



Narodowy Fundusz Zdrowia

**SPRAWOZDANIE
Z DZIAŁALNOŚCI
NARODOWEGO FUNDUSZU
ZDROWIA ZA 2023 ROK**

Warszawa, czerwiec 2024 rok

Filip Nowak

Prezes NFZ

/Dokument podpisany elektronicznie/

Spis treści

Wstęp	5
I. Podstawy prawne działalności Funduszu	6
II. Strategia	13
III. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz	17
III.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2023 roku	17
III.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	17
III.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	19
III.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne	20
III.1.4. Leczenie szpitalne	22
III.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	35
III.1.6. Opieka kompleksowa	40
III.1.6.1. KOS – Zawał	40
III.1.6.2. Onkologiczne świadczenia kompleksowe – KON	41
III.1.6.3. Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO)	43
III.1.7. Programy pilotażowe	44
III.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie	51
III.1.9. Opieka Paliatywna i Hospicyjna	52
III.1.10. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	52
III.1.11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie	53
III.1.12. Leczenie stomatologiczne	55
III.1.13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	55
III.1.13.1. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (I, II i III poziom referencyjny)	56
III.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego	57
III.1.15. Rehabilitacja lecznicza	59
III.1.16. Ogólna charakterystyka zmian w przepisach dotyczących kontroli	59
III.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej	60
III.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej	60
III.2.1.1. Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2022-2023	60
III.2.2. Postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	65
III.2.2.1. Liczba i wartość umów w 2023 roku	66
III.2.3. Podstawowa opieka zdrowotna	67
III.2.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	70
III.2.5. Leczenie szpitalne	73
III.2.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	74
III.2.6.1. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	76

III.2.6.2. Centra Zdrowia Psychicznego	77
III.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	77
III.2.8. Opieka paliatywno-hospicyjna.....	79
III.2.9. Rehabilitacja lecznicza.....	82
III.2.10. Leczenie stomatologiczne	84
III.2.11. Świadczenia odrębnie kontraktowane	87
III.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne.....	89
III.2.13. Zaopatrzenie w wyroby medyczne	91
III.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe.....	92
III.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny.....	94
III.2.15.1. Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”	95
III.2.15.2. Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego	97
III.2.16. Ratownictwo medyczne	99
III.2.17. Chemioterapia	102
III.2.18. Programy lekowe.....	103
III.2.19. Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	108
IV. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały Funduszu zadań określonych w ustawie	114
IV.1. Zadania, o których mowa w art. 42a pkt 2 ustawy o świadczeniach	114
IV.2. Zadania, o których mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach.....	120
IV.3. Zadania, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach.....	123
IV.4. Zadania, o których mowa w art. 42j ustawy o świadczeniach.....	125
IV.5. Centralny Wykaz Ubezpieczonych.....	126
IV.6. Plany zakupu świadczeń	130
IV.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli.....	132
IV.8. Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	141
IV.9. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ).....	144
V. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ.....	148
V.1. Liczba osób oczekujących	148
V.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	153
V.1.2. Leczenie szpitalne	154
V.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	155
V.1.4. Rehabilitacja lecznicza.....	157
V.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna	158
V.1.6. Leczenie stomatologiczne	159
V.1.7. Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących	161

V.1.8.	Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2021 roku do grudnia 2022 roku zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.....	163
V.1.9.	Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej	166
V.2.	Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń.....	170
VI.	Opis organizacji Funduszu.....	179
VI.1.	Struktura organizacyjna Funduszu.....	179
VI.2.	Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu.....	183
	Korpus kontrolerski – informacje o egzaminach przeprowadzonych w 2023 roku.....	184
VI.3.	Działania podejmowane w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowane projekty	185
VI.3.1.	Systemy informatyczne.....	185
VI.4.	Wybrane projekty realizowane przez Fundusz.....	192
VI.5.	Działania edukacyjne i informacyjne	195
VI.5.1.	Zdrowe Dane	198
VI.5.2.	Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP).....	199
VI.5.3.	Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia.....	200
VI.5.4.	Forum Organizacji Pacjentów.....	200
VI.5.5.	Badanie doświadczeń klientów	201
VI.5.6.	Profilaktyka i promocja zdrowia.....	203
VII.	Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu.....	211
VII.1.	Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Fundusz	211
VII.2.	Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu	215
VII.3.	Audyt wewnętrzny w Funduszu	216
VII.4.	Sprawy sądowe	218
VII.5.	Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze	218
VIII.	Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców	219

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 2024 r. poz. 146), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz wydanego na podstawie art. 96 ust. 8 tej ustawy, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 349), zwanym dalej „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 sprawozdanie, został określony w obowiązującym od dnia 28 czerwca 2016 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. Poz. 923 z późn. zm.), zwanym dalej również „rozporządzeniem Ministra Zdrowia”.

Szczegółowe dane dotyczące m.in. zarządzeń Prezesa NFZ, zarządzeń Dyrektorów OW NFZ, decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, spraw sądowych, Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, realizacji umów obowiązujących w danych roku sprawozdawczym, kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, liczby osób korzystających ze świadczeń, liczby osób oczekujących na świadczenia, refundacji cen leków, czy realizacji przepisów o koordynacji zawarte są w okresowych sprawozdaniach, sporządzanych zgodnie z zakresem danych, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Dane prezentowane w sprawozdaniu z działalności mogą się różnić się od tych, które zostały ujęte w sprawozdaniach finansowych NFZ. Różnice wynikają z ich odmiennego sposobu tworzenia, w szczególności z innego układu prezentowania danych oraz ujęcia wyników finansowych w księgach rachunkowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

I. Podstawy prawne działalności Funduszu

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

W 2023 roku ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

1. Ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1265), która wprowadziła zmiany w zakresie:
 - podlegania pod ubezpieczenie zdrowotne dzieci pobierających renty rodzinne. W konsekwencji zmian w zakresie rozliczenia dochodów uzyskiwanych z tytułu pobierania rent rodzinnych przez dzieci do 18. roku życia, ustawa przewidziała zmiany w zakresie podlegania pod ubezpieczenie zdrowotne ww. grupy osób, tj. zawarcie rozwiązań wyłączających wskazaną grupę spod tytułu ubezpieczenia zdrowotnego jednocześnie zachowując uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
 - podlegania pod ubezpieczenie zdrowotne osób powołanych do pełnienia funkcji. Doprecyzowanie polegało na wskazaniu wprost, że na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 35a ustawy o świadczeniach prokurenci będą objęci obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ponadto, celem zmiany było wyłączenie z zakresu przedmiotowego art. 66 ust. 1 pkt 35a ustawy o świadczeniach osób otrzymujących wynagrodzenie do kwoty 6 tys. zł rocznie (przychód określony w art. 13 ust. 5 lub 6 ustawy PIT);
 - liczby miesięcy uwzględnianych dla określenia składki zdrowotnej (osób prowadzących działalność gospodarczą stosujących opodatkowanie na zasadach ogólnych);
 - zwolnień w miesięcznej składce zdrowotnej do ustalania rocznej składki zdrowotnej w odniesieniu do osób prowadzących działalność gospodarczą spełniających warunki do zwolnienia z obowiązku opłacania składki zdrowotnej za dany miesiąc, o którym mowa w art. 82 ust. 8-9b, przychody/dochody uzyskane w tych miesiącach nie będą uwzględniane w rocznych przychodach/dochodach przyjmowanych do ustalenia rocznej podstawy wymiaru składki;
 - minimalnej podstawy miesięcznej składki zdrowotnej;
 - brzmienia art. 81 ust. 2d, poprzez odniesienie się do kwoty minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w pierwszym dniu roku składkowego zamiast pierwszego stycznia danego roku;
 - rozliczania rocznej składki zdrowotnej przez osoby prowadzące działalność gospodarczą i stosujące opodatkowanie na zasadach ogólnych. Zmiana dotyczy osób prowadzących taką działalność stosujących opodatkowanie na zasadach ogólnych, które zakończą ją

w trakcie roku, w przypadku gdy suma opłaconych za poszczególne miesiące składek będzie niższa od składki rocznej ustalonej od całości dochodów za dany rok kalendarzowy;

- terminu składania korekty dokumentów rozliczeniowych, co umożliwi obsługę wniosku o zwrot nadpłaty bezpośrednio po jego złożeniu i przyspiesza zwrot środków przedsiębiorcy;
- obniżenia podstawy wymiaru składki zdrowotnej dla osób współpracujących z osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą zakłada obniżenie podstawy do 75% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w IV kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Szacowane obniżenie podstawy wymiaru składki spowoduje obniżenie przychodów NFZ o kwotę ok. 63 mln zł;
- zasad opłacania składki zdrowotnej przez twórców i artystów (podstawa składki, zbieg tytułów);
- rozliczania składki rocznej dotyczy miesiąca, do którego Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwanego dalej również „ZUS”, przypisuje różnicę powstałą z rozliczenia rocznego w przypadku stwierdzenia rozbieżności po upływie terminu, do którego płatnik składek ma obowiązek korygować podstawę wymiaru lub składkę zdrowotną;
- dodania przepisów dotyczących doręczeń elektronicznych na wzór rozwiązań funkcjonujących już w ustawie o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, co zapewni możliwość szybszego informowania płatników składek o działaniach podejmowanych na ich kontaktach w zakresie rozliczenia składek i nadpłaty oraz niedopłaty z rozliczenia rocznego;
- katalogu rodzajów działalności gospodarczej, które podlegają składce zdrowotnej w przypadku zbiegu tytułów zapewnia pełniejszą realizację zasady solidaryzmu społecznego (składka proporcjonalna od osiąganego dochodu za prawo do świadczeń) i uszczelni system ubezpieczenia zdrowotnego przed obserwowanymi zmianami w formach prowadzenia działalności nakierowanymi na uniknięcie oskładkowania;
- zwolnienia ze składki zdrowotnej minimalnych przychodów z działalności opodatkowanych zryczałtowanym podatkiem dochodowym – dotyczy osób uzyskujących przychody z działalności opodatkowanych zryczałtowanym podatkiem dochodowym, które nie przekraczają miesięcznie 50% minimalnego wynagrodzenia, jeśli dodatkowo pozostają w stosunku pracy, a podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tego tytułu nie przekracza kwoty minimalnego wynagrodzenia;
- składki zdrowotnej dla osoby zaliczonej do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności – dotyczy przedsiębiorców będących jednocześnie osobami z niepełnosprawnościami (umiarkowanymi lub znacznymi). Modyfikacja pozwala na obniżenie składki zdrowotnej w relacji do zaliczki na podatek dochody od osób fizycznych;

- terminu składania dokumentów rozliczeniowych i opłacania składek dla płatników opłacających składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne – terminem składania dokumentów rozliczeniowych i opłacania składek dla płatników opłacających składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, był także termin: do 20. dnia następnego miesiąca;
2. Ustawą z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1855), która wprowadziła zmiany w zakresie zapisu gwarantującego skazanym korzystanie ze świadczeń zdrowotnych niedostępnych w przywieziennych podmiotach leczniczych, lecz z poszanowaniem zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do tych świadczeń dla wszystkich pacjentów;
 3. Ustawą z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2770), wprowadzającą zmiany w zakresie:
 - przeniesienia źródła finansowania kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych i leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży z budżetu państwa do NFZ. Rozwiązanie to zapewnia ciągłość oraz dostępność do świadczeń wysokospecjalistycznych, a także ciągłość oraz dostępność do bezpłatnych leków dla osób po 75. roku życia i dla kobiet w ciąży,
 - finansowania wybranych programów polityki zdrowotnej – dotyczy profilaktyki, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z HIV z modułem profilaktyki, diagnostyki i leczenia WZW typu C osób osadzonych w zakładach penitencjarnych oraz programu leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych. Podmiotem odpowiedzialnym za zakup produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych określonych w programie realizowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia jest NFZ;
 - rezygnacji z opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne finansowanej z budżetu państwa w ramach działu 851 – Ochrona zdrowia. Zaprzestanie opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne dotyczy osób odprowadzających składkę z tytułów wskazanych w nowym brzmieniu przepisów, w tym art. 67 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego tych osób nadal będzie istniał i będą miały one status osoby ubezpieczonej;
 - dodania podstawy prawnej zobowiązującej ZUS, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwanej dalej również „KRUS”, oraz inne właściwe organy rentowe wypłacające rentę rodzinną do przekazywania do Funduszu danych osób pobierających rentę rodzinną. Ponadto, zmianie uległo upoważnienie zawarte w art. 87 ust. 11 ustawy o świadczeniach, tak że rozporządzenie określające szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania danych do Funduszu obejmuje także dane dotyczące osób pobierających rentę rodzinną, które nie ukończyły 18. roku życia;
 - finansowania zakupu szczepionek – dotyczy kosztów zakupu szczepionek wykorzystywanych do szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych oraz szczepionek i innych immunologicznych produktów leczniczych

stanowiących rezerwę, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii za wyjątkiem szczepionek COVID-19;

- nadania nowego brzmienia art. 131c ust. 3 ustawy o świadczeniach – zmiana porządkuje kwestię ewentualnego podwójnego zaliczania środków do łącznej kwoty nakładów na ochronę zdrowia;
 - art. 131d ustawy o świadczeniach – zmiana rozszerzająca uprawnienia Ministra Zdrowia pozwalające na wykorzystanie oszczędności w ramach programów wieloletnich w celu zwiększenie dotacji podmiotowej lub przeznaczenie środków na zwiększenie funduszu zapasowego Funduszu;
 - ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1198);
 - ustawy o świadczeniach w art. 5 pkt 3 lit. a, art. 16 ust. 1 pkt 1, art. 66 ust. 1 pkt 17, art. 73 pkt 1, art. 75 ust. 4, art. 86 ust. 1 pkt 4 skreślono odniesienia do zakładów kształcenia nauczycieli, które zostały zlikwidowane z dniem 1 października 2016 r., zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1198, z późn. zm.);
 - finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne przez Fundusz, co powoduje, że w jednym podmiocie skupione są wszystkie zadania związane z planowaniem środków na ten cel, ich wydatkowaniem i rozliczaniem;
 - obowiązku pokrywania ze środków NFZ, począwszy od 2023 r., wydatków dotyczących maksymalnych limitów wydatków budżetu państwa obejmujące koszty refundacji leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży;
 - wprowadzenia przepisów przejściowych, które dotyczą zakończenia dotychczasowej sprawozdawczości i rozliczenia otrzymanej przez Fundusz dotacji w związku z przeniesieniem finansowania leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży z budżetu państwa do NFZ i uchycieniem art. 43a ust. 5 oraz art. 43b ust. 9 ustawy o świadczeniach.
4. Ustawą z dnia 7 października 2022 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2140), która swoim zakresem objęła art. 188 ust. 5e przekazywanie danych do ZUS w celu weryfikacji prawa do świadczenia wychowawczego, w związku ze zmianami w zakresie pieczy zastępczej.
5. Ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz.U. poz. 605), wprowadzającą zmiany w zakresie:
- regulacji zobowiązującej sponsora do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do usunięcia skutków pojawiających się działań niepożądanych badanego produktu leczniczego lub zdarzeń niepożądanych będących następstwem przeprowadzenia procedur wykonanych wyłącznie na potrzeby badania klinicznego;
 - przekazywanie przez badacza lub właściwy podmiot leczniczy do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia danych, takich jak: m.in. imię

- i nazwisko badacza, numer PESEL uczestnika badania klinicznego czy status badania klinicznego w związku z zakwalifikowaniem do badania klinicznego poszczególnych jego uczestników;
- dodania do art. 131c w ust. 3 przepisu wskazującego, że koszty ujęte w rocznym planie finansowym Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych będą zaliczane do wydatków na finansowanie ochrony zdrowia wskazanych w art. 131c ust. 1 tej ustawy.
6. Ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. poz. 650), która wprowadziła zmiany w zakresie:
- Krajowej Sieci Onkologicznej, zwanej dalej również „KSO”, mającej na celu zapewnienie kompleksowej opieki onkologicznej niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta; zapewnienie opieki onkologicznej opartej o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne;
 - prowadzenia przez NFZ infolinii onkologicznej na poziomie krajowym, w ramach której będą udzielane informacje o organizacji opieki onkologicznej w ramach KSO;
 - finansowanie przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach KSO oraz ryczałtu dla Krajowego Ośrodka Monitorującego (KOM) i Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących (WOM), obejmujących zadania w obszarze monitorowania opieki onkologicznej powierzone podmiotom, zgodnie z art. 22 ust. 2 oraz art. 23 ust. 2.
7. Ustawą z dnia 8 lutego 2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia (Dz.U. poz. 658), która wprowadziła zmiany w zakresie modyfikacji definicji osoby pobierającej emeryturę lub rentę, zawartej w art. 5 pkt 20 ustawy o świadczeniach i objęcie tą definicją osób pobierających świadczenie pieniężne, z wyłączeniem dzieci w wieku do 18 lat. Zmiana ta ma na celu zachowanie spójności i czytelności przepisów ustawy o świadczeniach, a w konsekwencji objęcie świadczenia pieniężnego będącego wsparciem finansowym przewidzianym dla rodzin funkcjonariuszy, żołnierzy, druhów ochotniczych straży pożarnych oraz ratowników górskich, którzy podczas realizowania swoich obowiązków stracili życie, składką zdrowotną.
8. Ustawą z dnia 26 maja 2023 r. o aplikacji mObywatel (Dz.U. poz. 1234), która umożliwiła potwierdzanie przez świadczeniobiorcę ubiegającego się o udzielenie świadczenia swojej tożsamości przy użyciu dokumentu mObywatel.
9. Ustawą z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. poz. 1733), która wprowadziła rozszerzenie kręgu osób, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne o osoby poniżej 18. roku życia oraz powyżej 65. roku życia. Projektowane uprawnienie dotyczy jedynie pacjentów posiadających status świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach.

10. Ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1675), która wprowadziła prawo do otrzymania świadczenia kompensacyjnego ze środków Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych w związku z zaistnieniem zdarzenia medycznego, do którego doszło w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Środki Funduszu pochodzą z odpisu dotyczącego przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 97 ust. 3i ustawy o świadczeniach przekazywanego przez NFZ.
11. Ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. poz. 1692) wprowadzono obowiązkową autoryzację dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W ramach zmian przewidziano również przejście przez Fundusz zadań związanych z realizacją przeglądów akredytacyjnych, dotychczas realizowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
12. Ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1938), która wprowadziła:
 - sposób tworzenia całkowitego budżetu na refundację, zwanego dalej również „CBR”, zapewniając jednocześnie większą niż dotychczas przewidywalność tego budżetu. Zmiana miała na celu doprecyzowanie planu finansowego NFZ, w stosunku do którego odnosi się limit nie więcej niż 17%, a także usunięcie niepewności wnioskodawców (firm ubiegających się o objęcie ich leków refundacją) w odniesieniu do maksymalnej wartości CBR, po przekroczeniu której wnioskodawcy są zobowiązani do zwrotu części refundacji (tzw. payback);
 - aktualizację listy przeciwwskazań do zasiadania w Radzie Przejrzystości i Radzie ds. Taryfikacji oraz wprowadzenia jednolitych wzorów deklaracji i oświadczeń o powiązaniach branżowych składanych przez zobowiązane osoby. Zmiana ma na celu poprawę efektywności nadzoru nad konfliktami interesów wskazanych osób;
 - usprawnienie procesu weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych świadczeniobiorcy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z systemu teleinformatycznego usługodawcy lub z Systemu Informacji Medycznej, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w przypadku ordynowania pacjentom, którzy ukończyli 75 rok życia, bezpłatnych leków określonych w wykazie wydawanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej. Dodatkowo zautomatyzowano dostęp osobom wystawiającym recepty do danych osobowych oraz jednostkowych danych medycznych pacjentów w zakresie recept oraz dokumentów realizacji recept, tj. dostęp niewymagający uzyskiwania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - rozszerzenie zakresu uprawnienia świadczeniobiorców w ciąży do bezpłatnych leków, których potrzeba stosowania wynika z ciąży lub jest z nią ściśle związana o 6-tygodniowy okres połogu. Ponadto, uprawnieniem objęte zostały również niektóre refundowane wyroby medyczne, których stosowanie w ciąży jest stosunkowo częste i uzasadnione, np. w związku z dość powszechną w czasie ciąży cukrzycą ciężarnych;

- regulację art. 61d ustawy o świadczeniach w zakresie sposobu rozpatrywania sprzeciwu. Zmiana zapobiega dwukrotnemu rozpatrywaniu przez Prezesa Funduszu środka odwoławczego w dwóch odrębnych trybach;
 - dodanie do zadań Funduszu finansowania pełnienia dyżurów w porze nocnej lub dyżurów w dni wolne od pracy przez apteki ogólnodostępne;
 - dodanie do zadań Funduszu finansowania zakupu:
 - szczepionek, o których mowa w art. 18 ust. 5 oraz ust. 5d ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz produktów leczniczych, o których mowa w art. 18a ust. 2 tej ustawy o świadczeniach;
 - produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 48 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach.
13. Ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o Agencji Mienia Wojskowego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1872), która wprowadziła możliwości pełnego finansowania (obecnie możliwe tylko dofinansowanie) przez MON niektórych świadczeń zdrowotnych dla żołnierzy zawodowych. Finansowanie dotyczy świadczeń medycznych udzielanych przez podmioty lecznicze podległe MON dla: pilotów, nawigatorów, obsługi statków powietrznych, nurków i pletwonurków oraz żołnierzy zawodowych pełniących służbę w jednostkach wojsk specjalnych i w jednostkach wojsk powietrznodesantowych.
- Ponadto, w 2023 r. ogłoszony został tekst jednolity rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 349).

II. Strategia

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

W 2023 roku cele strategiczne realizowane były zarówno poprzez działania projektowe jak i realizację bieżących działań statutowych w Centrali i Oddziałach Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanych dalej również „OW NFZ” lub „oddziałem wojewódzkim Funduszu” lub „oddziałem wojewódzkim NFZ” lub „oddziałem”, które koncentrowały się na zapewnieniu jak najlepszej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz łatwego dostępu do informacji na temat samego zdrowia jak i systemu opieki zdrowotnej. W ramach upowszechniania wiedzy o zdrowiu publicznym i systemie opieki zdrowotnej w OW NFZ przeprowadzono szereg kampanii informacyjnych i edukacyjnych. Ułatwiło to pacjentom sprawne poruszanie się po systemie, zwiększyło ich poczucie bezpieczeństwa, a tym samym zaufanie do Funduszu.

Wśród kampanii tych znalazły się m.in.:

- spotkania w ramach projektu Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ „18+ zdrowie”. Grupą docelową byli uczniowie szkół ponadpodstawowych, którzy z chwilą osiągnięcia pełnoletności uzyskują pełną zdolność do czynności prawnych. W czasie spotkań przekazywano informacje dotyczące praw i obowiązków związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym, a także i korzyści wynikających z posiadania, profilu zaufanego oraz Internetowego Konta Pacjenta. Promowano również zdrowy i aktywny tryb życia;
- cykl audycji radiowych dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego „Na falach zdrowia”, którego celem była popularyzacja, zwiększanie świadomości i edukacja na temat powszechnego systemu opieki zdrowotnej oraz budowa pozytywnego wizerunku NFZ;
- konkurs plastyczny zorganizowany przez Lubuski OW NFZ, którego celem było edukowanie w zakresie systemu ochrony zdrowia i profilaktyki chorób, a przy tym aktywizacja twórczych postaw dzieci, poprzez prezentowanie i honorowanie ich dokonań;
- „Lekcje z NFZ” – projekt Opolskiego OW NFZ, którego celem było poszerzenie świadomości młodzieży, na temat zasad funkcjonowania systemu publicznej opieki zdrowotnej, szczególnie z punktu widzenia pacjenta. Uczestnicy spotkań zdobyli m.in. praktyczną wiedzę dotyczącą zasad korzystania z programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ. Mogli dowiedzieć się też, ile razy w roku mogą zmienić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez jaki czas ważne jest skierowanie, wystawione przez lekarza;
- „Mamy prawa do świadczeń” (Lubelski OW NFZ). W ramach projektu, dążono

do podniesienia świadomości kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu, w zakresie przysługujących im świadczeń opieki zdrowotnej i usług farmaceutycznych;

- „Postaw na profilaktykę z Podlaskim NFZ”. Głównym celem projektu była edukacja mieszkańców województwa podlaskiego, w zakresie zdrowego żywienia, ograniczania cukru w diecie oraz rozwijanie aktywności fizycznej;
- „Studencie, sprawdź status swojego ubezpieczenia zdrowotnego” (Lubuski OW NFZ). Celem kampanii było zapewnienie studentom możliwości sprawdzenia swojego statusu ubezpieczenia oraz wyjaśnienie im potrzeby i zasad zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego, aby uniknąć w przyszłości poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
- „Zdrowe zęby ważna sprawa! Profilaktyka i higiena jamy ustnej u dzieci w wieku od 6 miesiąca życia do okresu wczesnoszkolnego poza siedzibą WOW NFZ”. Celem Wielkopolskiego OW NFZ było przekazanie wzbogacenie wiedzy kobiet w ciąży, rodziców i opiekunów, w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej dzieci oraz dostępności świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia stomatologicznego – profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 r.ż.

Pod koniec 2023 roku rozpoczęto kampanie informacyjne dotyczące profilaktyki i systemu opieki zdrowotnej w oddziałach wielkopolskim i pomorskim. W Centrali NFZ kontynuowano projekty promocyjne i edukacyjne takie jak m.in.:

- Akademia NFZ – portal edukacyjny oraz AKADEMIA NFZ strefa edukacyjna – rozbudowanie modułu zdrowe odżywianie (diety specjalistyczne) i propozycje aktywności fizycznej dla osób dorosłych (w tym osób starszych, mieszkańców miast i wsi).
- HEALTH4EUKids, ukierunkowany na promowanie zdrowego stylu życia oraz zapobieganie otyłości. Aplikacja Smart Family ma zapewnić narzędzia pomagające pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej i innym pracownikom ochrony zdrowia w poruszaniu z rodzinami kwestii związanych ze stylem życia bez wzbudzania poczucia winy oraz w zachęcaniu rodzin do określenia swoich mocnych stron w zakresie nawyków zdrowotnych.

Ten sam cel realizowany jest również m.in. poprzez kontynuowanie prac nad rozwojem aplikacji dla kobiet z cukrzycą ciążową Sweet Pregna. Zadaniem aplikacji jest edukowanie użytkowniczek oraz pomoc w kontrolowaniu codziennych nawyków, które mają wpływ na rozwój cukrzycy ciążowej (prawidłowe żywienie, aktywność fizyczna, kontrola masy ciała, regularne badania) oraz dostarczać wartościowej wiedzy na tematy związane z opieką prenatalną.

W 2023 roku rozpoczęto projekt CARE4DIABETES, którego głównym celem jest wsparcie pacjentów z cukrzycą typu 2 w czterech filarach (odżywianie, ćwiczenia, relaks i sen), co pozwoli na zmodyfikowanie ich nawyków żywieniowych i ogólnego stylu życia. Wyniki tego projektu oprócz poprawy dobrostanu i jakości życia pacjentów, powinny ograniczyć także koszty opieki zdrowotnej.

W 2023 roku opracowano również zbiór informacji dla świadczeniodawców dotyczący opieki

nad pacjentami z UE „Pacjent unijny w Polsce – niezbędny świadczeniodawcy”.

W ramach celu dotyczącego wzrostu pozytywnych doświadczeń pacjentów w kontaktach z publicznym systemem opieki zdrowotnej, kontynuowano projekty „Utworzenie korpusu oficerów językowych” oraz „badanie zrozumiałości tekstów i materiałów promocyjno-informacyjnych”. Ich głównym celem jest poprawa jakości obsługi pacjentów, lepsza komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna w NFZ. Korpus pracuje w centrali i oddziałach wojewódzkich, a jego zadaniem jest prowadzenie szkoleń dla pracowników NFZ na temat prostego języka, udzielanie indywidualnych konsultacji i upraszczanie tekstów, w tym artykułów na stronę internetową.

Kontynuowany jest również projekt „Obsługa wniosków o wydanie elektronicznego Certyfikatu zastępującego EKUZ z wykorzystaniem systemu IKP”. Certyfikat Tymczasowo Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego przeznaczony jest dla osób uprawnionych do leczenia w NFZ, które w trakcie pobytu w jednym z państw UE/EFTA skorzystały z leczenia bez EKUZ. Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ wystawiany jest wyłącznie na okres wsteczny, czyli na okres udzielonych świadczeń.

Zadowolenie klientów z obsługi NFZ badane jest w ramach projektu „Badanie doświadczeń klientów NFZ (client experience)”. Na podstawie corocznych wyników przeprowadzane są szkolenia dla pracowników front office – sal obsługi i Telefonicznej Informacji Pacjenta TIP, koordynatorów i II linii wsparcia NFZ.

W ramach realizacji celu „Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej”, pod koniec 2023 r. rozpoczęto prace nad projektem „Odwrócona Piramida Świadczeń”. Jego podstawowym celem jest stworzenie warunków prawno-organizacyjnych do przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Celem działań podejmowanych w ramach projektu jest uwolnienie zasobów kadrowych, a w dalszej perspektywie skrócenie kolejek do specjalistów.

W 2023 roku realizowano również zadania „Usprawnienie organizacji, zapewniające skuteczną realizację zadań”.

Kontynuowano m.in. projekt „Knowledge Transfer HUB”, którego głównym celem jest wzmocnienie potencjału NFZ, poprzez wymianę wiedzy na forum krajowym i międzynarodowym, m.in. z zakresu opieki kompleksowej i koordynowanej nad pacjentem. Korzyścią płynącą z tego projektu jest identyfikacja nowoczesnych i innowacyjnych rozwiązań w ochronie zdrowia, wymiana i dzielenie się wiedzą z szerokim gronem interesariuszy, budowanie uporządkowanego repozytorium dobrych praktyk, usystematyzowanie wiedzy, promowanie NFZ w kraju i za granicą oraz nawiązanie współpracy międzynarodowej w zakresie opieki zintegrowanej.

W ramach projektu „Pracujemy z pasją – Akademia zarządzania projektami NFZ” opracowano również model kompetencyjny dla kierowników projektów i członków zespołów. Przeprowadzono cykl spotkań, szkoleń i warsztatów w celu uzyskania przez kierowników projektów kompetencji opisanych w modelu oraz zbudowanie współpracy w obszarze zarządzania projektami.

W 2023 r. zakończono prace nad wdrożeniem monitoringu ruchu cyfrowego w celu pełnego

nadzoru nad przepływem informacji, skutecznej kontroli danych i skutecznej analizy obecności złośliwego kodu. Wdrożenie monitoringu pozwoli na zmniejszenie zagrożenia związanego zarówno z ryzykiem infekcji złośliwym oprogramowaniem, jak też ryzykiem wycieku informacji.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa danych realizowany był projekt związany z zakupem i wdrożeniem usługi SOC (Security Operations Center w tłumaczeniu Centrum Monitorowania Bezpieczeństwa). Jego celem jest zapewnienie niezakłóconego świadczenia usług kluczowych i usług cyfrowych oraz osiągnięcie odpowiednio wysokiego poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych służących do świadczenia tych usług poprzez szybką reakcję na incydenty i zdarzenia, które mogą mieć negatywny wpływ na działalność Funduszu.

W ramach realizacji celu Strategicznego „Poprawa efektywności funkcjonowania NFZ”, trwały prace nad Integracją oprogramowania w ramach budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ, zwanego dalej również „ZSI NFZ” wraz nadzorem jakości architektury, produktów wytwarzania i testami.

Przeprowadzana była także modernizacja i standaryzacja infrastruktury teleinformatycznej systemu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Cały czas trwały również prace nad opracowaniem modelu kompleksowego systemu obsługi relacji z klientami (CRM).

W okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r. w portfolio projektów znajdowało się 45 projektów, z tego na dzień 31.12.2023 r.: 27 projektów było w trakcie realizacji, 1 projekt był w trakcie rozliczania, 17 projektów zostało zakończonych.

W 2023 roku w Centrali NFZ realizowano 29 projektów, w które były zaangażowane 333 osoby, w tym 6 projektów było finansowanych ze środków zewnętrznych. W OW NFZ realizowano 16 projektów, w których uczestniczyło 173 pracowników OW NFZ. Należy jednak zaznaczyć, że liczba zaangażowanych pracowników zakłada także uczestnictwo w więcej niż jednym projekcie. Dodatkowo w październiku 2023 r. rozpoczęto prace nad przygotowaniem wniosków o dofinansowanie ze środków UE następujących projektów:

- wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w ramach Programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko na lata 2021-2027 (FEnIKS), Priorytet FENX.06 Zdrowie, Działanie FENX.06.01 System ochrony zdrowia;
- działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS), Priorytet FERS.01 Umiejętności, Działanie 01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia;
- Opieka koordynowana w POZ w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS), Priorytet FERS.04 Spójność społeczna i zdrowie, Działanie 04.15 Skuteczny i odporny system ochrony zdrowia.

III. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz

III.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2023 roku

III.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

W ramach realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w 2023 r. kontynuowano działania zmierzające do poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez wdrożenie regulacji organizacyjnych i finansowych w tym nowych zadań jakim jest opieka koordynowana.

Zarządzeniem Nr 163/2022/DSOZ Prezesa NFZ¹ wprowadzono od 1 lipca 2023 r. zmianę, gdzie w miejsce współczynnika 3,2 świadczeniodawcy realizujący umowy w zakresie lekarza POZ otrzymują specjalny dodatek kwotowy do stawki kapitacyjnej za tzw. wielochorobowość. Dodatek jest zależny od liczby chorób przewlekłych zdiagnozowanych u pacjenta i które zostały określone przez grupy dziedzinowe, o których mowa w zarządzeniu.

Zarządzeniem Nr 3/2023/DSOZ² Prezesa NFZ od dnia 6 stycznia 2023 r., w ramach świadczeń realizowanych przez pielęgniarki POZ, wprowadzono do katalogu świadczeń finansowanych poza stawką kapitacyjną świadczenia pielęgniarskiego udzielanego w formie porady. Należy do nich: porada pielęgniarska w leczeniu ran, porada pielęgniarska stomijna, porada pielęgniarska urologiczna.

Świadczenie to może być udzielane zarówno w domu świadczeniobiorcy jak i w miejscu udzielania świadczeń. Celem wdrożenia nowego świadczenia pielęgniarskiego w formie cyklu 10 porad odrębnie finansowanych jest zwiększanie dostępności do świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych pacjentom po przebytej hospitalizacji, którzy wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej oraz edukacji zdrowotnej w zakresie radzenia sobie z chorobą. Pozwala to na osiągnięcie satysfakcji pacjentów ze sprawowanej opieki oraz wzrost jakości udzielanych świadczeń pacjentom przewlekle chorym i ich rodzinom. Dzięki takim działaniom budowana jest strategia na rzecz zdrowia pacjenta oparta na tworzeniu świadomości zdrowotnej pacjenta i jego rodziny co wpływa na właściwą kontrolę choroby. Jednocześnie wprowadzono finansowanie poza stawką kapitacyjną wykonanie testu antygenowego w kierunku: SARS-CoV-2/grypy A+B/RSV dla populacji objętej opieką lekarza poz.

Zarządzeniem Nr 78/2023/DSOZ Prezesa NFZ³ wprowadzono zmiany wynikające z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2023 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem wprowadzającego od 1 czerwca 2023 r., jako szczepienie zalecane przeciw wirusowi

¹Zarządzenie Nr 163/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

²Zarządzenie Nr 3/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

³Zarządzenie Nr 78/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 maja 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt i chłopców w 12 i 13 roku życia, do ukończenia przez nich 14 roku życia, w schemacie 2-dawkowym.

Jednocześnie, w celu zwiększenia dostępności do profilaktycznej opieki zdrowotnej dla uczniów szkół specjalnych, podjęto decyzję o zmianie współczynników korygujących stawkę kapitacyjną dla pielęgniarki/higienistki szkolnej w tych szkołach.

Zarządzeniem Nr 99/2023/DSOZ Prezesa NFZ ⁴wprowadzono zmiany sposobu wnioskowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Od daty wejścia w życie zarządzenia, wnioski na realizację świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej można składać wyłącznie w postaci elektronicznej. Celem zmiany jest ułatwienie przygotowania oferty przez świadczeniodawcę dotyczącej realizacji świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Jednocześnie dokonano zmian wynikających z raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej również „AOTMiT”, nr WT.543.7.2023 w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw z dnia 31 maja 2023 r. Podwyższono wartość jednostki rozliczeniowej dla porady, stawki kapitacyjnej i ryczałtu o 6,49%, a dla ryczałtu dotyczącego transportu sanitarnego o 10%.

Od 1 listopada 2023 r. zarządzeniem Nr 156/2023/DSOZ Prezesa NFZ ⁵w ramach realizacji świadczeń w zakresie budżet powierzony:

- diagnostyczny rozszerzono o badania: Immunoglobuliny E całkowite (IgE), Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczącym alergii wziewnych i pokarmowych, Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczącym alergii wziewnych i pokarmowych;
- opieki koordynowanej rozszerzono o nową grupę dziedzinową – nefrologia, natomiast grupę dziedzinową - diabetologia rozszerzono o pacjentów z rozpoznaniem: R73 – Podwyższone stężenie glukozy oraz R73.0 Nieprawidłowa krzywa cukrowa (test tolerancji glukozy) a grupę dziedzinową – endokrynologia rozszerzono o pacjentów z rozpoznaniem: E05 nadczynność tarczycy.

Z dniem 1 grudnia 2023 r. zarządzeniem Nr 167/2023/DSOZ Prezesa NFZ⁶ wprowadzono możliwość realizacji w ramach świadczeń lekarza POZ szczepień przeciw COVID-19, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych,

⁴Zarządzenie Nr 99/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

⁵Zarządzenie Nr 156/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

⁶Zarządzenie Nr 167/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia.⁷

III.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)

W 2023 roku kontynuowano działania mające na celu zwiększenie roli trybu ambulatoryjnego w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej i poprawy dostępności do przedmiotowych świadczeń. Zarządzeniem Nr 171/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22.12.2022 r.⁸ na podstawie wyceny AOTMiT wprowadzono modyfikację wycen świadczeń: gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test urazowy), gastroskopia diagnostyczna z biopsją, kolonoskopia diagnostyczna, kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.), świadczenia zabiegowego z procedurą 41.311 – biopsja aspiracyjna szpiku kostnego.

Zarządzeniem nr 12/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 stycznia 2023 r.⁹ w oparciu o nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia¹⁰ wprowadzono możliwość wykonania badań: tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, oraz procedury 60.113 - przezskórnej biopsji gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze) w znieczuleniu dożylnym w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Dodatkowo dotychczasowe znieczulenie dożylnie dostępne jedynie dla badań endoskopowych przewodu pokarmowego podzielono na dwie kategorie ze zróżnicowaną wyceną: „znieczulenie całkowite dożylnie – kategoria 1” – dedykowane realizacji badań endoskopowych przewodu pokarmowego gastroskopii i kolonoskopii, badań tomografii komputerowej (TK) oraz 60.113 – przezskórnej biopsji gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze) oraz „znieczulenie całkowite dożylnie – kategoria 2” – dedykowane realizacji badań rezonansu magnetycznego (RM).

Zarządzeniem nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 marca 2023 r.¹¹ na podstawie obwieszczenia Prezesa AOTMiT dodano produkty rozliczeniowe dedykowane diagnostyce chorób reumatologicznych służące zapewnieniu kompleksowej diagnostyki w trybie ambulatoryjnym pacjentom z podejrzeniem wczesnej zapalnej choroby stawów lub układowej choroby tkanki łącznej. Przedmiotowa diagnostyka służy przeprowadzeniu pełnej diagnostyki różnicowej w celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby o podłożu reumatologicznym. Przedmiotowe produkty to: diagnostyka podstawowa wykonywana w trybie ambulatoryjnym, diagnostyka pogłębiona wykonywana w trybie ambulatoryjnym. Dodano możliwość rozliczania farmakoterapii bólu metodą wlewów ciągłych w zakresie leczenia bólu w oparciu o grupę „Z10 Wlew dożylny innej substancji leczniczej 99.2909”.

⁷Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2023 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 88).

⁸Zarządzenie nr 171/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

⁹Zarządzenie nr 12/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

¹⁰Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2678).

¹¹Zarządzenie nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

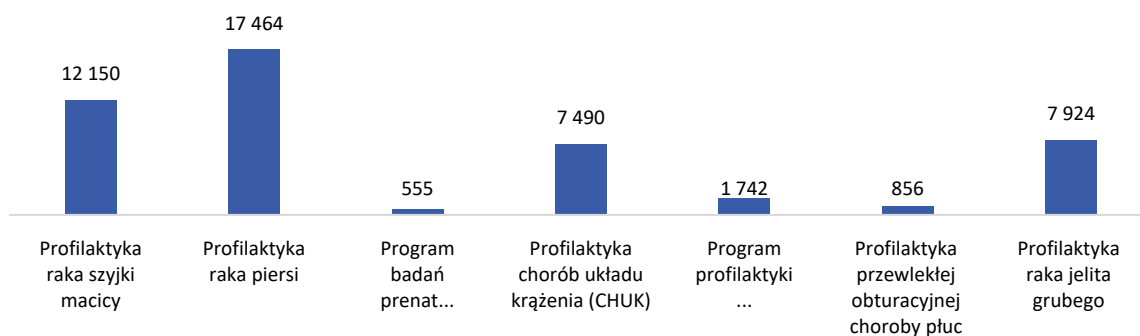
Zarządzeniem nr 103/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 lipca 2023 r.¹² w celu podniesienia jakości udzielanych świadczeń w ramach diagnostyki onkologicznej prowadzonej na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) oraz umożliwienie pacjentom onkologicznym uzyskania świadczeń na najwyższym poziomie dodano produkty rozliczeniowe dotyczące diagnostyki patomorfologicznej: dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej w AOS – materiał onkologiczny mały oraz dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej w AOS – materiał onkologiczny specjalny, dedykowane podmiotom posiadającym certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologii czy też certyfikat uczestnictwa w projekcie POWER, dla świadczeniodawców, którzy w projekcie POWER pn. „Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi” uzyskali ocenę niezbędną do uznania spełnienia standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 75), na poziomie minimum 75% możliwej do uzyskania liczby punktów. Ww. certyfikaty będą uwzględniane przy rozliczeniach przez okres 3 lat od ich wydania przez Ministra Zdrowia.

III.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne

W 2023 roku Fundusz kontynuował realizację założeń Strategii na lata 2019-2023 w zakresie zwiększenia działań profilaktycznych i upowszechnienia wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej. Działania profilaktyczne wiązały się z upowszechnianiem wiedzy o programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ i tym samym miały na celu zwiększenie liczby osób, które skorzystają z programów profilaktycznych. Działania te były podejmowane m.in.: poprzez cykliczną akcję „Środa z Profilaktyką”, eventy profilaktyczne i stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia w salach obsługi klientów NFZ. Jest to dzień regularnej edukacji zdrowotnej, poświęcony profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Każda środa to inny, ważny temat w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia. W 2023 r. poruszane tematy w dużej mierze dotyczyły najczęściej występujących problemów zdrowotnych, między innymi chorób onkologicznych, w tym: raka szyjki macicy; raka jajnika, raka jelita grubego; nowotworów głowy i szyi. W trakcie środowowych spotkań uwagę skupiono również na zagadnieniach profilaktyki cukrzycy typu 2, profilaktyki schorzeń kręgosłupa, profilaktyki POChP. W ramach cyklu zostały omówione również tematy dotyczące korzyści z wdrażania profilaktyki od najmłodszych lat. W 2023 roku działalność informacyjno-edukacyjną prowadzono także w salach obsługi w 16 oddziałach wojewódzkich NFZ, jak również w trakcie zewnętrznych i plenerowych wydarzeń poświęconych profilaktyce i promocji zdrowia organizowanych na terenie całego kraju. Podczas eventów zrealizowanych w 2023 r. udzielono 48 181 informacji o programach profilaktycznych NFZ.

¹²Zarządzenie nr 103/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 lipca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Wykres nr III.1. Liczba informacji udzielonych w 2023 r. o programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ.



W 2023 roku NFZ po raz kolejny wziął udział w akcji „Zdrowe Życie” zorganizowanej z inicjatywy Kancelarii Prezydenta RP. To ogólnopolski projekt poświęcony profilaktyce zdrowotnej, w którym jednym z partnerów był NFZ. W ramach akcji odbywały się działania mające na celu promowanie zdrowego stylu życia wśród dzieci i dorosłych. Wykonywane były również specjalistyczne badania i konsultacje lekarskie. Inauguracja akcji odbyła się w Skierniewicach. Mobilna Strefa Zdrowia w okresie od kwietnia do października 2023 r. odwiedziła łącznie 25 miast. W trakcie wydarzenia udzielano informacji o programach profilaktycznych, zapewniony był również bezpłatny dostęp do badań mammograficznych. Podczas całej akcji z badań mammograficznych skorzystało 1 164 pań.

W ramach działania stanowisk ds. profilaktyki i promocji zdrowia w OW NFZ klienci mogli uzyskać informacje o dostępnych programach profilaktycznych. Osoby korzystające w 2023 roku z usług na stanowiskach ds. profilaktyki i promocji zdrowia najczęściej zainteresowane były następującymi programami: Profilaktyka 40+, Profilaktyka raka piersi, Profilaktyka raka szyjki macicy, Profilaktyka chorób nowotworowych, Program badań prenatalnych.

W 2023 roku NFZ kontynuował finansowanie następujących programów profilaktycznych:

1. Program profilaktyki raka piersi obejmujący przesiewowe badania mammograficzne kobiet w wieku 50-69 lat, a od 1 listopada 2023 roku w wieku 45-74 lat. W przypadku nieprawidłowego wyniku mammografii w ramach programu zapewniona była dalsza diagnostyka: mammografia uzupełniająca lub USG i biopsja zmiany z badaniem histopatologicznym. Z katalogu badań pogłębionych usunięto biopsję cienkoigłową, jednocześnie dodając wykonanie oceny immunohistochemicznej receptora Er, PgR i HER 2 oraz Ki67 z materiału z biopsji gruboigłowej guza piersi w przypadku potwierdzenia w badaniu histopatologicznym komórek raka piersi. Cały program finansowany był w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.
2. Program profilaktyki raka szyjki macicy obejmujący przesiewowe badania cytologiczne kobiet w wieku 25-59 lat, a od 1 listopada 2023 roku w wieku 25-64 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 profilaktycznych programów zdrowotnych. Świadczenia we wszystkich etapach finansowane były 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 40-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 był w ramach profilaktycznych Programów zdrowotnych.
4. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – POChP) obejmujący edukację antynikotynową, spirometrię w uzasadnionych przypadkach, edukację oraz terapię antynikotynową. Finansowany był w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych.
5. 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 od 16 r. ż. uzależnionych od palenia tytoniu/wyrobów tytoniowych, skierowanych z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania. W 2023 roku na podstawie obwieszczenia Prezesa AOTMiT z dnia 7 kwietnia 2023 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wprowadzono stosowne zmiany w warunkach finansowania programu (zarządzenie nr 89/2023/DSOZ).
6. Program badań przesiewowych raka jelita grubego, którego celem jest zapewnienie nie tylko spadku umieralności świadczeniobiorców dzięki możliwości wykrywania wczesnych bezobjawowych postaci raka poprzez wykonanie kolonoskopii przesiewowej, ale także spadek zapadalności – czyli liczby nowych nowotworów w przyszłości dzięki usuwaniu polipów w trakcie badania przesiewowego. W 2023 roku w związku z koniecznością doprecyzowania warunków finansowania programu badań przesiewowych raka jelita grubego oraz korekty ankiety dla pacjentów objętych programem badań przesiewowych raka jelita grubego (m.in. dodano pytanie o przesłanki kwalifikujące do znieczulenia ogólnego) wydano zarządzenie nr 89/2023/DSOZ.

III.1.4. Leczenie szpitalne

Zarządzenie Nr 10/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

1. Na podstawie obwieszczenia Prezesa AOTMiT z dnia 21 września 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz obwieszczenia z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia

szpitalnego obejmujących choroby wewnętrzne i odpowiednich raportów dokonano zmian obejmujących:

- w zakresie reumatologii w grupach H86-H98, zmiany polegające na implementacji nowych taryf, modyfikacji i utworzeniu nowych grup:
 - H87 Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej z połączenia grup H87C Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej <4 dni i H87D Choroby niezapalne kości i stawów >3 dni,
 - H89 Choroby niezapalne kości i stawów z połączenia grup H89C Choroby niezapalne kości i stawów <4 dni i H89D Choroby niezapalne kości i stawów >3 dni,
 - zmiana warunku długości pobytu, co miało na celu zmniejszenie zjawiska krótkich hospitalizacji związanych z podawaniem leków,
 - H90 Zapalenia stawów, układowe choroby tkanki łącznej oraz choroby infekcyjne kości i stawów wymagające intensywnego leczenia >10 dni została przemodelowana poprzez dołączenie do pacjentów aktualnie rozliczanych grupą H90 Zapalenia stawów i układowe choroby tkanki łącznej wymagające intensywnego leczenia >10 dni pacjentów z grupy H88 Choroby infekcyjne kości i stawów, wymagających antybiotykoterapii oraz z pobytem powyżej 10 dni,
 - H95 Kompleksowa diagnostyka chorób reumatologicznych utworzona w celu umożliwienia rozliczania wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych,
 - H96C Układowe choroby tkanki łącznej powstała z połączenia grup H96CE Układowe choroby tkanki łącznej >65 r.ż. i H96CF Układowe choroby tkanki łącznej <66 r.ż. Zniesienie podziału wiekowego był odpowiedzią na postulat środowiska eksperckiego, ponieważ koszty leczenia pacjentów w obu grupach nie są związane z wiekiem pacjenta a z wielochorobowością, która pojawia się u pacjentów z chorobami reumatycznymi około 40 r.ż.,
 - w zakresie chorób wewnętrznych zmiany polegające na implementacji nowych taryf, modyfikacji i utworzeniu nowych grup:
 - K25 Zaburzenia odżywiania i zaburzenia wodno-elektrolitowe z połączenia grup K26 Zaburzenia wodno- elektrolitowe i K27 Zaburzenia odżywiania,
 - K40 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany zaburzeń glikemii z połączenia grup K35 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne i K37 Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi,
 - K28F Wrodzone wady metaboliczne >18 r.ż. <66 r.ż.,
 - P52 Wrodzone wady metaboliczne <18 r.ż.,
 - z grupy K28F Wrodzone wady metaboliczne < 66 r.ż. wyodrębniono populację dziecięcą i stworzono dwie odrębne grupy: K28F Wrodzone wady metaboliczne >18 r.ż. <66 r.ż. oraz P52 Wrodzone wady metaboliczne <18 r.ż.
2. W Katalogu produktów do sumowania podniesiono wycenę punktową produktów rozliczeniowych dedykowanych gastrokopii i kolonoskopii diagnostycznej w trybie

ambulatoryjnym – zmiana ma na celu ujednoczenie wycen tożsamyh świadczeń w innych rodzajach świadczeń oraz w zakresie produktów związanych z leczeniem krwią i jej składnikami, dokonano aktualizacji wartości produktów, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. (Dz.U. z 2022 r., poz. 2817).

3. Wprowadzono zmiany związane z obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego obejmujących choroby wewnętrzne. W zakresie załącznika 3e pozostawiono współczynniki korygujące dla grup z sekcji F, G i L, które nie zostały objęte ww. obwieszczeniem;
4. W związku z wynikami opracowania AOTMiT nr WT.5403.7.2022 z dnia 29 lipca 2022 r. dotyczącego analizy kosztów będących podstawą przygotowania taryf świadczeń szpitalnych z zakresu reumatologii dokonano następujących modyfikacji:
 - zniesiono dotychczasowy podział ze względu na czas pobytu między grupami: H87C Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej <4 dni i H87D Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej >3 dni,
 - zniesiono dotychczasowy podział ze względu na czas pobytu między grupami H89C Choroby niezapalne kości i stawów <4 dni i H89D Choroby niezapalne kości i stawów >3 dni,
 - dokonano zmian w zakresie charakterystyki grupy H90 Zapalenia stawów, układowe choroby tkanki łącznej wymagające intensywnego leczenia >10 dni. W ramach grupy H90 umożliwiono rozliczanie świadczeń udzielanych pacjentom z chorobami infekcyjnymi kości i stawów hospitalizowanych dłużej niż 10 dni i wymagających antybiotykoterapii. Wyodrębniono populację kosztochłonnych pacjentów dotychczas rozliczanych w ramach grupy H88 Choroby infekcyjne kości i stawów - głównie pacjenci cierpiący na ropne zapalenia stawów. Do listy ICD9 grupy H90 dodano procedury: 99.210 Wstrzyknięcie antybiotyku nieokreślone, 99.211 Podanie antybiotyku na nośniku, 99.218 Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie, 99.219 Wstrzyknięcie antybiotyku – inne. Do listy ICD10 grupy H90 dodano rozpoznania: M00.0 Gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe, M00.1 Pneumokokowe zapalenie jedno- lub wielostawowe, M00.2 Paciorkowcowe zapalenia jedno- lub wielostawowe, M00.8 Inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe, M00.9 Ropne zapalenia stawów, nieokreślone, M46.2 Zapalenie kości i jamy szpikowej kręgu, M46.3 Infekcja krążka międzykręgowego (ropna), M46.5 Inne infekcyjne choroby kręgosłupa, M86.6 Inne przewlekłe zapalenie kości i szpiku, M86.8 Inne zapalenie kości i szpiku, Do listy dodatkowej ICD10 H8s dodano rozpoznania: M01.0 Meningokokowe zapalenie stawów (A39.8+), M01.1 Gruźlicze zapalenie stawów (A18.0+), M01.2 Zapalenie stawów w chorobie z Lyme (A69.2+), M01.3 Zapalenie stawów towarzyszące innym bakteryjnym chorobom sklasyfikowanym gdzie indziej, M01.4 Zapalenie stawów w różyczce (B06.8+),
 - zniesiono dotychczasowy podział wiekowy między grupami H96CE Układowe choroby tkanki łącznej >65 r.ż. i H96CF Układowe choroby tkanki łącznej <66 r.ż.; Analiza AOTMiT wykazała, że koszty leczenia pacjentów w obu grupach nie są związane

z wiekiem pacjenta a z wielochorobowością, która pojawia się u pacjentów z chorobami reumatycznymi około 40 r.ż.,

- wprowadzono nowy produkt umożliwiający wczesną diagnostykę schorzeń reumatologicznych H95 Kompleksowa diagnostyka chorób reumatologicznych.
5. W związku z wynikami opracowania AOTMiT nr WT.521.2.2022 z dnia 7 listopada 2022 r. dotyczącego analizy świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorób wewnętrznych:
- połączono grupy: K26 Zaburzenia wodno-elektrolitowe i K27 Zaburzenia odżywiania oraz K35 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne i K37 Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi. Przeprowadzone przez AOTMiT analizy wykazały, że wyżej wymienione pary grup mają zbliżone koszty.
 - w wyniku połączenia poszczególnych JGP powstały nowe grupy: K25 Zaburzenia odżywiania i zaburzenia wodno-elektrolitowe oraz K40 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany zaburzeń glikemii,
 - wydzielono populację dziecięcą z grupy K28F i utworzono dla niej dedykowaną grupę P52 Wrodzone wady metaboliczne <18 r.ż. Wycena nowej JGP pozostawiono na dotychczasowym poziomie (tak jak JGP: K28F) ze względu na trwające w AOTMiT prace nad wyceną taryf dla pacjentów pediatrycznych
6. W grupie N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki doprecyzowano warunki wymagane do rozliczenia fototerapii u noworodka: wymagane wskazanie procedur: 99.831 Fototerapia noworodka (czas trwania min 24h) (min 1 raz) łącznie z I87 Bilirubina bezpośrednia (min 2 razy) i I89 Bilirubina całkowita (min 2 razy) oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N24; wiek < 8 tyg. życia.
7. Dodano grupy dedykowane świadczeniom onkologicznym „O”. Zmiana ma na celu umożliwienia spełnienia formalnych wymogów świadczeniodawcom już realizującym te świadczenia.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian wynikających z obwieszczeń Prezesa AOTMiT z zakresu reumatologii wynosi 53,6 mln zł z zakresu chorób wewnętrznych wynosi 597,3 mln zł w skali roku. Skutek finansowy dla zmian w zakresie załącznika nr 1c – zmiana wyceny punktowej produktów rozliczeniowych dedykowanych gastroscopii i kolonoskopii diagnostycznej w trybie ambulatoryjnym wynosi ok. 701 tys. zł w skali roku. Prognozowany roczny skutek finansowy wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. wynosił 23,2 mln zł.

Przepisy zarządzenia miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 r.

Zarządzenie Nr 21/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

1. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770)

wprowadzającej m.in. finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych z budżetu pozostającego w dyspozycji NFZ dokonano zmiany w zakresie:

- dodania zakresów świadczeń wysokospecjalistycznych: przeszczepienie wątroby, przeszczepienie/wspomaganie serca, przeszczepienie płuca, przeszczepienie serca i płuca, przeszczepienie komórek wysp trzustkowych, przeszczepienie komórek przytarczyc – umożliwiono na wniosek świadczeniodawcy cokwartalne zwiększanie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń,
 - połączenie katalogu produktów wysokospecjalistycznych (1w) z katalogiem operacji wad serca i aorty piersiowej (1ws) w jeden katalog stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia,
 - w celu uproszczenia zasad rozliczenia za zgodą płatnika usunięto produkt Rozliczenie za zgodą płatnika operacji wad serca i aorty piersiowej oraz wprowadzono nowy produkt Rozliczenie za zgodą płatnika – świadczenie z katalogu produktów wysokospecjalistycznych oraz operacji wad serca i aorty piersiowej. Ponadto, w przypadku jednoczesnego udzielenia świadczenia wysokospecjalistycznego związanego z przeszczepieniem narządu oraz świadczenia związanego z przeszczepieniem nerki lub trzustki, finansowane określono na poziomie 60% wartości odpowiedniej JGP (G30, L94, L97, PZL12).
2. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2674) wprowadzającej finansowanie z Funduszu Medycznego świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, związanych z diagnostyką genetyczną dodano zakresy skojarzone do zakresów, w których są realizowane badania genetyczne dla dzieci oraz dokonano niezbędnych zmian polegających na wyodrębnieniu zakresów skojarzonych dla produktów związanych z diagnostyką genetyczną u dzieci oraz umożliwiono na wniosek świadczeniodawcy cokwartalne zwiększanie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń.
 3. Zmianie uległy wartości wyjściowe hospitalizacji kosztochłonnych z 15 000 zł do 30 000 zł oraz z 20 000 zł do 38 000 zł. W przypadku wystąpienia konieczności wykonania dodatkowej procedury medycznej w ramach hospitalizacji określonej w katalogu produktów wysokospecjalistycznych oraz operacji wad serca i aorty piersiowej jej wartość wzrosła z 10 000 zł do 14 000 zł.
 4. Wprowadzono zmiany w zakresie funkcjonującego mechanizmu redukcji wartości punktowej hospitalizacji <3 dni. W zmodyfikowanym mechanizmie dla poszczególnych JGP zabiegowych lub zachowawczych, dla których dotychczas przewidziana była redukcja wartości punktowej hospitalizacji <3 dni, wprowadzono etapowe zwiększenie wartości punktowej hospitalizacji trwających poniżej 3 dni (odpowiednio gdy data przyjęcia = data wypisu, jeden albo dwa dni). Etapowe zwiększenie wartości punktowej hospitalizacji miało na celu wyeliminowanie nieuzasadnionego przedłużania hospitalizacji.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza

i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770) wynosi 160,5 mln zł w skali roku. Skutek finansowy dla mechanizmu tzw. schodkowej redukcji wartości punktowej hospitalizacji oszacowano na co najmniej 200 mln zł w skali roku.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 r., a niektóre od 1 lutego 2023 r.

Zarządzenie Nr 58/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

1. Zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2023 r. (znak DLG.7801.1.2023GK), wprowadzono zmiany uwzględniające opracowania Prezesa AOTMiT z 28 grudnia 2022 r. „Krioablacja zmiany nerki – wycena świadczenia”, „Termoablacja zmiany wątroby – wycena świadczenia” oraz pisma Agencji z 30 grudnia 2022 r., które obejmują implementację nowych produktów rozliczeniowych: Krioablacja zmiany nerki, Termoablacja zmiany nerki, Termoablacja zmiany wątroby oraz możliwość rozliczenia kosztu zużycia igły do krioablacji nerki lub anteny/ elektrody do termoablacji wątroby lub nerki udokumentowane fakturą zakupu w ramach produktu rozliczeniowego – Wyrób medyczny niezawarty w kosztach świadczenia.

W załączniku nr 3b do zarządzenia wprowadzono możliwość rozliczenia ww. świadczeń w ramach pakietu onkologicznego.

2. W wyniku rekomendacji Krajowej Rady ds. Neurologii:

- skrócono wymagany minimalny czas pobytu z 3 osobodni do jednego dla grupy A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia,
- uzupełniono grupę A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia o dodatkowe procedury NMR na liście procedur A35D,
- uzupełniono grupę A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka o dodatkowe procedury diagnostyczne na liście procedur A47 - TK głowy w przypadku przeciwwskazań do wykonania u pacjenta NMR oraz zwiększono wymagania o wskazanie trzech procedur z listy dodatkowej A3,
- rozszerzono listy procedur ICD-9 na listach dodatkowych:
 - listy A3 i A4 uzupełniono o procedury badań diagnostycznych typu Holter (odpowiednio dla grup A47 Przemijające niedokrwienie mózgu – rozszerzona diagnostyka i A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie >3 dni),
 - listy A4 i A8 uzupełniono o badania diagnostyczne dotyczące poziomu określonych białek w płynie mózgowo - rdzeniowym (odpowiednio dla grup A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni i A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN >1 dnia),
 - dodano procedurę 89.17 Polisomnografia do listy A8,
 - rozszerzono listę monitorowania stężenia leków A9 o kolejne leki.

3. Ponadto, w grupie H95 Kompleksowa diagnostyka chorób reumatologicznych dodano warunek dotyczący czasu pobytu. Zmiana została wprowadzona w związku z zapisami ujętymi w raporcie AOTMiT w sprawie ustalenia taryfy świadczeń szpitalnych z zakresu reumatologii, gdzie rekomendowane jest wykonanie diagnostyki w trakcie krótkiej hospitalizacji. W raporcie podkreślono, że zdaniem świadczeniodawców niewątpliwą zaletą jest możliwość wykonania pełnej diagnostyki w krótkim czasie.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych świadczeń: termoablacji wątroby oraz termo- i krioablacji nerki oszacowano na 9,79 mln zł w skali roku.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 kwietnia 2023 r.

Zarządzenie Nr 72/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 kwietnia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

W związku z opublikowaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 693):

- w katalogu zakresów świadczeń w leczeniu szpitalnym dodano nowe zakresy skojarzone: chirurgia naczyniowa - hospitalizacja - Q01,Q52, Chirurgia naczyniowa specjalistyczna - hospitalizacja - Q01, kardiochirurgia - hospitalizacja - Q01, chirurgia ogólna - hospitalizacja - Q52, Nefrologia - hospitalizacja - Q52, urologia - hospitalizacja - L91, urologia - hospitalizacja specjalistyczna - L91, okulistyka – hospitalizacja - B16, B16G, B17, B17G, okulistyka – hospitalizacja - B11, B72;
- wyodrębniono zakresy skojarzone dla świadczeń: implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej, endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty, dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym, zabiegi związane z wykonaniem witekтомii tylnej w chorobach siatkówki, zabiegi związane z leczeniem jaskry;
- dodano zakres skojarzony dla świadczenia: leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym, - umożliwiono na wniosek świadczeniodawcy cokwartalne zwiększanie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń. Działanie to ma na celu wprowadzenie bezlimitowego finansowania świadczeń ratujących życie i udzielanych w stanach nagłych.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 maja 2023 r.

Zarządzenie Nr 90/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

1. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. poz. 650), dokonano odpowiednich zmian dostosowujących.
2. W związku z zakończeniem programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato dodano produkty rozliczeniowe obejmujące dodatkowe koszty diagnostyki patomorfologicznej.

Wartości poszczególnych produktów zostały określone na podstawie rekomendacji Prezesa AOTMiT z 20 kwietnia 2023 r. (WT.5403.13.2023.AS.2). W wycenie uwzględniono koszty ww. produktów pomniejszone o wartość bazową, która odzwierciedla średnie koszty diagnostyki zawarte w koszcie świadczeń systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Wprowadzenie dodatkowego finansowania badań patomorfologicznych miało na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz umożliwienie pacjentom onkologicznym uzyskania świadczeń na właściwym poziomie, dlatego produkty te dedykowane są dla świadczeniodawców, którzy uzyskali certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologicznej będącej jednostką organizacyjną świadczeniodawcy.

3. W dodanym §21 ust. 10, dopuszczono możliwość uwzględniania przy rozliczaniu świadczeń Certyfikatów uczestnictwa w projekcie PO WER, dla świadczeniodawców, którzy w projekcie PO WER pn. "Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" uzyskali ocenę niezbędną do uznania spełnienia standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej, na poziomie minimum 75% możliwej do uzyskania liczby punktów. Ww. certyfikaty będą uwzględniane przy rozliczeniach przez okresie 3 lat od ich wydania przez Ministra Zdrowia (realizując w tym zakresie wnioski Ministra Zdrowia wyrażony w pismach z 16 i 23 maja 2023 r. znak: DLJ.42.60.2023PB).

Skutek finansowy dla zmian w zakresie rozliczania produktów diagnostyki patomorfologicznej oszacowano na ok. 110,6 mln w skali roku.

