac nad dostępnością w kraju. Powstało 110 raportów NFZ (dla każdej z placówek);
- na podstawie audytu przeprowadzonego w 2020 r. opracowano plan dostępności i opublikowano go na stronie internetowej NFZ, który zawiera harmonogram działań w zakresie dostosowania do wymogów ustawy,
- opracowano ETR – film i tekst w języku łatwym, dostosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną,
- opracowano narzędzie do monitoringu realizacji planów dostępności oddziałów wojewódzkich NFZ,
- realizowano spotkania online z koordynatorami dostępności oddziałów wojewódzkich NFZ, gdzie wymieniano się doświadczeniami, dobrymi praktykami, standaryzowano działania,
- dbano o podnoszenie świadomości pracowników na temat dostępności przez opracowanie artykułów na temat dostępności w newsletterze,
- konsultowano projekty innych komórek centrali oraz oddziałów wojewódzkich NFZ pod kątem dostępności.

### **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 - 31.05.2022 r.

Celem projektu jest pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. modelu POZ PLUS, co wpłynie na zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej na poziomie POZ oraz poprawę jakości opieki zdrowotnej w wyniku polepszenia systemu organizacji świadczeń. Nowy model organizacji świadczeń POZ PLUS to strategia zogniskowana na pacjenta i zmieniająca system realizacji



świadczeń oparty w dużej mierze na opiece stacjonarnej w model o większej elastyczności wykorzystując instrumenty profilaktyki w odpowiedzi na rosnący popyt i współczesne wyzwania w sektorze zdrowia.

Cele szczegółowe projektu POZ PLUS to: poprawa obsługi pacjentów przez świadczeniodawców, zwiększenie oferty opieki kompleksowej nad pacjentem, zwiększenie zakresu programów profilaktycznych, poprawa jakości usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej, zwiększenie liczby świadczeń medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej, poprawa koordynacji usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

W 2021 roku wydano jedną zmianę do zarządzenie Prezesa NFZ dot. realizacji pilotażu: nr 38/2021/DSOZ z dn. 4 marca 2021 r. W jego wyniku wprowadzono następujące zmiany:

- przedłużono okres realizacji umów na realizację pilotażu o 90 dni tj. do 30 września 2021 r. oraz wydłużono okres na realizację dostosowania systemu informatycznego realizatora programu pilotażowego w zakresie funkcjonalności do 31 grudnia 2020 r.;
- zwiększono zakresu obowiązków koordynatorów o dodatkowe zadania związane z przeprowadzaniem przez koordynatorów instruktażu sanitarnego dla pacjenta, któremu udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej objęte pilotażem w okresie pandemii COVID- 19, przeprowadzaniem wstępnego etapu ankiety bilansowej w trybie zdalnym w sytuacjach tego wymagających, informowaniem pacjentów o możliwości zdalnego zapisywania się do programów profilaktycznych;
- zwiększono maksymalną wysokość grantu koordynacyjnego przeznaczonego na finansowanie wynagrodzenia koordynatora wraz z pochodnymi w wymiarze jednego etatu przeliczeniowego do kwoty 5 500 zł miesięcznie, w związku poszerzeniem zakresu obowiązków koordynatora;
- zwiększono wyceny produktów: bilans podstawowy i bilans pogłębiony o kwotę 30 zł z przeznaczeniem na pokrycie dodatkowych nakładów na zapewnienie bezpieczeństwa sanitarnego pacjentów poddawanych bilansowi, w tym na: środki ochrony osobistej dla pacjentów i personelu medycznego oraz odpowiednie przygotowanie pomieszczeń do wizyt pacjentów;
- przesunięto o 6 miesięcy terminu realizacji dostosowania systemów informatycznych realizatorów pilotażu do potrzeb pilotażu w zakresie, o którym mowa w §19 ust. 1 pkt 3 i 4 zarządzenia nr 23/2018/DAiS.

Powyższe zmiany wprowadzono z mocą obowiązywania od dnia 01.01.2021 r.

Zgodnie z założeniami projektu i zarządzeniem Prezesa NFZ nr 23/2018/DAiS (z późn. zm.) w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS wybrani do pilotażu świadczeniodawcy zakończyli realizację umów o realizację pilotażu z dn. 30.09.2021 r. W pilotażu w okresie 01.07.2018 - 30.09.2021 r. wzięło udział łącznie 47 realizatorów, u których przeprowadzono u pacjentów 51 203 bilansów zdrowia oraz 38 625 osobom udzielono świadczeń w programie zarządzania chorobą przewlekłą. Zgodnie z założeniami modelu opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej realizatorzy pilotażu zatrudnili koordynatorów opieki łącznie na 70 etatach przeliczeniowych. Szczegółowe

dane dotyczące liczby zrealizowanych świadczeń dostępne są na platformie projektowej<sup>27</sup> oraz na portalu [ezdrowie.gov.pl](http://ezdrowie.gov.pl)<sup>28</sup>.

W dniach 8-9 grudnia 2021 r. odbyła się dwujęzyczna konferencja online, podsumowująca wyniki dwóch projektów: PILOTAŻ POZ PLUS oraz SCIROCCO EXCHANGE pn. „OPIEKA KOORDYNOWANA W POLSCE – INTEGRATED CARE IN POLAND”.

Wydarzenie otworzył Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Medycznych, Minister Zdrowia oraz przedstawiciel Banku Światowego. W swoich wystąpieniach panowie podkreślili, że koordynacja nie polega tylko na włączeniu w proces udzielania świadczeń osoby koordynatora, ale jest to ważna funkcja w systemie ochrony zdrowia oraz, że jednym z najważniejszych benefitów projektu POZ PLUS jest nadanie istotnego statusu opiece koordynowanej, a kluczową rolę w koordynacji opieki nad pacjentem odgrywa podstawowa opieka zdrowotna. W pierwszej części konferencji eksperci zarówno z Polski, jak i z Europy zaprezentowali przykłady opieki koordynowanej w Polsce i na świecie. W kolejnej części przedstawiciele NFZ oraz eksperci Banku Światowego i JASPERS, Światowego Banku Inwestycyjnego dyskutowali nad polskimi doświadczeniami w przygotowaniu i wdrożeniu opieki koordynowanej na przykładzie programu pilotażowego POZ PLUS. W ostatniej części zaprezentowano wyniki badań ewaluacyjnych PROM, PREM, PAM i odniesiono się do wpływu sytuacji epidemiologicznej na realizację tych badań. Swoje opinie na ten temat przedstawiciele realizatorów POZ PLUS, którzy podkreślali rolę zespołu POZ, ich aktywną postawę względem pacjentów, która wpływa na wzrost udziału pacjentów do korzystania z badań bilansowych. Na zakończenie Konferencji Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznych poinformował o projektowanych zmianach w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, umożliwiających wprowadzenie budżetu powierzonego w POZ dla wybranych obszarów chorobowych.

Prezentowane na konferencji wyniki pilotażu zostały opublikowane w formie raportów ewaluacyjnych. Najistotniejsze z nich to: „Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce – ocena POZ Plus”, „Analiza narzędzi PROM/PREM/HLS – wyniki II tury badań ankietowych”, które można znaleźć na stronie Akademii NFZ.

W ramach pozostałych działań projektowych:

- kolejny raz nie wyłoniono wykonawcy w postępowaniu przetargowym na usługę utworzenia portalu dedykowanego opiece koordynowanej do wymiany informacji pomiędzy realizatorami POZ PLUS a płatnikiem. Ogłoszono kolejne postępowanie przetargowe w tym zakresie;
- przygotowano i opublikowano materiały edukacyjne dla Zespołów POZ i pacjentów: „Indywidualny program odżywiania dla pacjentów z zespołem metabolicznym” wraz z filmiki instruktażowe z przygotowywania wybranych posiłków; „Wczesne wykrywania i leczenia depresji” – podręcznik dla lekarzy oraz „Kompendium wiedzy dla pacjentów o depresji”;

---

<sup>27</sup> <https://akademia.nfz.gov.pl/poz-plus-3>

<sup>28</sup> <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/raport-z-realizacji-pilotazu-poz-plus>

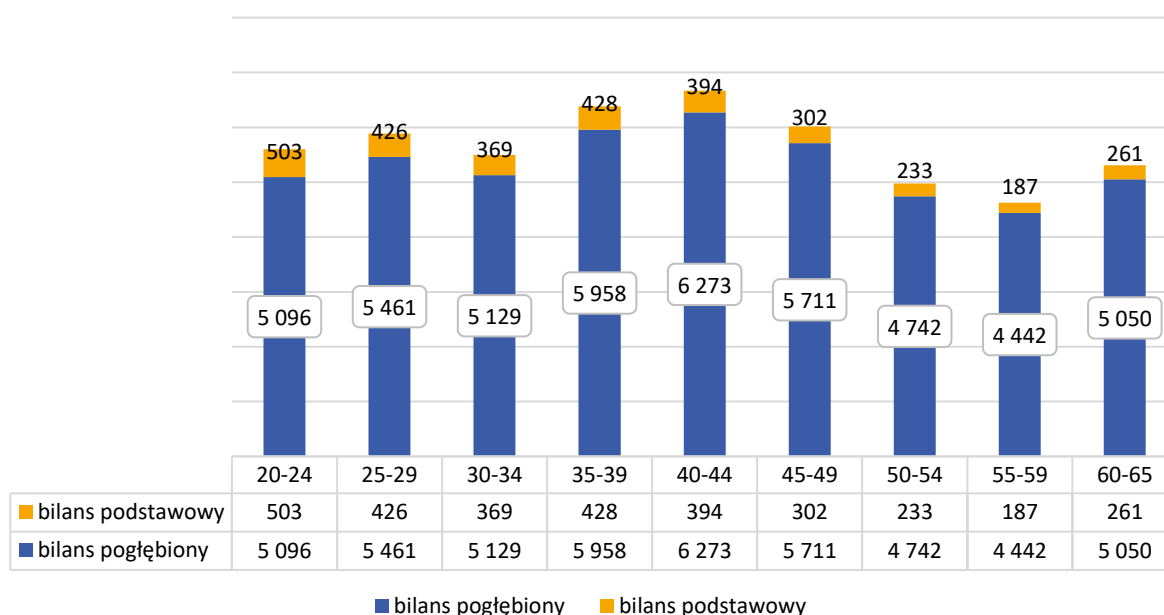
- w przygotowaniu są kolejne publikacje: skrypt dla edukatora zdrowotnego (zgromadzono materiał do publikacji); podręcznik „Wdrażanie opieki koordynowanej w POZ” (rozpoczęto prace koncepcyjne);
- rozstrzygnięto postępowanie na wybór wykonawcy aplikacji mobilnych: dla osób ze stanami zwyrodnieniowymi stawów „Moje fizjo”, z wykorzystaniem filmów z fizjoterapii oraz planów usprawniających; aplikacja wspierająca self-management w 5 chorobach przewlekłych „Moje zdrowie” (zakończono development aplikacji);
- zamieszczono na platformie e-learningowej Akademii NFZ szkolenie z zakresu udzielania teleporad w POZ, do dnia 30 czerwca 2021 r. ze szkolenia skorzystało ok. 150 osób.

W ramach pilotażowego wdrażania modelu opieki koordynowanej w POZ realizowane są dwa innowacyjne produkty: profilaktyczne świadczenia bilansowe oraz program zarządzania chorobą przewlekłą.

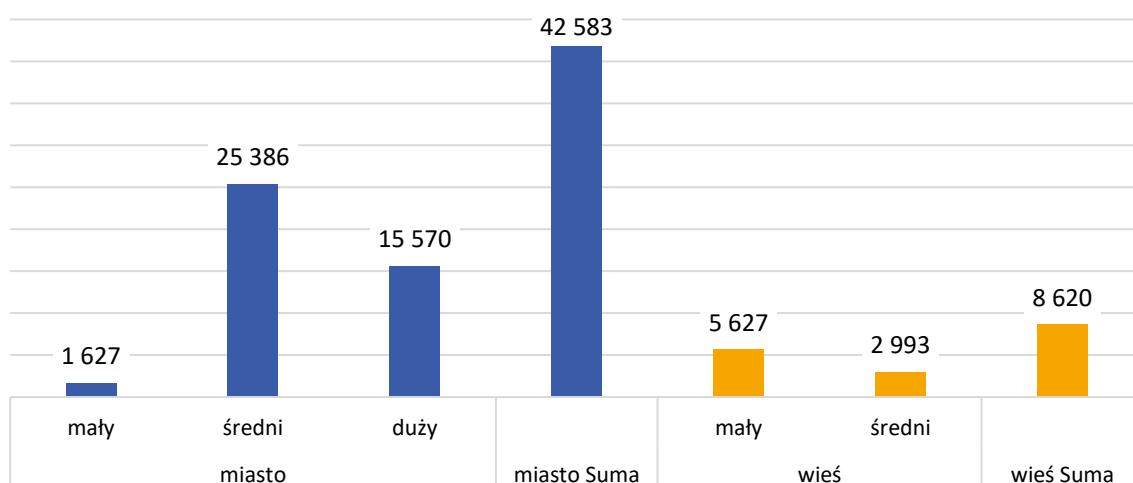
### Profilaktyczne świadczenia bilansowe

Łącznie od początku trwania pilotażu do 30 września 2021 roku realizatorzy pilotażu wykonali 51 203 badań bilansowych, tj. 106% zadeklarowanej w pilotażu łącznej liczby bilansów, w tym: w 2018 roku – 7 474, w 2019 roku - 25 877, w 2020 – 9 058 i w 2021 – 8 794. Główną przyczyną spadku liczby wykonanych badań od 2020 roku było ogłoszeniem w kraju stanu pandemii wywołanej wirusem Sars-CoV-2 kraju. 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 ograniczenia do niezbędnego minimum wykonywania niektórych świadczeń, w tym profilaktycznych należało się spodziewać, że liczba wykonanych świadczeń bilansowych będzie mniejsza. Pomimo tego udało się wykonać założoną w pilotażu liczbę badań tj. 48 000, a nawet ją przewyższyć o 6%.

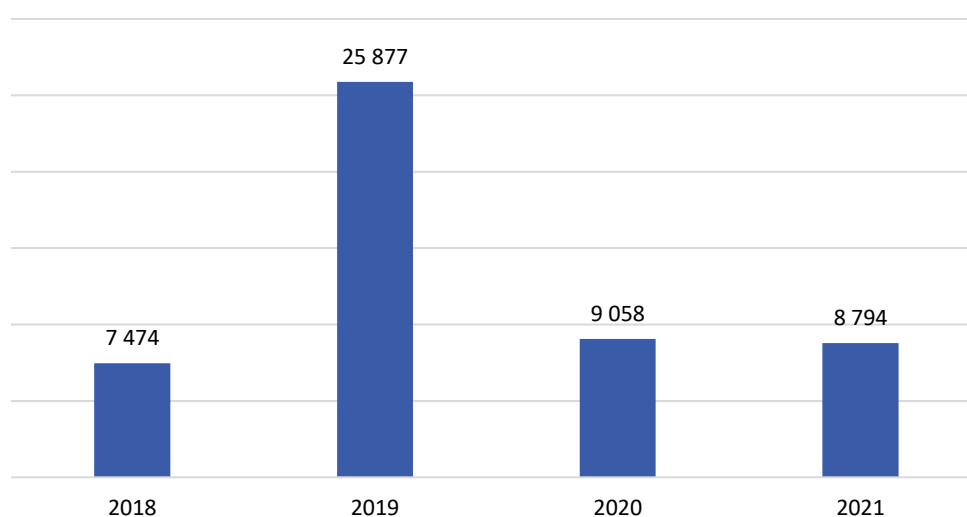
Wykres nr VII.1. Liczba wykonanych badań bilansowych w latach 2018-2021 w podziale na grupy wiekowe.



Wykres nr VII.2. Liczba wykonanych badań bilansowych w podziale na wielkość i obszar.



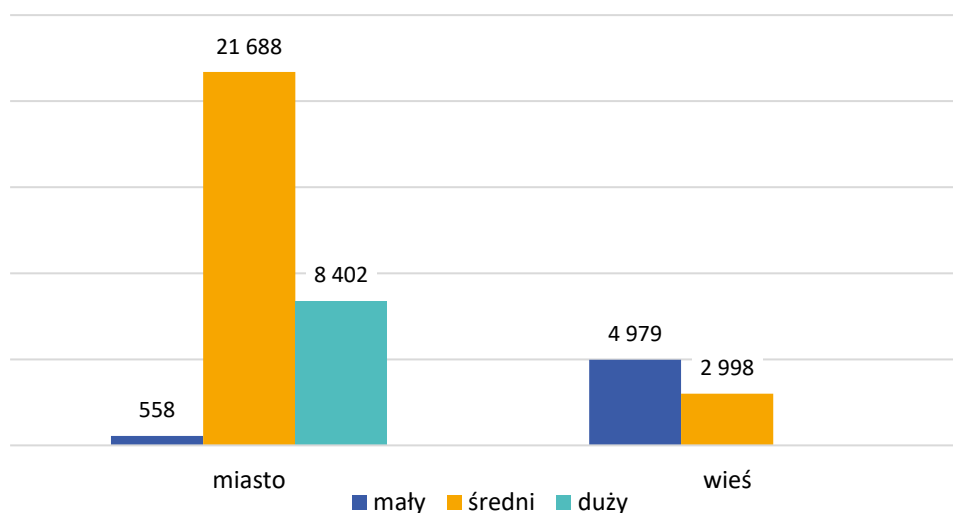
Wykres nr VII.3. Liczba wykonanych badań bilansowych w latach 2018-2021.



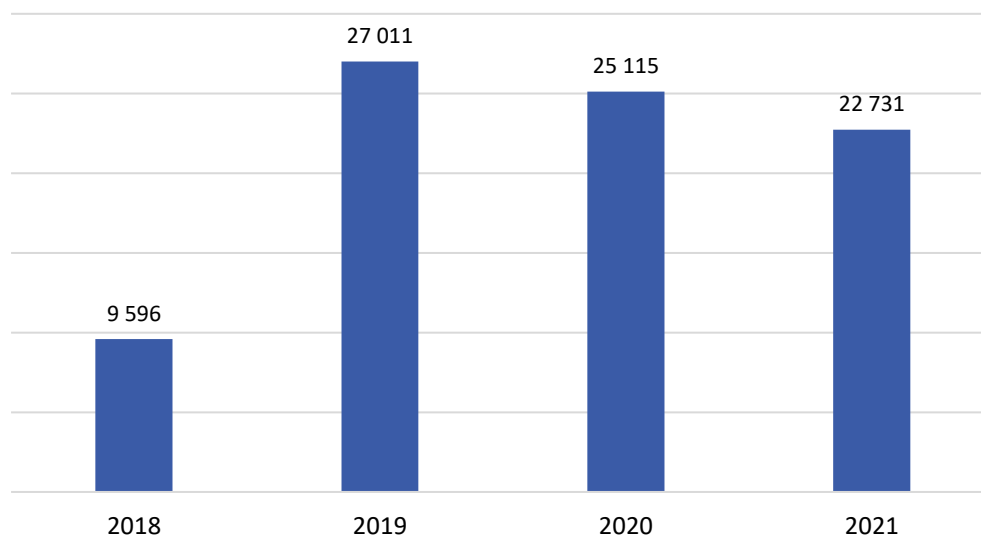
### Program zarządzania chorobą

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 oraz ich realizację w sposób kompleksowy, planowany, ciągły i zintegrowany. Program zarządzania chorobą dotyczy 11 schorzeń przewlekłych w tym: cukrzyca typu 2, przewlekła choroba wieńcowa, przewlekła niewydolność serca, utrwalone migotanie przedsionków, choroby tarczycy, nadciśnienie tętnicze, astma i POChP, zespoły bólowe kręgosłupa, choroby zwyrodnieniowe stawów obwodowych. Liczba pacjentów, którym wykonano świadczenia w programie zarządzania chorobą przewlekłą, wg stanu na 30 września 2021 roku wyniosła 38 625 pacjentów, w tym z programu skorzystało: w 2018 r. (9 596 pacjentów), w 2019 roku (27 011 pacjentów), w 2020 r. (25 115 pacjentów), w 2021 r. (22 731 pacjentów). Najwięcej pacjentów leczono na: nadciśnienie tętnicze - 43 % oraz zespoły bólowe kręgosłupa - 41%.

Wykres nr VII.4. Liczba pacjentów w Zarządzaniu chorobą w podziale na wielkość i obszar.



Wykres nr VII.5. Liczba pacjentów w Zarządzaniu chorobą w latach 2018-2021.



### 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 2020 roku do września 2021 roku ok 1,6% świadczeń 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.

Jednocześnie wprowadzono okresowe odstępstwa od warunków realizacji profilaktycznych świadczeń bilansowych i programów zarządzania chorobą (DMP).

