

Znak: *GPF-WK.070.1.2021*
2021.114145.CKKA

Warszawa, 13.05.2021

Pan

Bartłomiej Chmielowiec

Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowny Panie Rzeczniku,

w odpowiedzi na pismo z 4 stycznia 2021 r., znak: RzPP-DSD.033.3.2020.MR, w sprawie informacji do sprawozdania z przestrzegania praw pacjenta, przekazuję statystyki w zakresie skarg i wniosków kierowanych przez pacjentów w 2020 r. do Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze wskazaniem ich przedmiotu oraz dodatkowe informacje.

Przyjęte zasady i tryb przyjmowania, rozpatrywania i ewidencjonowania skarg i wniosków.

Zasady, tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w 2020 r. w Narodowym Funduszu Zdrowia regulowały następujące przepisy i regulacje wewnętrzne:

1. Kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 256, z późn.zm.),
2. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz.U. Nr 5, poz. 46),
3. zarządzenie Nr 139/2019/DK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 października 2019 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia, uchylone zarządzeniem Nr 192/2020/DOK z 11 grudnia 2020 r.,
4. procedura do procesu: Obsługa skarg i wniosków v1.0; procedura obowiązuje od 02.12.2020 r.

Liczba wpływających, rozpatrzonych i przekazanych zgodnie z właściwością skarg i wniosków.

Na:	Skargi:				Wnioski:			
	wpływające	rozpatrzono	przekazane wg właściwości		wpływające	rozpatrzono	przekazane wg właściwości	
			poza NFZ	do innego OW			poza NFZ	do innego OW
1	2	3	4	5	6	7	8	9
świadczeniodawcę	6 106	4 376	684	444	2	1	0	1
aptekę	28	17	4	4	0	0	0	0
osobę uprawnioną	3	0	1	0	0	0	0	0
NFZ	522	480	0	37	0	0	0	0
inne	166	20	66	39	2	0	2	0
razem	6 825	4 893	755	524	4	1	2	1

W oddziałach wojewódzkich NFZ rozpatrzono: 4 360 skarg i 1 wniosek, przekazano zgodnie z właściwością: 949 skarg, w trakcie rozpatrywania pozostało: 476 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 564 skargi z powodu: braku niezbędnych danych, braku upoważnienia do występowania w imieniu osoby skarżącej, niewyrażenia zgody na odtajnienie danych, nieuzupełnienia skargi o wymagane dane, wycofania skargi (50 skarg), anonimowego złożenia skargi.

W Centrali NFZ rozpatrzono 533 skargi, przekazano zgodnie z właściwością: 330 skarg i 3 wnioski, w trakcie rozpatrywania pozostało 30 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 67 skarg z powodu: nieuzupełnienia upoważnienia do występowania w imieniu innej osoby, anonimowego złożenia skargi, wycofania, braku kompetencji NFZ.

Zasadność rozpatrywanych skarg i wniosków.

Na:	Liczba skarg:			Liczba wniosków:		
	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych
1	2	3	4	5	6	7
świadczeniodawcę	1 278	2 404	693	0	1	0
aptekę	7	11	0	0	0	0
osobę uprawnioną	0	0	0	0	0	0
NFZ	47	415	18	0	0	0
inne	2	18	0	0	0	0
razem	1 334	2 848	711	0	1	0

W oddziałach wojewódzkich NFZ – 1 255 skarg uznano za zasadne, 2 451 skarg i 1 wniosek uznano za niezasadne, 654 skargi – za częściowo zasadne.

W Centrali NFZ za zasadne uznano – 79 skarg, 397 skarg za niezasadne i 57 skarg za częściowo zasadne.

Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców.

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosków:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
1	2	3	4	5	6
podstawowa opieka zdrowotna	świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	1 144	174	135	1 453
	świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	25	8	4	37
	świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej	7	6	0	13
	świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej	3	0	0	3
	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	121	40	7	168
	transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej	5	2	1	8
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	poradnie specjalistyczne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	723	125	85	933
	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	36	23	5	64
	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna	23	9	3	35
leczenie szpitalne (z wyłączeniem programów terapeutycznych - lekowych i chemioterapii)	oddziały szpitalne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	316	181	51	548
	świadczenia wysokospecjalistyczne	2	0	2	4
gospodarka lekiem	refundacja dla aptek ogólnodostępna	4	3	2	9
	terapeutyczne programy zdrowotne i chemioterapia	19	2	3	24
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	w warunkach oddziałów stacjonarnych	7	6	4	17
	w warunkach oddziału/ośrodka dziennego	2	4	1	7
	w warunkach ambulatoryjnych	23	4	1	28
	w zespole leczenia środowiskowego	1	0	0	1
rehabilitacja lecznicza	w warunkach ambulatoryjnych	131	25	20	176
	w warunkach domowych	11	5	1	17
	w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	28	7	1	36
	w warunkach stacjonarnych	45	14	14	73
opieka paliatywna i hospicyjna	oddział medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym	2	2	2	6
	świadczenia w hospicjum domowym	3	2	0	5

	świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	0	0	0	0
	świadczenia w poradni medycyny paliatywnej	1	0	0	1
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (opieka długoterminowa)	zespół długoterminowej opieki domowej	1	0	0	1
	pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	7	4	3	14
	ZOL/ZPO	14	22	6	42
leczenie stomatologiczne	stomatologia ogólna	99	36	37	172
	Protetyka	28	63	13	104
	Ortodoncja	13	2	3	18
	ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	5	0	0	5
	Inne	6	1	2	9
lecznictwo uzdrowiskowe	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dorosłych	12	59	23	94
	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dzieci	0	6	1	7
	świadczenia uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego	0	2	1	3
	świadczenia rehabilitacji uzdrowiskowej	2	5	14	21
pomoc doraźna i transport sanitarny	świadczenia udzielane przez zespoły sanitarne typu N	3	1	0	4
ratownictwo medyczne	świadczenia udzielane przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	16	17	5	38
	świadczenia udzielane przez wodne podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	0	0	0	0
profilaktyczny program zdrowotny	profilaktyka raka szyjki macicy	0	0	0	0
	profilaktyka raka piersi	1	4	2	7
	program badań prenatalnych	0	0	0	0
	profilaktyka chorób odytoniowych	0	0	0	0
świadczenia odrębnie kontraktowane	dializa otrzewnowa	1	0	0	1
	hemodializoterapia	1	1	0	2
	terapia hiperbaryczna	2	0	0	2
	tlenoterapia domowa	1	0	0	1
	żywienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych	0	0	0	0
	badania zgodności tkankowej	0	0	0	0
	badania genetyczne	1	0	0	1
	badania izotopowe	0	0	0	0
	terapia izotopowa	1	0	0	1
	zaopatrzenie protetyczne	0	0	0	0
pozytonowa tomografia	0	0	0	0	

	emisyjna				
	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej	0	0	0	0
	teleradioterapia stereotaktyczna	0	0	0	0
	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	0	0	0	0
	leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej	0	0	0	0
wyroby medyczne	wykonanie na zamówienie, po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy	0	0	0	0
	protezy kończyn dolnych	0	3	0	3
	protezy kończyn górnych	0	0	1	1
	ortezy kończyn dolnych i górnych, gorsety oraz wyposażenie dodatkowe	1	2	0	3
	obuwie ortopedyczne	0	1	0	1
	wyroby medyczne wykonywane na zamówienie	0	0	0	0
	wyroby medyczne wykonywane seryjnie	7	1	1	9
inne skargi	96	19	31	146	
wnioski	0	0	0	0	
razem	3 000	891	485	4 376	

Sposób załatwienia rozpatrywanych skarg i wniosków.