Zarządzenie Nr 100/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

1. W związku z publikacją obwieszczenia Prezesa AOTMiT z 5 czerwca 2023 r. w sprawie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa AOTMiT "w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej", do zastosowanych mechanizmów zwiększających ceny jednostek rozliczeniowych, wprowadzono dodatkowe wzmocnienie wycen wybranych obszarów o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Mając na uwadze sytuację podmiotów w kontekście rosnących kosztów realizacji świadczeń wprowadzono rozwiązanie pomostowe polegające na nałożeniu współczynników na grupy JGP w ramach projektów będących na zaawansowanym etapie procesu taryfikacji przez Agencję, tj. grup z obszaru chorób dzieci (leczenie zachowawcze i zabiegowe), chorób wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziona, chorób przewodu pokarmowego, chorób układu oddechowego, chorób żeńskiego układu rozrodczego, położnictwa i opieki nad noworodkiem. Zmiany zostały wprowadzone w zakresie załącznika nr 3e do zarządzenia Katalog wybranych JGP objętych współczynnikiem korygującym.

2. W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które wprowadziło nowe świadczenie gwarantowane: 39.725 Embolizacja tętniaków wewnątrzczaszkowych za pomocą wewnątrzworkowego urządzenia do embolizacji tętniaków wewnątrzczaszkowych (flow disruptor) dokonano stosownych zmian w charakterystyce grupy Q31 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu. Zgodnie z rekomendacją AOTMiT metoda EFD (ang. Endosaccular Flow Disruptor) nie powinna kosztować więcej niż inne świadczenia dostępne w JGP Q31. Świadczenie powinno być realizowane przez świadczeniodawców, którzy spełniają dodatkowe warunki określone w ww. rozporządzeniu.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia współczynników korygujących w obszarach o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej to 659,7 mln zł w skali roku. Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia nowego świadczenia gwarantowanego oszacowano w granicach 6,8-19 mln zł w skali.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lipca 2023 r.

Zarządzenie Nr 126/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 sierpnia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

W związku z wejściem w życie od 1 sierpnia 2023 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wprowadzono zmiany:

1. Utworzono nowe grupy: F45R – Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego i M22R – Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego. Wartość punktowa nowych grup została wprowadzona na podstawie wyceny opracowanej przez AOTMiT i przekazanej przez Ministerstwo Zdrowia pismem z dnia 1 sierpnia 2023 r. znak: DIWP.07.23.2023.JC.
2. Wprowadzono nowe produkty rozliczeniowe: Operacja stożka rogówki metodą cross-linking oraz Kontrolna porada specjalistyczna po operacji stożka rogówki metodą cross-linking. Wartość punktowa nowych produktów została wprowadzona na podstawie wyceny opracowanej przez AOTMiT i przekazanej przez Ministerstwo Zdrowia pismem z dnia 21 sierpnia 2023 r. znak: DLG.742.17.2022.
3. Do katalogu zakresów świadczeń w leczeniu szpitalnym dodano nowe zakresy skojarzone: chirurgia ogólna – hospitalizacja – F45R, chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa – F45R, chirurgia onkologiczna - hospitalizacja – F45R, chirurgia onkologiczna specjalistyczna – hospitalizacja – F45R, chirurgia onkologiczna – hospitalizacja planowa – F.45R, chirurgia onkologiczna – hospitalizacja – M22R, chirurgia onkologiczna specjalistyczna – hospitalizacja – M22R, chirurgia onkologiczna – hospitalizacja planowa – 22R, chirurgia onkologiczna – hospitalizacja – L31R, chirurgia onkologiczna specjalistyczna – hospitalizacja – L31R, Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja planowa – L31R, ginekologia onkologiczna – hospitalizacja – M22R, ginekologia onkologiczna – hospitalizacja planowa

– M22R, położnictwo i ginekologia – hospitalizacja – M22R, położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa - M22R, położnictwo i ginekologia – hospitalizacja II poziom referencyjny – M22R, położnictwo i ginekologia – hospitalizacja III poziom referencyjny – M22R, położnictwo i ginekologia – hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) – M.22R, położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) – 22R, urologia – hospitalizacja – L31R, urologia – hospitalizacja specjalistyczna – L31R, urologia – hospitalizacja planowa – L31R.

4. Wyodrębniono zakresy skojarzone dla świadczeń: Leczenie chirurgiczne raka błony śluzowej macicy z zastosowaniem systemu robotowego, Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego, Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego oraz umożliwiono na wniosek świadczeniodawcy cokwartalne zwiększanie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń. Wyodrębnienie produktów rozliczeniowych związanych z realizacją poszczególnych świadczeń wykonywanych z wykorzystaniem systemu robotowego do zakresów skojarzonych jest zgodne z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia i ma na celu umożliwienie zastosowania odmiennej ceny niż cena w zakresie podstawowym. W celu ujednoczenia zasad rozliczenia świadczeń z zastosowaniem systemu robotowego wyodrębniono zakresy skojarzone również dla świadczenia L31R – radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego. Powyższe ułatwi nadzór Funduszu nad realizacją przedmiotowych świadczeń oraz prowadzenie rejestru zabiegów z zastosowaniem systemu robotowego.
5. Usunięto produkty rozliczeniowe L31R – Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego. Zostały one przeniesione z zakresów: „pakiet onkologiczny”, „poza pakietem onkologicznym” do nowo utworzonych zakresów skojarzonych.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego wynikający z wprowadzenia świadczeń gwarantowanych Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego oraz Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego, przy przyjęciu, że 17% spośród obecnie realizowanych świadczeń zostanie wykonanych z zastosowaniem systemu robotowego, oszacowano na 53,5 mln zł rocznie, operacji stożka rogówki metodą cross-linking na ok. 2,5 mln zł rocznie.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 września 2023 r.

Zarządzenie Nr 142/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

1. W wyniku prac Zespołu do spraw opracowania propozycji zmiany finansowania świadczeń pediatrycznych powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2022 r., wprowadzono mechanizm cząstkowego rozliczania hospitalizacji trwających powyżej 30 dni dedykowany zakresom dziecięcym. Wprowadzony produkt Hospitalizacja dziecięca >30 dni po okresie sprawozdawczym, umożliwił rozliczenie na podstawie ryczału miesięcznego o wartości 8010 pkt (267 pkt x 30 dni), który świadczeniodawca będzie mógł rozliczyć w ramach otwartego kontaktu, tj. niezakończonej hospitalizacji dla pobytów

trwających powyżej 30 dni. Świadczeniodawca będzie miał możliwość cyklicznego rozliczania ww. produktu do momentu zakończenia hospitalizacji. Po zakończonej hospitalizacji zostanie umożliwione rozliczenie produktu Rozliczenie za zgodą płatnika, ale wartość wskazana w zgodzie płatnika będzie pomniejszona o ryczałt pobrany w trakcie trwania hospitalizacji. Proponowany nowy produkt do sumowania będzie świadczeniem, w ramach którego świadczeniodawca otrzyma ryczałtowo uśrednioną równowartość „podstawowych kosztów pobytu”. Wstępnie zaproponowana została koncepcja tzw. „osobomiesiąca”, tj. zaliczkowania kolejnych pełnych 30 dni hospitalizacji bez względu na jej charakter (zabiegowa, zachowawcza).

2. Podniesiono wartość punktową dla grupy PZC03 Usunięcie migdałków i inne zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. do poziomu wartości grupy C12 Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - zmiana jest zgodna z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. znak DLG.7000.23.2023MG, uwzględniającym opracowanie Prezesa AOTMiT z 27 kwietnia 2023 r. „Oszacowanie kosztów procedur otolaryngologicznych identyfikowanych kodami ICD-9: 22.51, 28.2, 31.5” (WT.543.15.2023).
3. Umożliwiono rozliczanie grupy C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa w zakresie choroby zakaźne oraz umożliwiono rozliczanie grupy J47 Duże guzy skóry w zakresie chirurgia szczękowo-twarzowa.
4. Utworzono produkt rozliczeniowy Hospitalizacja związana z profilaktyką czynno-bierną poekspozycyjną (PEP) i jednocześnie w produkcie Produkt leczniczy niezawarty w kosztach świadczenia – rozszerzono katalog produktów możliwych do rozliczenia na podstawie faktury o dodatkowe swoiste immunoglobuliny do profilaktyki PEP. Zmiana dokonana na wniosek Konsultanta Krajowego i Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych. Wprowadzona zmiana umożliwi Funduszowi monitorowanie świadczeń związanych z profilaktyką czynno-bierną poekspozycyjną (PEP) w warunkach szpitalnych i jednocześnie zapewni oddziałom prowadzącym PEP, głównie oddziałom zakaźnym finansowanie kosztownych immunoglobulin swoistych.
5. Umożliwiono sumowanie produktu Koszt pobytu związanego z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w chorobach zakaźnych dla zakresu choroby zakaźne z jednoczesnym usunięciem z uwag wykluczenia dla grupy S57 – zmiana wynika z inicjatywy Konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych z uwagi na stosunkowo niską wartość punktową JGP S57 Inne choroby wirusowe została wprowadzona do czasu taryfikacji świadczeń z sekcji S.
6. Dodano nowy produkt rozliczeniowy Wytworzenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego przeznaczonego do użytku długoterminowego, który obejmuje koszt zestawu do wytworzenia gastrostomii przezskórnej, gastrostomii balonowej, jejunostomii. Zmiana ma na celu zwiększenie dostępności do żywienia enteralnego, zredukowanie liczby ponownych hospitalizacji wyłącznie w celu wyłonienia gastrostomii oraz umożliwienie płynnego przekazania pacjenta zaopatrzonego w PEG do innego szpitala, zakładu opiekuńczego – leczniczego lub wypisania pacjenta do domu z jednoczesnym skierowaniem do Poradni Leczenia Żywnieniowego, w celu kontynuacji leczenia w domu.

7. Doprecyzowano zasady sprawozdawania produktów diagnostyki patomorfologicznej.
8. Rozszerzono listy procedur ICD-9 na listach dodatkowych A4 i A8 o badania diagnostyczne dotyczące poziomu określonych białek w surowicy krwi odpowiednio dla grup A67 Padaczka – diagnostyka i leczenie >3 dni i A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN >1 dnia.
9. Dokonano zmian w charakterystyce grup: C14 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani, C12 Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani, PZC03 Usunięcie migdałków i inne zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. Procedury: Wycięcie migdałków podniebiennych, 28.3 Wycięcie migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego, 28.4 Wycięcie resztek migdałka podniebiennego, 28.5 Wycięcie migdałka językowego, 28.6 Wycięcie migdałka gardłowego (bez tonsilektomii), 28.92 Wycięcie zmiany migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego, 31.5 Miejscowe zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki krtani zostały przeniesione z grupy C14 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani do grupy C12 Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani. Jednocześnie w grupie pediatrycznej PZC03 Usunięcie migdałków i inne zabiegi jamy ustnej został utworzony odrębny warunek dla ww. procedur - wprowadzono zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. (znak DLG.7000.23.2023.MG) i uwzględniają opracowanie AOTMiT. Zmiany wprowadzono do czasu pełnej oceny świadczeń realizowanych w tym obszarze przez Agencję.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzonych niniejszym zarządzeniem zmian w otolaryngologii oszacowano na 91,7 mln zł.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 października 2023 r. Zarządzenie Nr 190/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 grudnia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadzono zmiany związane z wejściem w życie:

1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2610), które wprowadza następujące świadczenia gwarantowane: wszczepienie przezcewnikowe bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej, przezcewnikowa naprawa niedomykalności zastawki trójdzielnej metodą brzeg-do-brzegu za pomocą klipsa oraz monitorowanie zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (ILR): u chorych po kryptogennym udarze mózgu oraz po nawracających utratkach przytomności, których przyczyny nie udało się ustalić pomimo rozszerzonej diagnostyki.
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz.U. 2614), które wprowadza świadczenie gwarantowane: Mechaniczne wspomaganie serca pompą wspomagającą lewą komorę serca u pacjentów z ciężką niewydolnością serca niekwalifikujących się do transplantacji serca jako terapia

docelowa (LVAD). Wartość punktowa ww. świadczeń została wprowadzona na podstawie wyceny opracowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (WT.543.42.2023.AP.41 z dnia 21.11.2023 r.) i przekazanej przez Ministerstwo Zdrowia pismem z dnia 6 grudnia 2023 r., znak: DLG.0210.5.2023.AJ.

W związku z powyższym, zakresem nowelizacji objęto następujące zmiany:

1. Dla zakresów kardiologia/ kardiologia dla dzieci/kardiologia specjalistyczna/kardiologia dla dzieci specjalistyczna utworzono grupę E31G Wszczepienie przezcewnikowe/wymiana bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej:
 - Dla nowego świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (ILR), zgodnie z rekomendacją Agencji, wprowadzono dwa produkty rozliczeniowe: Wszczepienie/usunięcie rejestratora zdarzeń (ILR) i Wszczepienie rejestratora zdarzeń (ILR) < 18 r.ż. – świadczenie dedykowane dzieciom wymagającym zabiegu w znieczuleniu ogólnym lub dożylnym, obejmuje wszystkie pozostałe koszty pobytu związane z hospitalizacją.
 - Do zakresu świadczeń przeszczepienie/wspomaganie serca wprowadzono dwa nowe produkty rozliczeniowe wynikające z rekomendacji Agencji:
 - o dla świadczenia wysokospecjalistycznego z użyciem pompy LVAD jako terapii „pomostowej”, dotychczas rozliczanego z zastosowaniem produktu – rozliczenie za zgodą płatnika wprowadzono produkt rozliczeniowy – Mechaniczne wspomaganie serca pompą wspomagającą lewą komorę serca u pacjentów z ciężką niewydolnością serca jako pomost do transplantacji serca BTT (LVAD),
 - o dla nowego świadczenia gwarantowanego związanego z zastosowaniem LVAD u pacjentów z ciężką niewydolnością serca niekwalifikujących się do transplantacji serca - produkt rozliczeniowy Mechaniczne wspomaganie serca pompą wspomagającą lewą komorę serca u pacjentów z ciężką niewydolnością serca niekwalifikujących się do transplantacji serca jako terapia docelowa (LVAD).
2. Wprowadzono możliwość rozliczenia kosztu takich wyrobów medycznych jak bezelektrodowy system do stymulacji jednojamowej, rejestrator zdarzeń arytmicznych (ILR), pompa wspomagająca lewą komorę serca (LVAD), zestaw do przezcewnikowej naprawy niedomykalności zastawki trójdzielnej metodą brzeg-do-brzegu za pomocą klipsa, udokumentowane fakturą zakupu.
3. Wprowadzono charakterystykę grupy E31G Wszczepienie przezcewnikowe/ wymiana bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej, do grupy E37 Reperacja/ repozycja/ rewizja/ wymiana elektrody/układu stymulującego/ kardiowertera- defibrylatora wprowadzono procedurę 37.894 Usunięcie bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej.
4. W §25 ust. 1 pkt 1 zarządzenia zmieniono wartość wyjściową hospitalizacji z 30 tys. zł na 40 tys. zł. W związku ze znaczącym podniesieniem ceny za punkt i rosnącą inflacją w ostatnim roku za uzasadnione uznano podwyższenie przedmiotowej kwoty. Działanie jest kontynuacją długotrwałych analiz zainicjowanych w 2021 r. dążących do tego aby

rozliczanie świadczeń w tym trybie traktowane było jako wyjątek, a nie ogólna zasada rozliczania udzielonych świadczeń.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian rozporządzeniem oszacowano na 79 mln zł rocznie. Koszt wejścia w życie świadczenia Mechaniczne wspomaganie serca pompą wspomagającą lewą komorę serca u pacjentów z ciężką niewydolnością serca niekwalifikujących się do transplantacji serca jako terapia docelowa – w ramach leczenia szpitalnego miał wynieść około 82 mln zł rocznie.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2024 r.

III.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Zarządzenie Nr 172/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z ustawą z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 526), która przedłużyła o kolejne 6 miesięcy – do 31 grudnia 2022 r. okres obowiązywania aktualnych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), konieczne stało się przeprowadzenie kolejnej kwalifikacji świadczeniodawców do tego systemu na dotychczasowych warunkach określonych w ustawie o świadczeniach i rozporządzeniach wykonawczych. W BIP OW NFZ 30 września 2022 r. zostały opublikowane nowe wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wykaz ten obowiązuje od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 30 czerwca 2027 r. Znalazło się w nim 585 zakładów leczniczych.

W związku z powyższym oraz z uwagi na dużą liczbę zmian wprowadzonych do zarządzenia Nr 56/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zaistniała konieczność opracowania nowego zarządzenia.

W porównaniu do zarządzenia Nr 56/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2021 r., w niniejszym zarządzeniu uwzględniono wszystkie zmiany, które zostały dokonane zarządzeniami zmieniającymi. Pozostałe zmiany mają charakter porządkowy.

Wprowadzenie jednolitej treści zarządzenia ułatwi jego odbiór zarówno świadczeniodawcom, jak i świadczeniobiorcom oraz usprawni działanie OW NFZ.

Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 r.

Zarządzenie Nr 22/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiany wynikają z wejścia w życie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770)

wprowadzającej m.in. finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych z budżetu pozostającego w dyspozycji NFZ.

W niniejszym zarządzeniu wprowadzono też niezbędne zmiany porządkowe wynikające również z zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, w którym m.in. nastąpiło połączenie katalogu produktów wysokospecjalistycznych (1w) z katalogiem operacji wad serca i aorty piersiowej (1ws) w jeden katalog stanowiący załącznik nr 1w do zarządzenia szpitalnego. Zmiany te miały na celu ujednolicenie przepisów z przepisami wynikającymi z zarządzenia szpitalnego.

Ponadto, doprecyzowano termin, który jest tożsamy z terminem wynikającym z rozporządzenia 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.) na przekazanie dyrektorowi oddziału Funduszu certyfikatu akredytacyjnego i świadectw wydawanych przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej oraz Laboratoryjnej, w celu ustalenia współczynników jakościowych dla świadczeń wyodrębnionych z ryczałtu w ramach PSZ.

Zarządzenie Nr 53/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 marca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Ze względu na trwające prace w Ministerstwie Zdrowia mające na celu umożliwienie zastosowania współczynników korygujących wartość ryczałtu systemu zabezpieczenia ze względu na posiadanie przez świadczeniodawcę certyfikatu akredytacyjnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135), również w odniesieniu do podmiotów, które z odpowiednim wyprzedzeniem dopełniły wszelkich formalności w celu odnowienia akredytacji, natomiast nie uzyskały nowych certyfikatów akredytacyjnych przed rozpoczęciem okresu planowania, ze względu na przewlekłość procedury oceniającej, zasadne było wydłużenie terminu wyliczenia wartości ryczałtu PSZ, o którym mowa w §5 ust. 4 przedmiotowego zarządzenia. Wydłużenie terminu wyliczenia wartości ryczałtu PSZ do dnia 15 maja 2023 r. ma także na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia. Wskazany termin wyliczenia ryczałtu pozwolił na prawidłowe wyliczenie wartości ryczałtu z uwzględnieniem planowanych zmian w zakresie sposobu ustalania ryczałtu.

Zarządzenie Nr 71/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 kwietnia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiany w ww. regulacji były następstwem wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 749). Ze względu na rozporządzenie Ministra Zdrowia, wprowadzono analogiczne zmiany, wynikające z powyższego rozporządzenia, w zakresie umożliwienia skorzystania

ze współczynników korygujących dla zakresów wyodrębnionych w ramach PSZ, rozliczanych ceną jednostki rozliczeniowej, również w odniesieniu do podmiotów, które z odpowiednim wyprzedzeniem dopełniły wszelkich formalności w celu odnowienia akredytacji, natomiast nie uzyskały nowych certyfikatów akredytacyjnych przed rozpoczęciem okresu planowania, ze względu na przewlekłość procedury oceniającej.

Warunkiem skorzystania z tej możliwości było przekazanie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do dnia 30 kwietnia 2023 r. certyfikatu akredytacyjnego dotyczącego posiadanych profili systemu zabezpieczenia, którego ważność wygasła przed rozpoczęciem okresu planowania, wraz z oświadczeniem kierownika podmiotu leczniczego, że mimo złożenia wniosku o udzielenie akredytacji na kolejny okres, nie później niż 6 miesięcy przed upływem ważności certyfikatu akredytacyjnego, nie została zakończona procedura oceniająca. Jednocześnie regulacja spowodowała wydłużenie do dnia 30 kwietnia 2023 r. terminu przekazywania dyrektorowi OW NFZ certyfikatu akredytacyjnego ważnego w okresie planowania, co umożliwi skorzystanie z odpowiedniego współczynnika korygującego także świadczeniodawcom, którzy uzyskują taki certyfikat do tej daty. Ponadto w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. poz. 2821) uchylono rozdział 6 dotyczący zasad realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie powyższego rozporządzenia z uwagi na czas trwania pilotażu do dnia 31 marca 2023 r.

Zarządzenie Nr 73/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 kwietnia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Ze względu na rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 693) wprowadzono bezlimitowe finansowanie świadczenia dotyczącego leczenia udaru mózgu w oddziale udarowym w zakresie: neurologia – hospitalizacja – A48. Ponadto zgodnie z ww. rozporządzeniem w załączniku nr 1 wyodrębniono z ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia następujące zakresy świadczeń: leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, otorynolaryngologia – hospitalizacja – C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I, żywienie pozajelitowe w warunkach domowych, neurochirurgia – hospitalizacja – A03, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych, neurologia – hospitalizacja – A48, urologia – hospitalizacja – L91, chirurgia naczyniowa hospitalizacja ii poziom referencyjny – Q01, Q52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435, kardiologia – hospitalizacja – Q01, neurochirurgia – hospitalizacja – Q31, Q32, Q33, chirurgia naczyniowa – hospitalizacja -Q01, Q52, chirurgia ogólna - hospitalizacja – Q52, nefrologia – hospitalizacja – Q52, okulistyka – hospitalizacja – B16, B16G, B17, B17G, okulistyka – hospitalizacja – B11, B72 oraz w celu uporządkowania zmieniono lp. dla świadczeń: kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą, kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym hiv, leczonym lekami antyretrowirusowymi (arv), opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika,

opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy, opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von hippel-lindau (vhl).

W załączniku nr 1 również dokonano ujednoczenia nazw programów lekowych zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 marca 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 13), 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 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.).

Zarządzenie Nr 91/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Wprowadzone zmiany miały charakter doprecyzowujący i porządkowy.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650), w treści normatywnej w §2 ust. 1 zarządzenia w definicji Karty DiLO jak również w załączniku nr 6 do umowy, stanowiącej załącznik nr 2 do zarządzenia, dokonano stosownych zmian.

Uchylono pkt 12 w §2 ust 1 zarządzenia, zawierający odesłanie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. poz. 639, z późn. zm.), z uwagi na zakończenie realizacji pilotażu.

Zmiany w zakresie §19 zarządzenia miały na celu doprecyzowanie przesłanek umożliwiających finansowanie produktów leczniczych w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej (RDTL) jak również zasad ich weryfikacji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach.

Zmiany w załączniku nr 2 do zarządzenia, stanowiącym wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzane zostały w celu zapewnienia spójności z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe oraz dostosowaniem do §31 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787).

Zarządzenie Nr 102/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 lipca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiany w ww. regulacji są następstwem zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Pismem z dnia 18 czerwca 2023 r., znak:

DLG.742.59.2023.MG, Minister Zdrowia przekazał rekomendację celem jej zaimplementowania do systemu opieki zdrowotnej z dniem 1 lipca 2023 r.

W związku z powyższym zmieniono brzmienie w §7 ust. 5, poprzez ustalenie współczynnika korygującego o wartości 1,30 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do pierwszego lub drugiego poziomu w ramach PSZ, w przypadku sprawozdawania produktów sprawozdawczych: F72, F73, F82, F83, F93, F94, G25E, G25F, H83, J34, Q23, Q24 – zgodnie z zatwierdzoną rekomendacją.

Ponadto, w związku z wystąpieniem Konsultanta krajowego w dziedzinie otorynolaryngologii, w sprawie wyodrębnienia zakresu skojarzonego: otorynolaryngologia – hospitalizacja – C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I z ryczału podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ), w odniesieniu do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 693), dokonano następującej modyfikacji załącznika nr 1 do zarządzenia.

Z zakresu: otorynolaryngologia – hospitalizacja – C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I, który do tej pory funkcjonował, dla świadczeniodawców w systemie PSZ i poza systemem PSZ, zostały utworzone dwa zakresy świadczeń tj.: otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia sprawozdawane w ryczałcie PSZ) – C05H, C06G, C06H, C07H, C07I oraz otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ) – C05G, C07G, z wyjątkiem wymiany procesora mowy implantu do pnia mózgu.

Natomiast zakres: otorynolaryngologia – hospitalizacja – C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I ma zastosowanie tylko dla umów poza systemem PSZ.

W związku z powyższym w odniesieniu do wyodrębnionego świadczenia określonego w ww. rozporządzeniu tj.: leczenie głębokich zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych wraz z okresową wymianą procesora mowy, został wyodrębniony zakres dedykowany dla ww. świadczenia zawierający grupę C05G – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych oraz grupę C07G - Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu z wyjątkiem wymiany procesora mowy implantu do pnia mózgu. Konsekwencją zmiany jest modyfikacja załącznika do niniejszego zarządzenia, poprzez wskazanie w lp. 626 prawidłowego zakresu świadczeń o kodzie 03.4610.991.02 otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ) – C05G, C07G.

Zarządzenie Nr 127/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 sierpnia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiany w ww. regulacji są następstwem wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lipca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1477) oraz nowelizacji zarządzenia Nr 1/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), zwanego dalej również „zarządzeniem szpitalnym”.

W związku z powyższym umożliwiono świadczeniodawcom wnioskowanie co kwartał o zwiększenie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń związanych z leczeniem chirurgicznym raka błony śluzowej macicy z zastosowaniem systemu robotowego, leczeniem chirurgicznym raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego, leczeniem chirurgicznym z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego. Biorąc pod uwagę powyższe dokonano modyfikacji załącznika nr 1 do zarządzenia, polegającej na dodaniu zakresów dla ww. świadczeń, odpowiadającym zarządzeniu szpitalnemu. Dodatkowo w załączniku nr 1 dodano zakres: nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi, który może być realizowany w poradniach przyszpitalnych, zgodnie z zarządzeniem w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Ponadto, wprowadzono zmiany we wzorach wniosków dotyczących procesu procedowania dokumentów w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej (RDTL).

Wprowadzone zmiany miały charakter doprecyzowujący i porządkowy.

III.1.6. Opieka kompleksowa

III.1.6.1. KOS – Zawał

Zarządzenie Nr 39/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 lutego 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu wprowadzały zmiany w zakresie funkcjonującego mechanizmu redukcji wartości punktowej hospitalizacji <3 dni. Etapowe zwiększenie wartości punktowej hospitalizacji miało na celu eliminację nieuzasadnionego przedłużania hospitalizacji.

Przepisy zarządzenia (wprowadzone załącznikiem nr 1 do niniejszego zarządzenia) stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lutego 2023 r.

Zarządzenie Nr 133/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 września 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

Wprowadzone zmiany w niniejszym zarządzeniu uwzględniają wniosek racjonalizacyjny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w zakresie wprowadzenia nowych procedur w programie KOS-Zawał i obejmowały:

1. W zakresie §10 – zmianę porządkującą, polegającą na dodaniu przepisów potwierdzających finansowanie świadczeń w ramach umowy PSZ w zakresie dotyczącym programów lekowych lub na podstawie odrębnej umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.
2. W zakresie w §13:
 - pkt 14 zmianę porządkującą polegającą na umożliwieniu premiowanie świadczeniodawców z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1, którzy osiągnęli cel

terapeutyczny uzyskując co najmniej 40% odsetek pacjentów, u których w momencie zakończenia programu wykazano obniżenie poziomu cholesterolu LDL ≤ 55 mg/dl,

- pkt 15 – przepis umożliwiający rozliczanie produktu „Produkt premiowy KOS – zawał”.
3. Zmiany w zakresie załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe polegające na ujednoczeniu przepisów z przepisami zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, jak również konieczność dostosowania postanowień umowy do §31 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194).
4. W załączniku nr 4 - Opis przedmiotu umowy (załącznik nr 2 do zarządzenia):
- w lp. 2.2 Organizacja udzielania świadczeń – Leczenie: dodano pkt 4: Leczenie farmakologiczne: w przypadku spełnienia przez pacjenta kryteriów do objęcia leczeniem w ramach programu lekowego – możliwość finansowania świadczenia w ramach umowy PSZ w zakresie dotyczącym programów lekowych lub na podstawie odrębnej umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe,
 - w lp. 2.2 Organizacja udzielania świadczeń - Monitorowanie: dodano - wykonanie badań elektrokardiograficznych i badań laboratoryjnych: morfologia krwi, stężenie potasu we krwi, stężenie kreatyniny we krwi, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), wystawienie skierowania na badanie lipidogramu, które powinno być wykonane w okresie pomiędzy 6 a 10 tygodniem od zmiany leczenia hipolemizującego, a także edukację pacjenta przez personel pielęgniarski; oraz porady specjalistycznej kończącej opiekę w ramach KOS-Zawał, wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych, w tym lipidogramu, w przypadku nieosiągnięcia celu terapeutycznego wizyta kontrolna powinna być sprawozdawana każdorazowo,
 - w części parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń dodano punkt 9 dotyczący odsetka pacjentów, u których w momencie zakończenia programu wykazano obniżenie poziomu cholesterolu LDL ≤ 55 mg/dl.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 września 2023 r.

III.1.6.2. Onkologiczne świadczenia kompleksowe – KON

Zarządzenie Nr 11/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych.

1. Uaktualniono brzmienie przepisu w zakresie zasad rozliczania świadczeń onkologicznych finansowanych w ramach grup JGP J03O, F32O, F42O:
- zmieniono okres uwzględniany przy ocenie warunku minimalnej liczby zrealizowanych świadczeń zabiegowych,

- rozszerzono zakres grup JGP, których realizacja jest uwzględniana przy szacowaniu minimalnej liczby zrealizowanych świadczeń zabiegowych (oprócz dotychczasowych grup J03F, F32, F42 – dodano grupy J03O, F32O, F42O);

2. Skorygowano wycenę punktową produktów rozliczeniowych: kolonoskopia diagnostyczna oraz kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.).

Przedmiotowa zmiana w zakresie merytorycznym wynikała bezpośrednio (symetryzacja przepisów) z zarządzenia Nr 61/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.).

Zarządzenie Nr 37/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 lutego 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych.

- skategoryzowano istniejący produkt rozliczeniowy „Znieczulenie całkowite dożylnie” na dwa produkty w celu rozliczania świadczeń o podobnej kosztochłonności;
- dla produktu „Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego” rozszerzono wskazania o badania tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (MR).

Przedmiotowe zmiany wprowadzono w związku z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2678).

Ponadto wprowadzono zmiany w zakresie funkcjonującego mechanizmu redukcji wartości punktowej hospitalizacji < 3 dni.

Zarządzenie Nr 92/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych.

1. Wprowadzono nowe pojęcie: „system KSO”, co związane jest z wejściem w życie ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 650).
2. Zmieniona została wartość współczynnika korygującego z 1,05 na 1,15 oraz zakres świadczeń dla których ma on zastosowanie. Zmiany zostały wprowadzone w związku z rekomendacjami AOTMiT (pismo znak: WT.5403.13.2023.AS.2), przekazanymi do wdrożenia przez Ministra Zdrowia (pismem znak: DLO.4024.27.2023.DK z dnia 28 kwietnia 2023 r.).
3. Zaktualizowano przepisy dotyczące udzielania onkologicznych świadczeń kompleksowych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – dodano podstawę prawną – art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 650). Przedmiotowe zmiany wynikają z wejścia w życie ww. ustawy.
4. Zaktualizowano przepisy dotyczące parametrów jakościowych do oceny udzielania świadczeń. Aktualizacja przepisów była konsekwencją uchylenia art 32c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r.

poz. 2561, z późn. zm.) i uregulowania zasad i sposobu monitorowania jakości opieki onkologicznej w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej.

Zarządzenie Nr 157/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych.

1. Uchylono przepisy dotyczące funkcjonowania Ośrodka Raka Piersi.
2. Uchylono podział onkologicznych świadczeń kompleksowych na „moduły” diagnostyki, leczenia, monitorowania i rehabilitacji.
3. Dla kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) wprowadzono nowe produkty rozliczeniowe, Q20 Małe zabiegi na układzie limfatycznym, pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II, Pobyt diagnostyczny.
4. W celu dostosowania terminologii dotyczącej onkologicznych świadczeń kompleksowych w załączniku nr 1on:
 - zmieniono nazwy produktów rozliczeniowych dotyczących opieki psychologicznej,
 - usunięto produkty rozliczeniowe dotyczące poszczególnych konsultacji specjalistycznych i wprowadzono jedno świadczenie.
5. Dostosowano charakterystyki grup JGP w KON-Pierś do zakresu świadczeń określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 1955).
6. Dla produktu rozliczeniowego Pobyt diagnostyczny umożliwiono realizację świadczenia w trybie ambulatoryjnym.
7. Wprowadzono nowe procedury ICD-9 w rehabilitacji.

Powyższe zmiany wynikają ze zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 1955), rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1954) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. poz. 1953).

III.1.6.3. Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO)

W dniu 20 kwietnia 2023 roku weszła w życie ustawa z dnia 9 marca 2023 roku o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 650, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o KSO”. Ustawa wprowadza nowy model zarządzania opieką onkologiczną w Polsce. Głównym celem nowych przepisów było zapewnienie każdemu pacjentowi niezależnie od miejsca zamieszkania, równego dostępu do koordynowanej i kompleksowej opieki onkologicznej. Wdrożenie KSO stanowi realizację założeń Narodowej Strategii Onkologicznej i zakłada

osiągnięcie jak najlepszej organizacji opieki onkologicznej, poprawę jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia onkologicznego, wzrost poziomu satysfakcji pacjenta, optymalizację kosztów opieki onkologicznej oraz odwrócenie niekorzystnych trendów epidemiologicznych.

W związku z wejściem w życie ustawy o KSO do zarządzeń Prezesa NFZ zaimplementowano obowiązujące regulacje dotyczące funkcjonowania KSO. Zgodnie z przepisami podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń opieki onkologicznej w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia opieki onkologicznej w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. 20 kwietnia 2023 roku) weszły do Krajowej Sieci Onkologicznej.

Jednocześnie w następnym etapie przepisy ustawy o KSO przewidują przeprowadzenie do dnia 31 marca 2025 r. pierwszej kwalifikacji świadczeniodawców do następujących poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej: Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO): I poziomu, II poziomu, III poziomu oraz Ośrodki Kooperacyjne.

Kwalifikacji do Krajowej Sieci Onkologicznej dokonuje Prezes Funduszu. Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do KSO, zgodnie z ustawą o KSO ma obowiązywać 2 lata od dnia następującego po dniu jego ogłoszenia.

III.1.7. Programy pilotażowe

Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”

Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” rozpoczął się od 1 lipca 2021 roku a zakończy się 30 czerwca 2024 r. Program skierowany jest do osób, które ukończyły lub ukończą 40 lat (w momencie badania) i nie korzystały wcześniej z programu Profilaktyka 40 PLUS lub skorzystały z niego, ale minęło co najmniej 12 miesięcy od pierwszych badań w ramach programu. Nie istnieje górna granica wieku udziału w programie.

Do programu pilotażowego kwalifikowali się świadczeniobiorcy, którzy: w roku przeprowadzenia programu pilotażowego ukończą lub ukończyli 40. rok życia (uwzględniany jest rok urodzenia), nie korzystali ze świadczeń udzielanych w ramach tego programu pilotażowego, odpowiedzieli na pytania ankietowe programu pilotażowego za pośrednictwem infolinii lub za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666), posiadali czynniki ryzyka choroby układu krążenia – warunek wykonania badania kontrolnego profilu lipidowego, posiadali czynniki ryzyka cukrzycy – warunek wykonania badania stężenia glukozy we krwi, posiadali czynniki ryzyka raka jelita grubego – warunek wykonania badania krwi utajonej w kale.

Program Profilaktyka 40 PLUS obejmuje 3 pakiety badań.

Pakiet badań diagnostycznych dla kobiet: morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, pomiar stężenia cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy, pomiar stężenia glukozy we krwi, próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, badanie poziomu kreatyniny we krwi, badanie ogólne moczu, badanie poziomu kwasu moczowego we krwi, pomiar krwi utajonej w kale – metodą immunochemiczną (iFOBT).

Pakiet badań dla mężczyzn: morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi, pomiar stężenia cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy, pomiar stężenia glukozy we krwi, próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, badanie poziomu kreatyniny we krwi, badanie ogólne moczu, badanie poziomu kwasu moczowego we krwi, pomiar krwi utajonej w kale – metodą immunochemiczną (iFOBT), PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity.

W ramach wspólnego pakietu badań każda osoba miała możliwość wykonania: pomiaru ciśnienia tętniczego, pomiaru masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI).

Program pilotażowy oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (Dz. U. 2021 poz. 2253) oraz zarządzenia nr 199/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10.12.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (z późn. zm.). Pilotaż realizowany jest przez 12 podmiotów na terenie 10 województw RP. Czas trwania pilotażu został przedłużony do końca czerwca 2024 r. Celem programu pilotażowego było praktyczne sprawdzenie efektywności różnych programów oddziaływań terapeutycznych przedstawionych przez realizatorów programu pilotażowego. Jednocześnie program miał za zadanie ograniczenie symptomów problemowego korzystania z nowych technologii cyfrowych przez ograniczenie zachowań związanych z problemowym korzystaniem z nowych technologii cyfrowych oraz zwiększenie wiedzy i samoświadomości w odniesieniu do istniejącego problemu.

Program pilotażowy badania stóp dzieci i młodzieży

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego badania stóp dzieci i młodzieży (Dz. U. 2022 poz. 60) oraz zarządzenia nr 55/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2023 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego badania stóp dzieci i młodzieży. Program pilotażowy realizowany był w 16 podmiotach medycznych, wyłonionych w drodze otwartego naboru przeprowadzonego przez NFZ. Celem programu pilotażowego było praktyczne sprawdzenie efektywności wykrywania wad kończyn dolnych u dzieci w wieku od 5. do 16. roku życia przez manualne badanie biomechaniki stóp oraz badanie podoskopowe albo manualne badanie biomechaniki stóp oraz komputerowe badanie stóp na platformie, a także przetestowanie zaplanowania, prowadzenia i końcowej oceny postępowania w przypadku stwierdzenia w badaniach wad kończyn dolnych.

Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD

Program pilotażowy został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (Dz. U. poz. 1202) oraz Zarządzenia nr 189/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 grudnia 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD. Program realizowany był w 8 ośrodkach na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Czas trwania pilotażu to 48 miesięcy od dnia zakończenia etapu organizacji niniejszego programu pilotażowego. Celem programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie KORD (tj. poniżej 33. tygodnia ciąży) od daty wypisu z oddziału noworodkowego do ukończenia 3. roku życia, była poprawa wyników leczenia niedojrzałych noworodków oraz jakości i efektywności działań koniecznych do prawidłowego rozwoju takiego dziecka. Dodatkowym celem było wypracowanie standardu organizacyjnego i postępowania medycznego w zakresie opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie.

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

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz.U. z 2023 r. poz. 1858 t. j.). Zostało opublikowane zarządzenie Nr 181/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 08.11.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. Zarządzenie zostało zmienione zarządzeniem Nr 104/2022/DSOZ oraz Nr 132/2022/DSOZ. Pilotaż KOS-BAR realizowany był przez 19 realizatorów. Leczenie zabiegowe w zakresie chirurgii bariatrycznej było realizowane do końca 2023 r. Czas trwania pilotażu został przedłużony do końca grudnia 2024 r. Celem programu była kompleksowa opieka specjalistyczna nad dorosłymi świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej. Na mocy ww. rozporządzenia zostały zmienione założenie pilotażu dotyczące sposobu rozliczenia świadczeń udzielonych w ramach modułu III rehabilitacja lecznicza przed- i pooperacyjna, tym samym finansowanie świadczeń stało się korzystniejsze dla świadczeniodawcy.

Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej z dnia 10 maja 2021 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 23 t. j.) Obowiązuje Zarządzenie nr 166/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21.12.2022 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej. Na mocy rozporządzenia (Dz.U. z 2022 r. poz. 2293) sieć kardiologiczna została rozszerzona o 6 nowych województw i obejmuje łącznie 7 województw. Etap realizacji pilotażu został przedłużony do końca 2024 r. Celem programu

pilotażowego jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki kardiologicznej w ramach sieci kardiologicznej.

Program pilotażowy „Leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych”

Pilotaż był realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1985 z późn.zm.) oraz Zarządzenia Nr 128/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 grudnia 2018 r. (z późn. zm.). Celem pilotażu była ocena skuteczności praktycznej oraz wypracowanie optymalnego modelu organizacji leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych. W 2023 roku program pilotażowy realizowany był przez 26 realizatorów. Program pilotażowy jest realizowany od 1 grudnia 2018 r. do 30 czerwca 2024 r.

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

Pilotaż był realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1185 z późn.zm.) oraz zarządzenia Nr 135/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 września 2020 r. (z późn. zm.) Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być realizowane do 31 grudnia 2024 r. Celem programu pilotażowego była poprawa efektywności diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z NF/RAS oraz wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych charakterystycznych dla tej grupy świadczeniobiorców, a także ocena efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad świadczeniobiorcami. Zgodnie z zapisem w rozporządzeniu program pilotażowy w 2023 r. był realizowany jest przez 4 ośrodki wskazane przez Ministra Zdrowia.

Program pilotażowy dotyczący oddziaływań terapeutycznych dla osób z doświadczeniem traumy

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy (Dz.U. poz. 2805 z 2022r.) oraz zarządzenia nr 27/2023/DSOZ z dnia 6 lutego 2023r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy.

Celem programu była ocena efektywności różnych programów oddziaływań terapeutycznych przygotowanych przez realizatorów programu pilotażowego. W 2023 r. realizatorami programu było 14 świadczeniodawców. Świadczenia w ramach programu pilotażowego mogą być udzielane do 31 grudnia 2024 r.

Program pilotażowy leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2022 r. w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych (Dz. U.2022 poz. 2027) oraz zarządzenia nr 147/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 listopada 2022 roku w sprawie umów o realizację programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych. Celem wprowadzanego programu pilotażowego była poprawa leczenia gruźlicy wielolekoopornej w RP oraz ponadnarodowa harmonizacja i wdrożenie standardów Światowej Organizacji Zdrowia w okresie wyzwań epidemiologicznych. Celami pośrednimi programu było rozwiązanie problemu ciągłości terapii osób, o których mowa w art. 1 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583, z późn.), leczonych z powodu gruźlicy wielolekoopornej oraz przetestowanie telemonitoringu nad osobami z gruźlicą wielolekooporną, a także ograniczenie hospitalizacji osób z gruźlicą wielolekooporną na rzecz leczenia prowadzonego w trybie ambulatoryjnym. Centralnym ośrodkiem koordynującym program jest Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Program skierowany jest dla osób powyżej 18 roku życia, która nie wymaga hospitalizacji i która posiada udokumentowane rozpoznanie wstępne gruźlicy wielolekoopornej. Okres realizacji programu pilotażowego przewidziany został do dnia 30 września 2025 roku.

Program pilotażowy opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 roku w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej (Dz. U. poz. 1353) oraz zarządzenia nr 118/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 sierpnia 2023 roku w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. Celem programu pilotażowego jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki nad świadczeniobiorcami z zespołem stopy cukrzycowej w ramach połączonych świadczeń na oddziałach chorób wewnętrznych i chirurgii z pooperacyjną kontrolą procesu gojenia. Leczenie jest prowadzone przez zespół, w skład którego wchodzi zarówno specjaliści z oddziału zabiegowego (chirurgia ogólna), jak i zachowawczego (chorób wewnętrznych), co w razie pozytywnego efektu może zagwarantować powszechność przyjętego rozwiązania. Dodatkową korzyścią dla pacjentów, w ramach planu leczenia, jest zagwarantowanie wizyt kontrolnych, w trakcie których oceniany jest postęp gojenia.

Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM

Program pilotażowy KOSM był realizowany od 1 września 2022 r. do 31 grudnia 2023 r. na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ nr 110/2022/DSOZ z dnia 29 sierpnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM ze zm. 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 świadczeniobiorców z rozpoznaniem ICD-10 G-35, kompleksową opieką. 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. Program pilotażowy KOSM realizowany był przez 5 ośrodków na terenie województw: dolnośląskiego, mazowieckiego, pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego.

Program pilotażowy „Recepta na Ruch”

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2023 r. w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch” (Dz.U. z 2023 r. poz. 2247 ze zm.) oraz zarządzenia Prezesa NFZ nr 179/2023/DSOZ z dnia 8 grudnia 2023 r. w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch”. Okres realizacji programu przewidziano do dnia 20 października 2025 r. Celem programu jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców diagnostyką i profilaktyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych, w przypadku których jest zalecana aktywność fizyczna, uzupełnioną o realizację indywidualnych programów treningowych i żywieniowych dostosowanych do możliwości i potrzeb świadczeniobiorcy z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi teleinformatycznych. Program obejmie maksymalnie 15 000 świadczeniobiorców w kraju.

Program pilotażowy „Dobry posiłek w szpitalu”

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach „Dobry posiłek w szpitalu” (Dz. U. 2023 poz. 2021).

Opublikowano zarządzenie nr 140/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 września 2023 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach „Dobry posiłek w szpitalach”. Do programu pilotażowego kwalifikuje się pacjentów przyjętych do szpitala, którzy nie są żywieni wyłącznie dojelitowo lub wyłącznie pozajelitowo lub nie przebywają na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Sposób realizacji pilotażu zakłada zapewnienie pacjentom w szpitalu wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, na zlecenie lekarza – porad żywieniowych przez osobę planującą dietę. 555 świadczeniodawców miało zawarte umowy na realizację programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach „Dobry posiłek w szpitalu”. Celem programu pilotażowego jest: zwiększenie dostępności porad żywieniowych w szpitalach, wdrożenie optymalnego modelu żywienia świadczeniobiorców w szpitalach. Stawka w wysokości 25,62 zł za dzień pobytu w szpitalu, stanowi dodatkowe środki przeznaczone wyżywienie szpitalu w ramach realizacji pilotażu.

Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej

Podstawę prawną pilotażu stanowi Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej z dnia 13 grudnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2423 z późn. zm.). Realizacja programu od stycznia 2019 r.

do 31 marca 2023 r. Było to rozwiązanie o charakterze pilotażowym, zwiększające dostęp do kompleksowego i koordynowanego leczenia i diagnostyki dla pacjentów, u których rozpoznano nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca. Celem pilotażu była ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej na terenie województwa dolnośląskiego, podlaskiego, pomorskiego i świętokrzyskiego. W ramach programu pilotażowego testowana była zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu, opartego na sieci ośrodków onkologicznych, zwanej „siecią”. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia raport końcowy NFZ z programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej został przekazany ministrowi właściwemu ds. zdrowia i uzyskał jego akceptację a następnie 14 listopada 2023 r. został opublikowany na stronie Centrali NFZ.

Program pilotażowy opieki w centrach zdrowia psychicznego

Realizacja programu realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852 z późn. zm.) została omawiana w części III.1.14 dotyczącej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Program pilotażowy w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności

W 2023 r., na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności (Dz. U. poz. 2601 z późn., zm.) oraz wydanego na jego podstawie zarządzenia nr 85/2023/DAII Prezesa NFZ z dnia 1 czerwca 2023 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności NFZ rozpoczął realizację pilotażu z wykorzystaniem innowacyjnych urządzeń wielofunkcyjnych.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, celem programu pilotażowego jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem innowacyjnego urządzenia wielofunkcyjnego do monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności, w tym po przebytych zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Pilotaż składał się z trzech etapów: 1) organizacji programu pilotażowego; 2) realizacji programu pilotażowego; 3) ewaluacji programu pilotażowego. Ostatecznie, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności (Dz. U. poz. 2603) termin zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego został ustalony na dzień 30 kwietnia 2024 roku.

Na podstawie wyników naboru realizatorów do pilotażu, organizowanego przez Ministerstwo Zdrowia, 13 Oddziałów Wojewódzkich NFZ (z wyjątkiem: kujawsko-pomorskiego, łódzkiego i świętokrzyskiego) zawarło umowy o realizację świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu z 39 realizatorami.

III.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie

W 2023 r. w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, dokonano zmian zarządzeniem Nr 30/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 lutego 2023 r., polegających na:

1. Usunięciu zakresów „Telekonsylium kardiologiczne” oraz „Telekonsylium geriatryczne”. Świadczenia te wprowadzono w 2015 r., kiedy obowiązujące wówczas przepisy nie pozwalały na udzielanie świadczeń w formie teleporad.
2. Dostosowaniu wartości produktów związanych z leczeniem krwią i jej składnikami do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. (Dz. U. poz. 2817).
3. Zmianie wycen badań endoskopowych przewodu pokarmowego – gastrokopii i kolonoskopii, w zakresie „Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy”.
4. Dodaniu produktu rozliczeniowego „Świadczenie specjalistyczne 1-go typu”, w zakresach: „Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika” oraz „Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy”.

Ponadto zarządzeniem Nr 48/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 marca 2023 r., dokonano zmian polegających na:

1. Wykreśleniu w załączniku nr 1 do zarządzenia, w zakresie – Domowa antybiotykoterapia dożylna – produktów rozliczeniowych dedykowanych poszczególnym antybiotykom (60 pozycji), które zostały zastąpione jednym produktem rozliczeniowym „antybiotyk podawany dożylnie” (z wykazu antybiotyków określonych w załączniku nr 18).

Jednocześnie dodano załącznik nr 18 do zarządzenia, zawierający wykaz antybiotyków odpowiadających nazwom produktów wymienionych dotychczas w zakresie „Domowa antybiotykoterapia dożylna”;

2. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2674), wprowadzającej finansowanie z Funduszu Medycznego świadczeń udzielanych osobom do ukończenia 18. r.ż., związanych z diagnostyką genetyczną, zmodyfikowano:

- załącznik nr 1 - utworzono nowy zakres skojarzony do zakresu „badania genetyczne” pod nazwą "badania genetyczne - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia", w którym są realizowane badania genetyczne dla dzieci,
- załącznik nr 1b – utworzono zakresy skojarzone do wszystkich 3-ch obowiązujących zakresów dodając do nazw dotychczasowych zakresów określenie: „świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia”;

3. W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2678), wprowadzono możliwość rozliczania badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego w całkowitym znieczuleniu dożylnym.

Dodatkowo zarządzeniem Nr 68/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 kwietnia 2023 r., dokonano zmiany polegającej na dodaniu nowego zakresu świadczeń, tj. Nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi, odpowiadającego nowemu świadczeniu gwarantowanemu wprowadzonemu przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2641).

III.1.9. Opieka Paliatywna i Hospicyjna

Świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna realizowane były w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 262 ze zm.). Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia realizowane były w ramach: oddziału medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowego, hospicjum domowego dla dzieci, poradni medycyny paliatywnej, perinatalnej opieki paliatywnej. Przedstawiciele NFZ uczestniczyli w pracach powołanego przez Ministra Zdrowia zespołu w spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Dnia 1 kwietnia 2023 r. weszło w życie zarządzenie nr 45/2023/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Przedmiotowe zarządzenie wprowadziło nowy produkt rozliczeniowy: „porada w domu świadczeniobiorcy” w zakresie poradni medycyny paliatywnej. Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 262), poradnia medycyny paliatywnej, poza świadczeniami udzielonymi na miejscu w poradni, może wykonać do 2 wizyt w tygodniu w domu pacjenta. Celem tej zmiany była poprawa dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, poprzez zachęcenie świadczeniodawców do podjęcia się realizacji tego zakresu świadczeń oraz tworzenia nowych podmiotów.

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

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowane były w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie

świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2022 r. poz. 965 ze zm.).

Świadczenia realizowane były: w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/ opiekuńczo-lecznym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/ opiekuńczo-lecznym dla dzieci i młodzieży, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-lecznym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/ opiekuńczo-lecznym dla dzieci wentylowanych mechanicznie, w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie, w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej.

Dnia 1 stycznia 2023 r. weszło w życie zarządzenie nr 156/2022/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Wprowadzana zmiana polegała na zobowiązaniu świadczeniodawców udzielających świadczeń rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej do ustalenia - przed złożeniem dokumentów rozliczeniowych - czy nie nastąpił wypis świadczeniobiorcy ze szpitala lub zgon świadczeniobiorcy. Zapis miał na celu ograniczenie występowania błędów w sprawozdawczości, polegających na wykazywaniu przez świadczeniodawców pacjentów do rozliczeń, w przypadku, gdy pacjent ten zmarł w szpitalu. Uzyskanie informacji o zgonie chorego w czasie pobytu w szpitalu, pozwoli świadczeniodawcy na wcześniejsze przyjęcie kolejnego pacjenta z listy oczekujących, zwiększając tym samym dostępność do świadczeń w przedmiotowym zakresie.

III.1.11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, są świadczenia gwarantowane określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2024 r. poz. 500), wydanym na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji¹³, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych. W rozporządzeniu zostały określone limity finansowania, kryteria przyznawania, okresy użytkowania oraz limity cen napraw wyrobów medycznych.

Od 1 stycznia 2023 r., w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 2319), wprowadzone zostały zmiany w finansowaniu wyrobów medycznych na zlecenie. Zmiany dotyczą m.in.:

- rozbudowano zasady refundacji wyrobów płaskodziających, zarówno na miarę jak i produkowanych seryjnie,

¹³Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. poz. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).

- umożliwiono częstszą refundację rurek tracheostomijnych z zapasowym wkładem – do 3 szt. na 6 miesięcy, a także wprowadzono refundację rurek silikonowych – 1 szt. na 6 m-y,
- w zakresie optyki okularowej podniesiono limit finansowania na soczewki okularowe przy określonych wadach wzroku, soczewki kontaktowe twarde, lupy, monookulary, okulary lupowe, okulary lornetkowe do bliży i dali,
- zwiększono limity finansowania na aparaty słuchowe,
- poszerzono refundację zestawów infuzyjnych do osobistej pompy insulinowej o moduły do pomp bezdrenowych,
- zmniejszono udział świadczeniobiorcy w limicie finansowania w przypadku cewników hydrofilowych dla osób dorosłych do 20%,
- w zakresie zaopatrzenia w sprzęt stomijny podniesione zostały limity finansowania na worki i płytki stomijne dla wszystkich pacjentów ze stomią. Dodatkowo wydzielono refundację akcesoriów wspomagających i uszczelniających, z osobnymi limitem 120 zł i współpłaceniem ze strony pacjentów na poziomie 20%. Wprowadzono również podwójny limit finansowania na podstawowe wyroby stomijne i akcesoria w przypadku pierwszego zlecenia po wyłonieniu stomii,
- w zakresie zaopatrzenia w środki absorpcyjne uszczegółowiono kategorie wyrobów chłonnych podlegające refundacji oraz wprowadzono dodatkowe limity finansowania,
- w zakresie zaopatrzenia w wózki inwalidzkie: uporządkowano refundację wózków specjalistycznych dla dzieci i dorosłych, zostały wyodrębnione limity dla każdego rodzaju wózka, także elektrycznego,
- w zakresie zaopatrzenia w sensory oraz transmitters do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) - dostosowanie refundacji do wyrobów medycznych dostępnych na rynku. Ponadto rozszerzono wskazania do refundacji czujników do systemu monitorowania stężenia glukozy flash (FGM),
- od 1 stycznia 2023 r. wprowadzono refundację wymienników ciepła i wilgoci (HME).

Ponadto, od 1 października 2023 r. zostało wdrożone e-zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Tym samym osoby wystawiające zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne mają obowiązek podpisać zlecenie jedną z form określonych w art. 38 ust. 4d ustawy o refundacji, tj.: kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnych w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS (certyfikat e-ZLA).

W przypadku braku dostępu do serwisów internetowych lub usług informatycznych Funduszu, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach a także w przypadku braku możliwości podpisania zlecenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS (certyfikatem e-ZLA), zlecenie wystawia się w postaci papierowej. Może być ono wypisane: ręcznie, na druku określonym

w załączniku nr 1 w rozporządzenia Ministra Zdrowia¹⁴ lub wydrukowane z systemu własnego świadczeniodawcy, ale bez zapisu danych w systemie eZWM. Takie zlecenie wymaga potwierdzenia przez pracownika w oddziale Funduszu.

Ponadto, nadal jest możliwość przekazania zlecenia celem jego potwierdzenia do dowolnie wybranego oddziału Funduszu z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności drogą elektroniczną (np. skan/email/fax).

Powyższe rozwiązania umożliwiły pacjentom szerszy dostęp do finansowanych publicznie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

III.1.12. 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. W 2023 r. wprowadzono finansowanie niektórych świadczeń stomatologicznych pakietami. Dotyczy to w szczególności świadczeń z zakresu chirurgii stomatologicznej i periodontologii. Wprowadzono również zmienioną (podwyższoną) wycenę świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej.

III.1.13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień realizowane są w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285 z późn. zm.) i udzielane w warunkach: stacjonarnych: w ramach oddziałów psychiatrycznych, oddziałów leczenia uzależnień oraz w izbie przyjęć, dziennych: w ramach oddziału/ośrodka dziennego psychiatrycznego oddziału/ośrodka dziennego leczenia uzależnień, ambulatoryjnych: w ramach poradni psychiatrycznych, zespołu leczenia środowiskowego, poradni leczenia uzależnień, oraz w formie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852 z późn. zm.).

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

¹⁴Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz.U. z 2023 r. poz. 2334).

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

W 2023 roku Fundusz kontynuował realizację nowych rozwiązań w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia, opartych na środowiskowym modelu realizacji świadczeń tj. blisko miejsca pobytu pacjenta. W tym zakresie przeprowadzono następujące działania legislacyjne.

Zarządzeniem nr 74/2023/DSOZ z dnia 28 kwietnia 2023 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zaimplementowano przepisy nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2023 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 510). Do zarządzenia wprowadzono zmianę polegającą na zwiększeniu czasu trwania programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym, realizowanego na rzecz świadczeniobiorców, w tym ich przedstawicielei ustawowych. Natomiast, w załączniku nr 1 i 1a do zarządzenia w zakresie świadczeń dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi zaburzeniami rozwoju dodano produkty rozliczeniowe umożliwiające rozliczenie porady lekarskiej terapeutycznej i porady lekarskiej kontrolnej. Dodatkowo dla wizyt terapeutycznych w zakresie programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym, realizowanych przez różnych specjalistów wprowadzono odrębne produkty rozliczeniowe, w tym poradę terapeutyczną udzielaną przez psychologa posiadającego kompetencje w zakresie terapii integracji sensorycznej.

Wprowadzono również nową jednostkę redakcyjną, regulującą sposób sprawozdawania świadczeń udzielonych w domu lub w środowisku dzieci i młodzieży, o których mowa w załączniku 8 do rozporządzenia, więcej niż jednemu świadczeniobiorcy.

Kolejną nowelizacją zarządzenia nr 181/2023/DSOZ z 14 grudnia 2023 r., w związku ze zgłaszanymi przez oddziały Funduszu wątpliwościami dotyczącymi możliwości podpisania ze świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń na ten sam zakres świadczeń realizowanych w poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży zarejestrowanej pod tym samym adresem –doprecyzowano przepis uniemożliwiający realizację w ww. poradni, zarejestrowanej pod tym samym adresem, świadczeń gwarantowanych z tego samego zakresu.

Według stanu na koniec 2023 roku Narodowy Fundusz Zdrowia roku zawarł umowy na realizację świadczeń z:

- 447 zespołami/ ośrodkami środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny,
- 80 centrami zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny,
- 75 centrami zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny posiadający w strukturze organizacyjnej poradnię zdrowia psychicznego i oddział dzienny,

- 33 ośrodkami wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny (świadczeniodawcy prowadzący ośrodek zobowiązani są również do realizacji świadczeń w zakresie jednej z form II poziomu referencyjnego).

Prezes NFZ podejmował również inne działania regulujące zakres opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W systemie informatycznym NFZ wprowadzono dostosowanie polegające na umożliwieniu sprawozdawania w ramach produktu rozliczeniowego więcej niż jednej osoby personelu biorącej udział w realizacji świadczenia gwarantowanego udzielanego przez dwie osoby z personelu. W efekcie zarządzeniem zmieniającym nr 74/2023/DSOZ z dnia 28 kwietnia 2023 r., dotychczasowe produkty rozliczeniowe określone w załączniku nr 1 i 1a do zarządzenia, przeznaczone do rozliczenia przedmiotowych świadczeń, zastąpiono jednym produktem dla określonego świadczenia.

Następnie zarządzeniem zmieniającym nr 181/2023/DSOZ z 14 grudnia 2023 r., w zakresie świadczenia w izbie przyjęć, wprowadzono do sprawozdawania do Funduszu, nowe produkty sprawozdawcze dotyczące badań laboratoryjnych, obrazowych i elektrofizjologicznych, natomiast w zakresie porady lekarskiej diagnostycznej – badania laboratoryjne. Regulacja wskazała, że przedmiotowe badania można sprawozdać dopiero po otrzymaniu wyniku. Jednocześnie wprowadzono produkt rozliczeniowy umożliwiający rozliczenie porady domowej lub środowiskowej zrealizowanej przez pielęgniarkę w tym samym dniu i miejscu kolejnemu świadczeniobiorcy. Doprecyzowano również i poszerzono zakres świadczeń gwarantowanych jednostkowych realizowanych na rzecz osób uprawnionych innych niż świadczeniobiorca (np. rodzin czy osób stanowiących oparcie społeczne świadczeniobiorcy), dla których w związku z potrzebą sprawozdawania kodu rozpoznania wg ICD-10, wskazano do stosowania kod Z76.8 – osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych określonych okolicznościach. Dodatkowo w związku z potrzebą ujednoczenia przepisów zarządzenia z §31 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), wprowadzono zmianę do wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, polegającą na doprecyzowaniu zakresu recept.

III.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego

W 2023 roku kontynuowano realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, który rozpoczął się z dniem 1 lipca 2018 r. w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852 z późn. zm.). Celem programu pilotażowego jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Na koniec 2023 roku NFZ zawarł umowy na realizację świadczeń w 100 centrach zdrowia psychicznego. Nowelizacją rozporządzenia pilotażowego z dnia 13 września 2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1982) przedłużono czas trwania programu pilotażowego do 31 grudnia 2024 r.

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

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

Zarządzeniem nr 132/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 września 2023 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego zaimplementowano przepisy nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 1288).

Zarządzeniem zmieniającym wprowadzono wynikający z rozporządzenia obowiązek dla realizatorów pilotażu w postępowaniu o zawarcie z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego do przedłożenia kopii ofert dotyczących podwykonawstwa w realizacji pilotażu.

Ponadto w związku z wprowadzeniem możliwości wliczenia miejsc oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dorosłych do wymaganej liczby miejsc w oddziałach dziennych, celem zabezpieczenia świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń, w zarządzeniu dodano produkt sprawozdawczy umożliwiający sprawozdawanie wykonanych świadczeniobiorcy z obszaru działania centrum, świadczeń w ramach oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dorosłych.

W związku z wątpliwościami, dotyczącymi sposobu postępowania w przypadku zaistnienia potrzeby wprowadzenia zmian do umów o udzielanie świadczeń w ramach pilotażu (np. w przypadku konieczności poszerzenia obszaru działania centrum, wprowadzenia do umowy nowej komórki organizacyjnej albo jej usunięcia czy też innej sytuacji wymuszającej takie zmiany), dodano przepis, zgodnie z którym w przypadku zmiany umowy o realizację pilotażu, odpowiednio zastosowanie będą miały przepisy dotyczące trybu wnioskowego przed podpisaniem stosownego aneksu.

Dodatkowo w związku z potrzebą ujednoczenia przepisów zarządzenia z §31 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), wprowadzono zmianę do wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, polegającą na doprecyzowaniu zakresu recept.

Jednocześnie w załączniku nr 3 do zarządzenia – w zakresie świadczenia pomoc doraźna i porada lekarska diagnostyczna, wprowadzono nowe produkty sprawozdawcze dotyczące badań laboratoryjnych obrazowych i elektrofizjologicznych, do sprawozdawania do Funduszu w przypadku ich udzielenia świadczeniobiorcy.

III.1.15. Rehabilitacja lecznicza

W 2023 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 10.01.2023 r. opublikowano zarządzenie Nr 7/2023/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Wprowadzono nim regulacje dotyczące spełnienia warunków realizacji świadczeń domowych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w przypadku ich udzielania przez podmioty posiadające umowę na fizjoterapię ambulatoryjną. Dodatkowo wprowadzono obowiązek wyodrębnienia w harmonogramie personelu udzielającego świadczeń domowych w umowach na fizjoterapię ambulatoryjną, w przypadku realizacji tych świadczeń.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2023 roku.

III.1.16. Ogólna charakterystyka zmian w przepisach dotyczących kontroli

W 2023 roku zostały wprowadzone istotne zmiany w przepisach dotyczących realizacji kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 1938), wprowadzono zmiany w:

- ustawie o świadczeniach dodano możliwość rozszerzenia zakresu przedmiotowego kontroli oraz wyłączono możliwość złożenia zażalenia na czynności Prezesa NFZ, o których mowa w art. 61d ust. 12 i art. 61t ust. 3, czyli na rozpatrzenie przez Prezesa NFZ środków odwoławczych w procesie kontroli w postaci sprzeciwu i zastrzeżeń. Niniejsza zmiana weszła w życie z dniem 1 listopada 2023 r.;

- ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – zmiany dotyczące wskazania terminu zwrotu Funduszowi kwoty stanowiącej równowartość kwoty refundacji wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji, o której mowa w art. 46 ust. 1, oraz w miejsce kary pieniężnej nakładanej w drodze decyzji administracyjnej, wprowadzono karę pieniężną w wysokości równowartości kwoty refundacji, która będzie określana w wystąpieniu pokontrolnym i wezwaniu do zapłaty.