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 2021 roku zrealizowano m.in. następujące zadania:

- udostępniano Centrum Zarządzania Wiedzą (KMH-Knowledge Management Hub), w tym moduł transferu wiedzy w zakresie dwunastu analizowanych obszarów.
- opracowano „Wytyczne do systematycznego przeglądu literatury, dobrych praktyk zamieszczanych w repozytorium Scirocco Exchange Knowledge Management HUB” oraz Wytycznych do efektywnego i spersonalizowanego transferu wiedzy dla przedstawicieli podmiotów leczniczych, pacjentów, ogółu społeczeństwa [Facilitate the personalised and knowledge transfer]”,
- po dokonaniu przeglądu literaturowego w zakresie opieki koordynowanej dostępnych w języku angielskim publikacji, przetłumaczono na język polski ponad 200 opisów dla poszczególnych pozycji, które będą zamieszczone w polskim odpowiedniku Centrum Zarządzania Wiedzą Scirocco Exchange,

- udostępniano Scirocco Exchange Knowledge Management Hub User Guidance - szereg ilustracyjnych filmów wideo i innych zasobów edukacyjnych na stronie internetowej<sup>29</sup>,
- kontynuowano 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>30</sup>;
- aktualizowano polskie tłumaczenie i udostępniono na stronie internetowej<sup>31</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],
- kontynuowano proces mapowania istniejących aktywów służących budowaniu zdolności oraz dowodów dotyczących opieki koordynowanej. Jest to zadanie trwające przez cały okres realizacji projektu,
- w dniach 4-7 października 2021 zaprezentowano na konferencji North American Conference on Integrated Care w Toronto efekty budowania potencjału w obszarze wzmocnienia wiedzy po ocenie dojrzałości placówek POZ PLUS do realizacji opieki koordynowanej,
- we współpracy z AER (Assembly of European Regions) rozpoczęto prace nad gromadzeniem najlepszych praktyk i sposobów dzielenia się wiedzą,
- w dniach 8-9 grudnia 2021 r. zorganizowano wspólnie z projektem POZ PLUS międzynarodową konferencję poświęconą opiece koordynowanej,
- zaproponowano sposób zapewnienia trwałości projektu Scirocco Exchange w części związanej z transferem wiedzy w postaci budowy portalu Centrum Transferu Wiedzy NFZ – NFZ Knowledge Transfer HUB, finansowanego ze środków własnych NFZ (00CE.060.2021).

#### **VII.4.3. Otwarte dane - dostęp, standard, edukacja**

W wyniku starań pracowników Departamentu Analiz i Innowacji Centrali NFZ, dane dotyczące liczby pacjentów i liczby udzielonych świadczeń wg rozpoznań zostały opublikowane na portalu Otwarte Dane. Na portalu znalazły się również m.in. informacje dotyczące diagnostyki i leczenia onkologicznego, jak i profilaktycznych programów zdrowotnych.

Publikacja ma związek ze strategiczną inicjatywą Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, „Programem Otwierania Danych na lata 2021-2027”. Program został przyjęty Ustawą z dnia 11 sierpnia 2021 r. o otwartych danych i ponownym wykorzystywaniu informacji sektora

---

<sup>29</sup> [www.sciroccoexchange.com/resources](http://www.sciroccoexchange.com/resources)

<sup>30</sup> prototypy na stronie: <https://scirocco-exchange-tool.inf.ed.ac.uk/pl>

<sup>31</sup> <https://akademia.nfz.gov.pl/12-obszarow-modelu-dojrzalosci-scirocco-dla-opieki-koordynowanej>.

publicznego. Ustawa wprowadza do polskiego porządku prawnego przepisy Dyrektywy w sprawie otwartych danych i ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego. Akt prawny zakłada również wdrożenie rozwiązań wykraczających poza minimum wyznaczone wspomnianą dyrektywą, które usprawnią ponowne wykorzystywanie danych. Ustawa weszła w życie w grudniu 2021 r.

Na portalu Otwarte dane w 2021 roku zostało umieszczonych przez Fundusz 29 zbiorów danych. Od początku powstania portalu opublikowanych zostało 40 zbiorów na temat szeroko pojętej tematyki lekowej (refundowane leki, leki w chemioterapii czy w programach lekowych itd.), liczby świadczeń i pacjentów z rozpoznaniem głównymi dotyczącymi chorób odtytoniowych, zestawienia dotyczące liczby wydanych kart DiLO i wiele innych. Poniżej przedstawiono najważniejsze z nich:

- liczba pacjentów, którym udzielono świadczenie w danym roku z danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 i 5 znaków) w latach 2015-2020. Udostępnione dane<sup>32,33</sup> dotyczą liczby pacjentów, dla których w poszczególnych latach odnotowano zaraportowanie świadczenia z danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 i 5 znaków). Liczby pacjentów z poszczególnych wolumenów nie należy sumować, ponieważ dany pacjent może występować w różnych przekrojach;
- liczba pacjentów, dla których w poszczególnych latach odnotowano w danych NFZ zaraportowanie świadczenia z danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 znaków) po raz pierwszy w latach 2015-2020. Udostępnione dane<sup>34</sup> dotyczą liczby pacjentów, którym po raz pierwszy udzielono świadczenia w danym roku, z danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 znaków), co można traktować jako przybliżenie zachorowalności na daną jednostkę chorobową;
- liczby pacjentów, dla których w danym roku lub latach wcześniejszych odnotowano w danych NFZ zaraportowanie świadczenia z danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 znaków) i żyjących w danym roku w latach 2015-2020. Udostępnione dane<sup>35</sup> dotyczą liczby pacjentów, którym w danym roku lub latach wcześniejszych udzielono świadczenia z danym kodem rozpoznania głównego wg Klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 znaków) i żyjących w danym roku, co można traktować jako przybliżenie chorobowości;
- liczba świadczeń udzielonych w danym roku z zaraportowanym danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 i 5 znaków) w latach 2015-2020. Udostępnione dane<sup>36,37</sup> dotyczą liczby świadczeń udzielonych w danym roku z danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 znaków).

---

<sup>32</sup> <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2556,liczba-pacjentow-z-udzielonym-w-danym-roku-swadcz>

<sup>33</sup> <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2557,liczba-pacjentow-z-udzielonym-w-danym-roku-swadcz>

<sup>34</sup> <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2561,liczba-pacjentow-dla-ktorych-w-poszczegolnych-lata>

<sup>35</sup> <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2577,liczba-pacjentow-dla-ktorych-w-danym-roku-lub-lata>

<sup>36</sup> <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2558,liczba-swadczen-udzielonych-w-danym-roku-z-zarapo>

<sup>37</sup> <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2559,liczba-swadczen-udzielonych-w-danym-roku-z-zarapo>



Decyzja o publikacji podyktowana była częstotliwością pojawiających się wniosków z prośbami o dostęp do informacji publicznych kierowanych do Funduszu.

Powyższe dane obejmują wszystkie rozpoznania, które wystąpiły w danych Centrali NFZ we wskazanym okresie. W zestawieniu nie są uwzględnione rozpoznania, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Usunięto również zidentyfikowane oczywiste błędy sprawozdawcze. Należy również pamiętać, że w zestawieniach uwzględniono tylko rozpoznanie główne świadczenia.

W udostępnionych zbiorach znalazły się zarówno dane, które były już dostępne na stronie Zdrowe Dane (np. dane dotyczące kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego<sup>38</sup>) oraz informacje publikowane wcześniej na stronie NFZ (np. dotyczące danych z realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych; badań przesiewowych cytologii i mammografii, w ramach świadczeń gwarantowanych zgodnych<sup>39</sup>)

#### **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 GOSPOSTRATEG 1/395107/18/NCBR/2018). Projekt jest realizowany w Konsorcjum naukowo-badawczym razem z Uczelnią Łazarzkiego 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 2017 r. wnioskiem grantowym, na który otrzymano finansowanie (w wysokości 6,4 mln. zł - dofinansowanie 100%). Projekt HB-HTA jest finansowany ze środków zewnętrznych krajowych - grant naukowo-badawczy NCBiR.

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).

Rok 2021 był okresem intensywnych prac fazy przedwdrożeniowej projektu, w tym przeprowadzenia pilotażu wypracowanych rozwiązań w wybranych szpitalach (siedmiu) poprzedzonych szkoleniem analityków HB-HTA (tzw. doers) i użytkowników HB-HTA (tzw. users). Faza przedwdrożeniowa kończy się w czerwcu 2022 wypracowaniem rozwiązań gotowych do wdrożenia, co jest odpowiedzialnością NFZ jako Lidera projektu.

Projekt składa się z fazy badawczej (realizowanej w okresie styczeń 2019 r. - grudzień 2020 r.) i fazy przedwdrożeniowej (realizowanej od stycznia 2021 r. do czerwca 2022 r.). Po tym okresie NFZ jako lider projektu odpowiada za wdrożenie wyników projektu.

---

<sup>38</sup> <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane>

<sup>39</sup> <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne>

Rok 2021 był zatem trzecim rokiem trwania projektu i jednocześnie rokiem bardzo intensywnych prac przedwdrożeńowych związanych z opracowywaniem finalnych rozwiązań do wdrożenia po zakończeniu projektu.

W 2021 roku zrealizowano część pakietu prac WP3 i WP4 – obejmującą fazę przygotowania do zastosowania, której celem głównym było przygotowanie opracowanego modelu funkcjonowania HB-HTA do wdrożenia. Główne zadania, które zostały zrealizowane w 2021 roku to przygotowanie i rozpoczęcie pilotażu, który obejmował także szkolenia analityków. W ramach przeprowadzonych szkoleń opracowano pierwsze w Polsce raporty HB-HTA (siedem raportów), następnie utworzono jednostki HB-HTA w strukturach siedmiu szpitali, w których przeprowadzono pilotaż (opracowując kolejne siedem raportów HB-HTA). Powyższe prace zostały zrealizowane w szczególności w oparciu o wiedzę zgromadzoną w poprzednich pakietach roboczych, czyli w toku prowadzonych prac badawczych WP1 i WP2 – zakończonych w 2020 roku. Należy podkreślić, że na podstawie wyników badań jakościowych i ilościowych prowadzonych w 2021 roku (Badanie zapotrzebowania na HB-HTA), Konsorcjum podjęło decyzję o konieczności modyfikacji modelu wdrożenia HB-HTA w Polsce. Proponowany model poddano dyskusji na spotkaniu uzgodnieniowym Konsorcjum z ekspertami zewnętrznymi. Model został ostatecznie dopracowany przez NFZ jako Lidera projektu i przekazany w grudniu 2021 r. do akceptacji Ministra Zdrowia, który poinformował dnia 12.01.2022 o zaakceptowaniu modelu w wersji rekomendowanej przez Konsorcjum..

W okresie sprawozdawczym dostarczono kamienie milowe: WP 3.1 - Raport z ankiety oceny zapotrzebowania społeczno-gospodarczego, WP3.2 - Raport podsumowujący wyniki wizyt studyjnych mających na celu zbadanie zapotrzebowania na HB-HTA w Polsce oraz WP 4.3 - Organizacja JHB-HTA (jednostek/zespołów HB-HTA) i umiejscowienie ich w strukturach szpitalnych.

Ponadto, opracowano dokument „Finalne rekomendacje dotyczące finansowania systemu/jednostek HB-HTA w Polsce [produkt 3.10]”, który składa się na częściowe osiągnięcie kolejnego kamienia milowego WP 3.6 Finalne rekomendacje dotyczące finansowania systemu/jednostek HB-HTA w Polsce. Osiągnięcie tego kamienia milowego jest przewidziane na 2022 rok. Jak wspomniano powyżej jednym z kluczowych dokumentów opracowanych w 2021 roku jest „Model praktyczny wdrożenia szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych (HB-HTA) w Polsce z koordynującą rolą MZ”.

Na podstawie prowadzonych w ramach projektu badań jakościowych i ilościowych oraz konsultując wyniki projektu z otoczeniem zewnętrznym – interesariuszami HB-HTA w Polsce kontynuowano prace mające na celu weryfikację dotychczas opracowanego modelu funkcjonalnego HB-HTA oraz jego aktualizację w kontekście aktualnych potrzeb interesariuszy systemu biorąc pod uwagę aktualne kierunki polityki zdrowotnej w Polsce.

Równolegle prowadzone były prace związane z upowszechnieniem wyników projektu (WP5).

Kolejny pakiet roboczy miał na celu badanie społecznego i gospodarczego zapotrzebowania na system HB-HTA w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem managerów jednostek ochrony zdrowia. Celem pakietu było także opracowanie i przeprowadzenie wizyt studyjnych

w wybranych polskich szpitalach, organizacjach kluczowych dla systemu opieki zdrowotnej, a także w zagranicznych ośrodkach szpitalnego HTA i sieciach szpitalnego HTA. Wizyty te ukierunkowane będą na zebranie informacji na temat dobrych praktyk w ośrodkach zagranicznych. Celem finalnym tej części pakietu był wybór i ostateczna weryfikacja opracowanych w poprzedzającej części projektu modeli HB-HTA, w tym m.in. metodyki HTA, wariantów finansowania, podstaw formalno-prawnych i finansowych, zarówno dla szpitalnych jednostek HB-HTA jak i sieci HB-HTA (organizacji wspierającej system wdrażania HTA do szpitali).

W 2021 roku, zgodnie z założeniami, cel został częściowo zrealizowany, tj. ukończono (NIKARD) - WP3.1 Raport z ankiety oceny zapotrzebowania społeczno-gospodarczego. W ramach realizacji niniejszego zadania przygotowano również kwestionariusz ankiety badającej zapotrzebowanie społeczno-gospodarcze dla menedżerów, przeprowadzono ankietę oraz sporządzono raport. Głównym celem badania była ocena społecznego i gospodarczego zapotrzebowania na wprowadzanie systemu wdrażania innowacyjnych technologii w grupie kadr zarządzających szpitalami.

Wnioski – wyniki badania:

- przedstawiciele Szpitali wysoko ocenili istotność i przydatność każdej części oceny HB- HTA. Zdecydowana większość badanych dostrzega potrzebę wprowadzenia metodyki HB-HTA do polskich szpitali,
- ponad połowa badanych stwierdziła, że ich szpital nie dysponuje w chwili obecnej wystarczającą kadrą pracowniczą, która mogłaby zostać zaangażowana w tworzenie ocen HB-HTA - wskazywali na trudności w znalezieniu wykwalifikowanych pracowników,
- prawie wszyscy badani dostrzegają potrzebę szkoleń z zakresu metodyki HB-HTA,
- badani wskazywali na liczne gratyfikacje pozafinansowe, które przyznawane byłyby szpitalom decydującym się na stworzenie jednostki HB-HTA,
- do najczęściej wskazywanych przez badanych gratyfikacji finansowych należały: nieodpłatne korzystanie z pomocy ekspertów zewnętrznych, zwiększenie ryczałtu PSZ dla szpitala dysponującego jednostką HB-HTA, nieodpłatne szkolenia dla pracowników HB- HTA oraz dodatkowy współczynnik korygujący cenę świadczenia NFZ.

Powyższe wnioski oraz wskazane w raporcie rekomendacje uwzględniono lub częściowo uwzględniono w dalszej realizacji projektu, szczególnie w modyfikacji i aktualizacji dotychczas opracowanego modelu funkcjonalnego HB-HTA oraz opracowaniu raportu „Finalne rekomendacje dotyczące finansowania systemu HB-HTA w Polsce”. Uzyskane wyniki oceniono jako zgodne z zaplanowanymi.

Ukończono WP3.2 Raport podsumowujący wyniki wizyt studyjnych mających na celu zbadanie zapotrzebowania na HB-HTA w Polsce.

W ramach realizacji niniejszego zadania opracowano narzędzie do strukturyzowanego wywiadu pogłębionego do badania zapotrzebowania społeczno-gospodarczego na HB-HTA wśród przedstawicielami kluczowych organizacji/institucji ochrony zdrowia oraz sporządzono raport z wywiadów wraz z rekomendacjami.

W ramach badania przeprowadzono 14 wywiadów z decydentami w instytucjach nadzorujących, organizujących, zarządzających i doradczych w ochronie zdrowia oraz osobami pełniącymi funkcje menedżerskie w szpitalach (Ministerstwo Zdrowia, NFZ, AOTMiT, urzędy wojewódzkie, urzędy marszałkowskie, Agencję Badań Medycznych, Centrum Monitorowania Jakości oraz szpitale kliniczne i samorządowe). Na tej podstawie sformułowano szereg rekomendacji i wniosków, które uwzględniono w dalszej realizacji projektu, szczególnie w pracach nad modyfikacją i aktualizacją dotychczas opracowanego modelu funkcjonalnego HB-HTA, procedurami organizacyjno-prawnymi dla jednostki koordynującej proces HB-HTA.

W 2021 roku toczyły się także prace w zakresie ostatecznych rekomendacji dotyczące metodyki oceny technologii medycznych (NIKARD). Wobec braku wymaganych danych do realizacji zadania, Konsorcjum, na wniosek NIKARD postanowiło przełożyć finalizację zadania na kolejny 2022 rok. W celu pozyskania dodatkowych danych do weryfikacji metodyki HB-HTA z perspektywy pacjenta, dokonano ponownej recenzji zewnętrznej – przeprowadzonej przez niezależnego eksperta reprezentującego organizację MY PACJENCI. Wyniki recenzji zostaną przez NIKARD uwzględnione w opracowaniu ostatecznych rekomendacji.

W 2021 roku toczyły się także prace związane z opracowaniem finalnych rekomendacji dotyczących finansowania systemu/jednostek HB-HTA w Polsce. Celem głównym raportu jest przedstawienie rekomendacji finansowania systemu HB-HTA w Polsce, a celami szczegółowymi: możliwości pozyskania środków finansowych na poziomie krajowym, z funduszy UE oraz wskazanie niezbędnych zmian w systemie umożliwiających realizację rekomendowanego modelu. W raporcie zaproponowano rekomendacje dotyczące finansowania dla interesariuszy projektu na poziomie mikro i makro.

Ogólną rekomendacją jest implementacja procesu HB-HTA, która daje możliwość oceny danej technologii, co może przełożyć się na wnioski dotyczące zasadności wdrożenia jej w całym systemie opieki zdrowotnej, co z kolei wiązać się może z jej finansowaniem ze środków publicznych. Określenie procedury opartej na procesie HB-HTA jest szansą na ograniczenie ryzyka nietrafionych inwestycji w systemie ochrony zdrowia. Instytucje zaangażowane w proces zarządzania jako ośrodek zarządzający procesem HB-HTA w kraju będą dążyć do efektywniejszej alokacji środków przeznaczonych na finansowanie innowacyjnych technologii w systemie opieki zdrowotnej.

Powyższe wnioski oraz wskazane w raportach rekomendacje zostaną uwzględnione w fazie wdrożeniowej projektu.

Uzyskane wyniki ocenia się jako częściowo zgodne z zaplanowanymi, ze względu na brak (w momencie opracowywania) doprecyzowanego modelu funkcjonalnego, który w założeniu powinien być punktem odniesienia do definiowania rekomendacji dla ośrodka zarządzającego. Wspomniana na wstępie akceptacja przez Ministra Zdrowia rekomendowanego przez Konsorcjum modelu wdrożenia HB-HTA w Polsce, pozwoli na pełną realizację kamieni milowych projektu w 2022 roku, co więcej uzyskanie akceptacji Ministra Zdrowia znacząco zwiększa prawdopodobieństwo wdrożenia wypracowanego w ramach projektu rozwiązania systemowego.

#### **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 NFZ, działającym w imieniu własnym i na swoją rzecz oraz w imieniu i na rzecz Partnerów: Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki oraz Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt. Projekt ma na celu wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji. W ramach Projektu zostaną opracowane standardy oceny funkcjonalnej, które pozwolą na jednolity opis pacjentów, korzystających z rehabilitacji w formie stacjonarnej oraz w formie ambulatoryjnej.

Do ujednolicenia oceny funkcjonalnej pacjenta zastosowana będzie Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Wdrożone standardy oceny funkcjonalnej pozwolą na wprowadzenie jednolitego systemu planowania wsparcia pacjenta. W wybranych ośrodkach medycznych świadczących rehabilitację w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, które wdrożą nowe rozwiązania we współpracy z Partnerem Ponadnarodowym, oceniana będzie jakość i efektywność rehabilitacji leczniczej na poziomie pacjenta oraz podmiotu realizującego usługi rehabilitacyjne a także wszystkich uczestników procesu rehabilitacji.

Ze względu na charakter, zakres i czas realizacji, projekt został podzielony na zadania:

- przygotowanie nowego rozwiązania we współpracy z partnerem ponadnarodowym,
- przetestowanie wypracowanych rozwiązań we współpracy z partnerem ponadnarodowym,
- analiza efektów testowanych rozwiązań wspólnie z partnerami ponadnarodowymi,
- wdrożenie nowego rozwiązania do praktyki,
- wypracowanie rekomendacji w celu zapewnienia skutecznej trwałości stosowania rozwiązania w praktyce.

Projekt zakłada przygotowanie i pilotażowe wdrożenie ICF do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta a tym samym badanie wyników zastosowanego leczenia.

Pilotaż obejmie 10 podmiotów świadczących usługi rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej, które podpiszą umowę z Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki na testowanie rozwiązań. Spośród tych 10 podmiotów zostanie zrekrutowana grupa specjalistów zajmujących się zarówno diagnozą funkcjonalną pacjentów, którzy korzystają z rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej jak również prowadzeniem rehabilitacji dla tych pacjentów a 320 pracowników oddziałów rehabilitacyjnych podniesie swoje kompetencje w zakresie wdrożenia ICF. W ramach projektu uczestniczyło będzie 1 500 pacjentów, z tego 1 000 korzystających z rehabilitacji w formie stacjonarnej oraz 500 w formie ambulatoryjnej.