Rozpatrywanie skarg i wniosków, w większości przypadków, wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego. W przypadku skarg dotyczących działalności świadczeniodawców postępowanie polega na uzyskaniu stanowiska, wyjaśnień kierownika skarżonego podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz oceny podstaw prawnych działania świadczeniodawcy wobec pacjenta w świetle warunków zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zdarza się, że postępowanie wyjaśniające wymaga uzyskania stanowiska konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w danej dziedzinie medycyny. Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występują również o zajęcie stanowiska do komórek merytorycznych w oddziale wojewódzkim, centrali NFZ lub w Ministerstwie Zdrowia.

Zasadniczą kwestią jest wskazywanie świadczeniodawcom obowiązku dostosowania sposobu działania do obowiązujących regulacji prawnych, nie tylko w zgłaszanych przez pacjentów indywidualnych przypadkach, lecz we wszystkich analogicznych sytuacjach. W sytuacji, gdy prowadzone postępowanie wyjaśniające potwierdza zasadność złożonych skarg,

świadczeniodawcy są pouczani o konieczności przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i wzywani do prawidłowej realizacji zawartej umowy. Mogą też zostać objęci kontrolą prowadzoną w trybie skargowym lub czynnościami sprawdzającymi przeprowadzanymi przez komórki właściwe do kontroli. W sytuacji rażącego naruszenia umowy, dyscyplinowani są w sposób określony warunkami umowy.

W 2020 r. w oddziałach wojewódzkich NFZ, na podstawie wniosków komórek organizacyjnych właściwych do spraw skarg i wniosków, zostały przeprowadzone postępowania kontrolne polegające na sprawdzeniu prawidłowości:

- 1) realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: świadczenia lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczenia pielęgniarki szkolnej; wydano zalecenia pokontrolne; kontrola zasadna;
- 2) realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: trudności w dodzwonieniu się do placówek i uzyskaniu świadczenia; kontrola niezasadna.

W 2020 r. w NFZ, na podstawie skarg udostępnionych do Departamentu Kontroli, pracownicy Terenowych Wydziałów Kontroli przeprowadzili czynności sprawdzające. W części zgłoszonych skarg, potwierdzono nieprawidłowości w działaniu świadczeniodawców. W takich przypadkach, na świadczeniodawców zostały nałożone kary umowne oraz wystosowano pouczenia.

Pracownicy komórek właściwych ds. skarg prowadzili doraźne „kontrole telefoniczne” świadczeniodawców, co do których Pacjenci zgłaszali trudności z dostępem lub brak możliwości kontaktu. Ponadto, w wyniku przeprowadzanych przez oddziały wojewódzkie postępowań wyjaśniających, w zakresie rozpatrywania skarg i wniosków, stwierdzano przypadki nieprawidłowości u świadczeniodawców, które nie kwalifikowały się do postępowań kontrolnych. Jednak, w przypadkach niewykonania umowy lub niewłaściwego jej wykonania, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ, działając na podstawie przepisów § 30 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 320, z późn.zm.), nakładali kary umowne.

W przypadku skarg dotyczących działalności NFZ, jeżeli rozpatrzenie skargi lub wniosku wymaga uprzedniego zbadania i wyjaśnienia sprawy, komórki organizacyjne właściwe do spraw

skarg i wniosków, zbierają niezbędne materiały i wyjaśnienia. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego udzielana jest odpowiedź Skarżącemu oraz podejmowane są stosowne czynności wobec skarżonych pracowników.

Skargi i wnioski dotyczące działalności NFZ.

Przedmiot skargi/wniosku:	Liczba rozpatrzonych:			
	skarg	w tym zasadne	wniosków	w tym zasadne
1	2	3	4	5
praca komórek organizacyjnych w siedzibie OW/C NFZ	141	24	0	0
praca delegatur OW/C NFZ	12	0	0	0
indywidualny kontakt pracownika ze świadczeniobiorcą	19	3	0	0
realizacja skierowań na leczenie uzdrowiskowe	287	19	0	0
realizacja wniosków na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	13	1	0	0
inne – wyszczególnić	8	0	0	0
razem	480	47	0	0

W 2020 r. skargi zasadne na działalność Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczyły:

1. pracy komórek organizacyjnych w siedzibie OW/C NFZ:

- a) brak kontaktu z OW NFZ, trudności w wyjaśnieniu sprawy niepotwierdzenia prawa do świadczeń przez system eWUŚ,
- b) nieterminowe udzielenie odpowiedzi z powodu błędu pracownika komórki organizacyjnej,
- c) termin rozpatrzenia wniosku o wydanie karty EKUZ,
- d) nieprzekazanie lekarzowi oceniającemu skierowanie istotnej dokumentacji medycznej;
- e) nieprecyzyjne informacje na stronie internetowej NFZ w zakresie wypełnienia wniosku o wydanie EKUZ,
- f) monitorowanie przez OW NFZ sytuacji utrudnionego dostępu do lekarzy przychodni w czasie stanu epidemii,
- g) wysyłanie do pacjentów podczas wprowadzonego stanu epidemii wiadomości tekstowych wzywających do zwrotu do OW NFZ oryginałów skierowań na leczenie uzdrowiskowe,
- h) zastrzeżenia do sposobu rozpatrywania zgłoszeń dotyczących nieprawidłowości w publikowanych danych w informatorze o kolejkach,

- i) udostępnianie nieprawidłowych danych kontaktowych świadczeniodawców na stronie NFZ w ZIP (w wyszukiwarce "Gdzie się leczyć"),
- j) nieudzielenie odpowiedzi przez OW NFZ na skargę na świadczeniodawcę,
- k) zastrzeżenia do treści odpowiedzi udzielonej przez OW NFZ,
- l) opieszałość w podejmowanych czynnościach w związku ze złożonym wnioskiem o przywrócenie terminu do wniesienia odwołania od wydanej przez OW NFZ decyzji administracyjnej,
- m) zastrzeżenia do sposobu przekazywania korespondencji do skarżącej przez OW NFZ,
- n) przekazanie pacjentce niepełnego wykazu zawierającego liczbę udzielonych świadczeń,
- o) daty udzielenia i nazwy placówek medycznych rozliczonych przez NFZ na rzecz zmarłego męża,
- p) opieszałość podejmowanych działań w sprawie weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego,
- q) nieudzielenie przez OW NFZ odpowiedzi na skargę w terminie (trzykrotne wyznaczanie skarżącemu nowego terminu załatwienia sprawy, bez podania przyczyny zwłoki),
- r) uniemożliwienie przez OW NFZ przeprowadzenia konsultacji u konsultantów wojewódzkich,
- s) opieszałość/przewlekłość w prowadzeniu spraw przez OW NFZ,
- t) niewydawanie/niedostarczenie karty EKUZ.