III.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej

III.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej

W rozdziale przedstawiono efekty funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵, zwanego dalej również „systemem zabezpieczenia”, „siecią szpitali”, „PSZ” lub „systemem PSZ”. Porównano funkcjonowanie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w okresie 2022-2023 tj. rok do roku.

III.2.1.1. Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2022-2023

Tabela nr III.1. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2022-2023 (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2022	2023	2022	2023
Dolnośląski	2 944 256	3 322 702	4 408	6 279
Kujawsko-pomorski	2 906 222	3 236 390	3 277	4 598
Lubelski	2 914 809	3 368 021	3 107	4 570
Lubuski	1 060 068	1 188 795	1 280	1 771
Łódzki	3 198 981	3 686 618	3 682	5 418
Małopolski	4 283 361	4 789 239	5 049	7 250
Mazowiecki	8 061 696	9 122 861	9 593	13 780
Opolski	1 049 506	1 168 349	1 064	1 588
Podkarpacki	2 559 686	2 955 614	2 777	4 041
Podlaski	1 803 293	2 174 120	1 778	2 600
Pomorski	2 895 087	3 312 971	3 383	4 916
Śląski	5 395 101	6 052 613	6 878	9 739
Świętokrzyski	1 549 673	1 770 841	1 862	2 644
Warmińsko-mazurski	1 682 584	1 993 443	1 821	2 595

¹⁵Dane wykorzystane do analizy pochodzą z systemu informatycznego Centrali NFZ i zostały wygenerowane w dniu 19 kwietnia 2024 r. W przypadku świadczeń rozliczonych w ramach ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniono ich wartość w oparciu o cenę jednostki sprawozdawczej ryczałtu systemu zabezpieczenia obowiązującą w danym okresie rozliczeniowym.

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2022	2023	2022	2023
Wielkopolski	3 350 899	3 783 860	5 072	7 127
Zachodniopomorski	2 299 763	2 515 949	2 535	3 471
Polska	47 954 985	54 442 386	57 567	82 386

Tabela nr III.2. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne za okres 2022-2023 r. (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2022	2023	2022	2023
Dolnośląski	1 362 870	1 542 485	4 010	5 682
Kujawsko-pomorski	1 056 417	1 208 588	2 906	4 074
Lubelski	877 721	1 005 691	2 705	3 979
Lubuski	323 232	362 908	1 110	1 521
Łódzki	1 106 548	1 225 227	3 236	4 736
Małopolski	1 332 549	1 471 084	4 475	6 450
Mazowiecki	2 744 646	3 157 444	8 508	12 248
Opolski	334 151	383 941	911	1 359
Podkarpacki	876 177	985 213	2 461	3 560
Podlaski	461 892	548 190	1 550	2 226
Pomorski	1 073 649	1 243 064	2 980	4 351
Śląski	1 972 881	2 269 431	6 156	8 705
Świętokrzyski	554 508	619 376	1 637	2 313
Warmińsko-mazurski	523 187	588 095	1 572	2 216
Wielkopolski	1 491 794	1 678 543	4 579	6 425
Zachodniopomorski	763 301	852 233	2 199	3 009
Polska	16 855 523	19 141 513	50 996	72 854

Tabela nr III.3. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju AOS za okres 2022-2023 (wartości świadczeń w mln zł).

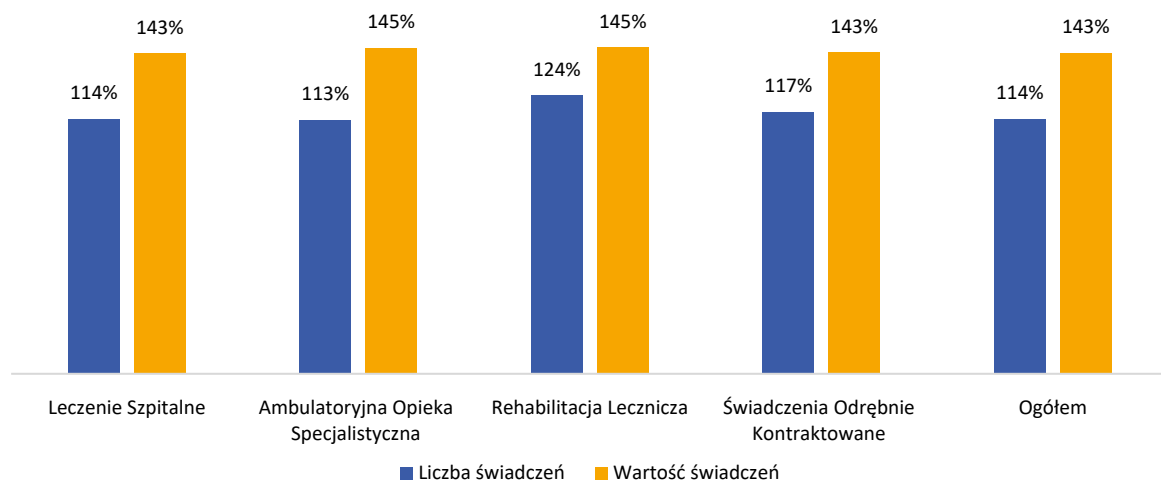
OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2022	2023	2022	2023
Dolnośląski	1 518 668	1 705 655	268	389
Kujawsko-pomorski	1 827 696	1 996 980	285	396
Lubelski	1 957 203	2 256 041	294	445
Lubuski	729 509	815 869	129	184
Łódzki	2 003 926	2 363 764	325	499
Małopolski	2 795 742	3 083 888	439	622
Mazowiecki	4 771 689	5 368 852	740	1 048
Opolski	697 156	759 628	103	144
Podkarpacki	1 634 651	1 903 158	243	372

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2022	2023	2022	2023
Podlaski	1 300 327	1 553 283	191	304
Pomorski	1 693 265	1 937 219	294	416
Śląski	3 299 408	3 644 789	535	768
Świętokrzyski	931 427	1 065 065	142	213
Warmińsko-mazurski	1 069 473	1 292 308	165	255
Wielkopolski	1 795 822	2 034 415	314	460
Zachodniopomorski	1 520 833	1 645 905	274	373
Polska	29 546 795	33 426 819	4 743	6 888

Tabela nr III.4. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2022-2023 wg rodzaju świadczeń (wartości świadczeń w mln zł).

Rodzaj świadczeń	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2022	2023	2022	2023
Leczenie Szpitalne	16 855 523	19 141 513	50 996	72 854
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	29 546 795	33 426 819	4 743	6 888
Rehabilitacja Lecznicza	853 220	1 058 447	1 189	1 729
Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	699 447	815 607	638	914
Razem	47 954 985	54 442 386	57 567	82 386

Wykres nr III.1. Porównanie wzrostu w latach 2022-2023 w ujęciu liczbowym i wartościowym wg rodzaju



świadczeń.

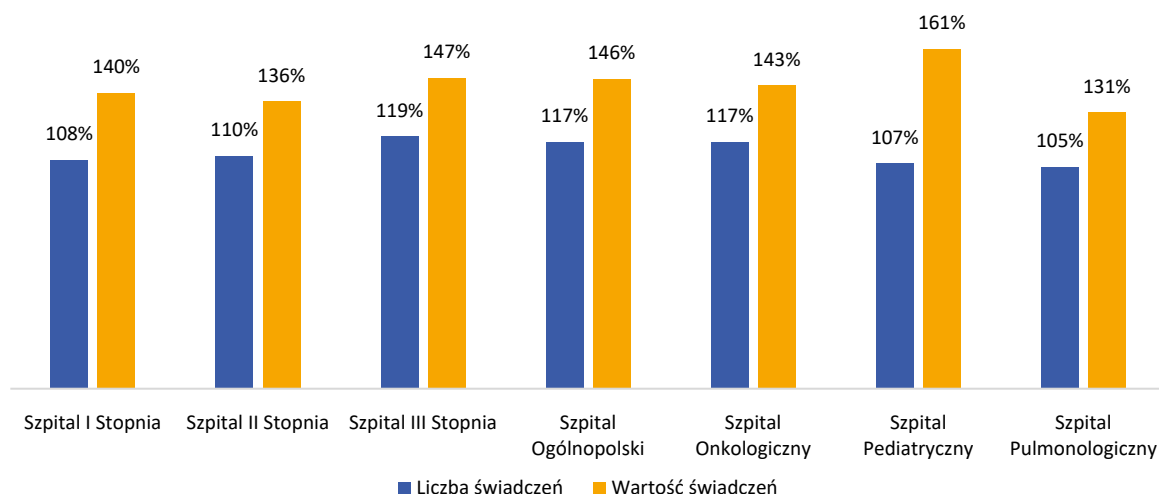
Wzrost liczby świadczeń w okresie 2022-2023 r. objętych systemem PSZ to ok. 14% w skali kraju. W analizowanym okresie odnotowano wzrost liczby świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń. Największy wzrost odnotowano w rodzaju rehabilitacja lecznicza (24%) oraz świadczenia odrębnie kontraktowane (17%). Należy mieć jednak na uwadze, że liczba świadczeń zależna jest od sposobu raportowania świadczeń do NFZ. W ujęciu wartościowym odnotowano wzrost wartości świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń, ogółem o ok.

43%. Istotny wzrost wartości świadczeń jest konsekwencją działań podjętych w związku z rekomendacją Nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W 2023 nastąpił również wzrost ceny jednostki sprawozdawczej w ryczałcie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu 1,62 zł w styczniu do 1,72 zł od lipca.

Tabela nr III.5. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2022-2023 wg. poziomu PSZ (wartości świadczeń w mln zł).

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2022	2023	2022	2023
Szpital I Stopnia	11 218 272	12 131 793	9 848	13 755
Szpital II Stopnia	9 629 126	10 602 835	10 174	13 816
Szpital III Stopnia	10 013 301	11 937 472	12 683	18 617
Szpital Ogólnopolski	12 571 326	14 680 640	19 228	28 130
Szpital Onkologiczny	2 813 640	3 278 938	3 705	5 315
Szpital Pediatryczny	1 033 211	1 100 657	781	1 254
Szpital Pulmonologiczny	676 109	710 051	1 148	1 499
Ogółem	47 954 985	54 442 386	57 567	82 386

Wykres nr III.2 Procentowa zmiana liczby oraz wartości świadczeń w 2023 roku w porównaniu do 2022 roku wg poziomu szpitali.

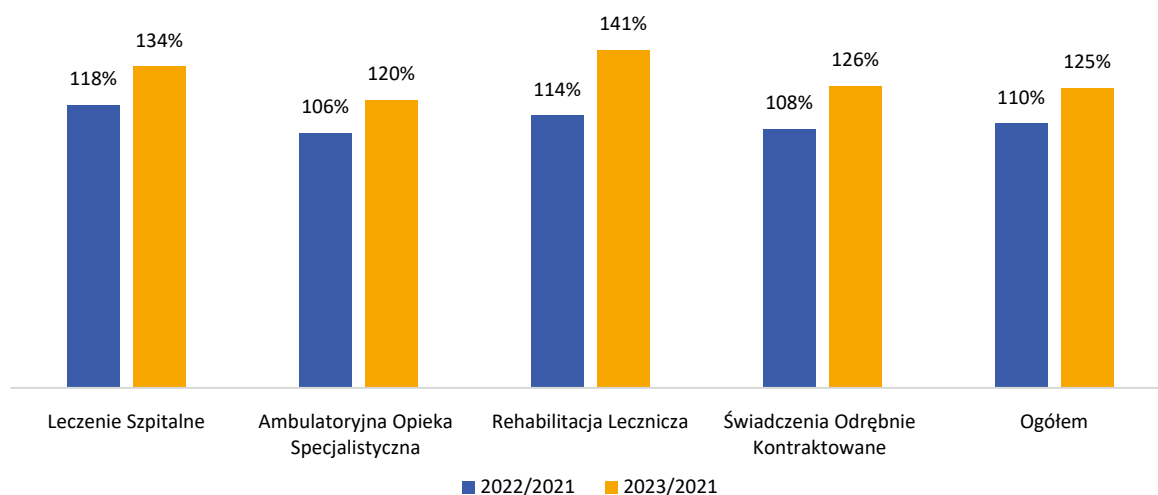


Wzrost liczby udzielonych świadczeń zanotowały szpitale wszystkich poziomów zabezpieczenia zdrowotnego. Największy względny wzrost odnotowano w podmiotach zakwalifikowanych do pediatrycznego poziomu zabezpieczenia.

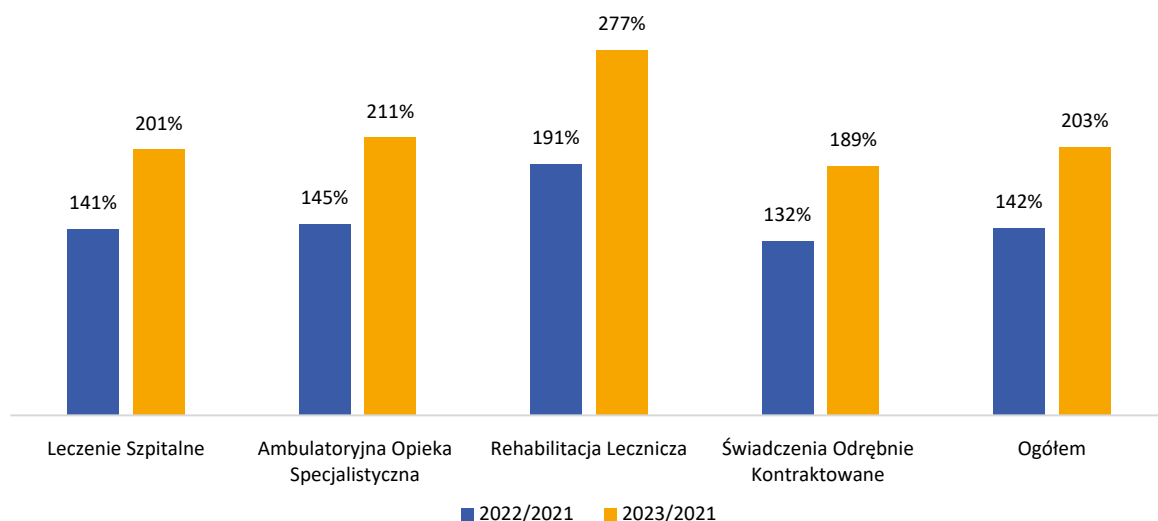
Tabela nr III.6. Liczba szpitali zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ.

Poziom PSZ	2022	2023
Szpital I Stopnia	275	268
Szpital II Stopnia	96	98
Szpital III Stopnia	61	66
Szpital Onkologiczny	18	19
Szpital Pulmonologiczny	30	29
Szpital Pediatryczny	12	12
Szpital Ogólnopolski	86	87
Razem	578	579

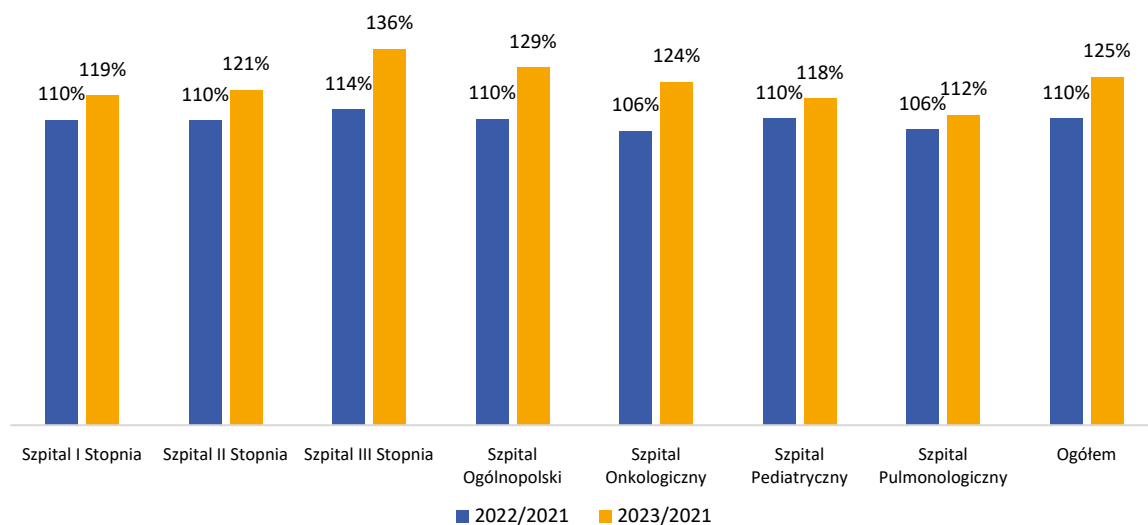
Wykres nr III.3. Porównanie dynamiki w ujęciu liczbowym wg rodzaju świadczeń.



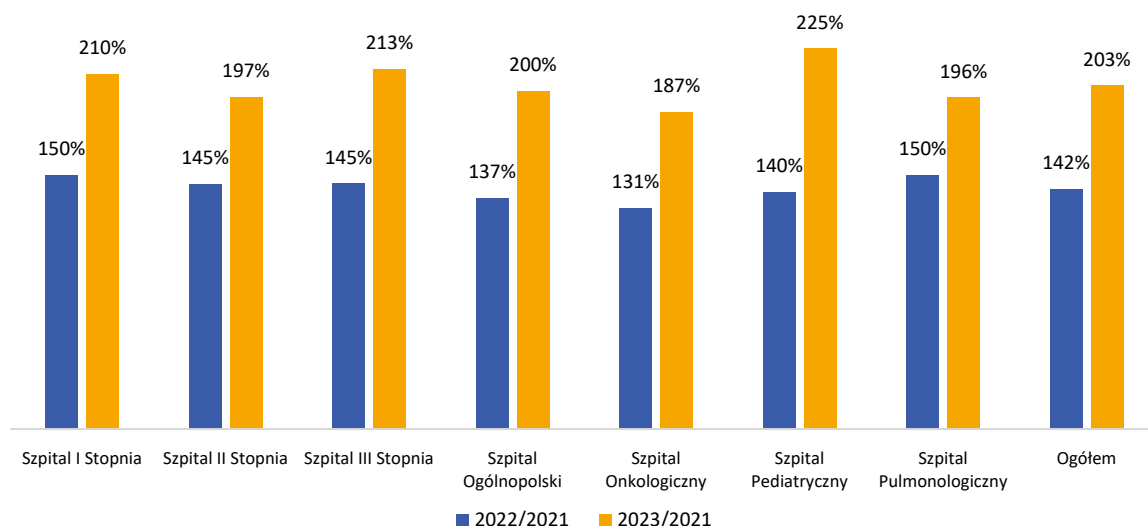
Wykres nr III.4. Porównanie dynamiki w ujęciu wartościowym wg rodzaju świadczeń.



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



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



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

Postępowania konkursowe w 2023 roku przeprowadzono postępowania w trybie konkursu ofert i rokowań. Wszystkich postępowań było 5 182. Rozstrzygnięto 3 170, unieważniono bądź odwołano 1 991 oraz 21 postępowań ze statusem zakończony.

Tabela nr III.7. Liczba postępowań w 2023 roku, stan na 31.12.2023 r. (wszystkie).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywna i hospicyjna	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Liczba postępowań
Dolnośląski		22	67	50	8	8	1	7	2	6	1		172
Kujawsko-Pomorski	1	54	37	13	1	11		1					118
Lubelski	1	51	51	15	7	7		91	34	13		2	272
Lubuski		22	73	26	20	48		3	30	16	5	5	248
Łódzki		69	123	81	142	5		17	8		10	2	457
Małopolski		87	121	8	354	14		6	41	73	2	4	710
Mazowiecki		173	36	18	20	32		4	4	17	2		306
Opolski		44	81	9	59	2		3		28	21		247
Podkarpacki		53	200	14	22	9		7	29	2	1		337
Podlaski		42	50	18	35	73		34	21	39	30	8	350
Pomorski		12	21	16	60		2	74	28	55	45		313
Śląski	18	15	32	5	2	486		18	17		1		594
Świętokrzyski		20	75	4	1	3		1		15		2	121
Warmińsko-Mazurski		64	67	57	6	12		42	7	22	72	1	350
Wielkopolski		110	55	78	61	3		8	18	56	3		392
Zachodniopomorski		52	24	13	2	95	4		3	2			195
Razem	20	890	1113	425	800	808	7	316	242	344	193	24	5 182

III.2.2.1. Liczba i wartość umów w 2023 roku

Tabela nr III.8. Liczba i wartość (w tys. zł) umów 2023 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ.

OW NFZ	Liczba umów	Wartość umów
Dolnośląski	2 558	9 822 661,92
Kujawsko-Pomorski	1 710	6 905 928,33
Lubelski	2 068	7 391 705,42
Lubuski	1 108	3 066 506,43
Łódzki	2 586	8 604 169,76
Małopolski	3 005	11 645 110,82
Mazowiecki	3 871	20 438 602,40
Opolski	1 190	2 900 566,72
Podkarpacki	2 426	6 990 283,37

OW NFZ	Liczba umów	Wartość umów
Podlaski	1 326	4 222 474,24
Pomorski	1 711	7 723 300,01
Śląski	4 507	15 962 520,64
Świętokrzyski	1 264	4 185 253,00
Warmińsko-Mazurski	1 542	4 209 686,51
Wielkopolski	4 336	11 211 716,77
Zachodniopomorski	1 360	5 332 582,05
Razem	36 568	130 613 068,39

III.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 imiennej 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 III.9. Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej w latach 2021-2023.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	707	707	689
Kujawsko-Pomorski	432	435	428
Lubelski	558	552	547
Lubuski	403	400	393
Łódzki	496	491	490
Małopolski	690	688	684
Mazowiecki	833	838	838
Opolski	262	264	258
Podkarpacki	677	664	666
Podlaski	299	295	292
Pomorski	501	496	497

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Śląski	993	998	1000
Świętokrzyski	270	272	268
Warmińsko-Mazurski	455	459	462
Wielkopolski	1 427	1 420	1 425
Zachodniopomorski	436	432	421
Razem	9 439	9 411	9 358

Powyższe dane przedstawiają nieznaczny spadek liczby świadczeniodawców w stosunku do ubiegłych lat.

Tabela nr III.10. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2021-2023 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	1 264 065,00	1 256 110,64	1 158 241,00	1 144 204,38	1 371 831,00	1 369 904,81
Kujawsko-Pomorski	900 965,00	894 167,44	925 662,00	808 625,19	956 241,00	945 636,68
Lubelski	930 539,00	895 774,02	828 372,00	826 155,53	1 014 909,00	1 014 897,34
Lubuski	451 386,00	436 672,75	398 253,00	391 862,89	476 478,00	463 802,20
Łódzki	1 102 584,00	1 088 552,73	1 000 056,00	989 694,31	1 199 890,00	1 182 611,97
Małopolski	1 474 648,00	1 460 643,86	1 381 232,00	1 360 091,57	1 611 857,00	1 603 714,09
Mazowiecki	2 520 001,00	2 486 162,84	2 319 245,00	2 302 781,58	2 691 110,00	2 672 795,99
Opolski	409 670,00	391 313,46	376 861,00	356 997,78	419 480,00	416 400,93
Podkarpacki	856 003,00	854 973,50	799 736,00	793 029,43	956 824,00	952 974,42
Podlaski	506 421,00	480 648,68	442 507,00	438 670,24	528 452,00	526 789,01
Pomorski	1 032 689,00	1 029 720,05	947 014,00	936 755,71	1 091 990,00	1 091 980,42
Śląski	1 953 378,00	1 943 118,47	1 852 448,00	1 776 685,81	2 116 867,00	2 093 287,69
Świętokrzyski	509 658,00	504 241,36	501 456,00	463 927,39	550 850,00	549 962,31
Warmińsko-Mazurski	587 380,00	585 160,98	541 432,00	534 345,71	634 354,00	630 647,81
Wielkopolski	1 593 115,00	1 558 918,41	1 477 572,00	1 440 086,36	1 692 967,00	1 662 901,67
Zachodniopomorski	743 211,00	723 903,23	679 382,00	665 299,29	793 357,00	770 312,80
Razem	16 835 713,00	16 590 082,42	15 629 469,00	15 229 213,17	18 107 457,00	17 948 620,14

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można wzrost kosztów finansowania świadczeń i ich wykonania w stosunku do ubiegłego roku. Spadek kosztów w 2022 roku podyktowany był wyhamowywaniem m.in. szczepień ochronnych przeciw COVID-19.

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

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	2 020 181	12 024 880	2 113 660	12 470 226	2 109 977	13 299 790
Kujawsko-Pomorski	1 487 489	9 132 385	1 540 805	9 451 565	1 543 034	10 040 423
Lubelski	1 551 951	9 795 676	1 600 873	10 225 769	1 600 437	10 907 496
Lubuski	719 128	4 230 815	751 767	4 323 401	759 432	4 681 436
Łódzki	1 826 889	11 396 988	1 896 009	11 778 824	1 900 160	12 468 281
Małopolski	2 423 670	13 737 574	2 538 871	14 366 064	2 564 454	15 333 604
Mazowiecki	3 754 020	20 685 365	3 926 888	21 688 944	3 944 298	23 111 265
Opolski	653 668	3 835 039	682 199	4 045 345	683 411	4 236 198
Podkarpacki	1 508 410	8 690 365	1 556 149	9 038 137	1 568 787	9 551 348
Podlaski	846 041	5 043 842	872 539	5 253 531	871 897	5 534 561
Pomorski	1 709 044	9 948 956	1 779 461	10 265 193	1 792 164	10 924 385
Śląski	3 264 986	19 753 413	3 389 810	20 785 900	3 383 468	21 601 587
Świętokrzyski	873 553	5 233 364	899 985	5 476 803	903 126	5 834 515
Warmińsko-Mazurski	1 008 341	6 200 002	1 039 904	6 412 549	1 035 873	6 721 993
Wielkopolski	2 605 727	15 962 653	2 741 774	16 981 873	2 749 759	17 746 594
Zachodniopomorski	1 226 269	7 707 338	1 273 862	7 976 894	1 271 412	8 403 708
Razem	27 479 367	163 378 655	28 604 556	170 541 018	28 681 689	180 397 184

Powyższe dane przedstawiają wzrost liczby świadczeń z jednoczesnym wzrostem liczby pacjentów w stosunku do lat ubiegłych.

Tabela nr III.12. Liczba zawartych umów na 2023 rok na realizację świadczeń w budżecie powierzonym opiece koordynowanej.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców
Dolnośląski	174
Kujawsko-Pomorski	107
Lubelski	243
Lubuski	37
Łódzki	155
Małopolski	164
Mazowiecki	217
Opolski	24
Podkarpacki	66
Podlaski	99
Pomorski	94
Śląski	193
Świętokrzyski	54

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców
Warmińsko-Mazurski	50
Wielkopolski	106
Zachodniopomorski	50
Razem	1 833

Tabela nr III.13. Liczba udzielonych świadczeń przez lekarzy POZ w latach 2021-2023

Świadczenie	2021	2022	2023
Porada domowa	996 127	1 101 055	1 142 878
Porada ambulatoryjna	112 116 469	119 228 310	122 696 529
Patronaże	126 279	132 514	127 951
Badanie bilansowe, w tym badanie przesiewowe	851 540	950 127	955 954
Profilaktyczne w ramach profilaktyki chorób układu krążenia	42 690	198 583	383 613

Tabela nr III.14. Liczba udzielonych świadczeń przez pielęgniarki POZ w latach 2021-2023

Świadczenie	2021	2022	2023
Wizyta domowa	4 121 755	4 368 575	4 720 367
Wizyta ambulatoryjna	10 917 078	11 320 229	12 236 394
Wizyta patronażowa	63 879	68 141	66 310

Tabela nr III.15. Liczba udzielonych świadczeń przez położne POZ w latach 2021-2023

Świadczenie	2021	2022	2023
Wizyta domowa	708 597	763 107	717 156
Wizyta ambulatoryjna	1 705 979	1 692 866	1 673 342
Wizyta patronażowa	1 291 149	1 243 572	1 127 790

Tabela nr III.16. Liczba udzielonych świadczeń w środowisku nauczania i wychowania w latach 2021-2023

	2021	2022	2023
Dzieci, którym wykonano testy przesiewowe w rocznikach określonych dla bilansów zdrowia	1 816 551	1 866 881	2 524 382
Badania przesiewowe w pozostałych rocznikach	1 133 273	1 619 563	1 661 111
Inne udokumentowane świadczenia profilaktyczne	5 239 104	6 498 071	6 950 339

III.2.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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

Tabela nr III.17. Liczba świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2021-2023.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	444	433	416
Kujawsko-Pomorski	296	293	291
Lubelski	236	233	234
Lubuski	143	137	140
Łódzki	342	328	329
Małopolski	386	379	384
Mazowiecki	528	514	519
Opolski	164	166	166
Podkarpacki	317	316	318
Podlaski	193	188	182
Pomorski	274	265	258
Śląski	827	798	798
Świętokrzyski	251	245	242
Warmińsko-Mazurski	279	273	272
Wielkopolski	577	552	553
Zachodniopomorski	230	218	211
Razem	5 487	5 338	5 313

Powyższe dane przedstawiają spadek liczby świadczeniodawców w porównaniu do ubiegłych lat.

Tabela nr III.18. Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	408 487	397 599	559 398	529 074	687 259	658 501
Kujawsko-Pomorski	207 324	207 479	288 879	289 274	362 847	362 061
Lubelski	237 204	235 108	349 307	348 073	463 280	462 280
Lubuski	113 749	114 511	156 495	154 556	198 499	196 371
Łódzki	333 816	309 087	494 914	464 763	624 458	607 212
Małopolski	431 055	429 182	586 064	570 208	742 183	717 883
Mazowiecki	635 351	631 285	894 733	887 493	1 118 943	1 116 706
Opolski	98 638	99 143	134 848	130 727	171 312	168 337
Podkarpacki	274 999	279 590	380 727	372 571	478 625	456 874
Podlaski	169 746	163 567	229 691	225 858	260 646	258 735
Pomorski	329 401	331 283	464 658	457 513	595 040	580 149
Śląski	737 095	737 772	1 029 539	1 005 086	1 315 241	1 270 763
Świętokrzyski	168 518	158 984	231 621	224 331	293 419	289 579
Warmińsko-Mazurski	177 614	175 769	247 633	243 980	291 154	289 509

	2021		2022		2023	
Wielkopolski	502 192	496 208	727 325	691 562	889 141	854 574
Zachodniopomorski	161 203	162 827	228 202	228 307	289 245	288 666
Razem	4 986 392	4 929 395	7 004 033	6 823 377	8 781 291	8 578 201

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

Tabela nr III.19. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	1 161 558	5 441 301	1 210 788	5 626 079	1 261 980	5 990 977
Kujawsko-Pomorski	862 870	4 048 483	899 420	4 230 607	936 725	4 507 922
Lubelski	888 838	4 504 272	949 168	4 902 814	1 005 489	5 434 209
Lubuski	407 001	1 832 517	430 239	1 923 968	451 073	2 048 379
Łódzki	1 033 648	5 232 910	1 089 727	5 606 288	1 152 356	6 146 694
Małopolski	1 384 542	7 166 961	1 446 477	7 468 433	1 518 171	8 011 559
Mazowiecki	2 184 849	10 666 098	2 307 634	11 433 352	2 431 536	12 472 154
Opolski	383 180	1 706 076	399 253	1 783 289	418 108	1 899 877
Podkarpacki	892 032	4 460 601	930 315	4 712 587	979 517	5 143 876
Podlaski	548 730	2 785 435	579 322	2 979 627	603 713	3 230 742
Pomorski	996 774	5 128 115	1 048 067	5 405 925	1 095 933	5 784 237
Śląski	2 053 345	11 054 470	2 132 803	11 569 419	2 214 582	12 340 024
Świętokrzyski	509 432	2 453 745	539 258	2 628 539	569 361	2 858 791
Warmińsko-Mazurski	598 713	2 847 589	624 666	2 982 189	653 716	3 180 249
Wielkopolski	1 400 345	6 530 379	1 451 872	6 689 590	1 514 184	7 126 510
Zachodniopomorski	692 379	3 350 468	718 975	3 459 375	748 025	3 685 381
Razem	15 998 236	79 209 420	16 757 984	83 402 081	17 554 469	89 861 581

Powyższe dane przedstawiają widoczny wzrost liczby świadczeń z jednoczesnym wzrostem liczby pacjentów w stosunku do lat ubiegłych.

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.

III.2.5. Leczenie szpitalne

Tabela nr III.20. Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym 2021-2023.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	69	69	69
Kujawsko-Pomorski	57	54	54
Lubelski	56	57	55
Lubuski	29	29	30
Łódzki	63	63	68
Małopolski	68	68	71
Mazowiecki	117	115	115
Opolski	33	32	32
Podkarpacki	50	52	53
Podlaski	35	36	36
Pomorski	39	41	41
Śląski	122	121	127
Świętokrzyski	37	35	35
Warmińsko-Mazurski	49	51	52
Wielkopolski	90	87	88
Zachodniopomorski	38	37	38
Razem	952	947	964

W 2023 roku zauważalny jest wzrost liczby świadczeniodawców w porównaniu z poprzednimi okresami sprawozdawczymi.

Tabela nr III.21. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość umów	Koszty realizacji	Wartość umów	Koszty realizacji	Wartość umów	Koszty realizacji
Dolnośląski	4 069 796,92	3 962 238,34	5 296 254,93	5 110 120,70	6 770 322,89	6 662 083,47
Kujawsko-Pomorski	2 894 671,88	2 898 146,51	3 808 597,02	3 817 484,72	5 057 758,52	5 053 545,03
Lubelski	3 014 937,58	2 994 641,58	3 966 254,20	3 962 817,46	5 096 842,64	5 061 281,08
Lubuski	1 139 230,24	1 134 616,64	1 535 662,65	1 502 306,87	1 980 581,58	1 963 514,20
Łódzki	3 702 851,97	3 558 148,91	4 847 473,92	4 669 665,05	6 254 936,28	6 110 553,28
Małopolski	4 639 137,35	4 601 554,64	6 179 101,44	6 045 021,87	8 154 526,05	7 897 410,49
Mazowiecki	8 831 389,29	8 901 022,24	11 556 394,75	11 465 248,24	15 082 755,20	15 087 096,95
Opolski	1 119 434,44	1 112 815,15	1 468 798,87	1 461 410,73	1 942 723,61	1 923 238,74
Podkarpacki	2 684 576,21	2 675 682,04	3 493 029,34	3 457 126,33	4 628 630,90	4 485 649,03
Podlaski	1 674 622,56	1 645 049,52	2 263 038,99	2 245 509,68	2 992 509,15	2 980 808,22
Pomorski	3 032 159,42	3 008 327,35	4 042 984,10	3 950 700,15	5 356 361,80	5 182 255,34
Śląski	6 540 954,46	6 486 233,09	8 527 213,13	8 320 339,66	11 062 586,87	10 730 280,73
Świętokrzyski	1 788 792,16	1 713 502,26	2 329 351,77	2 290 652,07	2 971 681,08	2 978 931,44
Warmińsko-Mazurski	1 767 538,13	1 736 771,16	2 291 997,92	2 291 670,36	2 968 348,29	2 973 923,03

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość umów	Koszty realizacji	Wartość umów	Koszty realizacji	Wartość umów	Koszty realizacji
Wielkopolski	4 700 370,34	4 547 797,99	6 126 826,53	5 979 137,41	7 980 487,55	7 857 639,01
Zachodniopomorski	2 216 277,08	2 209 841,02	2 917 338,08	2 921 213,36	3 850 998,03	3 833 813,26
Razem	53 816 740,04	53 186 388,45	70 650 317,65	69 490 424,67	92 152 050,42	90 782 023,30

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można coroczny wzrost planowych kosztów finansowania świadczeń oraz realizacji świadczeń.

Tabela nr III.22. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	526 278	1 048 910	621 538	1 233 402	637 114	1 343 591
Kujawsko-Pomorski	399 912	796 749	470 809	929 059	489 477	1 036 069
Lubelski	369 414	707 472	431 839	832 486	457 990	911 491
Lubuski	148 584	271 674	172 459	309 286	189 907	353 051
Łódzki	461 774	936 296	544 940	1 082 824	560 512	1 167 657
Małopolski	619 537	1 137 473	724 862	1 301 613	735 813	1 403 908
Mazowiecki	1 067 094	2 113 645	1 277 141	2 457 632	1 304 111	2 701 983
Opolski	171 421	292 526	203 091	343 733	212 465	377 684
Podkarpacki	395 582	742 229	459 575	844 480	475 767	934 486
Podlaski	215 941	403 305	248 296	463 166	254 095	507 665
Pomorski	442 352	845 648	523 511	987 571	533 522	1 071 928
Śląski	860 764	1 680 863	1 008 284	1 929 332	1 037 873	2 125 714
Świętokrzyski	232 770	429 889	273 507	502 072	290 001	579 488
Warmińsko-Mazurski	230 982	423 760	276 469	499 545	284 759	544 397
Wielkopolski	634 363	1 190 565	749 147	1 388 198	768 491	1 521 805
Zachodniopomorski	322 734	614 715	363 935	677 284	380 615	751 433
Razem	7 099 502	13 635 719	8 349 403	15 781 683	8 612 512	17 332 350

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

III.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 III.23. Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień 2021-2023.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	120	120	123
Kujawsko-Pomorski	77	74	76

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Lubelski	93	98	95
Lubuski	41	39	38
Łódzki	90	88	90
Małopolski	110	110	98
Mazowiecki	194	190	190
Opolski	43	44	43
Podkarpacki	66	66	66
Podlaski	48	50	49
Pomorski	75	76	76
Śląski	149	149	137
Świętokrzyski	49	49	47
Warmińsko-Mazurski	48	46	47
Wielkopolski	128	126	131
Zachodniopomorski	63	61	61
Razem	1 394	1 386	1 367

Zauważalny jest nieznaczny spadek liczby świadczeniodawców w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr III.24. Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	298 916,86	261 026,35	401 410,41	377 258,44	490 716,60	478 453,07
Kujawsko-Pomorski	160 128,39	151 542,87	208 600,93	210 552,38	244 635,62	244 497,14
Lubelski	228 860,10	199 733,03	309 382,12	305 954,49	365 682,63	364 865,49
Lubuski	131 379,29	105 069,82	196 473,81	189 678,68	240 984,92	238 245,97
Łódzki	163 819,68	156 592,80	254 751,52	238 972,03	323 181,93	310 485,29
Małopolski	244 455,29	227 931,39	284 688,84	279 051,43	307 002,96	303 792,25
Mazowiecki	491 903,27	460 233,32	652 329,03	642 374,48	781 860,38	780 482,67
Opolski	89 411,14	73 651,26	133 235,65	133 111,18	174 411,19	173 191,87
Podkarpacki	149 029,52	135 880,79	190 295,27	188 488,21	214 294,64	207 418,45
Podlaski	117 620,11	90 472,48	172 769,86	170 853,85	213 318,32	212 571,16
Pomorski	229 471,32	205 387,74	302 565,21	299 083,31	370 082,69	364 927,64
Śląski	413 933,93	365 500,48	529 922,15	521 444,03	626 462,33	613 084,87
Świętokrzyski	93 948,80	365 500,48	116 787,37	115 823,83	142 252,68	143 008,35
Warmińsko-Mazurski	111 687,17	113 957,83	132 276,95	132 531,73	158 008,24	158 605,25
Wielkopolski	281 808,30	266 932,90	373 540,25	363 280,39	486 739,69	475 762,06
Zachodniopomorski	105 129,24	115 704,46	146 731,17	146 153,32	172 930,60	172 298,28
Razem	3 311 502,42	3 295 118,00	4 405 760,53	4 314 611,77	5 312 565,41	5 241 689,80

Widoczny coroczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz kosztów realizacji świadczeń.

Tabela nr III.25. Porównanie liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021			2022			2023		
	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	123 112	974 715	930 014	128 758	1 086 785	965 081	131 026	1 136 286	993 319
Kujawsko-Pomorski	93 207	570 170	454 767	97 749	629 032	461 934	96 578	644 983	444 271
Lubelski	94 261	709 570	701 335	103 672	969 602	744 597	105 102	947 231	736 361
Lubuski	39 062	347 210	551 310	43 105	409 133	568 292	39 345	367 465	583 926
Łódzki	90 852	649 060	461 787	97 878	757 927	536 213	100 661	730 773	604 397
Małopolski	119 275	882 615	533 058	118 739	931 904	530 994	93 758	791 167	486 030
Mazowiecki	207 806	2 018 145	1 256 719	224 940	2 414 410	1 322 240	227 493	2 467 447	1 376 173
Opolski	39 658	260 385	319 763	41 763	308 121	347 043	45 857	335 376	363 307
Podkarpacki	83 992	512 677	430 646	87 496	625 250	413 493	78 786	623 984	363 163
Podlaski	46 192	293 832	347 549	48 794	378 186	368 040	49 386	375 465	393 452
Pomorski	110 053	808 542	687 874	115 354	896 954	691 427	109 827	883 069	709 757
Śląski	179 583	1 398 779	1 253 010	183 927	1 580 020	1 255 184	170 784	1 518 206	1 250 174
Świętokrzyski	51 526	298 731	256 609	53 228	332 106	275 899	53 183	329 716	292 505
Warmińsko-Mazurski	52 627	295 532	321 761	54 472	342 107	344 468	51 897	334 452	332 311
Wielkopolski	157 490	1 027 618	886 648	163 609	1 129 160	928 728	170 266	1 187 055	968 702
Zachodniopomorski	59 325	399 814	348 217	61 732	443 686	369 328	61 243	449 525	345 275
Razem	1 548 021	11 447 395	9 741 067	1 625 216	13 234 383	10 122 961	1 585 192	13 122 200	10 243 123

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można spadek liczby pacjentów, spadek liczby świadczeń w warunkach ambulatoryjnych i wzrost liczby świadczeń w warunkach stacjonarnych.

III.2.6.1. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Tabela nr III.26. Porównanie liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień pacjentów poniżej 18 roku życia w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021			2022			2023		
	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	19 044	231 824	68 916	21 988	258 852	82 500	25 816	308 080	84 091
Kujawsko-Pomorski	14 711	88 816	30 479	16 695	105 891	35 573	18 969	140 116	38 760
Lubelski	16 043	269 533	25 103	20 592	340 577	33 628	21 236	303 437	35 469
Lubuski	5 326	63 320	50 756	7 166	88 871	53 144	9 034	95 060	49 591
Łódzki	10 260	159 370	49 413	12 978	200 936	63 323	15 868	194 864	70 293
Małopolski	18 858	215 911	16 033	20 716	212 070	23 114	22 608	245 667	27 736
Mazowiecki	39 526	562 545	99 388	50 117	693 614	112 206	53 781	697 552	113 444
Opolski	4 750	39 527	6 083	5 200	50 826	7 423	7 046	60 983	8 113
Podkarpacki	12 778	143 459	11 603	15 445	180 505	12 490	15 606	182 547	13 245
Podlaski	8 082	73 675	5 365	8 988	106 474	9 411	10 630	121 402	20 787

Nazwa Oddziału	2021			2022			2023		
	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
Pomorski	15 531	166 574	50 333	19 432	208 703	59 646	22 554	214 989	64 732
Śląski	23 779	234 296	105 026	28 084	278 846	107 423	28 335	297 108	110 213
Świętokrzyski	6 430	56 519	11 405	7 510	69 050	16 746	8 197	67 004	20 487
Warmińsko-Mazurski	8 128	61 880	15 472	8 798	70 005	17 220	10 031	78 449	19 082
Wielkopolski	19 906	167 162	28 509	22 586	188 655	29 814	27 508	228 845	30 620
Zachodniopomorski	7 098	48 295	36 376	8 653	63 517	43 121	10 341	74 921	43 128
Razem	230 250	2 582 706	610 260	274 948	3 117 392	706 782	307 560	3 311 024	749 791

Widoczny coroczny wzrost liczby pacjentów oraz wzrost liczby świadczeń.

III.2.6.2. Centra Zdrowia Psychicznego

Tabela nr III.27. Porównanie liczby świadczeniodawców, liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w Centrach Zdrowia Psychicznego w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021			2022			2023		
	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	2 590	29 015	4	11 030	70 766	4	20 098	161 050
Kujawsko-Pomorski	1	12 291	70 530	3	15 999	91 864	4	32 514	210 141
Lubelski	2	4 763	52 187	4	6 574	71 897	7	13 875	150 174
Lubuski	2	9 729	66 845	3	15 365	90 038	3	22 048	171 127
Łódzki	3	25 742	254 330	3	26 471	208 843	4	32 340	269 444
Małopolski	4	20 320	192 622	9	43 450	307 698	14	77 668	618 733
Mazowiecki	4	19 745	193 756	8	31 637	273 420	10	50 140	435 029
Opolski	1	2306	22853	1	2486	25019	2	4735	34625
Podkarpacki	2	10 465	91 330	6	21 096	160 707	8	30 466	293 881
Podlaski	4	17 497	119 158	4	18 311	129 587	8	28 527	206 263
Pomorski	2	12 003	86 609	4	19 827	122 762	5	29 721	220 269
Śląski	2	11 588	92 591	6	27 038	206 771	11	49 832	412 114
Świętokrzyski	2	7 588	71 091	3	9 531	81 341	3	12 688	110 357
Warmińsko-Mazurski	1	5111	36 642	2	8 064	54 147	2	12 565	125 794
Wielkopolski	1	1 815	17978	3	3548	23119	5	15744	109326
Zachodniopomorski	1	7 869	64 201	3	12 805	94 415	5	22 051	191 255
Razem	33	171 422	1 461 738	66	273 232	2 012 394	95	455 012	3 719 582

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

III.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze

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

Tabela nr III.28. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w latach 2021-2023.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	138	134	136
Kujawsko-Pomorski	86	83	84
Lubelski	76	81	82
Lubuski	52	54	49
Łódzki	70	70	70
Małopolski	119	118	111
Mazowiecki	174	172	175
Opolski	52	52	53
Podkarpacki	152	152	155
Podlaski	42	40	42
Pomorski	47	48	50
Śląski	151	149	145
Świętokrzyski	51	51	51
Warmińsko-Mazurski	56	59	61
Wielkopolski	140	137	136
Zachodniopomorski	48	49	51
Razem	1 454	1 449	1 451

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

Tabela nr III.29. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	198 776	194 192	250 474,60	243 641,96	314 802,06	310 887,02
Kujawsko-Pomorski	109 699	109 327	138 862,79	138 319,44	170 788,22	170 514,77
Lubelski	128 509	125 726	163 913,54	163 551,52	210 659,31	209 246,41
Lubuski	46 062	45 249	65 045,39	63 918,99	82 094,61	81 882,06
Łódzki	114 850	109 024	145 018,01	141 650,72	184 539,01	182 238,91
Małopolski	242 449	236 308	298 259,65	292 618,53	407 068,20	397 866,55
Mazowiecki	290 464	289 430	362 826,68	360 330,01	487 559,84	485 528,19
Opolski	82 472	80 666	99 115,48	98 411,69	121 314,44	121 042,42
Podkarpacki	188 406	185 002	242 823,18	242 115,22	302 368,43	299 266,51
Podlaski	55 946	54 163	69 251,22	68 744,20	88 184,18	87 163,91
Pomorski	83 384	82 752	107 175,87	105 245,12	146 542,77	144 878,35

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Śląski	367 559	360 217	442 698,33	433 153,48	551 298,74	544 115,57
Świętokrzyski	82 962	78 551	100 254,88	98 140,10	125 257,63	124 493,95
Warmińsko-Mazurski	65 179	63 605	83 743,44	81 434,05	109 821,80	108 653,22
Wielkopolski	126 128	119 206	153 377,60	146 243,21	197 301,31	191 889,73
Zachodniopomorski	67 851	67 467	84 196,49	83 928,95	111 868,16	111 400,36
Razem	2 250 697	2 200 886	2 807 037,14	2 761 447,17	3 611 468,70	3 571 067,91

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można coroczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń.

Tabela nr III.30. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	8 149	1 918 981	8 383	1 958 161	8 468	2 063 458
Kujawsko-Pomorski	4 854	1 044 573	5 014	1 110 535	4 950	1 163 717
Lubelski	6 437	1 478 803	7 342	1 645 295	8 187	1 883 140
Lubuski	2 743	590 722	2 708	610 021	2 727	644 767
Łódzki	6 425	1 281 774	6 436	1 331 233	6 368	1 419 765
Małopolski	11 438	2 632 000	11 386	2 685 127	11 886	2 846 677
Mazowiecki	14 097	3 253 986	14 104	3 354 731	14 854	3 520 768
Opolski	4 485	1 076 970	4 481	1 085 652	4 700	1 118 520
Podkarpacki	9 371	2 228 487	9 725	2 344 959	9 633	2 453 319
Podlaski	2 729	567 461	2 806	599 518	3 009	645 696
Pomorski	3 621	665 373	3 902	696 641	4 346	802 691
Śląski	20 033	5 109 039	19 718	5 037 849	19 288	5 085 560
Świętokrzyski	4 417	1 000 719	4 527	1 054 092	4 485	1 100 827
Warmińsko-Mazurski	3 070	595 945	3 303	624 793	3 595	683 486
Wielkopolski	7 763	1 774 209	7 860	1 784 844	7 986	1 838 830
Zachodniopomorski	3 819	856 082	4 140	889 491	4 197	942 435
Razem	113 451	26 075 124	115 835	26 812 942	118 679	13 656

Zauważalny wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń.

III.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 III.31. Liczba świadczeniodawców w opiece paliatywnej i hospicyjnej w latach 2021-2023.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	33	34	33
Kujawsko-Pomorski	22	22	22
Lubelski	30	33	31
Lubuski	14	15	14
Łódzki	33	35	37
Małopolski	39	47	44
Mazowiecki	73	73	74
Opolski	12	12	13
Podkarpacki	48	47	48
Podlaski	15	16	16
Pomorski	29	32	31
Śląski	53	52	50
Świętokrzyski	20	20	20
Warmińsko-Mazurski	22	23	22
Wielkopolski	55	60	59
Zachodniopomorski	24	24	24
Razem	522	545	538

Widoczny spadek liczby świadczeniodawców w porównaniu do ubiegłego roku.

Tabela nr III.32. Wartość i wykonanie umów w opiece paliatywnej i hospicyjnej w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	91 908,97	89 369,52	119 166,91	116 582,89	168 220,46	165 087,16
Kujawsko-Pomorski	53 975,23	55 937,07	72 984,89	72 833,82	101 360,67	101 338,97
Lubelski	40 538,38	38 062,47	56 355,41	56 091,52	78 577,99	78 203,50
Lubuski	21 287,55	21 199,39	28 200,61	27 760,05	39 796,47	39 450,63
Łódzki	42 073,52	37 726,95	55 123,41	51 490,19	90 852,46	87 534,35
Małopolski	89 780,37	88 657,17	120 931,12	119 431,95	175 537,90	171 075,82
Mazowiecki	93 517,18	93 030,68	126 179,83	125 427,69	211 704,03	210 885,13
Opolski	28 914,12	28 509,93	37 952,62	37 554,62	56 798,05	56 729,55

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Podkarpacki	62 518,30	61 708,00	79 506,28	78 660,94	112 218,23	110 764,55
Podlaski	24 674,54	24 228,71	31 938,97	31 905,54	45 654,37	45 188,01
Pomorski	53 999,45	53 327,76	69 657,69	69 153,35	99 784,60	99 112,41
Śląski	104 094,66	102 749,74	131 691,44	123 002,56	175 911,36	173 175,87
Świętokrzyski	39 375,00	35 377,30	48 898,49	45 929,80	63 173,10	63 118,98
Warmińsko-Mazurski	27 761,03	27 022,84	32 690,33	32 071,69	44 415,68	44 278,52
Wielkopolski	80 714,00	71 435,07	95 458,59	89 931,36	143 489,87	133 859,75
Zachodniopomorski	25 808,97	25 566,73	33 912,89	33 438,23	47 816,85	47 494,60
Razem	880 941,28	853 909,33	1 140 649,48	1 111 266,20	1 655 312,07	1 627 297,80

Widoczny coroczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń

Tabela nr III.33. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	9 396	1 248 633	9 892	1 385 960	10 254	1 537 554
Kujawsko-Pomorski	6 405	838 951	6 701	900 385	6 960	953 030
Lubelski	4 018	451 481	4 607	518 077	5 018	583 067
Lubuski	2 712	333 178	2 759	347 805	2 933	375 558
Łódzki	5 669	514 976	6 101	522 522	7 022	646 022
Małopolski	7 753	857 895	8 242	959 325	9 131	1 121 359
Mazowiecki	11 141	1 319 747	12 108	1 433 017	13 435	1 639 306
Opolski	2 774	403 728	2 777	424 287	3 067	471 183
Podkarpacki	4 726	651 353	5 163	700 698	5 545	778 258
Podlaski	2 458	240 338	2 397	249 603	2 573	267 757
Pomorski	5 906	633 399	6 071	608 687	6 546	670 384
Śląski	12 462	1 368 151	12 710	1 418 499	13 218	1 498 473
Świętokrzyski	3 278	307 595	3 588	310 802	3 748	320 139
Warmińsko-Mazurski	3 253	366 417	3 335	367 356	3 414	387 704
Wielkopolski	8 155	856 962	8 607	935 088	9 351	1 074 501
Zachodniopomorski	3 340	353 893	3 374	371 584	3 508	397 915
Razem	93 446	10 746 697	98 432	11 453 695	105 723	12 722 210

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

III.2.9. Rehabilitacja lecznicza

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

Tabela nr III.34. Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2021-2023.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	165	164	166
Kujawsko-Pomorski	180	182	180
Lubelski	148	144	144
Lubuski	80	81	81
Łódzki	189	183	202
Małopolski	254	248	262
Mazowiecki	305	298	301
Opolski	81	81	85
Podkarpacki	341	339	341
Podlaski	48	49	50
Pomorski	114	110	110
Śląski	295	286	283
Świętokrzyski	138	135	132
Warmińsko-Mazurski	101	103	104
Wielkopolski	241	237	239
Zachodniopomorski	89	87	88
Razem	2 769	2 727	2 768

Widoczny wzrost liczby świadczeniodawców w porównaniu do ubiegłego roku.

Tabela nr III.35. Wartość i wykonanie umów w rehabilitacji leczniczej w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	210 631,38	206 687,32	302 045,00	292 994,79	390 332,21	375 614,64
Kujawsko-Pomorski	128 115,14	130 309,10	195 849,36	197 581,01	268 187,89	268 240,17
Lubelski	147 052,52	144 239,72	220 376,72	217 646,91	286 601,95	283 266,42
Lubuski	56 546,99	57 188,93	85 062,55	81 744,78	115 276,60	111 572,58
Łódzki	137 661,79	133 834,93	200 615,36	188 406,23	245 563,65	232 036,19
Małopolski	307 576,41	310 730,59	434 841,13	424 505,15	584 573,80	570 541,71
Mazowiecki	488 608,02	500 489,55	688 107,37	689 508,57	873 493,56	867 183,42
Opolski	60 548,91	60 920,71	93 528,60	90 144,80	126 744,86	118 614,49
Podkarpacki	246 471,20	249 014,99	349 625,09	341 696,48	466 418,82	442 581,17
Podlaski	65 685,55	65 100,23	96 502,72	96 122,80	135 501,41	134 194,12

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Pomorski	177 699,22	178 071,68	240 548,33	237 301,31	366 652,01	359 086,64
Śląski	393 525,97	393 017,05	549 803,32	526 349,26	750 280,49	721 241,84
Świętokrzyski	99 416,92	95 060,89	135 421,26	130 660,55	182 343,50	181 878,63
Warmińsko-Mazurski	66 769,56	65 958,41	102 441,05	101 697,23	121 082,33	122 009,47
Wielkopolski	209 033,99	206 893,99	303 512,53	299 150,14	424 703,47	410 214,15
Zachodniopomorski	85 206,90	86 747,35	124 196,19	124 253,52	158 075,22	158 466,12
Razem	2 880 550,47	2 884 265,44	4 122 476,58	4 039 763,54	5 495 831,77	5 356 741,74

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

Tabela nr III.36. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021			2022			2023		
	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	195 131	9 662 012	52 920	211 975	18 365 418	63 199	231 062	21 334 338	70 503
Kujawsko-Pomorski	175 570	9 235 761	15 517	195 468	17 950 532	20 361	210 828	20 961 542	29 470
Lubelski	161 189	9 039 933	10 140	181 347	18 329 567	14 215	201 505	21 651 649	18 253
Lubuski	74 032	4 281 406	18 829	82 161	8 255 787	33 095	90 783	9 686 698	41 497
Łódzki	202 029	10 541 406	9 140	216 371	18 994 575	14 989	238 699	22 800 102	20 707
Małopolski	291 609	15 268 838	58 217	312 985	28 738 487	59 761	338 802	33 663 888	68 525
Mazowiecki	467 756	25 234 598	59 036	510 061	45 595 168	70 647	554 047	51 900 951	91 386
Opolski	61 403	3 038 819	22 550	68 540	5 879 510	30 696	77 365	7 198 349	49 381
Podkarpacki	206 283	13 842 706	31 439	220 560	26 262 940	41 431	236 938	30 159 701	46 696
Podlaski	94 085	4 370 008	8 256	101 518	8 567 916	10 075	111 513	9 743 887	13 974
Pomorski	197 472	10 166 569	21 798	213 339	19 207 096	28 321	228 608	21 611 938	33 596
Śląski	336 808	16 982 624	120 746	366 946	31 937 154	140 314	399 320	36 952 242	150 521
Świętokrzyski	101 091	5 082 336	19 227	108 493	9 623 838	24 888	118 863	11 388 287	31 038
Warmińsko-Mazurski	96 737	4 000 467	28 705	104 732	7 612 732	41 611	113 665	8 435 600	50 625
Wielkopolski	210 003	11 906 497	35 801	225 863	22 498 063	51 305	247 674	26 490 365	62 875
Zachodniopomorski	94 497	4 625 080	8 175	102 366	8 584 011	9 926	112 065	9 852 441	10 454
Razem	2 965 695	157 279 060	520 496	3 222 725	296 402 796	654 833	3 511 737	343 831 980	789 500

Widoczny wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w warunkach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych.

III.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 III.37. Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym w latach 2021-2023.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	522	455	424
Kujawsko-Pomorski	346	314	298
Lubelski	476	453	440
Lubuski	167	151	136
Łódzki	353	333	325
Małopolski	399	393	381
Mazowiecki	594	576	542
Opolski	200	179	171
Podkarpacki	510	480	450
Podlaski	230	220	208
Pomorski	254	252	227
Śląski	637	600	569
Świętokrzyski	246	235	215
Warmińsko-Mazurski	298	280	270
Wielkopolski	649	611	513
Zachodniopomorski	309	284	266
Razem	6 190	5 816	5 435

Widoczny coroczny spadek liczby świadczeniodawców.

Tabela nr III.38. Wartość i wykonanie umów w leczeniu stomatologicznym w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2021		2022		2023	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	124 112,85	112 146,65	156 011,73	131 926,04	226 480,47	186 880,31
Kujawsko-Pomorski	83 681,45	84 704,67	107 878,76	108 567,03	156 510,66	155 830,24
Lubelski	145 163,32	135 067,82	181 776,12	177 021,54	231 695,22	230 914,87
Lubuski	31 112,92	30 317,74	40 328,51	35 909,33	57 021,25	48 401,63
Łódzki	129 426,35	115 140,31	169 424,95	155 692,88	246 924,44	212 593,81
Małopolski	207 952,76	201 992,60	284 412,73	251 736,63	398 618,12	335 670,78

Nazwa OW NFZ	2021		2022		2023	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Mazowiecki	229 960,35	246 068,51	334 935,76	334 208,56	553 088,07	549 777,36
Opolski	34 381,84	34 052,71	43 787,87	40 441,78	61 925,42	54 510,14
Podkarpacki	109 170,42	106 860,10	136 561,67	130 508,60	198 415,76	182 720,70
Podlaski	66 607,19	68 067,30	94 553,89	94 363,25	138 534,96	137 972,28
Pomorski	109 241,22	106 393,85	146 545,36	139 471,62	209 713,19	178 072,85
Śląski	181 961,50	176 029,84	221 899,56	213 252,60	357 546,26	330 114,58
Świętokrzyski	56 947,81	55 502,34	72 805,21	69 487,86	96 313,40	96 062,55
Warmińsko- Mazurski	78 888,75	77 631,97	98 728,89	97 076,28	137 305,06	137 381,04
Wielkopolski	146 911,06	138 687,08	179 059,43	166 280,08	281 356,33	263 276,80
Zachodniopomorski	68 873,09	71 119,61	83 889,26	83 406,85	122 096,73	121 998,93
Razem	1 804 392,87	1 759 783,09	2 352 599,71	2 229 350,93	3 473 545,33	3 222 178,87

Zauważalny coroczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz kosztów realizacji świadczeń w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr III.39. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	352 491	3 705 967	361 400	3 920 295	367 047	3 297 132
Kujawsko-Pomorski	264 879	2 697 382	280 454	2 841 227	283 843	2 508 346
Lubelski	391 855	5 182 705	413 274	5 757 887	402 260	4 626 740
Lubuski	102 655	877 097	107 185	945 582	104 095	827 791
Łódzki	366 955	4 269 069	387 058	4 696 999	386 835	3 828 845
Małopolski	589 894	8 634 279	621 161	9 509 724	624 257	7 789 959
Mazowiecki	631 567	14 071 172	701 062	16 540 509	730 741	12 421 179
Opolski	108 184	948 883	108 891	1 046 449	106 041	861 604
Podkarpacki	342 120	3 281 916	348 086	3 476 688	346 898	2 956 551
Podlaski	219 119	3 101 926	230 914	3 702 025	225 596	2 688 499
Pomorski	330 767	5 781 068	352 170	6 647 610	345 162	4 838 198
Śląski	626 061	5 596 247	619 970	5 694 515	642 051	5 048 692
Świętokrzyski	182 925	2 402 930	189 070	2 321 827	185 951	1 844 245
Warmińsko-Mazurski	235 393	2 761 255	239 650	2 961 386	235 228	2 173 298
Wielkopolski	487 718	4 397 473	498 300	5 003 512	492 903	4 683 927
Zachodniopomorski	228 544	1 619 767	229 276	1 618 497	228 456	1 418 211
Razem	5 461 127	69 329 136	5 687 921	76 684 732	5 707 364	61 813 217

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

Tabela nr III.40 Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym dla pacjentów poniżej 18 r.ż. w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	99 874	1 181 995	119 524	1 425 896	131 307	1 438 968
Kujawsko-Pomorski	93 981	1 206 638	108 936	1 376 362	112 813	1 397 720
Lubelski	158 034	2 817 687	173 414	3 289 610	171 810	2 934 340
Lubuski	31 181	316 760	36 887	396 840	35 357	396 200
Łódzki	112 249	1 544 553	126 788	1 809 242	130 859	1 840 377
Małopolski	193 803	3 271 082	213 108	3 838 618	217 741	3 725 289
Mazowiecki	229 669	5 076 969	285 033	6 903 189	293 415	6 097 456
Opolski	36 369	385 204	39 086	465 340	39 459	437 506
Podkarpacki	111 921	1 351 471	117 660	1 513 288	119 890	1 424 664
Podlaski	70 742	1 113 407	78 395	1 433 305	79 857	1 325 800
Pomorski	102 240	1 720 004	117 058	2 163 179	119 720	2 031 395
Śląski	179 454	1 873 178	188 516	2 085 985	206 368	2 245 520
Świętokrzyski	64 508	1 165 569	69 507	1 099 534	70 257	1 020 960
Warmińsko-Mazurski	69 421	892 834	74 912	1 059 101	74 363	930 415
Wielkopolski	163 174	1 991 192	186 405	2 777 880	191 555	2 893 890
Zachodniopomorski	61 806	505 659	64 458	520 908	65 479	515 104
Razem	1 778 426	26 414 202	1 999 687	32 158 277	2 060 250	30 655 604

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

Tabela nr III.41. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów, liczba wykonanych świadczeń oraz wartość rozliczonych świadczeń w zakresie „świadczenia udzielane w dentobusie” w 2023 r.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń
Dolnośląski	1	19 745	101 466	2 612 715,41
Kujawsko-Pomorski	1	9 806	20 964	1 209 411,51
Lubelski	1	6 052	46 266	1 244 130,59
Lubuski	1	4 285	37 387	1 110 361,44
Łódzki	1	8 345	60 705	1 402 630,13
Małopolski	1	5 229	8 701	594 884,38
Mazowiecki	1	8 930	56 110	1 800 707,80
Opolski	1	10 840	77 462	1 627 457,09
Podkarpacki	1	6 450	6 477	908 056,27
Podlaski	1	9 055	89 336	2 263 213,98
Pomorski	1	7 246	16 265	867 355,89

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń
Śląski	1	14 311	14 357	1 449 848,15
Świętokrzyski	1	8 854	50 050	1 397 242,55
Warmińsko-Mazurski	1	7 139	17 692	930 278,90
Wielkopolski	1	1 684	4 099	326 843,72
Zachodniopomorski	1	4 448	20 006	845 032,84
Razem	16	132 419	627 343	20 590 170,63

III.2.11. Świadczenia odrębnie kontraktowane

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

Tabela nr III.42. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2021-2023.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	29	31	30
Kujawsko-Pomorski	29	29	32
Lubelski	28	30	31
Lubuski	15	16	16
Łódzki	23	24	26
Małopolski	30	30	34
Mazowiecki	51	52	54
Opolski	16	15	16
Podkarpacki	28	29	33
Podlaski	20	21	23
Pomorski	18	18	18
Śląski	37	39	42
Świętokrzyski	20	20	20
Warmińsko-Mazurski	19	21	20

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
Wielkopolski	34	35	35
Zachodniopomorski	22	22	25
Razem	419	432	455

Powyższe dane przedstawiają coroczny wzrost liczby świadczeniodawców.