Sposób organizacji ich rehabilitacji będzie zgodny z obecnie obowiązującymi zasadami. Ich udział w projekcie będzie związany z przetestowaniem opracowanych systemów informatycznych i materiałów do oceny efektywności rehabilitacji.

Rezultatem projektu będzie opracowany nowy standard oceny efektywności prowadzonych działań rehabilitacyjnych, który zostanie wdrożony do praktyki poprzez Zarządzenie Prezesa NFZ, a oddziały rehabilitacyjne będą sprawozdawały efekty rehabilitacji.

Poprzez realizację projektu polscy pacjenci, w tym także osoby czasowo lub trwale niepełnosprawne, będą w sposób jednolity oceniani wg ICF, co pozwoli na wprowadzenie jednolitej oceny efektywności i jakości usług rehabilitacyjnych.

Łączna wysokość wydatków kwalifikowalnych Projektu wynosi prawie 14 097 tys. zł w tym: dofinansowanie w kwocie prawie 13 674 tys. zł, z następujących źródeł: ze środków europejskich w kwocie ponad 13 292 tys. zł oraz ze środków dotacji celowej w kwocie prawie 382 tys. zł; wkład własny w kwocie prawie 423 tys. zł.

Ramy czasowe projektu określono od 1 października 2020 r. do 30 września 2023 r.

W ramach projektu „Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych” w 2021 r. Zespół ekspertów wykonywał działania w ramach zadania 1. związane z wypracowywaniem zasad kompleksowej oceny funkcjonalnej z uwzględnieniem dostępności dla różnych grup osób w tym z niepełnosprawnościami. Eksperti wykorzystując doświadczenia zagraniczne analizowali stosowanie ICF, modele i projekty pod kątem czynników gwarantujących zasadność i powodzenie realizowanych działań, oceniali działania i programy aktywizacji rehabilitacyjno- społecznej i zawodowej osób chorych i z niepełnosprawnościami, przygotowywali koncepcję badania wdrożenia ICF i ewaluacji do wypracowania zasad kompleksowej oceny funkcjonalnej pacjentów, przygotowywali diagnostyczne narzędzia dla przeprowadzenia walidacji w Polsce oraz możliwości dokonania badań pilotażowych. Ponadto, eksperci wykonywali analizę możliwości realizacji zakładanych obszarów do testowania w kontekście uwarunkowań funkcjonujących oddziałów rehabilitacyjnych, ich struktury merytorycznej i organizacyjnej oraz planowanych rozwiązań w obszarze ICF.

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

Fundusz realizuje zadania edukacyjne i informacyjne w oparciu o następujące akty prawne: ustawę o świadczeniach, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o dostępie do informacji publicznej oraz ustawę Prawo prasowe. Działania edukacyjne i informacyjne realizowane przez NFZ wpisują się cel 3.2 Poprawa komunikacji społecznej, wskazany w Strategii NFZ.

Działania informacyjne Funduszu adresowane są do poniższych grup odbiorców: pacjenci, świadczeniodawcy (m.in. szpitale, placówki medyczne, apteki), organizacje zrzeszające pacjentów, dziennikarze/media, ogół społeczeństwa.

Fundusz realizując zadania edukacyjne i informacyjne współpracował w 2021 roku m.in. z: Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwem Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Głównym i Wojewódzkimi Inspektoratami Sanitarnymi, samorządami wszystkich szczebli,

urzędami wojewódzkimi i marszałkowskimi, wojewódzkimi konsultantami w różnych dziedzinach medycyny, świadczeniodawcami, organizacjami pozarządowymi, pacjenckimi i mediami.

Działania informacyjno-edukacyjne w 2021 roku zdeterminowane były przez pandemię COVID-19. Fundusz rozpoczął działania informacyjne związane z NPSz: od uruchomienia NPSz, Fundusz wspierał realizację programu na dwóch poziomach: informacyjnym, promocyjnym.

Działania informacyjne skupiały się na informowaniu opinii publicznej o roli NFZ i zadaniach, za które odpowiada Fundusz podczas realizacji NPSz:

- komunikację proaktywną, czyli m.in. tworzenie i publikowanie na stronach NFZ komunikatów dla pacjentów, dla świadczeniodawców i dla mediów dotyczących NPSz (np. szczepienie personelu medycznego i niemedycznego, premia dla POZ za zaszczepienie własnej populacji, komunikat o zwiększeniu listy zawodów, które mogą kwalifikować do szczepień ect.); publikowanie ogłoszeń o naborach punktów szczepień do NPSz (nabór ogólnopolski, nabór regionalny, nabór aptek); publikowanie wykazu najczęściej zadawanych pytań i odpowiedzi dotyczących NPSz; przygotowanie i dystrybucja do mediów komunikatów i informacji prasowych związanych z NPSz; inicjowanie kontaktu z mediami w zakresie udziału NFZ w NPSz (np. podsumowanie naborów do NPSz, organizacja w OW NFZ „Dni Otwartych” dla świadczeniodawców, szczepienia personelu medycznego i niemedycznego w szpitalach węzłowych); organizacja briefingów prasowych (np. dotyczących zmian w warunkach udziału w NPSz); tworzenie treści dotyczących NPSz w mediach społecznościowych, głównie w serwisie Twitter (zachęcanie do szczepień, informowanie o akcjach szczepień, o uruchomieniu mobilnych punktów wyjazdowych, ect.), szczegółowe informowanie mediów o finansowaniu przez NFZ działań związanych z zapobieganiem i zwalczaniem epidemii koronawirusa;
- komunikację reaktywną: odpowiedzi na pytania mediów dotyczące NPSz (w 2021 r. do Centrali NFZ wpłynęło blisko 200 pytań dziennikarzy w sprawach dotyczących NPSz); odpowiedzi na komentarze pojawiające się w mediach społecznościowych, głównie w serwisie Twitter; podejmowanie skutecznych interwencji w sprawie szczepień, zgłaszanych przez pacjentów w mediach społecznościowych na profilu #SzczepimySię; zdecydowana reakcja na informacje medialne o nieprawidłowościach przy realizacji szczepień (np. kolejki w punktach szczepień, zaszczepienie osób nieuprawnionych bądź poza kolejnością, wystawianie fałszach certyfikatów); dementowanie nieprawdziwych informacji (fake newsów) dotyczących szczepień przeciwko COVID-19;
- poziom operacyjny: udział przedstawicieli NFZ w grupie KPRM #SzczepimySię, udział w zespole ds. szczepień populacyjnych przeciwko COVID-19 w Centrali NFZ powołanym przez Prezesa NFZ; koordynowanie pracy w zakresie informowania o NPSz (np. organizacja briefingów prasowych, inicjowanie współpracy z mediami, pomoc w interwencjach w sprawie szczepień na profilach #Szczepimy się w mediach społecznościowych).

Działania promujące NPSz przez NFZ skupiały się na zachęcaniu i motywowaniu do szczepień przeciwko COVID-19 oraz propagowaniu wiedzy o szczepieniach opartej na faktach i wiedzy

medycznej. Aktywne uczestnictwo w ogólnopolskiej kampanii #SzczepimySię, realizowanej przez KPRM. W jej ramach:

- zorganizowano dystrybucję materiałów informacyjno-promocyjnych m.in. do świadczeniodawców, samorządów lokalnych wszystkich szczebli, organizacji pozarządowych ect.,
- wprowadzono spójny branding stron internetowych NFZ pod kątem szczepień, w widoku głównym stron umieszczając informacje o szczepieniach przeciwko COVID-19,
- wprowadzono spójny branding profili w serwisie Twitter (Centrala NFZ i 16 rzeczników prasowych OW NFZ),
- intensywnie promowano infolinię Narodowego Programu Szczepień – 989, w celu zwiększania świadomości o tym kanale komunikacji społecznej w obszarze szczepień,
- koordynowano akcję medialno-promującą wydarzenia „Zaszczep się w majówkę”, zorganizowanego na początku maja br. W każdym województwie, od 1 do 3 maja, stanął specjalny punkt szczepień. Osoby z grupy wiekowej uprawnionej do szczepienia, które miały wystawione e-skierowanie, mogły bez rejestracji i umawiania się na konkretną godzinę, przyjąć jednodawkową szczepionkę firmy Johnson & Johnson. Podczas akcji zaszczepiono ponad 41 tys. osób. NFZ na bieżąco relacjonował wydarzenie w mediach społecznościowych, informowały media o przebiegu i efektach akcji, interweniowały w sprawach zgłaszanych przez pacjentów w miejscach organizacji eventów,
- Fundusz na bieżąco włączał się w relacjonowanie i nagłaśnianie lokalnych i regionalnych akcji szczepień, m.in. w specjalnych mobilnych punktach szczepień i szczepiobusach, które miały przekonać do szczepień;
- promowanie narzędzia komunikacji internetowej, w tym Internetowe Konto Pacjenta i aplikację mobilną IKP, dzięki którym można otrzymać elektroniczny certyfikat UCC i umówić się na szczepienie przeciwko COVID-19;
- organizacja, we współpracy ze świadczeniodawcami, mobilne punkty szczepień podczas akcji informacyjno-promocyjnych, m.in. dotyczących Programu Profilaktyka 40 Plus i szeroko nagłaśniały możliwość przyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19 podczas tych wydarzeń;
- zorganizowano dystrybucję, głównie w mediach społecznościowych, wiarygodnych, rzetelnych i sprawdzonych informacji o skuteczności i bezpieczeństwie szczepień przeciwko COVID-19;
- promocja NPSz w mediach regionalnych, m.in. poprzez płatne ogłoszenia prasowe i bezpłatne publikacje prasowe, a także udział rzecznika prasowego NFZ i rzeczników prasowych OW NFZ w audycjach radiowych i telewizyjnych poświęconych tematyce szczepień przeciwko COVID-19.

Wykaz pozostałych działań informacyjnych realizowanych przez NFZ związanych z pandemią COVID-19:

- bieżące informowanie mediów i opinii publicznej o tematach merytorycznie związanych z działalnością NFZ w kontekście koronawirusa (m.in. dodatkowe wynagrodzenie dla pracowników medycznych i niemedycznych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych i podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, zawieszanie i przywracanie



- zabiegów planowych, rehabilitacja po COVID-19 zasady korzystania, lista realizatorów, wznowienie działalności uzdrowisk i zasadach wyjazdów, liczby miejsc pobierania wymazów, zmiany w zasadach testowania w kierunku koronawirusa);
- 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 mejlowo oraz na Twitterze);
  - promocja w mediach i wśród opinii publicznej projektu NFZ finansowanego z funduszy europejskich pt. „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19”;
  - publikacja na stronie internetowej NFZ i stronach OW NFZ praktycznego przewodnika, jak postępować w przypadku infekcji oraz jego promocja w mediach tradycyjnych i społecznościowych;
  - wspieranie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, 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);
  - akcja społeczna MaskujSię zainaugurowana w 2020 roku w mediach społecznościowych przez NFZ, której celem było przekonanie społeczeństwa do prawidłowego noszenia maseczek, dezynfekcji rąk oraz zachowania bezpiecznego dystansu od innych osób. W 2021 roku kampania polegała m.in. na produkcji spotu telewizyjnego dot. przestrzegania reżimu sanitarnego (w tym w wersji z napisami, tłumaczem języka migowego oraz wersji z audiodeskrypcją) oraz jego emisja w ogólnopolskich stacjach telewizyjnych (TVP, TVN oraz Polsat) w okresie od 1.03.2021 do 11.04.2021.

### Działania informacyjne

Działania informacyjne NFZ wykonuje przez: publikacje własne, serwisy internetowe Centrali i Oddziałów Wojewódzkich NFZ, media społecznościowe (głównie 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

Fundusz 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 2021 roku strona internetowa NFZ zanotowała 26 261 532 sesji (odwiedzin).

### Media społecznościowe (Twitter)

Fundusz prowadził w 2021 roku oficjalny kanał w serwisie społecznościowym Twitter (kontynuacja od 2016 roku). Twitter jest podstawowym i głównym kanałem komunikacji NFZ w mediach społecznościowych. Na koniec 2021 r. liczba osób obserwujących profil @NFZ\_GOV\_PL wynosiła 41 481.

### Środki społecznego przekazu

Fundusz współpracuje z ogólnopolskimi i regionalnymi mediami przez:

- bieżące kontakty, czyli codzienną obsługę dziennikarzy, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, nagrania radiowo-telewizyjne, przekazywanie informacji/komunikatów prasowych nt. działalności NFZ, przygotowywanie wyjaśnień/sprostowań do publikacji medialnych;
- briefingi i konferencje prasowe, które koncentrują się na prezentacji informacji dotyczących bieżącej działalności Funduszu, kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, reakcji na bieżące wydarzenia oraz komunikowania nowych rozwiązań dla pacjentów;
- udział pracowników Funduszu w audycjach radiowych i programach telewizyjnych w roli ekspertów, np. programy w TVP Info: „Poradnik dla Seniora”, „O tym się mówi”, „Poranek Serwis Info - w TVP3: „Na Zdrowie”, „ABC Pacjenta”, „Zadbaj o Zdrowie”, „Zdrowie dla Ciebie”, programy radiowe: „Przed Hejnałem” w Radiu Kraków „Dyżur Eksperta”, „Pytać każdy może” w Radiu PiK, „Zdrowym być” w Radiu Łódź;
- 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;
- współpraca z tytułami prasowymi (nawiązana przez OW NFZ), m.in. z: Nowiny, Super Nowości, Nowa Trybuna Opolska, Gość Niedzielny, Dziennik Wschodni, Kurier Lubelski, Dziennik Łódzki, Gazeta Wyborcza Łódź, Dziennik Polski, Gazeta Krakowska, Gazeta Pomorska, Express Bydgoski, Nowości Toruńskie, Echo Dnia, Gazeta Ostrowiecka, Tygodnik Starachowicki, Głos Szczeciński/ Głos Koszaliński, Kurier Szczeciński, Gazeta Lubuska, Gazeta Regionalna, Dziennik Zachodni, Goniec Górnoleśki, Gazeta Wrocławska, Gazeta Wyborcza Wrocław, Gazeta Wyborcza Stołeczna, Puls, Gazeta Olsztyńska, Gazeta Wyborcza Olsztyn, Kurier Poranny, Gazeta Współczesna, Głos Wielkopolski, Przegląd Koniński, Dziennik Bałtycki, Gazeta Wyborcza Trójmiasto;
- współpraca z portalami internetowymi (nawiązana przez OW NFZ) m.in. z: trojmiasto.pl, wp.pl, ePoznan.pl, gloswielkopolski.pl, poznan.naszemiasto.pl, poranny.pl, olsztyninfo.pl, portel.pl, zdrowie.gazeta.pl, eprzasnysz.pl, doba.pl, lca.pl, wzielonej.pl, gorzowianin.pl,

gs24.pl, echodnia.eu, onet.pl/kielce, nasza.bydgoszcz.pl, grudziadz365.pl, sądeczanin.info, naszemiasto.pl, ekutno.pl, epiotrkow.pl, lublin112.pl, lubelski.pl, 24opole.pl, terazKrosno.pl, czytajRzeszów.pl.

### Teleplatforma Pierwszego Kontakt

Uruchomienie nowej usługi dla pacjentów w dniu 25 maja 2021 r. umożliwiającej otrzymanie przez telefon profesjonalnej pomocy medycznej w nocy, w weekendy i święta, czyli poza godzinami pracy Podstawowej Opieki Zdrowotnej:

- utworzenie podstrony dedykowanej TPK na stronie nfz.gov.pl;
- cykliczna promocja treści dot. TPK w mediach tradycyjnych i mediach społecznościowych (Twitter - oficjalny profil NFZ oraz profile 16. rzeczników prasowych OW NFZ);
- przygotowanie animacji dotyczącej TPK - graficznej instrukcji sposobu korzystania z usługi do wykorzystania w publikacjach medialnych, w mediach społecznościowych, na nośnikach elektronicznych w środkach komunikacji publicznej, w salach obsługi OW NFZ, oraz instytucji partnerskich;
- przygotowanie projektów plakatu (A3 i A4) i ulotki dotyczących TPK oraz druk i dystrybucja materiałów tych materiałów przez OW NFZ;
- koordynacja działań rzeczników prasowych OW w sprawie komunikowania o TPK w mediach. Promocja treści o TPK w mediach regionalnych przy udziale rzeczników prasowych oddziałów wojewódzkich NFZ;
- promocja TPK w mediach ogólnopolskich z uwzględnieniem korzyści wykorzystania usługi w okresie wakacyjnym, podczas pobytu poza miejscem swojego zamieszkania: współpraca z wybranymi tytułami o największym nakładzie i zasięgu (Fakt, Super Express), emisja animacji o TPK w Telewizji Polskiej w okresie od 1 do 15 września 2021 r. Efekty kampanii: wskaźnik GRP: 39,75; zasięg 3+ w grupie All 16-59: 950 594;
- prezentacja usługi w programach telewizyjnych dedykowanych konkretnym grupom odbiorców: Pora na seniora, Co niesie dzień;
- promocja TPK w mediach regionalnych - cykliczne publikacje w prasie lokalnej i regionalnej w ramach współpracy OW NFZ.

### Promocja program pilotażowego Profilaktyka 40 PLUS

Wsparcie informacyjno-promocyjne programu: komunikaty na stronie internetowej, media społecznościowe (poziom centralny i lokalny), koordynacja działań rzeczników prasowych OW NFZ w sprawie komunikacji o programie w mediach, promocja w mediach regionalnych przy udziale rzeczników prasowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Akcja mailingowa. Rozesłanie e-maili zachęcających do wykonania badań w ramach programu do użytkowników poczty internetowej największych portali: onet.pl, wp.pl oraz interii.pl. Łącznie wysłano e-maile do ponad 10 mln użytkowników. Wskaźniki uzyskane przez kampanię: OR tj. otwarcia e-maila i CTR, czyli kliknięcia w link prowadzący do ankiety

programu Profilaktyka 40 Plus: wp.pl: OR - 46, 57%, CTR - 7,07%, onet.pl: OR - 21%, CTR - 2,93%, interia.pl: OR - 12,16%, CTR - 1,69%. Uzyskane wyniki bezpośrednio przełożyły się na zwiększenie liczby wypełnionych ankiet w dniach wysyłki mailingów. Dodatkowo osiągnięte wyniki zostały docenione przez specjalistów od e-marketingu, jako przykład dobrze przygotowanej i zrealizowanej kampanii mailingowej. Udział rzecznika prasowego NFZ w programie telewizyjnym „Pytanie na Śniadanie” w dniu 20.09.2021, i obszerna wypowiedź na temat Programu Profilaktyka 40 Plus:

- publikacje w najpoczytniejszych dziennikach (Fakt i Super Express), artykuły redakcyjne ukazały się w dniach: 30.08.2021, 06.09.2021, 20.09.2021 i 27.09.2021,
- ogłoszenia płatne na łamach dzienników wydawnictwa Polska Press. Publikacja artykułów w ponad 20 dziennikach regionalnych w dniach 13.10.2021 oraz 27.10.2021,
- emisja spotu zachęcającego do udziału w programie w stacjach radiowych – łącznie ponad 120 stacji radiowych w terminie od 08.10.2021 do 07.11.2021,
- zamówienie druku ulotek i ich dystrybucja przez OW NFZ.
- obsługa medialna eventów przygotowanych przez Zespoły Profilaktyki Zdrowotnej (realizowana przez rzeczników prasowych OW i Zespoły Komunikacji Społecznej).

Wydarzenia miały charakter pikników zdrowotnych odbyły się w okresie wakacji w ponad 30 miastach (m.in.: Nałęczów, Supraśl, Poznań, Koszalin, Augustów, Toruń, Olsztyn, Giżycko, Sandomierz, Łódź, Zakopane).

#### Film o działalności NFZ z tłumaczeniem na polski język migowy

Realizacja i publikacja na stronie internetowej NFZ filmu „O NFZ łatwym językiem” na temat działalności NFZ w standardzie tekstu ETR. Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia. We wszystkich 16 oddziałach wojewódzkich NFZ uruchomiono stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia. W każdym z nich pracuje profesjonalny doradca, który pomaga skorzystać z programów ochrony zdrowia oraz podpowiada, jak wykonać podstawowe pomiary w samoobsługowym kiosku profilaktycznym, w którym wszystkie zainteresowane osoby mogą wykonać bezpłatne pomiary m.in. wzrostu, masy ciała, składu ciała, ciśnienia tętniczego krwi, oraz wskaźnika BMI.

#### Patronaty

W 2021 roku Fundusz objął patronatem wydarzenia m.in.:

- Konkurs Liderzy zmian w ochronie zdrowia, organizator Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.,
- Liderzy Ochrony Zdrowia VIII edycja, organizator Fundacja im. Lesława A. Pagi,
- VI Kongres Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress - HCC 2021), organizator Polskie Towarzystwo Wspierania Przedsiębiorczości,
- „Kongres Top Medical Trends 2020”, organizator Termedia Sp. z o. o. Wydawnictwa Medyczne i Specjalistyczne,

- Wiosenna Konferencja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
- Kongres „Zdrowie Polaków” 2021, organizator Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie,
- Złota Wstążka. Pamiętaj o dzieciach chorych na raka, organizator Fundacja Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową,
- IV Kongres „Ekonomia dla Zdrowia”, organizator Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO i Szkoła Główna Handlowa w Warszawie,
- Impact’21, organizator Fundacja Impact,
- Konkurs Sukces Roku 2021 w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny Oraz Priorytety w ochronie zdrowia 2022, organizator Termedia sp. z o.o.