2. Indywidualny kontakt pracownika ze świadczeniobiorcą:

- a) nieuprzejme zachowanie pracownika wobec klienta,
- b) zastrzeżenia do obsługi pacjenta i sposobu udzielania informacji przez pracownika OW NFZ,
- c) udzielenie przez pracownika OW NFZ nieprawidłowej informacji dotyczącej sposobu zgłoszenia do NFZ braku potwierdzenia prawa do świadczeń.

3. Realizacja skierowań na leczenie uzdrowiskowe:

- a) kwalifikacja prośby o zmianę terminu leczenia z powodu obawy zakażenia koronawirusem jako rezygnacji,
- b) niewłaściwy sposób obliczenia terminu weryfikacji skierowania,
- c) wykreślenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe z kolejki oczekujących,
- d) sposób kwalifikacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe,

- e) odmowa potwierdzenia skierowania wspólnie z bliską osobą,
 - f) odmowa kwalifikacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
 - g) odmowa możliwości skorzystania z wyjazdu na leczenie uzdrowiskowe z tzw. „zwrotów”,
 - h) odrzucenie prośby o zmianę miejsca leczenia sanatoryjnego (niewskazanie sanatorium, w którym dostępne są pokoje 1-osobowe),
 - i) uznanie prośby o zmianę terminu leczenia jako nieuzasadnionej rezygnacji z leczenia, wycofanie z kolejki oczekujących skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
 - j) wyznaczenie małżeństwu wyjazdu uzdrowiskowego w osobnych terminach i placówkach (pomimo prośby),
 - k) niezakwalifikowanie pacjenta na szpitalne leczenie uzdrowiskowe pomimo uzupełnionej dokumentacji medycznej,
 - l) nieuwzględnienie szczególnych uprawnień pacjenta jako Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi podczas wyznaczania terminu leczenia uzdrowiskowego,
 - m) zbyt późne powiadomienie pacjentki przez OW NFZ o wyznaczonym terminie leczenia uzdrowiskowego,
 - n) zaginięcie skierowań na leczenie uzdrowiskowe przesłanych przez OW NFZ do pacjentów oraz przekroczenie terminu udzielenia odpowiedzi pacjentom.
4. Realizacja wniosków na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:
- a) odmowa potwierdzenia zlecenia na wózek inwalidzki dla osoby posiadającej szczególne uprawnienia.

Działania podejmowane w celu zmniejszenia liczby skarg.

Oddziały wojewódzkie i Centrala NFZ, w celu zmniejszenia liczby składanych skarg podejmowały poniżej wymienione działania:

1. Do dyrektorów OW NFZ kierowano pisma z prośbą o wzmocnienie nadzoru służbowego nad pracownikami wykonującymi zadania z zakresu rozpatrywania skarg i wniosków. Zlecono przeprowadzenie szkoleń dla ww. pracowników z przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego oraz rzetelnego i wnikliwego prowadzenia spraw.

2. Dyrektorzy OW NFZ wzmocnili nadzór służbowy nad pracownikami w zakresie rzetelnego procedowania skierowań na leczenie uzdrowiskowe, uwzględniającego posiadanie przez

pacjentów szczególnych uprawnień oraz do bezwzględnego przestrzegania terminów dotyczących informowania pacjentów o wyznaczonym terminie leczenia uzdrowiskowego.

3. W przypadku skarg, których przedmiotem były zastrzeżenia do odpowiedzi udzielonych przez OW NFZ na skargi dotyczące świadczeniodawców, niejednokrotnie zobowiązywano dyrektorów OW NFZ do poinformowania Centrali NFZ o poczynionych ustaleniach po zakończeniu postępowania wyjaśniającego oraz podjętych działaniach. Monitorowano sposób postępowania OW NFZ w ww. sprawach.

4. Kierowników komórek organizacyjnych Centrali NFZ zobowiązywano do podawania pełnego adresu skrytki nadawczej interesariuszy podczas przekazywania spraw do OW NFZ do rozpatrzenia, wpływających za pośrednictwem platformy ePUAP.

5. Występowano do świadczeniodawców o podejmowanie działań mających na celu poprawę dostępności oraz jakości udzielanych świadczeń oraz wysyłano pisma przypominające zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Wysyłano do świadczeniodawców pisma przypominające zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

7. Aktualizowano informacje dotyczące możliwości skorzystania z opieki lekarza POZ, e-recept oraz lekarzy specjalistów. Aktualizowano wykazy placówek, które oprócz teleporad realizowały wizyty osobiste pacjentów.

8. Podejmowano współpracę z mediami (prasa, telewizja) polegającą na udzielaniu wyjaśnień w zakresie sposobu i trybu rozpatrywania skarg i wniosków.

9. Realizowano projekt – weryfikacja telefoniczna świadczeniodawców jako „anonimowy pacjent”, w celu monitorowania realizacji warunków umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami.

10. Prowadzono szkolenia dla świadczeniodawców z cyklu: „Zasady udzielania informacji o świadczeniach zdrowotnych realizowanych przez świadczeniodawców oraz prawach przysługujących pacjentom”.

11. Cyklicznie organizowano spotkania osób pełniących obowiązki pełnomocników do spraw pacjentów w małopolskich szpitalach z przedstawicielami Małopolskiego OW NFZ, mające na celu wymianę doświadczeń, oraz usprawnienie rozpatrywania skarg.

12. Publikowano informatory i ulotki informacyjne.

Czynności podjęte przez Departament Kontroli w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Departament Kontroli zaobserwował ograniczenie dostępności do świadczeń Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).

Liczne doniesienia medialne o zamkniętych POZ, sygnały na infolinię NFZ oraz skargi od Rzecznika Praw Pacjenta i przedstawicieli samorządów terytorialnych na ograniczoną dostępność do POZ lub też jej brak, stanowiły podstawę do podjęcia przez NFZ pilnych działań wyjaśniających lub kontroli. Dlatego też w II połowie 2020 r. Departament Kontroli przeprowadził m.in. telefoniczną weryfikację dostępności POZ na terenie całego kraju. Weryfikacja została przeprowadzona przez pracowników Terenowych Wydziałów Kontroli w 6.216 podmiotach (w 9.109 lokalizacjach). Proces ten przeprowadzono dwukrotnie.