Tabela nr III.43. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2021		2022		2023	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	197 681,00	183 587,26	281 490,00	257 567,35	335 647,00	331 519,60
Kujawsko-Pomorski	125 457,00	118 732,26	156 725,00	146 950,19	195 920,00	191 985,16
Lubelski	199 300,00	184 231,08	229 507,00	228 597,19	274 808,00	274 542,19
Lubuski	93 633,00	80 609,47	107 876,00	100 438,04	156 184,00	146 319,74
Łódzki	199 188,00	177 776,46	233 878,00	215 591,97	283 386,00	276 876,25
Małopolski	292 239,00	291 095,50	354 153,00	353 993,34	446 321,00	441 749,93
Mazowiecki	315 303,00	282 102,73	376 035,00	355 112,04	481 538,00	469 494,94
Opolski	61 506,00	58 059,01	79 964,00	78 529,40	99 371,00	98 898,60
Podkarpacki	116 067,00	110 623,94	146 037,00	145 987,18	179 965,00	179 161,66
Podlaski	77 061,00	75 290,92	102 413,00	101 741,54	131 066,00	130 940,65
Pomorski	151 299,00	150 498,93	184 035,00	181 093,32	219 948,00	219 624,92
Śląski	283 069,00	278 251,11	342 198,00	338 044,21	422 847,00	411 287,88
Świętokrzyski	81 610,00	68 726,08	97 531,00	90 646,39	117 257,00	115 084,95
Warmińsko- Mazurski	76 026,00	68 416,73	87 228,00	81 733,09	105 199,00	104 530,99
Wielkopolski	247 969,00	222 570,21	303 477,00	272 637,02	387 561,00	362 933,88
Zachodniopomorski	182 516,00	163 239,10	214 232,00	199 697,87	286 306,00	259 752,58
Razem	2 699 924,00	2 513 810,79	3 296 779,00	3 148 360,14	4 123 324,00	4 014 703,92

Widoczny coroczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń.

Tabela nr III.44. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2021-2023.

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	17 522	675 866	19 688	689 898	22 879	742 712
Kujawsko-Pomorski	13 433	561 229	14 318	589 496	17 053	633 785
Lubelski	9 276	521 471	10 562	540 639	12 905	598 965
Lubuski	4 396	223 172	5 852	227 293	7 849	253 472

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Łódzki	17 828	573 617	18 939	584 043	24 204	645 014
Małopolski	18 158	874 552	20 243	921 427	23 778	1 016 508
Mazowiecki	36 662	1 385 365	42 155	1 446 603	52 922	1 561 278
Opolski	4 729	275 940	5 519	293 761	7 011	341 094
Podkarpacki	8 232	606 881	9 657	670 829	11 822	745 721
Podlaski	6 550	271 617	8 111	293 450	11 701	333 904
Pomorski	11 036	541 604	12 444	606 285	14 831	678 654
Śląski	25 754	1 354 450	28 754	1 426 390	30 987	1 560 877
Świętokrzyski	8 479	409 122	9 581	433 719	10 376	464 006
Warmińsko-Mazurski	6 979	364 822	8 713	369 261	11 341	401 984
Wielkopolski	20 260	1 067 050	23 374	1 106 309	28 283	1 169 339
Zachodniopomorski	14 364	380 357	17 935	395 071	22 149	453 774
Razem	223 658	10 087 115	255 845	10 594 474	310 091	11 601 087

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

III.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne

Tabela nr III.45 Wartość i wykonanie umów w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2021		2022		2023	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	21 304,00	14 752,52	23 792,00	15 507,08	28 086,00	26 289,10
Kujawsko-Pomorski	14 287,00	10 592,37	13 649,00	10 728,78	19 104,00	18 697,10
Lubelski	14 198,00	7 668,27	10 980,00	9 629,76	16 756,00	16 648,74
Lubuski	8 095,00	5 690,25	8 181,00	6 890,84	12 218,00	9 952,43
Łódzki	17 126,00	10 903,43	15 871,00	12 825,19	24 907,00	21 313,04
Małopolski	18 521,00	16 699,36	20 789,00	19 334,25	33 037,00	32 572,81
Mazowiecki	29 032,00	22 000,42	35 202,00	24 254,72	61 730,00	45 426,59
Opolski	5 368,00	4 723,81	5 645,00	5 098,69	10 627,00	10 287,52
Podkarpacki	11 519,00	9 110,78	10 061,00	9 466,84	18 279,00	18 251,77
Podlaski	6 085,00	4 940,43	5 827,00	5 580,80	10 444,00	10 227,01
Pomorski	12 107,00	9 424,76	12 232,00	11 155,94	17 955,00	17 951,37
Śląski	33 368,00	31 088,31	41 395,00	32 926,43	65 619,00	61 674,45
Świętokrzyski	9 171,00	5 623,00	8 562,00	6 207,08	11 868,00	10 261,68
Warmińsko- Mazurski	7 159,00	6 091,92	8 105,00	6 655,73	9 551,00	9 479,08

Nazwa OW NFZ	2021		2022		2023	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Wielkopolski	24 715,00	17 462,41	25 558,00	19 108,73	36 499,00	32 397,77
Zachodniopomorski	15 291,00	8 119,69	11 108,00	8 482,96	14 939,00	12 788,50
Razem	247 346,00	184 891,73	256 957,00	203 853,82	391 619,00	354 218,96

Widoczny wyraźny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń z jednoczesnym wzrostem kosztów realizacji.

Tabela nr III.46. Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2023 r. – świadczenia gwarantowane w 2023 roku (rozliczone).

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	353 397	1 402	353 397
2	Świadczenia położnej poz w programie profilaktyki raka szyjki macicy	15 783	142	15 926
3	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny	351 346	77	355 912
4	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki	1 394	52	1 395
5	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej	486 675	273	497 322
6	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	591 603	72	607 684
7	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	33 913	138	87 694
8	Program badań przesiewowych raka jelita grubego	61 829	226	61 829
9	Program badań prenatalnych	106 216	156	404 467
10	Program badań prenatalnych - część genetyczna	1806	2	3 011
11	Program badań prenatalnych - część położniczo-ginekologiczna	3006	4	9491
12	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym pochp) - etap podstawowy	2992	81	3 003
13	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym pochp) - etap specjalistyczny	884	10	1 130

Tabela nr III.47. Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w ramach profilaktyki chorób układu krążenia w 2023 r.

Nazwa i etap programu zdrowotnego	Liczba osób objętych programem	Liczba świadczeniodawców realizujących program	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach
Świadczenia lekarza w POZ w ramach realizacji profilaktyki CHUK	330 432	2 294	330 443
Świadczenia pielęgniarki POZ w ramach realizacji profilaktyki	229 816	1 130	229 818

Tabela nr III.48. Liczba świadczeniodawców w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2021-2023.¹⁶

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców		
	2021	2022	2023
Dolnośląski	46	48	48
Kujawsko-Pomorski	31	32	32
Lubelski	45	44	46
Lubuski	14	15	15
Łódzki	29	26	35
Małopolski	53	61	61
Mazowiecki	99	109	109
Opolski	19	18	16
Podkarpacki	46	46	47
Podlaski	20	17	19
Pomorski	54	50	61
Śląski	89	71	106
Świętokrzyski	17	16	14
Warmińsko-Mazurski	18	19	21
Wielkopolski	54	52	55
Zachodniopomorski	25	28	29
Razem	659	652	714

III.2.13. Zaopatrzenie w wyroby medyczne

NFZ finansuje wyroby medyczne wydawane na zlecenie na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2021 r. poz. 704, z późn. zm.), wydanym na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji. W rozporządzeniu zostały określone kryteria przyznawania, okresy użytkowania, limity finansowania oraz limity cen napraw wyrobów medycznych. Realizacja tych świadczeń odbywa się na podstawie umowy zawartej ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa 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 III.49. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju wyroby medyczne w latach 2021-2023 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	112 000,00	108 258,50	129 666,00	124 761,94	183 193,00	180 772,51
Kujawsko-Pomorski	85 094,00	79 365,56	91 057,00	90 414,92	132 548,00	129 699,93

¹⁶Dotyczy programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i pogłębiony oraz programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki.

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Lubelski	77 552,00	75 602,32	87 997,00	87 970,68	126 000,00	122 583,77
Lubuski	39 133,00	36 102,21	44 231,00	42 394,48	63 205,00	58 090,74
Łódzki	88 776,00	87 696,06	104 155,00	102 385,64	151 664,00	146 741,26
Małopolski	120 073,00	117 473,22	139 000,00	137 511,54	202 660,00	199 637,44
Mazowiecki	203 737,00	181 454,28	239 708,00	223 952,44	394 761,00	365 655,73
Opolski	37 447,00	36 589,85	44 034,00	43 383,85	63 599,00	61 536,77
Podkarpacki	81 140,00	77 302,23	87 823,00	87 922,83	128 557,00	127 182,62
Podlaski	44 000,00	40 891,91	47 700,00	47 698,93	67 675,00	65 618,37
Pomorski	83 600,00	83 117,95	98 175,00	97 635,34	143 217,00	142 657,96
Śląski	194 393,00	190 914,36	227 193,00	224 037,75	334 794,00	324 950,49
Świętokrzyski	54 959,00	54 881,81	62 056,00	61 183,00	86 700,00	85 651,89
Warmińsko-Mazurski	51 775,00	50 519,42	59 588,00	58 556,80	85 103,00	81 996,67
Wielkopolski	141 990,00	130 328,50	154 222,00	152 550,12	230 752,00	220 337,55
Zachodniopomorski	60 129,00	55 870,89	71 631,00	63 814,90	100 986,00	91 253,22
Razem	1 475 798,00	1 406 369,07	1 688 236,00	1 646 175,16	2 495 414,00	2 404 366,92

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

III.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce w 2023 roku skorzystało 441 tys. ubezpieczonych, przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi w zakresie chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, ortopedii, reumatologii i neurologii. Polskie obiekty sanatoryjne wraz z niezbędną infrastrukturą uzdrowiskową znajdują się w 45 miejscowościach o statusie uzdrowiska. Na 2023 rok Fundusz zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 135 świadczeniodawcami. Kontrakty te zapewniają świadczeniobiorcom szeroki wachlarz usług uzdrowiskowych, w tym. leczenie ambulatoryjne, szpitalne dla dzieci i dorosłych, sanatoryjne dla dzieci i dorosłych oraz uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych.

Tabela nr III.50. 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		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Dolnośląski	13	13	13	13	15	16
Kujawsko-Pomorski	26	26	26	26	26	26
Lubelski	6	6	6	6	6	6
Łódzki	1	1	1	1	1	1

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba zawartych umów w latach		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Małopolski	29	29	28	29	30	29
Mazowiecki	1	1	1	1	1	1
Podkarpacki	14	14	14	14	14	14
Podlaski	2	3	3	3	3	3
Pomorski	4	4	5	4	4	5
Śląski	7	7	7	7	7	7
Świętokrzyski	8	8	8	8	8	8
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2
Zachodniopomorski	23	24	22	23	24	22
Razem	136	138	136	137	141	140

Narodowy Fundusz Zdrowia w 2023 r. zawarł łącznie 140 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe ze 135 świadczeniodawcami. W porównaniu do 2022 r. zawarto o 1 umowę mniej, o 2 zmniejszyła się natomiast liczba świadczeniodawców.

Tabela nr III.51. Wartość i wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2021-2023 (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2021		2022		2023	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	91 729,16	46 580,91	119 832,05	94 425,95	159 309,12	148 201,41
Kujawsko-Pomorski	57 771,14	28 231,15	68 762,91	66 730,86	89 294,44	92 511,07
Lubelski	54 083,09	31 470,75	60 668,56	56 533,38	72 084,26	69 454,00
Lubuski	18 050,01	11 638,74	23 564,60	23 987,80	30 909,69	31 103,05
Łódzki	55 905,56	36 677,64	70 157,91	71 829,01	91 800,99	96 068,60
Małopolski	73 918,09	38 691,62	107 091,13	97 589,40	140 440,33	136 726,64
Mazowiecki	133 933,48	80 473,30	169 519,36	160 483,16	231 689,40	222 579,78
Opolski	16 541,23	11 544,43	22 442,00	22 704,89	29 599,58	31 073,89
Podkarpacki	47 530,96	27 343,49	51 706,98	49 123,48	56 711,78	58 032,66
Podlaski	26 301,38	18 232,00	31 318,34	32 398,02	38 163,91	39 975,36
Pomorski	47 179,85	29 207,19	55 045,19	53 768,09	72 337,58	71 038,08
Śląski	115 616,64	65 664,73	150 414,58	137 383,36	197 302,86	189 426,75
Świętokrzyski	39 271,47	19 698,17	40 538,18	34 809,35	52 826,35	50 518,74
Warmińsko- Mazurski	29 779,32	23 017,27	33 809,79	34 987,88	37 092,67	42 115,97
Wielkopolski	92 886,11	57 665,32	109 189,53	106 223,86	149 732,32	143 529,41
Zachodniopomorski	39 882,97	18 313,00	34 806,29	34 745,44	41 559,78	40 377,29
Razem	940 380,47	544 449,70	1 148 867,40	1 077 723,92	1 490 855,05	1 462 732,72

Wartość zrealizowanych świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 2023 r. wyniosła 1 462 732,72 tys. zł i w stosunku do 2022 roku wzrosła o 36%.

Tabela nr III.52. Zestawienie liczby pacjentów oraz liczby wykonanych świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2021-2023.

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową	2021			2022			2023		
	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	22 329	22 059	312	35 342	34 767	586	43 598	42 909	698
Kujawsko-Pomorski	13 951	13 501	492	25 143	24 637	548	29 300	28 773	577
Lubelski	15 248	14 914	398	21 099	20 555	593	20 136	19 669	506
Lubuski	5 670	5 669	11	9 003	8 983	25	9 292	9 268	26
Łódzki	18 220	18 133	104	27 421	27 278	149	29 065	28 865	204
Małopolski	20 014	17 755	2 321	37 964	34 841	3 313	43 069	39 625	3 584
Mazowiecki	38 523	37 880	766	60 149	59 223	1 035	66 265	65 307	1 040
Opolski	5 751	5 729	23	8 632	8 602	31	10 146	10 110	37
Podkarpacki	13 419	12 951	504	18 450	17 837	650	17 974	17 449	557
Podlaski	8 846	8 819	35	12 162	12 131	48	12 172	12 150	36
Pomorski	14 403	14 279	126	20 579	20 384	196	21 255	21 078	180
Śląski	32 804	32 417	497	52 304	51 727	747	57 197	56 471	866
Świętokrzyski	9 738	9 444	295	13 363	12 938	430	15 580	15 108	473
Warmińsko-Mazurski	11 053	11 020	38	13 031	13 003	38	13 765	13 726	47
Wielkopolski	27 467	27 474	25	39 285	39 301	26	41 297	41 304	30
Zachodniopomorski	8 016	8 015	17	12 061	12 037	36	11 068	11 033	36
Razem	265 452	260 059	5 964	405 988	398 244	8 451	441 179	432 845	8 897

W 2023 r. zrealizowano 441 742 skierowań na leczenie uzdrowiskowe (432 845 – w trybie stacjonarnym, 8 897 – w trybie ambulatoryjnym) dla 441 179 osób. W porównaniu do 2022 r. zwiększyła się liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, które skorzystały ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, w obu przypadkach nastąpił wzrost o ok. 9%.

III.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2023 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wyniosła 283 495 tys. zł. W 2023 r. wykonanie planu finansowego zamknęło się kwotą 282 265,40 tys. zł., co stanowi 99,57% wykorzystania zaplanowanych środków.

Tabela nr III.53. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2021-2023 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2021		2022		2023	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	25 922,00	24 905,90	28 000,00	27 715,58	27 380,00	27 373,99
Kujawsko-Pomorski	23 475,00	22 343,89	27 076,00	25 547,62	24 932,00	24 889,80
Lubelski	15 021,00	10 278,82	8 540,00	7 257,89	6 342,00	6 256,69
Lubuski	17 340,00	16 886,74	14 205,00	14 025,75	9 811,00	9 696,20
Łódzki	14 237,00	13 975,74	11 784,00	11 781,87	10 510,00	10 501,28
Małopolski	15 386,00	15 436,96	11 495,00	11 308,03	10 131,00	9 887,86
Mazowiecki	42 575,00	41 084,06	37 451,00	37 399,75	34 449,00	34 448,11
Opolski	12 053,00	11 562,57	8 304,00	8 302,12	7 569,00	7 568,86
Podkarpacki	23 439,00	23 299,66	20 888,00	20 692,15	21 125,00	21 123,92
Podlaski	20 764,00	18 991,32	15 626,00	15 516,23	11 030,00	11 000,85
Pomorski	23 029,00	22 600,75	25 513,00	25 509,88	26 327,00	26 326,05
Śląski	44 720,00	41 896,92	33 163,00	31 905,20	31 663,00	31 599,03
Świętokrzyski	12 057,00	10 418,79	10 237,00	9 671,84	6 746,00	6 580,59
Warmińsko-Mazurski	16 735,00	15 854,50	18 202,00	18 123,37	18 547,00	18 510,49
Wielkopolski	28 682,00	24 897,93	27 447,00	25 458,97	24 891,00	24 773,53
Zachodniopomorski	14 501,00	13 365,22	12 618,00	12 610,34	12 042,00	11 728,15
Razem	349 936,00	327 799,77	310 549,00	302 826,59	283 495,00	282 265,40

III.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 2023 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 2023 r., poz. 870 z późn. zm.). Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny realizowane przez wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N”, finansowane są z budżetu NFZ. Jednostką rozliczeniową służącą do finansowania świadczeń w ramach gotowości wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N”, jest ryczał dobowy. W 2023 r. świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zabezpieczone zostały przez działanie 32 wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N”, w tym: przez 31 zespołów

funkcjonujących całodobowo oraz 1 zespół funkcjonujący 12 godzin na dobę, w godzinach 8-20 (w woj. łódzkim). Wskazania wymaga, iż świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” zostały uznane za jeden z profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w związku z powyższym łącznie 16 zespołów sanitarnych typu „N” (w 10 oddziałach wojewódzkich NFZ) funkcjonuje w ramach PSZ. Szczegółową liczbę świadczeniodawców oraz umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”, przedstawia poniższa tabela.

Tabela nr III.54. Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”.

Nazwa OW NFZ	Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N"					
	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Dolnośląski	3	3	3	3	3	3
Kujawsko-Pomorski	2	2	2	2	2	2
Lubelski	2	2	2	2	2	2
Lubuski	1	1	1	1	1	1
Łódzki	1	1	1	1	1	1
Małopolski	1	1	1	1	1	1
Mazowiecki	5	5	5	5	5	5
Opolski	1	1	1	1	1	1
Podkarpacki	2	2	2	2	2	2
Podlaski	1	1	1	1	1	1
Pomorski	1	1	1	1	1	1
Śląski	4	4	4	4	4	4
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2
Wielkopolski	2	2	2	2	2	2
Zachodniopomorski	2	2	2	2	2	2
Razem	31	31	31	31	31	31

W 2023 r. zespoły sanitarne typu „N” wykonały łącznie 7 201 transportów, udzielając świadczeń 6 376 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów sanitarnych typu „N” jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2023 r., zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr III.55. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” w latach 2021-2023.

Oddział Wojewódzki NFZ	2021		2022		2023	
	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	715	553	591	460	565	432
Kujawsko-Pomorski	536	450	494	408	449	392
Lubelski	454	443	333	330	285	272
Lubuski	114	92	93	82	102	80
Łódzki	446	408	465	439	410	375
Małopolski	519	478	517	481	504	469
Mazowiecki	1 241	1 182	1 192	1 142	1 144	1 086
Opolski	256	201	249	145	254	157
Podkarpacki	374	345	331	303	245	224
Podlaski	233	225	184	155	157	144
Pomorski	466	414	480	397	453	389
Śląski	1 370	1 218	1 403	1 263	1 280	1 180
Świętokrzyski	150	129	151	138	146	130
Warmińsko- Mazurski	311	282	207	197	270	243
Wielkopolski	943	771	808	664	755	647
Zachodniopomorski	211	177	191	157	182	156
Razem	8 339	7 368	7 689	6 761	7 201	6 376

III.2.15.2. Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego

Świadczenia udzielane przez zespoły transportu medycznego realizowane są w przypadku konieczności przetransportowania pacjenta między świadczeniodawcami realizującymi świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, w następujących stanach chorobowych: niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji, niewydolność układu krążenia, stany wymagające interwencji chirurgicznej i po zabiegach, inne (np. drgawki). Realizacja tychże świadczeń obejmuje transport oraz udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez zespół transportu medycznego w szczególności w przypadku konieczności: niezwłocznego wykonania zabiegu u innego świadczeniodawcy, zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny realizowane przez zespoły transportu medycznego, finansowane są z budżetu NFZ. Jednostką rozliczeniową służącą do finansowania niniejszych świadczeń jest ryczałt dobowy. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczeń udzielanych przez zespoły transportu medycznego w 2023 r. w okresie od 01.01.-31.03. zabezpieczone zostały przez działanie 131 zespołów, w II i III kwartale 2023 r. funkcjonowało 121 zespołów, zaś od 1.10.2023 r. niniejsze świadczenia były realizowane przez

120 zespołów transportu medycznego (zmiany wynikające z przeprowadzonych przez OW NFZ postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie niniejszych świadczeń).

Tabela nr III.56. Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach				
	2021	2022	2023	2021		2022	2023	
Dolnośląski	8	8	do 30.09.	od 01.10.	8	8	do 30.09.	od 01.10.
			8	7			8	7
Kujawsko-Pomorski	5	5	5		5	5	5	
Lubelski	1	1	1		1	1	1	
Lubuski	2	2	2		2	2	2	
Łódzki	1	1	1		1	1	1	
Małopolski	3	3	3		3	3	3	
Mazowiecki	6	6	6		6	6	6	
Opolski	1	1	1		1	1	1	
Podkarpacki	5	5	5		5	5	5	
Podlaski	2	2	do 28.02.	od 01.03.	2	2	do 28.02.	od 01.03.
			2	3			2	3
Pomorski	4	4	4		4	4	4	
Śląski	7	7	6		7	7	6	
Świętokrzyski	1	1	1		1	1	1	
Warmińsko-Mazurski	4	4	4		4	4	4	
Wielkopolski	3	3	3		7	7	7	
Zachodniopomorski	2	2	2		2	2	2	
Razem	55	55	54 (wg stanu na koniec 2023 r.)		59	59	58 (wg stanu na koniec 2023 r.)	

Zespoły transportu medycznego w 2023 r. wykonały łącznie 42 454 transportów, udzielając świadczeń 40 705 różnym osobom.

Tabela nr III.57. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły zespoły transportu medycznego w latach 2021-2023.

Oddział Wojewódzki NFZ	2021		2022		2023	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Dolnośląski	3 261	3 180	2 817	2 729	3 076	2 992
Kujawsko-Pomorski	2 611	2 538	3 288	3 278	3 722	3 490
Lubelski	317	305	343	336	433	429
Lubuski	1 535	1 468	1 640	1 559	1 478	1 406

Oddział Wojewódzki NFZ	2021		2022		2023	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Łódzki	1 251	1 239	1 157	1 137	1 257	1 239
Małopolski	1 089	1 064	1 213	1 159	1 223	1 157
Mazowiecki	6 601	6 560	4 721	4 673	5 082	5 041
Opolski	952	942	920	908	1 272	1 244
Podkarpacki	5 402	5 253	979	975	4 914	4 749
Podlaski	1 554	1 506	1 688	1 598	2 009	1 902
Pomorski	3 800	3 550	3 624	3 364	4 004	3 738
Śląski	6 136	5 894	4 681	4 503	4 562	4 278
Świętokrzyski	2 030	1 937	2 803	2 631	2 040	1 932
Warmińsko- Mazurski	2 704	2 643	2 789	2 674	3 192	3 040
Wielkopolski	3 189	3 105	3 007	2 918	3 618	3 506
Zachodniopomorski	446	443	371	368	572	562
Razem	42 878	41 627	36 041	34 810	42 454	40 705

III.2.16. Ratownictwo medyczne

Zespoły ratownictwa medycznego są mobilnymi jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, których zadaniem jest podejmowanie akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, czyli świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z obowiązującym w 2023 r. porządkiem prawnym zadania zespołów ratownictwa medycznego były finansowane na zasadach i w trybie określonym w ustawie o świadczeniach, przez NFZ. Jednostką rozliczeniową służącą do finansowania niniejszych świadczeń jest, określony przez AOTMiT, ryczał dobowy. W 2023 roku we wszystkich 16 oddziałach wojewódzkich NFZ zostało przeprowadzone aneksowanie umów niewygasających z dniem 31 grudnia 2023 r. Wszystkie obowiązujące w 2023 r. umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego zawarte były na rejon operacyjny, na podstawie planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Rejon operacyjny to rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wg stanu na koniec 2023 r. funkcjonowały łącznie 23 dyspozytornie medyczne, zatem umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne dotyczyły 23 rejonów operacyjnych. Liczba umów w przedmiotowym rodzaju świadczeń nie uległa zmianie w stosunku do 2022 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. Liczba ta bowiem obecnie bezpośrednio związana jest z liczbą rejonów operacyjnych, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Tabela nr III.58. Liczba świadczeniodawców oraz umów zawartych w latach 2021-2023 w rodzaju ratownictwo medyczne.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Dolnośląski	2	2	2	2	2	2
Kujawsko-Pomorski	2	1	1	do 31.03 2	od 01.04 1	1
Lubelski	1	1	1	1	1	1
Lubuski	1	1	1	1	1	1
Łódzki	1	1	1	1	1	1
Małopolski	2	2	2	2	2	2
Mazowiecki	do 31.03 5	od 01.04 3	3	do 31.03 5	od 01.04 3	3
Opolski	1	1	1	1	1	1
Podkarpacki	do 28.02 5	od 01.03 1	1	do 28.02 5	od 01.03 1	1
Podlaski	1	1	1	1	1	1
Pomorski	2	2	2	2	2	2
Śląski	4	do 31.01 4	od 01.02. 3	4	do 31.01 4	od 01.02. 3
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1
Warmińsko- Mazurski	1	1	1	1	1	1
Wielkopolski	do 31.09 2	od 01.10 1	1	do 31.09 2	od 01.10 1	1
Zachodniopomorski	1	1	1	1	1	1
Razem	24 (wg stanu na koniec 2021 r.)	23 (od 1.02.2022 r.)	23	24 (wg stanu na koniec 2021 r.)	23 (od 1.02.2022 r.)	23

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2023 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne wyniosła 3 790 868 tys. zł. i była o 633 235 tys. zł. (20,05%) wyższa od kwoty planowanej w 2022 r.

Tabela nr III.59. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2021-2023 i ich wykonanie (w tys. zł).

	2021		2022		2023	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Razem NFZ	2 467 900,00	2 449 378,83	3 157 633,00	3 151 477,47	3 790 868,00	3 767 606,18

W związku ze zmianą źródła finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne, od 1 stycznia 2023 r., koszty finansowania niniejszych świadczeń ujęte są w planie finansowym Centrali Funduszu, a nie poszczególnych oddziałów wojewódzkich. Prezes Funduszu, działając

na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 8 ustawy o świadczeniach, udziela Dyrektorom OW NFZ upoważnienia do zaciągnięcia zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pozycji B4 - koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego na dany rok.

Tabela nr III.60. Wartość upoważnień udzielona przez Centralę NFZ na 2023 rok w ramach świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne (w tys. zł).

Oddział wojewódzki Funduszu	Wartość udzielonego upoważnienia na 2023 r.
Dolnośląski	275 9780
Kujawsko-pomorski	223 349
Lubelski	229 197
Lubuski	131 470
Łódzki	251 056
Małopolski	296 050
Mazowiecki	477 791
Opolski	107 294,
Podkarpacki	219 330
Podlaski	142 286
Pomorski	223 416
Śląski	402 282
Świętokrzyski	115 793
Warmińsko-mazurski	189 032
Wielkopolski	304 957
Zachodniopomorski	201 594
Razem	3 790 868

W 2023 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 3 018 728 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 394 429 różnym osobom.

Tabela nr III.61. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2021-2023 oraz liczba osób, wg unikalnych nr PESEL, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w poszczególnych latach.

Oddział Wojewódzki NFZ	2021		2022		2023	
	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	261 399	200 052	267 175	208 820	256 267	171 274
Kujawsko-Pomorski	171 753	130 832	143 447	110 161	179 177	134 176
Lubelski	153 906	125 240	163 576	132 341	159 507	149 613
Lubuski	82 775	64 666	89 925	68 995	90 848	68 217
Łódzki	193 209	155 200	200 188	159 337	202 555	158 541

Oddział Wojewódzki NFZ	2021		2022		2023	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Małopolski	226 991	211 040	238 855	222 649	241 308	224 631
Mazowiecki	400 101	323 432	404 243	326 100	428 790	339 500
Opolski	72 525	65 154	78 687	67 909	70 306	65 137
Podkarpacki	138 064	88 385	152 562	136 302	142 218	110 826
Podlaski	60 059	47 114	52 669	41 620	71 812	55 092
Pomorski	156 209	128 994	177 452	131 217	177 485	130 965
Śląski	369 726	293 472	401 933	313 468	401 823	304 060
Świętokrzyski	105 015	80 226	105 166	80 089	105 986	81 975
Warmińsko-Mazurski	122 924	99 564	118 165	84 074	117 443	87 512
Wielkopolski	211 064	189 244	220 638	196 858	215 751	191 826
Zachodniopomorski	171 925	132 468	166 172	128 210	157 452	121 084
Razem	2 897 645	2 335 083	2 980 853	2 408 150	3 018 728	2 394 429

III.2.17. Chemioterapia

W 2023 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 1 909 537 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym kwotą 1 937 081 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło 98,6% 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.

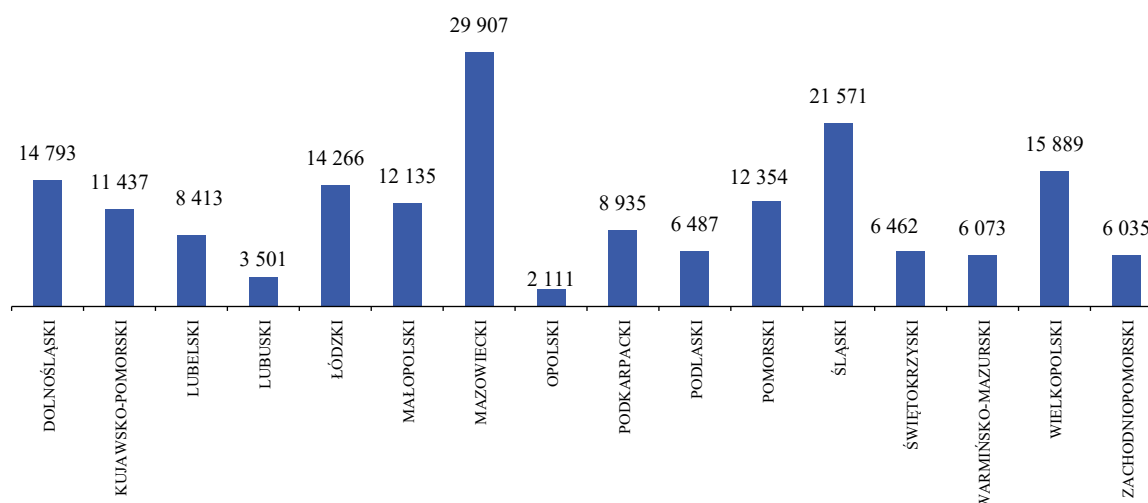
W zakresach związanych z realizacją chemioterapii również jak w programach lekowych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn (60,7% kobiet, 39,3% mężczyzn) ze średnim wiekiem 62,1 lat. Najwyższą wartość środków rozliczonych wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą 339 900 tys. zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe rozliczone środki pieniężne jest województwo śląskie (257 440 tys. zł) oraz wielkopolskie (174 728 tys. zł).

Tabela nr III.62. Wartość zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w chemioterapii w podziale na OW NFZ w 2023 roku, wg stanu na 8.05.2024 r. (w tys. zł).

Oddział wojewódzki Funduszu	Wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Dolnośląski	149 000	148 938
Kujawsko-pomorski	106 839	106 691
Lubelski	113 858	112 576
Lubuski	38 042	37 983

Oddział wojewódzki Funduszu	Wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Łódzki	145 646	145 457
Małopolski	140 792	123 928
Mazowiecki	340 293	339 900
Opolski	23 437	23 405
Podkarpacki	91 395	91 140
Podlaski	67 019	57 065
Pomorski	116 274	115 736
Śląski	258 357	257 440
Świętokrzyski	57 525	57 360
Warmińsko-mazurski	53 539	53 509
Wielkopolski	174 957	174 728
Zachodniopomorski	63 938	63 680
Razem	1 940 911	1 909 536

Wykres nr III.7. Liczba świadczeniobiorców w ramach finansowania chemioterapii w 2023 r., wg stanu na 8.05.2024 r.



III.2.18. Programy lekowe

W 2023 roku wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 9 992 608 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 250 193 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 2023 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 10 128 272 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło zatem 98,7% kwoty planowanej.

W 2023 r. NFZ finansował 121 programów lekowych w tym 40 programów onkologicznych. Różnice w ilości programów lekowych wynikają m.in. z ich łączenia. Zgodnie z decyzjami podejmowanymi przez Ministra Zdrowia w 2023 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 2023 r. poz. 826, 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 2023 roku:

- „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji” (substancja czynna luspatercept),
- „Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową” (substancja czynna kwas kargluminowy),
- „Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)” (substancja czynna larotrektytib),
- „Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)” (substancja czynna daratumumab),
- „Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma” (substancja czynna zanubrutynib),
- „Leczenie chorych na depresję lekooporną”(substancja czynna esketamina),
- „Leczenie chorych na raka endometrium” (substancja czynna dostarlimab),
- „Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi” (substancja czynna ruksolitytib),
- „Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)” (substancja czynna anifrolumab),
- „Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)” (substancja czynna burosumab).

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

- entrektytib, cemiplimab, ipilimumab w programie „Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej”,
- aksykabtagen cyloleucelu, piksantron, polatuzumab wedotyny, tisagenlecleucel w programie „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe”,
- elotuzumab w programie „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozowego”,
- niwolumab w programie „Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina”,
- akalabrutynib, ibrutynib, wenetoklaks w programie „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową”,

- awatrombopag w programie „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną”,
- luspatercept w programie „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji”,
- ipilimumab, niwolumab, pembrolizumab w programie „Leczenie chorych na zaawansowanego raka jelita grubego”,
- bimekizumab w programie „Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej”,
- kabazytaksel, olaparyb w programie „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego”,
- pembrolizumab w programie „Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku i żołądka”,
- kwas kargluminowy w programie „Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową”,
- larotrekty nib w programie „Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)”,
- tafasytamab, ibrutynib w programie „Leczenie chorych na chłoniaki B – komórkowe”,
- ryzankizumab, guselkumab w programie „Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)”,
- filgotynib, ozanimod w programie „Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)”,
- cemiplimab w programie „Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry”,
- azacytydyna w programie „Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową”,
- tukatynib, pembrolizumab w programie „Leczenie chorych na raka piersi”,
- filgotynib, sekukinumab w programie „Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów”,
- tofacytynib w programie „Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)”,
- izatuksymab w programie „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego”,
- daratumumab w programie „Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)”,
- zanubrutynib w programie „Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma”,
- esketamina w programie „Leczenie chorych na depresję lekooporną”,
- sotorasib w programie „Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej”,
- pembrolizumab w programie „Leczenie pacjentów z rakiem nerki”,

- breksukabtagen autoleucel w programie „Leczenie chorych na chłoniaki B – komórkowe”,
- roksadustat w programie „Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek”,
- ipilimumab, triflurydyna + typiracyl w programie „Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka”,
- rawulizumab w programie „Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)”,
- pegcetakoplan, rawulizumab w programie „Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)”,
- lomitapid w programie „Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi”,
- deksametazon w programie „Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)”,
- selperkatynib w programie „Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy”,
- dostarlimab w programie „Leczenie chorych na raka endometrium”,
- ruksolitynib w programie „Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi”,
- anifrolumab w programie „Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)”,
- trastuzumab derukstekan, olaparyb w programie „Leczenie chorych na raka piersi”,
- asciminib w programie „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową”,
- abrocycynib, tralokinumab w programie „Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry”,
- niwolumab, enfortumab wedotyny w programie „Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym”,
- entrektynib w programie „Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)”,
- burosumab w programie „Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)”.

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

- tafasytamab, breksukabtagen autoleucel w programie „Leczenie chorych na chłoniaki B – komórkowe”,
- selpercatinib w programie „Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy”,
- enfortumab wedotyny w programie „Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym”.

Z kolei jako technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej, w 2023 roku finansowane w ramach Funduszu Medycznego były:

- ivacaftorum, tezacaftorum oraz ivacaftorum, tezacaftorum, elexacaftorum w programie „Leczenie chorych na mukowiscydozę”,
- aksykabtagen cyloleucelu, tisagenlecleucel w programie „Leczenie chorych na chłoniaki B – komórkowe”.

Tabela nr III.63. Wartość wykonanych świadczeń w ramach finansowania programów lekowych (w tys. zł) w 2023 roku, wg stanu na dzień 8.05.2024 r.

Oddział wojewódzki Funduszu	Wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Dolnośląski	854 206	820 272
Kujawsko-Pomorski	549 353	540 192
Lubelski	517 599	473 548
Lubuski	142 824	142 787
Łódzki	724 662	675 365
Małopolski	1 039 015	936 379
Mazowiecki	1 854 576	1 852 375
Opolski	135 416	134 986
Podkarpacki	479 942	468 898
Podlaski	267 301	252 354
Pomorski	663 232	662 136
Śląski	1 191 572	1 182 965
Świętokrzyski	294 451	293 948
Warmińsko-Mazurski	244 855	244 837
Wielkopolski	939 770	939 190
Zachodniopomorski	374 574	372 374
Razem	10 273 348	9 992 606

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy lekowe w województwie mazowieckim z kwotą 1 852 375 tys. zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (1 182 965 tys. zł) oraz wielkopolskie (939 190 tys. zł).

Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej 1 026 791 tys. zł., co stanowi 10,28% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi, następnie kolejny to program leczenia chorych na raka piersi (1 018 603 tys. zł), program lekowy leczenia chorych na stwardnienie rozsiane (698 657 tys. zł), oraz program lekowy leczenia chorych na mukowiscydozę (559 825 tys. zł) odpowiednio 10,19%; 6,99%; 5,6%.

Tabela nr III.64. Top 10 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2023 r. (w tys. zł).

Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Pembrolizumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	615 221
Nivolumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	499 357

Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Ivacaftorum, Tezacaftorum, Elexacaftorum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	338 076
Enzalutamidum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	288 122
Pertuzumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	272 136
Nusinersenum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	222 006
Daratumumabum - Sc - Podskórnice - 1 Mg	220 332
Olaparibum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	205 205
Trastuzumabum Emtansinum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	190 302
Venetoclaxum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	186 422

W programach onkologicznych i nieonkologicznych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn. W programach onkologicznych leczonych jest 54,7% kobiet, nieonkologicznych 55,8% kobiet. W 2023 roku w związku z leczeniem 64,9 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych wydatkowano 5 281 722,1 tys. zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 4 710 885,7 tys. zł na leczenie prawie 187 tys. pacjentów. Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 53,5% całości. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 53% i 54%. 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.

III.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 2023 roku¹⁷. Liczba zrefundowanych przez NFZ opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w 2023 roku jest większa o 1,62% w stosunku do 2022 roku. Wzrost nastąpił we wszystkich OW NFZ.

¹⁷Przedstawione zestawienia zostały opracowane na podstawie danych szczegółowych przekazywanych przez OW NFZ i gromadzonych w bazach danych Centrali NFZ. Pokazane kwoty uwzględniają dotację przeznaczoną na programy wynikające z art. 43b ustawy o świadczeniach.

Tabela nr III.65. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, suma za okres od 1 stycznia 2023 do 31 grudnia 2023 r. (wg stanu na dzień 29 kwietnia 2024 r.).

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba jednostkowych opakowań leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zrefundowanych w okresie od 1 stycznia 2023 r do 31 grudnia 2023 r.
Dolnośląski	32 324 705
Kujawsko-Pomorski	25 053 438
Lubelski	24 313 112
Lubuski	10 483 648
Łódzki	31 361 222
Małopolski	37 198 066
Mazowiecki	62 450 185
Opolski	10 771 223
Podkarpacki	21 096 709
Podlaski	11 614 889
Pomorski	26 587 866
Śląski	52 884 604
Świętokrzyski	13 964 511
Warmińsko-Mazurski	15 383 971
Wielkopolski	41 219 365
Zachodniopomorski	19 651 483
Razem	436 358 998

Wielkość refundacji

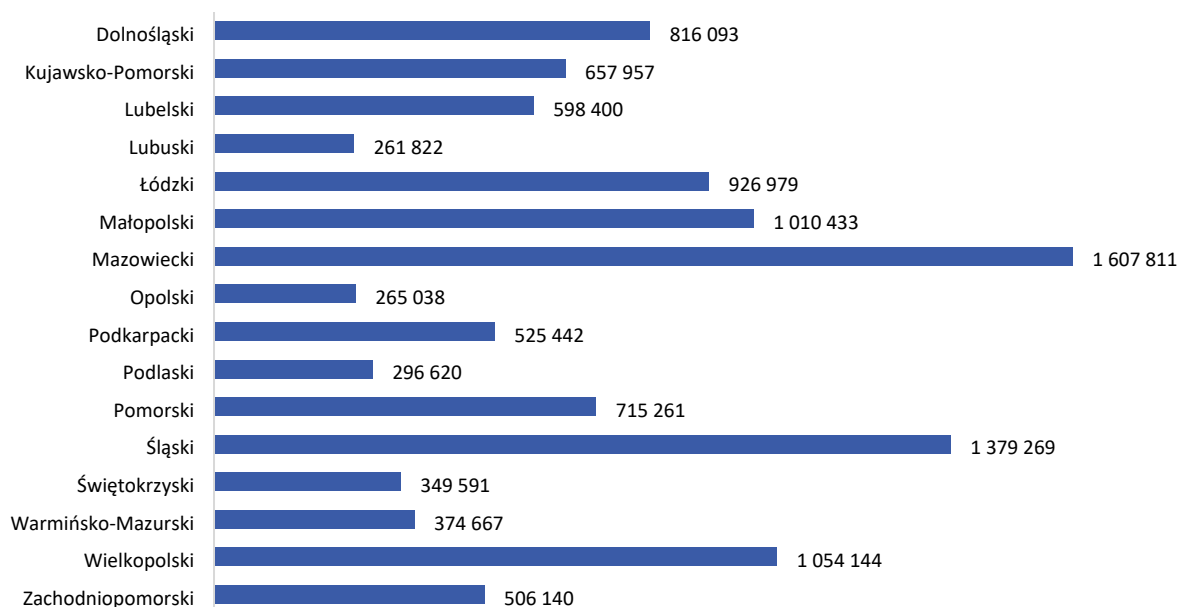
W 2023 roku płatnik na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wydatkował łącznie kwotę 11 345 667 tys. zł. (wartość z uwzględnieniem statusów rozliczenia i walidacji). W stosunku do 2022 roku nastąpił wzrost wartości refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych o 12,1%.

Tabela nr III.66. Struktura wydatków na leki w 2023 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ wg stanu na dzień 29 kwietnia 2024 r. (kwoty wyrażone w tys. zł).

Oddział wojewódzki	Kwota refundacji	Udział w łącznej kwocie refundacji (%)
Dolnośląski	816 093	7,2%
Kujawsko-Pomorski	657 957	5,8%
Lubelski	598 400	5,3%
Lubuski	261 822	2,3%
Łódzki	926 979	8,2%
Małopolski	1 010 433	8,9%
Mazowiecki	1 607 811	14,2%

Oddział wojewódzki	Kwota refundacji	Udział w łącznej kwocie refundacji (%)
Opolski	265 038	2,3%
Podkarpacki	525 442	4,6%
Podlaski	296 620	2,6%
Pomorski	715 261	6,3%
Śląski	1 379 269	12,2%
Świętokrzyski	349 591	3,1%
Warmińsko-Mazurski	374 667	3,3%
Wielkopolski	1 054 144	9,3%
Zachodniopomorski	506 140	4,5%

Wykres nr III.8. Wartość refundacji leków w 2023 roku z podziałem na oddziały wojewódzkie NFZ (w tys. zł), wg stanu na dzień 29 kwietnia 2024 r.



Analiza wydatków na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych w 2023 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ wykazała, że największy udział procentowy w ogólnej kwocie refundacji miał oddział mazowiecki z wynikiem 14,2% oraz oddział śląski z wynikiem 12,2%.

Typy uprawnień

Poniżej przedstawiono analizę struktury wydatków na refundację leków w podziale na uprawnienia do świadczeń gwarantowanych i uprawnienia dodatkowe pacjenta w 2023 r.

Tabela nr III.67. Przedstawienie typów uprawnień¹⁸ pacjentów w podziale na odpłatności wg stanu na dzień 29 kwietnia 2024 r. (kwoty zostały wyrażone w tys. zł).

Typ uprawnień	Kwota refundacji	Udział procentowy
AZ	6	0,00005%
BW	247	0,002%
C	46 603	0,4%
CN	92	0,001%
DN	45 809	0,4%
DZ	196 610	1,7%
IB	81 861	0,7%
IN	11 449	0,1%
IW	539	0,005%
PO	86	0,001%
S	3 506 729	31%
WE	213	0,002%
WP	17	0,0001%
X	7 411 391	65%
ZK	44 015	0,4%

Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2023 roku w podziale na rodzaje odpłatności (bezpłatne, 30%, 50% ryczałt) wykazała, że ponad połowę (57%) ogólnej kwoty refundacji wydatkowano dla pacjentów wnoszących opłatę ryczałtową. Przeznaczono na ten cel 6 438 767,03 tys. zł. Kolejne grupy co do wartości wydatkowanych środków stanowią: leki

¹⁸AZ - pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest. Przysługuje im bezpłatnie zaopatrzenie w leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbecie;

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

C - świadczeniobiorcy w okresie ciąży, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki zgodnie z art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach. Obowiązuje od 1 września 2020 r.;

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

DN - osoby nieubezpieczone do ukończenia 18 roku życia;

DZ - świadczeniobiorcy do ukończenia 18 roku życia, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki zgodnie z art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach. Obowiązuje od 1 września 2023 r.;

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

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

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

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

S - świadczeniobiorcy, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki zgodnie z art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach, którzy ukończyli 75 rok życia (obowiązywało od 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2023 r.) lub którzy ukończyli 65 rok życia (obowiązuje od 1 września 2023 r.);

WE - weterani z uszczerbkiem zdrowia powyżej 30%;

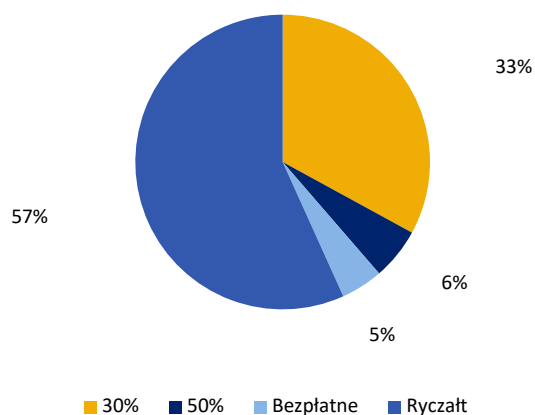
WP - żołnierze zawodowi, o których mowa w przepisach ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, w trakcie szkoleń poligonowych i ćwiczeń wojskowych (rejsów, lotów);

X - Pacjent ubezpieczony, bez uprawnień dodatkowych.

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

wydawane za 30% odpłatnością - 33% (kwota refundacji 3 739 042,07 tys. zł; leki wydawane za 50% odpłatnością - 6% (kwota refundacji 645 715,82 tys. zł); leki wydawane bezpłatnie - 5% (kwota refundacji 522 142,39 tys. zł).

Wykres nr III.9. Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2023 roku w podziale na odpłatności (wg stanu na dzień 29 kwietnia 2024 r.).



Grupy ATC

Największe wydatki związane były z refundacją leków z grup: leki stosowane w leczeniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego stanowiące 18% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i metabolicznych stanowiące 17,3% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego stanowiące 13,4% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń układu oddechowego stanowiące 10,9% ogólnej kwoty refundacji. Wymienione wyżej 4 grupy ATC generowały ponad połowę, tj. 59,7% ogółu wszystkich kosztów refundacji leków w 2023 roku.

Tabela nr III.68. Struktura wydatków na leki w 2023 roku w podziale na Grupy ATC, według stanu danych na dzień 8 maja 2024 r. (kwoty wyrażone w tys. zł).

Grupa ATC	Kwota refundacji	%
(c) układ sercowo-naczyniowy	2 047 933	18,0%
(a) przewód pokarmowy i metabolizm	1 957 709	17,3%
(n) ośrodkowy układ nerwowy	1 523 028	13,4%
(r) układ oddechowy	1 241 744	10,9%
(v) varia	763 113	6,7%
(b) krew i układ krwiotwórczy	747 639	6,6%
(l) leki przeciwnowotworowe i immunomodulacyjne	582 870	5,1%
(g) układ moczowo-pleciowy i hormony płciowe	462 202	4,1%
(j) leki stosowane w zakażeniach	438 793	3,9%
(m) układ mięśniowo-szkieletowy	274 620	2,4%
(s) narządy wzroku i słuchu	219 041	1,9%
(h) leki hormonalne do stosowania wewnętrznego	197 949	1,7%
(d) dermatologia	45 889	0,4%
(p) leki przeciwpasożytnicze, owadobójcze i repelenty	3 888	0,03%
Inne	841 285	7,4%

Najczęściej refundowane substancje czynne

Tabela nr III.69. 20 substancji czynnych generujących najwyższe koszty w 2023 roku (wg nazw powszechnie stosowanych), stan danych na dzień 29 kwietnia 2024 r. (kwoty wyrażone w tys. zł).

Lp.	Substancje czynne	Kwota refundacji
1	Enoxaparinum natricum	414 358
2	Metformini hydrochloridum	251 581
3	Rosuvastatinum	237 299
4	Atorvastatinum	220 720
5	Insulinum humanum	216 705
6	Empagliflozinum	215 349
7	Olanzapinum	194 837
8	Budesonidum	190 117
9	Tamsulosini hydrochloridum	169 814
10	Rivaroxabanum	167 670
11	Insulinum aspartum	164 953
12	Ramiprilum	164 927
13	Nebivololum	154 861
14	Dapagliflozinum	152 633
15	Methotrexatum	136 983
16	Insulinum lisprum	128 691
17	Finasteridum	127 276
18	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	117 606
19	Telmisartanum	109 934
20	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	108 567
Razem		3 644 882

Struktura wydatków NFZ z tytułu refundacji leków pokazuje, że refundacja 20 pierwszych substancji pociąga za sobą 32% 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, Empagliflozinum, Insulinum Aspartum, Dapagliflozinum, Insulinum Lisprum), chorób psychicznych, schizofrenii (Olanzapinum), astmy oskrzelowej (Budesonidum, Budesonidum z Formoterolem, Fluticasoni Propionas z Salmeterolum), hipercholesterolemii (Atorvastatinum, Rosuvastatinum), chorób układu krążenia i nadciśnienia tętniczego (Nebivololum, Ramiprilum, Telmisartanum), przerostu gruczołu krokowego (Tamsulosini Hydrochloridum, Finasteridum), chorób autoimmunizacyjnych (Methotrexatum).

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

W 2023 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 45,23% i wyniosła 696 498,58 tys. zł. Natomiast wartość przedstawionych Polsce roszczeń przez inne państwa członkowskie UE/EFTA wyniosła 727 204,74 tys. zł, co oznacza spadek o 0,36%, zaś liczba załączonych do not formularzy spadła o 0,53%. W 2023 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wydały o 9,89% 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 2023 roku liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była niższa o 15% w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Ogółem w 2023 roku do Funduszu wpłynęło 12 049 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 41 025,72 tys. zł. Zarówno w przypadku łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty, jak i kwoty dokonanych wypłat nastąpił wzrost w porównaniu do 2022 roku, odpowiednio o 4,80% oraz 30,51%. 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 95,72% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 96,41% wartości wypłaconych kwot ogółem. 86,77% dokonanych w 2023 roku zwrotów kosztów dotyczyło świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne – oddziały. W przypadku 86,92% wniosków zwrot kosztów został dokonany za świadczenia związane z zabiegiem usunięcia zaćmy.

Zaobserwowano nieznaczny wzrost liczby pozytywnych decyzji Prezesa NFZ dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych pomimo prawie 2-krotnego spadku szacunkowych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. W 2023 r. szacunkowy koszt zgód wyniósł 59 577,03 tys. zł, co stanowi 48% szacunkowych kosztów z 2022 r. (114 385,79 tys. zł).

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

Od 2004 roku NFZ realizuje, na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego tj. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 i rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 oraz regulacji krajowych, zadania instytucji właściwej (instytucji miejsca zamieszkania oraz instytucji miejsca pobytu). Do najważniejszych realizowanych zadań przez 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 polskimi ubezpieczonym w innych państwach członkowskich.

Do najważniejszych zadań związanych z pełnieniem roli instytucji łącznikowej 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,
- nadzór merytoryczny, opracowywanie zbiorczej dokumentacji rozliczeniowej oraz prowadzenie wyjaśnień, do indywidualnych spraw, z oddziałami wojewódzkimi Funduszu i instytucjami łącznikowymi w zakresie rozliczania kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji osobom uprawnionym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz świadczeniobiorcom na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, w tym koordynacja rozliczenia kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych, udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewodów,
- nadzór nad procesem refundacji kosztów świadczeń na podstawie art. 25 rozporządzenia wykonawczego nr 987/2009 przez oddziały wojewódzkie Funduszu, w tym dokonywanie merytorycznej kontroli not księgowych i not korygujących do not księgowych wystawionych przez oddziały wojewódzkie, oraz prowadzenie spraw w tym zakresie,
- udział w procesie tworzenia rezerw na potrzeby obsługi roszczeń przedstawianych przez inne państwa członkowskie UE/EFTA,
- realizacja przepisów o wzajemnej pomocy w odzyskiwaniu należności powstałych na podstawie przepisów o koordynacji,
- uczestnictwo w pracach Komisji Europejskiej, w szczególności Komisji Administracyjnej i Komisji Obrachunkowej Unii Europejskiej,
- 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.

Dodatkowo Centrala NFZ, na mocy przepisów implementujących w ustawie o świadczeniach postanowienia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, pełni

funkcję Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej. Jego celem jest zapewnienie rzetelnej i użytecznej informacji umożliwiającej pacjentom praktyczne korzystanie z ich praw w obszarze transgranicznej opieki zdrowotnej, a także współpraca z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi działającymi w innych państwach członkowskich UE lub EOG. Narodowy Fundusz Zdrowia pełni ponadto nadzór merytoryczny i administruje portalem Krajowego Punktu Kontaktowego, w którym umieszczone są informacje na temat możliwości uzyskania zwrotu kosztów na podstawie przepisów implementujących ww. dyrektywę, tj. na podstawie decyzji Prezesa Funduszu z art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach, a także możliwości leczenia się na podstawie dyrektywy osób z innych państw członkowskich w Polsce.

Dokumenty uprawniające

W 2023 r. wydano łącznie 2 741 015 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co stanowi wzrost w stosunku do porównywanego okresu roku poprzedniego o 9,89%. W strukturze rodzajowej 99,08% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. Udział ten kształtował się na zbliżonym poziomie w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń wydano w 2023 roku osobom z Mazowieckiego OW NFZ (14,91%).

Tabela nr IV.1. Liczba zaświadczeń wydanych osobom z poszczególnych OW NFZ w 2023 r. w podziale na rodzaj dokumentu.

Oddział wojewódzki	EKUZ	Certyfikat	S1	S2	S3	DA1	ŁĄCZNIE
Dolnośląski	228 308	1 565	587	7	0	100	230 567
Kujawsko-Pomorski	124 308	1 615	231	4	0	92	126 250
Lubelski	116 077	751	124	3	0	83	117 038
Lubuski	70 138	692	175	3	0	53	71 061
Łódzki	152 611	1 107	185	0	0	34	153 937
Małopolski	276 151	1 304	345	9	0	221	278 030
Mazowiecki	403 313	3 454	1 785	23	0	111	408 686
Opolski	74 983	599	195	1	0	59	75 837
Podkarpacki	146 713	627	81	3	0	105	147 529
Podlaski	70 219	272	71	1	0	42	70 605
Pomorski	180 694	1 067	309	5	0	122	182 197
Śląski	358 728	1 533	566	22	0	199	361 048
Świętokrzyski	68 030	880	61	3	0	83	69 057
Warmińsko-Mazurski	80 182	531	190	5	0	31	80 939
Wielkopolski	261 580	1 178	182	16	0	145	263 101
Zachodniopomorski	103 720	994	372	2	0	45	105 133
Razem	2 715 755	18 169	5 459	107	0	1 525	2 741 015

Rozliczanie kosztów świadczeń za ubezpieczonych i uprawnionych

W 2023 r. do Centrali Funduszu wpłynęło 1 157 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 727 204,74 tys. zł¹⁹. Wartość ta obejmuje również kwoty wynikające z: 179 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych zawierających dane o 159 471 roszczeniach indywidualnych, 284 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych zawierających dane o 1 456 roszczeniach korygujących, 694 zbiorczych pism zawierających odstąpienia od 1 314 roszczeń indywidualnych przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych.

Roszczenia przedstawione zostały przez 31 państw członkowskich UE/EFTA na 162 241 formularzach rozliczeniowych E 125 lub ich odpowiednikach elektronicznych. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zmniejszyła się o 0,36%, a liczba załączonych do not roszczeń indywidualnych o 0,53%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 72,64% i obejmowały 70,40% łącznej liczby roszczeń indywidualnych przesłanych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA. W odniesieniu do ujemnego kosztu łącznego roszczeń zgłoszonych w 2023 r. przez Holandię należy zaznaczyć, że Holandia nie przysłała w 2023 r. żadnej noty (lub zbiorczej elektronicznej dokumentacji) obciążeniowej zarówno w formie tradycyjnej jak i elektronicznej. Fundusz otrzymał jedynie zbiorcze dokumenty korygujące, których łączna kwota była ujemna. 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 2023 roku płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 881 196,18 tys. zł²⁰. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 74,96% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec.

Tabela nr IV.2. Struktura zgłoszonych roszczeń w oparciu o koszty rzeczywiste w 2023 r. przez poszczególne państwa członkowskie.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	114 212	528 252,87
Austria	7 901	32 972,04
Francja	2 709	28 884,06
Belgia	5 172	27 857,20
Włochy	4 771	24 970,18
Hiszpania	5 684	15 770,71
Szwecja	2 270	14 563,31
Wielka Brytania	1 379	11 650,87
Czechy	5 307	9 552,30
Szwajcaria	1 730	6 839,02

¹⁹Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 251/A/NBP/2023 z dnia 29 grudnia 2023 roku.

²⁰Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Dania	508	4 500,46
Słowacja	1 855	3 405,02
Norwegia	166	2 991,90
Finlandia	583	2 908,45
Grecja	604	2 510,94
Chorwacja	3 074	1 912,65
Luksemburg	227	1 824,80
Irlandia	458	1 461,99
Malta	244	703,57
Słowenia	399	674,77
Węgry	528	643,21
Portugalia	937	618,05
Bułgaria	173	594,79
Islandia	272	534,98
Litwa	351	526,27
Cypr	29	177,47
Łotwa	265	143,84
Rumunia	301	75,55
Estonia	47	49,12
Liechtenstein	3	1,13
Holandia	82	-366,78
Ogółem	162 241	727 204,74

Wysokość kosztów rozliczanych w oparciu o stawki ryczałtowe otrzymanych przez NFZ wynosiła w 2023 r. 63 388,10 tys. zł²¹, co stanowiło 8,02% wszystkich kosztów przedstawionych NFZ 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 2023 r., osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 696 498,58 tys. zł. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 1 182 860 formularzach, z czego 57,59% formularzy skierowane zostało do instytucji niemieckich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 54,72% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących 2023 r. Liczba formularzy E 125 wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2023 roku w porównaniu z 2022 rokiem spadła o 7,80%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 45,23%.

²¹Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 251/A/NBP/2023 z dnia 29 grudnia 2023 roku.

Tabela nr IV.3. Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz w oparciu o koszty rzeczywiste za 2023 r. wg państw członkowskich (bez uwzględnienia formularzy korygujących).

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	681 166	381 096,17
Norwegia	139 137	75 045,34
Holandia	65 025	42 776,95
Wielka Brytania	35 448	37 014,66
Czechy	66 766	30 853,69
Dania	58 750	25 619,04
Austria	43 811	21 663,27
Szwecja	16 399	14 258,76
Włochy	10 098	11 110,38
Belgia	16 283	11 063,15
Irlandia	10 518	11 013,81
Francja	9 432	9 085,67
Luksemburg	8 003	4 818,70
Szwajcaria	5 770	3 788,88
Słowacja	2 791	3 535,60
Litwa	1 700	2 460,07
Hiszpania	3 142	2 286,89
Islandia	2 203	2 256,97
Bułgaria	823	1 542,42
Węgry	590	1 309,97
Finlandia	2 126	1 179,23
Rumunia	413	691,34
Łotwa	272	671,46
Grecja	597	513,36
Malta	487	212,07
Portugalia	369	210,53
Cypr	255	130,09
Chorwacja	225	129,10
Estonia	106	83,77
Słowenia	117	66,55
Liechtenstein	38	10,69
Ogółem	1 182 860	696 498,58

W 2023 roku 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 Polski, w kwocie łącznej w wysokości 392 577,88 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (49,72% łącznej kwoty) oraz instytucje norweskie (11,65%

łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 335 663,58 tys. zł.

Refundacja kosztów świadczeń osobom ubezpieczonym

Zgodnie z informacjami zgromadzonymi w systemie dziedzinowym, w 2023 roku osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 4 842 wniosków o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, do których załączone zostały rachunki opiewające na łączną kwotę 9 862,28 tys. zł²². Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 3 911 osoby ubezpieczone w wysokości łącznej 5 990,06 tys. zł²³.

W 2023 roku, w porównaniu do roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL i ich odpowiedników elektronicznych była wyższa o 20,54%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była wyższa o 3,86%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń także była wyższa o 15,74%, a kwota dokonanych wypłat była wyższa o 3,12%. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w 2023 roku wypłacił Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ, który dokonał wypłat 3 873 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 5 950,69 tys. zł, co stanowiło 99,03% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 99,34% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Zwiększenie liczby rozpatrywanych wniosków i dokonywanych wypłat wynika z przejęcia przez Centrum Usług Wspólnych w Gorzowie Wielkopolskim obsługi większości wniosków o zwrot z wszystkich pozostałych oddziałów wojewódzkich NFZ. Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2023 roku zwrot poniesionych kosztów świadczeń 37,84% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku poprzednim było to 44,87%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1 832 osób na terenie Niemiec stanowił 41,29% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2023 r.

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

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania wynikające z implementacji do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Postanowienia te zostały uregulowane ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1491) i weszły w życie z dniem 15 listopada 2014 r. Przedmiotowe przepisy zapewniły polskim świadczeniobiorcom prawo do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących

²²Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 251/A/NBP/2023 z dnia 29 grudnia 2023 roku.

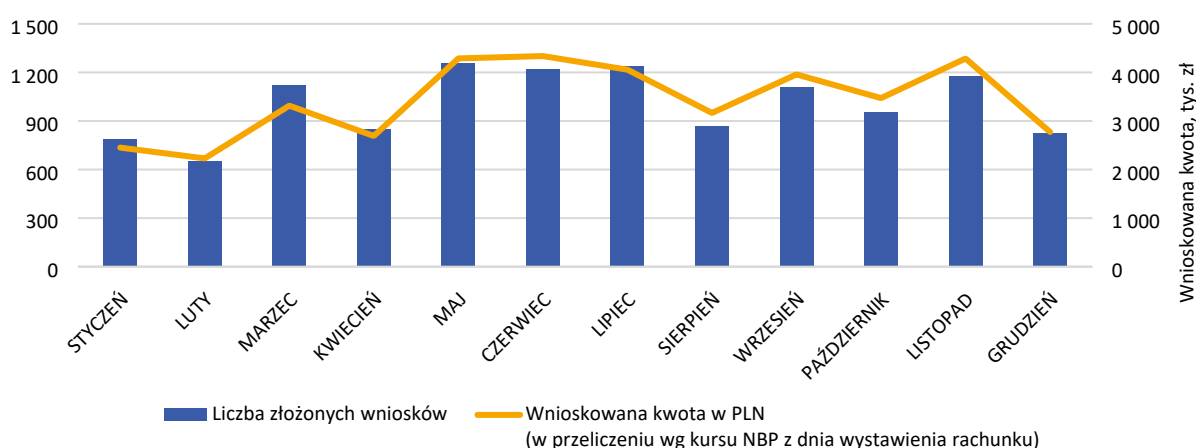
²³Przeliczenie należnych kwot zwrotu na walutę polską dla wniosków rozpatrywanych na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 dokonywane było zgodnie z kursem referencyjnym Europejskiego Banku Centralnego na dzień dokonania operacji.

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.

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

W 2023 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożonych zostało łącznie 12 049 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 41 025,72 tys. zł. W 2023 r., w porównaniu do 2022 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów była niższa o 15%, natomiast łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków była wyższa o 2,32%. Jednocześnie 95,51% liczby wniosków złożonych w NFZ w 2023 r. ogółem oraz 94,89%, wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech. Najwięcej wniosków o zwrot kosztów złożonych zostało w okresie maj-lipiec 2023 r., natomiast w tych samych miesiącach oraz w listopadzie 2023 r. wnioskowana do zwrotu kwota była najwyższa. Średnia liczba składanych wniosków w 2023 r., w ujęciu miesięcznym, wynosiła 1 004.