### **VII.5.1. Zdrowe Dane**

Celem projektu [zdrowedane.nfz.gov.pl](http://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 jest portal Zdrowe Dane<sup>40</sup>, będący platformą przekazu danych będących w zasobach NFZ w przystępnej formie, oraz interaktywne dashboardy pozwalające na bieżące monitorowanie procesów (np. DiLO czy zabiegów endoprotezoplastyki).

Korzyści płynące z projektu to przede wszystkim budowanie wizerunku NFZ jako eksperta w dziedzinie analizy danych i prowadzenia polityki w oparciu o dane, skoordynowanie inicjatyw w zakresie analizy danych, w tym w szczególności przekształcanie inicjatyw (analiz) powstających na poziomie oddziałów wojewódzkich NFZ na cały kraj, budowanie świadomości wśród organizacji, pacjentów i pozostałych interesariuszy o systemie ochrony zdrowia, w szczególności o wykorzystaniu ograniczonych zasobów oraz udostępnienie pewnych zasobów, które są obecnie opracowywane jedynie przez prywatne firmy analityczne, szerszemu gremium odbiorców, w tym środowisku akademickiemu i organizacjom pacjentów.

W 2021 r. przeniesiono platformę [zdrowedane.nfz.gov.pl](http://zdrowedane.nfz.gov.pl) i w nowej odsłonie zaprezentowano na portalu [ezdrowie.gov.pl](http://ezdrowie.gov.pl). Pozwoliło to na nie tylko ograniczenie kosztów po stronie NFZ, ale przede wszystkim stało się początkiem gromadzenia w jednym miejscu różnych zbiorów danych i opracowań o systemie ochrony zdrowia.

Obecnie Zdrowe Dane są częścią szerszej grupy wraz z Biuletynami Statystycznymi Ministerstwa Zdrowia czy Formularzami Statystycznymi przekazywanymi za pomocą Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia.

Do istniejących 36 raportów w 2021 roku dodano 24 raporty w tym: nowe raporty cykliczne dot. działalności POZ oraz Leczenia Szpitalnego (w zakresie Jednorodnych Grup Pacjentów)

---

<sup>40</sup> <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane>

oraz raporty z serii „NFZ o zdrowiu” w zakresie stwardnienia rozsianego i chorób odytoniowych.

Opublikowano również dashboardy dot.: kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, porównania placówek w zakresie neurologii i endoprotezoplastyk, zabiegów endoprotezoplastyki.

Zaktualizowano również istniejące dashboardy dot. porównania placówek w zakresie chorób narządu wzroku czy chirurgicznego leczenia nowotworów oraz monitorowania zmian w okulistyce.

### **VII.5.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP)**

W 2021 r. całodobowa bezpłatna Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP) pod numerem telefonu 800 190 590 kontynuowała swoją działalność. TIP, w świadomości klientów został uznany za łatwo dostępny kanał dostępu do kompleksowej informacji o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Zakres udzielanych informacji na TIP obejmuje: zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; zasady dostępu do informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem dostępu do Internetowego Konta Pacjenta; zasady składania i rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ; zagadnienia związane z epidemią COVID-19.

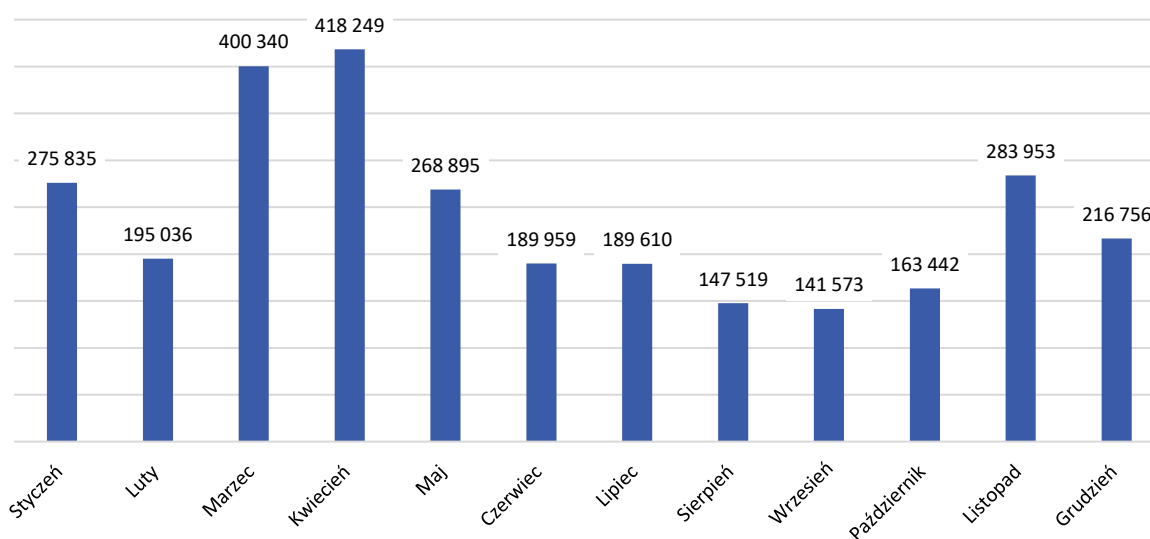
#### Telefoniczna Informacja Pacjenta - nitka kwarantanna, nitka koronawirus

W 2021 roku, z uwagi na trwającą pandemię COVID-19, infolinia TIP nadal stanowiła główne źródło informacji na klientów na temat epidemii koronawirusa oraz zasad korzystania ze świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej.

W 2021 roku infolinia TIP obsłużyła ponad 2,8 mln połączeń od klientów oraz prawie 60 tys. interakcji za pośrednictwem czatu, wiadomości e-mail oraz videoczatu.

Najwyższe wzrosty liczby połączeń odnotowywane były w trakcie kolejnych zwiększonych okresów zachorowania na koronawirusa. Z uwagi na ograniczenia bezpośredniej obsługi klientów na salach obsługi klienta oraz obostrzenia, infolinia TIP stała się najważniejszym źródłem informacji. Do 30 lipca 2021 roku wspierała również klientów znajdujących się w okresie kwarantanny. W tym zakresie obsłużono 456 567 połączeń.

Wykres nr VII.6. Połączenia odebrane na Telefonicznej Informacji Pacjenta w 2021 r. w podziale na miesiące.



Wykres nr VII.7. Najczęstsze tematy rozmów na Telefonicznej Informacji Pacjenta w czerwcu 2021 roku.



Pytania, które zostały zakwalifikowane jako „inne” dotyczyły weryfikacji statusu ubezpieczenia, spraw technicznych świadczeniodawców, spraw niepasujących do określonych tematów, sytuacji gdy klient się rozłączył.

TIP, poza połączeniami telefonicznymi w języku polskim, oferuje obsługę także w językach obcych: angielskim, rosyjskim i ukraińskim.

W ramach TIP klient może uzyskać informację zarówno w ramach rozmowy telefonicznej z konsultantem, jak i innymi kanałami kontaktu: poprzez e-mail, czat oraz videoczat. Ich udział w interakcjach TIP zwiększa się.

### VII.5.3. Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2021 r kontynuowano 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 niesprawnością intelektualną nie są zależne od członków swoich rodzin, same potrafią załatwić sprawę w urzędzie.

Strategia NFZ wskazała poprawę komunikacji z klientami, jako jeden z priorytetów rozwoju. NFZ działa aktywnie na rzecz prostego języka. Kontynuowane są zapisy zawartego w 2020 r. międzyresortowego porozumienia „Prosto i kropka”.

W 2021 r. zrealizowano następujące działania w tym zakresie:

- odbyły się 3 kwartalne spotkania korpusu oficerów językowych w NFZ – przedstawiciele komórek Centrali NFZ i każdego oddziału wojewódzkiego NFZ (łącznie 61 osób). Zadaniem korpusu jest promocja prostego języka wśród pracowników. Oficerowie szkolą współpracowników, rozsyłają im materiały edukacyjne, a przede wszystkim upraszczają teksty, które są skierowane do klientów;
- przeprowadzono 3 szkolenia dla oficerów językowych: dostępne dokumenty, copywriting, tworzenie prezentacji;
- moderowano 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;
- uproszczono 50 tekstów, w tym: pisma, teksty na stronę internetową, publikacje,
- uproszczono 31 formularzy usług SOK,
- przeszkolono 30 osób spośród grupy nowo przyjętych do pracy pracowników Centrali NFZ podczas 2 szkoleń zdalnych),
- przygotowano materiały edukacyjne na temat prostego języka (plakat elektrostatyczny z 10 zasadami prostego języka),
- przeprowadzono indywidualne konsultacje na temat uproszczeń tekstów,
- prowadzono kampanię edukacyjno-informacyjną na temat prostego języka w ramach kanałów komunikacji wewnętrznej pracowników,
- przeprowadzono 2 badania trudności językowej 360 pism NFZ kierowanych do klientów.



Podjęto działania, by poprawić uzyskane wskaźniki: opracowanie formatki pisma w Księdze identyfikacji wizualnej, zwiększenie liczby szkoleń dla oficerów językowych, przygotowanie spotkania dla oficerów z omówieniem najczęściej popełnianych błędów zdiagnozowanych podczas badania, indywidualne konsultacje z oficerami z oddziałów wojewódzkich NFZ, na których opracowaliśmy plany naprawcze wskaźnika, kampanię edukacyjną – ilustrowane zasady prostego języka, plakaty elektrostatyczne z zasadami prostego języka dla pracowników. Działania pozwoliły w ciągu 6 miesięcy na poprawę wskaźników trudności językowej.

#### **VII.5.4. Forum Organizacji Pacjentów**

NFZ kontynuował w 2021 roku współpracę w ramach Forum Organizacji Pacjentów, którą zainicjował w 2020 r. Jej celem jest szerzenie wiedzy na temat profilaktyki, leczenia i dostępu do świadczeń medycznych dla pacjentów. Dzięki współpracy NFZ może pomóc pacjentowi kompleksowo, w całym cyklu jego życia z chorobą, przed udzieleniem świadczenia, jak i po nim. Efektem tej współpracy są wspólne działania i projekty.

Prace w ramach Forum Organizacji Pacjentów 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 Forum Organizacji Pacjentów w 2021 r.:

- z NFZ współpracowało 31 organizacji: Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna, Stowarzyszenie Neurofibromatozy Polska - Alba-Julia, Fundacja Parent Project Muscular Dystrophy, „MATIO” Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę, Polskie Towarzystwo do Walki z Mukowiscydożą, Stowarzyszenie Marfan Polska, Stowarzyszenie 22q11 Polska, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej 3majmy się razem, "ALIVIA" Fundacja Onkologiczna, Federacja Stowarzyszeń Amazonki, Fundacja NU- MED, Fundacja SOS Życie, Fundacja STOMAlife, Polska Koalicja Pacjentów, Pol- ilko, Stowarzyszenie Osób NTM "UroConti", Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimer, Fundacja SM - Walcz o Siebie, Fundacja StwardnienieRozsiane. Info, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Ogólnopolski Stowarzyszenie Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń ECOSerce, Fundacja Serce Anielki, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Fundacja Diabeciaki, Fundacja NIKA, Fundacja eFkropka, Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych, Koalicja "Na pomoc Niesamodzielnym" Związek Stowarzyszeń, Fundacja Projekt Starsi, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- opracowano Księgę współpracy 2021, która zawiera: status realizacji projektów zaplanowanych w poprzedniej Księdze współpracy 2020, listę projektów do realizacji w kolejnym roku, aktualną listę organizacji FOP w podziale na grupy tematyczne;
- zorganizowano spotkanie, na którym zostały podsumowane działania zaplanowane w Księdze współpracy 2020 oraz przedstawiony plan dalszej współpracy;

- zaktualizowano podstronę FOP oraz zasilono ją materiałami opracowanymi we współpracy z organizacjami pacjentów;
- wysłano 3 newslettery (lipiec, wrzesień, listopad 2021 r.) do organizacji zrzeszonych w FOP w celu: rozpowszechniania wiedzy na temat oferty systemu w zakresie profilaktyki i dostępu do świadczeń medycznych, zwiększenia zasięgu działań przez udostępnianie materiałów wypracowanych z organizacjami pacjentów;
- razem z organizacjami pacjentów opracowano: 21 artykułów, poradnik „Opieka nad chorym na alzheimera”, „Przewodnik dla opiekunów osób niesamodzielnych”, „Stwardnienie rozsiane – przewodnik dla pacjenta”, poradnik, „O co pytać lekarza podczas wizyty” z załącznikiem „Mój plan wizyty u lekarza”;
- zrealizowano kampanię społeczną „Zdrowie psychiczne”. W ramach kampanii: przygotowano (treść, konsultacje, grafika) magazyn „Ze Zdrowiem”, którego tematem jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży; polecono kuratoriom oświaty dystrybucję magazynu i przesłanie do szkół, nauczycieli i rodziców w całej Polsce; pisano cyklicznie i publikowano artykuły na temat zdrowia psychicznego na stronie pacjent.gov.pl; propagowano je w mediach społecznościowych;
- wysłano materiały z kampanii do organizacji pacjentów zrzeszonych przy Forum Organizacji Pacjentów i do Narodowego Instytutu Samorządu Terytorialnego z prośbą o dystrybucję.

#### **VII.5.5. Badanie doświadczeń klientów**

##### Badanie doświadczeń klientów Narodowego Funduszu Zdrowia

W sierpniu 2021 r., zrealizowano drugą edycję badania doświadczeń klientów NFZ, którzy skorzystali z możliwości uzyskania informacji za pomocą Telefonicznej Informacji Pacjenta (TIP). Badanie zostało zrealizowane za pomocą wywiadu telefonicznego CATI (Computer Assisted Telephone Interview). Przeprowadzenie badania zostało zrealizowane w ramach projektu Badania doświadczeń klientów NFZ (Client experience) i wynikało z realizacji założeń Strategii NFZ.

Badanie oparto na dwóch miernikach: CSI (Customer Satisfaction Index) i CES (Customer Effort Score):

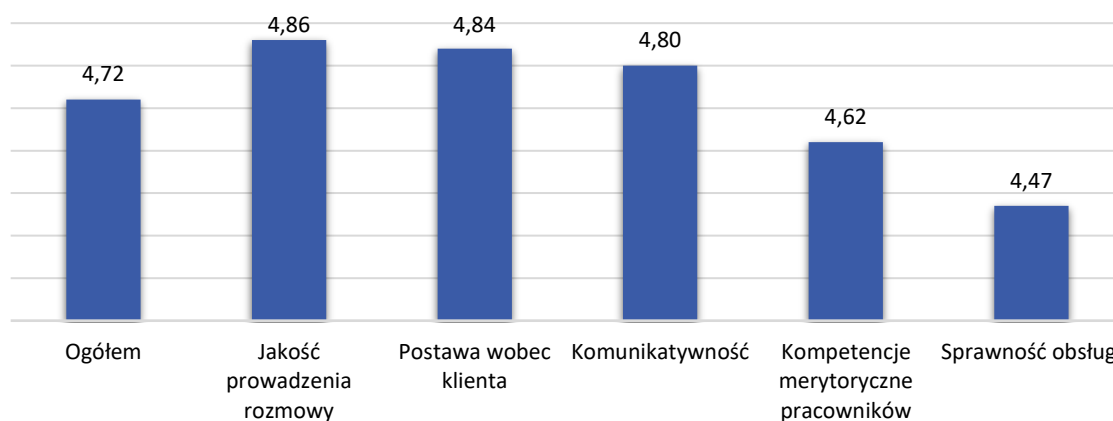
- Miernik CSI - to wskaźnik zadowolenia klientów, który odnosi się jednocześnie do oczekiwań, jak i poziomu satysfakcji klientów. Jest to jeden z najczęściej wykorzystywanych wskaźników pomiaru satysfakcji klientów. W wyniku badań otrzymuje się syntetyczny wskaźnik zadowolenia, który jest średnią oceną zadowolenia dla wszystkich klientów. Do jego określenia używa się średniej ważonej ocen zadowolenia klientów z określonych cech produktu/usługi.
- Miernik CES - to wskaźnik, który odnosi się do wysiłku klientów, który został przez nich podjęty w celu rozwiązania danego problemu. CES można uznać za skuteczny wskaźnik w prognozowaniu skutków interakcji z działem obsługi klientów. Został stworzony, jako

alternatywa dla innych wskaźników, a według jego założeń kluczem do zdobycia lojalności klientów ma być zaspokojenie ich potrzeb w najmniej skomplikowany sposób.

Na podstawie przeprowadzonego badania uzyskano następujące wyniki:

- dla 58,04% respondentów był to pierwszorazowy kontakt z Telefoniczną Informacją Pacjenta. Oznacza to, że popularność infolinii wzrosła, w porównaniu do poprzedniej edycji badania, gdzie wskaźnik pierwszorazowego kontaktu wynosił 62,90%;
- 83,32% klientów zadzwoniło się na Telefoniczną Informację Pacjenta za pierwszym razem, co świadczy o sprawnym funkcjonowaniu infolinii;
- najczęściej klienci kontaktowali się z Telefoniczną Informacją Pacjenta w sprawach takich jak: uzyskanie informacji o miejscach udzielania świadczeń, uzyskanie informacji o Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), uzyskanie informacji o terminach leczenia (kolejkach oczekujących), skierowaniach na leczenie uzdrowiskowe, informacjach o wirusie SARS-CoV-2 i Internetowym Koncju Pacjenta;
- wynik uzyskany w ramach wskaźnika CES (mówiącego o tym, że pracownicy infolinii dołożyli wszelkich starań, aby pomóc klientom w ich sprawie) był bardzo korzystny - 89,31% klientów doceniło zaangażowanie i obsługę pracowników infolinii NFZ. Ogólna wartość wskaźnika CES wyniosła 83,92%. Jest to wynik niższy, niż uzyskany w poprzedniej edycji badania, który wyniósł 88,90%;
- wskaźnik CSI posłużył do określenia ogólnego zadowolenia klientów z obsługi na infolinii, ale także wskazano zadowolenie w pięciu obszarach, tj. jakość prowadzenia rozmowy telefonicznej, postawa wobec klienta, komunikatywność, kompetencje merytoryczne pracowników oraz sprawność obsługi. Wartość wskaźnika CSI w poszczególnych obszarach przedstawia wykres nr 16, który obrazuje uzyskane wyniki w 5-cio stopniowej skali.

Wykres nr VII.8. Wartość wskaźnika CSI w 2021 r.



### Badanie Tajemniczego Klienta w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia

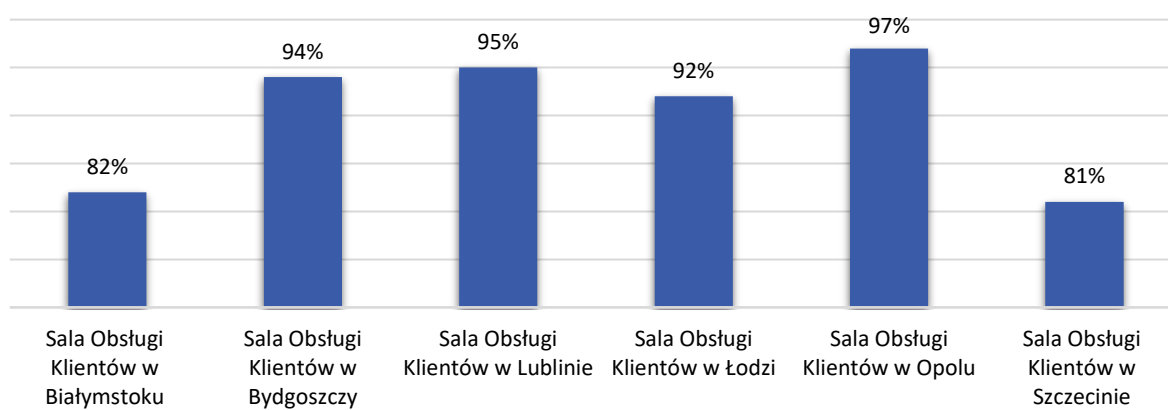
W 2021 roku przeprowadzono badanie jakości obsługi klientów z wykorzystaniem metody badawczej Tajemniczego Klienta. Badanie ma na celu realizację założeń Strategii NFZ w zakresie poprawy obsługi klientów przez NFZ. Pracownik pełniący rolę Tajemniczego Klienta, ocenił poziom, jakości obsługi klientów na salach, zaangażowanie pracowników i zainteresowanie sprawą klienta, dostosowanie pomieszczeń do wymogów określonych

w Księdze, Jakości Obsługi Klientów w NFZ oraz dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

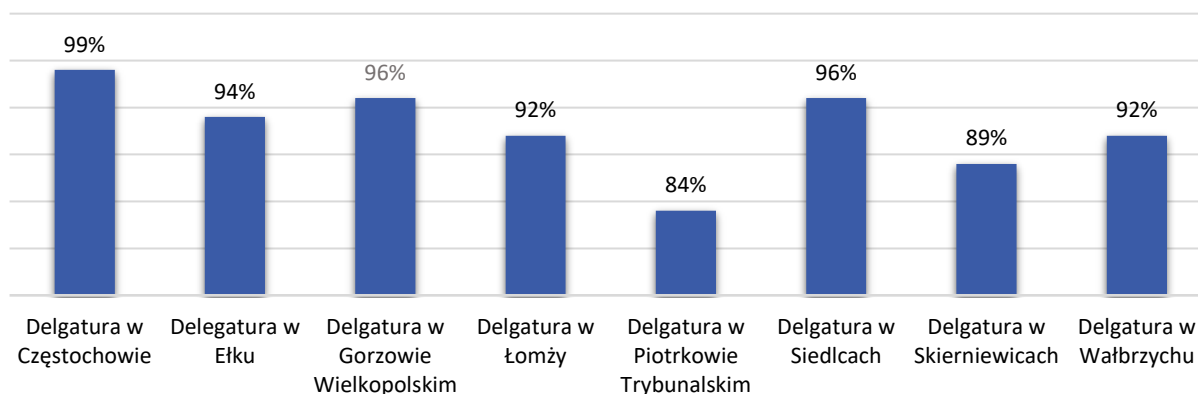
Badania Tajemniczego Klienta zostały zrealizowane w okresie od 7 października do 17 grudnia 2021 roku. Pracownicy Departamentu Obsługi Klientów przeprowadzili łącznie 18 wizyt Tajemniczego Klienta w jedenastu województwach. Odwiedzono 6 sal obsługi klientów (w tym skorzystano z 3 stanowisk ds. profilaktyki i promocji zdrowia), 8 Delegatur i 4 Punkty Obsługi Klientów.