Jednolity algorytm weryfikacji dostępności poradni POZ przewidywał, że w przypadku nawiązania kontaktu telefonicznego z poradnią dopiero za 4-8 razem jednego dnia, odnotowywane było ograniczenie dostępności do poradni, co skutkowało wysłaniem do poradni pisma w sprawie dostosowania organizacji pracy placówki w sposób umożliwiający bieżący kontakt, w szczególności telefoniczny. W przypadku nieskutecznych 8 prób nawiązania kontaktu telefonicznego z poradnią, kontrolerzy NFZ przeprowadzali jej wizytację, by sprawdzić, czy jest czynna. W przypadku czynnych poradni POZ otrzymywały one ww. pisma. Nieczynne poradnie POZ poddane były kontrolom w trybie art. 61v ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

Podjęte działania skutkowały polepszeniem organizacji pracy w jednostkach POZ, co przełożyło się na zmniejszenie liczby placówek, w których stwierdzono ograniczenie lub brak dostępności telefonicznej. W związku z tym w I etapie weryfikacji ograniczenie dostępności lub jej brak odnotowano w 14% lokalizacji (całkowity brak dostępności telefonicznej do POZ w 5%, jej ograniczenie w 9%). Natomiast w II etapie weryfikacji ograniczenie dostępności lub jej brak odnotowano w 3% lokalizacji (całkowity brak dostępności telefonicznej do POZ w 1%, jej ograniczenie w 2%).

W rezultacie w obu etapach wysłano do poradni POZ 1.150 pism dyscyplinujących, a także przeprowadzono 328 wizytacji i 37 kontroli w trybie art. 61v ww. ustawy.

2. Departament Kontroli obserwuje zjawisko odmów przyjęć pacjentów przywiezionych przez zespoły ratownictwa medycznego do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) lub Izb Przyjęć (IP).

W okresie od sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. Departament Kontroli wszczął 35 postępowań kontrolnych związanych z weryfikacją prawidłowości realizacji umów w rodzaju

leczenie szpitalne w obszarze weryfikacji dostępności do świadczeń w kontekście odmów przyjęć pacjentów przywiezionych przez zespoły ratownictwa medycznego do SOR lub IP.

Zakończono 23 z ww. postępowań kontrolnych, 12 nadal jest w toku. W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych nałożono kary umowne w łącznej kwocie 475 323,05 zł.

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2020 r. w kontekście zwalczania epidemii COVID-19

Rok 2020 był rokiem szczególnie trudnym dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce w związku rozszerzającą się pandemią COVID-19.

Wejście w życie przepisów ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842 z późn. zm.), zwanej dalej „specustawą COVID-19”, umożliwiło stworzenie specjalnego systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, dedykowanego placówkom ochrony zdrowia najbardziej zaangażowanym w zwalczanie epidemii COVID-19.

System ten poprzez zastosowanie mechanizmów opartych o połączenie finansowania w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń opieki zdrowotnej miał przede wszystkim na celu zagwarantować placówkom medycznym zaangażowanym w zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19 stabilność finansową w okresie epidemii.

Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz lekarzy i lekarzy dentyistów finansowane były przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Uwzględniając strukturę organizacyjną podmiotów wykonujących działalność leczniczą, rodzaj wykonywanej działalności leczniczej oraz zasoby kadrowe i sprzętowe, w celu optymalnego wykorzystania istniejącego w poszczególnych województwach potencjału, przepisami specustawy COVID-19 określono, iż świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, będą udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub lekarzy i lekarzy dentyistów, wpisanych do wykazu opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z wojewodą.

Na wykazach umieszczone zostały podmioty wykonujące działalność leczniczą niezbędne do zabezpieczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na obszarze danego województwa. Wykazy zostały ogłoszone w wojewódzkim dzienniku urzędowym w drodze obwieszczenia wojewody oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 9 ust. 3 „specustawy COVID-19” Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia upoważniony został do określenia zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. W związku z tym Prezes NFZ, w wydanych zarządzeniach, określił zasady sprawozdawania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (wzór sprawozdania przekazywanego przez podmioty udzielające tych świadczeń) oraz warunki ich rozliczania (w szczególności produkty rozliczeniowe i ich wartości) przez podmioty wpisane do wykazu. Reagując na zmieniające się w trakcie trwania epidemii okoliczności Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wielokrotnie dokonywał zmiany zarządzenia w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Zmiany zarządzenia dotyczyły w szczególności rozszerzenia katalogu produktów rozliczeniowych oraz aktualizacji ich wartości.

Wskazać należy, że w odniesieniu do produktu rozliczeniowego *Oplata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń*, z uwagi na jego zindywidualizowany charakter nie określono wartości w złotych. Wartość tego produktu określana jest indywidualnie dla każdego podmiotu wpisanego do wykazu przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, przy uwzględnieniu realizacji świadczeń w poprzednich okresach rozliczeniowych. Powyższa konstrukcja umożliwiła zapewnienie podmiotom leczniczym środków finansowych na poziomie porównywalnym do uzyskiwanych na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez utworzony w ten sposób mechanizm kompensacji utraconych przychodów w związku z wykonywaniem zadań powierzonych w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19.

Ponadto w celu zagwarantowania placówkom medycznym stabilności finansowej w okresie epidemii COVID-19 i związanym z tym znaczącym ograniczeniem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przygotowano zestaw instrumentów finansowych, w tym w szczególności:

1. Wzrost wyceny punktu rozliczeniowego.

NFZ przeznaczył środki finansowe pochodzące z funduszu zapasowego NFZ na sfinansowanie zwiększenia wyceny punktu w ryczałcie PSZ (tj. poziomie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) o ok 8 proc. Przeszacowanie wartości ryczałtu, zostało naliczone o ok. 5% od stycznia 2020 r. oraz o ok. 3% od lipca 2020 r.

2. Płatność rat kontraktowych niezależnie od poziomu realizacji świadczeń.

Wypłacanie placówkom, które zostały zmuszone do ograniczania dotychczasowej działalności, a nie biorą bezpośredniego udziału w walce z koronawirusem, kwot porównywalnych do tych, które otrzymałyby realizując swój kontrakt w dotychczasowych warunkach (na wniosek jednostki) – w związku z wprowadzeniem zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 14 marca 2020 r., z dnia 15 kwietnia 2020 r., 17 października 2020 r. i 2 grudnia 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 437, 696, 1837 i 2142).

3. Szybsze i częstsze wypłaty środków finansowych.

Przyspieszono i zwiększono częstotliwość wypłaty środków wynikających z kontraktów – na wniosek świadczeniodawcy – nawet do 4 razy w miesiącu. Terminy płatności zostały skrócone z 14 dni kalendarzowych do maksymalnie 5 dni roboczych – w związku z wprowadzeniem zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 14 marca 2020 r. i z dnia 15 kwietnia 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 437 i 696).

Działania NFZ w zakresie poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2020, w tym działania okresowe wynikające z COVID-19.

1. Podstawowa opieka zdrowotna

- powszechne udostępnienie przekazywania recept i skierowań drogą elektroniczną (e-recepty, e-skierowania);
- wprowadzenie teleporady lekarza POZ;
- zwiększenie dostępności do świadczeń lekarza POZ na terenach o małej gęstości zaludnienia (finansowanie wynagrodzenia lekarza, który zdecyduje się rozpocząć pracę w praktyce POZ na terenie o małej gęstości zaludnienia);

- zwiększenie liczby świadczeń zapobiegających nowotworom szyjki macicy poprzez umożliwienie w programie profilaktycznym raka szyjki macicy pobieranie cytologii przez uprawnioną pielęgniarkę POZ;
- zwiększenie liczby świadczeń zapobiegających chorobom układu krążenia poprzez dodatkowe premiowanie za ilość pacjentów kwalifikowanych do programu profilaktyki ChUK;
- zwiększenie liczby świadczeń udzielanych pacjentom chorym przewlekle poprzez dodatkowe premiowanie objęcia ich opieką lekarską.

2. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

- od 1 stycznia 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwił wystawianie i weryfikację zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu¹ podczas wizyty pacjenta u osoby uprawnionej np. lekarza, przy wykorzystaniu aplikacji udostępnionej przez NFZ (<https://ezwm.nfz.gov.pl/ap-zz/>) lub z własnej aplikacji zintegrowanej z system NFZ. Udostępnione rozwiązanie nie jest zleceniem elektronicznym (e-zleceniem), a jedynie elektroniczną weryfikacją i potwierdzeniem zlecenia przez NFZ. Nadal obowiązuje wersja papierowa zlecenia, zgodnie ze wzorem określonym w rozporządzeniu w sprawie wzoru zlecenia²;
- wystawianie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w ramach teleporady lekarza POZ. W takim przypadku po pozytywnej weryfikacji zlecenia, osoba uprawniona do jego wystawienia np. lekarz/pielęgniarka przekazuje pacjentowi telefonicznie/e-mailem/wiadomością SMS informację o wygenerowanym przez system e-ZWM numerze zlecenia (*Unikalny numer identyfikacyjny*). Nie jest wymagany wydruk części I i II zlecenia (*WYSTAWIENIE ZLECENIA, WERYFIKACJA ZLECENIA*);
- potwierdzanie zleceń wystawionych w formie papierowej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności drogą elektroniczną. W takim przypadku pacjent, osoba uprawniona do wystawienia zlecenia (lekarz, felczer, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta), przychodnia lub realizator zaopatrzenia w wyroby medyczne może przekazać za pomocą skanu, e-maila, fax-u zlecenie do potwierdzenia przez OW NFZ. Po pozytywnej weryfikacji zlecenia, OW NFZ przekaże informację zwrotną o wygenerowanym przez system e-ZWM numerze zlecenia (np. telefonicznie

¹ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2019 r. poz. 1267 ze zm.)

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 1555)

lub poprzez e-mail). Nie jest wymagane przesyłanie przez NFZ części II zlecenia (*WERYFIKACJA ZLECENIA*).

3. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

- w poradni endokrynologicznej wprowadzono odrębnie finansowany pakiet badań diagnostyczny dla chorób tarczycy. Nowe świadczenie diagnostyczne finansowane jest ryczałtowo i powinno być zakończone postawieniem diagnozy, ustaleniem terapii oraz określeniem możliwości przejęcia opieki przez lekarza POZ. Celem ww. zmiany jest ograniczenie nieuzasadnionego dzielenia porad diagnostycznych, zachęta do skrócenia kolejki i przesuwanie zdiagnozowanych pacjentów do objęcia opieką w POZ (Zarządzenie Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ);
- wprowadzono osobno finansowane porady pielęgniarskie i położnej w niektórych zakresach AOS. Zmiany w tym zakresie stanowią wprowadzenie w życie przepisów rozporządzenia MZ z dnia 23 września 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Na podstawie przepisów niniejszego zarządzenia wydzielony został zakres skojarzony: ambulatoryjna opieka pielęgniarska lub położnej (AOP), który stosuje się do zakresów wskazanych w rozporządzeniu AOS: chirurgii ogólnej, ginekologii i położnictwa, kardiologii i diabetologii (Zarządzenie Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ);
- wprowadzono, zgodnie z ww. nowelizacją rozporządzenia AOS, do rozliczania świadczeń w poradni chirurgicznej porady zabiegowe związane z nacięciem ropnia;
- przywrócono możliwość rozliczania świadczenia w AOS wykonania wlewu do pęcherza moczowego szczepionki BCG dla chorych z nowotworem pęcherza (Zarządzenie Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ);
- wprowadzono bezlimitowe rozliczanie i finansowanie świadczeń w zakresach skojarzonych pierwszorazowych do następujących zakresów: endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz endokrynologii dla dzieci, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej i ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci i dorosłych. Rozliczanie zgodnie z rzeczywistym wykonaniem, powinno zmotywować świadczeniodawców do poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnych we wskazanych dziedzinach medycyny (Zarządzenie Nr 25/2020/DSOZ Prezesa NFZ).

4. Rehabilitacja Lecznicza

- na czas trwania epidemii umożliwiono realizację wybranych świadczeń rehabilitacyjnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, dzięki czemu możliwy jest całkowicie bezpieczny, w kontekście epidemiologicznym kontakt z pacjentem. Niemniej jednak dla osób które wymagają intensywnej, wczesnej rehabilitacji neurologicznej czy kardiologicznej oraz w przypadku rehabilitacji dzieci z wadami rozwojowymi, nadal świadczenia udzielane są z bezpośrednim kontaktem pacjenta z fizjoterapeutą;
- uruchomiono rządowy program dla osób niepełnosprawnych pt.: *Specjalne świadczenie medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych na rok 2020*. Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego i został przedłużony na rok 2021. Jest to program, który ma na celu wsparcie zdrowotne osób niepełnosprawnych powyżej 16. roku życia posiadających orzeczenie o lekkim albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne do tych dwóch stopni (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.), którym świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą pozwolić na jak najpełniejszy powrót do aktywności społecznej i życie w jak najmniejszym stopniu ograniczone barierami. Realizacja tego programu pozwoliła na przekazanie dodatkowych środków na leczenie osób niepełnosprawnych, a tym samym poprawiła dostęp do świadczeń z zakresu rehabilitacji.

5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

- uwzględniono wzrastające i zróżnicowane potrzeby zdrowotne w obszarze psychiatrii wymagające poprawy dostępności do świadczeń z zakresu świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży, w związku z tym uproszczono i zwiększono dostęp do podstawowych świadczeń psychiatrycznych dla ww. grupy świadczeniobiorców oraz wprowadzono standard wymagań jakościowych w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Podjęte działania mają na celu zwiększenie dostępu do opieki psychiatrycznej i zapewnienie blisko miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta właściwej opieki w sytuacjach wymagających szybkiej interwencji oraz zapewnienie specjalistycznej opieki w ośrodkach przygotowanych do realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży wymagających długotrwałego i specjalistycznego leczenia - ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny (Zarządzenie nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ). Na koniec grudnia

2020 funkcjonowały 203 poradnie tego typu. Od kwietnia do końca grudnia 2020 r. na ten cel płatnik przeznaczył 60 289 425 zł., w 2021 r. będzie to kwota ok. 120 mln zł.

- zwiększono finansowanie świadczeń gwarantowanych psychiatrycznych i leczenia uzależnień dedykowanych dzieciom i młodzieży o 37% (2020 rok w porównaniu z 2019 rokiem);
- w roku 2020 kontynuowano realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego³. Głównym celem pilotażu jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego, o których mowa w art. 5a ustawy z dnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.) w aspektach organizacyjnych, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych”. W roku 2020 funkcjonowały 33 centra zdrowia psychicznego, obejmując swoją opieką ok. 14% osób pow. 18 r. życia zamieszkujących obszar ich działania. Ze względu na wystąpienie pandemii wirusa SARS-CoV-2, która w istotny sposób zaburzyła proces testowania rozwiązań przygotowanych w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, pilotaż został przedłużony do końca 2022 roku.