Wykres nr IV.1. Liczba wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach złożonych w 2023 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 2023 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 12 431 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 13 państw członkowskich UE lub EOG. Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wyniosła 34 376,27 tys. zł. W 2023 r., w porównaniu do 2022 r., liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń była wyższa o zaledwie 4,80%, jednakże kwota dokonanych wypłat wzrosła o 30,51%.

Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek złożony w oddziale wojewódzkim Funduszu, wyniosła 2,77 tys. zł. W 2023 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 58 194 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych łącznie na 12 431 wnioskach o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Łączna liczba świadczeń, w stosunku do których został dokonany zwrot jest wyższa niż liczba wniosków z dokonaną wypłatą, ponieważ na jednym wniosku o zwrot kosztów świadczeniobiorca może wnioskować o zwrot za więcej niż jedno świadczenie.

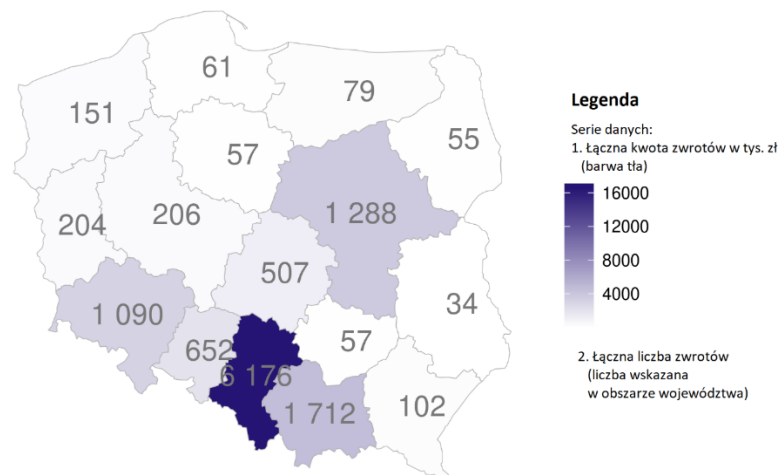
Tabela nr IV.4. Liczba i wartość świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty w 2023 r. – wg rodzaju świadczeń (uwzględniono tylko te rodzaje świadczeń, w przypadku których przyznany został zwrot kosztów).

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń	Łączna kwota zwrotów w tys. zł
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	382	32,48
leczenie stomatologiczne	34 449	4 415,26
leczenie szpitalne - chemioterapia: leki	37	8,71
leczenie szpitalne - oddziały	23 175	29 827,94
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1	0,64
podstawowa opieka zdrowotna	12	0,93
ratownictwo medyczne	1	1,35
refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	70	10,02
rehabilitacja lecznicza	4	0,03
zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy	63	78,90
Ogółem	58 194	34 376,27

W przypadku świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego Fundusz przyznał najwyższy zwrot kosztów za 9 906 zabiegów usunięcia ząbny, które były wykazane na 9 863 wnioskach o zwrot kosztów na łączną kwotę 24 841,96 tys. zł. Dodatkowo za świadczenia towarzyszące zabiegowi usunięcia ząbny zwrot kosztów został dokonany w kwocie 3 434,43 tys. zł, z czego wartość 300,14 tys. zł stanowi zwrot za wizytę kwalifikacyjną do zabiegu usunięcia ząbny – w trybie ambulatoryjnym, natomiast kwota 3 134,29 tys. zł odnosi się do zwrotu kosztów za kontrolną poradę specjalistyczną zrealizowaną pomiędzy 14 a 28 dniem od zabiegu. 95,72% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których w 2023 r. Fundusz dokonał zwrotu poniesionych

kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach i 96,41% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2023 r. dotyczyło leczenia na terenie Czech. Największa liczba wypłat w 2023 r. została dokonana przez Śląski OW NFZ, który dokonał zwrotu w stosunku do 6 176 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 16 676,31 tys. zł. Kwota ta stanowiła 48,51% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez NFZ.

Wykres nr IV.2. Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2023 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach – wg oddziałów wojewódzkich Funduszu.



Najczęstsze trudności, które powstały w trakcie procedowania wniosków o zwrot kosztów w 2023 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. 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, jednak jest to zasadą działania firm pośredniczących.

Spośród wydanych w 2023 r. przez oddziały wojewódzkie NFZ decyzji w sprawie zwrotu kosztów 92,61% stanowiły decyzje pozytywne, przyznające zwrot kosztów.

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

W 2023 r. do Funduszu wpłynęło 11 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (art. 42i ustawy o świadczeniach). Spośród ww. wniosków 8 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym wezwano strony celem usunięcia braków formalnych wniosku. Wymogi formalne spełniały 3 wnioski, w związku z powyższym zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Spośród 8 wniosków, które zostały odesłane do wnioskodawcy ze względu na stwierdzone braki, 1 wniosek – pozbawiony braków formalno-prawnych, wpłynął ponownie do Centrali NFZ i na jego podstawie zostało wszczęte postępowanie wyjaśniające. Ponadto, Prezes NFZ w 2023 r. prowadził ww. postępowanie w sprawie 1 wniosku, który wpłynął do Centrali NFZ w 2022 r.

Łącznie w 2023 r. Prezes NFZ procedował 5 wniosków na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach. Procedura rozpatrywania 3 z ww. wniosków została zakończona w 2023 r. wydaniem decyzji Prezesa NFZ, natomiast w przypadku 2 wniosków procedura ich rozpatrywania była kontynuowana w 2024 r. Ww. decyzjami Prezes NFZ wyraził zgodę na skierowanie wnioskodawców na leczenie poza granicami kraju – ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w ośrodkach krajowych. Pacjentom, którzy uzyskali pozytywną decyzję zostały wystawione formularze S2. Leczenie objęte ww. decyzjami dotyczyło przeprowadzenia leczenia z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej, otorynolaryngologii oraz radioterapii onkologicznej. Łączny koszt leczenia objętego ww. decyzjami został oszacowany na łączną kwotę 267,17 tys. zł. W 2022 roku do NFZ wpłynęła taka sama liczba wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Przy czym z wniosków złożonych w 2022 r. wyłącznie 1 spełniał wymogi formalne do jego procedowania. Procedura rozpatrywania tego wniosku została zakończona wydaniem decyzji wyrażającej zgodę na skierowanie wnioskodawcy (byłego pracownika przygranicznego) na leczenie poza granicami kraju – ze względu na kontynuację leczenia rozpoczętego w Czechach w zakresie opieki zdrowotnej związanej z chorobą płuc oraz ich następową transplantacją – na podstawie ww. decyzji pacjentowi został wystawiony formularz S3. Ww. zgoda dotyczyła leczenia z zakresu chorób płuc (pacjent po przeszczepie płuc), którego koszt został oszacowany na kwotę 62,96 tys. zł. Reasumując, Liczba złożonych w NFZ w 2023 r. wniosków o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach, utrzymała się na tym samym poziomie w stosunku do roku 2022 r. Natomiast liczba decyzji wydanych w 2023 r. wzrosła o 200% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2022 r. – Prezes NFZ na podstawie ww. przepisów prawa w 2023 r. wydał 3 decyzje pozytywne, natomiast w 2022 r. wydał 1 decyzję pozytywną. Ponadto, w 2023 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 47 decyzji dotyczących pokrycia kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju – w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w tym: 45 decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów ww. transportu (95,6%), 1 decyzję umarzającą postępowanie (2,2%) i 1 decyzję odmowną (2,2%). Natomiast w 2022 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 45 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: 41 decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów ww. transportu (91,1%), 3 decyzje umarzające postępowanie (6,7%) i 1 decyzję odmowną (2,2%). Powyższe dane oznaczają, że obserwuje się nieznaczny wzrost liczby decyzji wydanych w 2023 r. do liczby decyzji wydanych w 2022 r. – w trybie ww. przepisu prawa. Liczba decyzji pozytywnych wydanych w 2023 r., których podstawę prawną stanowił art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, wzrosła w stosunku do liczby decyzji pozytywnych wydanych w 2022 r. o 9,8%. W 2023 r. zrealizowanych i rozliczonych zostało 45 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 1 200,75 tys. zł. W 2022 r. zrealizowanych i rozliczonych zostało 41 transportów do miejsca leczenia w kraju na podstawie decyzji wydanych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach. Łączny koszt transportów zrealizowanych i rozliczonych

w 2022 r. wyniósł 678,70 tys. zł. Oznacza to, że w 2023 r. zaobserwowano znaczny, tj. na poziomie 49,1% wzrost kosztów transportu finansowanego na podstawie art. 42i ust. 9 ustawy w stosunku do kosztów z 2022 r. Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach w 2023 r. prowadzona była na bieżąco. W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2023 r. wynikających z art. 42i ustawy o świadczeniach nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie.

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

W 2023 r. Prezes NFZ wydał 121 decyzji dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ust. 1 ustawy o świadczeniach), w tym: 110 zgód, co stanowi 90,91% wszystkich wydanych decyzji, 6 odmów, co stanowi 4,96% wszystkich wydanych decyzji, 5 umorzeń, co stanowi 4,13% wszystkich wydanych decyzji. W 2022 r. Prezes Funduszu wydał 107 decyzji dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 98 zgód, co stanowi 91,6% wszystkich wydanych decyzji, 6 odmów, co stanowi 5,6% wszystkich wydanych decyzji, 3 umorzenia, co stanowi 2,8% wszystkich wydanych decyzji. Porównując powyższe dane można zaobserwować wzrost liczby decyzji wydanych w 2023 r. w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2022 r. – liczba zgód wydanych w 2023 r. w stosunku do liczby zgód wydanych w 2022 r. wzrosła o 13,08%, liczba odmów wydanych w 2023 r. w stosunku do liczby odmów wydanych w 2022 r. utrzymała się na tym samym poziomie, liczba umorzeń wydanych w 2023 r. w stosunku do liczby umorzeń wydanych w 2022 r. wzrosła o 40%. Zarówno w 2023 roku jak i w 2022 roku największa liczba zgód dotyczyła leczenia lub badań diagnostycznych w Niemczech oraz w USA, oraz przeprowadzenia świadczeń z zakresu genetyki klinicznej, kardiologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Należy nadmienić, że w 2023 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. Porównanie danych z 2023 r. do danych z 2022 r. wskazuje, że szacowany koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na które pacjenci byli kierowani poza granice kraju przez Prezesa NFZ w ww. okresie, pomimo zwiększonej liczby wydanych decyzji, zmniejszył się o 48%. W 2023 r. szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej objętych decyzjami wyniósł 59 577,03 tys. zł, natomiast w 2022 r. (114 385,79 tys. zł). Niezmiennie największe koszty dotyczą decyzji z zakresu kardiologii dziecięcej i ortopedii i traumatologii narządu ruchu kierujących pacjentów do USA (48 324,96 tys. zł). Szacunkowy koszt decyzji kierujących pacjentów na leczenie do USA stanowił 81% całości szacunkowych kosztów leczenia, na które Prezes NFZ skierował pacjentów w 2023 r. Dodatkowo w 2023 r. Prezes NFZ wydał 67 decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 42j ust. 2 ustawy o świadczeniach, natomiast w 2022 r. Prezes NFZ wydał 43 decyzje pozytywne w ww. zakresie. Powyższe oznacza wzrost (35,8%) ogólnej liczby wydanych w 2023 r. decyzji kierujących do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju w stosunku do liczby decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu wydanych w 2022 r. Szacunkowy łączny koszt decyzji wyrażających zgodę

na pokrycie kosztów transportu w trybie art. 42j ust. 2 ustawy o świadczenia wydanych w 2023 r. wyniósł 1 243,5 tys. zł, natomiast łączny szacunkowy koszt decyzji wydanych w tym samym trybie w roku 2022 wyniósł 3 902,1 tys. zł. Widoczna znaczna różnica w oszacowanych kwotach związanych z decyzjami wyrażającymi zgodę na pokrycie kosztów transportu pomiędzy 2023 r. a 2022 r. wynika z większej ilości złożonych w 2022 r. wniosków o sfinansowanie medycznego transportu lotniczego do miejsca udzielenia świadczeń, który generuje największe koszty. W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2023 r. wynikających z art. 42j ustawy o świadczeniach nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie. Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach w 2023 r. prowadzona była na bieżąco.

IV.5. Centralny Wykaz Ubezpieczonych

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 8, ustawy o świadczeniach, do zakresu działania Funduszu należy w szczególności prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, zwanego dalej również „CWU”, w celach określonych w art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach, tj.:

- potwierdzenia prawa do świadczeń z Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie a 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 34 172 864, 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, 34 151 956 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 20 908 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 448 806 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 703 150 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 15 484 osób, ze zgłoszonymi 5 424 członkami rodziny.

Tabela nr IV.5. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2023 roku.

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	34 151 956	26 448 806	7 703 150	20 908	15 484	5 424	34 172 864
1	Dolnośląski	2 593 527	2 050 046	543 481	1 488	1 145	343	2 595 015

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)
2	Kujawsko-Pomorski	1 764 480	1 377 246	387 234	995	797	198	1 765 475
3	Lubelski	1 812 212	1 405 783	406 429	813	720	93	1 813 025
4	Lubuski	871 563	684 729	186 834	396	257	139	871 959
5	Łódzki	2 214 208	1 756 933	457 275	715	560	155	2 214 923
6	Małopolski	3 110 855	2 358 223	752 632	1 909	1 434	475	3 112 764
7	Mazowiecki	5 213 970	4 023 908	1 190 062	5 126	3 954	1 172	5 219 096
8	Opolski	800 543	629 283	171 260	193	152	41	800 736
9	Podkarpacki	1 819 082	1 367 438	451 644	368	340	28	1 819 450
10	Podlaski	1 014 759	774 838	239 921	393	299	94	1 015 152
11	Pomorski	2 109 915	1 600 577	509 338	3 046	1 877	1 169	2 112 961
12	Śląski	3 953 104	3 064 708	888 396	1 463	1 169	294	3 954 567
13	Świętokrzyski	1 043 001	818 002	224 999	155	111	44	1 043 156
14	Warmińsko-Mazurski	1 161 073	900 971	260 102	321	204	117	1 161 394
15	Wielkopolski	3 244 444	2 513 145	731 299	1 843	1 452	391	3 246 287
16	Zachodniopomorski	1 425 220	1 122 976	302 244	1 684	1 013	671	1 426 904

Na koniec 2022 r., 34 128 951 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, 34 106 175 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 22 776 osób ubezpieczonych dobrowolnie. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 371 921 osoby, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 734 254 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 17 242 osób, ze zgłoszonymi 5 534 członkami rodziny.

Tabela nr IV.6. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie - wg stanu na koniec 2022 roku.

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	
	Ogółem	34 106 175	26 371 921	7 734 254	22 776	17 242	5 534	34 128 951
0	Nieokreślony	2 582 006	2 038 438	543 568	1 934	1 599	335	2 583 940
1	Dolnośląski	1 770 673	1 378 319	392 354	1 012	812	200	1 771 685
2	Kujawsko-Pomorski	1 821 349	1 409 337	412 012	1 036	956	80	1 822 385
3	Lubelski	872 801	682 707	190 094	414	261	153	873 215
4	Lubuski	2 220 429	1 762 183	458 246	716	572	144	2 221 145
5	Łódzki	3 096 216	2 345 362	750 854	2 266	1 815	451	3 098 482
6	Małopolski	5 165 534	3 983 889	1 181 645	4 977	3 820	1 157	5 170 511
7	Mazowiecki	803 697	630 930	172 767	276	225	51	803 973
8	Opolski	1 818 611	1 365 221	453 390	472	437	35	1 819 083

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	
9	Podkarpacki	1 015 491	775 671	239 820	426	321	105	1 015 917
10	Podlaski	2 098 142	1 587 610	510 532	3 346	2 104	1 242	2 101 488
11	Pomorski	3 959 836	3 062 505	897 331	1 543	1 251	292	3 961 379
12	Śląski	1 046 985	820 040	226 945	141	108	33	1 047 126
13	Świętokrzyski	1 166 590	901 271	265 319	347	211	136	1 166 937
14	Warmińsko-Mazurski	3 237 921	2 504 277	733 644	2 065	1 673	392	3 239 986
15	Wielkopolski	1 429 894	1 124 161	305 733	1 805	1 077	728	1 431 699
16	Zachodniopomorski	34 106 175	26 371 921	7 734 254	22 776	17 242	5 534	34 128 951

Tabela nr VI.7. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie, różnice między 2023 r. a 2022 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	
	Ogółem	45 781	76 885	-31 104	-1 868	-1 758	-110	43 913
0	Nieokreślony	11 521	11 608	-87	-446	-454	8	11 075
1	Dolnośląski	-6 193	-1 073	-5 120	-17	-15	-2	-6 210
2	Kujawsko-Pomorski	-9 137	-3 554	-5 583	-223	-236	13	-9 360
3	Lubelski	-1 238	2 022	-3 260	-18	-4	-14	-1 256
4	Lubuski	-6 221	-5 250	-971	-1	-12	11	-6 222
5	Łódzki	14 639	12 861	1 778	-357	-381	24	14 282
6	Małopolski	48 436	40 019	8 417	149	134	15	48 585
7	Mazowiecki	-3 154	-1 647	-1 507	-83	-73	-10	-3 237
8	Opolski	471	2 217	-1 746	-104	-97	-7	367
9	Podkarpacki	-732	-833	101	-33	-22	-11	-765
10	Podlaski	11 773	12 967	-1 194	-300	-227	-73	11 473
11	Pomorski	-6 732	2 203	-8 935	-80	-82	2	-6 812
12	Śląski	-3 984	-2 038	-1 946	14	3	11	-3 970
13	Świętokrzyski	-5 517	-300	-5 217	-26	-7	-19	-5 543
14	Warmińsko-Mazurski	6 523	8 868	-2 345	-222	-221	-1	6 301
15	Wielkopolski	-4 674	-1 185	-3 489	-121	-64	-57	-4 795
16	Zachodniopomorski	45 781	76 885	-31 104	-1 868	-1 758	-110	43 913

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

informacji²⁴. Należy zaznaczyć, że dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, KPRM), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji aktualizuje dane statystyczne.

W poniższej tabeli przedstawione są dane dotyczące obowiązujących w okresie. 54 ustawy o świadczeniach, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, wydawana na okres 3 miesięcy. Dane są wprowadzane do systemu, jeżeli w decyzjach, które wpływają sprawozdawczym uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, które wydano na podstawie decyzji wydawanych zgodnie z art. do NFZ są wpisane dane, w tym informacja o obywatelstwie i statusie uchodźcy. Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych na podstawie decyzji z art. 54 ustawy o świadczeniach, w 2023 r. wydano 1 479 decyzji mniej niż w 2022 r.

Tabela nr VI.8. Centralny Wykaz Ubezpieczonych – decyzje z art. 54 – stan na koniec 2023 roku.

L.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba wydanych decyzji					Liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadających	
			świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
	Ogółem	11 190	7 464	2 262	278	13	11 203	11 189	3
1	Dolnośląski	814	396	188	14	3	817	815	0
2	Kujawsko-Pomorski	619	542	55	21	0	619	618	0
3	Lubelski	318	212	103	1	0	318	318	0
4	Lubuski	561	460	96	1	0	561	559	0
5	Łódzki	630	389	131	17	7	637	636	0
6	Małopolski	825	630	167	17	0	825	824	0
7	Mazowiecki	1 359	712	265	77	1	1 360	1 360	0
8	Opolski	218	170	48	0	0	218	217	0
9	Podkarpacki	342	216	107	6	0	342	342	0
10	Podlaski	251	159	92	0	0	251	251	0

²⁴ 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.Z.; 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.

L.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba wydanych decyzji					Liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadających	
			świadzeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
11	Pomorski	882	637	155	10	0	882	879	2
12	Śląski	1 104	507	199	5	2	1 106	1 104	1
13	Świętokrzyski	11 190	7 464	2 262	278	13	11 203	11 189	3
14	Warmińsko-Mazurski	814	396	188	14	3	817	815	0
15	Wielkopolski	619	542	55	21	0	619	618	0
16	Zachodniopomorski	318	212	103	1	0	318	318	0

Tabela nr VI.9. Centralny Wykaz Ubezpieczonych – decyzje z art. 54 – stan na koniec 2023 roku.

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

IV.6. Plany zakupu świadczeń

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

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

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

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

Plany zakupu są przygotowywane przez poszczególnych Dyrektorów OW NFZ w oparciu o plan finansowy przyjęty na rok następny.

IV.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli

W 2023 roku²⁵ Terenowe Wydziały Kontroli Departamentu Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, zwane dalej również „TWK”), przeprowadziły łącznie 2 683 kontrole i czynności sprawdzających w obszarach²⁶: realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – 1 278, ordynacji produktów refundowanych – 700, realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę w aptekach i punktach aptecznych – 674, prawidłowości i zasadności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 – 31.

Tabela nr IV.10. Liczba działań kontrolnych przeprowadzonych przez TWK NFZ w latach 2022-2023 (razem kontrole i czynności sprawdzające).

Działania kontrolne dotyczące świadczeń		Działania kontrolne dotyczące ordynacji		Działania kontrolne dotyczące aptek		Działania kontrolne inne		Działania kontrolne razem		Zmiana 2022/2023
2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	
936	1 278	2 654	700	709	674	59	31	4 358	2 683	-1 675

Skutki finansowe działań kontrolnych²⁷ w 2023 r. po uwzględnieniu środków odwoławczych wyniosły łącznie 136 141,26 tys. zł, w tym wartość nienależnie przekazanych środków finansowych 54 739,97 tys. zł oraz wartość nałożonych kar 81 401,29 tys. zł.

Tabela nr IV.11. Skutki finansowe działań kontrolnych TWK NFZ w podziale na wartość zakwestionowanych środków, wartość nałożonych kar w latach 2022-2023 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Skutki finansowe kontroli		Zmiana 2022/2023
2022	2023	2022	2023	2022	2023	
27 581,84	54 739,97	60 224,24	81 401,29	87 806,08	136 141,26	48 335,18

Kontrole realizowane na terenie innego województwa niż siedziba TWK

W 2023 roku przeprowadzono łącznie 163 działania kontrolne wobec podmiotów, których siedziba mieściła się w innym województwie niż komórka kontrolująca. Najwięcej takich działań przeprowadziły TWK w Zielonej Górze i Warszawie (37% wszystkich działań kontrolnych eksterytorialnych). Biorąc pod uwagę miejsce realizacji umowy kontrolowanego podmiotu w 2023 r. najwięcej eksterytorialnych działań przeprowadzono wobec podmiotów z województwa wielkopolskiego i małopolskiego. Spośród działań eksterytorialnych największy udział stanowiły postępowania kontrolne świadczeniodawców w liczbie 106, co stanowiło 65% wszystkich działań eksterytorialnych.

²⁵Kwalifikacja kontroli do danego roku sprawozdawczego następuje na podstawie daty zakończenia czynności kontrolnych określonej w wystąpieniu pokontrolnym, a w przypadku czynności sprawdzających – daty zakończenia czynności sprawdzających.

²⁶W dalszej części sprawozdania wykazane obszary zamiennie nazywane są odpowiednio, jako działania kontrolne dotyczące świadczeń, ordynacji, aptek i Covid-19.

²⁷Pod pojęciem działań kontrolnych należy rozumieć zarówno postępowania kontrolne prowadzone w trybie art. 61a ustawy o świadczeniach, jak i czynności sprawdzające przeprowadzane w trybie art. 61w ustawy o świadczeniach.

Działania podjęte w celu weryfikacji dostępności do świadczeń

W lipcu 2023 r. przeprowadzono weryfikację dostępności do świadczeń w poradniach POZ i wybranych poradniach AOS. Weryfikacja polegała na wykonaniu połączenia z danym podmiotem, przy czym w przypadku poradni AOS wykorzystano numery telefonów wskazane w Informatorze o Terminach Leczenia. Założeniem była próba dodzwonienia się do podmiotu w ciągu jednego dnia. Uzyskanie połączenia w trakcie jednej z 5 pierwszych prób uznawano za potwierdzenie prawidłowej dostępności do poradni, natomiast połączenie w trakcie kolejnych 5 prób oznaczało ograniczenie dostępności. Jeżeli nie udało się połączyć telefonicznie w trakcie 10 prób rozłożonych w czasie stwierdzano brak dostępności.

W zakresie poradni POZ zweryfikowano 9 105 podmiotów wykonując 13 280 telefonów. Brak dostępności do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej potwierdzono w 1,21% lokalizacji. W przypadku stwierdzenia ograniczonej dostępności telefonicznej lub braku dostępności do poradni POZ podmioty informowano pisemnie.

W przypadku świadczeń udzielanych w AOS weryfikacji poddano dostępność do 1 521 poradni o następujących specjalizacjach: hematologiczna, chorób naczyń, chirurgii naczyniowej, poradnia gastroenterologiczna dla dzieci, gastroenterologiczna, neurochirurgiczna, hematologiczna, hematologiczna dla dzieci, onkologii, neurochirurgiczna dla dzieci, endokrynologii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej. Wykonano 2 900 połączeń telefonicznych. Jedynie w województwach lubelskim oraz pomorskim nie stwierdzono braku ani ograniczenia dostępności do weryfikowanych poradni.

TWK w ramach przeprowadzanej weryfikacji w poradniach AOS sprawdzały również zgodność terminów deklarowanych w Informatorze o Terminach Leczenia z uzyskanymi podczas weryfikacji. Niezgodność terminów w „przypadku stabilnym” dotyczyła 314 poradni, a w „przypadku pilnym” 467. Łącznie w wyniku weryfikacji wysłano 601 pism dotyczących stwierdzonych nieprawidłowości: deklarowanego nieprawidłowego numeru telefonu, braku dostępności lub ograniczonej dostępności telefonicznej oraz niezgodności terminów stabilnego i pilnego uzyskanych podczas weryfikacji względem deklarowanych umieszczanych w Informatorze o Terminach Leczenia.

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

W sprawozdawanym okresie przeprowadzono 1 013 kontroli dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji i aptek. Na podstawie ustaleń kontroli TWK sformułowały następujące oceny ogólne kontrolowanych podmiotów: ocena pozytywna – 62 kontrole, ocena pozytywna z nieprawidłowościami – 177 kontroli, ocena negatywna – 774 kontrole. Jak wynika z powyższych wartości, w przypadku 94% postępowań kontrolnych kontrolerzy stwierdzili nieprawidłowości w ocenianej działalności. Tylko w 6% zakończonych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości lub stwierdzono uchybienia, które nie miały wpływu na kontrolowaną działalność.

Tabela nr IV.12. Liczba kontroli przeprowadzonych przez TWK NFZ w latach 2022-2023.

Kontrole realizacji umów oraz dot. Covid-19		Kontrole ordynacji		Kontrole aptek		Razem kontrole		Zmiana 2022/2023
2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	
629	619	1 891	165	194	229	2 714	1 013	-1 701

Kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W 2023 roku przeprowadzono 594 kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W części kontroli, w ramach jednego postępowania, kontrolowany był więcej niż jeden rodzaj świadczeń. Największa liczba kontroli dotyczyła leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Tabela nr IV.13. Liczba skontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2022-2023 (kontrole wielorodzajowe zostały wykazane we wszystkich rodzajach, których dotyczyły).

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	2022	2023	Zmiana 2022/2023
AOS	109	138	29
OPH	3	0	-3
PDT	0	0	0
POZ	162	90	-72
PPZ	3	0	-3
PSY	10	22	12
REH	11	14	3
RTM	7	2	-5
SOK	3	3	0
SPO	44	30	-14
STM	40	39	-1
SZP	178	253	75
UZD	1	1	0
ZPO	15	2	-13
Razem	586	594	8

W 2023 roku przeprowadzono 28 kontroli dotyczących realizacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Większość kontroli dotyczyła zapewnienia dostępności do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjentów z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Skutki finansowe przeprowadzonych kontroli świadczeń wyniosły łącznie 101 838,29 tys. zł do 58 389,81 tys. zł w roku poprzednim, co stanowiło 74% wzrost.

Tabela nr IV.14. Skutki finansowe kontroli zrealizowanych w obszarze udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz dot. Covid-19 po uwzględnieniu środków odwoławczych przez TWK NFZ w latach 2022-2023 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Skutki finansowe kontroli		Zmiana 2022/2023
2022	2023	2022	2023	2022	2023	
19 596,73	39 606,62	38 793,08	62 231,67	58 389,81	101 838,29	43 448,48

W ramach wszystkich przeprowadzonych kontroli najczęściej stwierdzone nieprawidłowości to m.in.: nieprawidłowe kwalifikowanie świadczeń do rozliczenia, nieprawidłowe sprawozdawanie udzielonych świadczeń, gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa, udzielanie świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie, niewłaściwa kwalifikacja do leczenia szpitalnego pacjentów, dla których cel leczenia mógł być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, brak bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym, brak wymaganej liczby personelu, nieprowadzenie listy oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenie tej listy w sposób naruszający przepisy prawa, brak dokumentacji medycznej, nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie, nieprawidłowa organizacja udzielania świadczeń.

Kontrole ordynacji produktów refundowanych

W 2023 roku przeprowadzono łącznie 165 kontroli ordynacji. Większość kontroli ordynacji, tj. 136 przypadków (82% ogółu), dotyczyła ordynacji realizowanej w ramach zawartych z NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W 29 przypadkach kontrolowano osoby uprawnione, co stanowi 18% wszystkich przeprowadzonych kontroli ordynacji.

Tabela nr IV.15. Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept przez TWK NFZ w latach 2022-2023 (pojedyncze NPWZ).

Liczba skontrolowanych osób uprawnionych, nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych (umowy ze świadczeniodawcami), nie zdublowane NPWZ		Razem liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept, nie zdublowane NPWZ		
2022	2023	2022	2023	2022	2023	Zmiana 2022/2023
439	29	3 799	756	4 238	785	-3 453

Skutki finansowe przeprowadzonych w 2023 roku kontroli ordynacji wyniosły łącznie 5 177,57 tys. zł i były niższe o 12 160,49 tys. zł niż w roku poprzednim.

W ramach wszystkich przeprowadzonych kontroli najczęściej stwierdzone nieprawidłowości to m.in.: brak wskazań refundacyjnych do ordynacji leków ze zniżką, nieprawidłowo oznaczony poziom odpłatności na recepcie, brak dokumentacji medycznej, brak wpisu porady związanej z ordynacją kontrolowanych leków w dokumentacji medycznej, przepisanie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego w ilościach przekraczających zapotrzebowanie pacjenta wyliczone na podstawie przepisanej dawki, inne nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej niezgodnie z zapisami obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, brak lub błędna

informacja o sposobie dawkowania leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego w dokumentacji medycznej lub na receptce, brak zgodności informacji wykazanych na receptach i w dokumentacji medycznej, w zakresie sposobu dawkowania, ilości lub rodzaju zaordynowanego leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

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

W 2023 roku TWK przeprowadziły 229 postępowań kontrolnych w zakresie realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego, z czego 216 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych.

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

- przekazanie do OW NFZ w komunikatach elektronicznych, dotyczących zrealizowanych recept podlegających refundacji z Funduszu, danych niezgodnych ze stwierdzonym w aptekach stanem faktycznym dotyczącym zrealizowanych recept,
- wydanie większej ilości leku, niż wynika ze sposobu dawkowania lub przy braku podanego sposobu dawkowania,
- niesprawozdanie lub błędne sprawozdanie daty wystawienia recepty, uprawnień pacjenta, identyfikatora osoby nieubezpieczonej posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, numeru oddziału NFZ, osoby realizującej receptę, nazwy wydanego odpowiednika, kodu EAN/GTIN składnika, daty realizacji recepty lub adnotacji pro familiae,
- realizacja recepty przez osobę nieposiadającą kwalifikacji i uprawnień do jej realizacji,
- brak podpisu i pieczętki lub imienia i nazwiska osoby realizującej receptę,
- brak potwierdzenia uprawnień dodatkowych pacjenta (np. IB, ZK),
- nieprawidłowe otaksowanie recept,
- sprawozdanie realizacji częściowej, mimo iż wydano wszystkie opakowania zaordynowane na receptce,
- wydanie leków w ilości większej niż przepisana przez lekarza,
- realizacja recepty po terminie ważności,
- brak oryginałów druków recept w aptece lub nie przekazanie recept do kontroli,
- nieprawidłowa wycena leku recepturowego (np. wykazanie większej ilości składnika recepturowego lub ustalenie kosztu sporządzenia leku recepturowego z uwzględnieniem składnika niewystępującego na awersie recepty lub zawyżenie ceny surowców),
- błędnie wykonany lek recepturowy,

- wykorzystanie leku gotowego niebędącego surowcem farmaceutycznym do sporządzenia leku recepturowego.

W 2023 roku przeprowadzono 229 kontrole aptek, o 35 więcej niż w roku poprzednim. Skutki finansowe były o 15 952,28 tys. zł wyższe. Nałożono kary i zakwestionowano trzykrotnie więcej środków w porównaniu do 2022 roku.

Tabela nr IV.16. Skutki finansowe kontroli aptek po uwzględnieniu środków odwoławczych w latach 2022-2023 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		Zmiana 2022/2023
2022	2023	2022	2023	2022	2023	
6 692,89	13 733,79	1 066,51	9 977,89	7 759,40	23 711,68	15 952,28

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

Czynności sprawdzające realizowane są na podstawie art. 61w ustawy o świadczeniach. W 2023 roku TWK przeprowadziły łącznie 1 670 czynności sprawdzających. Większość TWK przeprowadziła więcej czynności sprawdzających niż w roku poprzednim, a w przypadku pięciu TWK czynności sprawdzających wykonano mniej niż w 2022 r. W 2023 r. przeprowadzono o 26 czynności sprawdzających więcej niż w 2022 r. Wartość skutków finansowych czynności sprawdzających była wyższa o 1 094,91 tys. zł niż w roku poprzednim, co stanowiło ponad 25% więcej zakwestionowanych środków w porównaniu do roku ubiegłego.

Tabela nr IV.17. Skutki finansowe czynności sprawdzających po uwzględnieniu środków odwoławczych w latach 2022-2023 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe czynności kontrolnych		Zmiana 2022/2023
2022	2023	2022	2023	2022	2023	
1 292,22	1 399,56	3 026,59	4 014,16	4 318,81	5 413,72	1 094,91

Procesy odwoławcze od wyników działań kontrolnych

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

- sprzeciwu wobec podjęcia i wykonywania przez Prezesa Funduszu czynności kontrolnych
 - w przypadku przekroczenia maksymalnego czasu trwania kontroli 4 Na podstawie danych z TWK DK wg stanu na 02.01.2024 r. 25 podmioty w roku kalendarzowym, równoczesnego prowadzenia więcej niż jednej kontroli wobec podmiotu kontrolowanego lub gdy kontrola dotyczy zakresu przedmiotowego objętego uprzednio zakończoną kontrolą,

- zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu – w przypadku wydania postanowienia o kontynuowaniu czynności kontrolnych,
- zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego,
- zażalenia na czynności Prezesa Funduszu – w przypadku gdy podmiot kontrolowany zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- skargi do sądu administracyjnego – w przypadku określenia sankcji finansowych w drodze decyzji administracyjnej.

Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego oraz zażalenia na czynności Prezesa Funduszu są kierowane zarówno wobec ustaleń stanu faktycznego, stwierdzanych nieprawidłowości, ocen sformułowanych w związku z powyższymi ustaleniami, a także wobec skutków finansowych kontroli w postaci sankcji. W 2023 roku kontrolowane podmioty złożyły 315 zastrzeżeń do ocen i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych. W tym samym okresie rozpatrzonych zostało 351 zastrzeżeń, z czego 46 zostało uwzględnionych w części lub w całości. Ponadto w okresie sprawozdawczym wpłynęło 75 zażaleń na czynności Prezesa NFZ, złożonych na podstawie art. 160 ustawy o świadczeniach, w tym 35 dotyczących czynności sprawdzających i 40 zażaleń dotyczących kontroli. W tym samym okresie rozpatrzonych zostało 75 zażaleń, z czego 12 zostało uwzględnione w części lub całości. W sprawozdawczym okresie zostało wniesione również 3 sprzeciwy, 2 zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu (niewzględnione) oraz 3 skargi na decyzję administracyjną.

Tabela nr IV.18. Liczba środków odwoławczych wniesionych w latach 2022-2023 r. (jako złożone należy rozumieć wszystkie środki, które wpłynęły w 2022 i 2023 r. bez względu na datę wpływu i datę zakończenia kontroli).

Złożone zastrzeżenia		Złożone zażalenia na czynności Prezesa - kontrole		Złożone zażalenia na czynności Prezesa - czynności sprawdzające		Złożone sprzeciwy		Złożone zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu		Złożone skargi na decyzję administracyjną		Razem środki odwoławcze		Zmiana 2022/2023
2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	
487	315	50	40	43	35	8	3	3	2	4	3	595	398	-197

W okresie sprawozdawczym wpłynęło łącznie 398 środków odwoławczych, natomiast rozpatrzono 434 środki odwoławcze. Poniższe wykresy skumulowane prezentują rozkład środków złożonych i rozpatrzonych według miesięcy i rodzaju środka.

Tabela IV.19. Liczba środków odwoławczych rozpatrzonych w latach 2022-2023 r. (jako rozpatrzone środki rozpatrzono w 2022 i 2023 r. bez względu na datę wpływu i datę zakończenia kontroli).

Złożone zastrzeżenia		Złożone zażalenia na czynności Prezesa - kontrole		Złożone zażalenia na czynności Prezesa - czynności sprawdzające		Złożone sprzeciwy		Złożone zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu		Złożone skargi na decyzję administracyjną		Razem środki odwoławcze		Zmiana 2022/2023
2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	
467	351	51	42	46	33	8	3	3	2	0	3	575	434	-141

Monitorowanie celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

Monitorowanie celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów (zadania wskazane w art. 107 ust. 5 pkt 8d ustawy o świadczeniach) oddziały wojewódzkie Funduszu realizują przede wszystkim poprzez analizy poziomu realizacji umów i dostępności do świadczeń. Mają one charakter analiz porównawczych, które pozwalają dostrzec ewentualne dysproporcje w świadczeniach rozliczonych przez poszczególnych świadczeniodawców lub zmiany trendów w wartości czy liczbie rozliczonych świadczeń. Wykorzystywane są także podczas planowania postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie prowadzone jest monitorowanie sprawozdanych świadczeń medycznych w sytuacjach konkretnego, szczegółowego zapotrzebowania. Należy zaznaczyć, że w związku z wprowadzeniem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), pojawiła się konieczność monitorowania realizacji świadczeń w zupełnie nowym kontekście, gdyż ocena dostępności świadczeń związana z wysokością kontraktów nie ma zastosowania w przypadku umów udzielanych w ramach PSZ. Analizy służą także do oceny zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badań diagnostycznych oraz zrealizowanych procedur medycznych zgodnych z profilem danego zakresu świadczeń, częstotliwość udzielania świadczeń.

Do zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu w ramach monitorowania i weryfikacji świadczeń służą także analizy dotyczące list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców.

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

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

- analizy poziomu realizacji umów i dostępności do świadczeń w zakresach programów lekowych i chemioterapii oraz list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców realizujących programy lekowe,
- monitorowanie ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przez osoby uprawnione do wystawiania recept refundowanych,

- bieżące monitorowanie przetargów na leki stosowane w chemioterapii i programach lekowych,
- okresowe monitorowanie średniego kosztu rozliczania wybranych substancji czynnych stosowanych w chemioterapii i programach lekowych;
- bieżące monitorowanie kompletności i poprawności danych przekazywanych do Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT),
- okresowe monitorowanie realizacji umów podziału ryzyka (RSS), stanowiących załączniki do decyzji refundacyjnych leków stosowanych w chemioterapii i programach lekowych,
- rozpatrywania wniosków o sfinansowanie świadczeń udzielonych poza granicami Polski.

Bieżące monitorowanie ordynacji leków dla pacjentów z uprawnieniem dodatkowym „Senior”, „Cięża”, oraz wystawianych recept z adnotacją „pro auctore”, „pro familiae”. Obowiązek monitorowania celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej to działania oparte na wytycznych określonych procedurze wydawania zgód indywidualnych. Dotyczy to przede wszystkim oceny przekazanych kosztorysów, zawierających szczegółowe zestawienie wykonanych czynności medycznych a także zasadności przedłużania pobytów, kontynuacji leczenia oraz ponownych hospitalizacji konkretnego pacjenta.

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

Monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień dla szczególnych grup świadczeniobiorców

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach monitorowania przedmiotowych uprawnień, powołał w Centrali NFZ i oddziałach wojewódzkich NFZ, konsultantów do spraw weteranów poszkodowanych, którzy także w swych zakresach obejmują monitorowanie uprawnień do świadczeń kombatantów inwalidów wojennych i wojskowych.

Koordynacja zadań polega na rozpatrywaniu indywidualnych spraw związanych z dostępem do świadczeń oraz uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa, publikacji i aktualizacji uprawnień dla tej grupy świadczeniobiorców na stronach internetowych Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ. Delegowanie personalne konsultantów ma na celu łatwą, szybką i bezpośrednią drogę kontaktowania się uprawnionych z osobą odpowiedzialną, która ma za zadanie oprócz udzielania stosownych wyjaśnień i rozwiązywania indywidualnych problemów, prowadzić uprawnionego po systemie opieki zdrowotnej.

Fundusz przy współpracy z Departamentem Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) oraz Departamentem Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej (MON), współuczestniczy w opiniowaniu udzielania weteranom poszkodowanym świadczeń niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane i odpłatnych świadczeń zdrowotnych. Ponadto koordynuje realizację udzielania świadczeń weteranom poszkodowanym w ramach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym.

Weterani poszkodowani – Fundusz pozyskuje zgodnie z przepisami obowiązującego prawa decyzje o przyznaniu statusu weterana poszkodowanego żołnierza i weterana poszkodowanego funkcjonariusza odpowiednio z MON i MSWiA. Następnie opracowuje i przekazuje do resortów sprawozdania kwartalne z udzielonych świadczeń poszkodowanym weteranom, w podziale na zakresy i rodzaje świadczeń oraz wartość udzielonych świadczeń.

Weterani poszkodowani z uszczerbkiem równym i wyższym niż 30%- Fundusz na podstawie danych pozyskanych z MON i MSWiA weryfikuje osoby z uszczerbkiem 30% i powyżej, przekazując raz na kwartał dane do OW NFZ w celu weryfikacji kosztów leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz leków o kategorii dostępności Rp lub Rpz i wysokości ich dofinansowania, w tym wysokości limitu dofinansowania ze środków publicznych. Na podstawie dokonanych analiz, dyrektor właściwego OW NFZ przekazuje do MON i do MSWiA i zestawienie o wysokości należnej kwoty dofinansowania, stanowiącej różnicę pomiędzy łącznym kosztem leków, których cena była wyższa od limitu finansowania ze środków publicznych, a ich łącznym kosztem sfinansowanym przez NFZ.

Żołnierze uprawnieni lub pracownicy wojska – NFZ pozyskuje informacje o żołnierzach uprawnionych i pracownikach wojska, którzy doznali uszczerbku w działaniach poza granicami państwa z MON. Oddziały, co kwartał przekazują do resortu informacje w formie zestawienia o wysokości dofinansowania kosztów zaopatrzenia w leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego przysługujące uprawnionym w poprzednim kwartale. MON dokonuje odpowiedniego rozliczenia z NFZ.

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.

W 2023 r. status uprawnionego żołnierza lub pracownika wojska posiadało 161 osób, status weterana poszkodowanego żołnierza posiadały 832 osoby a status weterana poszkodowanego funkcjonariusza – 85 osób. Liczba weteranów poszkodowanych z uszczerbkiem równym wyższym niż 30% stanowiła w 2023 r.: weterani poszkodowani: żołnierze – 111 osób, funkcjonariusze – 2 osoby. W 2023 r. udzielono łącznie 1 920 świadczeń weteranom poszkodowanym żołnierzom na łączną kwotę 3 359 973 zł oraz 234 świadczenia weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom na łączną kwotę 489 206,31 zł.

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

Decyzje administracyjne w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydawane są przez dyrektorów OW NFZ oraz przez Prezesa NFZ, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach. 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 również „ustawą zmieniającą” decyzje wydaje Prezes Funduszu, a postępowanie jest jednoinstancyjne, czyli decyzje

wydawane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie upoważnienia Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje od nich prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie.

Decyzje wydane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ

W 2023 r. dyrektorzy OW NFZ wydali na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 4 144 decyzje i postanowienia. Wśród najczęściej pojawiającej się tematyki decyzji dotyczyło pozarolniczej działalności (1 984 decyzji), dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (682 decyzje), umowy o dzieło przekwalifikowanej na umowę zlecenia (606 decyzji). Na decyzje i postanowienia wydane przez poszczególnych dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ w 2023 r. zostało wniesionych 529 skarg. W 2023 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie skarg na decyzje i postanowienia wydane przez dyrektorów OW NFZ działających na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ z zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do OW NFZ wpłynęło 491 orzeczeń, z czego 177 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję lub postanowienia Prezesa NFZ.

Decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

W 2023 r. oddziały wojewódzkie NFZ, jako organ I instancji wydały łącznie 168 decyzji, dalej określanych również jako decyzje dyrektorów OW NFZ, w ww. zakresie. Z uwagi na sytuację, w której decyzje dyrektorów OW NFZ stanowią już nieliczną część rozstrzygnięć, nie należy tej liczby porównywać do analogicznych okresów z ubiegłych lat.

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

Od decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 sierpnia 2020 r., stronom postępowania przysługiwało prawo wniesienia odwołania do Prezesa NFZ. W 2023 r., w postępowaniach, które rozpoczęły się przed 1 września 2020 r. strony złożyły 59 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ wydanych w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym do Prezesa NFZ. W omawianym okresie Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 1 393 odwołania od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydając 1 248 decyzji, 108 postanowień kończących sprawę, a w 37 przypadkach pozostawił sprawę bez rozpoznania. Wszystkie decyzje dotyczyły objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, poza dwoma, które dotyczyły ustalenia prawa do świadczeń. Na decyzje Prezesa NFZ stronom służy skarga do WSA w Warszawie. Według stanu na koniec 2023 r. strony wniosły 368 skarg do WSA w Warszawie na decyzje Prezesa NFZ jako organu II instancji w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. W wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie oraz NSA skarg od decyzji Prezesa NFZ jako organu II instancji z zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do NFZ wpłynęło 558 orzeczeń, z czego 70 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję Prezesa NFZ.

Decyzje z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej

Decyzje z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, ich wysokości oraz terminu płatności wydawane są co do zasady przez oddziały wojewódzkie OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ zgodnie z art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach. Art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach nakazuje Prezesowi NFZ wydawanie decyzji ustalających obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej opłaconych przez NFZ w stosunku do osób, które okazały dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożyły pisemne oświadczenie o prawie do tych świadczeń, a nie znalazło to potwierdzenia w danych posiadanych przez NFZ.

Na koniec 2023 r. OW NFZ w tym z upoważnienia Prezesa NFZ wydały 7 626 decyzji (w tym decyzji umarzających postępowanie) z czego 4 860 decyzji obciążających kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej osoby do nich nieuprawnione. W analogicznym okresie 2022 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali łącznie 9 358 decyzji, w tym 5 915 obciążających osoby nieuprawnione kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ na koniec 2023 r. rozpatrzył 197 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, wydając 161 decyzje, 34 postanowienia kończących formalnie sprawy, 2 sprawy pozostawił bez rozpoznania ze względu na niezuzpełnienie braków formalnych odwołania. W OW NFZ na koniec 2023 r. wydano z upoważnienia Prezesa NFZ 4 860 decyzji obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń, 88 decyzji stwierdzających działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu oraz 2 656 decyzji umarzających postępowanie administracyjne. Natomiast na koniec 2022 r. Prezes NFZ rozpatrzył 447 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, w tym 332 decyzje i 100 postanowień. Ze względu na niezuzpełnienie braków formalnych 15 spraw zostało pozostawionych bez rozpoznania. Liczba wydanych decyzji przez Prezesa NFZ wynika z art. 40 ust. 2 ustawy o COVID-19 ustawy zmieniającej, zgodnie z którym postępowania administracyjne i sądowno-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 1 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 1 września 2020 r. ustawy zmieniającej, Prezes NFZ 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 do 31 sierpnia 2020 r. na które służy odwołanie do Prezesa NFZ oraz decyzje wydawane na podstawie udzielonego pełnomocnictwa. Od decyzji wydawanych z upoważnienia Prezesa NFZ przysługuje skarga do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania.

IV.9. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)

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

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

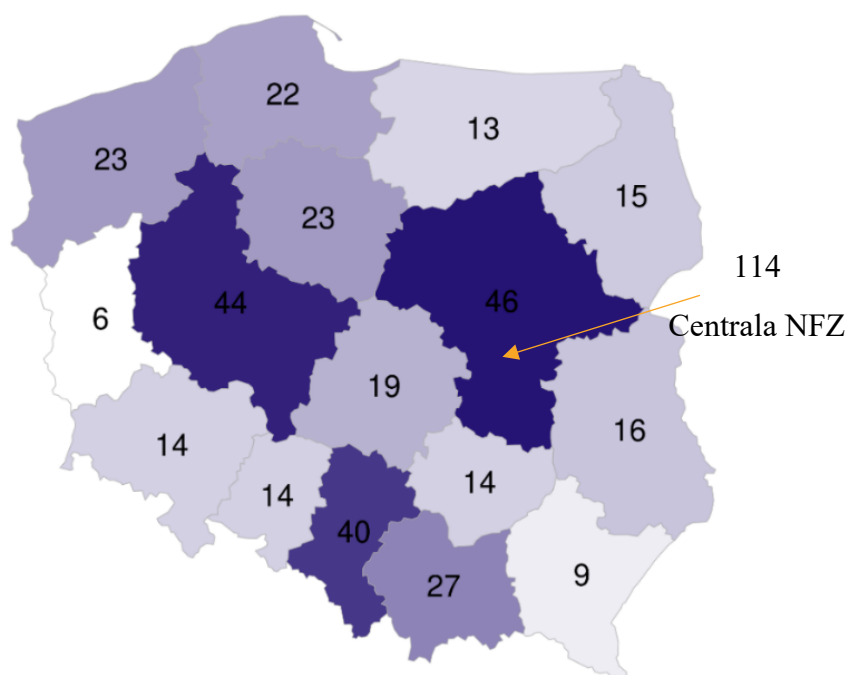
System IOWISZ działa na podstawie ustawy o świadczeniach oraz aktów wykonawczych do ww. ustawy, tj.:

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

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

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

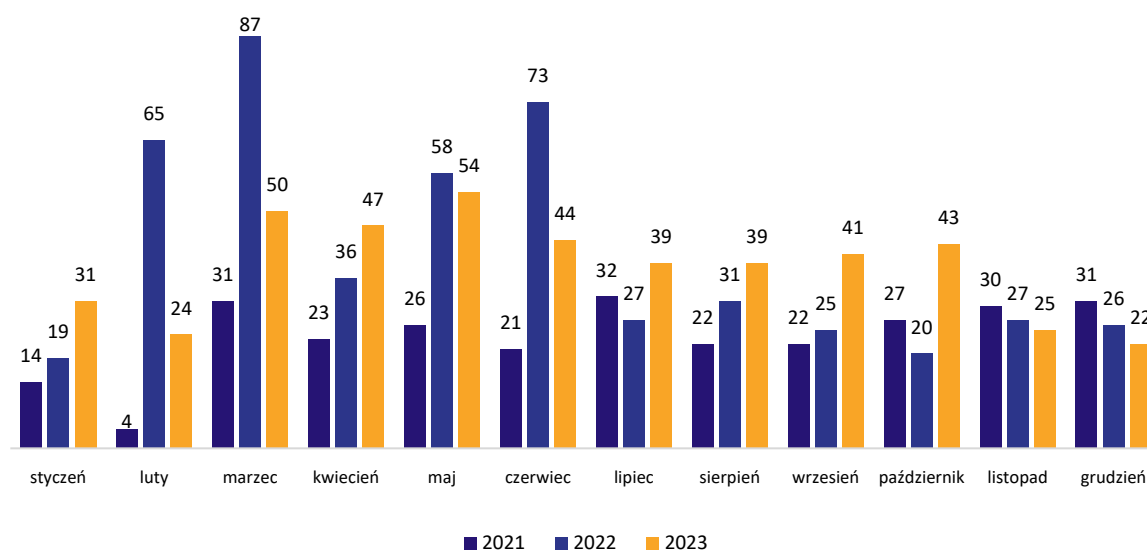
Wykres nr III.10. Liczba ocenionych wniosków IOWISZ w 2023 roku w podziale na OW NFZ i Centralę NFZ.



W Narodowym Funduszu Zdrowia w 2023 roku oceniono 459 wniosków IOWISZ, co w porównaniu z 2022 rokiem stanowi spadek o 7% (494 wnioski) oraz w porównaniu do 2021 roku wzrost o 62% (283 wnioski). Najwięcej wniosków, w 2023 roku, oceniono w Centrali NFZ – 114 (143 wnioski w 2022 r., 58 wniosków w 2021 r.), Mazowieckim OW NFZ – 46 (45 wniosków w 2022 r., 38 wniosków w 2021 r.) oraz w Wielkopolskim OW NFZ – 44 (54 wnioski w 2022 r., 17 wniosków w 2021 r.). Natomiast najmniej wniosków w 2023 roku oceniono w Lubuskim OW NFZ - 6 oraz w Podkarpackim OW NFZ – 9 wniosków. W 2022 roku najmniej, bo tylko 3 wnioski oceniono w Opolskim OW NFZ a w 2021 roku najmniej wniosków ocenił Podkarpacki OW NFZ (3).

Biorąc pod uwagę liczbę wniosków, które wpłynęły do oceny przez Centralę Funduszu to zauważyć należy spadek o nieco ponad 20% w porównaniu do poprzedniego roku. Porównując natomiast rok 2023 do 2021 jest to wzrost o bliski 97%. W 2023 roku w Centrali Funduszu oceniono 25% wszystkich wniosków (29% w 2022 r.; 21% w 2021 r.), które wpłynęły do NFZ. Oznacza to, że do Centrali Funduszu wpływa kilkakrotnie więcej wniosków do oceny niż do poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Wykres nr III.11. Liczba ocenionych wniosków IOWISZ w NFZ w latach 2021-2023 w podziale na miesiące.

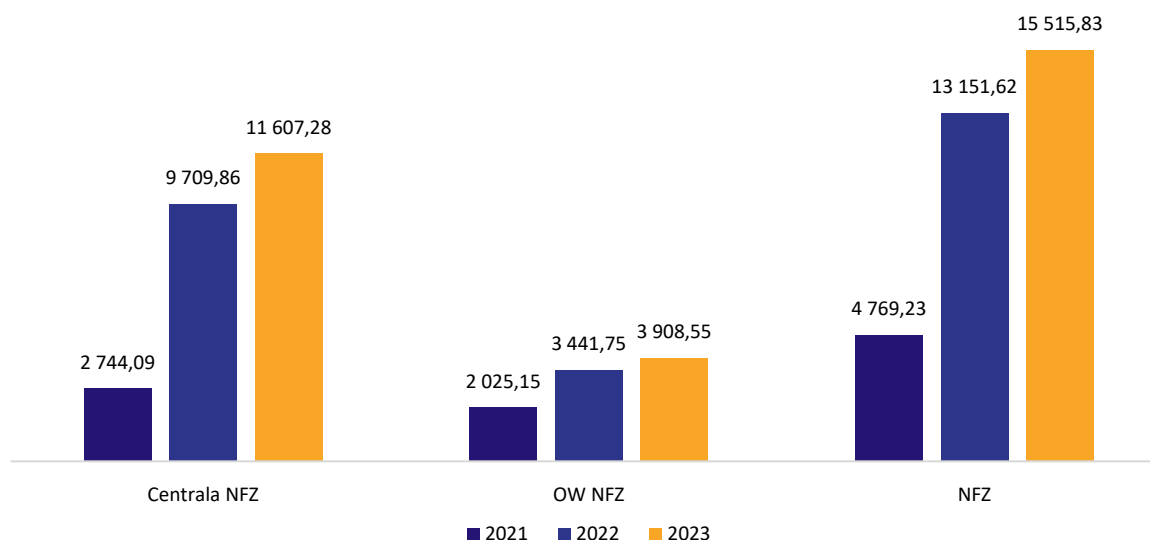


Najwięcej wniosków (54) w 2023 roku zostało złożonych w maju co stanowi 12% wszystkich wniosków ocenianych w danym roku. Dla porównania, w 2022 roku oceniono najwięcej wniosków w marcu (87) i było to 18% wszystkich wniosków ocenianych w 2022 r.

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

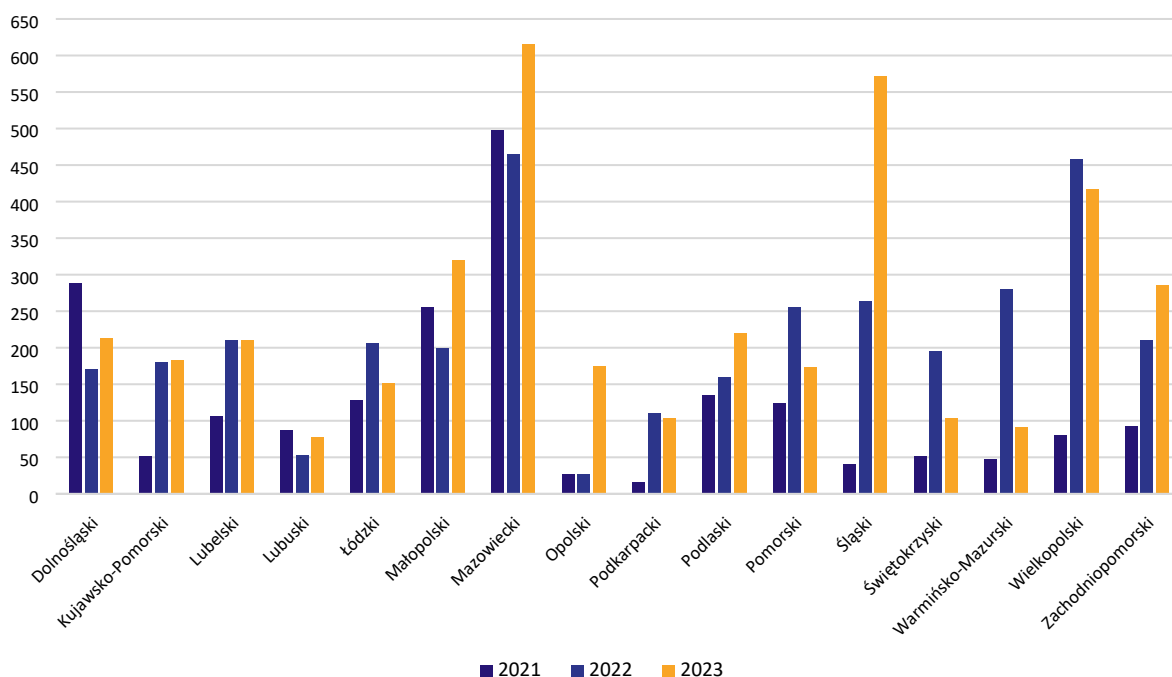
Łączna kwota inwestycji z wniosków IOWISZ w 2023 roku ocenianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wyniosła 15 515,83 mln zł i jest to w porównaniu do 2022 r. wzrost o prawie 18%, w porównaniu do 2021 r. wzrost o ponad 225%. Wartości wniosków ocenianych w Centrali NFZ w 2023 r. stanowią 75% całości kwoty inwestycji z wniosków IOWISZ (74% w 2022 r., 58% w 2021 r.).

Wykres nr III.12. Łączna kwota inwestycji wniosków IOWISZ w latach 2021-2023 [w mln zł].



W 2023 roku łączna kwota inwestycji w OW NFZ wyniosła 3 908,55 mln zł (3 441,75 mln zł w 2022 r., 2 025,15 mln zł w 2021 r.). Ponad 41% tej kwoty (1 603,42 mln zł) została wykorzystana przez trzy oddziały wojewódzkie Funduszu: mazowiecki, śląski i wielkopolski. Najmniejszą kwotę inwestycji w 2023 roku odnotowano w Lubuskim OW NFZ, tj. 77,19 mln zł (w 2022 r. Opolski OW NFZ - 27,12 mln zł, w 2021 r. Podkarpacki OW NFZ - 15,93 mln zł).

Wykres nr III.13. Łączna kwota inwestycji z wniosków IOWISZ w latach 2021-2023 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ [w mln zł].



W 2023 roku łączna kwota inwestycji w OW NFZ wyniosła 3 908,55 mln zł (3 441,75 mln zł w 2022 r., 2 025,15 mln zł w 2021 r.). Ponad 41% tej kwoty (1 603,42 mln zł) została wykorzystana przez trzy oddziały wojewódzkie Funduszu: mazowiecki, śląski i wielkopolski. Najmniejszą kwotę inwestycji w 2023 roku odnotowano w Lubuskim OW NFZ, tj. 77,19 mln zł (w 2022 r. Opolski OW NFZ - 27,12 mln zł, w 2021 r. Podkarpacki OW NFZ - 15,93 mln zł).

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 2023 roku zostały ocenione 54 takie wnioski (43 w 2022 r. oraz 14 wniosków w 2021 r.).

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

V.1. Liczba osób oczekujących

Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje dwoma źródłami danych o dostępności do świadczeń. Są to:

- dane przekazywane szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML, przesyłane przez świadczeniodawców do 10 dnia miesiąca następnego po okresie sprawozdawczym^{28,29} (dalej: dane z komunikatu XML);
- dane przekazywane za pośrednictwem aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE), przesyłane w czasie rzeczywistym, tj. każdy wpis na listę oczekujących, skreślenie z listy czy zmiana planowanego terminu udzielenia świadczenia są na bieżąco wprowadzane w trybie on-line i w chwili ich wprowadzenia widoczne również przez monitorujących harmonogramy przyjęć oraz listy oczekujących pracowników Funduszu³⁰ (dalej: dane z aplikacji AP-KOLCE).

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

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

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

²⁸Zarządzenie Nr 128/2021.DI Prezesa NFZ z dnia 7 lipca 2021 r.

²⁹Załącznik nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym dofinansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 17.01.2022 r. poz. 434).

³⁰Załącznik nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom obowiązującym dofinansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 17.01.2022 r. poz. 434).

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

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresów: onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii, endokrynologii;
- procedury medyczne: endoprotezoplastykę stawu biodrowego, endoprotezoplastykę stawu kolanowego, rewizje po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, rewizje po endoprotezoplastyce stawu kolanowego;
- zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), operacje jaskry, operacje jaskry z zaćmą, operacje plastyczne oka, zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia), wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka, wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego, pomosty dla rewaskularyzacji serca, usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka), zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia), wycięcie macicy (histerektomia);
- świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - badania diagnostyczne: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, gastroskopia, 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 lekowych³¹: leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, leczenie pacjentów z chorobami siatkówki, leczenie chorych na stwardnienie rozsiane;
- świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń wysokospecjalistycznych: wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków, operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla, operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym, przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca, kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających, mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami, przecewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka.

Porównując dane sprawozdawcze z 2022 roku z danymi za 2023 rok, widoczny jest zdecydowany wzrost liczby zrealizowanych świadczeń w wielu komórkach organizacyjnych.

³¹Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826 tekst jednolity z dnia 7 kwietnia 2023 r.).

W poniższej przedstawiono odsetek świadczeniodawców, którzy w podanych okresach przekazali do odpowiednich oddziałów wojewódzkich Funduszu dane z komunikatu XML dotyczące list oczekujących. Wyróżniającym się oddziałem jest oddział śląski, który na koniec każdego kwartału sprawozdawczego przekazał dane statystyczne z zakresu list oczekujących od 100% świadczeniodawców. W pozostałych oddziałach wojewódzkich Funduszu w wymaganych okresach sprawozdawczych nie wszyscy świadczeniodawcy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących, jednak odsetek świadczeniodawców nieprzekazujących tych informacji nie przekroczył 10%. W 2022 roku odsetek ten nie przekroczył 14%. Porównując dane z lat 2022 i 2023 można zauważyć, że odsetek świadczeniodawców nieprzekazujących danych zmniejsza się.

Tabela nr V.1. Procent świadczeniodawców, którzy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących do oddziałów wojewódzkich NFZ w wybranych okresach sprawozdawczych (według stanu na 31 marca 2024 roku).

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2023	czerwiec 2023	wrzesień 2023	grudzień 2023
1	Dolnośląski	98,0%	98,0%	97,0%	97,0%
2	Kujawsko-Pomorski	99,8%	100,0%	100,0%	99,7%
3	Lubelski	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
4	Lubuski	99,7%	99,7%	99,7%	99,7%
5	Łódzki	96,3%	97,8%	98,6%	98,7%
6	Małopolski	100,0%	100,0%	99,9%	99,9%
7	Mazowiecki	93,5%	91,9%	91,4%	92,2%
8	Opolski	95,3%	94,9%	95,4%	95,1%
9	Podkarpacki	95,3%	95,4%	96,5%	95,9%
10	Podlaski	99,3%	99,3%	99,3%	99,5%
11	Pomorski	100,0%	100,0%	99,8%	99,6%
12	Śląski	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
13	Świętokrzyski	97,7%	97,9%	98,1%	97,4%
14	Warmińsko-Mazurski	99,1%	98,8%	98,1%	98,8%
15	Wielkopolski	98,4%	98,4%	97,6%	98,4%
16	Zachodniopomorski	97,4%	98,0%	97,5%	98,5%

Dane przedstawione w tabeli zostały zaokrąglone w dół do jednej cyfry po przecinku.

NFZ dla zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących podejmował w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2023 roku szereg działań tj.:

- monitorowanie terminów spływu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców i wysyłanie do świadczeniodawców komunikatów przypominających o zbliżających się terminach sprawozdawczych;

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

W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2023 roku OW NFZ nałożyły 89 kar umownych na świadczeniodawców z tytułu nieprowadzenia list oczekujących albo prowadzenia ich w sposób naruszający przepisy prawa. Ponadto, OW NFZ przeprowadziły w 2023 roku 1 477 ankiet sprawdzających działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa.