Poniższe wykresy prezentują ogólne oceny procentowe uzyskane w ramach wizyt Tajemniczego Klienta realizowanych w salach obsługi klientów, Delegaturach i Punktach Obsługi Klientów NFZ.

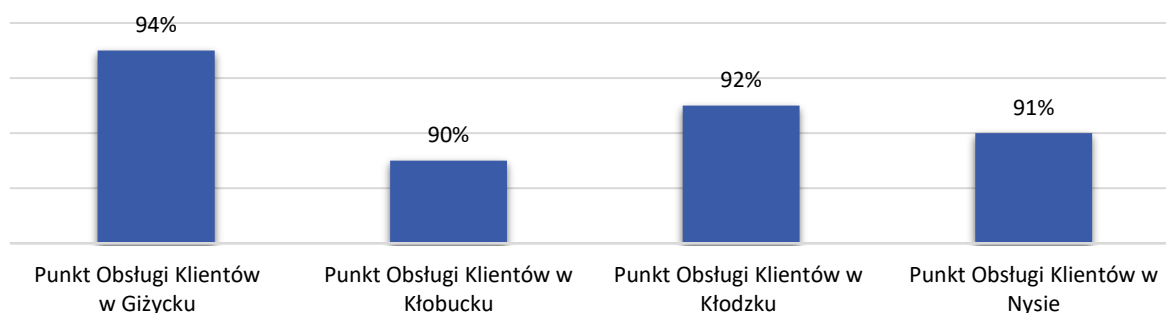
Wykres nr VII.9. Ogólna ocena wizyt Tajemniczego Klienta realizowanych w salach obsługi klientów NFZ w 2021 r.



Wykres nr VII.10. Ogólna ocena wizyt Tajemniczego Klienta realizowanych w Delegaturach NFZ w 2021 r.



Wykres nr VII.11. Ogólna ocena wizyt Tajemniczego Klienta realizowanych w Punktach Obsługi Klientów NFZ w 2021 r.



## Badanie satysfakcji z wizyt w szpitalach

W II półroczu 2021 roku przeprowadzono pilotażowe badanie satysfakcji pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Celem przeprowadzenia pilotażowego badania satysfakcji pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne jest uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące aspektów leczenia szpitalnego wymagających usprawnienia, sprawdzenie poprawności przyjętej metodologii, w tym doboru badanych osób, prawidłowości konstrukcji ankiety i sposobu jej przeprowadzenia.

Badanie było przeprowadzane od 26 października 2021 r. 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 (prostatektomia), wycięcie macicy (histerektomia). Anonimowa ankieta obejmowała 9 zamkniętych pytań. Dotyczyły one następujących sfer pobytu pacjenta w szpitalu: I. zaangażowanie zespołu medycznego w zarządzanie bólem; II. jakość wyżywienia; III. zrozumiałość komunikacji; IV. zrozumiałe informowanie przez zespół medyczny o ryzyku związanym z lekami; V. zapewnienie wsparcia emocjonalnego przez zespół medyczny; VI. czystość bezpośredniego otoczenia; VII. cisza w nocy; VIII. włączenie pacjenta do decyzji o leczeniu; IX. prawdopodobieństwo polecenia szpitala. Ankietę przeprowadzono wśród 15 129 pacjentów, którzy korzystali ze świadczeń na terenie siedmiu województw: mazowieckim, śląskim, dolnośląskim, małopolskim, wielkopolskim, łódzkim i pomorskim. Analiza zgromadzonych danych na temat satysfakcji pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wykazała, że zdecydowana większość respondentów wysoko oceniła najbardziej istotne aspekty pobytu w szpitalu takie jak zaangażowanie personelu z zarządzanie bólem, zrozumiałość komunikacji, włączenie pacjenta do decyzji o leczeniu, czy też zrozumiałe informowanie o ryzyku związanym z lekami. Najbardziej krytycznie ocenianą sferą pobytu w szpitalu we wszystkich województwach była jakość wyżywienia.

Spośród placówek, które realizowały świadczenie, położonych na obszarze siedmiu województw najczęściej pojawiały się szpitale położone w województwach małopolskim, pomorskim, oraz śląskim.

## VII.5.6. Działania informacyjne

### Biuletyn dla klientów „Ze zdrowiem”

„Ze zdrowiem” to kwartalnik wydawany przez NFZ dla klientów. W 2021 r. wydano 4 numery tej publikacji. Każdy numer ma 16 stron i jest poświęcony innemu tematowi: nr 2 – bezpieczeństwu w dobie koronawirusa, nr 3 – zdrowiu seniorów, nr 4 – zapobieganiu nowotworom, nr 5 – zdrowiu psychicznemu dzieci i młodzieży. Głównym celem biuletynu jest: uświadamianie pacjentom, czego mogą oczekiwać od lekarza, przedstawienie pacjentom świadczeń, jakie należą się im w zależności od wieku, choroby, uprawnień itd., przekazywanie pacjentom wiedzy, w jaki sposób mogą uzyskać świadczenia, edukowanie pacjentów w sprawie profilaktyki zdrowotnej. Powstały wersje elektroniczne i papierowe do dystrybucji w salach obsługi klientów. Wersje elektroniczne są dostępne pod linkiem: Magazyn dla pacjentów „Ze Zdrowiem” / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków.

### 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. Od 2021 roku NFZ jest odpowiedzialny za stronę merytoryczną portalu z wyłączeniem informacji dotyczących usług e-zdrowia, koronawirusa i szczepień przeciw COVID-19, którymi zarządza Centrum e-Zdrowia.

W 2021 roku podjęto następujące działania związane z prowadzeniem portalu pacjent.gov.pl:

- regularna publikacja artykułów w zakładce „Aktualności” – 2 artykuły na tydzień (pisanie, koordynowanie procesu pozyskiwania akceptacji merytorycznej, korekta językowa: prosty język, poprawność, dostępność; ilustrowanie zdjęciami, publikowanie na stronie poprzez CMS). Łącznie: 95 (łącznie z artykułami w innych zakładkach: 135);
- regularne aktualizowanie artykułów zgodnie ze zmianami w przepisach prawnych;
- przebudowa 4 zakładek – „System zdrowia”, „Programy profilaktyczne”, „Opiekuję się seniorem”, „Jestem na emeryturze”;
- comiesięcznie pozyskiwanie aktualnych danych do map i aktualizowanie map: mammobusy, szpitale psychiatryczne, punkty doraźnej pomocy dentystrycznej, izby przyjęć, SOR, nocna i świąteczna pomoc;
- przeprowadzenie badania UX writing portalu – identyfikacja mocnych i słabych stron portalu oraz wyznaczenie kierunków rozwoju zgodne z oczekiwaniami użytkowników;
- obsługa skrzynki @pacjent (działa od września 2021 r.);
- promowanie publikowanych artykułów w intranecie i internecie – przygotowywanie grafik i tekstów do mediów społecznościowych.

### Współpraca z samorządami terytorialnymi

W 2021 r. kontynuowano współpracę z Narodowym Instytutem Samorządu Terytorialnego (NIST), na podstawie zawartego w 2020 r. porozumienia między NFZ a NIST. Głównym celem

tej współpracy jest przepływ informacji o usługach systemu zdrowia do pacjentów poprzez samorządy 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 2021 r. wysłano 3 newslettery z informacjami o działaniach NFZ, zmianach systemowych (np. program Profilaktyka 40+, Teleplatforma Pierwszego Kontakt), współpracy z FOP oraz rozpowszechniano informacje o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży poprzez przesłanie magazynu „Ze Zdrowiem”.

#### Księga znaku i Księga identyfikacji wizualnej

W 2021 roku kontynuowano prace nad nową wersją Księgi znaku i Księgą identyfikacji wizualnej. 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. Księga znaku i Księga identyfikacji wizualnej pomoże uspójnić wizualnie działania informacyjno-promocyjne NFZ, które powinny być jednoznacznie kojarzone z działalnością NFZ oraz rozpoznawalne. W 2021 r. w ramach tego działania: ustalono ostateczny kształt Księgi znaku i Księgi identyfikacji wizualnej.

#### **VII.5.7. Profilaktyka i promocja zdrowia**

NFZ zgodnie z przyjętą Strategią NFZ, 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, instytucja prowadzi liczne działania informacyjne i edukacyjne, tak na poziomie ogólnopolskim, jak i regionalnym. W 2021 roku w każdym oddziale wojewódzkim funkcjonował Zespół Profilaktyki Zdrowotnej, który nadzorował i rozwijał działania w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia na poziomie regionalnym.

#### Cykliczna akcja NFZ „ŚRODA Z PROFILAKTYKĄ”

NFZ prowadził cykliczną akcję Środa z Profilaktyką. Jest to dzień regularnej edukacji zdrowotnej, dedykowany profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Każda środa to inny, ważny temat w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia. W każdym miesiącu jedno wydarzenie dedykowane jest prewencji otyłości lub cukrzycy. Początkowo ta cykliczna akcja była organizowana w formie spotkań z pacjentami i ekspertami na salach obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich. W związku z ograniczeniami wynikającymi ze stanu epidemii SARS-CoV-2, działalność związana z edukacją w tym zakresie przeniesiona została do internetu, środków masowego przekazu (m.in. strona Akademia NFZ, YouTube Akademia NFZ, Facebook – profil Akademia NFZ oraz 16 profili oddziałów wojewódzkich Profilaktyka w praktyce oraz strony oddziałów wojewódzkich NFZ), placówek medycznych, urzędów i jednostek samorządu terytorialnego.

W ramach Środy z Profilaktyką przygotowywane są materiały informacyjno-edukacyjne oraz film – wywiad z ekspertem w danej dziedzinie.

Komunikacja cyklu: YouTube Akademia NFZ (dotarcie do ok. 22 000 odbiorców), strona www Akademia NFZ (ulotki), Facebook - posty (dotarcie ok. 4 897 727), komunikacja na poziomie regionalnym przez rzeczników prasowych w 16 oddziałach wojewódzkich NFZ oraz 70 Delegaturach i Punktach Obsługi, na stronach internetowych, w mediach społecznościowych i regionalnych, komunikacja w mediach społecznościowych Ministerstwa Zdrowia.

#### Portal żywieniowy DIETY.NFZ.GOV.PL

NFZ kontynuował w 2021 roku realizację projektu „Diety NFZ”. Portal diety.nfz.gov.pl przeznaczony jest dla osób, które chcą się zdrowo odżywiać lub zmienić nawyki żywieniowe. W szczególności przygotowany został z myślą o pacjentach z chorobami przewlekłymi, dla których dieta jest jednym z zaleceń lekarskich. Strona ma zasięg ogólnopolski. Na koniec 2021 r. zarejestrowane na niej było około 500 tys., użytkowników. Od listopada 2021 r. portal Diety NFZ został udostępniony dla użytkowników aplikacji mojeIKP. W ramach aplikacji moje IKP, NFZ opracował quizy edukacyjne, które publikowane są cyklicznie raz w miesiącu w zakładce Profilaktyka. Na portalu Diety NFZ dostępnych jest aktualnie 11 planów żywieniowych w tym DASH CLASIC, WEGE, SENIOR, CUKRZYCA, NADCIŚNIENIE, HASIMOTO, ZAPARCIA. W 2021 r. opublikowano Rodzinny plan żywieniowy w różnych kalorycznościach, DASH Depresja, DASH Nadwaga i otyłość, opracowano także nowe jadłospisy i porady do DASH SENIOR. W 2021 roku zostały zamieszczone filmy edukacyjne zachęcające do świadomych zakupów produktów spożywczych i czytania etykiet tychże produktów: „Świadome zakupy. Mądre wybory” – sól w żywności - odcinek 1, „Świadome zakupy. Mądre wybory” – tłuszcz w żywności - odcinek 2, „Świadome zakupy. Mądre wybory” – dodatki w żywności - odcinek 3. W 2021 r. opublikowane zostały także e-booki terapeutyczne: Żywnienie dla osób ze stomią; Żywnienie w zespole jelita nadwrażliwego IBS- wyjaśnienia, porady, przepisy oraz Dieta w leczeniu trądziku; fakty, porady, przepisy.

Komunikacja portalu: strona WWW Akademia NFZ (aktualności), YouTube Akademia NFZ, Facebook; mailing z adresu profilaktykanfz@nfz.gov.pl do ok. 320 dziennikarzy, 40 organizacji pacjenckich, komunikacja na poziomie regionalnym przez rzeczników prasowych oddziałów wojewódzkich NFZ oraz 70 delegaturach i Punktach Obsługi Klientów, stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia, na stronach internetowych, w mediach społecznościowych i regionalnych.

#### Szkolenia dla doradców na stanowisku profilaktyki i promocji zdrowia i karty usług

We wrześniu 2021 roku przeprowadzono szkolenia dla doradców obsługujących w salach obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia. W ramach przygotowania stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia przygotowano Karty usług opisujące zasady postępowania i przekazywania wiedzy na temat profilaktyki zdrowotnej. Doradcy zostali wyposażeni w materiały zawierające rzetelne informacje dotyczące profilaktycznych programów zdrowotnych prowadzonych przez NFZ, programu



pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz portalu Diety NFZ, a także akcji „Środa z profilaktyką”.

Doradcy zwracają szczególną uwagę na obszary, które są kluczowe i zgodne ze Strategią NFZ, tj. badania profilaktyczne oraz zapobieganie chorobom cywilizacyjnym, w tym otyłości i cukrzycy poprzez odpowiednią dietę i zwiększenie aktywności fizycznej.

#### Wydarzenia promujące program pilotażowy Profilaktyka 40 PLUS

NFZ w 2021 r. był odpowiedzialny za wprowadzenie oraz promocję programu pilotażowego Profilaktyka 40 PLUS. Oddziały wojewódzkie NFZ uczestniczyły w okresie letnim w około 40 wydarzeniach plenerowych, prowadząc stoiska edukacyjne, gdzie informowano o zasadach programu. Współpracowano ze świadczeniodawcami oraz ekspertami w zakresie realizacji zapotrzebowania pacjentów na badanie kontrolne w ramach programu.

#### Akcja „Mamo! Mamo! Mammobus!”

Z zakresu działań na rzecz podniesienia uczestnictwa w badaniach przesiewowych NFZ zrealizował akcje dedykowane kobietom w wieku 50-69 lat: „Mamo! Mamo! Mammobus!”. Akcje wpisują się w Narodową Strategię Onkologiczną na lata 2020-2030 dotyczącą badań przesiewowych w kierunku raka piersi. Celem zwiększenia zgłaszalności na badania w maju i październiku 2021 r. przeprowadzone zostały akcje „Mamo! Mamo! Mammobus!” polegające na współpracy z realizatorami programu profilaktycznego – przygotowano materiały edukacyjne i promocyjne, koordynowano współpracę z instytucjami i samorządami w celu rozpropagowania postojów mammobusów w ramach tej akcji.

Maj 2021 r. - akcja „Mamo! Mamo! Mammobus!” przyniosła wzrost zgłaszalności pacjentek na badania piersi. W porównaniu z kwietniem 2021 r. nastąpił wzrost liczby pacjentek korzystających z badania o 8 006 kobiet. W akcji zostało zgłoszonych dodatkowo 140 postojów mammobusów.

Październik/listopad 2021 r. - działania przeprowadzone w ramach akcji „Mamo! Mamo! Mammobus!” przyczyniły się do wzrostu przeprowadzonych badań o ponad 10 000.

Akcja komunikowana była w mediach społecznościowych, mediach regionalnych, urzędach oraz poprzez ulotki i plakaty. Akcja „Mamo! Mamo! Mammobus!” promowana była na fanpage `u Akademia NFZ - zasięg postów – 877 919.

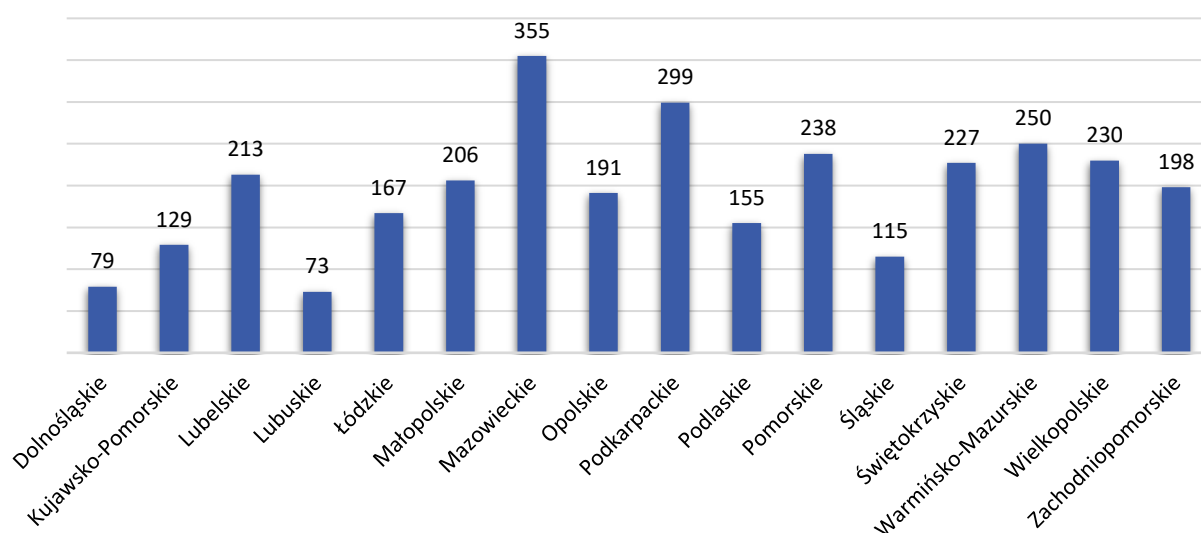
#### Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia w salach obsługi klientów

2 listopada 2021 r. na salach obsługi klientów we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ zostały uruchomione stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia. Oficjalne otwarcie stanowiska odbyło się 19 listopada 2021 r. w sali obsługi klientów we Wrocławiu. Celem uruchomienia stanowisk ds. profilaktyki i promocji zdrowia była realizacja założeń Strategii NFZ w zakresie zwiększenia działań profilaktycznych i upowszechnienia wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej. Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia są dostępne dla klientów w godzinach 9:00 – 12:30 i 13:00 – 15:30. Integralną częścią stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia jest Kiosk Profilaktyczny. W Kiosku

Profilaktycznym klient ma możliwość wykonania bezpłatnych pomiarów: wzrostu, masy ciała, wskaźnika BMI, składu ciała i ciśnienia tętniczego krwi. Klient obsługiwany jest przez doradców przeszkolonych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia oraz z obsługi Kiosku Profilaktycznego.