6. Leczenie stomatologiczne

- na stronach oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia udostępniono aktualizowaną na bieżąco listę otwartych podczas epidemii gabinetów dentystycznych, posiadających umowę z NFZ;
- publikowano na bieżąco na stronach internetowych Centrali NFZ oraz oddziałów wojewódzkich NFZ informacje o innych podjętych przez Fundusz działaniach mających na celu zapewnienie dostępności do opieki stomatologicznej w okresie epidemii;
- zapewniono dostępność do pomocy stomatologicznej u pacjentów w warunkach epidemii:
 - w przypadku doraźnych świadczeń stomatologicznych dla pacjentów, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 – wprowadzono pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń, nie mniej niż 8 godzin na dobę, w dni powszednie, soboty, niedziele i święta, w dentobusach w miejscach wskazanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

³ Dz.U. z 2018 r. poz. 852 t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 2086

- w przypadku doraźnych świadczeń stomatologicznych dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 – wprowadzono pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń, nie mniej niż 8 godzin na dobę, obsady kadrowej oraz sprzętu w dni powszednie, soboty, niedziele i święta;
 - po zaprzestaniu udzielania świadczeń związanych z zapobieganiem COVID-19 w dentobusach - udzielanie doraźnych świadczeń stomatologicznych dla pacjentów, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 – zapewniono w ramach stomatologicznej pomocy doraźnej,
- przyznano świadczeniodawcom dodatkowe środki w wysokości 3% wartości umowy na utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym;
 - w celu zachowania miejsc udzielania świadczeń stomatologicznych wypłacono świadczeniodawcom, którzy nie mogli zrealizować zawartych umów na złożony przez nich wniosek, ryczałt miesięczny uzależniony od wysokości zawartej umowy, przedłużono możliwość odrobienia tych ryczałtów do 30 czerwca 2021 r.;
 - zgłoszono Ministerstwu Zdrowia konieczność opracowania rozwiązań odrębnych dla gabinetów zlokalizowanych w szkołach zamkniętych podczas epidemii w celu zachowania tych miejsc udzielania świadczeń stomatologicznych;
 - na stronach internetowych Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ publikowano zalecenia sanitarno-epidemiologiczne, propagowano zalecenia i zachowania prozdrowotne;
 - wprowadzono zmianę wyceny świadczeń z zakresu endodoncji w celu poprawy dostępności do leczenia kanałowego u świadczeniobiorców;
 - podjęto pracę nad dokonaniem zmian w wycenie świadczeń z zakresu chirurgii stomatologicznej oraz periodontologii u świadczeniobiorców oraz rozpoczęto pracę nad założeniami do zmiany kontraktowania świadczeń stomatologicznych w celu optymalizacji wykonania świadczeń stomatologicznych w ramach środków finansowych przeznaczonych na leczenie stomatologiczne w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2020.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych w planie finansowym na 2020 r. na leczenie stomatologiczne (plan ostateczny 2020 r.: 1 911 693 tys. zł) jest większa od środków przeznaczonych na leczenie stomatologiczne w 2019 r. (plan ostateczny 2019 r.: 1 886 191 tys. zł) o 25 502 tys. zł.

7. Opieka paliatywna oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

- umożliwiono realizację porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie grozi pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy. Przepis ten został wprowadzony na początku epidemii w celu minimalizacji ryzyka rozprzestrzeniania się COVID-19;
- podjęto działania mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat perinatalnej opieki paliatywnej. Na stronie internetowej Funduszu zamieszczono komunikat na temat charakterystyki świadczenia (dla kogo jest przeznaczone, co przysługuje) z zaznaczeniem, że realizowane jest bez opłaty ze strony pacjenta. Komunikat opublikowano wraz z wykazem świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach perinatalnej opieki paliatywnej;
- kontynuowano działania mające na celu zwiększanie liczby łóżek w stacjonarnej opiece paliatywnej, w poszczególnych województwach zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej;
- przyjęto bezlimitowe finansowanie świadczeń dla pacjentów poniżej 18 roku życia;
- systematycznie, zgodnie z wytycznymi AOTMiT zwiększono finansowanie świadczeń udzielanych w zakładach opiekuńczo- leczniczych/ pielęgnacyjno- opiekuńczych;
- zwiększono środki na realizację świadczeń w opiece paliatywnej i świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych o 15% w stosunku do roku 2019.

8. Leczenie szpitalne

- wprowadzono w życie opublikowane przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji obwieszczenie z dnia 27 września 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych — wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera – defibrylatora (S-ICD); w związku z tym utworzono w katalogu 1a do zarządzenia nową grupę E34G Wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora (zarządzeniem Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ);
- zaimplementowano obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 września 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego realizowanych przez zespoły leczenia bólu u dzieci. Na jego podstawie (zarządzeniem Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ) w oparciu o § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.) stanowiący o obowiązku opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu: szpitali III stopnia, szpitali pediatrycznych oraz szpitali ogólnopolskich systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielający świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż. przez zespoły leczenia bólu u dzieci, mogą wdrożyć procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, z wykorzystaniem modeli zespołów:

- zespół Leczenia Bólu u Dzieci – I stopień (szpitale $\geq 20\ 000$ hospitalizacji pediatrycznych rocznie),
- zespół Leczenia Bólu u Dzieci – II stopień (szpitale w przedziale $\geq 7\ 000 < 20\ 000$ hospitalizacji pediatrycznych rocznie),
- zespół Leczenia Bólu u Dzieci – III stopień (szpitale w przedziale $\geq 5\ 000 < 7\ 000$ hospitalizacji pediatrycznych rocznie, warunek nie dotyczy szpitali pediatrycznych)

Podział uzależniony jest od liczby hospitalizacji, uwzględniający sprawozdanie z realizacji świadczeń w roku poprzedzającym rok, w którym rozpoczęto finansowanie świadczeń związanych z leczeniem i oceną skuteczności leczenia bólu, co równocześnie przekłada się na zróżnicowanie poziomu refundacji ze względu na potencjalne obciążenie zespołu. Zdaniem Funduszu wprowadzenie nowych produktów związanych z leczeniem i oceną skuteczności leczenia bólu pozwoli na lepszą organizację świadczeń związanych z zapobieganiem bólowi i jego leczeniem u dzieci, umożliwi wdrażanie najwyższych standardów leczenia przeciwbólowego w placówkach i przyczyni się do szybszego i skuteczniejszego leczenia choroby podstawowej w wyspecjalizowanych jednostkach (zarządzeniem Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ);

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

pęcherzycy odpornej na immunosupresję niezawarty w kosztach świadczenia (zarządzeniem Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ);

- w związku z uchynieniem decyzji przez Ministra Zdrowia o objęciu refundacją produktu zawierającego galsulfazę, w ramach programu lekowego B.26. Leczenie mukopolisacharydozy typu VI (zespół Maroteaux – Lamy), w celu zapewnienia pacjentom ciągłego dostępu do leczenia, umożliwiono kontynuację farmakoterapii z możliwością dosumowania kosztu podania leku. W tym celu, w katalogu produktów odrębnych 1b utworzono nowy produkt: 5.52.01.0001551 Pobyt do podania leku w leczeniu mukopolisacharydozy typu VI (zespół Maroteaux - Lamy) dedykowany produktowi z katalogu do sumowania 1c: 5.53.01.0001533 Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu mukopolisacharydozy typu VI (zespół Maroteaux - Lamy, kodowany rozpoznaniem ICD-10: E76.2) (zarządzeniem Nr 23/2020/DSOZ Prezesa NFZ);
- powołano zespół do spraw opracowania planu przywracania pełnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ograniczonej w związku z wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Zasadniczym celem zespołu było podjęcie działań zapewniających płynne przywrócenie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na podstawie umów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami, gwarantujące bezpieczeństwo pacjentów i skuteczne działanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Prace zespołu zostały zakończone 30 września 2020 r.