Kluczowymi miarami wykorzystywanymi do opisu dostępności do świadczeń z punktu widzenia list oczekujących są: średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie (mediana, trzeci kwartyl), liczba osób oczekujących i liczba osób skreślonych.

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

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

Przedstawione w sprawozdaniu tabele prezentują informacje o komórkach organizacyjnych świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne oraz świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są odrębne listy oczekujących.

Informacje odnoszą się do 5 komórek lub świadczeń, o największej medianie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych o największej w skali kraju liczbie osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2023 roku. Suma osób oczekujących do 5 wybranych komórek lub świadczeń z każdego rodzaju dla „przypadku stabilnego” stanowi łącznie 89% wszystkich osób wpisanych na listy oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, w prezentowanym okresie. Informacje zawierają także medianę oraz trzeci kwartył średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyrażonego w dniach. Dla każdego zakresu świadczeń opracowano tabelę, prezentującą liczbę osób skreślonych z list oczekujących do komórek z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec 2023 roku.

Informacje o liczbie osób oczekujących, medianie oraz trzecim kwartylu średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, a także liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia zostały zaprezentowane w odniesieniu do 10 świadczeń objętych sprawozdawczością z zakresu list oczekujących, z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 30 świadczeń z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec 2023 roku.

W sprawozdaniu znajdują się również informacje o liczbie osób oczekujących, medianie oraz trzecim kwartylu średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, a także liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w odniesieniu do 25 komórek organizacyjnych i świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane z grudnia 2022 roku do grudnia 2023 roku, nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

V.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2023 roku wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących poradni specjalistycznych³²: endokrynologicznej, gastroenterologicznej, kardiologicznej, okulistycznej i alergologicznej. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endokrynologicznej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 190 dni, a do 75% tego typu poradni nie przekroczyła 294 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 445,6 tys. i 183,5 tys. osób. W latach 2021-2023 mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla tych wybranych poradni ambulatoryjnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zwiększyła się, podobnie jak liczba osób oczekujących. Najwięcej osób skreślono z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ramach poradni okulistycznych. Liczba ta wyniosła 1,16 mln osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w powyższych poradniach w 2023 roku wzrosła średnio o 7,8% w porównaniu do 2022 roku. Wyjątkiem jest poradnia gastroenterologiczna, gdzie liczba osób skreślonych w 2023 roku zmniejszyła w porównaniu do 2022 roku o 2%. Wśród osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku wszystkich poradni odnotowano wzrost udziału osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” w odniesieniu do 2021 roku.

Tabela nr V.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 2021, 2022 i 2023 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2021			2022			2023		
			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	pilny	9 497	32	80	14 724	43	109	18 673	55	119
		stabilny	95 412	139	236	99 833	174	264	106 623	190	294
2	Poradnie gastroenterologiczne	pilny	8 339	27	74	13 019	41	99	18 553	79	147
		stabilny	60 913	88	152	73 345	124	203	81 718	153	235
3	Poradnie kardiologiczne	pilny	20 034	22	60	28 489	30	72	35 730	34	85
		stabilny	155 869	87	146	180 863	104	177	183 552	110	185
4	Poradnie okulistyczne	pilny	12 566	0	21	20 625	2	31	28 059	9	41
		stabilny	333 698	60	117	402 036	76	146	445 665	86	160
5	Poradnie alergologiczna	pilny	2 323	3	24	3 499	8	44	4 966	14	52
		stabilny	56 969	48	84	69 595	74	125	81 248	79	137

Tabela nr V.3. Informacje o osobach skreślonych w okresie od styczeń-grudzień 2021, 2022 i 2023 roku z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

³² Poradnie wybrane spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
1	Poradnie endokrynologiczne	pilny	30 305	2 525	39 025	3 252	51 851	4 321
		stabilny	151 097	12 591	162 029	13 502	172 248	14 354
2	Poradnie gastroenterologiczne	pilny	19 344	1 612	25 619	2 135	31 383	2 615
		stabilny	112 089	9 341	115 874	9 656	113 449	9 454
3	Poradnie kardiologiczne	pilny	85 286	7 107	107 184	8 932	132 445	11 037
		stabilny	432 344	36 029	493 343	41 112	535 055	44 588
4	Poradnie okulistyczne	pilny	62 295	5 191	94 348	7 862	139 598	11 633
		stabilny	932 038	77 670	1 054 033	87 836	1 162 487	96 874
5	Poradnie alergologiczne	pilny	13 726	1 144	19 380	1 115	24 738	2 062
		stabilny	201 898	16 825	221 029	18 419	235 167	19 597

V.1.2. Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2023 roku wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, oddziałów szpitalnych: otorynolaryngologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, oddziałów neurochirurgicznych, gastroenterologicznych i reumatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów otorynolaryngologicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 124 dni, a w 75% tych oddziałów nie przekroczyła 191 dni. Spośród powyższych komórek organizacyjnych oddziały: otorynolaryngologiczne i chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniły się największą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 91,5 tys. i 78,1 tys. osób. W grudniu 2023 roku w porównaniu do grudnia 2022 roku w omawianych oddziałach szpitalnych zaobserwowano wzrost liczby osób oczekujących w kategorii „przypadek stabilny” z wyjątkiem nieznacznego spadku w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej. We wszystkich powyższych oddziałach w 2023 roku zaobserwowano wzrost liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w porównaniu z 2021 roku.

Tabela nr V.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, 2022 i 2023 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2021			2022			2023		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały otorynolaryngologiczne	pilny	5 065	5	30	5 332	7	37	6 155	13	53
		stabilny	74 031	67	150	83 973	103	187	91 531	124	191
2	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	pilny	24 735	15	54	28 102	13	45	29 940	20	57
		stabilny	83 296	96	221	83 149	94	218	78 112	79	216

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2021			2022			2023		
			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
3	Oddziały neurochirurgiczne	pilny	8 124	19	71	8 227	14	58	8 806	13	50
		stabilny	32 024	84	266	32 085	76	238	30 363	60	181
4	Oddziały gastroenterologiczne	pilny	2 100	6	26	2 413	11	39	3 402	11	46
		stabilny	8 781	43	75	8 307	51	102	10 097	60	106
5	Oddziały reumatologiczne	pilny	3 803	9	36	4 702	15	34	5 720	22	52
		stabilny	8 254	45	81	9 636	45	75	11 650	56	117

Tabela nr V.5. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2021 roku do 2023 roku z list oczekujących do 5 wybranych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
1	Oddziały otorynolaryngologiczne	pilny	9 911	826	11 805	984	14 559	1 213
		stabilny	50 065	4 172	66 541	5 545	73 553	50 065
2	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	pilny	27 727	2 311	32 827	2 736	39 416	3 285
		stabilny	44 529	3 711	51 848	4 321	63 446	44 529
3	Oddziały neurochirurgiczne	pilny	11 187	932	12 628	1 052	14 755	1 230
		stabilny	15 276	1 273	22 266	1 856	25 944	15 276
4	Oddziały gastroenterologiczne	pilny	6 842	570	8 158	680	9 530	794
		stabilny	20 859	1 738	25 560	2 130	28 496	20 859
5	Oddziały reumatologiczne	pilny	12 210	1 018	15 497	1 291	16 390	1 366
		stabilny	20 214	1 685	28 278	2 357	30 340	20 214

V.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2023 roku 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 leczenia nerwic, poradni psychogeriatrycznych i zdrowia psychicznego. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 108 dni, a do 75% tych oddziałów nie przekroczyła 279 dni. Największą liczbę osób oczekujących, wynoszącą 8,6 tys. osób dla przypadku stabilnego, odnotowano do poradni zdrowia psychicznego. W porównaniu do 2022 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła w 2023 r. w przypadku wszystkich wymienionych wyżej komórek organizacyjnych. W przypadku wszystkich komórek organizacyjnych zaobserwowano, porównując stan na koniec grudnia 2022 r. i koniec grudnia 2023 r., wzrost liczby osób oczekujących w kategorii „przypadek stabilny”. Najwięcej osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w 2023 r. odnotowano w poradniach zdrowia psychicznego. Dotyczyło

to zarówno przypadku pilnego, jak i stabilnego. Liczby te wynosiły odpowiednio 6,7 tys. i 4,3 tys. osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2023 r. wzrosła w porównaniu z 2021 roku - zarówno w przypadku kategorii medycznej „przypadek stabilny”, jak i „przypadek pilny” do większości powyższych komórek organizacyjnych, z wyjątkiem poradni leczenia nerwic i poradni psychogeriatrycznej, dla których ta liczba spadła.

Tabela nr V.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, 2022 i 2023 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2021			2022			2023		
			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	pilny	240	0	0	450	0	75	451	0	34
		stabilny	6 309	40	107	7 392	38	247	9 918	108	279
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	pilny	430	0	22	625	0	71	836	0	9
		stabilny	4 279	37	111	5 840	19	177	6 424	30	186
3	Poradnie leczenia nerwic	pilny	0	0	0	3	0	0	2	0	0
		stabilny	999	17	43	1 009	15	43	1 273	31	47
4	Poradnie psychogeriatryczna	pilny	26	23	43	30	27	37	72	22	40
		stabilny	725	64	78	779	59	106	826	106	145
5	Poradnie zdrowia psychicznego	pilny	705	0	0	797	0	0	1 059	0	0
		stabilny	72 488	24	46	82 867	27	52	86 201	29	58

Tabela nr V.7. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2021 roku do 2023 roku z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	Średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
1	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	pilny	438	37	700	58	865	72
		stabilny	3 015	251	3 757	313	4 169	347
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	pilny	825	69	925	77	1 022	85
		stabilny	10 493	874	9 991	833	12 662	1 055
3	Poradnie leczenia nerwic	pilny	3	0	33	3	71	6
		stabilny	7 298	608	8 081	673	7 802	650
4	Poradnie psychogeriatryczna	pilny	146	12	225	19	260	22
		stabilny	1 987	166	2 181	182	1 756	146
5	Poradnie zdrowia psychicznego	pilny	2 980	248	5 185	432	6 704	559
		stabilny	330 860	27 572	379 305	31 609	438 769	36 564

V.1.4. Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2023 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, rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 193 dni. Największą liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia odnotowano w zakresie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wynoszącą 812,9 tys. osób. W porównaniu do 2022 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” w 2023 roku zwiększyła się w przypadku: zakładów/ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, fizjoterapii ambulatoryjnej i zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej. Natomiast w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych wskaźnik ten zmniejszył się. Liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zmniejszyła się 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 2023 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 1,8 mln osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2023 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła średnio o 11% w porównaniu z 2022 r. dla wymienionych powyżej komórek i świadczeń. Wyjątek stanowią świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych, w których dla „przypadku stabilnego” liczba osób skreślonych w 2023 r. zmniejszyła się o 0,6% w porównaniu do 2022 r.

Tabela nr V.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 według stanu na koniec grudnia 2021, 2022 i 2023 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2021			2022			2023		
			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	pilny	23 123	28	64	27 219	32	67	31 754	43	73
		stabilny	105 848	275	857	94 868	225	753	93 700	193	676
2	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	pilny	0	0	0	39	50	50	131	108	108
		stabilny	1 148	137	137	1 623	157	157	2 274	174	174
3	Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	117 577	33	71	182 806	47	97	269 307	68	127
		stabilny	540 183	83	143	690 865	112	176	812 978	137	213
4	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej	pilny	20 912	24	82	29 631	35	92	44 964	49	130
		stabilny	66 883	79	212	72 857	99	218	90 678	123	248
5	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	803	6	45	743	4	59	930	2	61

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2021			2022			2023		
			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
		stabilny	5 345	64	236	5 872	142	253	6 839	105	206

Tabela nr V.9. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2021 roku do 2023 roku z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
1	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	pilny	1 922	160	1 268	106	1 508	126
		stabilny	5 215	435	7 173	598	8 959	747
2	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	pilny	0	0	40	3	119	10
		stabilny	1 921	160	2 277	190	2 652	221
3	Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	455 629	37 969	509 189	42 432	656 294	54 691
		stabilny	1 711 152	142 596	1 777 742	148 145	1 811 923	150 994
4	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej	pilny	48 144	4 012	62 391	5 199	80 364	6 697
		stabilny	114 147	9 512	127 200	10 600	130 339	10 862
5	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	46 098	3 842	59 336	4 945	74 964	6 247
		stabilny	42 047	3 504	47 976	3 998	47 647	3 971

V.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2023 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynika, że najwięcej osób oczekiwało do hospicjów domowych/zespołów domowej opieki paliatywnej tj. 2,2 tys. osób oraz do hospicjów stacjonarnych/stacjonarnych ośrodków opieki paliatywnej 533 osoby. Największą liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia zaobserwowano w hospicjach domowych/zespołach domowych opieki paliatywnej – 11,9 tys. osób. W 2023 roku w większości komórek organizacyjnych w rodzaju opieki paliatywnej i hospicyjnej wzrosła liczba osób oczekujących w kategorii „przypadek stabilny”. Natomiast w przypadku oddziałów medycyny paliatywnej dla kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” zaobserwowano spadek liczby osób oczekujących. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia na koniec 2023 roku zwiększyła się w porównaniu z 2022 rokiem w przypadku: hospicjum domowego/zespołu domowej opieki paliatywnej, hospicjum stacjonarnego/stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej, poradni medycyny paliatywnej, oddziałów medycyny paliatywnej i hospicjum domowego dla dzieci/zespołu domowej opieki paliatywnej dla dzieci i wyniosła odpowiednio: 11, 9 tys., 5,3 tys., 2,3 tys., 2,1 tys. i 168 osób.

Tabela nr V.10. Informacja o liczbie osób oczekujących oraz średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na opiekę paliatywną i hospicyjną – „przypadki stabilne” – według stanu na koniec grudnia 2021, 2022 i 2023 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Grudzień 2021			Grudzień 2022			Grudzień 2023		
			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	Hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej	pilny	428	0	0	339	0	0	574	0	0
		stabilny	1 607	0	4	1 916	0	5	2 211	0	5
2	Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	pilny	102	0	0	104	0	0	170	0	0
		stabilny	312	0	4	421	0	5	533	0	3
3	Oddziały medycyny paliatywnej	pilny	23	0	0	31	0	0	18	0	0
		stabilny	289	0	0	391	0	1	361	0	2
4	Poradnie medycyny paliatywnej	pilny	4	0	0	10	0	0	14	0	0
		stabilny	312	0	0	175	0	1	100	0	3
5	Hospicjum domowe dla dzieci/zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	pilny	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		stabilny	14	0	0	19	0	0	29	0	0

Tabela nr V.11. Informacje o osobach skreślonych w okresie 2021-2023 roku z list oczekujących na opiekę paliatywną i hospicyjną.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
1	Hospicjum domowe/ zespół domowej opieki paliatywnej	pilny	2 600	217	2 873	239	3 461	288
		stabilny	10 566	881	10 324	860	11 913	993
2	Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	pilny	1 017	85	1 310	109	1 578	132
		stabilny	3 227	269	4 593	383	5 301	442
3	Oddziały medycyny paliatywnej	pilny	394	33	527	44	643	54
		stabilny	1 552	129	2 079	173	2 139	178
4	Poradnie medycyny paliatywnej	pilny	160	13	239	20	349	29
		stabilny	2 542	212	2 177	181	2 395	200
5	Hospicjum domowe dla dzieci/zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	pilny	9	1	4	0	7	1
		stabilny	114	10	136	11	168	14

V.1.6. Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2023 roku wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek realizujących świadczenia stomatologiczne: poradni ortodontycznych, poradni chirurgii stomatologicznych, poradni stomatologicznych, poradni protetyki stomatologicznej i poradni stomatologicznej dla dzieci. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 62 dni, a do 75% tych poradni nie przekroczyła 180 dni. W 2023 roku ze względu

na dużą liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia tj. 1,4 mln osób - wyróżnić należy poradnie stomatologiczne. We wszystkich poradniach realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego, liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, w 2023 roku zwiększyła się średnio o 17% w porównaniu do 2022 roku.

Tabela nr V.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 grudnia 2021, 2022 i 2023 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2021			2022			2023		
			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	pilny	179	0	0	276	0	0	338	0	0
		stabilny	55 356	44	168	57 285	50	162	66 045	62	180
2	Poradnie chirurgii stomatologicznej	pilny	228	0	0	265	0	0	506	0	0
		stabilny	26 871	10	36	34 884	17	51	45 322	21	64
3	Poradnie stomatologiczne	pilny	536	0	0	292	0	0	463	0	0
		stabilny	214 596	0	10	269 899	0	13	293 360	0	17
4	Poradnia protetyki stomatologicznej	pilny	19	0	0	14	0	0	12	0	0
		stabilny	8 858	0	7	11 985	0	16	13 921	0	18
5	Poradnia stomatologiczna dla dzieci	pilny	28	0	0	19	0	0	24	0	0
		stabilny	9 054	0	6	9 512	0	9	12 127	0	11

Tabela nr V.13. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2021 roku do 2023 roku z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
1	Poradnie ortodontyczne	pilny	1 034	86	1 379	115	1 473	123
		stabilny	71 150	5 929	81 471	6 789	97 159	8 097
2	Poradnie chirurgii stomatologicznej	pilny	3 198	267	3 441	287	3 841	320
		stabilny	94 585	7 882	108 855	9 071	118 333	9 861
3	Poradnie stomatologiczne	pilny	5 806	484	5 727	477	6 641	553
		stabilny	1 133 596	94 466	1 321 405	110 117	1 495 405	124 617
4	Poradnia protetyki stomatologicznej	pilny	159	13	149	12	91	8
		stabilny	22 093	1 841	27 722	2 310	30 622	2 552
5	Poradnia stomatologiczna dla dzieci	pilny	444	37	511	43	403	34
		stabilny	50 320	4 193	65 469	5 456	88 870	7 406

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

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2023 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano na listach oczekujących na następujące świadczenia z zakresu: endoprotezoplastyki stawu kolanowego, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, usunięcie migdałków podniebiennych, endoprotezoplastyki stawu biodrowego, zabiegi na przegrodzie nosowej, fizjoterapii ambulatoryjnej, świadczeń z zakresu kardiologii, rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych, operacji palucha koślawego, rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych. 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 2023 r. 197 dni, a do 75% oddziałów realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 520 dni. Kolejnym świadczeniem z wysoką wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania jest rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, dla której w kategorii medycznej „przypadek stabilny” wartość ta wyniosła 193 dni, a do 75% oddziałów realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 676 dni. Wysoka mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, wynosząca 189 dni zaobserwowana została również dla procedury usunięcia migdałków podniebiennych. W przypadku świadczeń z zakresu: fizjoterapii ambulatoryjnej i kardiologii, odnotowano największe liczby osób oczekujących, które według stanu na koniec 2023 r. wyniosły dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio: 812,9 tys. osób i 212,9 tys. osób. W 2023 r. dla uwzględnionych w tabeli świadczeniach dla kategorii „przypadek stabilny”, odnotowano spadek liczby oczekujących na endoprotezoplastykę stawu kolanowego, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz na leczenie protetyczne. Spadek mediany średniego czasu oczekiwania zaobserwowano w odniesieniu do endoprotezoplastyki stawu kolanowego, świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, operacji palucha koślawego i rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych. Świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej dla kategorii „przypadek stabilny” wyróżniły się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2023 r. z powodu wykonania świadczenia (1,8 tys. osoby). Dla większości świadczeń wymienionych, z wyjątkiem rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2023 r. uległa zwiększeniu w porównaniu z 2022 r.

Tabela nr V.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 grudnia 2021, 2022 i 2023 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej/ świadczenia	Kategoria medyczna (przypadek)	2021			2022			2023		
			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	pilny	19 249	69	220	20 651	71	181	21 919	71	173
		stabilny	74 497	287	763	69 715	250	656	66 507	197	520
2	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	pilny	23 123	28	64	27 219	32	67	31 754	43	73
		stabilny	105 848	275	857	94 868	225	753	93 700	193	676
3	Usunięcie migdałków podniebiennych	pilny	993	0	4	2 055	0	28	4 468	0	104
		stabilny	15 097	58	198	25 476	126	233	32 385	189	278
4	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	pilny	14 334	70	172	15 158	58	149	16 017	64	140
		stabilny	57 425	259	658	51 520	204	492	45 316	174	433
5	Zabiegi na przegrodzie nosowej	pilny	448	0	0	556	0	1	950	0	13
		stabilny	22 200	71	307	23 926	120	300	29 468	158	329
6	Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	117 577	33	71	182 806	47	97	269 307	68	127
		stabilny	540 183	83	143	690 865	112	176	812 978	137	213
7	Świadczenia z zakresu kardiologii	pilny	22 053	22	60	31 403	30	73	39 625	35	86
		stabilny	175 508	86	145	205 773	105	173	212 901	112	188
8	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	803	6	45	743	4	59	930	2	61
		stabilny	5 345	64	236	5 872	142	253	6 839	105	206
9	Operacje palucha koślawego	pilny	1 502	0	0	1 789	0	25	2 166	0	18
		stabilny	14 944	62	366	15 886	71	277	15 657	87	263
10	Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	1 393	3	10	1 288	4	13	1 069	5	11
		stabilny	9 303	14	304	9 102	37	227	9 057	69	263

Tabela nr V.15. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2021 roku do 2023 roku z list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	pilny	13 182	1 099	16 414	1 368	18 369	1 531
		stabilny	15 123	1 260	19 914	1 660	23 051	1 921
2	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	pilny	46 098	3 842	59 336	4 945	74 964	6 247
		stabilny	42 047	3 504	47 976	3 998	47 647	3 971
3	Usunięcie migdałków podniebiennych	pilny	1 621	135	2 264	189	4 330	361
		stabilny	11 521	960	17 951	1 496	23 208	1 934
4	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	pilny	19 797	1 650	22 543	1 879	23 674	1 973
		stabilny	20 634	1 720	25 684	2 140	27 959	2 330
5	Zabiegi na przegrodzie nosowej	pilny	673	56	772	64	1 047	87
		stabilny	12 049	1 004	15 250	1 271	17 143	1 429

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
6	Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	455 629	37 969	509 189	42 432	656 294	54 691
		stabilny	1 711 152	142 596	1 777 742	148 145	1 811 923	150 994
7	Świadczenia z zakresu kardiologii	pilny	94 439	7 870	120 051	10 004	148 432	12 369
		stabilny	488 279	40 690	553 329	46 111	595 182	49 599
8	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	1 922	160	1 268	106	1 508	126
		stabilny	5 215	435	7 173	598	8 959	747
9	Operacje palucha koślawego	pilny	845	70	1 149	96	1 646	137
		stabilny	4 714	393	6 136	511	7 791	649
10	Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	7 321	610	8 609	717	10 992	916
		stabilny	5 988	499	7 458	622	7 906	659

V.1.8. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2021 roku do grudnia 2022 roku zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób

Poniżej zaprezentowano dane dotyczące komórek organizacyjnych i świadczeń, w przypadku których nastąpił od grudnia 2022 roku do grudnia 2023 roku wzrost lub spadek liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” o co najmniej 10 tys. osób. Największy wzrost liczby osób oczekujących wystąpił w przypadku świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, świadczeń rezonansu magnetycznego oraz poradni okulistycznej i wyniósł odpowiednio: 208,6 tys. ,8 tys. i 51,1 tys. osób. W 2023 roku najwięcej osób skreślono dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej 1,8 mln osób, poradni stomatologicznej 1,4 mln osób, rezonansu magnetycznego 1,3 mln osób, poradni położniczo-ginekologicznej 1,2 mln osób, świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu 1,1 mln osoby w poradni okulistycznej 1,1 mln osób. W porównaniu z 2022 r. wzrost liczby osób skreślonych dla tej kategorii medycznej z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia odnotowano w przypadku większości świadczeń i komórek organizacyjnych wykazanych w poniższej tabeli z wyjątkiem: poradni neurochirurgicznej, poradni gastroenterologicznej oraz świadczeń z zakresu onkologii, gdzie ta liczba zmniejszyła się odpowiednio o: 2,2 tys. osób, 2 tys. osoby i 24,1 tys. osób.

Tabela nr V.16. Wykaz komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób - według stanu na koniec grudnia 2021, 2022 i 2023 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Grudzień 2021			Grudzień 2022			Grudzień 2023			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2022 r. w stosunku do grudnia 2023 r.
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci	
1	Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	117 577	33	71	182 806	47	97	269 307	68	127	208 614
		stabilny	540 183	83	143	690 865	112	176	812 978	137	213	
2	Świadczenia rezonansu magnetycznego	pilny	37 294	22	32	61 199	24	38	86 409	30	46	69 865
		stabilny	135 076	37	58	171 776	44	70	216 431	51	86	
3	Poradnia okulistyczna	pilny	12 566	0	21	20 625	2	31	28 062	9	41	51 148
		stabilny	333 698	60	117	402 036	76	146	445 747	87	160	
4	Kolonoskopia	pilny	9 340	21	39	18 683	29	59	30 015	47	87	47 075
		stabilny	70 120	55	93	112 678	79	129	148 421	114	170	
5	Poradnia dermatologiczna	pilny	4 236	0	11	7 791	2	19	12 489	6	26	33 342
		stabilny	110 348	21	46	137 133	27	59	165 777	36	71	
6	Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	pilny	20 912	24	82	29 631	35	92	44 968	49	130	33 160
		stabilny	66 883	79	212	72 857	99	218	90 680	123	248	
7	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	pilny	17 947	14	31	29 506	18	39	41 033	23	46	308 79
		stabilny	135 722	41	67	170 525	45	82	189 877	50	89	
8	Gastroskopia	pilny	5 428	13	26	9 890	17	35	16 885	27	51	27 452
		stabilny	47 023	36	58	66 047	46	78	86 504	68	106	
9	Poradnia neurologiczna	pilny	24 341	11	36	37 408	21	53	49 266	27	63	23 802
		stabilny	206 447	51	86	239 807	62	105	251 751	71	121	
10	Poradnia stomatologiczna	pilny	536	0	0	292	0	0	463	0	0	23 643
		stabilny	214 596	0	10	269 899	0	13	293 371	0	17	
11	Poradnia położniczo-ginekologiczna	pilny	1 131	0	0	1 296	0	0	1 305	0	0	22 568
		stabilny	104 942	7	21	133 355	9	23	155 914	10	26	
12	Świadczenia tomografii komputerowej	pilny	14 064	9	16	18 175	9	18	26 091	10	21	22 466
		stabilny	87 013	18	38	99 427	19	40	113 977	21	44	
13	Poradnia otorynolaryngologiczna	pilny	7 628	1	10	12 945	4	15	18 832	6	21	18 505
		stabilny	115 534	16	32	148 512	22	44	161 130	25	52	
14	Poradnia neurochirurgiczna	pilny	10 153	78	149	15 483	106	195	24 834	137	249	15 908
		stabilny	39 200	127	273	43 885	165	298	50 442	210	292	
15	Świadczenia z zakresu kardiologii	pilny	22 053	22	60	31 403	30	73	39 625	35	86	15 350
		stabilny	175 508	86	145	205 773	105	173	212 901	112	188	
16	Poradnia gastroenterologiczna	pilny	8 339	27	74	13 019	41	99	18 585	79	147	14 330
		stabilny	60 967	88	152	73 343	124	203	82 107	154	234	
17	Poradnia genetyczna	pilny	1 675	12	61	2 898	14	89	5 655	50	118	13 288
		stabilny	15 270	72	171	19 794	58	214	30 325	132	218	
18	Poradnia reumatologiczna	pilny	5 219	8	35	8 631	16	61	12 914	28	79	13 071
		stabilny	50 480	50	87	56 907	69	117	65 695	81	138	
19	Poradnia urologiczna	pilny	8 299	11	28	12 148	15	37	15 383	19	41	12 891
		stabilny	96 405	50	86	102 975	55	102	112 631	60	110	

			Grudzień 2021			Grudzień 2022			Grudzień 2023			Zmiana liczby
20	Świadczenia z zakresu endokrynologii	pilny	11 339	32	80	17 451	43	117	22 761	56	123	12 837
		stabilny	108 841	137	234	115 369	172	263	122 896	185	295	
21	Poradnia alergologiczna	pilny	2 323	3	24	3 499	8	44	4 971	14	52	12 539
		stabilny	56 969	48	84	69 595	74	125	80 662	79	137	
22	Poradnia chirurgii ogólnej	pilny	5 029	2	8	8 432	4	10	11 637	5	12	12 089
		stabilny	74 425	9	20	94 667	10	23	103 551	12	27	
23	Oddział otorynolaryngologiczny	pilny	4 936	42	87	7 526	47	119	11 288	81	150	11 377
		stabilny	32 327	121	215	36 141	141	223	43 756	172	264	
24	Poradnia chirurgii stomatologicznej	pilny	228	0	0	265	0	0	506	0	0	10 679
		stabilny	26 871	10	36	34 884	17	51	45 322	21	64	
25	Świadczenia z zakresu onkologii	pilny	748	0	6	1 314	0	8	1 185	0	8	-12 273
		stabilny	34 386	14	31	48 385	16	37	36 241	20	39	

Tabela nr V.17. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2021, 2022 i 2023 r. z list oczekujących do komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których, porównując dane za grudzień 2022 r. i grudzień 2023 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
1	Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	455 629	37 969	509 189	42 432	656 294	54 691
		stabilny	1 711 152	142 596	1 777 742	148 145	1 811 923	150 994
2	Świadczenia rezonansu magnetycznego	pilny	396 746	33 062	528 565	44 047	677 299	56 442
		stabilny	1 046 712	87 226	1 178 645	98 220	1 308 361	109 030
3	Poradnia okulistyczna	pilny	62 295	5 191	94 348	7 862	139 601	11 633
		stabilny	932 038	77 670	1 054 033	87 836	1 162 580	96 882
4	Kolonoskopia	pilny	39 897	3 325	66 774	5 565	93 812	7 818
		stabilny	227 880	18 990	292 847	24 404	340 841	28 403
5	Poradnia dermatologiczna	pilny	35 704	2 975	55 603	4 634	76 056	6 338
		stabilny	673 048	56 087	749 839	62 487	808 814	67 401
6	Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	pilny	48 144	4 012	62 391	5 199	80 364	6 697
		stabilny	114 147	9 512	127 200	10 600	130 348	10 862
7	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	pilny	151 485	12 624	217 387	18 116	290 216	24 185
		stabilny	931 333	77 611	1 060 398	88 367	1 185 973	98 831
8	Gastroskopia	pilny	44 326	3 694	66 326	5 527	88 112	7 343
		stabilny	283 445	23 620	318 276	26 523	346 857	28 905
9	Poradnia neurologiczna	pilny	99 799	8 317	143 912	11 993	185 582	15 465
		stabilny	678 443	56 537	739 784	61 649	787 951	65 663
10	Poradnia stomatologiczna	pilny	5 806	484	5 727	477	6 641	553
		stabilny	1 133 596	94 466	1 321 405	110 117	1 495 406	124 617
11	Poradnia położniczo-ginekologiczna	pilny	6 344	529	7 448	621	9 012	751
		stabilny	985 284	82 107	1 055 231	87 936	1 225 620	102 135
12	Świadczenia tomografii komputerowej	pilny	220 118	18 343	273 940	22 828	324 949	27 079
		stabilny	960 555	80 046	1 044 166	87 014	1 125 237	93 770

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022	2023	średnio miesięcznie 2023
13	Poradnia otorynolaryngologiczna	pilny	61 568	5 131	103 133	8 594	139 189	11 599
		stabilny	786 726	65 561	919 049	76 587	947 564	78 964
14	Poradnia neurochirurgiczna	pilny	13 853	1 154	21 384	1 782	25 969	2 164
		stabilny	55 101	4 592	57 653	4 804	55 405	4 617
15	Świadczenia z zakresu kardiologii	pilny	94 439	7 870	120 051	10 004	148 432	12 369
		stabilny	488 279	40 690	553 329	46 111	595 182	49 599
16	Poradnia gastroenterologiczna	pilny	19 344	1 612	25 619	2 135	31 378	2 615
		stabilny	112 479	9 373	115 468	9 622	113 444	9 454
17	Poradnia genetyczna	pilny	4 338	362	7 112	593	10 322	860
		stabilny	27 468	2 289	28 363	2 364	37 366	3 114
18	Poradnia reumatologiczna	pilny	18 496	1 541	26 067	2 172	32 965	2 747
		stabilny	154 324	12 860	163 737	13 645	167 437	13 953
19	Poradnia urologiczna	pilny	34 607	2 884	54 565	4 547	77 699	6 475
		stabilny	295 422	24 619	329 949	27 496	363 212	30 268
20	Świadczenia z zakresu endokrynologii	pilny	94 439	7 870	120 051	10 004	148 432	12 369
		stabilny	488 279	40 690	553 329	46 111	595 182	49 599
21	Poradnia alergologiczna	pilny	13 726	1 144	19 380	1 615	24 738	2 062
		stabilny	201 898	16 825	221 029	18 419	235 342	19 612
22	Poradnia chirurgii ogólnej	pilny	74 753	6 229	120 345	10 029	166 557	13 880
		stabilny	836 686	69 724	994 509	82 876	1 093 044	91 087
23	Oddział otorynolaryngologiczny	pilny	11 119	927	15 766	1 314	21 352	1 779
		stabilny	52 203	4 350	62 622	5 219	64 658	5 388
24	Poradnia chirurgii stomatologicznej	pilny	3 198	267	3 441	287	3 841	320
		stabilny	94 585	7 882	108 855	9 071	118 333	9 861
25	Świadczenia z zakresu onkologii	pilny	20 073	1 673	25 402	2 117	27 435	2 286
		stabilny	299 600	24 967	339 838	28 320	315 687	26 307

V.1.9. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

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

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do poradni: alergologicznej, gastroenterologicznej, dermatologicznej, genetycznej, neurologicznej, reumatologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej, neurochirurgicznej, okulistycznej, otorynolaryngologicznej, urologicznej, onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz świadczenia rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, gastroskopii i kolonoskopii;
- szpitalne realizowane w oddziałach: otorynolaryngologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgicznych, gastroenterologicznych, reumatologicznych oraz świadczeń endoprotezoplastyki stawowej, zabiegów usunięcia migdałków podniebiennych i na przegrodzie nosowej oraz operacji palucha koślawego;

- rehabilitacji leczniczej realizowane w świadczeniach z zakresu: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, zakłady/ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej, fizjoterapii ambulatoryjnej, zakłady/ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej, rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych;
- realizowane w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w: oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, poradni leczenia nerwic, poradni psychogeriatrycznej, poradni zdrowia psychicznego;
- stomatologiczne realizowane w: poradni ortodontycznej, poradni chirurgii stomatologicznej, poradni stomatologicznej, poradni protetyki stomatologicznej, poradni stomatologicznej dla dzieci;
- opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane w: hospicjum domowym/zespole domowej opieki paliatywnej, hospicjum stacjonarnym/stacjonarnym ośrodku opieki paliatywnej, oddziałach medycyny paliatywnej, poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dzieci/zespole domowej opieki paliatywnej dla dzieci.

Większość z przyczyn ograniczonej dostępności do świadczeń ma charakter ogólnokrajowy i jest związany m.in. z niewystarczającą liczbą lekarzy określonej specjalności np. geriatrów, psychiatrów, endokrynologów czy diabetologów dziecięcych, chociaż występują również przyczyny regionalne związane przede wszystkim z niewystarczającą liczbą miejsc udzielania danego rodzaju świadczeń.

Należy zwrócić uwagę, że mimo zwiększającej się z roku na rok liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia, dostępność do świadczeń nie zwiększa się, o czym świadczy wzrastająca mediana średniego czasu oczekiwania i rosnąca liczba osób oczekujących. Mamy do czynienia z sytuacją, w której podaż nie nadąża nad popytem, gdzie zwiększająca się liczba udzielonych świadczeń nie nadąża za jednocześnie zwiększającą się liczbą osób oczekujących, co bezpośrednio skutkuje wydłużeniem czasu oczekiwania.

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

- zwiększające się zapotrzebowanie na niektóre rodzaje świadczeń, wynikające m.in. z czynników demograficznych – starzenie się ludności oraz wydłużanie przeciętnej długości życia co powodujące znaczne wzrosty liczby osób oczekujących np. na świadczenia rehabilitacyjne; niewystarczające nakłady finansowe na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- preferowanie przez pacjentów placówek z określoną renomą lub też największych (najlepiej znanych) w rejonie/województwie, prowadzące do znacznych różnic między najdłuższymi a najkrótszymi kolejkami oczekujących w danym zakresie świadczeń, odnotowywane np. w przypadku zabiegów endoprotezoplastyk stawowych;
- niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności (np. neurochirurgii, ortodoncji, psychiatrii dziecięcej, gastroenterologii, endokrynologii, okulistyki zabiegowej) w skali kraju lub danego regionu powodująca wydłużanie czasu oczekiwania na świadczenia

- z danego zakresu albo brak zainteresowania zawieraniem umów z NFZ z uwagi na fakt znacznie wyższego wynagradzania w sektorze prywatnym;
- duża liczba pacjentów pozostających pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż wskazywałyby 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, których stan zdrowia nie wskazuje na konieczność stałych wizyt u lekarza specjalisty, nie są efektywnie przekazywani pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).
 - zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być skutecznie leczone w POZ;
 - brak zainteresowania świadczeniodawców możliwością zawarcia umów z NFZ na wykonywanie świadczeń, które mogłyby być realizowane w mniejszych miejscowościach, co utrudnia w nich dostęp do lekarzy;
 - upowszechnienie wskazań i dostępności do świadczeń, np. badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, jako podstawowych badań diagnostycznych, co powoduje stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia i zwiększenie liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania;
 - kierowanie pacjenta na badania kosztochłonne bez wcześniejszego wykorzystania innych metod diagnostycznych;
 - powolne wprowadzanie zasad/standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością np. pacjenci wpisywani w niektórych przypadkach zbyt wcześnie na listę oczekujących z powodu długiego czasu oczekiwania, co powoduje następnie wyznaczanie kolejnych terminów udzielenia świadczenia, blokując miejsca pozostałym pacjentom;
 - tendencja do wzrostu liczby pacjentów kwalifikowanych przez lekarzy kierujących do kategorii medycznej „przypadek pilny” przy braku medycznego uzasadnienia w przypadku długich czasów oczekiwania na określone świadczenia;
 - utrudniony kontakt pacjenta ze świadczeniodawcą np. w formie telefonicznej, co może ograniczać możliwość skutecznego odwoływania wizyt lub zmiany terminu. Skutkuje to przerwami w udzielaniu świadczeń i dezorganizuje pracę świadczeniodawców.
 - wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, co przekłada się na wydłużenie średnich rzeczywistych czasów oczekiwania;
 - niekorzystanie przez pacjentów ze wszystkich źródeł informacji o miejscach udzielania świadczeń – wielokrotnie pacjenci kierują się do znanych sobie placówek medycznych, nie wiedząc, że mogą uzyskać dane świadczenie w krótszym terminie u innego świadczeniodawcy;

- błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących powodujące, że niekiedy wykazywane są dłuższe czasy oczekiwania i większe liczby osób oczekujących w związku z wykazywaniem osób wpisanych na wyodrębnioną kolejkę, np. endoprotezoplastykę stawową, także w kolejce do oddziału chirurgii urazowo-ortopedyczny (podwójne wpisywanie tego samego pacjenta do kilku kolejek). Błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących są na bieżąco wyjaśniane przez OW NFZ;
- niepodawanie lub nieaktualizowanie przez pacjentów numeru telefonu, co uniemożliwia im skuteczne odebranie informacji sms o zbliżającym się terminie udzielenia świadczenia, dla którego udostępniono taka usługę;
- brak limitów dla pacjentów pozostających kontrolnie pod opieką poradni specjalistycznych bez ustalonego planu leczenia.

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

- wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ.^{33,34} Koordynacja opieki nad pacjentem dotyczy schorzeń, z zakresu kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii i endokrynologii. Opieka koordynowana w POZ wiąże się z poszerzeniem listy badań diagnostycznych, które może zlecić lekarz rodzinny, wdrożeniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, a także konsultację między lekarze POZ a lekarzem specjalistą. Rozwiązanie to pozwoli na szybsze i skuteczniejsze diagnozowanie i leczenie chorób przewlekłych, co wpłynie na zmniejszenie liczby osób oczekujących do specjalistów;
- zamiana współczynnika 3,2 na specjalny dodatek kwotowy do stawki kapitałowej za tzw. wielochorobowość dla świadczeniodawców realizujących umowy w zakresie lekarza POZ.³⁵ Dodatek jest zależny od liczby chorób przewlekłych zdiagnozowanych u pacjenta;
- monitorowanie obowiązku przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia każdego dnia roboczego, z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
- aktualizacja słownika uprawnień dodatkowych związanego z uprawnieniami do korzystania poza kolejnością ze świadczeń w podmiotach leczniczych;
- weryfikacja sprawozdawczości z zakresu harmonogramów przyjęć/list oczekujących;
- rozwój funkcjonalności Rejestru Endoprotezoplastyk;
- dostosowywanie elementów systemu sprawozdawczego do zmieniających się potrzeb związanych ze zmianami prawa powszechnie obowiązującego;

³³Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965).

³⁴Zarządzenie Nr 124/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna wprowadzono nowy zakres świadczeń w poz.: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.

³⁵Zarządzenie Nr 163/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

- prowadzenie monitoringu i analizowanie wykonywania świadczeń w celu znoszenia limitów na wybrane świadczenia.

V.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 2023 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr V.18. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w 2023 r. w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba uprawnionych	Liczba zrealizowanych skierowań w 2023 roku	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 716 011	43 607	161
Kujawsko-Pomorski	1 850 560	29 350	159
Lubelski	1 881 934	20 175	107
Lubuski	918 020	9 294	101
Łódzki	2 294 611	29 069	127
Małopolski	3 220 957	43 209	134
Mazowiecki	5 466 453	66 347	121
Opolski	830 994	10 147	122
Podkarpacki	1 881 169	18 006	96
Podlaski	1 049 904	12 186	116
Pomorski	2 218 403	21 258	96
Śląski	4 087 286	57 337	140
Świętokrzyski	1 082 383	15 581	144
Warmińsko- Mazurski	1 221 570	13 773	113
Wielkopolski	3 387 842	41 334	122
Zachodniopomorski	1 505 144	11 069	74
Ogółem	35 613 241	441 742	124

W poniższych tabelach przedstawiono dane dotyczące liczby osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w poszczególnych zakresach świadczeń w 2023 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, iż dedykowane są one odrębnym grupom świadczeniobiorców.

Tabela V.19. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” w 2023r. w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba uprawnionych	Liczba zrealizowanych skierowań w roku 2021	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 716 011	432	1,59
Kujawsko-Pomorski	1 850 560	392	2,12
Lubelski	1 881 934	272	1,45
Lubuski	918 020	80	0,87
Łódzki	2 294 611	375	1,63
Małopolski	3 220 957	469	1,46
Mazowiecki	5 466 453	1 086	1,99
Opolski	830 994	157	1,89
Podkarpacki	1 881 169	224	1,19
Podlaski	1 049 904	144	1,37
Pomorski	2 218 403	389	1,75
Śląski	4 087 286	1 180	2,89
Świętokrzyski	1 082 383	130	1,20
Warmińsko- Mazurski	1 221 570	243	1,99
Wielkopolski	3 387 842	647	1,91
Zachodniopomorski	1 505 144	156	1,04
Ogółem	35 613 241	6 376	1,79

W 2023 roku funkcjonowało łącznie 1 635 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 320 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 7 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) oraz 315 specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego. Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła w 2023 r. względem roku poprzedniego o 28 (1,74%), przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 7, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 35. 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 V.20. Liczba zakontraktowanych na 2023 rok zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje, dotyczące ich dostępności w latach 2022-2023.

Liczba zespołów ratownictwa medycznego*			
Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2022 r.	Liczba zespołów w 2023 r.	Liczba zespołów w 2023 r. w stosunku do liczby zespołów w 2022 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 285	1 320	102,72%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	322	315	97,83%
Razem	1 607	1 635	101,74%
Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**			
Rodzaj zespołu	2022 r.	2023 r.	Dostępność zespołów w 2023 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2022 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 232,53	1 246,90	101,17%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	322,32	314,67	97,63%
Razem	1 554,85	1 561,57	100,43%
*) 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 2022-2023, 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 2023 roku o 0,43% wyższa niż w 2022 roku, przy czym dostępność podstawowych zespołów wzrosła o 1,17%, natomiast dostępność specjalistycznych zespołów zmniejszyła się o 2,37%.

Poniższa tabela przedstawia liczbę osób (w tys.) przypadającą na jeden zespół ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach oraz liczbę zespołów ratownictwa medycznego przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach.

Drugi z wymienionych powyższej wskaźników przyjmuje:

- najwyższe wartości w województwach: warmińsko-mazurskim (0,58), lubuskim (0,56) oraz zachodniopomorskim (0,51);
- najniższe wartości w województwach: małopolskim, mazowieckim oraz wielkopolskim – po 0,36.

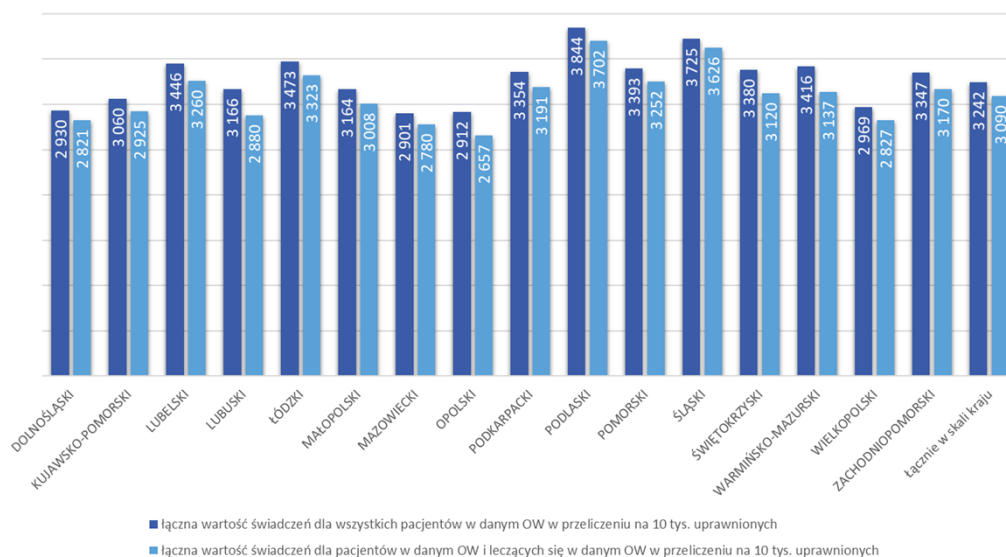
Średnia liczba zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wyniosła w 2023 r. 0,41.

Tabela nr V.21. Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego w 2023 r. w odniesieniu do ludności województw.

OW NFZ	Ludność w tys. os. (wg GUS stan na 31.12.2022 r.)	Liczba ZRM w 2022 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2022 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2022 r.
Dolnośląski	2 883,13	112,00	25,74	0,39
Kujawsko-Pomorski	2 001,67	94,00	21,29	0,47
Lubelski	2 017,81	91,00	22,17	0,45
Lubuski	977,49	55,00	17,77	0,56
Łódzki	2 370,37	103,00	23,01	0,43
Małopolski	3 428,73	123,42	27,78	0,36
Mazowiecki	5 509,35	197,20	27,94	0,36
Opolski	939,47	43,00	21,85	0,46
Podkarpacki	2 075,83	91,93	22,58	0,44
Podlaski	1 140,68	55,50	20,55	0,49
Pomorski	2 358,32	91,55	25,76	0,39
Śląski	4 333,07	167,00	25,95	0,39
Świętokrzyski	1 173,29	47,83	24,53	0,41
Warmińsko- Mazurski	1 362,43	79,67	17,10	0,58
Wielkopolski	3 490,36	126,00	27,70	0,36
Zachodniopomorski	1 636,29	83,47	19,60	0,51
Razem	37 698,29	1 561,57	24,14	0,41

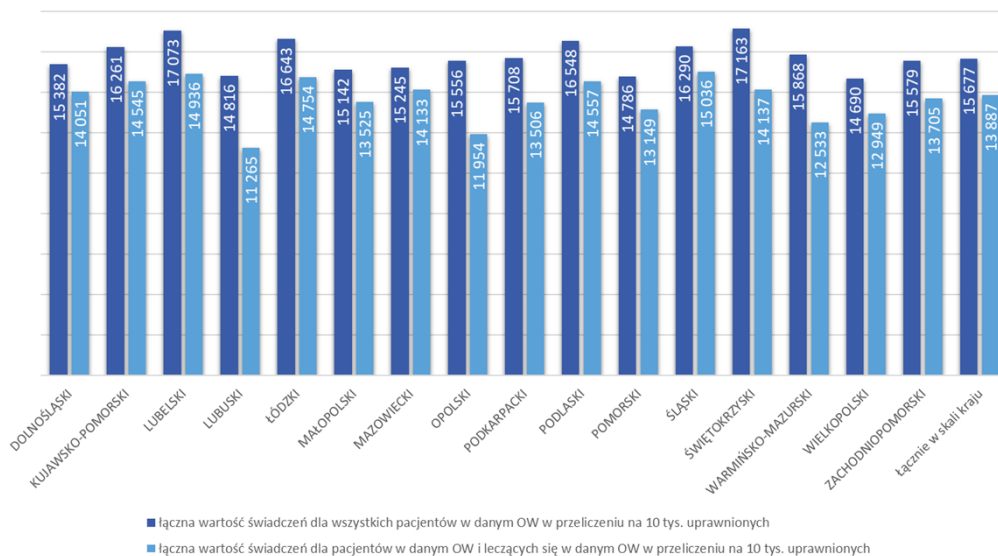
Koszty świadczeń w pozostałych rodzajach świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych

Wykres nr V.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.). w 2023 roku.



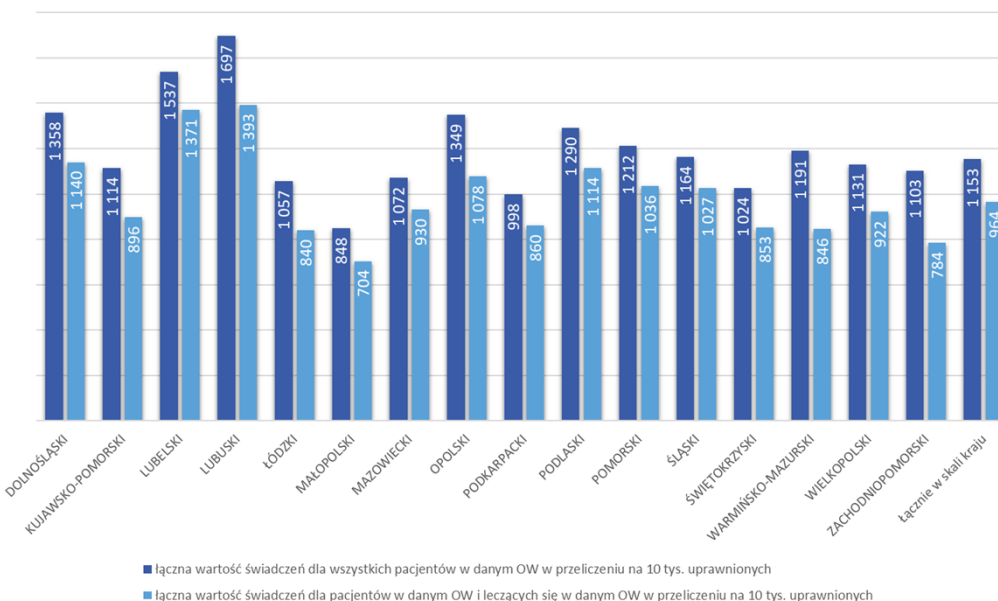
Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich” uprawnionych na terenie całego kraju w 2023 r., podobnie jak w roku ubiegłym, osiągnął oddział podlaski (3 844 tys. zł).

Wykres nr VII.2. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie szpitalne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.) w 2023 roku.



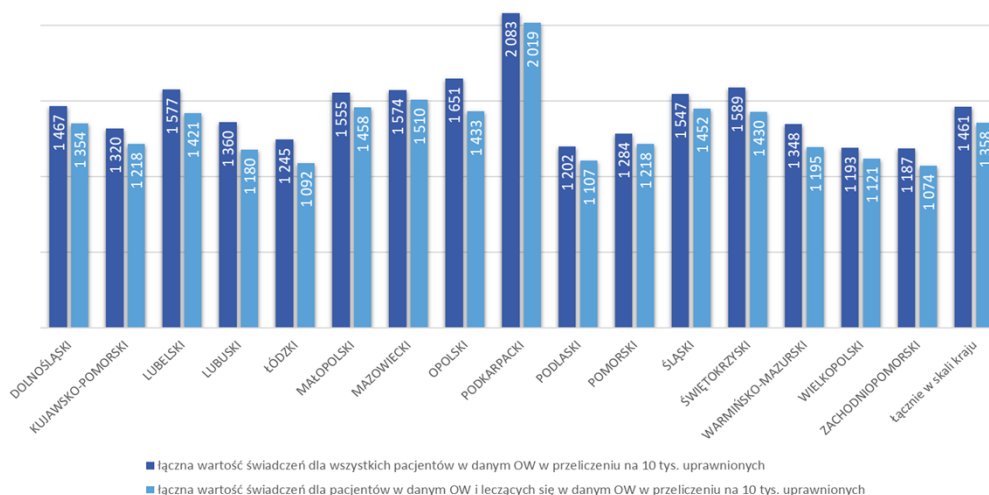
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono w 2023 roku na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców, poniosły oddziały świętokrzyski (17 163 tys. zł) i lubelski (17 073 tys. zł).

Wykres nr VII.3. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.) w 2023 roku.



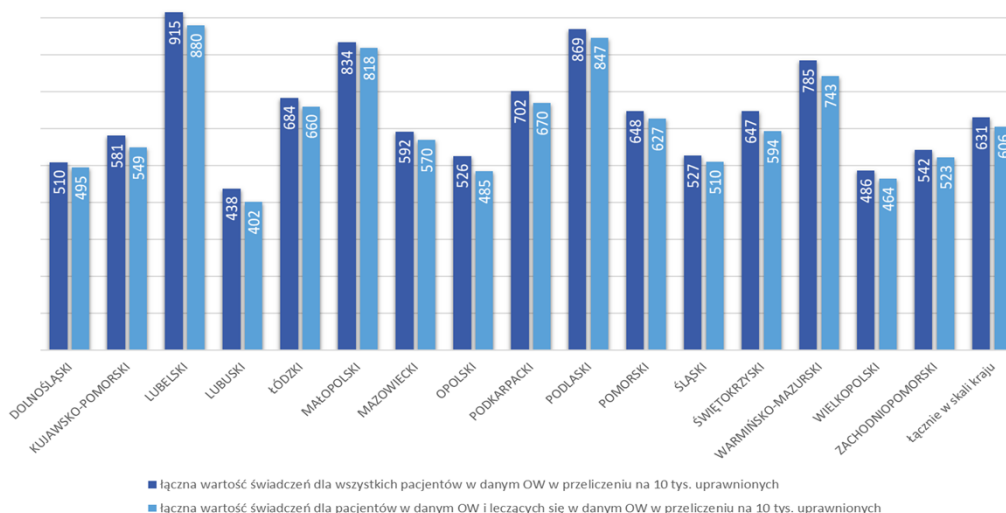
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2023 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, lubuski oddział wojewódzki Funduszu (1 697 tys. zł).

Wykres nr V.4. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju rehabilitacja lecznicza w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.) w 2023 roku.



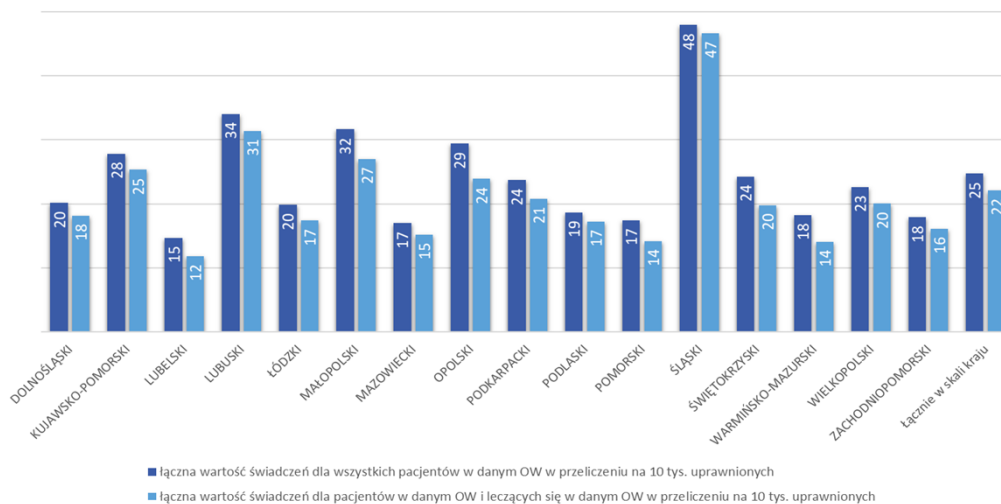
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2023 r. osiągnął, podobnie jak w roku poprzednim, podkarpacki oddział wojewódzki NFZ (2 083 tys. zł).

Wykres nr V.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.) w 2023 roku.



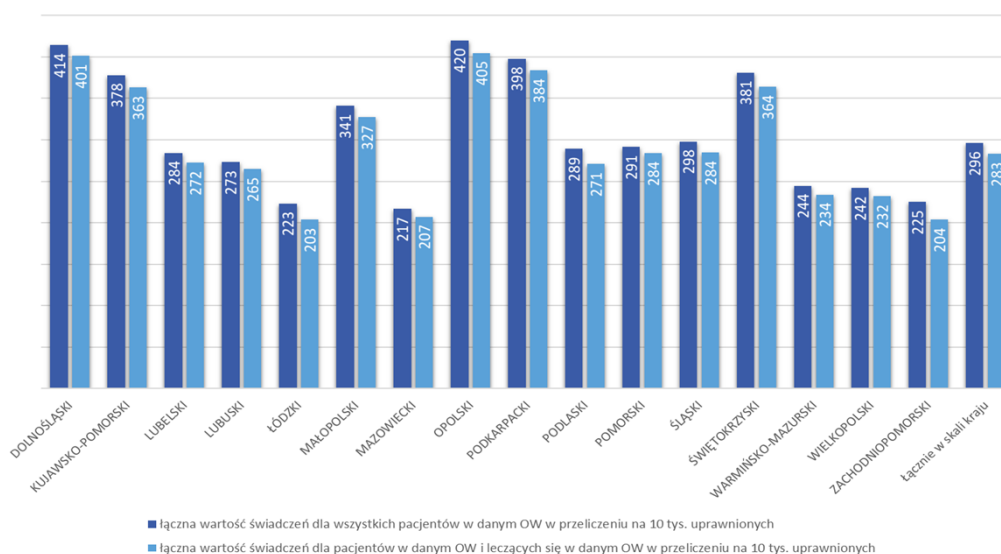
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2023 r. osiągnęły oddziały: lubelski (915 tys. zł), podlaski (869 tys. zł) i małopolski (834 tys. zł).

Wykres nr V.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.) w 2023 roku.



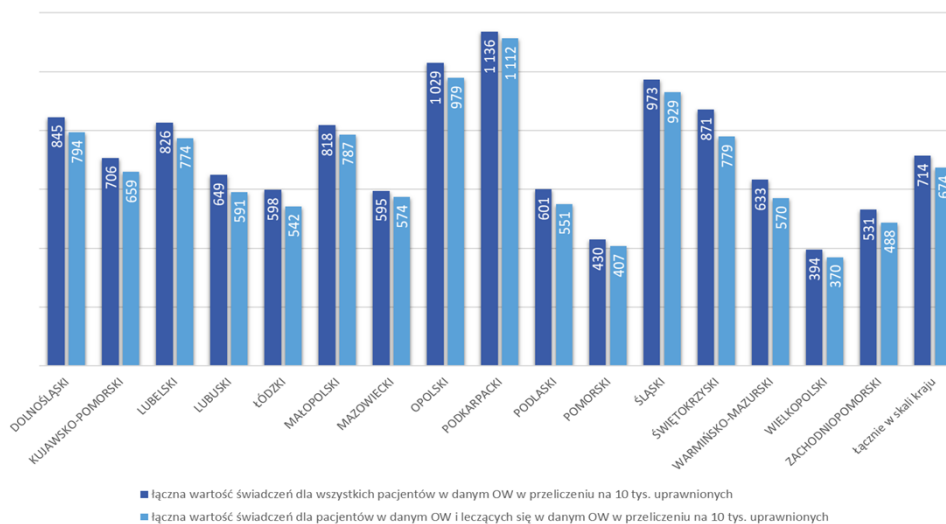
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w profilaktycznych programach zdrowotnych w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2023 r. osiągnął oddział śląski (48 tys. zł) a najmniej oddział lubelski (15 tys. zł).

Wykres nr V.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.) w 2023 roku.



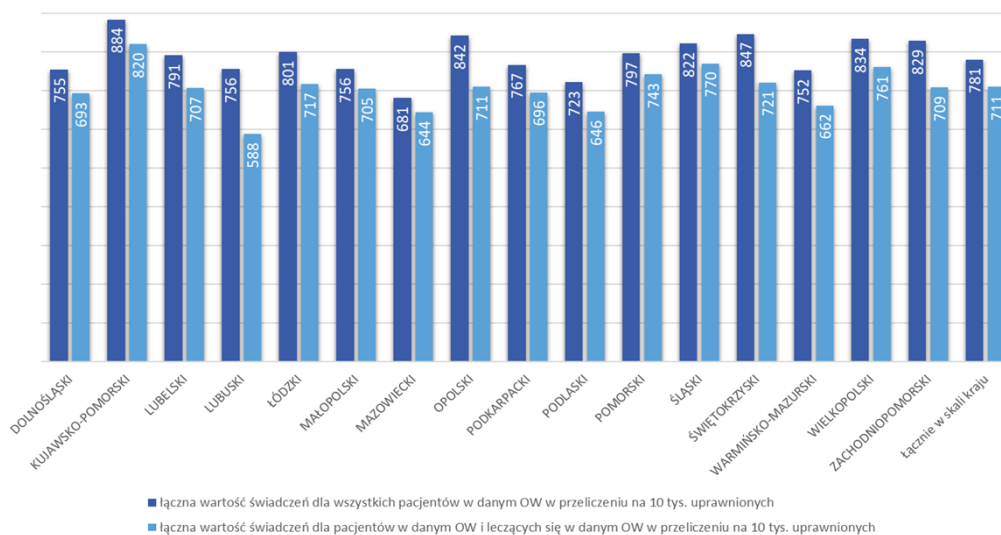
Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2023 r. osiągnęły oddziały: opolski 420 tys. zł, dolnośląski 414 tys. zł. i podkarpacki 398 tys. zł.

Wykres nr V.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.) w 2023 roku.



Na powyższym 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 2023 r. osiągnęły oddziały: podkarpacki 1 136 tys. zł, opolski 1 029 tys. zł oraz śląski 973 tys. zł.

Wykres nr V.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.) w 2023 roku.



Powyżej przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnień), które poniesiono na rzecz uprawnień z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczeń) oraz koszty świadczeń dla uprawnień rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie na 10 tys. uprawnień w skali 2023 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, oddział kujawsko-pomorski (884 tys. zł).

VI. Opis organizacji Funduszu

VI.1. Struktura organizacyjna Funduszu

Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną (art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach). W skład Funduszu wchodzi centrala Funduszu i 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu. W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach określonych w statucie Funduszu. 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 lub wieloosobowe stanowiska. Skład komórek organizacyjnych w Centrali Funduszu w 2023 roku zgodny był ze statutem NFZ. 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 Funduszu składa się z dziesięciu członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 99 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W świetle obecnego brzmienia art. 100 ust. 1 ustawy o świadczeniach, do zadań Rady NFZ należy:

- kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- uchwalanie: planu pracy NFZ na dany rok, rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- opiniowanie: projektu planu finansowego na dany rok, systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- przyjmowanie: sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu, okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu,

- podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach, przeznaczenia zysku netto lub pokrycia straty netto za dany rok obrotowy,
- kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu,
- dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu,
- występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wszczęcie kontroli w zakresie, o którym mowa w art. 61a kontrole przeprowadzane przez Prezesa Funduszu ust. 1-3,
- występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców,
- wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców.

Rada Funduszu obecnej kadencji 2020-2025 w 2023 r. obradowała łącznie na 12 posiedzeniach, podjęła łącznie 31 uchwał, w tym 1 uchwałę w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk (tryb obiegowy).