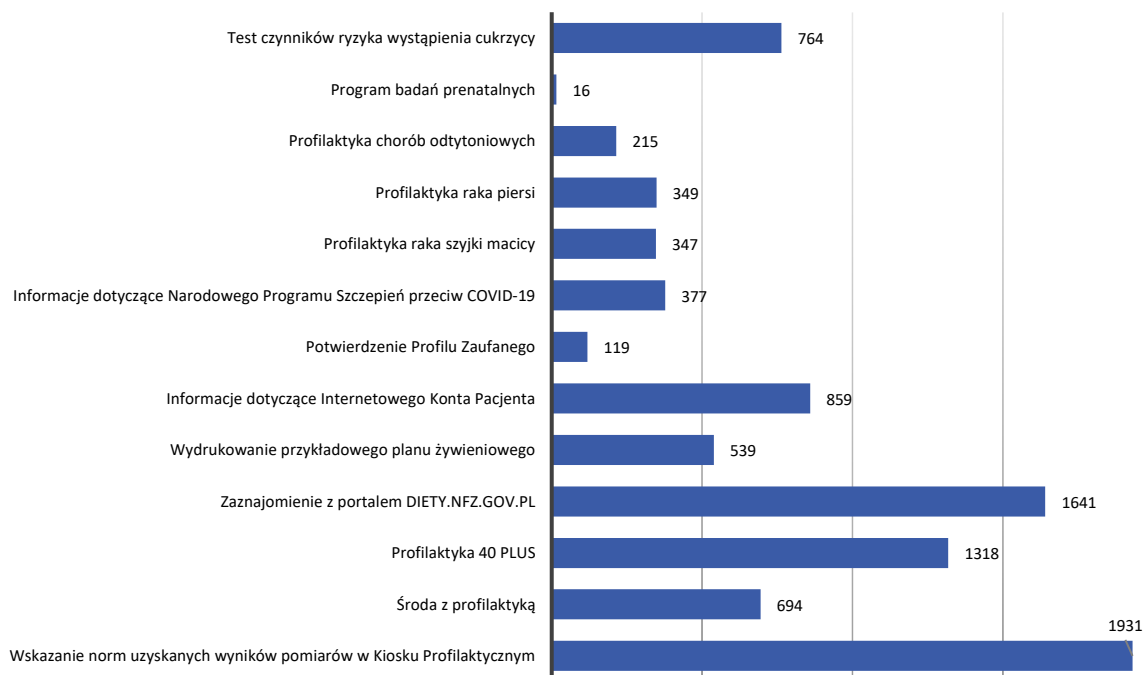
Podczas wizyty na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia, klient może wykonać pomiary w Kiosku Profilaktycznym oraz uzyskać od doradcy informacje i materiały promocyjne na temat programów profilaktycznych realizowanych przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia, informacje dotyczące norm uzyskanych pomiarów w Kiosku Profilaktycznym, wydruk przykładowego planu żywienia ze strony internetowej diety.nfz.gov.pl a także informacje dotyczące Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19. Łącznie w okresie 2 listopada 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich, obsłużono na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia 3 125 klientów. Liczbę obsłużonych klientów na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia, w podziale na województwa, przedstawia wykres nr 20.

Wykres nr VII.12. Liczba klientów, obsłużonych na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia, w podziale na województwa, w okresie 02.11.2021 r. - 31.12.2021 r.



Poniższy wykres przedstawia najczęściej omawiane zakresy tematyczne podczas konsultacji z doradcą na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia w okresie 02 listopada 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. We wskazanym okresie klienci poruszyli łącznie 9 169 tematów podczas konsultacji z doradcą na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia.

Wykres nr VII.13. Liczba omawianych zakresów tematycznych podczas konsultacji z doradcą, na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia, w okresie 02.11.2021 r. do 31.12.2021 r.



### Działania profilaktyczne na Telefonicznej Informacji Pacjenta

Telefoniczna Informacja Pacjenta wspiera działania profilaktyczne dla obywateli. W dniu 15 lipca 2021 uruchomiono pilotaż dotyczący profilaktyki nowotworowej za pośrednictwem Infolinii. Konsultanci udzielają informacji jak obniżyć ryzyko zachorowania na nowotwory i jakie badania można wykonać. Informacje udzielane są w oparciu o materiał przygotowany przez Narodowy Instytut Onkologii.

Do 31 grudnia 2021 roku Telefoniczna Informacja Pacjenta - nitka profilaktyka onkologiczna, obsłużyła ponad 15 tys. połączeń.

### Informacja o sposobie wykorzystania środków z opłaty od napojów z dodatkiem cukrów kofeiny lub tauryny

Opłaty za wprowadzenie na rynek krajowy napojów z dodatkiem cukrów oraz kofeiny lub tauryny (tzw. podatek cukrowy) zostały ustanowione przepisami ustawy z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (Dz. U. poz. 1492), wchodzącej w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

NFZ otrzymane środki zobowiązany jest przeznaczyć na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia świadczeniobiorców z chorobami rozwiniętymi na tle niewłaściwych wyborów i zachowań zdrowotnych, w szczególności z nadwagą i otyłością.

W ramach działań edukacyjno-profilaktycznych Fundusz środki z opłaty przeznaczył na kontynuowanie projektów – Środa z Profilaktyką oraz rozwój portalu diety.nfz.gov.pl.

Łączna kwota środków finansowych, które wpłynęły do NFZ z tytułu opłaty od napojów z dodatkiem cukrów kofeiny lub tauryny w 2021 roku wyniosła 1 420 926,60 tys. zł.

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

### **VIII.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Fundusz**

Kontrola wewnętrzna w Centrali NFZ w 2021 r. realizowana była w ramach kontroli instytucjonalnej przez Biuro Nadzoru Wewnętrznego (BNW) oraz kontroli funkcjonalnej, w zakresie nadzoru merytorycznego przez właściwe komórki organizacyjne Centrali NFZ.

W ramach kontroli instytucjonalnej BNW przeprowadziło łącznie 43 kontrole, w tym: 33 kontroli planowych i 10 kontroli doraźnych.

Kontrole planowe zrealizowane przez BNW objęły następujące obszary działalności Funduszu:

1. 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. Stwierdzono następujące uchybienie: nie zapewniono świadczeniodawcy czynnego udziału w postępowaniu odwoławczym poprzez umożliwienie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.
2. Prawidłowość przeprowadzania przez oddział postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nie odrzucono oferty, która nie spełniała warunków, nie sporządzono protokołu z negocjacji oraz protokołu z posiedzenia w części niejawniej, nie unieważniono postępowań, w których złożono jedną ofertę; nie zawieszono postępowania po dniu wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; nie wezwano oferenta do uzupełnienia braków formalnych, odstąpiono od weryfikacji oferentów bez uzyskania zgody dyrektora oddziału, zawarto umowę ze świadczeniodawcą, którego oferty podlegały odrzuceniu; zaproszono do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie rokowań dwóch oferentów, pomimo, że liczba świadczeniodawców, mogących udzielać świadczeń na kontraktowanym obszarze była większa niż pięciu; ogłoszono postępowanie w trybie konkursu ofert i postępowanie w trybie rokowań na ten sam zakres świadczeń i obszar.
3. Prawidłowość postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o udostępnienie informacji publicznej. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nie udostępniono informacji/nie wydano decyzji w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosków oraz nie poinformowano wnioskodawców o powodach opóźnienia i o terminie w jakim sprawy zostaną załatwione; nie udzielono informacji w sposób podany we wniosku, pisma podmiotów/organoów administracji publicznej zakwalifikowano jako wnioski o udostępnienie informacji publicznej w trybie ustawy o dostępie do informacji publicznej, a wnioskowane dane nie miały waloru informacji publicznej, wnioski o udostępnienie informacji publicznej zakwalifikowano jako pisma z prośbą o udostępnienie danych i nie procedowano ich w trybie ustawy o dostępie do informacji publicznej, nie podano

tożsamości osoby, która udostępniła informację; nie założono spraw zgodnie z Instrukcją kancelaryjną; nie dostarczono przesyłki pocztowej za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, nie nadano sprawie symbolu klasyfikacyjnego z katalogu klas JRWA, nieprawidłowo prowadzono rejestr; dokumentacja spraw nie odzwierciedlała całościowego przebiegu ich załatwiania, decyzję o umorzeniu postępowania/odmowie udostępnienia informacji publicznej wysłano na adres e-mail wnioskodawcy i nie uzyskano potwierdzenia jej skutecznego doręczenia, w wezwaniu do uzupełnienia wniosku nie wskazano wnioskodawcy terminu na uzupełnienie; w decyzji administracyjnej wskazano niewłaściwy tryb odwoławczy, dopuszczono do bezczynności organu; nieprawidłowo zakwalifikowano wniosek jako udostępnienie informacji przetworzonej i zażądano wykazania szczególnego interesu publicznego, nie przekazano sprawy do właściwego oddziału wojewódzkiego celem rozpatrzenia, wbrew wyrokowi sądowemu, nie udostępniano wnioskowanej informacji publicznej, pomimo jej posiadania.

4. Prawidłowość postępowania oddziału przy rozpatrywaniu skarg i wniosków na działalność świadczeniodawców. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nieterminowo rozpatrzono skargę, nie sporządzono protokołu przyjęcia skargi (złożoną telefonicznie) zgodnego z obowiązującym wzorem, dyrektor oddziału nie przyjmował interesantów w sprawie skarg i wniosków raz w tygodniu po godzinach pracy, sprawę do rozpatrzenia zgodnie z właściwością przekazano po terminie; nie wskazano 7 dniowego terminu na uzupełnienie braków oraz pouczenia, że nie usunięcie braków spowoduje pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia i nie podano właściwej podstawy prawnej, wezwano skarżącego do uzupełnienia upoważnienia telefonicznie, zarejestrowano sprawę jako skarga/wniosek, pomimo że treść pisma nie spełniała wymogu skargi/wniosku określonego w KPA, nie zamieszczono pouczenia o możliwości wniesienia ponaglenia w zawiadomieniu o niezakończonym w terminie, nie zamieszczano klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania przez NFZ danych osobowych w pismach wysyłanych do skarżących lub potwierdzenia jej wysłania; przekazano do skarżącego jako odpowiedź jedynie wyjaśnienia świadczeniodawców bez stanowiska oddziału; nieterminowo udzielono odpowiedzi, zawiadomienie o niezakończonym w terminie zostało wysłane po terminie, w rejestrze skarg i wniosków wpisano informacje niezgodne z dokumentami źródłowymi, wysłano do skarżącego informację o przedłużeniu postępowania, pomimo że dysponowano pełną dokumentacją w sprawie, w pismach wyznaczających/przedłużających termin rozpatrzenia sprawy wskazywano nieprawidłową podstawę prawną, w aktach sprawy nie zamieszczono potwierdzenia daty wysłania i odbioru pism przez adresatów, nie wprowadzano na bieżąco do rejestru wpływających skarg; przekazano sprawę do rozpatrzenia zgodnie z właściwością do innego organu z przekroczeniem obowiązującego terminu oraz nie poinformowano o przekazaniu skarżącego.
5. Prawidłowość postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o zgodę Dyrektora OW NFZ na przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wykryto następujące najważniejsze uchybienia: procedowano wnioski, które nie były złożone w terminie, nie posiadały wymaganych dokumentów formalno-prawnych, nie wezwano do uzupełnienia braków formalnych, wezwano do uzupełnienia braków

formalnych telefonicznie, bez odnotowania w dokumentacji sprawy informacji o dokonaniu tej czynności, nie wystosowano do świadczeniodawców pism informujących o wyrażeniu zgody na przeniesienie praw i obowiązków, podpisane porozumienia dotyczące przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie zawierają potwierdzenia pracownika merytorycznego ds. rozliczeń, wyrażono zgodę na cesję, pomimo nie spełnienia przez cesjonariusza wszystkich kryteriów, które spełniał cedent, komórka merytoryczna ds. księgowości nie sporządziła opinii w zakresie ustanowienia cesji wierzytelności, zajęć komorniczych lub innych ograniczeń na koncie cedenta, nie umieszczano opinii prawnych w arkuszu opinii w części B, obowiązującego wzoru wniosku; sprawę prowadzono niezgodnie z Instrukcją kancelaryjną; w komparycji umów, podpisywanych z cesjonariuszem, pozostawiono datę zawarcia pierwotnej umowy z cedentem, podpisano umowy przez osobę reprezentującą NFZ z datą, w której nie była ona do tego upoważniona.

6. Prawidłowość prowadzenia przez oddział spraw w systemie informatycznym do elektronicznego zarządzania dokumentacją (EZD). Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia w zakresie rejestrowania przesyłek wpływających: nie załączono skanów pism wszczynających sprawę, w zakresie wykonywania czynności w systemie EZD oraz w sprawach stanowiących, wyjątki od systemu tradycyjnego: pisma podpisane elektronicznie nie zawierały informacji o osobie podpisującej oraz o sposobie jego podpisania, nie zaakceptowano pism w systemie EZD, pism nie podpisano podpisem elektronicznym, nie wskazano sposobu wysłania pism w systemie EZD.
7. Terminowość postępowania oddziału przy prowadzeniu postępowań wyjaśniających w zakresie zakwestionowanych świadczeń udzielonych na terenie Polski osobom uprawnionym z innych państw członkowskich UE/EFTA. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nie przekazano do Centrali NFZ stanowiska w wyznaczonym pisemnie terminie i nie posiadano potwierdzenia przesunięcia terminu, na egzemplarzach pism przeznaczonych do włączenia do akt spraw nie umieszczono informacji, co do sposobu wysyłki oraz potwierdzenia dokonania wysłania przesyłki lub jej osobistego doręczenia.
8. Prawidłowość rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 realizowanych bezumownie. Stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: nienależnie wypłacono podmiotom leczniczym środki finansowe, nierzetelnie gromadzono i weryfikowano dokumentację sprawozdawczą badanych podmiotów leczniczych, będącą podstawą do wypłacenia należności za produkty covidowe, wypłacono środki finansowe przeznaczone na dodatek dla personelu medycznego na podstawie niekompletnej dokumentacji.
9. Prawidłowość postępowania Departamentu Współpracy Międzynarodowej przy rozliczaniu roszczeń francuskiej instytucji łącznikowej CPAM i luksemburskiej instytucji łącznikowej CNS na podstawie not obciążeniowych wystawionych w 2016 r. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: niezgodność pomiędzy datą wpływu noty obciążeniowej na dokumencie a datą wpływu noty w SOFU, niezgodność pomiędzy datą wystawienia formularzy E125 a datą wskazaną w SOFU, akta spraw nie zawierały

kompletnej dokumentacji, pismo informujące CPAM o dacie wpływu noty obciążeniowej do NFZ, zostało wysłane po terminie określonym w przepisach prawa; nie podjęto czynności zmierzających do prawidłowego i terminowego zarejestrowania not obciążeniowych oraz przekazania dokumentów do właściwych oddziałów wojewódzkich NFZ w celu przeprowadzenia weryfikacji formalnej oraz merytorycznej, co skutkowało wypłaceniem należności CPAM po terminie.

10. Prawidłowość sporządzenia i realizacji umowy. Stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: w treści wniosku o zamówienie publiczne wskazano błędną stawkę jednej rbh, w projekcie umowy wpisano łączną kwotę wynagrodzenia netto jako brutto, nie uaktualniono zakresu obowiązków służbowych pracownika, potwierdzano protokoły realizacji umowy ze strony zamawiającego bez upoważnienia, nie zapewniono prawidłowego i rzetelnego monitorowania umowy.

W ramach kontroli funkcjonalnej komórki organizacyjnej Centrali Funduszu przeprowadziły łącznie 23 kontrole, w tym: DSM 6 planowych, DEF 6 planowych, BK 4 planowe, DSOZ 3 planowe, DOK 2 planowe, BSP 1 planową, BPZ 1 kontrolę planową.

Departament ds. Służb Mundurowych przeprowadził 6 kontroli planowych w zakresie realizacji zadań obronnych, obrony cywilnej i zarządzania kryzysowego, przeprowadzono w trzech oddziałach, nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości, realizacji zadań w OW NFZ przez WSM w świetle obowiązujących przepisów, przeprowadzono w jednym oddziale, nie stwierdzono uchybień ani nieprawidłowości, oceny prawidłowości przeprowadzania procesu aneksowania/zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na 2021 r., przeprowadzono w dwóch oddziałach, w jednym oddziale stwierdzono nie odrzucenie oferty, która nie spełniała wymagań koniecznych.

Departament Ekonomiczno-Finansowy przeprowadził 6 kontroli planowych, których przedmiotem było wykonanie planu finansowego przez oddziały wojewódzkie NFZ. W trzech przypadkach stwierdzono uchybienia dotyczące sfinansowania świadczeń na podwyżki dla pielęgniarek i położnych na wyższym poziomie niż kwota zobowiązania/wartość umowy, rozliczenia umów wygasłych w formie aneksu rozliczeniowego, zamiast ugody pozasądowej.

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.

Kontrolę prawidłowości aneksowania na 2020 r. umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego w wybranych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadził Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

Kontrolę w zakresie realizacji zadań Wydziału Obsługi Klientów przeprowadził Departament Obsługi Klientów. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nierzetelnie prowadzono rejestr; dyrektor oddziału nie przyjmował interesantów w sprawie skarg i wniosków raz w tygodniu po godzinach pracy; nieprawidłowo kwalifikowano sprawy jako skargi; w pismach kierowanych do skarżących nie wskazywano podstawy prawnej; nie dochowano terminu rozpatrzenia skargi/wniosku.



Kontrolę w zakresie stosowania procedury Rekrutacja pracowników wraz z wymaganymi załącznikami przeprowadziło Biuro Spraw Pracowniczych. Stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące nieprawidłowego wypełniania wniosku rekrutacyjnego/protokołu z rekrutacji, podawania informacji o zakończeniu naboru i usuwania dokumentów kandydatów.

Kontrolę w zakresie prawidłowości przeprowadzenia postępowań konkursowych w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – profilaktyczne programy przeprowadziło Biuro Profilaktyki Zdrowotnej. Stwierdzono uchybienie dotyczące nie sporządzenia zestawienia spornych harmonogramów pracy personelu.

### Kontrola wewnętrzna w oddziałach wojewódzkich Funduszu

W 2021 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 91 kontroli wewnętrznych, w tym: 81 kontroli zakończonych w 2021 r., 2 kontrole stanowiły kontynuację kontroli wszczętych w 2020 r., które zakończono w 2021 r., 8 kontroli nie zakończonych w 2021 r.

Najczęstszym przedmiotem kontroli przeprowadzanych przez oddziały wojewódzkie NFZ było:

1. Rejestracja i obieg dokumentów. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: rejestracja spraw pod jednym nr JRWA; rejestracja dokumentów jednej sprawy pod dwoma różnymi numerami, gromadzenie pism w niewłaściwych teczkach aktowych, w kontrolowanej komórce organizacyjnej po przekazaniu wniosku do wszczęcia postępowania nie pozostaje ślad wykonanej pracy, brak akceptacji wniosku o wszczęcie postępowania administracyjnego przez kierownika komórki organizacyjnej przebywającego na pracy zdalnej, stosowanie w EZD nieprawidłowych tytułów pism i nazw spraw, które nie określały przedmiotu dokumentu, nie stosowanie odstępstw od Instrukcji kancelaryjnej wydanych na czas COVID-19, brak podpisów osób upoważnionych na pismach wychodzących (przy użyciu podpisu elektronicznego opatrzonego bezpiecznym certyfikatem kwalifikowanym), brak wskazania sposobu wysyłki korespondencji wychodzącej, nie wszystkie akta spraw w formie papierowej zostały odzwierciedlone w EZD, występowanie tzw. pustych koszulek w EZD, brak udokumentowania wysyłki w EZD.
2. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nieaktualne zakresy obowiązków służbowych pracowników, brak stosowania jednolitej formuły podczas zatwierdzania do wypłaty dowodów księgowych, nieaktualne upoważnienia do kontroli merytorycznej dowodów księgowych, nieterminowe przedkładanie kwartalnych raportów analitycznych z monitorowania wysokości i specyfiki refundacji aptecznej, brak podsumowania wartości wykonania testów; pozytywna weryfikacja faktur, w których ujęto nazwę towaru niezgodną z katalogiem produktów rozliczeniowych.
3. Prowadzenie korespondencji i realizacja wniosków/ prowadzenie rejestrów. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nie kierowano do wnioskodawców zawiadomień o przedłużeniu terminu załatwienia sprawy, ze wskazaniem nowego terminu jej rozpatrzenia oraz z pouczeniem o możliwości wniesienia

ponaglenia; w treści zawiadomień o przedłużeniu terminu załatwienia sprawy nie zawierano pouczenia o prawie do wniesienia ponaglenia, w wezwaniach do uzupełnienia braków formalnych nie zawierano pouczeń, że nieusunięcie braków spowoduje pozostawienie skargi bez rozpoznania oraz nie wskazywano terminu na usunięcie braków, w przypadku skarg wniesionych w imieniu innej osoby, nie wzywano wnoszącego o przedłożenie pisemnego upoważnienia, pisma stanowiące odpowiedzi na skargi podpisywane były przez pracowników upoważnionych przez dyrektora oddziału bez adnotacji „z upoważnienia Dyrektora”, udzielano niepełnych wyjaśnień na zapytania klientów; nie załączano klauzuli informacyjnej do korespondencji.