9. Programy pilotażowe

- kontynuacja pilotażu *Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.*
 - Pilotaż 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 Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 grudnia 2018 r. (z późniejszymi zmianami).
 - W okresie od 1 grudnia 2018 r. do 30 listopada 2020r., wg stanu na 15 stycznia 2021r., do pilotażu zostało włączonych 3.767 świadczeniobiorców.

- Celem pilotażu jest ocena skuteczności praktycznej oraz wypracowanie optymalnego modelu organizacji leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.
 - Program pilotażowy trombektomii mechanicznej był w 2019 r. realizowany przez 17 podmiotów (szpitali). Po zmianie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2020r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 2093) do realizatorów dołączyły 2 kolejne ośrodki. Obecnie w każdym województwie jest co najmniej 1 ośrodek realizujący przedmiotowy pilotaż. Ponadto wydłużony został okres realizacji świadczeń w ramach programu pilotażowego do 31 grudnia 2022 r.
- rozpoczęto realizację pilotażu *Program pilotażowy w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.*
- Pilotaż jest realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami oraz Zarządzenia Nr 135/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2020r.
 - Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być realizowane przez 3 lata od dnia podpisania umowy.
 - Celem programu pilotażowego jest poprawa efektywności diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z NF/RAS oraz wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych charakterystycznych dla tej grupy świadczeniobiorców, a także ocena efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad świadczeniobiorcami z NF/RAS.
 - Zgodnie z zapisem w rozporządzeniu program pilotażowy realizowany jest przez 4 ośrodki wskazane przez Ministra Zdrowia.
- wdrożono *Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy.*
- Pierwszy rządowy program, który obecnie o charakterze pilotażowym - kompleksowo określa i uszczegóławia standardy żywienia szpitalnego.
 - Pilotaż obejmuje wdrożenie przez NFZ standardu modelu żywienia kobiet, przebywających w szpitalach w całej Polsce na oddziałach o profilu: neonatologicznym lub położniczo-ginekologicznym lub ginekologicznym lub

patologii ciąży lub położniczym lub położnictwa i neonatologii lub ginekologii onkologicznej.

- Cele programu: podniesienie jakości żywienia pacjentek oraz zwiększenie ich satysfakcji z hospitalizacji, uzyskanie wiedzy z zakresu zdrowego odżywiania poprzez edukację i poradnictwo dietetyczne; zwiększenie oferty opieki kompleksowej i koordynowanej nad pacjentem, w tym poprzez rozwój usług telemedycznych, tj. propagowanie zasad prawidłowych nawyków żywieniowych wśród pań - także po zakończeniu leczenia szpitalnego – poprzez konsultacje on-line.
- Kontynuowano realizację *Programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM*.
- Czas trwania: Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być udzielane: od 1 sierpnia 2019 r. do 31 lipca 2022 r.
 - Pilotaż KOSM realizowany jest na mocy Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 93/2019/DSOZ (z późn. zm.) z dnia 16 lipca 2019 r. w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM.
 - Celem pilotażu jest zbadanie możliwości uzyskania poprawy efektów terapii pacjentów z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym (SM), w tym: ograniczania występowania rzutów i pojawiania się nowych zmian demielinizacyjnych oraz cofnięcie istniejących już zmian w układzie nerwowym poprzez zmianę sposobu organizacji udzielania świadczeń i objęcie kompleksową opieką świadczeniobiorców z SM według rozpoznań ICD-10, z umiarkowanym stopniem niesprawności (EDSS w skali 4.0-6.5 punktów). Produkty wynikowe do osiągnięcia poprzez realizację pilotażu to zmniejszenie liczby rzutów choroby, zmniejszenie nasilenia rzutów choroby, odroczenie momentu wystąpienia utrwalonej niepełnosprawności, spowolnienie postępu niepełnosprawności, wydłużenie okresu zdolności do pełnej samoobsługi i niezależności od osób trzecich, zmniejszenie liczby hospitalizacji, zmniejszenie liczby dni absencji chorobowej, utrzymanie zdolności do pracy zarobkowej, uczestnictwo w życiu społecznym, poprawa jakości życia chorego i bliskich. Ponadto informacje zgromadzone od wszystkich uczestników programu mogą w przyszłości pomóc innym osobom z SM i wpłynąć na rozwiązania systemowe dotyczące opieki nad pacjentami z tą chorobą.

- Liczba realizatorów: 2 ośrodki koordynujące (wybór realizatorów świadczeń odbywa się w oparciu o złożone wnioski i podpisanie umowy przez świadczeniodawców).
- Rozpoczęto realizację *Programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19*
- Czas trwania: od 30 lipca 2020 r. (2 lata od dnia podpisania umowy przez realizatora).
 - Pilotaż realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1246) oraz Zarządzenia Nr 117/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2020 r.
 - Celem programu pilotażowego jest przetestowanie programu rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, ukierunkowanego na remisję tej choroby, poprawę wydolności wysiłkowej i krążeniowej, sprawności oddechowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego, a także ocena jego efektywności organizacyjnej i klinicznej.
 - Liczba realizatorów: 1 ośrodek (został wskazany przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu jako realizator programu).

10. Świadczenia kontraktowane odrębnie

- w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, dokonano zmiany w zakresie zasad rozliczania świadczeń, poprawiającej dostępność pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, polegającej na utworzeniu nowego zakresu świadczeń pod nazwą „Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych 2 (KLRP-2)”. Podstawowym założeniem świadczenia „Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych 2 (KLRP-2)” jest skuteczne zamknięcie rany. W odróżnieniu od dotychczas finansowanych świadczeń, związanych z kompleksowym leczeniem ran (czyli tzw.KLRP-1), świadczenia te będą odbywać się poprzez kompleksowe zastosowanie dostępnych efektywnych metod leczenia, zintegrowanie procesu świadczenia usług przy udziale świadczeń ambulatoryjnych i stacjonarnych (szpital) oraz zoptymalizowanie ponoszonych kosztów przez monitorowanie i zarządzanie procesem leczenia przy udziale systemu teleinformatycznego (dedykowanej procesowi aplikacji) do przekazywania i oceny danych medycznych.