Większość posiedzeń Rady Funduszu w 2023 r. miało charakter hybrydowy. Rada Funduszu w trakcie odbytych w 2023 roku posiedzeń, jak również i w trybie obiegowym między innymi:

- uchwaliła: Reczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2024 r. oraz Plan Pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 r,
- wyraziła opinie w sprawach: projektów zmian planu finansowego NFZ na 2023 r., projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 r.;
- przyjęła: okresowe sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2022 r. oraz I, II i III kwartał 2023 r.; roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 r.; sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ za 2022 r.; rekomendacje stałego Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej;
- wyraziła zgodę na: zawarcie aneksów do umowy o świadczenie usługi infolinii Telefonicznej Informacji Pacjenta na rzecz NFZ; skorzystanie z prawa opcji przewidzianego w umowie o badanie sprawozdań finansowych NFZ,
- zawarcie aneksu do umowy na realizację inwestycji budowlanej na potrzeby Świętokrzyskiego OW NFZ,
- odpłatne obciążenie nieruchomości NFZ zlokalizowanej przy ul. Wolności 18 w Jeleniej Górze służebnością przesyłu,
- odpłatne obciążenie nieruchomości NFZ zlokalizowanej przy ul. Czartoryskiego

- w Częstochowie służebnością przesyłu,
- podjęcie niezbędnych czynności i zawarcie umowy na usługi serwisowe dla rozwiązań firmy Cisco w Centrali i oddziałach wojewódzkich NFZ,
 - zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Wielkopolskiego OW NFZ,
 - podjęcie niezbędnych czynności i zawarcie umowy na zakup usługi asysty technicznej i konserwacji (ATiK) dla oprogramowania Oracle posiadanego przez Zamawiającego,
 - podjęcie czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego i zawarcie umowy na dostawę energii elektrycznej,
 - dokonała kilku zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2023 r.;
 - podjęła decyzję o przeznaczeniu zysku netto NFZ za 2022 r.;
 - dyskutowała na temat: przedstawionej przez Prezesa NFZ prognozy przychodów i kosztów NFZ na kolejne trzy lata (2024-2026); wyrażenia zgody na wszczęcie czynności w postępowaniu o zamówienie publiczne na wytworzenie i wdrożenie systemu do zarządzania relacjami z klientami (CRM);
 - zapoznała się z informacjami Prezesa Funduszu na temat: funkcjonowania Departamentu Kontroli – podsumowanie okresu przejściowego, kierunek rozwoju; bieżącej sytuacji finansowej NFZ; dokonanych przez Prezesa NFZ zmianach w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2022 r. i 2023 r.; zmian, które zostały zrealizowane w trakcie postępowania przetargowego na Integrację oprogramowania w ramach Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ; rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe z uwzględnieniem środków pobranych w okresie epidemii COVID-19; wyników badań doświadczeń klientów korzystających z usług Telefonicznej Informacji Pacjenta (TIP) oraz z obsługi bezpośredniej w salach obsługi klientów oddziałów wojewódzkich NFZ; obsługi skarg i wniosków w Centrali i oddziałach wojewódzkich NFZ za lata 2021-2022; sposobu wykorzystywania przez oddziały wojewódzkie NFZ dodatkowej zwiększonej powierzchni nieruchomości biurowych; zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2022 r.; zmian Specyfikacji Warunków Zamówienia w postępowaniu o zamówienie publiczne na dostawę energii elektrycznej na potrzeby jednostek NFZ; zawarcia aneksu nr 2 do umowy na Wdrożenie Systemu Wspomagania Zarządzania Zasobami SWZZ klasy ERP wraz z 4-letnim utrzymaniem; aneksów indeksacyjnych do umów 31-34/2019 o świadczenie usług subskrypcji i konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ; zmian w dokumentach, które zostały wprowadzone w trakcie trwania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na Wytwarzanie oprogramowania w ramach programu budowy systemu ZSI przez dedykowane Zespoły wytwórcze.

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 Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej. Celem tego Zespołu jest przeprowadzenie pogłębionej analizy oraz przedstawienie Radzie NFZ 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 NFZ.

W 2023 roku Zespół przedstawił Radzie Funduszu rekomendacje pt. „Założenia systemu benchmarkowania podmiotów leczniczych w zakresie jakości opieki zdrowotnej w rodzaju Podstawowa Opieka Zdrowotna”, które Rada przyjęła uchwałą.

Prezes Funduszu

Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz. Prezesa Funduszu powołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Funduszu po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu, powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, zastępców Prezesa. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępców Prezesa na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, minister właściwy do spraw zdrowia, na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

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

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. Kadencja rady oddziału wojewódzkiego Funduszu trwa cztery lata, licząc od dnia pierwszego posiedzenia rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Pierwsze posiedzenie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zwołuje właściwy wojewoda. Przewodniczący rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zaprasza do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli właściwej okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady pielęgniarek i położnych i okręgowej rady aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

Zadania rady OW NFZ zostały określone w art. 106 ustawy o świadczeniach.

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.

VI.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu

Plan zatrudnienia ustalony na 2023 r., obowiązujący na koniec okresu sprawozdawczego dla Narodowego Funduszu Zdrowia, ukształtował się na poziomie 5 941,29 etatu. W porównaniu do 2022 r. został zwiększony o 27,48 etatu. Wzrost etatów (o 23) związany jest z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania statutu NFZ, które przewiduje likwidację Departamentu Analiz i Innowacji i utworzenie Biura Partnerstwa Publicznego i Innowacji oraz Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń. Niewielkie zmiany w planie odnotowano także w Oddziałach Wojewódzkich NFZ i niektórych komórkach organizacyjnych Centrali NFZ.

Tabela nr VI.1. Plan zatrudnienia w Funduszu w podziale na osoby i etaty w latach 2022-2023.

Planowane etaty		
Grupy	2022 r.	2023 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	4,00	4,00
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW	64,00	64,00
pozostała kadra kierownicza	932,15	943,65
pracownicy administracyjni	4 831,86	4 852,09
obsługa techniczna	81,80	77,55
Razem	5 913,81	5 941,29

Przeciętne zatrudnienie w Narodowym Funduszu Zdrowia w 2023 r. wyniosło 5 612,6 etatu. W stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego odnotowano zmianę przeciętnego zatrudnienia o 47 etaty. Odnotowane zmiany w przeciętnym zatrudnieniu wynikają ze wspomnianych wyżej zmian organizacyjnych, naturalnej fluktuacji zatrudnienia, obsadzenia wakujących etatów oraz zatrudnienia pracowników na umowy na zastępstwa za osoby przebywające na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich oraz długich zwolnieniach lekarskich.

Tabela nr VI.2. Przeciętne zatrudnienie w Funduszu w podziale na osoby i etaty w latach 2022-2023.

Przeciętne zatrudnienie (etaty)		
Grupy	2022 r.	2023 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	2,67	2,00
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW	59,07	56,71
pozostała kadra kierownicza	907,66	912,66
pracownicy administracyjni	4 519,01	4 566,59
obsługa techniczna	77,19	74,64
Razem	5 565,60	5 612,60

Średnie miesięczne wynagrodzenie³⁶

Średnie miesięczne wynagrodzenie w Funduszu na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 8 700,57 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali wyniosło 11 300,64 zł, w oddziałach NFZ – 8 081,35 zł. Podane kwoty zawierają wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz Dyrektorów oddziałów i ich zastępców Dyrektorów oddziałów i ich zastępców.

Korpus kontrolerski – informacje o egzaminach przeprowadzonych w 2023 roku

W 2023 r. przeprowadzono 4 sesje egzaminacyjne – zgodnie z obowiązkiem ustawowym egzamin był przeprowadzany raz na kwartał, w tym w:

- I-III kwartale do egzaminu: zakwalifikowano łącznie 19 kandydatów (odpowiednio: 13, 3 i 3), przystąpiło 16 kandydatów (odpowiednio: 10, 3 i 3),
- IV kwartale przeprowadzono 1 sesję egzaminacyjną - do egzaminu zakwalifikowano 3 kandydatów. Wszyscy kandydaci zakwalifikowani do egzaminu podjęli indywidualne decyzje o nieprzystąpieniu do egzaminu w tym terminie. Z powodu nieprzystąpienia żadnego z kandydatów egzamin ustalony w terminie 7-8.12.2023 r. nie odbył się. Natomiast przedmiotowy proces został zrealizowany zgodnie z obowiązkiem ustawowym i obowiązującymi w tym zakresie regulacjami wewnętrznymi. Proces został zakończony sporządzeniem protokołu końcowego, który został zatwierdzony przez Prezesa NFZ.

Łączna liczba pracowników zatrudnionych w TWK wynosiła 457 osoby³⁷, z czego 334 osoby to pracownicy realizujący kontrole/czynności sprawdzające.

Z 334 pracowników TWK DK: 110 stanowiło powołanych kontrolerów (32,93%), 224 to osoby realizujące czynności kontrolne zgodnie z art. 61e ust. 2 ustawy o świadczeniach (67,07%).

³⁶Informacja sporządzona na podstawie ostatecznych danych do Sprawozdania Finansowego NFZ za okres 01.01-31.12.2023 z siedzibą w Warszawie.

³⁷Na podstawie danych z TWK wg stanu na 02.01.2024 r.

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

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 2023 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.

Za prawidłową realizację poniższych zadań odpowiedzialny jest Departament Informatyki Centrali NFZ. Stałym zadaniem Departamentu Informatyki jest utrzymanie w ruchu całego systemu informatycznego Funduszu, włączając w to nadzór nad systemami OW NFZ. Wiąże się to z koniecznością administrowania i monitorowania wszystkich elementów składających się na ten system. Obejmuje to zarówno serwery, dedykowane pamięci masowe, sieciowy sprzęt teleinformatyczny, oprogramowanie systemowe jak i warstwę aplikacji użytkowych. 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.

VI.3.1. Systemy informatyczne

Wdrożenie eZlecenia – elektronicznego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenie naprawy wyrobu medycznego

W pierwszym półroczu 2023 r. NFZ wspólnie z Ministerstwem Zdrowia wypracował ostateczny zakres danych wzoru zalecenia i wzoru naprawy (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego Dz. U. 2023 poz. 1127). Opublikowana została także zmiana ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 r. poz. 826). Fundusz prowadził intensywne prace nad udostępnieniem zmian usług eZWM oraz przygotowaniem środowiska testowego. Etap ten został uruchomiony z wyprzedzeniem (kwiecień 2023 r.), aby twórcy oprogramowania oraz wystawiający zlecenia przygotowali się do planowanego wdrożenia. Nowe funkcjonalności to przede wszystkim pełna elektroniczna obsługa wystawienia i realizacji zlecenia. Wprowadzono m.in. podpisywanie elektroniczne dokumentu przez osobę wystawiającą. Zrezygnowano również z podpisu osoby wydającej i odbierającej wyrób medyczny (etap realizacji). Umożliwiono wysyłanie pacjentowi za pośrednictwem SMS/e-mail danych identyfikacyjnych o wystawionym zleceniu albo wydrukowanie tych danych w formie skróconej informacji dla pacjenta. We współpracy z Centrum e-Zdrowia (CeZ) udostępniono na koncie pacjenta w IKP dane o wystawionych

i realizowanych zleceniach. Dzięki tym działaniom cały proces jest w pełni elektroniczny, a zakres danych na zleceniu skrócony. Zgodnie z przepisami, 1 lipca 2023 r. NFZ udostępnił produkcyjnie funkcjonalności umożliwiające wystawianie eZleceń na wyroby medyczne i eZleceń naprawy - aplikacja ap- zz i usługi eZWM. Dodano obsługę nowego, skróconego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy wyrobu medycznego. Od 1 lipca do 30 września trwał okres przejściowy, w którym wystawianie eZleceń było nieobowiązkowe. W tym czasie możliwe było wystawienie zlecenia w formie papierowej, ale na nowym wzorze zlecenia. Dzięki temu, zarówno świadczeniodawcy jak i dostawcy oprogramowania dla świadczeniodawców zyskali dodatkowy czas na dostosowanie się do zmian. Od 1 października wprowadzono wyłącznie elektroniczną obsługę zleceń. Oprócz wyteżonych prac nad wdrożeniem eZlecenia trwały także przygotowania do wprowadzenia nowego, zoptymalizowanego modelu rozliczania ZPO. Dotychczasowe komunikaty XML: ZPOSP, R_UMX, FAKT/RACH/NOTA zastąpiono jednym komunikatem XML ZPOZR (zestawienie refundacyjne zaopatrzenia w wyroby medyczne). Zmiany miały na celu zoptymalizowanie procesu rozliczania poprzez zastąpienie kilku komunikatów jednym, zbiorczym. Bazę do rozliczenia stanowi system eZWM, gdzie gromadzone są wszystkie dane o wystawionym i zrealizowanym zleceniu. W IV kwartale 2023 r. uruchomiony został pilotaż tego rozwiązania. Produkcyjne wdrożenie zmian modelu rozliczania zaplanowano na 2024 r. Równocześnie Fundusz uruchomił prace nad stworzeniem usług dla tego obszaru, które umożliwiają świadczeniodawcom wykorzystanie systemów zewnętrznych do rozliczania i integrację z NFZ.

Listy oczekujących

W związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1245) dostosowano aplikację AP-KOLCE, komunikat KOL, interfejs usługowy KOLCE, aby świadczeniodawca mógł oznaczyć: miejsca, w których świadczenia z zakresu kolonoskopii i gastroskopii wykonuje także w znieczuleniu, w jakich przedziałach wiekowych realizuje świadczenia także dzieciom w komórkach dla dorosłych.

Niezbędnym było również dostosowanie komunikatu XML LIOCZ i SWIAD (zarządzenie 164/2023/DI Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML), aby umożliwić prawidłowe sprawozdawanie danych do Funduszu.

Zmiany w obszarze sprawozdawczości i rozliczeń

W 2023 roku, opierając się na zmianach legislacyjnych, dostosowano przepisy zarządzeń określających zakres danych i zasady przekazywania przez świadczeniodawców do NFZ komunikatów danych sprawozdawczych i rozliczeniowych.

10 listopada 2023 r. opublikowano zarządzenie nr 163/2023/DI Prezesa NFZ w sprawie szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania dokumentów rozliczeniowych w postaci dokumentu elektronicznego. Publikacja zastąpiła obowiązujące w tym zakresie

zarządzenie nr 39/2022/DI Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2022 r. Zarządzenie określa komunikaty XML stosowane do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej i zasady wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ. Zmiany spowodowane były głównie zaplanowanym na 2024 r. wdrożeniem nowego modelu rozliczania w ZPO. Dodano nowy komunikat XML ZPOZR (zestawienie refundacyjne zaopatrzenia w wyroby medyczne). Natomiast w komunikatach XML R_UMX i FAKT/RACH/NOTA określono datę końcową stosowania ich dla rozliczania świadczeń w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne (31 grudnia 2023 r.). W tym samym terminie, czyli 10 listopada 2023 r. opublikowane zostało także zarządzenie nr 164/2023/DI Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML. Publikacja zarządzenia zmieniła brzmienie zarządzenia nr 128/2021/DI Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2021 r. Zarządzenie określa komunikaty XML stosowane do sprawozdawania danych o wykonanych świadczeniach opieki zdrowotnej i zasady wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ.

Najważniejsze zmiany wprowadzone w zarządzeniu wynikały z konieczności dostosowania komunikatów XML do aktualnego stanu prawnego i dotyczyły:

1. Komunikatu świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (XML SWIAD):

- zmodyfikowano strukturę danych charakteryzujących rozpoznany nowotwór złośliwy (na podstawie §3 ust. 1 pkt 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych; Dz. U. z 2022 r. poz. 434 z późn.zm.),
- umożliwiono sprawozdawanie przez świadczeniodawców realizujących umowy POZ kodów chorób wg klasyfikacji ICD (na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych; Dz.U. z 2024 r. poz. 173),
- dodano atrybut data-do-wylicz-sr-czasu pozwalający na wyliczenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia (na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych; Dz.U. z 2023 r. poz. 1245),
- dodano opis dla atrybutów czas-przyj; data-do; czas-wypis pozwalający na przekazywanie danych dla świadczeń udzielonych w Izbie Przyjęć po 31.12.2023 r. oraz atrybut nfz:kategoria-pilnosci (na podstawie §6 ust. 9 rozporządzenia z dnia 27 czerwca 2023 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1225).

2. Komunikatu Zaopatrzenia w wyroby medyczne (XML ZPOSP):

- wprowadzono wyłączenie stosowania komunikatu dla świadczeń udzielonych po 31 grudnia 2023 r.

3. Komunikatu o listach oczekujących (XML LIO CZ):

- zmieniono format dla atrybutu wersja elementu lista-oczek,
- dodano element dzieci-przedział-wieku dot. przedziału wiekowego, w których są udzielane świadczenia dzieciom w komórce dla dorosłych,
- dodano element term-dzieci-przedział-wieku dot. informacji o dopuszczalnym wieku dzieci, dla których placówka realizuje świadczenia,
- dodano wyjaśnienia dla elementu lista-termin.

Zmiany w komunikacie XML LIO CZ wprowadzono na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 czerwca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1245).

Wsparcie SI NFZ w realizacji zalecanych szczepień ochronnych w aptece

Dnia 1 listopada 2023 r. weszły w życie przepisy ustawy z 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 1938) i zarządzenia nr 155/2023/DGL Prezesa NFZ z dnia 31 października 2023 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów na realizację zalecanych szczepień ochronnych w aptece (z późn.zm). Powyższe akty prawne były podstawą do zawierania umów z podmiotami prowadzącymi apteki ogólnodostępne i rozliczania wykonania zalecanych szczepień ochronnych w aptekach ze środków publicznych. Fundusz udostępnił wsparcie systemowe do obsługi zalecanych szczepień ochronnych w aptekach. Przygotowane zostały funkcjonalności, które pozwoliły oddziałom wojewódzkim NFZ zdefiniować i ogłosić postępowania w celu umożliwienia składania wniosków podmiotom prowadzącym aptekę, zainteresowanym podpisaniem umowy. Za pośrednictwem Portalu SZOI/Portal Świadczeniodawcy apteki mogły uzupełnić dane niezbędne do zawarcia i realizacji umowy. Przygotowano i zaimplementowano w systemie odpowiednie szablony dokumentów, załączniki oraz skonfigurowano słowniki. Ustalono, że sprawozdawanie danych do NFZ będzie odbywać się za pośrednictwem komunikatu XML SWIAD natomiast rozliczenie będzie prowadzone według standardowego procesu funkcjonującego w innych rodzajach świadczeń. Zadanie wymagało współpracy Funduszu z Centrum eZdrowia, Rządową Agencją Rezerw Strategicznych, Ministerstwem Zdrowia i innymi instytucjami biorącymi udział w procesach. NFZ prowadził szczegółową kampanię informacyjną dla aptek z wykorzystaniem prezentacji, instrukcji czy webinarów. Na 2024 r. zaplanowane zostało wdrożenie elektronicznego wnioskowania o umowę dla tego obszaru.

Ryczałt PSZ

System informatyczny był na bieżąco dostosowywany do zmian przepisów wprowadzonych rozporządzeniami Ministra Zdrowia (odpowiednio z dnia 13 grudnia 2022 r., 14 kwietnia 2023 r. oraz z dnia 28 czerwca 2023r.) zmieniającymi rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Na mocy nowelizacji w/w rozporządzenia przygotowano system między innymi do uwzględnienia w procesie wyliczania ryczałtu PSZ zmienionych definicji parametrów: B1 i B+1, AL, Ul. Z początkiem drugiego kwartału 2023r. modyfikacja objęła sposób wyznaczania współczynnika AN, zmianę sposobu wyznaczania współczynnika korygującego q1, uwzględnienie zmiany wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania. W połowie roku system informatyczny był ponownie aktualizowany pod kątem zmian w algorytmie obliczania ryczałtu. W procesie wyliczania ryczałtu PSZ na 2023 r. uwzględniono współczynniki D1 dla szpitali, dodatkowe zwiększenia J_{i,i+1} na 2023 r., zmiany ceny jednostki sprawozdawczej ryczałtu PSZ, wyznaczenie ATI z uwzględnieniem wprowadzenia współczynników korygujących od 1 lipca 2023 r. dla wskazanych produktów oraz zmiany w wycenie świadczeń finansowanych ryczałtem w umowach PSZ. Wprowadzane zmiany w SI NFZ służyły prawidłowemu wyliczeniu ryczałtu PSZ zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zapewnieniu sprawnej obsługi wniosków świadczeniodawców o wypłatę należnych kwot.

Obsługa skierowań w postaci elektronicznej w Systemie Obsługi Lecznictwa Uzdrowskiego SOLU

Od 1 lipca 2023 r. została wprowadzona pełna elektroniczna obsługa skierowań na leczenie uzdrowskie, zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia. System informatyczny NFZ został przygotowany do przyjmowania e-skierowań. Umożliwiono przekazywanie do systemu SOLU wystawionych przez lekarza kierującego skierowań w postaci elektronicznej, za pośrednictwem usług sieciowych z systemu Centrum eZdrowia. Dla operatorów NFZ w systemie SOLU udostępniono funkcjonalności pozwalające na rejestrację i dalszą obsługę e-skierowań. Została także zapewniona za pomocą usług sieciowych możliwość przekazywania zwrotnie do systemu CeZ informacji o statusie danego skierowania oraz powiązanej z nim korespondencji. W systemie SOLU udostępniono również obsługę informacji od pacjenta - elektronicznej formy przekazania przez świadczeniobiorcę pism, uwag czy wniosków kierowanych do OW NFZ, które dotyczą skierowania na leczenie uzdrowskie lub rezygnacji z potwierzonego terminu realizacji. W przypadku poprawnej rejestracji takiej informacji w systemie IKP przez świadczeniobiorcę jest ona przekazywana do systemu SOLU za pośrednictwem usług sieciowych.

Elektroniczne wnioskowanie o umowę POZ

W 2023 roku nastąpiło wdrożenie funkcjonalności umożliwiającej pełną obsługę elektroniczną procesu wnioskowania w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Wsparcie systemu dotyczyło obsługi wniosków o umowę POZ we wszystkich wariantach wniosku, zarówno o nową umowę i jaki o uzupełnienie przedmiotu istniejącej umowy. Obsługa elektronicznych wniosków o umowę POZ została wprowadzona we wszystkich postępowaniach prowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ od dnia wejścia w życie zarządzenia Prezesa NFZ

nr 99/2023/DSOZ z dnia 29 czerwca 2023 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

Została przygotowana aplikacja ofertowa, umożliwiając generację plików cyfrowych z danymi wniosku, danymi oświadczeń oraz załączników do wniosku. W Portalu NFZ udostępniono świadczeniodawcom funkcjonalność umożliwiającą złożenie, uzupełnienie czy wycofanie wniosku. Po wdrożeniu tych funkcjonalności możliwe stało się przekazanie przez świadczeniodawców za pośrednictwem Portalu NFZ elektronicznego pliku oferty/wniosku podpisanego cyfrowo i jego zapisanie w repozytorium plików. Odpowiednio zostały również zmodyfikowane funkcjonalności umożliwiające rejestrację i weryfikację oferty po stronie systemu oddziału wojewódzkiego NFZ. Umożliwiono przekazanie informacji do świadczeniodawcy o pozytywnej ocenie lub odrzuceniu wniosku stosownym komunikatem na Portalu NFZ, po przeprowadzonej weryfikacji elektronicznego wniosku przez oddział wojewódzki NFZ. Na rok 2024 r. zaplanowano udostępnienie elektronicznego wnioskowania o zawarcie umowy w innych rodzajach świadczeń.

Elektroniczny System Monitorowania Programów Lekowych (SMPT)

Funkcjonowanie SMPT uregulowane jest w art. 188c ustawy o świadczeniach. Określono w nim obowiązek tworzenia i aktualizowania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. Zgodnie z przedmiotowym przepisem ustawy o świadczeniach, NFZ ma obowiązek dostosować SMPT w zakresie nowych programów lekowych oraz zmian w opisach realizowanych programów lekowych (np. dodania nowych leków w programie), w nieprzekraczalnym terminie 4 miesięcy od dnia opublikowania obwieszczenia refundacyjnego MZ wprowadzającego te zmiany. Obwieszczenia refundacyjne Ministra Zdrowia publikowane są co dwa miesiące. Na ich podstawie w 2023 roku otwarto 98 zgłoszeń (w tym również nadzory autorskie) obejmujących budowę lub modyfikację rejestrów SMPT dla programów lekowych, z czego 7 inicjowało budowę nowych rejestrów, a 92 zgłoszeń dotyczyło modyfikacji już istniejących rejestrów, w tym również dodania nowych substancji czynnych do programów lekowych.

System Monitorowania Programów Lekowych (SMPL)

W ramach P1, gabinet.gov.pl zbudowano SMPL (System Monitorowania Programów Lekowych), który ma być następcą funkcjonującego w NFZ SMPT (System Monitorowania Programów Terapeutycznych). We wrześniu 2023 umożliwiono świadczeniodawcom rejestrowanie w SMPL pacjentów w ramach programu lekowego „Guzy lite” jako pilotaż docelowego rozwiązania. Sukcesywnie programy lekowe będą migrowane do nowego rozwiązania a po ustanowieniu aktów prawnych kolejne programy lekowe będą uruchamiane już w systemie SMPL.

Zintegrowany System Informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia (ZSI)

W zakresie Programu Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia (ZSI) kontynuowano prace w zmienionej formule realizacyjnej. Został zakończony projekt Feniks, który dostarczył produkty bazowe do realizacji Programu Budowy.

W tym: architektura procesów AS-IS oraz TO-BE, wysokopoziomowa architektura aplikacji ZSI, założenia technologiczne (bazowy stos technologiczny) wraz z wytycznymi dla procesów wytwarzania i implementacji oprogramowania, metodyka prowadzenia analizy biznesowo-systemowej, zarządzanie dokumentacją i produktami ZSI.

Zrealizowano projekt StyleGuide opisujący założenia oraz tworzący bazę ikonograficzną wraz z kodami źródłowymi bibliotek dla budowy interfejsu użytkownika ZSI NFZ.

Podpisano umowy realizacyjne z wykonawcami korespondujące ze zmienioną koncepcją realizacyjną Programu Budowy. Umowa na przeprowadzenie analizy procesów wraz z ich optymalizacją oraz prowadzenie analiz biznesowo-systemowych obszarów ZSI została podpisana 8 marca 2023 r. Umowa ramowa na wytwarzanie i implementację oprogramowania (z dwoma wykonawcami) została podpisana 17 sierpnia 2023 r. Natomiast umowa na integrację ZSI wraz z nadzorem jakości i testami podpisana została w dniu 29 sierpnia 2023 r. Tym samym od września 2023 Program ZSI rozpoczął funkcjonowanie z pełnym wymaganym zakresem zasobów. W ramach podpisanych umów zrealizowano w 2023 roku między innymi: analizę procesów AS-IS oraz TO-BE wraz z harmonogramem i oceną czasową zadań analitycznych dla Programu Budowy ZSI. W zakresie wytwarzania przygotowano i zaimplementowano szereg interfejsów z obecnym systemem informatycznym oraz mechanizmy migracji danych pomiędzy starym i nowym systemem. Integrator w zakresie jednego z pierwszych zleceń, opracował wysokopoziomowy model wizji architektury korporacyjnej ZSI, który jest spójnie powiązany z wymaganiami architektonicznymi, pryncypiami i architekturą aplikacji. Ponadto, Integrator świadczy wsparcie w zarządzaniu całością architektury korporacyjnej NFZ, we współpracy z zamawiającym oraz innymi wykonawcami mające na celu wytworzenie wysokiej jakości oprogramowanie ZSI NFZ

Jednocześnie w strumieniach równoległych do głównego strumienia wytwarzania ZSI zrealizowano umowę na wytworzenie Centrum Słowników – dedykowanego modułu dla utrzymywania wartości referencyjnych dla całego ZSI, współpracującego z danymi referencyjnymi systemu eZdrowia oraz innych słowników zewnętrznych (np. Teryt, kody pocztowe etc). Rok 2023 to także kolejny rok intensywnej współpracy z ramach integrowania systemów obszaru eZdrowia w tym z Centrum eZdrowia. We wrześniu 2023 uruchomiono pilotaż pierwszego programu lekowego realizowanego już w nowym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPL), który docelowo zastąpi obecnie eksploatowany system SMPT. W trakcie realizacji jest projekt eHemofilia, który w niedługim czasie uporządkuje przepływ informacji w zakresie zamawiania i dystrybucji czynników krwi. Ponadto w ramach działań integracyjnych systemów informatycznych eZdrowia rozpoczęto pilotaż zmian dotyczący obszaru deklaracji POZ z wykorzystaniem eGabinet oraz wykorzystania danych o zdarzeniach medycznych przekazywanych do systemu P1 w procesach rozliczeniowych NFZ.

Opracowanie modelu kompleksowego systemu obsługi relacji z klientami CRM

W zakresie projektu CRM zostały podjęte decyzje kierunkowe o włączeniu realizacji projektu do głównego strumienia Programu Budowy ZSI oraz realizacji kolejnych etapów projektu w oparciu o zasoby umowy ramowej na wytwarzanie. System CRM jako centralny system

wspierający obsługę klientów będzie wykorzystywany przez wszystkich pracowników organizacji, którzy w zakresie swoich obowiązków mają obsługę spraw klientów.

Intensywna współpraca ze wszystkimi interesariuszami projektu, służy zbudowaniu systemu spełniającego bieżące i przyszłe potrzeby pracowników, organizacji oraz klientów Funduszu. System do zarządzania relacjami z klientami będzie wspomagał i optymalizował procesy obsługi klientów. Umożliwi scentralizowaną rejestrację kontaktów, pogrupowanie danych oraz informowanie o statusie bieżących spraw klienta we wszystkich obszarach zarządzanych przez NFZ. Finalny produkt pozwoli na monitorowanie spraw klienta w czasie rzeczywistym z rejestracją i weryfikacją czasu potrzebnego na realizację poszczególnych etapów procesów.

Pierwszym produktem projektu był system BTA, czyli centralny system do zarządzania danymi klientów NFZ. Dane zgromadzone w systemie to dane personalne, adresowe oraz kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail). Do tej pory dane te były rozproszone w wielu niepowiązanych ze sobą systemach. Głównym źródłem danych zgromadzonych w BTA jest CWU. To stamtąd są codziennie importowane dane personalne, adresowe i kontaktowe klientów. Zebranie danych kontaktowych klientów w jednym systemie stanowi bazę dla dalszych działań profilaktycznych m.in. informowania ich o dostępnych programach czy wydarzeniach profilaktycznych za pośrednictwem wiadomości SMS lub e-mail.

VI.4. Wybrane projekty realizowane przez Fundusz

Projekt CIRCE-JA³⁸

Joint Action on Transfer of Best Practices in Primary Care (CIRCE-JA), czyli Wspólne Działania – Transfer Najlepszych Praktyk w Podstawowej Opiece Zdrowotnej realizowany jest od 1 lutego 2023 r. w ramach programu EU4HEALTH.

Program UE dla zdrowia na lata 2021-2027 (EU4HEALTH) ma na celu poprawę i wspieranie zdrowia w Unii Europejskiej oraz wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej. Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią zaleceń dla poszczególnych krajów od 2019 r. i 2020 r. Koordynacja w dziedzinie zdrowia między krajami europejskimi będzie chronić ludzi w normalnych czasach i kryzysach zdrowotnych.

Ogólnymi celami Joint Action jest skuteczne przekazywanie i wdrażanie wybranych najlepszych praktyk między państwami członkowskimi w oparciu o metodykę opartą na dowodach naukowych, zwiększenie zdolności państw członkowskich w zakresie wdrażania innowacyjnych modeli opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej oraz wzmocnienie transformacji systemu opieki zdrowotnej na tym poziomie opieki. Ponadto działania w zakresie transferu wiedzy i współpracy partnerskiej będą wspierać proces transferu i wdrażania, w tym szeroki zakres działań (np. dialogi polityczne, warsztaty, wizyty i oddelegowanie pracowników, doradztwo ekspertów, programy wzajemnego uczenia się i partnerskiego uczenia się itp.), a także monitorowanie i ocenę wdrażania pilotażowego. W sprawozdaniu zostanie przedstawiony proces przekazywania i wdrażania, uwzględniający główne elementy

³⁸<https://circeja.nfz.gov.pl/> (strona zarządzana przez NFZ w ramach realizacji pakietu WP2). Strona po polsku (w trakcie budowy): <https://centrumwiedzy.nfz.gov.pl/552,circe-ja>

i zalecenia dotyczące jego powodzenia. Najlepsze praktyki zostały wybrane ze względu na ich sukces i skuteczność w lokalnych regionach rozwoju.

Wykres nr VI.1. Uczestnicy projektu CIRCE-JA.



Beneficjenci i podmioty stowarzyszone (AE) reprezentują europejskie systemy i usługi opieki zdrowotnej bezpośrednio związane z ogólnym celem niniejszego JA, będąc właścicielami lub realizatorami BP (Best Practices – Dobrych Praktyk).

CIRCE-JA skutecznie przeniesie i wdroży wybrane najlepsze praktyki (BP) w podstawowej opiece zdrowotnej wśród europejskich państw członkowskich (PC).

Celem projektu jest skuteczne przeniesienie (wdrożenie, zatwierdzenie i utrzymanie) z czterech państw członkowskich (Belgia, Portugalia, Słowenia i Hiszpania) do 45 ośrodków wdrożeniowych z 12 państw członkowskich, w których występują istotne różnice strukturalne, organizacyjne i instytucjonalne pod względem stanu zdrowia systemy opieki.

Wybrane dobre praktyki CIRCE-JA dla POLSKI/NFZ ³⁹ to:

BP3 – Zintegrowana opieka nad pacjentami z chorobami przewlekłymi i zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki (IPOM) w Andaluzji (Hiszpania);

BP4 – Zwiększenie wartości klinicznej podstawowej opieki zdrowotnej – Katalonia, Hiszpania;

BP5 – Działania w dziedzinie zdrowia na rzecz dzieci i młodzieży zagrożonej – Portugalia;

BP6 – Ośrodki promocji zdrowia (HPC) – Słowenia.

Przewiduje się pilotażowe wdrażanie dobrych praktyk przez wybranych świadczeniodawców POZ w Polsce.

³⁹<https://circeja.nfz.gov.pl/best-practices>

Projekt HEALTH4EUKids⁴⁰

Projekt to wspólne działanie na rzecz wdrożenia najlepszych praktyk i wyników badań dotyczących Zdrowego Stylu Życia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób niezakaźnych i czynników ich ryzyka. Czas trwania projektu to okres od 01.12.2022 r. do 30.11.2025 r. Głównym celem projektu jest promowanie zdrowego stylu życia w rodzinach oraz zapobieganie otyłości. Fińska najlepsza praktyka o nazwie „Smart Family” ma zapewnić narzędzia pomagające pielęgniarcom podstawowej opieki i innym pracownikom służby zdrowia w poruszaniu z rodzinami kwestii: związanych ze stylem życia bez wzbudzania poczucia winy oraz w zachęcaniu rodzin do określenia swoich mocnych stron w zakresie nawyków zdrowotnych. Program zapewni też wsparcie rodzinom w ocenie swoich nawyków zdrowotnych oraz w zachęcaniu ich do określenia swoich mocnych stron w nawykach zdrowotnych i pomaganiu im w ustaleniu, czy chciałyby dokonać zmian w tej dziedzinie. Partnerami projektu jest 12 krajów (12 beneficjentów i 10 podmiotów stowarzyszonych) z sektora zdrowia i środowisk akademickich wnoszących wkład w postaci różnego doświadczenia, wiedzy i know-how w celu osiągnięcia celów projektu.

Wykres nr VI.2. Uczestnicy projektu HEALTH4EUKids.



CARE4Diabetes⁴¹

Projekt zakłada zmniejszenie obciążenia chorobami niezakaźnymi poprzez zapewnienie multidyscyplinarnej interwencji w zakresie leczenia cukrzycy typu 2. Realizacja projektu przewidziana jest okres od 01.02.2023 r. do 31.01.2026 r. Głównym celem projektu jest opracowanie i przetestowanie nowego modelu i podejść interwencyjnych skoncentrowanych na wspieraniu zdrowego stylu życia i szkoleniach dla pacjentów z cukrzycą typu 2. Celem jest wzmocnienie pozycji pacjentów w zmianie nawyków, lepsze wykształcenie w zakresie

⁴⁰<https://centrumwiedzy.nfz.gov.pl/542.participants>

⁴¹<https://centrumwiedzy.nfz.gov.pl/539.care4diabetes>

zarządzania chorobami i dobrostanem, odgrywanie aktywniejszej roli w poprawie ich własnej kondycji, a także wspieranie innowacji w zakresie zintegrowanych i ukierunkowanych na człowieka modeli interwencji w zakresie opieki. Partnerami projektu jest 14 państwach członkowskich UE (13 państw beneficjentów i 1 państwo stowarzyszone): Hiszpania (koordynator), Belgia, Bułgaria, Grecja, Węgry, Włochy, Malta, Niderlandy, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwecja (stowarzyszone) i Finlandia.

Wykres nr VI.3. Uczestnicy projektu CARE4Diabetes.



VI.5. Działania edukacyjne i informacyjne

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania edukacyjne i informacyjne w oparciu o następujące akty prawne: ustawę o świadczeniach, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o dostępie do informacji publicznej oraz ustawę Prawo prasowe. Działania edukacyjne i informacyjne wpisują się w cel 3.2 Poprawa komunikacji społecznej, wskazany w „Strategii rozwoju Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023”. Działania informacyjne NFZ adresowane są do poniższych grup odbiorców: pacjenci, świadczeniodawcy (m.in. szpitale, placówki medyczne, apteki), organizacje zrzeszające pacjentów, dziennikarze/media, ogół społeczeństwa.

Narodowy Fundusz Zdrowia realizując zadania edukacyjne i informacyjne współpracował w 2023 roku m.in. z: Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwem Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Rzecznikiem Praw Pacjenta, Głównym i Wojewódzkimi Inspektoratami Sanitarnymi, samorządami wszystkich szczebli, urzędami wojewódzkimi i marszałkowskimi, wojewódzkimi konsultantami w różnych dziedzinach medycyny, świadczeniodawcami,

organizacjami pozarządowymi i pacjenckimi⁴², mediami ogólnopolskimi, regionalnymi i lokalnymi.

Portal Diety NFZ

Diety.nfz.gov.pl to strona, na której NFZ promuje zdrowe nawyki i wspiera osoby z chorobami przewlekłymi w wyborze odpowiedniej diety. Strona internetowa działa w nowej odsłonie od 28 grudnia 2022 r. W 2023 r. na stronie było zarejestrowanych ponad 800 tys. użytkowników, z czego w minionym roku 112 258 użytkowników założyło nowe konta. Na portalu opublikowano 4 nowe plany żywieniowe (DASH PCOS, DASH Osteoporoza, DASH Dna moczanowa, DASH Kamica żółciowa). Łącznie w 2023 r. na stronie zostało dodanych 1 700 dodatkowych przepisów, pojawiły się także nowe funkcjonalności:

- system wykluczeń i blokad posiłków, dzięki któremu użytkownicy strony mogą określić dzienną liczbę posiłków, ustalić długość swojej diety, wykluczyć ze swojego planu składniki takie jak laktoza, gluten, ryby, mięso,
- system doboru indywidualnej kaloryczności w rodzinnych planach żywieniowych, w którym użytkownicy strony mogą ustalić indywidualną kaloryczność swojego planu, jak i zmienić kaloryczność dzienną dorosłemu członkowi rodziny, którego dodał do swojego konta. Przed wprowadzeniem zmiany kaloryczność była narzucona, niemożliwa do modyfikacji.

W 2023 r. na portalu opublikowano materiały merytoryczne, m.in. e-booki, bannery, artykuły i quizy. Partnerem merytorycznym strony został Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIPZ PZH).

Portal Akademia NFZ

Akademia.nfz.gov.pl to strona o profilaktyce, która łatwy sposób ma przypominać o regularnych badaniach profilaktycznych i zdrowych nawykach. 14 listopada 2022 r. powstała jej nowa odsłona. W 2023 r. na stronie Akademii NFZ zostały opublikowane materiały merytoryczne: e-booki, bannery, artykuły i quizy. Przygotowana została także baza wiedzy dla najmłodszych, w której znajdują się materiały profilaktyczne, dla dzieci w różnym wieku. W 2023 r. aktualizowany był kalendarz badań profilaktycznych – baza wiedzy o profilaktyce zdrowotnej. Kalendarz cieszył się największą popularnością wśród użytkowników strony. Partnerem merytorycznym strony Akademia.nfz.gov.pl został NIPZ PZH.

Biuletyn dla klientów „Ze zdrowiem”

⁴²m.in.: Olsztyńskie Amazonki, Uniwersytet III wieku w Olsztynie, Krakowskie Towarzystwo Amazonki, Stowarzyszenie „Unicorn”, Stowarzyszenie „Eurydyki” z Białegostoku, Stowarzyszenie „My Dla Innych” z Białegostoku, Federacja Stowarzyszeń Amazonki, Fundacja „Pokonać Endometriozę”, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Gdańskie Stowarzyszenie Amazonki, Stowarzyszenie osób z celiakią i na diecie bezglutenowej, Stowarzyszenie Łódzki Klub Amazonka, Fundacja „Diabeciaki”, Stowarzyszenie Częstochowskie Amazonki, Fundacja „Z Sercem do Pacjenta”, IFMSA Oddział Zielona Góra, Zielonogórskie Amazonki, Świętokrzyski klub „Amazonki”, Fundacja Pokonaj Raka, Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę – „Razem raźniej”, „Niebieski Motyl” – świętokrzyskie stowarzyszenie kobiet po raku szyjki macicy i kobiecych nowotworach, Bydgoskie Stowarzyszenie Amazonek „Łuczniczka”, Stowarzyszenie Udarowcy „Liczy się wsparcie”, bydgoskie koła emerytów, Klub Amazonka przy Opolskim Centrum Onkologii, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków Oddział Opolski, Lubelskie Stowarzyszenie Amazonek w Lublinie, Stowarzyszenie pomocy chorym na nowotwory krwi w Zamościu.

Praktyczny przewodnik po systemie zdrowia, a także zbiorem użytecznych porad skierowanych do pacjentów. W 2023 r. wydano trzy numery biuletynu: nr 8 „System opieki zdrowotnej”, nr 9 „Bądźmy zdrowi” i nr 10 „Programy i technologie”. Głównymi odbiorcami pisma są osoby odwiedzające oddziały wojewódzkie NFZ, ale również internauci, bo magazyn ma formę papierową i elektroniczną. Oprócz informacji dotyczących świadczeń realizowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej na łamach nowego tytułu pojawiają się także informacje związane z prawami pacjenta. Znajdują się w nim też praktyczne porady dotyczące profilaktyki zdrowotnej, informacje o leczeniu sanatoryjnym oraz propozycje ćwiczeń i opisy zdrowo zbilansowanych diet. Pokazujemy też schemat poruszania się po systemie zdrowia. Każdy numer magazynu „Ze zdrowiem” liczy 16 stron. Nakład wynosi 80 tys. egz. magazyn jest dostępny w oddziałach wojewódzkich NFZ oraz w postaci darmowego e-wydania.

Portal pacjent.gov.pl

Serwis Ministerstwa Zdrowia i NFZ, który w prosty i zrozumiały sposób przedstawia informacje na temat systemu ochrony zdrowia. Od 2021 r. NFZ jest współodpowiedzialny za stronę merytoryczną portalu. Kategoriami związanymi z usługami e-zdrowia, koronawirusa i szczepień przeciw COVID-19 zarządza Centrum e-Zdrowie. Na stronie publikowane są wiarygodne i rzetelne informacje na temat systemu ochrony zdrowia, zapewniony jest dostęp do aktualnych informacji na temat programów profilaktycznych oraz zdrowotnych z uwzględnieniem realizatorów programów, pacjenci dowiadują się, jak poruszać się po systemie opieki zdrowotnej, regularne aktualizowanie są publikacje zgodnie ze zmianami w przepisach prawnych a także badana i ulepszana jest jakość portalu pod względem UX – szybkość znajdowania, filtrowanie, kategoryzacja, zwiększenie liczby nowych użytkowników.

Treści i funkcjonalności na portalu:

1. Zakładka „Profilaktyka”, w której publikowane są artykuły uszeregowane w 5 grupach tematycznych:
 - Zapobiegaj zamiast leczyć – informacje, w jakim stopniu mamy wpływ na zachorowalność: ponad 60 artykułów,
 - Jak żyć z chorobą – informacje, jak funkcjonować w trakcie choroby, jak zapobiegać spadkowi kondycji psychicznej i fizycznej: 22 artykuły,
 - Znajdź swoją dietę – informacje o dietach: ogólne i w konkretnych chorobach; 29 artykułów,
 - Programy profilaktyczne – informacje o programach profilaktycznych NFZ i MZ: jak i gdzie z nich skorzystać; 10 artykułów,
 - Szczepienie ratuje życie – informacje o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych, 4 filmy tłumaczące, na czym polegają szczepienia, i zachęcające do szczepienia się.
2. Zakładka „Linia życia” – informacje uszeregowane pod kątem potrzeb w zależności od momentu życia (dziecko, rodzic, osoba w kwiecie wieku, osoba na emeryturze itd.); ok. 300 artykułów rozmieszczonych w poszczególnych zakładkach.

3. Publikowanie artykułów o tematyce prozdrowotnej w „Aktualnościach” i linkowanie w nich do konkretnych programów profilaktycznych:
 - przypominanie o profilaktyce i zachęcanie do niej – również z podziałem na płeć i wiek: tutaj m.in. profilaktyka dotycząca najczęstszych chorób, zagrożeń, problemów, jak np.: nowotwory u kobiet, badanie piersi, mammografia, cytologia, osteoporoza, depresja okołoporodowa i in., nowotwory u mężczyzn, rak jąder, prostaty, prącia; najczęstsze nowotwory: płuc, jelita grubego; choroby przewlekłe, jak cukrzyca, choroby układu krążenia, POChP; Profilaktyka 40+ oraz profilaktyka uzależnień: choroby odytoniowe, e-uzależnienia dzieci,
 - przedstawianie dostępnych badań i programów profilaktycznych,
 - wskazanie korzyści prozdrowotnego życia i regularnego badania się,
 - ukazywanie nowych aspektów lub zasad korzystania z systemu opieki zdrowotnej.
4. Artykuły zawierają linkowanie do wyszukiwarki placówek udzielających świadczeń [Gdzie się leczyć (nfz.gov.pl)], która jest systematycznie aktualizowana; zawiera wykaz wszystkich placówek, które mają umowę z NFZ, w podziale na ich rodzaj (np. szpitale, programy profilaktyczne), umożliwia wyszukiwanie pod kątem rodzaju leczenia i obszaru (np. województwo, miejscowość), podaje telefony do placówki, informacje o dojeździe i mapę oraz ułatwieniach dla osób z niepełnosprawnością.

Prace graficzne i poligraficzne

W 2023 r. kontynuowano realizowanie Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 w zakresie uspojniania wizerunku Narodowego Funduszu Zdrowia – zgodnie z przyjętą Księgą znaku i Księgą identyfikacji wizualnej. Przygotowano materiały graficzne dla klientów zgodne z przyjętymi standardami (Księgą znaku i Księgą identyfikacji wizualnej, zasadami prostego języka i dostępności) promujące działania profilaktyczne i inne usługi NFZ (w tym magazyn „Ze Zdrowiem” nr 8, 9 i 10).

VI.5.1. Zdrowe Dane

Projekt ezdrowie.gov.pl (Zdrowe Dane) to strona internetowa dedykowana publicznemu udostępnianiu informacji w postaci zestawień, analiz i raportów o ochronie zdrowia będących w zasobach Narodowego Funduszu Zdrowia w możliwie intuicyjny, przejrzysty i usystematyzowany sposób. Pozwala to na bieżące monitorowanie zjawisk zachodzących w systemie zarówno przed jak i po wprowadzonych zmianach w zasadach udzielania i finansowania świadczeń. Przygotowane przez zespół analityków opracowania to również 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. Do istniejących raportów czy zestawień, w 2023 roku dodano 148 nowych, w tym: nowe raporty cykliczne dot. m.in. chirurgii robotowej, porodów i opieki okołoporodowej, nowotworów czy psychiatrii oraz raporty na temat terapii CAR-T czy funkcjonowaniu programu KOS-zawał i liczne zestawienia.

VI.5.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP)

W 2023 r. całodobowa bezpłatna Telefoniczna Informacja Pacjenta 800 190 590 kontynuowała swoją działalność. TIP jako jeden wspólny numer telefonu do NFZ oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta w świadomości pacjentów został uznany za szybki, kompleksowy i przejrzysty dostęp do informacji o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Za pośrednictwem TIP klient otrzyma informacje m.in. na temat:

1. Zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze szczególnym uwzględnieniem:
 - uprawnień do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym uprawnień szczególnych,
 - praw i obowiązków pacjenta,
 - zasad wystawiania i realizacji recept lekarskich, w tym e-recept – m.in. w zakresie cen leków i informacji o lekach trudno dostępnych,
 - informacji w zakresie e-zwolnień lekarskich (e-ZLA),
 - informacje dotyczące usług e-zdrowia,
 - zasad wystawiania skierowań/zleceń/zaświadczeń,
 - zasad uprawnień do karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego wraz z informacjami dotyczącymi opieki w ramach sieci onkologicznej,
 - zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej,
 - lecznictwa uzdrowiskowego,
 - zasad nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie lekarza,
 - sposobów potwierdzania prawa do świadczeń opieki,
 - zasad dostępu do pomocy psychologicznej,
 - zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - zasad działania list oczekujących na udzielenie świadczenia i sprawdzenia czasu oczekiwania na świadczenie oraz wskazania kontaktu do placówek i miejsc udzielania świadczeń,
 - podstawowych informacji dotyczących zasad koordynacji systemu zabezpieczenia zdrowotnego w krajach UE/EFTA, karty EKUZ, leczenia planowego i nieplanowanego za granicą, zwrotu kosztów leczenia, recepty transgranicznej,

- informacja dotycząca zasad korzystania z programów profilaktycznych realizowanych przez instytucje publiczne oraz z zakresu promocji zdrowia,
 - informacja o zasadach korzystania z nowych usług, w tym usług elektronicznych, udostępnianych klientom w obszarze zdrowia.
2. Zasad dostępu do informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem dostępu do Internetowego Konta Pacjenta (bez logowania się na konto klienta) oraz z korzystania z e-dokumentów m.in. e-recept, e-skierowań.
 3. Zasady składania i rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia.
 4. Danych teleadresowych do OW NFZ oraz dane świadczeniodawców przekazane wykonawcy przez zamawiającego.
 5. Zagadnień związanych z epidemią COVID-19 i pomocy dla uchodźców z Ukrainy w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej jakie mogą uzyskać w Polsce.

VI.5.3. Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2023 r. kontynuowano prace nad uproszczeniem komunikacji z klientami. To jeden z celów strategii NFZ. Ponadto w ten sposób NFZ realizuje zapisy międzyresortowego porozumienia „Prosto i kropka”, do którego przystąpił w 2020 r. Dzięki wprowadzeniu prostego języka NFZ chce osiągnąć różne cele, m.in.:

1. Poprawa obsługi klienta i zwiększenie satysfakcji – dzięki jaśniejszym formularzom, zrozumiałym informacjom i przystępnym instrukcjom.
2. Wyższa świadomość społeczna i świadomość pacjentów – klienci i pacjenci rozumieją, co mogą uzyskać w urzędzie i jakie mają prawa w systemie opieki zdrowotnej.

W 2023 r. NFZ prowadził szereg działań na rzecz prostego języka: spotkania z oficerami językowymi z Centrali NFZ i oddziałów wojewódzkich NFZ, moderacja Forum Korpusu Oficerów Językowych, szkolenia językowe, publikacja materiałów o prostym języku i dostępności, uproszczenie dokumentów oraz organizacja kwartalnych badań zrozumiałości pism NFZ. Zbadano ponad 500 dokumentów: I kwartał 2023 r. – 81,47%; II kwartał 2023 r. – 77,01%; III kwartał 2023 r. – 81,59%; IV kwartał 2023 r. – 76,1%.

VI.5.4. Forum Organizacji Pacjentów

W 2023 roku Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował współpracę w ramach Forum Organizacji Pacjentów. Współpraca z organizacjami pacjentów została zainicjowana w 2020 r. Jej celem jest szerzenie wiedzy na temat profilaktyki, leczenia i dostępu do świadczeń medycznych dla pacjentów. Dzięki współpracy NFZ pomaga pacjentowi kompleksowo, w całym cyklu jego życia z chorobą, przed udzieleniem świadczenia i po nim. Efektem tej współpracy są wspólne działania i projekty.

W ramach Forum Organizacji Pacjentów w 2023 r. organizowane były spotkania stacjonarne. Omówiono następujące tematy: opieka koordynowana, programy lekowe finansowane przez NFZ, rola danych we wspieraniu organizacji ochrony zdrowia na przykładzie portalu Zdrowe

Dane, rola szczepień – dlaczego są ważne nie tylko dla dzieci, prawidłowe nawyki żywieniowe, dostępność oraz istotność tworzenia uniwersalnej przestrzeni dostosowanej do potrzeb jak najszerszego grona osób (w tym z niepełnosprawnością).

W 2023 r. zrealizowano kolejny projekt z Księgi współpracy FOP dotyczący dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Nawiązano współpracę z Polskim Towarzystwem Stomijnym Pol-ilko, ogólnopolskim stowarzyszeniem działającym na rzecz pacjentów stomijnych. Zamontowano półki dla stomików w toaletach dla osób ze szczególnymi potrzebami dostępnych w salach obsługi klientów oddziałów wojewódzkich NFZ.

VI.5.5. Badanie doświadczeń klientów

W 2023 r. NFZ we współpracy z zewnętrzną firmą zrealizował trzecią edycję badania doświadczeń klientów, którzy skorzystali z: obsługi bezpośredniej w salach obsługi klientów NFZ oraz uzyskania informacji za pomocą Telefonicznej Informacji Pacjenta (TIP). Badanie zostało zrealizowane w ramach projektu: „Badania doświadczeń klientów NFZ” (ang. Client experience). Opracowanie metodyki oraz przeprowadzenie badania przez firmę zewnętrzną wynikało z realizacji założeń Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023. Strategia przewidywała rozszerzenie działań przekładających się na wzrost satysfakcji klientów z obsługi oraz budowanie pozytywnego wizerunku NFZ.

Metodologię badania oparto o celowo dobrane wskaźniki:

- wskaźnik CSI (ang. Customer Satisfaction Index) – to wskaźnik zadowolenia klientów. Odnosi się jednocześnie do oczekiwań, jak i poziomu satysfakcji klientów. Jest to jeden z najczęściej wykorzystywanych wskaźników pomiaru satysfakcji klientów. W wyniku badań otrzymuje się syntetyczny wskaźnik zadowolenia, który jest średnią oceną zadowolenia dla wszystkich klientów. Do jego określenia używa się średniej ważonej ocen zadowolenia klientów z określonych cech produktu/usługi,
- wskaźnik CES (ang. Customer Effort Score) – to wskaźnik odnoszący się do wysiłku klientów, jaki został przez nich podjęty w celu rozwiązania danego problemu. Wskaźnik ten jest skuteczny w prognozowaniu skutków interakcji z działem obsługi klientów. Został stworzony jako alternatywa dla innych wskaźników. Według jego założeń kluczem do zdobycia lojalności klientów ma być zaspokojenie ich potrzeb w najmniej skomplikowany sposób.

Badanie w salach obsługi klientów polegało na poznaniu poziomu satysfakcji klientów korzystających z obsługi bezpośredniej w siedzibach oddziałów wojewódzkich NFZ. W tym celu zastosowano indeks satysfakcji klienta, czyli wskaźnik CSI. Każdego respondenta zapytano o ocenę ważności i zadowolenia z wybranych aspektów takich jak: sprawność obsługi, postawa wobec klienta, komunikatywność, kompetencje merytoryczne pracowników, estetyka, łatwość dojazdu i poruszania się po oddziale, intymność i wygoda.

Analiza wyników z przeprowadzonego badania wskazała bardzo wysoki poziom satysfakcji klientów NFZ. Ogólna wartość wskaźnika CSI w 2023 r. wyniosła 4.90 w 5-stopniowej skali. Najwyższe wartości odnotowano w aspektach: estetyka (4,93), postawa wobec klienta (4,92),

komunikatywność (4,92) i kompetencje merytoryczne pracowników (4,92). Najniżej oceniona pod względem zadowolenia została łatwość dojazdu i poruszania się po oddziale (4,84).

Pod względem celu wizyty najwyższy poziom zadowolenia odnotowano wśród badanych odwiedzających placówki Funduszu, którzy: wykonywali podstawowe pomiary w kiosku profilaktycznym (4,97), korzystali z punktu podawczego (4,93), wyrabiali Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego – EKUZ (4,90).

W przeprowadzonym w 2023 r. badaniu określono także wskaźnik wysiłku, który klient włożył w rozwiązanie danego problemu, czyli wskaźnik CES. Wartość tego wskaźnika ustalono na podstawie odpowiedzi respondentów. Pytano ich, do jakiego stopnia zgadzają się ze stwierdzeniem: „Pracownicy NFZ zrobili wszystko, aby pomóc w sprawie, z którą się do nich zwróciłem/am”. W badaniu 96,9% respondentów zgodziło się z tym, że pracownicy NFZ zrobili wszystko, co mogli, aby im pomóc w załatwieniu sprawy, z którą przyszli do OW NFZ. Uzyskany w ten sposób w 2023 r. wskaźnik CES wyniósł 98,6%.

W 2023 r. Fundusz ponownie badał doświadczenia klientów korzystających z Telefonicznej Informacji Pacjenta (TIP). Badanie zostało zrealizowane za pomocą wywiadu telefonicznego CATI (Computer Assisted Telephone Interview). Badanie to, podobnie jak w salach obsługi klientów, oparto na wskaźnikach CSI (Customer Satisfaction Index) i CES (Customer Effort Score). Na podstawie przeprowadzonego badania uzyskano następujące wyniki:

- 51,60% respondentów skontaktowało się z TIP po raz pierwszy. Oznacza to, że popularność infolinii wzrosła;
- najczęściej klienci kontaktowali się z TIP w sprawach takich jak: skierowanie na leczenie uzdrowiskowe (30,1%), uzyskanie informacji o miejscach udzielania świadczeń – gdzie się leczyć (27,2%) oraz Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – EKUZ (17,4%);
- badani bardzo dobrze ocenili TIP – wystawiono 89,50% pozytywnych ocen. Wskaźnik CES (mówiący, czy pracownicy infolinii starali się pomóc klientom w ich sprawie) był także bardzo korzystny i wyniósł 87,6%;
- wskaźnik CSI posłużył do określenia ogólnego zadowolenia klientów z obsługi na infolinii.

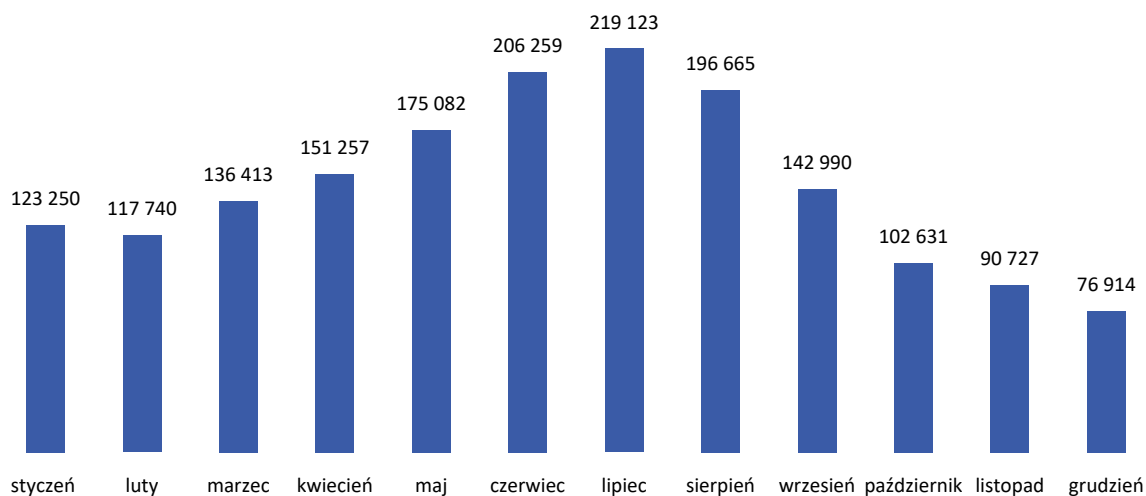
Podczas badania wskazano zadowolenie klientów w pięciu obszarach, takich jak: jakość prowadzenia rozmowy telefonicznej, postawa wobec klienta, komunikatywność, kompetencje merytoryczne pracowników, sprawność obsługi.

Ogólna wartość wskaźnika CSI w 2023 r. wyniosła 4.79 w 5-stopniowej skali. Najlepiej ocenionymi obszarami okazały się: postawa wobec klienta (4,89) i jakość rozmowy (4,89).

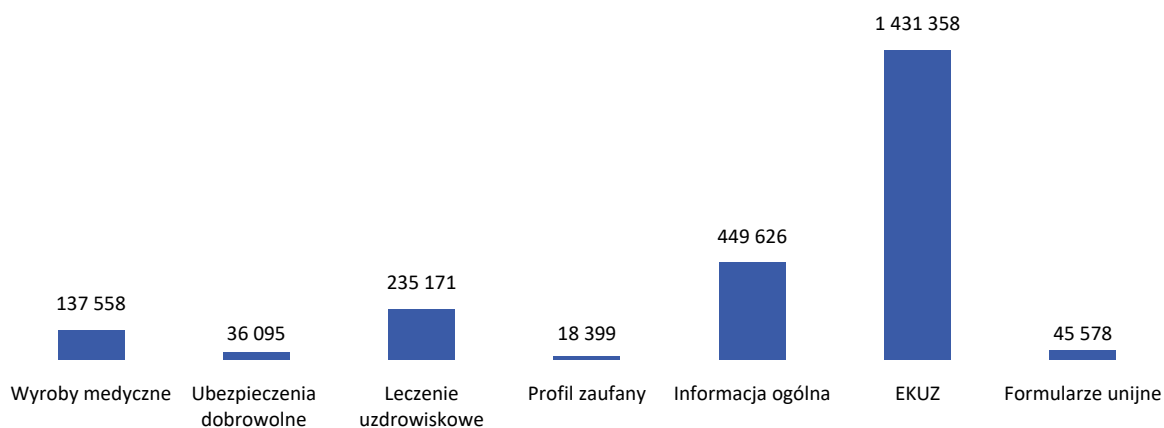
Analiza danych pracy sal obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2023 r. oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia obsłużyły 1 739 051 klientów realizując łącznie 2 381 752 usług.

Wykres nr VI.1. Łączna liczba obsłużonych klientów w 2023 r. w podziale na miesiące.



Wykres nr VI.2. Łączna liczba zrealizowanych usług w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2023 r.



W omawianym okresie dużym zainteresowaniem wśród klientów cieszyła się również obsługa telefoniczna oraz e-mailowa. Łącznie w 2023 r. zrealizowano 342 599 spraw klientów zgłaszanych drogą telefoniczną i 227 948 spraw drogą e-mailową.

VI.5.6. Profilaktyka i promocja zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z przyjętą Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 uczynił profilaktykę zdrowotną jednym z priorytetów. Szerzy wiedzę w zakresie zdrowego stylu życia oraz aktywnego udziału w badaniach profilaktycznych, a w konsekwencji poprawy stanu zdrowia Polaków. Prowadzi liczne działania informacyjne i edukacyjne, tak na poziomie ogólnopolskim, jak i regionalnym. Realizuje działania dotyczące profilaktyki chorób i promocji zdrowia także na poziomie regionalnym. W 2023 r. odbywały się one w każdym oddziale wojewódzkim Funduszu.

Cykliczna akcja NFZ „Środa z Profilaktyką”

W 2023 r. NFZ kontynuował cykliczną akcję „Środa z Profilaktyką”. Jest to dzień regularnej edukacji zdrowotnej, dedykowany profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Każda środa to inny

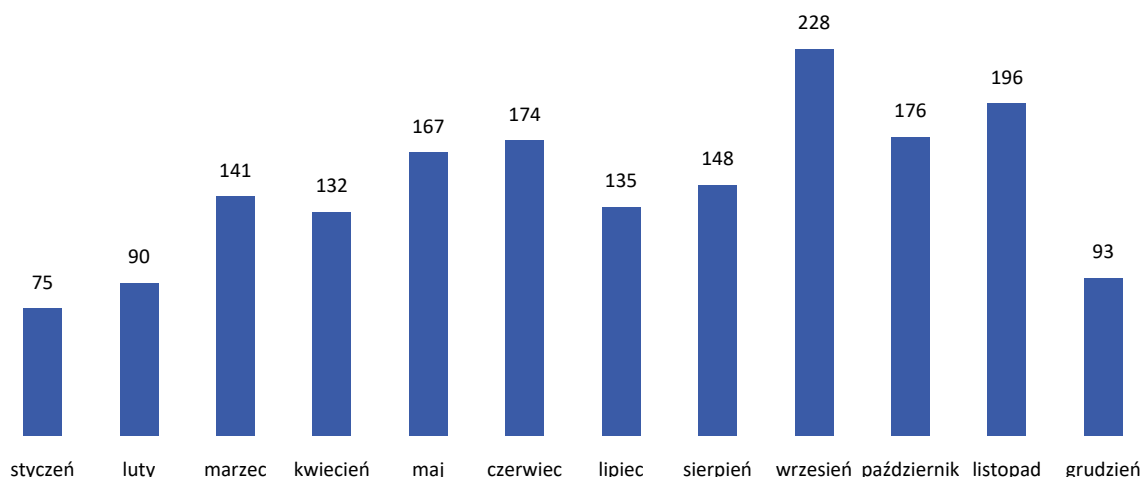
ważny temat w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia. W ramach „Środy z Profilaktyką” przygotowywane są materiały informacyjno-edukacyjne dotyczące omawianego zagadnienia. Działalność związana z edukacją koncentrowała się na opracowywaniu ulotek. Ulotki publikowano w Internecie oraz w środkach masowego przekazu (m.in. portal Akademia NFZ, YouTube Akademia NFZ, Facebook – profil Akademia NFZ) oraz dystrybuowanych w salach obsługi klientów NFZ.

Eventy promujące zdrowy styl życia

Wydziały Obsługi Klienta i Profilaktyki w oddziałach wojewódzkich NFZ organizowały i uczestniczyły w wydarzeniach stacjonarnych organizowanych w salach obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w eventach plenerowych na terenie całego kraju.

W 2023 r. oddziały wojewódzkie NFZ wzięły udział w 1 756 wydarzeniach profilaktycznych. Podczas akcji promowano usługi NFZ wspierające profilaktykę i zdrowy tryb życia, udzielano informacji o programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ oraz udzielano wsparcia w zakresie obsługi IKP. Podjęto współpracę z mediami lokalnymi w zakresie informowania o działaniach na rzecz profilaktyki. Realizowane przedsięwzięcia były w nich komentowane i relacjonowane.