4. Gospodarka składnikami majątkowymi trwałymi (nieruchomości, maszyny, urządzenia, środki transportu i inne rzeczy, ulepszenia w obcych środkach trwałych) / Gospodarka materiałami (pieczętki, nośniki danych). Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: zapotrzebowanie na pieczętkę niezgodne ze wzorem, braki zapisu w rejestrze pieczętek, brak pieczętek imiennych, niezgodności w dokumentach likwidacji pieczętek, niedopilnowanie terminu wykonania obowiązkowego, okresowego badania technicznego jednego z pojazdów służbowych; w rejestrze upoważnień do prowadzenia pojazdów służbowych nie usunięto pozycji dotyczącej upoważnienia dla pracownika, który nie uzyskał stosownego upoważnienia, brak dat wydania upoważnienia lub data dokumentu była późniejsza od okresu jego obowiązywania, w książkach Kontroli Pojazdów błędnie wpisywano daty wymiany olejów silnikowych oraz obsługi technicznej, w dokumentacji Zgłoszenie zapotrzebowania na pojazd służbowy brak było podpisów i pieczęci pracownika odpowiedzialnego za prowadzenie dokumentacji, w protokołach zdawczo-odbiorczych stwierdzono brak danych strony odbierającej i zdającej pojazd.
5. EKUZ/rozliczenia międzynarodowe za świadczenia zdrowotne. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: niestosowanie się do wytycznych obsługi procesu refundacji (nieprawidłowa weryfikacja wniosków, uchybienia dotyczące zgodności pism z załącznikami do wytycznych), brak opisów „ZWERYFIKOWANY FORMALNIE” w przypadku zweryfikowanych wniosków, nie wysłanie po czterech miesiącach przypomnienia po braku odpowiedzi w części B formularza 126PL, niedochowanie terminów.
6. Przeprowadzanie konkursów ofert lub rokowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; zawieranie umów ze świadczeniodawcami/aptekami/ aneksowanie umów. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: zatwierdzenie niekompletnych wniosków, niestosowanie formy pisemnej w przypadku wezwań do uzupełnienia braków formalnych, w skład komisji konkursowej nie powołano pracownika komórki ds. mundurowych, nie przedstawiono zaproszonemu na negocjacje oferentowi propozycji zmieniającej wartość i liczbę świadczeń w jego ofercie.
7. Bezpieczeństwo fizyczne, informatyczne, dokumentacji / Zespół zarządzania incydentami bezpieczeństwa. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: brak stref ochrony, brak zasad przyjmowania gości w strefach ogólnych i administracyjnych, brak rejestru pobrań kluczy oraz aktualizacji zarządzenia dotyczącego instrukcji przechowywania i ewidencji kluczy oraz kontroli ruchu osobowego w oddziale, brak przeszkolenia członków SDRO w zakresie realizacji zadań wynikających z zarządzenia

wewnętrznego, brak staranności prowadzenia dokumentacji papierowej, niestosowanie EZD (w tym również w przypadku elektronicznych klas JRWA), procedura tworzenia kopii bezpieczeństwa zawierała nieaktualne informacje dotyczące miejsca przechowywania kopii oraz sposobu ich niszczenia, nie sporządzono rocznego harmonogramu testowania odtworzenia kopii, nie sporządzono Formularza zarządzania kopiami zapasowymi.

## **VIII.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu**

W jednostkach organizacyjnych Funduszu instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły w 2021 r. łącznie 65 kontroli, tj.: 8 kontroli rozpoczętych w 2020 r. i zakończonych w 2021 r.; 57 kontroli rozpoczętych i zakończonych lub pozostających w toku w 2021 r.

W 2021 r. jednostki organizacyjne Funduszu kontrolowane były przez 8 instytucji kontroli zewnętrznej. Większość postępowań została przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli (35) i Krajową Administrację Skarbową (16), a pozostałe przez następujące instytucje: Ministerstwo Zdrowia (3), Archiwum Państwowe (3), Urzędy Wojewódzkie (2), Państwową Inspekcję Pracy (4), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (1), Państwową Straż Pożarną (1).

Kontrolowaną działalność w dwóch przypadkach oceniono pozytywnie, w jednym przypadku oceniono pozytywnie z uchybieniami, w jednym przypadku oceniono negatywnie, w trzydziestu jeden przypadkach przedstawiono ocenę opisową, natomiast w dwudziestu jeden przypadkach nie sformułowano oceny. W przypadku dziesięciu kontroli ostateczne dokumenty pokontrolne nie wpłynęły na dzień 17 lutego 2022 roku. Sporządzanie o wynikach kontroli przeprowadzonych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2021 r. w NFZ zostało opublikowane na stronie internetowej Funduszu w dniu 3 marca 2022 r.

Instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły w Centrali Funduszu siedem kontroli, w oddziałach wojewódzkich Funduszu łącznie 58 kontroli.

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrole w zakresie: funkcjonowania systemu rehabilitacji leczniczej w 7 oddziałach (kujawsko-pomorskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim), realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego w Centrali oraz 6 oddziałach (małopolskim, mazowieckim, opolskim, śląskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim), organizacji i finansowania przeszczepiania narządów w 5 oddziałach (dolnośląskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, śląskim), funkcjonowania medycznej opieki geriatrycznej w 5 oddziałach (lubuskim, łódzkim, śląskim, świętokrzyskim, wielkopolskim), dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w Centrali oraz 4 oddziałach (dolnośląskim, mazowieckim, podlaskim, zachodniopomorskim); organizacji pracy zdalnej w związku z ogłoszeniem epidemii w 3 oddziałach (lubuskim, łódzkim, podlaskim), wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Centrali; realizacji NPSz w Centrali; funkcjonowania systemu leczenia pacjentów z udarem mózgu w oddziale podlaskim.

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło kontrole w zakresie: realizacji projektu zapewnienia bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19 w Centrali; zawierania umów na wydawanie refundowanego leku, środka

spożywczego specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobu medycznego na receptę z podmiotami prowadzącymi apteki w oddziale małopolskim; dostępności i jakości usług publicznych oraz sprawności w obsłudze interesantów w oddziale pomorskim.

Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła kontrole w zakresie: przestrzegania prawa pracy w 3 oddziałach (kujawsko-pomorskim - 2 kontrole, świętokrzyskim, zachodniopomorskim).

Izba Administracji Skarbowej prowadziła kontrole w zakresie: realizacji projektu zapewnienia bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19 w Centrali i 15 oddziałach (dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim).

Archiwum Państwowe przeprowadziło kontrole w zakresie: przestrzegania przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach przeprowadziło w Centrali oraz 2 oddziałach (łódzkim, zachodniopomorskim).

Urzędy Wojewódzkie przeprowadziły kontrole w zakresie: realizacji powierzonych zadań oraz wykorzystania dotacji celowej w oddziale Lubuskim; realizacji porozumienia w oddziale Podkarpackim.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadził kontrolę w zakresie: prawidłowości i rzetelności obliczania składek na ubezpieczenia społeczne oraz innych składek, do których pobierania zobowiązany jest Zakład oraz zgłaszanie do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego; ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych i wypłacanie tych świadczeń oraz dokonywanie rozliczeń z tego tytułu; prawidłowości i terminowości opracowywania wniosków o świadczenia emerytalne i rentowe; wystawiania zaświadczeń lub zgłaszanie danych dla celów ubezpieczeń społecznych w oddziale Łódzkim;

Państwowa Straż Pożarna przeprowadziła kontrolę w zakresie: przestrzegania przepisów przeciwpożarowych, rozpoznawania możliwości i warunków prowadzenia działań ratowniczych przez jednostki ochrony przeciwpożarowej oraz postępowania z substancjami kontrolowanymi, nowymi substancjami i fluorowanymi gazami cieplarnianymi, w rozumieniu ustawy z dnia 15.05.2015 r. o substancjach zubożających warstwę ozonową oraz o niektórych fluorowanych gazach cieplarnianych (tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 2065), wykorzystywanymi w ochronie przeciwpożarowej, a także systemami ochrony przeciwpożarowej oraz gaśnicami zawierającymi substancje kontrolowane, nowe substancje lub fluorowane gazy cieplarniane lub od nich uzależnionymi w oddziale Małopolskim.

### **VIII.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu**

Komórka audytu wewnętrznego w NFZ przeprowadziła w 2021 roku poniższe planowe zadania audytowe:

- działalność edukacyjno-promocyjna (5 zadań zapewniających realizowanych w 5 OW NFZ),
- zarządzanie danymi świadczeniobiorców i osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej (6 zadań zapewniających realizowanych w Centrali i 5 OW NFZ),

- ewaluacja procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście warsztatów Lean (6 zadań zapewniających realizowanych w 6 OW NFZ),
- zapewnienie bezpieczeństwa i ciągłości pracy, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania w stanie epidemii – etap drugi (16 czynności doradczych realizowanych w 16 OW NFZ),
- opiniowanie procedur do procesów w NFZ (czynności doradcze realizowane w Centrali),
- inne działania dotyczące wsparcia funkcjonowania kontroli zarządczej (czynności doradcze realizowane w Centrali i OW NFZ),
- zapewnienie ciągłości działania podmiotu z wykorzystaniem środków komunikacji na odległość w czasie pandemii SARS CoV2 (czynności doradcze koordynowane przez Ministerstwo Zdrowia, realizowane w Centrali i OW NFZ).

W wyniku prowadzonych zadań audytowych powstają zalecenia, uwagi doradcze oraz uwagi systemowe. Ich wdrożenie oceniane jest podczas czynności sprawdzających. W 2021 roku przeprowadzone zostały poniższe czynności sprawdzające:

- rozliczenia w ramach umów szpitali zakwalifikowanych do PSZ w podziale na kwotę ryczałtu oraz kwoty w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej odrębnie finansowanych (5 czynności sprawdzających realizowanych w 5 OW NFZ),
- kontraktowanie/aneksowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (3 czynności sprawdzające realizowane Centrali NFZ),
- proces dostosowywania systemów do zmian regulacji prawnych (3 czynności sprawdzające realizowane w 3 OW NFZ),
- dochodzenie należności od świadczeniobiorców (4 czynności sprawdzające realizowane w 4 OW NFZ),
- system zarządzania działaniami antykorupcyjnymi (norma 37 001) (4 czynności sprawdzające realizowane w 4 OW NFZ).

#### **VIII.4. Sprawy sądowe**

W 2021 roku oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 2 367 postępowań sądowych, czyli 817 więcej niż w 2020 roku. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne z powództwa Funduszu. W danym okresie sprawozdawczym oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły 1 279 takich spraw czyli o 316 spraw więcej niż w 2020 r. Wśród tych spraw wszczętych zostało 661 postępowań czyli o 139 spraw więcej niż w ubiegłym roku. W okresie sprawozdawczym OW NFZ prowadziły 774 spraw sądownoadministracyjnych, czyli o 588 spraw więcej niż w 2020 r., z których 708 postępowań zostało wszczętych w 2021 roku.

Tabela nr VIII.1. Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu – stan na koniec 2021 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	1279	49 755,15	661	8 118,91
2.		sprawy przeciwko Funduszowi	314	468 270,48	84	83 154,43
3.	sądowoadministracyjne		774	107,72	708	137,64
4.	ogółem		2367	518 133,35	1453	91 410,98

### VIII.5. Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze

Działania naprawcze podejmowane przez Fundusz polegają na:

- realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych, wydanych w wyniku kontroli wewnętrznych i zewnętrznych zrealizowanych w Funduszu,
- 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.

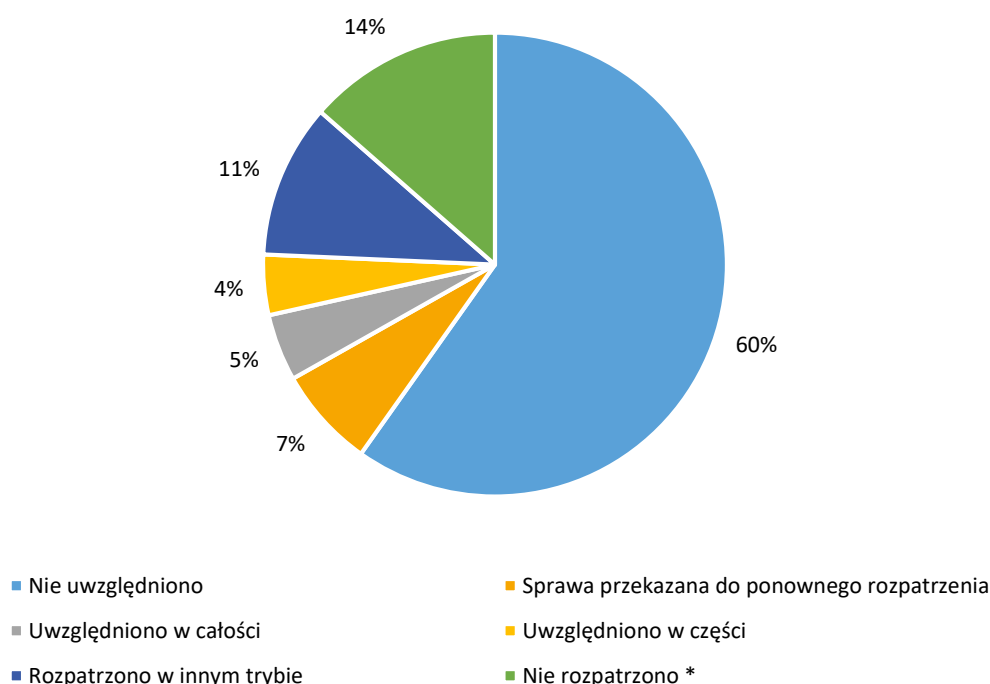
Monitorowanie wykonania zaleceń/uwag poaudytowych prowadzone jest na bieżąco przez Biuro Audytu Wewnętrznego. Po upływie roku od przeprowadzenia zadania audytowego przeprowadzane są czynności sprawdzające realizację zaleceń.

## 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<sup>41</sup> 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, finansowania i rozliczania świadczeń COVID-19, zmiany warunków umowy, korekty świadczeń. W 2021 roku w przedmiotowym zakresie rozpatrzono 214 zażaleń, z czego: w 128 przypadkach nie uwzględniono zażalenie (co stanowi 60% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości 10 zażaleń (co stanowi 5% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części 9 zażaleń (co stanowi 4% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono 29 zażaleń (co stanowi 14% ogółu rozpatrzonych zażaleń), w 15 przypadkach sprawę przekazano do ponownego rozpatrzenia (co stanowi 7% ogółu rozpatrzonych zażaleń) oraz w 23 przypadkach zażalenie rozpatrzono w innym trybie (co stanowi 11% ogółu rozpatrzonych zażaleń).

Wykres nr IX.1. Struktura rozpatrzonych zażaleń.



\*zażalenia nierozpatrzone: bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane, inne przesłanki)

<sup>41</sup> składanych w trybie art. 160 ustawy o świadczeniach

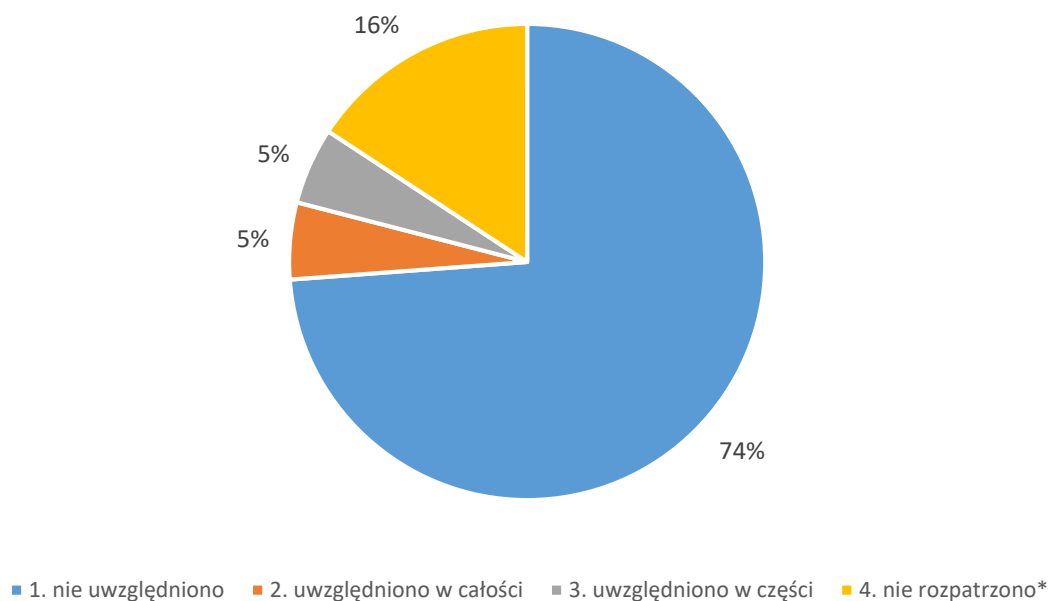
## Główna tematyka składanych skarg i zażaleń na czynności Prezesa Funduszu

Główna tematyka zażaleń na czynności sprawdzające Prezesa NFZ<sup>42</sup> dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczyła zakwestionowania środków finansowych oraz nałożenia kary umownej.

Od dnia 1 stycznia 2021 r. wpłynęły 43 zażalenia na czynności sprawdzające Prezesa NFZ z czego rozpatrzono trzydzieści osiem (38) zażaleń, w tym: nie uwzględniono dwudziestu ośmiu (28) zażaleń (co stanowi 73,6% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości dwa (2) zażalenia (co stanowi 5,2% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części dwa (2) zażalenia (co stanowi 5,2% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono<sup>43</sup> merytorycznie sześciu (6) zażaleń.

W pięciu (5) przypadkach zażalenie nie zostało rozpatrzone do końca 2021 r. (wpłynęły w terminie uniemożliwiającym ich rozpatrzenie do końca 2021 r.).

Wykres nr IX.2. Struktura zażaleń na czynności sprawdzające Prezesa NFZ dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2021 roku.



\*zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane

Główną tematyką zażaleń dotyczących kontroli Prezesa NFZ było oddalenie zastrzeżeń złożonych do wystąpień pokontrolnych oraz wezwanie do zapłaty po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego.

Od dnia 1 stycznia 2021 r. wpłynęło 26 zażaleń na czynności Prezesa NFZ dotyczących kontroli z czego rozpatrzono dwadzieścia dwa (22) zażalenia, w tym: nie uwzględniono czternastu (14) zażaleń, (co stanowi 63,3% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części trzy (3)

<sup>42</sup> składanych w trybie art. 160 ustawy o świadczeniach

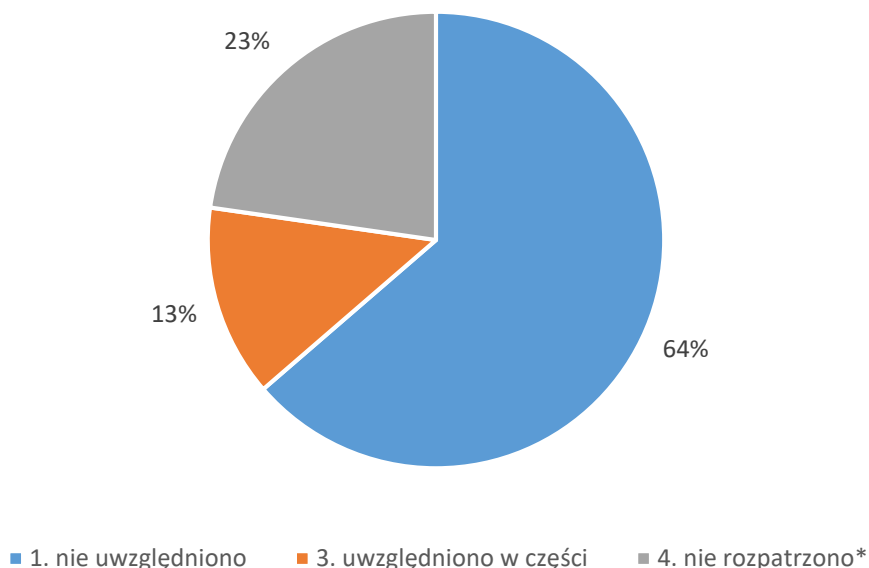
<sup>43</sup> zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane.



zażalenia (co stanowi 13,6% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono merytorycznie<sup>44</sup> pięciu (5) zażaleń.

W czterech (4) przypadkach zażalenie nie zostało rozpatrzone do końca 2021 r. (wpłynęły w terminie uniemożliwiającym ich rozpatrzenie do końca 2021 r.)

Wykres nr IX.3. Struktura zażaleń na czynności Prezesa NFZ dotyczące kontroli w 2021 roku.



\*zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane

Ponadto, w 2021 roku kontrolowane podmioty złożyły 253 zastrzeżenia do ocen i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych, co stanowi 18% liczby przekazanych wystąpień pokontrolnych. Spośród rozpatrzonych zastrzeżeń 18 zostało uznanych częściowo lub w całości za zasadne. Należy zauważyć, że żadne z zastrzeżeń dotyczących kontroli aptek nie zostało uznane za zasadne. Tematyka składanych zastrzeżeń jest analogiczna jak w przypadku zażaleń.

#### Główna tematyka składanych skarg i zażaleń w zakresie ordynacji lekowych

W 2021 r. zostały rozpatrzone 3 zażalenia wniesione 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 dwa (2) rozstrzygnięcia, w których nie uwzględnił zażaleń w całości, natomiast w przypadku jednego (1) zażalenia uwzględnił je w części.

W podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu rozpatrzono: 1 zażalenie wniesione na czynności Dyrektora Lubelskiego OW NFZ, 1 zażalenie wniesione na czynności Dyrektora Łódzkiego OW NFZ oraz 1 zażalenie wniesione na czynności Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ.

<sup>44</sup> zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane

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 2021 r. w Departamencie Kontroli rozpatrzono 2 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 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 podmioty prowadzące apteki, które wpłynęły do Departamentu Kontroli w 2019 r. Po rozpatrzeniu odwołań decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu podtrzymano w całości. W podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu rozpatrzono: 1 odwołanie Dolnośląskiego OW NFZ oraz 1 odwołanie ze Świętokrzyskiego OW NFZ.

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

- realizacją recepty z naruszeniem przepisów: ustawy o refundacji leków, ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne<sup>45</sup> oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich<sup>46</sup>, 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,
- realizacją recepty i przedłożenie do refundacji recepty dla pacjentów z uprawnieniem dodatkowym „S” wystawionej przez lekarzy w poradniach specjalistycznych, co stanowi naruszenie art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach, co pociąga za sobą konsekwencje określone w §8 ust. 3 i 6 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

---

<sup>45</sup> t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.

<sup>46</sup> t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1570.

wzoru umowy na realizację recept<sup>47</sup>, tj. nałożenie na podmiot prowadzący aptekę kary umownej,

- przekazaniem przez aptekę 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 NFZ<sup>48</sup> 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 OWU dla aptek, tj. nałożenie na podmiot prowadzący aptekę kary umownej.

### Sprawy sądowe z powództwa cywilnego - zestawienie spraw sądowych zakończonych

W 2021 r. zakończonych zostało 21 spraw prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit określony w umowie. Z tego tytułu Fundusz poniósł koszt w wysokości ponad 15 mln zł, w tym ponad 13 mln zł z tytułu zasądzenia wyrokami sądów oraz ponad 2 mln zł z tytułu ugód sądowych. W odniesieniu do 2020 r. liczba tego typu spraw zmniejszyła się o 15 spraw.

Ponadto, oprócz ww. spraw, oddziały wojewódzkie Funduszu zakończyły 90 postępowań o zapłatę wynikających z wykonania umowy, w wyniku których Fundusz zapłacił ogółem kwotę ponad 4 mln zł. W odniesieniu do 2020 r. liczba zakończonych tego typu spraw zwiększyła się o 18 postępowań.

Tabela nr IX.1. Zestawienie spraw sądowych zakończonych wg stanu na koniec 2021 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	21	0	15 697,26	0	13 297,60	0	2 399,66
2.	o zapłatę wynikające z wykonania umowy	90	1 366,50	4 002,52	1 324,53	2 026,52	41,97	1 976,00
3.	postępowania sądowoadministracyjne	364	64,19	53,28	64,19	53,28	0	0
4.	pozostałe postępowania sądowe	578	3 218,29	22 820,05	3 164,41	564,57	14,44	22 255,48
RAZEM		1053	4 648,98	42 573,11	4 553,13	15 941,97	56,41	26 631,14

<sup>47</sup> t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 364, z późn. zm., dalej jako: „OWU dla aptek”

<sup>48</sup> t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 547, z późn. zm.

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 2021 r. ogółem w oddziałach wojewódzkich Funduszu prowadzonych było 323 sprawy karne, w których Fundusz ma status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczęte na skutek zawiadomienia przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, z czego: 99 spraw wszczęto, 60 zakończono a 206 pozostało w toku.

#### Skargi i wnioski na świadczeniodawców

Zasady, tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w 2021 r. w NFZ regulowały następujące przepisy:

- ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (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),
- procedura do procesu: Obsługa skarg i wniosków v1.0; procedura obowiązuje od: 02.12.2020 r.

W 2021 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 2021 r.

Na	Skargi:				Wnioski:			
	wpływające	rozpatrzone	przekazane wg właściwości		wpływające	rozpatrzone	przekazane wg właściwości	
			poza NFZ	do innego OW			poza NFZ	do innego OW
1	2	3	4	5	6	7	8	9
świadczeniodawcę	10 408	6 934	923	746	9	7	1	0
aptekę	26	20	1	1	0	0	0	0
osobę uprawnioną	10	2	2	2	0	0	0	0
NFZ	697	612	32	53	1	1	0	0
inne	347	106	75	36	19	9	7	0
RAZEM	11 488	7 674	1 033	838	29	17	8	0

W oddziałach wojewódzkich NFZ rozpatrzone: 6 710 skarg i 11 wniosków. Przekazano zgodnie z właściwością: 1 379 skarg i 1 wniosek, w trakcie rozpatrywania pozostało: 721 skarg i 1 wniosek. Pozostawiono bez rozpatrzenia 1 546 skarg.

W Centrali NFZ rozpatrzone 964 skarg i 6 wniosków, przekazano zgodnie z właściwością: 492 skargi i 7 wniosków, w trakcie rozpatrywania pozostało 61 skarg i 1 wniosek. Pozostawiono

bez rozpatrzenia 147 skarg i 2 wnioski. Z poprzedniego okresu sprawozdawczego rozpatrzono łącznie 532 skargi.

### Terminowość rozpatrzonych skarg i wniosków

Tabela nr IX.3. Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych terminowo i nieterminowo w 2021 r.

Na:	Liczba skarg rozpatrzonych:		Liczba wniosków rozpatrzonych:	
	terminowo	nieterminowo	terminowo	nieterminowo
1	2	3	4	5
świadczeniodawcę	6 847	87	7	0
aptekę	20	0	0	0
osobę uprawnioną	1	1	0	0
NFZ	610	2	1	0
inne	105	1	9	0
RAZEM	7 583	91	17	0

W oddziałach wojewódzkich NFZ terminowo rozpatrzono 6 620 skarg i 11 wniosków. 90 skarg rozpatrzono nie dochowując ustawowego terminu rozpatrzenia. W Centrali NFZ terminowo rozpatrzono 963 skarg i 6 wniosków. Jedna skarga została rozpatrzona z przekroczeniem ustawowego terminu. Terminy przekroczone z powodów m.in.: konieczności kwarantanny poczty tradycyjnej, otrzymania wyjaśnień, które nie odnosiły się do zarzutów i wymagały uzyskania jednoznacznego stanowiska, trwającego postępowania wyjaśniającego, trudności organizacyjnych w oddziale wojewódzkim, kadrowych, absencji chorobowej pracowników, nieterminowego zawiadomienia o przedłużeniu postępowania wyjaśniającego, oczekiwania na podpis osoby upoważnionej, błędnego opisanie terminu rozpatrzenia, niewłaściwego adresu doręczenia.

### Zasadność rozpatrywanych skarg i wniosków

Tabela nr IX.4. Liczba skarg i wniosków złożonych zasadnie, częściowo zasadnie i niezasadnie w 2021 r.

Na:	Liczba skarg:			Liczba wniosków:		
	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych
1	2	3	4	5	6	7
świadczeniodawcę	2 056	3 666	1 212	1	6	0
aptekę	6	12	2	0	0	0
osobę uprawnioną	1	0	1	0	0	0
NFZ	56	526	30	0	1	0
inne	23	72	11	1	8	0
RAZEM	2 142	4 276	1 256	2	15	0

W oddziałach wojewódzkich NFZ 1 936 skarg i 2 wnioski uznano za zasadne, 3 669 skarg i 9 wniosków uznano za niezasadne, 1 105 skarg – za częściowo zasadne.

W Centrali NFZ za zasadne uznano 206 skarg, 607 skarg i 6 wniosków za niezasadne i 151 skarg za częściowo zasadne.

### Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców

Tabela nr IX.5. Liczba skarg i wniosków dotyczących świadczeniodawców w 2021 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	1 918	285	187	2 390
	świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	32	17	7	56
	świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej	17	0	5	22
	świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej	0	0	0	0
	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	205	64	14	283
	transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej	8	1	1	10
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	poradnie specjalistyczne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	911	153	103	1 167
	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	28	10	5	43
	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna	39	11	10	60
leczenie szpitalne (z wyłączeniem programów terapeutycznych - lekowych i chemioterapii)	oddziały szpitalne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	339	173	46	558
	świadczenia wyskospecjalistyczne	38	19	5	62
gospodarka lekiem	refundacja dla aptek ogólnodostępna	2	2	2	6
	terapeutyczne programy zdrowotne i chemioterapia	6	1	0	7
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	w warunkach oddziałów stacjonarnych	9	12	4	25
	w warunkach oddziału/ośrodka dziennego	1	1	2	4
	w warunkach ambulatoryjnych	24	2	5	31
	w zespole leczenia środowiskowego	5	1	1	7
rehabilitacja lecznicza	w warunkach ambulatoryjnych	110	24	16	150
	w warunkach domowych	33	6	0	39
	w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	25	2	0	27
	w warunkach stacjonarnych	60	10	7	77
opieka paliatywna i hospicyjna	oddział medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym	6	2	1	9
	świadczenia w hospicjum domowym	7	2	0	9
	świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	0	0	0	0
	świadczenia w poradni medycyny paliatywnej	0	0	0	0

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosek:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (opieka długoterminowa)	zespół długoterminowej opieki domowej	0	0	0	0
	pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	8	1	2	11
	ZOL/ZPO	7	9	6	22
leczenie stomatologiczne	stomatologia ogólna	131	27	28	186
	protetyka	28	85	20	133
	ortodoncja	15	1	2	18
	ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	0	0	0	0
	inne	5	2	1	8
lecznictwo uzdrowiskowe	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dorosłych	10	50	16	76
	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dzieci	1	2	1	4
	świadczenia uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego	0	1	0	1
	świadczenia rehabilitacji uzdrowiskowej	4	6	6	16
pomoc doraźna i transport sanitarny	świadczenia udzielane przez zespoły sanitarne typu N	4	3	0	7
ratownictwo medyczne	świadczenia udzielane przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	22	24	4	50
	świadczenia udzielane przez wodne podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	0	0	0	0
profilaktyczny program zdrowotny	profilaktyka raka szyjki macicy	0	0	0	0
	profilaktyka raka piersi	4	1	2	7
	program badań prenatalnych	1	0	0	1
	profilaktyka chorób odżywczych	0	0	0	0
świadczenia odrębnie kontraktowane	dializa otrzewnowa	0	0	0	0
	hemodializoterapia	3	3	1	7
	terapia hiperbaryczna	0	0	0	0
	tlenoterapia domowa	0	0	0	0
	żywność pozajelitowa i dojelitowa w warunkach domowych	1	0	0	1
	badania zgodności tkankowej	0	0	0	0
	badania genetyczne	1	0	0	1
	badania izotopowe	0	0	0	0
	terapia izotopowa	0	0	0	0
	zaopatrzenie protetyczne	0	0	0	0
	pozytonowa tomografia emisyjna	2	2	0	4
	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej	0	0	0	0

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosek:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
	teleradioterapia stereotaktyczna	1	0	0	1
	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	0	0	0	0
	leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej	0	0	0	0
wyroby medyczne	wykonanie na zamówienie, po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy	0	1	1	2
	protezy kończyn dolnych	0	2	0	2
	protezy kończyn górnych	0	0	0	0
	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	5	4	7	16
inne skargi		808	204	302	1 314
wnioski		4	0	3	7
RAZEM		4 889	1 229	823	6 941

#### Tematyka skarg zasadnych:

- trudności w: dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, dodzwonieniu się i zarejestrowaniu do placówek, realizacji szczepień przeciw COVID-19, dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej, uzyskaniu dokumentacji medycznej, uzyskaniu transportu medycznego, w uzyskaniu teleporady, uzyskaniu skierowania, w uzyskaniu recept refundowanych,
- odmowa: przyjęcia deklaracji wyboru lekarza POZ, udzielenia świadczenia,
- nierespektowanie uprawnień szczególnych,
- zachowanie lekarzy i postępowanie personelu medycznego podczas udzielania świadczeń,
- pobieranie opłat za udzielone świadczenia, badania diagnostyczne,
- zastrzeżenia do: organizacji udzielania świadczeń, organizacji pracy placówek, jakości świadczeń z zakresu protetyki, niedostępnienie przez oddział wojewódzki NFZ klientowi informacji o świadczeniach zdrowotnych udzielonych dziecku,
- niedostępnienie przez oddział wojewódzki NFZ klientowi informacji o świadczeniach zdrowotnych udzielonych dziecku,
- utrudniony kontakt telefoniczny z komórką organizacyjną w oddziale wojewódzkim NFZ oraz jakość obsługi telefonicznej,
- przewlekłe załatwianie spraw klientów przez pracowników oddziałów wojewódzkich NFZ,



- nieudzielenie odpowiedzi przez oddziały wojewódzkie NFZ w sprawach dotyczących: realizacji umowy przez świadczeniodawcę, szczepień przeciw COVID-19 dla pracowników świadczeniodawcy, szczepionek przeciw grypie, dodatkowych świadczeń pieniężnych przysługujących lekarzom za udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom zarażonym SARS-CoV-2, złożonych wniosków E 106, ustalenia przyczyny wykazania klienta w systemie eWUŚ, jako osoby nieubezpieczonej,
- niedostępnie przez oddział wojewódzki NFZ klientowi informacji o świadczeniach zdrowotnych udzielonych dziecku,
- zachowanie pracowników sali obsługi, pracownika TIP (nieżyczliwe, niecierpliwe zachowanie, rozłączenie się w trakcie połączenia, udzielenie nieprawidłowych informacji dotyczących zasad składania dokumentu S1),
- brak wysłania zawiadomienia o sposobie zakończenia i załatwienia skargi,
- nieprawidłowe procedowanie przez oddział wojewódzki NFZ skierowania na leczenie uzdrowiskowe: wydłużony termin oceny skierowania na uzdrowiskowe leczenie szpitalne przez lekarza specjalistę balneologa, nieuwzględnienie dołączonego do skierowania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności i niewyznaczenie terminu leczenia poza kolejką oczekujących, nieuwzględnienie prośby o zmianę terminu leczenia z powodu zachorowania na COVID-19, udzielenie klientowi przez konsultanta TIP błędnej informacji na temat zasad zmiany terminu wyznaczonego leczenia uzdrowiskowego z powodu epidemii COVID-19, nieuwzględnienie udokumentowanej prośby o zmianę terminu leczenia uzdrowiskowego, potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe pomimo przeciwwskazań ze względu na stan zdrowia,
- zachowanie pracowników sali obsługi, pracownika TIP (nieżyczliwe, niecierpliwe zachowanie, rozłączenie się w trakcie połączenia, udzielenie nieprawidłowych informacji dotyczących zasad składania dokumentu S1),
- brak wysłania zawiadomienia o sposobie zakończenia i załatwienia skargi,
- nieprawidłowe procedowanie przez oddział wojewódzki NFZ skierowania na leczenie uzdrowiskowe: wydłużony termin oceny skierowania na uzdrowiskowe leczenie szpitalne przez lekarza specjalistę balneologa, nieuwzględnienie dołączonego do skierowania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności i niewyznaczenie terminu leczenia poza kolejką oczekujących, nieuwzględnienie prośby o zmianę terminu leczenia z powodu zachorowania na COVID-19, udzielenie klientowi przez konsultanta TIP błędnej informacji na temat zasad zmiany terminu wyznaczonego leczenia uzdrowiskowego z powodu epidemii COVID-19, nieuwzględnienie udokumentowanej prośby o zmianę terminu leczenia uzdrowiskowego, potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe pomimo przeciwwskazań ze względu na stan zdrowia,
- nieprawidłowości w oddziale wojewódzkim NFZ dotyczące funkcjonowania systemu informatycznego przy potwierdzaniu refundacji zlecenia na szkła okularowe.

## Sposób załatwienia rozpatrywanych skarg i wniosków

Rozpatrywanie skarg i wniosków, w większości przypadków, wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego. W przypadku skarg dotyczących działalności świadczeniodawców polega ono na uzyskaniu stanowiska skarżonego podmiotu oraz ocenie podstaw prawnych działania świadczeniodawcy wobec klienta w świetle warunków zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Większość skarg przekazywana jest w bezpieczny, zaszyfrowany sposób, w formie kopii, jako załącznik do świadczeniodawcy w celu uniknięcia błędnego przedstawienia problemu. Wyjątek stanowią sytuacje, w których wnoszący skargę zastrzegł ujawnianie swoich danych.

Niejednokrotnie odpowiedzi świadczeniodawców nie są wyczerpujące, co powoduje konieczność ponownego zwrócenia się do podmiotu o doprecyzowanie wyjaśnień.

W niektórych przypadkach, postępowanie wyjaśniające wymaga uzyskania stanowiska konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w danej dziedzinie medycyny. Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występują również o stanowisko do komórek merytorycznych w OW NFZ, Centrali NFZ, Centrum e-Zdrowia lub w Ministerstwie Zdrowia.

W sytuacji gdy prowadzone postępowanie wyjaśniające potwierdza zasadność złożonych skarg, świadczeniodawcy są pouczeni o konieczności przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i wzywani do prawidłowej realizacji zawartej umowy. Mogą też zostać objęci kontrolą prowadzoną w trybie skargowym lub czynnościami sprawdzającymi przeprowadzanymi przez komórki właściwe do kontroli. W sytuacji rażącego naruszenia umowy, dyscyplinowani są w sposób określony warunkami umowy. W 2021 r. w NFZ, na podstawie skarg udostępnionych przekazanych do Funduszu, pracownicy przeprowadzili czynności sprawdzające. W części zgłoszonych skarg, potwierdzono nieprawidłowości w działaniu świadczeniodawców. W takich przypadkach, na świadczeniodawców zostały nałożone kary umowne oraz wystosowano pouczenia.

Pracownicy komórek właściwych ds. skarg i wniosków prowadzili doraźne „kontrole telefoniczne” świadczeniodawców, co, do których klienci zgłaszali trudności z dostępem lub brak możliwości kontaktu.

W 2021 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie wniosków komórek organizacyjnych właściwych do spraw skarg i wniosków, zostały przeprowadzone postępowania kontrolne polegające na sprawdzeniu prawidłowości m.in.:

- realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresach: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja neurologiczna, świadczenia w zakresie kardiologii; nałożono karę umowną i wydano zalecenia pokontrolne;
- realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia terapii uzależnienia od substancji

psychoaktywnych innych niż alkohol; nałożono karę umowną i wydano zalecenia pokontrolne;

- realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie otolaryngologii; nałożono karę finansową i wydano zalecenia pokontrolne;
- realizacji umowy, prowadzenia dokumentacji medycznej i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, spełnienia warunków dotyczących rozliczania świadczeń określonych w obowiązujących przepisach, a w szczególności w załączniku nr 4 - Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej; nałożono karę umowną.

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 udzielana była odpowiedź Skarżącemu oraz podejmowane były stosowne czynności wobec skarżonych pracowników.

#### Przykładowe działania podejmowane w celu zmniejszenia liczby skarg

- analizowano każdą sprawę indywidualnie i prowadzono postępowania wyjaśniające,
- prowadzono rozmowy telefoniczne ze świadczeniodawcami w celu przypomnienia zasad realizacji świadczeń, zgodnie z przepisami,
- wysyłano do świadczeniodawców pouczenia, przypominające zasady udzielania świadczeń oraz zobowiązywano świadczeniodawców do realizacji umowy zgodnie z przepisami i zawartymi umowami,
- pisemnie informowano świadczeniodawców o zastosowaniu wobec nich sankcji wynikających z umowy w sytuacji powtórzenia się nieprawidłowości,
- nakładano kary umowne na świadczeniodawców,
- informowano oraz edukowano klientów, o przysługujących im prawach, zasadach udzielania świadczeń i obowiązujących przepisach,
- dokonywano weryfikacji przedstawianych nieprawidłowości podczas rozmów telefonicznych, podejmowano interwencje telefoniczne w celu rozwiązania problemu klienta,
- w pismach kierowanych do klientów stosowano zasady prostego języka i dostępności,
- przekazywano komunikaty na stronie internetowej i na portalu SZOI dla świadczeniodawców o zmianach i aktualizacjach przepisów oraz wytycznych dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
- udostępniano skargi Departamentowi Kontroli Centrali NFZ celem dalszej analizy i wykorzystania służbowego,

- w przypadku problemów z uzyskaniem stanowisk od świadczeniodawców, zwracano się do Departamentu Kontroli Centrali NFZ z prośbą o rozważenie możliwości przeprowadzenia czynności kontrolnych lub kontroli doraźnej w skarżonych placówkach,
- w przypadku dużej liczby skarg na danego świadczeniodawcę kierowano pismo z prośbą o rozważenie przeprowadzenia czynności kontrolnych w placówce,
- współpracowano z TWK w celu zlecenia kontroli realizacji świadczeń opieki zdrowotnej,
- współpracowano z mediami (prasa, telewizja) przekazywano informacje dotyczące sposobu i trybu rozpatrywania skarg i wniosków składanych przez świadczeniobiorców,
- umieszczano na stronach internetowych NFZ i pacjent.gov.pl informacje dla klientów, m.in. dotyczące szczepień, koronawirusa, umowach ze świadczeniodawcami i możliwości uzyskania świadczeń,
- informowano o sygnalizowanych przez świadczeniobiorców problemach komórki organizacyjne odpowiedzialne za kontraktowanie i kontrole podmiotów leczniczych,
- obejmowano kontrolą realizację umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- przeprowadzano anonimowe rozmowy telefoniczne, w zgłoszonych przez klientów placówkach – jako tzw. „tajemniczy klient”, celem monitorowania prawidłowości działalności świadczeniodawców i dostępu do świadczeń,
- kierowano sprawy do wyjaśnienia do konsultanta wojewódzkiego oraz rzecznika odpowiedzialności zawodowej,
- informowano kierowników komórek organizacyjnych, których dotyczyły skargi, o konieczności podjęcia działań, które będą zapobiegać wystąpieniu podobnych zdarzeń w przyszłości.