Wykres nr VI.3. Łączna liczba zrealizowanych wydarzeń o charakterze profilaktycznym przez OW NFZ w 2023 r.



Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia w salach obsługi klientów

W 2023 r. kontynuowano działanie stanowisk ds. profilaktyki i promocji zdrowia w salach obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich NFZ. Celem uruchomienia stanowiska była realizacja założeń Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023. Służyło ono zwiększeniu działań profilaktycznych i upowszechnieniu wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej. Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia umiejscowione są w salach obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich NFZ. Integralnym elementem stanowiska jest kiosk profilaktyczny. Umożliwia on klientom wykonanie bezpłatnych pomiarów, takich jak: wzrost, masa ciała, wskaźnik BMI, skład ciała oraz ciśnienie tętnicze krwi. W trakcie wizyty na stanowisku klient wykonuje pomiary w kiosku i rozmawia z doradcą. W rozmowie klient: uzyskuje informacje dotyczące norm uzyskanych pomiarów w kiosku

profilaktycznym, otrzymuje materiały promocyjne oraz informacje o programach profilaktycznych realizowanych przez NFZ i MZ, otrzymuje wydruk przykładowego planu żywienia ze strony internetowej diety.nfz.gov.pl.

W 2023 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ obsłużono na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia 30 321 klientów. Z możliwości wykonania pomiarów w kiosku profilaktycznym we wszystkich oddziałach wojewódzkich skorzystało 27 967 klientów.

Podczas wizyty przy stanowisku klient ma również możliwość skorzystania z konsultacji z doradcą ds. profilaktyki i promocji zdrowia.

Wykres VI.4. Liczba konsultacji z doradcą na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia w 2023 r., dotyczących konkretnych zakresów tematycznych



Działania informacyjne NFZ realizuje przez: publikacje własne, serwisy internetowe Centrali i OW NFZ, media społecznościowe (serwisy X, Facebook, YouTube), środki społecznego przekazu, patronaty oraz wydarzenia własne i partnerów, w tym m.in. Ministerstwa Zdrowia, organizacji pacjenckich, samorządów różnych szczebli i świadczeniodawców.

Serwisy internetowe

Narodowy Fundusz Zdrowia utrzymuje serwis internetowy nfz.gov.pl. Własne serwisy internetowe posiadają również wszystkie OW NFZ. W serwisie internetowym NFZ na bieżąco zamieszczane były projekty i zarządzenia Prezesa NFZ, ważne komunikaty z departamentów Centrali NFZ, dotyczące m.in. refundacji leków, komunikatów dla świadczeniodawców, treści dla pacjentów oraz ogłoszenia o pracę w Funduszu. W 2023 roku strona internetowa NFZ zanotowała 8 523 646 sesji (odwiedzin).

Media Społecznościowe

Fundusz prowadził w 2023 roku oficjalny kanał w serwisie społecznościowym X, dawniej Twitter (kontynuacja od 2016 roku). Portal X jest podstawowym i głównym kanałem komunikacji NFZ w mediach społecznościowych. Na koniec 2023 r. liczba osób obserwujących profil @NFZ_GOV_PL wynosiła 50 201.

Biuro Komunikacji Społecznej i Promocji Centrali NFZ prowadzi również profile Akademii NFZ na Facebooku oraz YouTube. Portal Akademia NFZ jest serwisem który zawiera treści profilaktyczne. Fanpage Akademia NFZ jest profilem edukacyjnym.

W codziennych publikacjach informujemy użytkowników o publicznym systemie opieki zdrowotnej, zachęcamy do udziału w badaniach profilaktycznych. Nasze działania koncentrują się także na przekonywaniu do aktywności fizycznej i zdrowego żywienia.

Profil służy również do rozpowszechniania bezpłatnych materiałów dotyczących profilaktyki zdrowotnej. Publikujemy posty i grafiki dotyczące bezpłatnych usług oferowanych przez NFZ, tj. portal Diety NFZ, ćwiczenia w ramach programów treningowych, aplikacje mobilne, kioski profilaktyczne.

Publikujemy również filmy i materiały z wypowiedziami ekspertów z różnych dziedzin nagranych w ramach cyklicznej akcji „Środa z Profilaktyką”. Za pośrednictwem mediów społecznościowych zapraszamy na wydarzenia o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym w całej Polsce, które organizuje lub współorganizuje NFZ.

Na koniec 2023 r. Fanpage Akademia NFZ miał 13 741 fanów. Natomiast liczba wyświetleń profilu wyniosła 6 226 944.

Na kanale YouTube Akademia NFZ publikujemy filmy o zdrowym odżywianiu, materiały eksperckie, filmy edukacyjne, treningi i spoty kampanii społecznych. Zachęcamy do aktywności fizycznej, podpowiadamy, jak na trwale zmienić swoje nawyki żywieniowe. W 2023 r. dodaliśmy ponad 80 nowych filmów, w tym filmy edukacyjne serii „Środa z Profilaktyką”, podcasty z ekspertami – „Lepiej wiedzieć profilaktycznie”, program edukacyjno-treningowy „8 tygodni do zdrowia po COVID-19” w wersjach z polskim językiem migowym.

Na kanale udostępniamy również webinary realizowane przez NFZ dla świadczeniodawców. W 2023 r. zrealizowaliśmy dwa szkolenia on-line dla świadczeniodawców: „Leczenie stomatologiczne - zmiany w sposobie rozliczania świadczeń od 1 kwietnia 2023 r.” oraz „Pacjent unijny - niezbędny świadczeniodawcy”.

Kanał YouTube Akademia NFZ na koniec 2023 r. miał 10 913 subskrybentów. Liczba wyświetleń w 2023 r. wyniosła 474 272.

Środki społecznego przekazu

Narodowy Fundusz Zdrowia współpracuje z ogólnopolskimi i regionalnymi mediami poprzez:

- bieżące kontakty, czyli codzienną obsługę dziennikarzy, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, nagrania radiowo-telewizyjne, przekazywanie informacji/komunikatów prasowych nt. działalności NFZ, przygotowywanie wyjaśnień/sprostowań do publikacji medialnych. W 2023 r. NFZ (poziom centralny i regionalny) przekazał do mediów łącznie 820 komunikatów prasowych,
- briefingi i konferencje prasowe, które koncentrują się na prezentacji informacji dotyczących bieżącej działalności Funduszu, kontraktowania świadczeń opieki

zdrowotnej, reakcji na bieżące wydarzenia oraz komunikowania nowych rozwiązań dla pacjentów,

- organizację, koordynację oraz autoryzację wywiadów kierownictwa NFZ. W 2023 roku w Centrali NFZ zorganizowaliśmy 6 wywiadów prezesa i zastępcy prezesa Funduszu. Rozmowy zostały opublikowane w mediach ogólnopolskich i branżowych, m.in. Puls Medycyny, Rynek Zdrowia, Dziennik Gazeta Prawna, Wprost,
- udział pracowników Funduszu w audycjach radiowych i programach telewizyjnych⁴³ w roli ekspertów,
- współpracę z tytułami prasowymi⁴⁴ (nawiązana przez OW NFZ),
- współpracę z portalami internetowymi⁴⁵ (nawiązana przez OW NFZ).

Promocja szczepień przeciw HPV

Narodowy Fundusz Zdrowia od początku uruchomienia powszechnego programu bezpłatnych szczepień przeciw HPV (tj. od czerwca 2023 r.) przystąpił do intensywnej promocji programu.

W serwisie NFZ został opublikowany poradnik na ten temat, zawierający wywiad z lekarzem wyjaśniającym m.in. czym jest wirus HPV i dlaczego warto się szczepić. Poradnik został rozdystrybuowany do mediów.

Promocja szczepień realizowana była i jest również w mediach społecznościowych X (Twitter) profil Centrali i profile rzeczników prasowych OW NFZ oraz Facebook służą nam zarówno do cyklicznych publikacji materiałów edukacyjnych (spoty, infografiki), ale również do relacjonowania szczepień, czy prezentowania wypowiedzi ekspertów na temat wagi szczepień przeciw HPV.

Ponadto przeprowadzono kampanie w elektronicznym dzienniku Librus, polegające na wyświetlaniu rodzicom uczniów klas 5-7 w całej Polsce banneru (grafika + treść) zachęcającego do szczepień przeciw HPV.

NFZ rozdystrybuował również plakaty i ulotki dotyczące programu zarówno w wersji drukowanej jak i elektronicznej. Materiały zostały przekazane m.in. do placówek medycznych, urzędów, stacji epidemiologiczno-sanitarnych, parafii. Ulotki rozdawane są także podczas wydarzeń profilaktycznych z udziałem przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁴³Przykłady audycji: „Teleskop” TVP3, „W matni” Radio Emaus, „Wielopolska Warta Poznania” TVP3, „Kronika” i „Magazyn Medyczny” TVP Kraków, „ABC szczepień” Radio Kraków, „Reakcja 24” i „Wieczór z Dolnego Śląska” Radio Wrocław, „Dzień Dobry we Wrocławiu” Echo24, „Obiektyw” TVP3 Białystok, „Ważna Sprawa” PR Białystok, „Gość Obiektywu” TVP3, Radio Kielce, „Punkty Widzenia”, Radio eM Kielce „Prawdę Mówiąc”, „Zdrowie w Twoich rękach” TVP3 Lublin, „Kalejdoskop” Radio Rzeszów, „Forum Seniora” TVP3 Rzeszów, „Poranny Gość Radia Doga” Radio Doga, „Kurier Opolski” TVP 3 Opole, „Opolskie o poranku” TVP3 Opole, „Na Zdrowie” TVP3 Bydgoszcz, „Pytać każdy może” i „Dyżur eksperta” Radio PIK, „Rozmowa na czasie TVP 3 Gorzów, „Poranny Gość” Radio Zachód, „Rozmowa dnia” TVP Łódź, „Magiel” Radio Strefa FM, „Gość po 8” Radio Łódź, „Dzień dobry tu Gdańsk” TVP Gdańsk, „Panorama” TVP Gdańsk, „Kronika. Obraz dnia” TVP3 Szczecin.

⁴⁴Przykłady mediów: „Głos Wielkopolski”, „Gazeta Wyborcza”, „Gazeta Olsztyńska”, „Dziennik Polski”, „Gazeta Krakowska”, „Gazeta Wroclawska”, „Echo Dnia”, „Tygodnik Starachowicki”, „Gazeta Ostrowiecka”, „Dziennik Wschodni”, „Kurier Lubelski”, „Super Nowości”, „Nowiny”, „Nowa Trybuna Opolska”, „Gość Niedzielny”, „Gazeta Pomorska”, „Express Bydgoski”, „Nowości Toruńskie”, „Gazeta Lubuska”, „Gazeta Regionalna”, „Dziennik Zachodni”, „Goniec Górnośląski”, „Dziennik Łódzki”, „Express Ilustrowany”, „Dziennik Bałtycki”, „Głos Pomorza”, „Kurier Poranny”, „Gazeta Współczesna”, „Kurier Szczeciński”.

⁴⁵Przykłady portali internetowych: epoznan.pl, olsztyzn.com.pl, sadeczanin.info, naszemiasto.pl, doba.pl, wroclaw.pl, swietokrzyskie.cozadzien.pl, naostro.info, lublin112.pl, lsi.pl, czytajrzeszow.pl, nto.pl, obiektywnabydgoszcz.pl, wzielonej.pl, gorzowianin.pl, rybnik.com.pl, epiotrkow.pl, radomsko24.pl, trojmiasto.pl, gp24.pl, gs24.pl.

W celu dotarcia do jak największej liczby osób z informacją o szczepieniach wykorzystujemy również media lokalne publikując artykuły w prasie i portalach internetowych, wypowiadając się w programach telewizyjnych i radiowych.

Działania promujące szczepienia przeciw HPV są kontynuowane.

Bezpłatne leki dla dzieci i młodzież do 18 roku życia oraz osób powyżej 65 roku życia

Kampania informacyjna o charakterze społecznym na temat rozszerzenia programu bezpłatnych leków. Realizowana we współpracy z Ministerstwem Zdrowia. W ramach akcji przygotowano spot radiowy i telewizyjny „Program darmowych leków dla dzieci i młodzież do 18 roku życia oraz osób powyżej 65 roku życia”, przeprowadzono kampanię internetową (odslonową) czas trwania: 2 tygodnie od 13 września 2023 r. ponad 17 milionów odsłon. Liczba odbiorców – 4 930 000 oraz przeprowadzono kampanię outdoorową - emisja na łącznie 70 tablicach w Warszawie, Białymostku, Katowicach, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie.

Projekt „Zdrowie Polaków” organizowanym przez „Dziennik Gazetę Prawną”

Projekt został przygotowany przez wydawnictwo INFOR, składał się z cyklu debat, paneli dyskusyjnych, publikacji i rozmów video dotyczących systemu opieki i profilaktyki zdrowotnej. Debaty dotyczyły zagadnień m.in. tj. walka z otyłością, profilaktyka cukrzycy i chorób onkologicznych, skuteczne zapobieganie chorobom oraz zdrowy pracownik to zdrowa firma i gospodarka. Aktywność NFZ w projekcie zakładała m.in.: udział przedstawiciela NFZ w panelu z transmisją na żywo - „Walka z otyłością zaczyna się od dziecka – jak budować świadomość profilaktyki w tym zakresie?”, rozmowę z Filipem Nowakiem, prezesem NFZ – „Profilaktyka a problem otyłości”, jeden tekst partnerski na łamach DGP – „Opieka koordynowana w POZ. Co oznacza dla pacjentów?”. Projekt zawierał aktualne i unikalne treści dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, teraźniejszości, przyszłości i wyzwań, innowacji, w tym rewolucji cyfrowej oraz stanu zdrowia Polaków.

Współpraca z tygodnikiem Wprost

Autorski projekt edukacyjny redakcji „Wprost”: Akademia Wprost o Zdrowiu, składał się z cyklu publikacji artykułów, podcastu z tekstem, wywiadu z przedstawicielem NFZ i bannerów graficznych zamieszczonych w serwisie wprost.pl i cyfrowym wydaniu tygodnika „Wprost”. Promocja artykułów odbywała się również na stronie głównej serwisu, w mediach społecznościowych „Wprost” i przez kampanię display. Projekt edukacyjny miał na celu: upowszechnienie wiedzy na temat działalności NFZ i systemu opieki zdrowotnej w Polsce, przybliżenie Polakom w przystępny sposób zagadnień dotyczących dostępu do świadczeń zdrowotnych i poprawy opieki nad pacjentami, upowszechnienie wiedzy na temat programów profilaktycznych NFZ, upowszechnienie wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych propagowanych przez NFZ.

W ramach współpracy powstało: 19 artykułów na temat działalności NFZ, programów profilaktycznych i zachowań prozdrowotnych, podcast „Wprost o Zdrowiu”: kiedy do przychodni, kiedy do nocnej i świątecznej pomocy, a kiedy na SOR, wywiad z Prezesem NFZ w gazecie WPROST O ZDROWIU.

Poradnik Pacjenta

Od maja 2023 r. NFZ przygotował cykliczny Poradnik Pacjenta. Jest to kompleksowy materiał informacyjny o systemie ochrony zdrowia i profilaktyce. Pisany prosto i konkretnie z perspektywy pacjenta. Podzielony jest na cztery moduły tematyczne: ochrona zdrowia w Polsce, ubezpieczenie zdrowotne, zdrowie dziecka, profilaktyka. Poruszamy w nim ważne tematy, na które pacjenci szukają odpowiedzi. Przeprowadzamy wywiady z lekarzami, profesorami, aby nasze poradniki były wiarygodnym źródłem informacji. Ponadto poradniki zawierają informacje o świadczeniach zdrowotnych dostępnych w ramach NFZ, m.in. wizyty u lekarza POZ, położnej, leczenie stomatologiczne czy uzdrowiskowe. Wszystkie publikacje dostępne są na stronie www.nfz.gov.pl w zakładce „Poradnik Pacjenta”. W 2023 r. przygotowaliśmy łącznie 25 artykułów. Przygotowane materiały w ramach Poradnika Pacjenta są dystrybuowane do mediów ogólnopolskich, regionalnych, organizacji zrzeszających pacjentów, czy urzędów. Poradnik Pacjenta jest promowany również w mediach społecznościowych NFZ.

Cykliczna akcja NFZ „ŚRODA Z PROFILAKTYKĄ”

W 2023 r. kontynuowaliśmy, wspólnie z Departamentem Obsługi Klientów i Profilaktyki, rozpoczętą w 2019 r. cykliczną akcją edukacyjną „Środa z Profilaktyką”. W każdą środę Narodowy Fundusz Zdrowia regularnie dostarcza treści edukacyjnych, które dotyczą zdrowia. W ramach akcji przypominamy o profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Każda środa to inny, ważny temat w obszarze profilaktyki.

Na każdą środę przygotowujemy materiały edukacyjne które, można bezpłatnie pobrać ze strony NFZ⁴⁶. Treści edukacyjne związane ze „Środą z Profilaktyką” publikujemy m.in. w mediach społecznościowych NFZ w tym na: kanale YouTube Akademia NFZ, Facebooku Akademia NFZ, portalu X NFZ. Przekazujemy je również mediom ogólnopolskim i regionalnym oraz organizacjom zrzeszającym pacjentów. W 2023 r. przygotowaliśmy i opublikowaliśmy 50 materiałów edukacyjnych dotyczących m.in: profilaktyki cukrzycy typu, kształtowania nawyków żywieniowych, odżywiania w sezonie zimowym, profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, polipragmazji – bezpiecznego przyjmowania leków, profilaktyki raka prostaty i jąder, profilaktyki raka piersi, profilaktyki raka szyjki macicy, profilaktyki udaru mózgu, profilaktyki grypy, nowotworów głowy i szyi, bezpieczeństwa pacjenta, schorzeń kręgosłupa, zdrowego powrotu do szkoły, udaru cieplnego, jak dbać o słuch, profilaktyki hipercholesterolemii, profilaktyki WZW, medycyny podróży, uzależnienia wśród nastolatków, krwiodawstwa, profilaktyki chorób skóry, szczepienia przeciw HPV, korzyści zdrowotnych karmienia piersią, zdrowia kobiet w okresie ciąży, pierwszej wizyty u ginekologa, profilaktyki nadciśnienia tętniczego, profilaktyki astmy i alergii, profilaktyki chorób układu krążenia, profilaktyki raka jelita grubego, depresji, epilepsji, praw pacjenta.

Projekt „Zdrowe Życie”

Był to ogólnopolski projekt zachęcający do profilaktyki i zdrowego stylu życia zainicjowany w 2022 roku przez Prezydenta RP. Oprócz Funduszu współorganizatorami projektu byli:

⁴⁶<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/>

Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Aktywów Państwowych, Ministerstwo Edukacji i Nauki oraz Grupa PZU. Patronat Honorowy nad projektem sprawowała Para Prezydencka.

Jednym z głównych elementów projektu były Mobilne Strefy Zdrowia, w których można było bezpłatnie i bez skierowania skorzystać ze specjalistycznych badań i konsultacji medycznych oraz dowiedzieć się o programach profilaktycznych oferowanych przez NFZ. Oprócz informacji na temat programów profilaktycznych, NFZ oferował również wydanie karty EKUZ, promował Internetowe Konto Pacjenta i portal diety.nfz.gov.pl. W ramach programu profilaktyki raka piersi, kobiety w wieku 50-69 lat, mogły „od ręki” wykonać bezpłatną mammografię. W 2023 r. dostępny był również dentobus - mobilny gabinet dentystyczny, w którego usług skorzystało 1509 osób. W 2023 roku mobilne strefy zdrowia stanęły w 25 miejscowościach. Łącznie wykonano w nich ponad 63 tys. specjalistycznych badań i konsultacji medycznych. Stanowiska NFZ odwiedziło łącznie 23 165 osób.

Merytoryczne webinaria dla świadczeniodawców

W 2023 roku zorganizowano kolejne merytoryczne webinaria dla świadczeniodawców. Szkolenia dotyczyły: „Leczenia stomatologicznego - zmian w sposobie rozliczania świadczeń od 1 kwietnia 2023 r.” oraz „Pacjenta unijnego - niezbędnik świadczeniodawcy”. Pierwsze odbyło się 10 maja. Eksperti Narodowego Funduszu Zdrowia wyjaśniali m.in. zmiany w sposobie finansowania świadczeń stomatologicznych. Drugie webinarium zostało zorganizowane 29 czerwca i dotyczyło obsługi pacjenta unijnego, gdzie wyjaśniono szczegółowo m.in. zasady i najczęstsze problemy w obsłudze pacjentów z Unii Europejskiej. Webinaria cieszyły się dużym zainteresowaniem wśród świadczeniodawców. W obydwu przypadkach liczba uczestników przekroczyła 1000 osób. Transmisje z webinarium są udostępnione na stronie internetowej Funduszu oraz na kanale YouTube „Akademia NFZ”: Webinary NFZ - YouTube.

Patronaty

W 2023 roku Fundusz objął patronatem m.in. następujące wydarzenia: Liderzy Ochrony Zdrowia X edycja, organizator Fundacja im. Lesława A. Pagi, "Kongres Top Medical Trends 2023", organizator Termedia Sp. z o. o. Wydawnictwa Medyczne i Specjalistyczne, Przewodnik w chorobie Fabry'ego, wydawca Stowarzyszenie Rodzin z Chorobą Fabry'ego, Kongres Rzecznicy Zdrowia 2023, organizator Fundacja „Rzecznicy Zdrowia”, Akcja „Zdrowie pod Kontrolą”, organizator IFMSA-Poland, Impact'23, organizator Fundacja Impact, Program certyfikacji „Bezpieczny szpital, bezpieczny pacjent”, organizator Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, konkurs „Mother and Child Startup Challenge”, organizator Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Centralny Klub Pacjenta, organizator American Heart of Poland S.A., IV edycja Konferencji Zmiany w Ochronie Zdrowia, organizator Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., II edycja Kampanii Społecznej #Odwołuje #Nie blokuje, organizator Centrum Medyczny Puławska Sp. z o.o., Konkurs Sukces Roku w Ochronie Zdrowia 2023 – Liderzy Medycyny oraz konferencja Priorytety w Ochronie Zdrowia 2024, organizator Termedia Sp. z o. o. Wydawnictwa Medyczne i Specjalistyczne.

VII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu

VII.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Fundusz

Kontrola wewnętrzna w Centrali NFZ w 2023 roku 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 38 kontroli, w tym: 36 kontroli planowych i 2 kontrole doraźne.

Najczęstszym przedmiotem kontroli działalności NFZ, przeprowadzanych przez BNW było:

1. Prawdliwość rozliczania przez OW NFZ środków finansowych przeznaczonych na dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, gdzie stwierdzono m.in. nieprawidłowości w wypłaceniu nienależnych środków finansowych przeznaczonych na dodatkowe świadczenia pieniężne w wysokości przekraczającej limit określony w poleceniu Ministra Zdrowia lub dla osoby nieuprawnionej, niewykonującej zawodu medycznego.
2. Prawdliwość rozliczania przez OW NFZ świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 realizowanych bezumownie, gdzie stwierdzono m.in. nieprawidłowości w przyjmowaniu sprawozdań zawierających błędy bądź niezgodnych z określonymi wzorami.
3. Prawdliwość postępowania OW NFZ przy rozpatrywaniu skarg, gdzie stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w m.in. nieprowadzeniu rejestru skarg i wniosków w aplikacji WEB, wskazaniu w rejestrze skarg i wniosków błędnych danych, w pisemnych wezwaniach do uzupełnienia braków formalnych nieumieszczeniu pouczenia o pozostawieniu skargi bez rozpoznania w przypadku braku jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie, niewskazaniu uzasadnienia prawnego w odpowiedziach na skargi, niepouczeniu skarżących o treści art. 239 KPA, dokumentowaniu sprawy w EZD; błędnym zakwalifikowaniu sprawy jako skargi.
4. Prawdliwość przeprowadzenia postępowań kontrolnych, gdzie stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w m.in. nieterminowym zawiadomieniu podmiotu kontrolowanego o kontroli, sporządzeniu dokumentów kontroli niezgodnych z obowiązującymi wzorami, przyjęciu od podmiotów kontrolowanych skanów pism jako dowodów kontroli, dokumentowaniu akt kontroli.
5. Prawdliwość finansowania przez OW NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie nagłym przez podmiot leczniczy nieposiadający umowy z NFZ, gdzie stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w m.in. nieterminowym rozpatrzeniu wniosków i niepoinformowanie wnioskodawcy o braku możliwości rozpatrzenia ich w terminie, nieterminowym przekazaniu środków finansowych, niezaopiniowaniu pozytywnie rozpatrzonych wniosków pod względem zasadności kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Prawidłowość przeprowadzania przez OW NFZ postępowań w zakresie zamówień publicznych o wartości poniżej 130 tys. zł., gdzie stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w m.in. niewpisaniu kodu CPV przedmiotu zamówienia we wnioskach o zamówienie publiczne, nieudokumentowaniu szacowania wartości przedmiotu zamówienia, niewskazaniu w zaproszeniach do składania ofert terminu ich składania oraz kryteriów oceny, niewskazaniu w notatce służbowej terminu rozeznania rynku, niewpisaniu do rejestru umów, umowy podpisanej z wykonawcą.
7. Prawidłowość przeprowadzania postępowań w zakresie zamówień publicznych, gdzie stwierdzono m.in. nieprawidłowości w niewpisaniu kodu CPV przedmiotu zamówienia we wniosku o zamówienie publiczne, niezatwierdzeniu przez kierownika zamawiającego zmian SWZ wprowadzonych przez komisję przetargową czy nieprawidłowe dokumentowanie sprawy w EZD.
8. Prawidłowość przeprowadzenia postępowań rekrutacyjnych, gdzie stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w m.in. wpisaniu w ogłoszeniu o naborze dwóch różnych terminów składania dokumentów; nieterminowym przekazaniu do publikacji listy kandydatów, spełniających wymagania formalne, przekazaniu do publikacji w BIP listy kandydatów, nieterminowym przesłaniu wiadomości e-mail do osób biorących udział w postępowaniu rekrutacyjnym z podziękowaniem oraz ankietą, nieprawidłowym dokumentowaniem sprawy w EZD.
9. Prawidłowość przeprowadzania przez OW NFZ postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdzie nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.
10. Prawidłowość wydawania przez OW NFZ decyzji administracyjnych w sprawie zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę nieuprawnioną, na podstawie art. 50 ustawy o świadczeniach, gdzie nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

W ramach kontroli funkcjonalnej komórki organizacyjnej Centrali NFZ przeprowadziły łącznie 20 kontroli, w tym 19 kontroli planowych i jedną kontrolę doraźną, tj. Departament Ekonomiczno-Finansowy (DEF) – pięć kontroli planowych, Departament ds. Służb Mundurowych (DSM) – dwie kontrole planowe, Biuro Księgowości (BK) – trzy kontrole planowe, Gabinet Prezesa Funduszu (GPF) – dwie kontrole planowe, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej (DSOZ) – trzy kontrole planowe, Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki (DOKiP) – trzy kontrole planowe, Biuro Spraw Pracowniczych (BSP) – jedną kontrolę planową i jedną doraźną.

1. DEF przeprowadził kontrole w zakresie wykonania planu finansowego, gdzie nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.
2. DSM przeprowadził kontrole w zakresie realizacji zadań obronnych, obrony cywilnej i zarządzania kryzysowego, gdzie stwierdzono uchybienie w postaci ogólnego opracowania procedury zawartej w Kartach Realizacji Zadań Operacyjnych.
3. BK przeprowadziło kontrole w zakresie prawidłowości prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych, obiegu dowodów księgowych oraz regulowania zobowiązań i dochodzenia należności, gdzie nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

4. GPF przeprowadził kontrole w zakresie wydawania decyzji w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego – art. 109 ustawy o świadczeniach oraz z tytułu poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieuprawnionym – art. 50 ustawy o świadczeniach, gdzie stwierdzono uchybienia w postaci niezachowania ustawowych terminów, niewskazania wszystkich aktów prawa materialnego, błędnego wskazania przesłanki umorzenia postępowania, wskazania nieprawidłowego terminu zawiadomienia strony o wszczęciu postępowania.
5. DSOZ przeprowadził kontrole sposobu procedowania wniosków o indywidualne rozliczenie za zgodą płatnika pod kątem sposobu weryfikacji poniesionych kosztów przez świadczeniodawców w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, gdzie stwierdzono m.in. uchybienia w nieterminowym rozpatrywaniu wniosków.
6. DOKiP przeprowadził kontrole w zakresie:
 - prawidłowości rozpatrywania skarg i wniosków składanych na świadczeniodawców, gdzie stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w m.in. nieprawidłowym kwalifikowaniu spraw z katalogu klas JRWA, niewskazaniu w wezwaniach o uzupełnienie danych podstawy prawnej, niewskazaniu terminu na uzupełnienie braków, nieterminowego przekazania skarg do właściwego organu; niewskazaniu pouczenia o możliwości wniesienia ponaglenia, nieterminowe rejestrowaniu skarg i wniosków;
 - prawidłowości realizacji Księgi Jakości Obsługi Klientów NFZ – kontrola nie została zakończona w 2023 r.
7. BSP przeprowadziło kontrolę w zakresie prawidłowości prowadzenia dokumentacji pracowniczej, gdzie stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w m.in. prowadzeniu akt osobowych pracowników niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, stosowaniu nieobowiązujących wzorów dokumentów kadrowych, niekierowaniu pracowników na badania wstępne przed zmianą ich stanowisk na kierownicze.

Kontrola wewnętrzna w oddziałach wojewódzkich w 2023 r. realizowana była przez Zespoły Kontroli Wewnętrznej, które przeprowadziły łącznie 99 kontroli wewnętrznych (5 niezakończonych w 2023 r.).

Obszarami najczęstszej poddawanych kontroli były:

1. Planowanie, kontraktowanie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdzie jako najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w m.in. przekroczeniu terminu przekazania ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, nienałożeniu na świadczeniodawcę kary umownej za nieprzestrzeganie terminów zwrotu niewykorzystanych środków, nieterminowym przekazywaniu informacji z realizacji rozliczeń międzyoddziałowych, nieprawidłowym dokumentowaniu spraw w EZD, braku sprawozdawczości wewnętrznej, przekroczeniu terminu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy, niepoprawnej weryfikacji wniosków o zgodę na transport sanitarny „daleki”.
2. Rejestracja i obieg dokumentów oraz prowadzenie korespondencji, gdzie jako najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w m.in. niewłaściwym realizowaniu

rozporządzenia w zakresie wycofania skierowań na leczenie i rehabilitację uzdrowskową, niestosowaniu zasad prostego języka w wytwarzanych dokumentach, zbędnej zwłoki w przekazywaniu do organów ścigania informacji o ujawnionych nieprawidłowościach, braku weryfikacji danych zawartych w formularzach rejestracyjnych.

3. Bezpieczeństwo fizyczne, informatyczne i dokumentacji, gdzie jako najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w m.in. niedokonywaniu okresowej weryfikacji uprawnień, nieodbieraniu nadmiarowych/niezasadnych uprawnień do systemów i zasobów informatycznych, dokonywaniu kontroli merytorycznej sprawozdań i prognozy wydatków przez tę samą osobę, która sporządziła te dokumenty, niepoprawnym zrealizowaniu wniosków dostępowych, blokowaniu użytkownikom dostępu do sieci komputerowej, niedochowywaniu terminu określonego Polityką zarządzania bezpieczeństwem osobowym w NFZ przy odbieraniu uprawnień użytkownikom, z którymi ustął stosunek pracy, braku okresowej weryfikacji uprawnień.
4. Windykacja należności, gdzie jako najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w m.in. realizowaniu planów spłaty bez zachowania obowiązujących terminów, braku upoważnień do działania przez osoby podejmujące czynności, wskazaniu nieprawidłowego terminu na udzielenie wyjaśnień, braku podjęcia czynności windykacyjnych, niedokonaniu korekt rozliczeń płatności ze świadczeniodawcami, którzy nie przysłali deklaracji wyboru lekarza/pielęgniarki/położnej POZ lub przesłali deklaracje nieważne.
5. Obsługa klienta, gdzie jako najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w m.in. przekroczeniu terminu udzielenia klientom odpowiedzi na zgłoszone nieprawidłowości w IKP, niewskazaniu klientowi terminu na uzupełnienie braków formalnych, udzieleniu odpowiedzi po terminie; nieprawidłowym dokumentowaniu sprawy w EZD, udzielaniu odpowiedzi skarżącym bez uzyskania wyjaśnień od świadczeniodawców.
6. Zawieranie umów z klientami/wykonawcami, gdzie jako najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w m.in. zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z datą wcześniejszą niż akceptacja wniosku o zwolnienie z opłaty, braku potwierdzenia zgodności z oryginałem kopii polis, braku właściwego udokumentowania udostępnienia informacji o pozytywnie ocenionych wnioskach i podpisanych umowach.
7. Zamówienia publiczne, gdzie jako najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w m.in. niedołączeniu do zaproszeń i umów w zakresie zamówień publicznych klauzul informacyjnych dotyczących przetwarzania danych osobowych przez NFZ, ogłoszeniu wyniku postępowania po 30-dniowym terminie, nieweryfikowaniu pod względem formalnym poprawności dokumentów przekazywanych w systemie EZD, nieterminowym publikowaniu treści na stronie internetowej.
8. Sprawy pracownicze, gdzie jako najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w m.in. niewystarczającym dokumentowaniu procesu rekrutacji i wdrażania pracownika, niedotrzymaniu obowiązujących terminów podczas tworzenia planu szkoleń.
9. Udostępnianie informacji publicznej, gdzie jako najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w m.in. niewskazaniu w odpowiedzi osoby wytwarzającej

lub odpowiadającej za treść informacji publicznej, nieterminowym udostępnieniu informacji, braku decyzji administracyjnej w przypadku niedostępności informacji, nieprawidłowym dokumentowaniu sprawy w EZD.

VII.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu

W jednostkach organizacyjnych NFZ instytucje kontroli zewnętrznej przeprowadziły w 2023 roku łącznie 42 kontrole, tj.: 8 kontroli rozpoczętych w latach 2021-2022, zakończonych lub pozostających w toku w 2023 r. i 34 kontrole rozpoczęte i zakończone lub pozostające w toku w 2023 r. Instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły w Centrali NFZ 10 kontroli, a w OW NFZ łącznie 32 kontrole.

Większość kontroli prowadziła Najwyższa Izba Kontroli (18) oraz Archiwum Państwowe (12). Pozostałe prowadziły: Ministerstwo Zdrowia (5), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (3), Urzędy Wojewódzkie (2) i Centrum Projektów Europejskich (2).

Kontrolowaną działalność dziewięciokrotnie oceniono pozytywnie, raz pozytywnie z nieprawidłowościami, dwadzieścia cztery razy przedstawiono ocenę opisową, dwukrotnie nie sformułowano oceny. Dla sześciu kontroli ostateczne dokumenty pokontrolne nie wpłynęły do 19.02.2024 r. Sprawozdanie o wynikach kontroli przeprowadzonych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2023 r. w NFZ opublikowano 3.04.2024 r. na stronie internetowej NFZ⁴⁷.

1. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę w zakresie:

- realizacji pilotażowego programu leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego w Centrali NFZ i 7 OW NFZ (kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim),
- dostępności do opieki stomatologicznej w Centrali NFZ i 4 OW NFZ (mazowieckim, śląskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim),
- opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą w Centrali NFZ i oddziale wielkopolskim,
- realizacji poleceń Ministra Zdrowia w sprawie przyznawania dodatkowych świadczeń pieniężnych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w Centrali NFZ,
- leczenia onkologicznego w Centrali NFZ,
- wykonywania nadzoru nad realizacją umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oddziale lubelskim.

2. Archiwum Państwowe przeprowadziło kontrolę w zakresie:

- przestrzegania przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach w Centrali NFZ i 11 OW NFZ (dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, małopolskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim).

3. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło kontrolę w zakresie:

⁴⁷<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/kontrole-nfz/kontrole-zewnetrzne-w-2023-roku-,6434.html>

- wydatkowania środków publicznych w ramach postępowań realizowanych w trybie ustawy PZP oraz zamówień poniżej 130 tys. zł w oddziałach: lubuskim i świętokrzyskim;
- kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w oddziale podkarpackim;
- tworzenia korpusu kontrolerskiego w Centrali NFZ;
- realizacji umowy nr 1/FM/1374/2022/37 w Centrali NFZ.

4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadził kontrolę w zakresie:

- prawidłowości i rzetelności obliczania składek na ubezpieczenia społeczne oraz innych składek, do których pobierania zobowiązany jest ZUS oraz zgłaszanie do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego; ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych i wypłacanie tych świadczeń oraz dokonywanie rozliczeń z tego tytułu; prawidłowości i terminowości opracowywania wniosków o świadczenia emerytalne i rentowe; wystawiania zaświadczeń lub zgłaszanie danych dla celów ubezpieczeń społecznych w oddziale, prawidłowość i rzetelność danych przekazywanych do ZUS we wnioskach o świadczenie postojowe oraz o zwolnienie z obowiązku opłacania składek na podstawie ustawy z 2.03.2020 r. w 3 OW NFZ (śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim).

5. Urzędy Wojewódzkie przeprowadziły kontrolę w zakresie:

- realizacji powierzonych zadań oraz wykorzystania dotacji celowej przekazanej na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego w oddziale lubuskim;
- realizacji porozumienia dotyczącego funkcjonowania Zespołu Ratownictwa Medycznego w oddziale podkarpackim.

6. Centrum Projektów Europejskich przeprowadziło kontrolę w zakresie:

- wypracowania i wdrożenia systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych w Centrali – 2 kontrole.

VII.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu

Komórka audytu wewnętrznego w NFZ realizowała w 2023 r. poniższe zadania audytowe:

- zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (trzy zadania zapewniające w 3 OW NFZ),
- zarządzanie uprawnieniami do SI (sześć zadań zapewniających w Centrali i 5 OW NFZ),
- czynności sprawdzające w oddziałach wojewódzkich (pięć zadań zapewniających w 5 OW NFZ),
- efektywność wykorzystania systemów informatycznych – optymalizacja, integracja (trzy zadania zapewniające w 3 OW NFZ),
- informacje o dostępności do świadczeń (sześć zadań zapewniających w 6 OW NFZ),
- rozliczanie umów na szczepienia (cztery zadania zapewniające w 4 OW NFZ),

- obieg dokumentów księgowych (sześć zadań zapewniających w 6 OW NFZ),
- sposób i tryb monitorowania bezpłatnego/ryczałtowego zaopatrzenia w leki uprawnionych świadczeniobiorców (sześć zadań zapewniających w 6 OW NFZ),
- postępowanie o udzielanie świadczeń poza granicami kraju (6 zadań zapewniających w Centrali i 5 OW NFZ),
- poziom wdrożenia EZD (pięć zadań zapewniających w 5 OW NFZ),
- utrzymanie i rozwój stacji roboczych i urządzeń peryferyjnych (6 zadań zapewniających w Centrali i 5 OW NFZ),
- obsługa wniosku i umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (6 zadań zapewniających w 6 OW NFZ),
- rozliczanie środków z dotacji (pięć zadań zapewniających w 5 OW NFZ),
- przegląd zaległych zaleceń, uwag doradczych i uwag systemowych (17 czynności doradczych w Centrali NFZ i 16 OW NFZ),
- inne działania dotyczące wsparcia funkcjonowania kontroli zarządczej (czynności doradcze w Centrali NFZ i OW NFZ),
- audyt procesu bezpieczeństwa IT zgodny z wymogami Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych – czynności doradcze,
- realizacja projektów finansowanych ze środków zewnętrznych (czynności doradcze w Centrali NFZ),
- udział w Radzie Portfela Projektów (czynności doradcze w Centrali NFZ).

W wyniku prowadzonych zadań audytowych powstają zalecenia, uwagi doradcze oraz uwagi systemowe. Ich wdrożenie oceniane jest podczas czynności sprawdzających. W 2023 roku przeprowadzone zostały poniższe czynności sprawdzające:

- zarządzanie danymi świadczeniobiorców i osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej (czynności sprawdzające w Centrali NFZ),
- obsługa wniosków o udzielanie i rozliczanie dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej i szkoleń (cztery czynności sprawdzające w 4 OW NFZ),
- zarządzanie zmianą (cztery czynności sprawdzające w 4 OW NFZ),
- organizacja korpusu kontrolerskiego (czynności sprawdzające: Centrala, w tym TWK),
- bezpieczeństwo i dostępność budynków (cztery czynności sprawdzające w 4 OW NFZ),
- obsługa skarg i wniosków na działalność Oddziału - analiza wyników i dokonywanie zmian (cztery czynności sprawdzające w 4 OW NFZ),
- rozliczanie programów lekowych (trzy czynności sprawdzające w 3 OW NFZ),

- realizacja zapotrzebowań na analizy danych i raporty (5 czynności sprawdzających w 5 OW NFZ).

VII.4. Sprawy sądowe

W 2023 roku OW NFZ prowadziły łącznie 2 557 postępowań sądowych, czyli o 191 mniej niż w 2022 roku. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne z powództwa NFZ. W danym okresie sprawozdawczym OW NFZ prowadziły 1 127 takich spraw, czyli o 42 sprawy mniej niż w 2022 r. Wśród tych spraw wszczętych zostało 687 postępowań, czyli o 132 sprawy więcej niż w 2022 r. W okresie sprawozdawczym OW NFZ prowadziły 1 058 spraw sądowno-administracyjnych, czyli o 187 mniej spraw niż w 2022 r., z których 634 postępowań zostało wszczętych w 2023 roku.

Tabela nr VII.1. Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu – stan na koniec 2023 r.

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	1127	46 276,03	687	3 926,85
2.		sprawy przeciwko Funduszowi	372	638 307,45	110	215 435,02
3.	Sądowo-administracyjne		1 245	1 058	1 316,13	634
4.	ogółem		2 748	2 557	685 899,60	1 431

VII.5. Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze

Działania naprawcze podejmowane przez Fundusz polegają na realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych, wydanych w wyniku kontroli wewnętrznych i zewnętrznych zrealizowanych w Funduszu oraz wdrażaniu przez komórki organizacyjne zaleceń, uwag doradczych i systemowych, wypracowanych podczas realizacji zadań audytowych. Informacja o wykonaniu zaleceń pokontrolnych przekazywana jest właściwym komórkom kontroli wewnętrznej, instytucjom kontroli zewnętrznej w trybie określonym w przepisach, stanowiących podstawę realizacji kontroli. Monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych należy do zadań komórek organizacyjnych przeprowadzających kontrolę instytucjonalną i funkcjonalną. W zakresie kontroli zewnętrznych realizowanych w Centrali NFZ, komórką, która monitoruje wykonanie zaleceń pokontrolnych jest BNW. Monitorowanie wykonania zaleceń i uwag stanowiących efekt zadań audytowych, prowadzone jest na bieżąco przez BAW. Po upływie roku od przeprowadzenia zadania audytowego przeprowadzane są czynności sprawdzające realizację zaleceń.

VIII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców

W 2023 r. rozpatrywano zażalenia składane na podstawie art. 160⁴⁸ ustawy o świadczeniach oraz na podstawie art. 42⁴⁹ ustawy o refundacji. Główna tematyka zażaleń na czynności sprawdzające Prezesa NFZ, dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczyła zakwestionowania środków finansowych oraz nałożenia kary umownej.

Od dnia 1 stycznia 2023 r. w przedmiotowym zakresie wpłynęło 35 zażaleń na czynności sprawdzające Prezesa NFZ z czego rozpatrzono trzydzieści dwa zażalenia (32), w tym: nie uwzględniono dwudziestu trzech (23) zażaleń (co stanowi 71,9% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości cztery (4) zażalenia (co stanowi 12,5% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części pięć (5) zażaleń (co stanowi 15,6% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono⁵⁰ merytorycznie trzech (3) zażaleń (co stanowi 9,4% ogółu rozpatrzonych zażaleń). Główną tematyką zażaleń na czynności Prezesa NFZ dotyczące kontroli było oddalenie zastrzeżeń złożonych do wystąpień pokontrolnych oraz wezwanie do zapłaty po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego.

Od dnia 1 stycznia 2023 r. w przedmiotowym zakresie wpłynęło 40 zażaleń na czynności Prezesa NFZ dotyczących kontroli z czego rozpatrzono czterdzieści (40) zażaleń, w tym: nie uwzględniono trzydziestu jeden (31) zażaleń, (co stanowi 77,5% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części jedno (1) zażalenie (co stanowi 2,5% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości dwa (2) zażalenia (co stanowi 5% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono⁵¹ merytorycznie sześciu (6) zażaleń (co stanowi 15% ogółu rozpatrzonych zażaleń).

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów OW NFZ

W 2023 r. w Departamencie Kontroli Centrali NFZ zostało rozpatrzone jedno (1) zażalenie wniesione na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, dotyczące realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę. Prezes Funduszu po zapoznaniu się ze złożonym zażaleniem wydał rozstrzygnięcie, w którym uwzględnił zażalenie w całości. Tematyka zażalenia na czynności dyrektora OW NFZ, dotyczyła nałożonych kar z tytułu opóźnienia w składaniu podpisanych zestawień refundacyjnych.

Główna tematyka składanych skarg i zażaleń na czynności dyrektora OW NFZ

⁴⁸Świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki przysługuje zażalenie na czynności Prezesa Funduszu lub dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu, dotyczące realizacji umowy.

⁴⁹Podmiotowi prowadzącemu aptekę, który zawarł umowę na realizację recept, przysługuje zażalenie na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące realizacji umowy.

⁵⁰W pierwszym półroczu 2024 r. rozpatrzono pozostałe trzy zażalenia (3) na czynności sprawdzające Prezesa NFZ (jedno nie zostało uwzględnione, jedno zostało uwzględnione w części i jedno zostało uwzględnione w całości). Zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane.

⁵¹Zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane.

W 2023 roku główna tematyka składanych zażaleń na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu⁵² dotyczyła m.in.: nałożenia kary umownej, zakwestionowania środków finansowych, wydania zgody na rozliczenie za zgodą płatnika, ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), wyliczenia ryczału, rozwiązania lub zmiany warunków umowy oraz odblokowania okresów sprawozdawczych. W przedmiotowym zakresie rozpatrzono 99 zażaleń, z czego: w 79 przypadkach nie uwzględniono zażaleń (co stanowi 79,80% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części 8 zażaleń (co stanowi 4,17% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości 2 zażalenia (co stanowi 2,02% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono 6 zażaleń (co stanowi 6,06% ogółu rozpatrzonych zażaleń), w 1 przypadku sprawę przekazano do ponownego rozpatrzenia (co stanowi 1,01% ogółu rozpatrzonych zażaleń) oraz w 3 przypadkach zażalenie rozpatrzono w innym trybie (co stanowi 3,03% ogółu rozpatrzonych zażaleń).

Sprawy sądowe z powództwa cywilnego – zestawienie zakończonych spraw sądowych

W 2023 r. zakończonych zostało 21 spraw prowadzonych przez OW NFZ związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit określony w umowie. Z tego tytułu Fundusz poniósł koszt w wysokości prawie 21 mln zł, w tym ponad 4 mln zł z tytułu zasądzenia wyrokami sądów oraz prawie 15 mln zł z tytułu ugód sądowych. W odniesieniu do 2022 r. liczba tego typu spraw zmniejszyła się o 5 spraw. Ponadto, oprócz ww. spraw, OW NFZ zakończyły 95 postępowań o zapłatę wynikających z wykonania umowy, w wyniku których Fundusz zapłacił ogółem kwotę bliską 450 tys. zł. W odniesieniu do 2022 r. liczba zakończonych tego typu spraw jest niemal identyczna (zwiększyła się o 1 postępowanie).

Tabela nr VIII.1. Zestawienie spraw sądowych zakończonych wg stanu na koniec 2023 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	0,00	20 850,27	0,00	4 140,32	0,00	14 863,31
2.	o zapłatę wynikające z wykonania umowy	95	3 152,38	452,81	3 152,38	291,12	0,00	931,57
3.	postępowania sądownoadministracyjne	888	518,31	350,10	518,31	350,10	0,00	0,00
4.	pozostałe postępowania sądowe	531	1 591,90	1 438,47	1 561,35	684,69	30,55	753,78
Razem		1535	5 262,60	24 023,22	5 232,05	5 466,23	30,55	16 548,66

W 2023 r. ogółem w OW NFZ prowadzone były 379 sprawy karne, w których Fundusz ma status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczęte na skutek zawiadomienia

⁵²Zgodnie z art. 160 ustawy o świadczeniach „świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje zażalenie na czynności Prezesa FNZ lub dyrektora OW NFZ dotyczące realizacji umowy – z wyłączeniem czynności Prezesa Funduszu, o których mowa w art. 61d ust. 12 i art. 61t ust. 3 ustawy o świadczeniach”.

przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, z czego: wszczętych zostało – 70 spraw, zakończonych zostało – 48 spraw, w toku pozostało – 285 spraw.

Zasady, tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w 2023 r. w NFZ regulowały następujące przepisy: ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 775, 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 v2.0; procedura obowiązywała od: 01.01.2023 r. do 25.04.2023 r. oraz procedura do procesu: Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów v2.1; procedura obowiązuje od 26.04.2023 r.

W 2023 r. ewidencjonowanie skarg i wniosków odbywało się w rejestrze skarg i wniosków prowadzonym w aplikacji WEB.

Tabela nr VIII.2. Liczba wpływających, rozpatrzonych i przekazanych zgodnie z właściwością skarg i wniosków.

Na	Skargi:				Wnioski:			
	wpływające	rozpatrzone	przekazane wg właściwości		wpływające	rozpatrzone	przekazane wg właściwości	
			poza NFZ	do innego OW			poza NFZ	do innego OW
świadczeniodawcę	7 567	4 978	842	652	3	1	2	0
aptekę	42	27	5	4	0	0	0	0
osobę uprawnioną	0	0	0	0	0	0	0	0
NFZ	605	540	0	64	1	1	0	0
inne	144	11	97	11	5	3	1	0
Razem	8 358	5 556	944	731	9	5	3	0

W OW NFZ rozpatrzono: 4 887 skarg i 3 wnioski, przekazano zgodnie z właściwością: 1 514 skarg i 2 wnioski, w trakcie rozpatrywania pozostało: 357 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 1 065 skarg i 1 wniosek. Pozostawiono ad acta: 119 skarg. W Centrali NFZ rozpatrzono 669 skarg i 2 wnioski, przekazano zgodnie z właściwością: 161 skarg i 1 wniosek, w trakcie rozpatrywania pozostało 29 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 100 skarg. Z poprzedniego okresu sprawozdawczego rozpatrzono łącznie 543 skargi. Terminowo rozpatrzono 4 877 skarg i 3 wnioski. 10 skarg rozpatrzono nie dochowując ustawowego terminu rozpatrzenia.

Tabela nr VIII.3. Terminowość rozpatrzonych skarg i wniosków.

Na:	Liczba skarg rozpatrzonych:		Liczba wniosków rozpatrzonych:	
	terminowo	nieterminowo	terminowo	nieterminowo
świadczeniodawcę	2	3	4	5
aptekę	4 969	9	1	0
osobę uprawnioną	27	0	0	0
NFZ	0	0	0	0
inne	539	1	1	0
Razem	11	0	3	0

Tabela nr VIII.4. Zasadność rozpatrywanych skarg i wniosków.

Na:	Liczba skarg:			Liczba wniosków:		
	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych
świadczeniodawcę	2 005	2 342	631	0	1	0
aptekę	10	16	1	0	0	0
osobę uprawnioną	0	0	0	0	0	0
NFZ	35	477	28	0	1	0
inne	2	7	2	1	2	0
Razem	2 052	2 842	662	1	4	0

W oddziałach wojewódzkich NFZ 1 908 skarg uznano za zasadne, 2 394 skarg i 3 wnioski uznano za niezasadne, 585 skarg – za częściowo zasadne. W Centrali NFZ za zasadne uznano 144 skargi i 1 wniosek, 448 skarg i 1 wniosek za niezasadne i 77 skarg za częściowo zasadne.

Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców

Tabela nr VIII.5. Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców.

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosków:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
podstawowa opieka zdrowotna	świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	1 236	123	79	1 438
	świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	40	6	6	52
	świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej	18	1	3	22
	świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej	1	1	0	2
	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	129	30	9	168
	transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej	11	6	1	18
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	poradnie specjalistyczne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	963	159	51	1 173
	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	114	42	7	163
	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna	14	2	0	16
leczenie szpitalne (z wylęczeniem programów terapeutycznych - lekowych i chemioterapii)	oddziały szpitalne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	418	130	34	582
	świadczenia wyskospecjalistyczne	0	0	0	0
gospodarka lekiem	refundacja dla aptek ogólnodostępna	0	0	0	0
	terapeutyczne programy zdrowotne i chemioterapia	15	2	1	18
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	w warunkach oddziałów stacjonarnych	5	6	1	12
	w warunkach oddziału/ośrodka dziennego	4	1	0	5
	w warunkach ambulatoryjnych	73	7	4	84

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosek:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
	w zespole leczenia środowiskowego	0	0	0	0
rehabilitacja lecznicza	w warunkach ambulatoryjnych	126	28	6	160
	w warunkach domowych	34	5	2	41
	w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	26	3	1	30
	w warunkach stacjonarnych	49	10	7	66
opieka paliatywna i hospicyjna	oddział medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym	0	4	0	4
	świadczenia w hospicjum domowym	3	2	2	7
	świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	3	1	0	4
	świadczenia w poradni medycyny paliatywnej	0	0	0	0
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (opieka długoterminowa)	zespół długoterminowej opieki domowej	1	0	0	1
	pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	11	2	0	13
	ZOL/ZPO	6	4	10	20
leczenie stomatologiczne	stomatologia ogólna	177	58	38	273
	protetyka	37	111	12	160
	ortodoncja	15	3	4	22
	ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	0	0	0	0
	inne	14	3	2	19
lecznictwo uzdrowiskowe	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dorosłych	21	76	33	130
	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dzieci	0	1	0	1
	świadczenia uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego	1	0	2	3
	świadczenia rehabilitacji uzdrowiskowej	0	34	11	45
pomoc doraźna i transport sanitarny	świadczenia udzielane przez zespoły sanitarne typu N	2	2	0	4
ratownictwo medyczne	świadczenia udzielane przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	4	13	0	17
	świadczenia udzielane przez wodne podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	0	0	0	0
profilaktyczny program zdrowotny	profilaktyka raka szyjki macicy	6	0	0	6
	profilaktyka raka piersi	18	1	1	20
	program badań prenatalnych	2	0	0	2
	profilaktyka chorób odżywczych	1	0	0	1
świadczenia odrębnie kontraktowane	dializa otrzewnowa	0	0	0	0
	hemodializoterapia	0	1	1	2
	terapia hiperbaryczna	0	0	0	0

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosków:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
	tlenoterapia domowa	1	0	0	1
	żywnienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych	0	0	0	0
	badania zgodności tkankowej	0	0	0	0
	badania genetyczne	1	0	0	1
	badania izotopowe	2	0	0	2
	terapia izotopowa	0	0	0	0
	zaopatrzenie protetyczne	0	0	0	0
	pozytonowa tomografia emisyjna	2	0	1	3
	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej	0	0	0	0
	teleradioterapia stereotaktyczna	0	0	0	0
	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	0	0	0	0
	leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej	0	0	0	0
wyroby medyczne	wykonanie na zamówienie, po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy	0	0	0	0
	protezy kończyn dolnych	1	2	0	3
	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	1	1	0	2
	wyroby medyczne wykonywane seryjnie	13	10	8	31
	inne skargi	77	19	13	109
	wnioski	1	0	0	1
	Razem	3 714	914	351	4 979

Główna tematyka skarg zasadnych na działalność świadczeniodawców to: trudności z uzyskaniem transportu medycznego, zaniedbania zespołu ratownictwa medycznego, trudności w zarejestrowaniu, odmowa przyjęcia w dniu zgłoszenia, brak możliwości dodzwonienia się do placówki, nieprzestrzeganie harmonogramu pracy lekarza, odmowa przyjęcia deklaracji wyboru albo nieuprawniona zmiana deklaracji lekarza, nieuzasadnione skreślenie z listy pacjentów oczekujących na zabieg, odmowa udzielenia świadczenia przez lekarza, pielęgniarkę poz oraz pielęgniarkę niśoz, sprawozdawanie do NFZ świadczeń, które nie były wykonane, pobranie opłaty za świadczenia gwarantowane, jakość realizowanych świadczeń, czas oczekiwania na wynik badania mammograficznego, histopatologicznego, trudności z uzyskaniem wyników badań, niehonorowanie szczególnych uprawnień do świadczeń poza kolejnością, odmowa wypisania recept ze 100% zniżką dla osoby 60+ pomimo posiadanych uprawnień, trudności z uzyskaniem recepty, odmowa wykonania badań

diagnostycznych, brak opieki medycznej w sanatorium, brak możliwości realizacji skierowania z powodu braków formalnych, niezabezpieczenie badań niezbędnych do przeprowadzenia planowanego leczenia, wymaganie od pacjentów badań diagnostycznych przed wizytą w poradni specjalistycznej, nieudzielenie świadczenia pomimo dwukrotnego wyznaczenia daty wizyty, odmowa zapisania w kolejkę oczekujących, odmowa udzielenia pomocy w sor, termin wizyty niezgodny z informatorem o terminach leczenia, trudności z wyznaczeniem terminu udzielenia świadczenia w trybie pilnym, odwołanie terminu świadczenia i niewyznaczenie nowego, brak możliwości realizacji badań profilaktycznych, realizacja świadczeń niezgodna z harmonogramem, odległy termin realizacji świadczenia, nieprawidłowości w realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji, trudności w rejestracji dzieci na szczepienia, w ustaleniu terminu szczepienia, odmowa realizacji wizyty domowej, błędne wykazanie do rozliczenia nieudzielnego pacjentowi świadczenia, niezasadne udzielanie teleporad dzieciom poniżej 6 roku życia, odmowa wystawienia wniosku na leki w ramach RDTL, nieprawidłowe wystawienie e-skierowania, brak oceny stanu zdrowia po zakończonej krioterapii, odmowa wypisania zlecenia na zaopatrzenie ortopedyczne, trudności w rejestracji na zabiegi rehabilitacyjne, sposób realizacji rehabilitacji, skrócenie cyklu rehabilitacyjnego, czas oczekiwania na rehabilitację, odmowa rehabilitacji domowej ze względu na brak orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, odmowa założenia wkładki wewnątrzmacicznej, brak lekarzy psychiatrów dla dzieci i młodzieży, odmowa udzielenia świadczenia pacjentowi spoza listy, odmowa udzielenia świadczenia w zakresie stomatologii, niekompleksowe udzielanie świadczeń, trudności w uzyskaniu świadczenia z powodu rejonizacji.

Sposób załatwienia rozpatrywanych skarg i wniosków

Każda korespondencja klienta podlegała wnikliwej analizie i w zależności od treści korespondencji podejmowane są stosowne działania. W przypadku spraw dotyczących działalności NFZ przeprowadzane było postępowanie wyjaśniające. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego skarżący otrzymuje odpowiedź, a dyrektorzy OW NFZ lub dyrektorzy komórek organizacyjnych w Centrali NFZ otrzymywali zalecenie podjęcia działań naprawczych oraz stosownych czynności wobec skarżonych pracowników.

W przypadku rozpatrywania skarg na działalność świadczeniodawców, w większości przypadków konieczne było przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego. Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występowały o wyjaśnienia do świadczeniodawców i oceniały ich działania w świetle obowiązujących przepisów oraz warunków zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występowały również o zajęcie stanowiska przez komórki merytoryczne w oddziałach wojewódzkich NFZ, Centrali NFZ, Ministerstwie Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, a także do konsultantów wojewódzkich lub krajowych w danej dziedzinie medycyny. Jeżeli po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego skarga została uznana za zasadną, świadczeniodawcy byli pouczeni o konieczności przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, wzywani do prawidłowej realizacji zawartej umowy i zwrócenia uwagi na problemy zgłaszane przez pacjentów. Świadczeniodawcy mogli być ponadto objęci kontrolą w trybie skargowym z zastosowaniem środków określonych w przepisach i umowie.

W 2023 r. na podstawie rozpatrywanych skarg i wniosków w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ przeprowadzono 4 kontrole świadczeniodawców. Świadczeniodawcom wydano zalecenia pokontrolne oraz nałożono kary umowne. Lubelski OW NFZ w trzech przypadkach nałożył kary umowne. Lubuski OW NFZ nałożył karę umowną na świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej, który nagminnie nie odpowiadał na pisma oddziału, co uniemożliwiło wyjaśnienie skargi. Mazowiecki OW NFZ wystąpił do Prezesa NFZ o przeprowadzenie kontroli w trzech placówkach. Jedną karę umowną na świadczeniodawcę nałożył Warmińsko-Mazurski OW NFZ. W Zachodniopomorskim OW NFZ na jednego świadczeniodawcę nałożono karę umowną oraz rozwiązano umowę z dwoma świadczeniodawcami. W Centrali NFZ sprawy, które budziły wątpliwości, były przekazywane dyrektorom OW NFZ w celu wykorzystania służbowego lub wzmocnienia nadzoru nad realizacją warunków umów.

Problematyka skarg na działalność NFZ dotyczyła m.in.: przewlekłości postępowania oddziału wojewódzkiego NFZ podczas rozpatrywania spraw, nieterminowego procedowania sprawy o ustalenie właściwego ustawodawstwa, przewlekłości postępowania w zakresie procedowania skierowania na leczenie uzdrowiskowe, niepoinformowania o zakwalifikowaniu na leczenie uzdrowiskowe, odmowy przyjęcia skierowania na leczenie uzdrowiskowe z powodu utraty daty ważności, kierowania do sanatorium z ograniczeniami dostępności dla wózków elektrycznych, zastrzeżeń do warunków lokalowych w Sali Obsługi Klientów, sposobu procedowania skargi i zastrzeżeń do udzielonej odpowiedzi, zastrzeżeń do procedowania sprawy o zwrot kosztów leczenia poza granicami, sposobu procedowania wniosku o transport sanitarny, nieudzielenia odpowiedzi na pismo, sposobu procedowania wniosku o rozwiązanie umowy dobrowolnego ubezpieczenia, zastrzeżeń do odpowiedzi na zgłoszenie o nieprawidłowościach na IKP, zastrzeżeń do obsługi w punkcie obsługi klientów, zachowania kierownika CUW podczas rozmowy telefonicznej, sposobu weryfikacji danych w CWU i wydania karty EKUZ, przekazania odpowiedzi na nieprawidłowy adres, bezczynności w sprawie wydania kopii dokumentów, nieinformowania przez TWK o podejmowanych czynnościach i konieczności przedłużenia prowadzonego postępowania.

Działania podejmowane w celu zmniejszenia liczby skarg

W celu zmniejszenia liczby skarg podejmowano m.in. następujące działania:

- prowadzono postępowania wyjaśniające i przypominano o konieczności przestrzegania przepisów, warunków umowy oraz o prawach pacjenta,
- kierowano pouczenia do świadczeniodawców zobowiązujące ich do realizacji umowy zgodnie z przepisami, nakładano kary umowne na świadczeniodawców,
- zobowiązywano świadczeniodawców do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących zasad udzielania świadczeń,
- informowano świadczeniobiorców o przysługujących im prawach i obowiązujących zasadach udzielania świadczeń,
- anonimowo monitorowano działalność świadczeniodawców i dostęp do świadczeń,
- kierowano skargi do właściwych podmiotów, instytucji i organów,

- przekazywano świadczeniodawcom komunikaty o zmianach/aktualizacjach przepisów i wytycznych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
- współpracowano z mediami (prasa, telewizja) i przekazywano informacje dotyczące sposobu i trybu rozpatrywania skarg i wniosków składanych przez świadczeniobiorców,
- organizowano spotkania ze świadczeniobiorcami w ramach wydarzeń zewnętrznych, prelekcji, wykładów i innych form spotkań,
- corocznie Małopolski OW NFZ organizuje spotkania osób pełniących obowiązki pełnomocników do spraw pacjentów w małopolskich szpitalach z przedstawicielami OW NFZ, zajmującymi się rozpatrywaniem skarg i bezpośrednią obsługą świadczeniobiorców,
- Opolski OW NFZ zorganizował akcję edukacyjną: „Lekcje z NFZ” oraz szkolenie dla lekarzy w Opolskiej Izbie Lekarskiej,
- w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w pracy oddziału wojewódzkiego NFZ lub komórki organizacyjnej, Biuro Nadzoru Wewnętrznego niezwłocznie przeprowadzało postępowania wyjaśniające oraz zalecało podjęcie działań naprawczych, np.: zobowiązanie dyrektora do wzmocnienia nadzoru nad realizacją zadań przez podległych pracowników, przeprowadzenie szkoleń dla pracowników, przeprowadzenie rozmów dyscyplinujących z pracownikami, przestrzeganie zasady terminowego procedowania prowadzonych spraw i udzielania odpowiedzi.

Przyjęcia osobiste pacjentów w sprawach skarg i wniosków

Pacjenci w sprawach skarg i wniosków przyjmowani są w pomieszczeniach, zapewniających ochronę danych osobowych, poufność oraz bezpieczeństwo pracownika NFZ. Przyjęcia były realizowane zgodnie z procedurą Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów wersja 2.0 i wersja 2.1 oraz Księgą Jakości Obsługi Klientów NFZ. Podczas przyjęcia skargi lub wniosku do protokołu jest realizowany obowiązek informacyjny dotyczący przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych. Podczas przyjęć osobistych pracownicy NFZ udzielają również informacji na temat ogólnych zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, kierując się zasadami dostępności, profesjonalizmu i życzliwości.