11. Kolejki oczekujących

Od stycznia 2020 r. zgodnie z rozporządzeniem 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 2019 r. poz. 1207 z późn. zm.) świadczeniodawcy są zobowiązani do prowadzenia harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących na udzielenie świadczenia w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z § 8 ust. 1a tegoż rozporządzenia na świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej na:

- 1) rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych;
- 2) rehabilitację neurologiczną w warunkach stacjonarnych;
- 3) rehabilitację pulmonologiczną w warunkach stacjonarnych;
- 4) rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych;
- 5) kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w warunkach stacjonarnych;
- 6) fizjoterapię ambulatoryjną;
- 7) fizjoterapię domową.

W przypadku harmonogramów przyjęć/list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych zastosowano rozwiązania polegające na tym, że aplikacja uniemożliwia wpisanie pacjenta więcej niż jeden raz na listę oczekujących/harmonogram przyjęć na to samo świadczenie, natomiast w przypadku narządów parzystych (np. kończyna dolna lewa i prawa) umożliwia wpisanie maksymalnie dwa razy na listę/listy oczekujących/harmonogram przyjęć, pod warunkiem, że wpisy dotyczą różnych stron ciała (np. można wpisać pacjenta na rehabilitację lewego i prawego stawu biodrowego u jednego świadczeniodawcy lub raz na rehabilitację lewego stawu u jednego świadczeniodawcy i raz na rehabilitację stawu prawego u drugiego świadczeniodawcy).

- wprowadzono zmiany w *Informatorze o Terminach Leczenia*;

- dodano wyróżnik „świadczenia udzielane dzieciom” pozwalający na wyszukanie miejsc gdzie są udzielane świadczenia dla dzieci, także w komórkach organizacyjnych, w których kod resortowy wskazuje na udzielanie świadczeń osobom dorosłym;

- oznaczono miejsca, gdzie są udzielane świadczenia pacjentom z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19 poprzez dodanie, przy danej komórce organizacyjnej świadczeniodawcy, informacji „Zwolnienie ze sprawozdawczości w związku z leczeniem Covid-19”.

Epidemia COVID-19:

1. Leczenie szpitalne

Prezes Funduszu od samego początku zagrożenia epidemicznego, które pojawiło się na początku 2020 r. rekomenduje znalezienie optymalnych rozwiązań, które pozwolą zapewnić maksymalne, możliwe do uzyskania bezpieczeństwo chorego i kontrolę choroby. Wszystkie działania podejmowane przez instytucje realizujące zadania w obszarze zdrowia, mają na celu zapewnienie dbałości o dobro pacjenta przy jednoczesnym zachowaniu zasad ograniczających ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa. Aby minimalizować ryzyko transmisji infekcji COVID-19 oraz zapewnić dodatkowe łóżka szpitalne dla pacjentów wymagających pilnego przyjęcia do szpitala, Prezes Funduszu zalecił komunikatem z dnia 14 października 2020 r. ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo. Jednocześnie zastrzeżono, że ograniczenia nie powinny dotyczyć planowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Równocześnie, komunikatem z 30 października 2020 r. Fundusz przypomniał świadczeniodawcom, iż podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. **Jednocześnie komunikatem z 6 listopada 2020 r. skierowanym do pacjentów, wskazaliśmy, że w przypadku problemów z dostępem do świadczeń prosimy o informację. Każda z nich jest rozpatrywana indywidualnie.**

Zarządzający podmiotami leczniczymi kierują się dobrem pacjentów, aby nie odebrać im szans na wyleczenie czy nie dopuścić do gwałtownego pogorszenia rokowania, jednocześnie podejmują działania pozwalające na zapewnienie możliwego do uzyskania bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. Z analizy zebranych w przedmiotowej sprawie danych wynika, iż ogólna liczba świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach w 2020 r. w stosunku do analogicznego okresu w 2019 r. znacznie spadła. Wynika to głównie:

- z wielu obostrzeń jakie wprowadzono w kraju, a co za tym idzie wielu pacjentów z obawy przed zarażeniem koronawirusem odwoływało zaplanowane porady, hospitalizacje;
- okresowego utrudnionego dostępu do podmiotów leczniczych, co na bieżąco jest analizowane przez właściwe oddziały wojewódzkie Funduszu i Centralę Funduszu, w tym Terenowe Wydziały Kontroli.

Należy podkreślić, że dobro pacjentów i zdrowie obywateli jest priorytetem Funduszu. Dlatego też Fundusz na bieżąco monitoruje sytuację dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

dla pacjentów, a na wszelkie przejawy istnienia nieprawidłowości czy nieuzasadnionego ograniczenia dostępności reaguje bez zbędnej zwłoki. Ponadto, pracownicy Funduszu dokładają wszelkich starań, by ograniczać liczbę takich sytuacji. W tym celu dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu stale monitorują sytuację na swoim terenie, będąc w stałym kontakcie z Urzędami Wojewódzkimi, Wojewódzkimi Inspektorami Sanitarnymi oraz dyrektorami szpitali.

Narodowy Fundusz Zdrowia na bieżąco analizuje sytuację podmiotów leczniczych. W tym zakresie ściśle współpracuje z Ministerstwem Zdrowia tak, aby reagować również na potencjalne negatywne skutki związane z aktualną sytuacją w kraju. Należy zauważyć, że od momentu ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii związanego z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. poz. 491) Fundusz intensywnie realizuje powierzone zadania w powyższym zakresie, tak aby zapewnić maksymalne bezpieczeństwo zdrowotne obywatelom.

Ponadto Prezes Funduszu zarządzeniem Nr 32/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 wprowadził rozwiązania dotyczące sposobu organizacji świadczeń przez świadczeniodawców w związku z wprowadzanymi przez Ministerstwo Zdrowia aktami prawnymi, jak również wdrażanymi rekomendacjami.

Wprowadzono m.in. wycenę świadczeń dla pacjentów hospitalizowanych i leczonych w związku z leczeniem COVID-19, opłatę ryczałtową za gotowość do transportu sanitarnego, zasady finansowania testów na obecność wirusa SARS-CoV-2, finansowanie wstępnej kwalifikacji pacjenta typu pretriage czy opłatę za pobyt pacjentów w izolatorium, jak również wycenę świadczeń za gotowość punktu pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARSCoV-2. Dodatkowo wprowadzono opłatę ryczałtową za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii dla poszczególnych rodzajów świadczeń o wartość 3% świadczeń wynikających z rachunku za dany okres sprawozdawczy.

W dniu 15 września 2020 r. weszło w życie nowe zarządzenie Nr 140/DSOZ/2020 Prezesa Funduszu z 10 września 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID19 (z późn. zm.), zgodne ze strategią walki z pandemią COVID-19 opracowaną przez Ministerstwo Zdrowia. Zarządzeniem wprowadzono m. in. wycenę porad i teleporad udzielanych przez lekarzy na rzecz pacjentów z dodatnim wynikiem testu

diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, wprowadzono zróżnicowane opłaty za gotowość do wykonywania testów na obecność wirusa SARS-CoV-2. Umożliwiono kierowanie na wykonanie testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2 przez lekarzy rodzinnych. Efektem tych zmian była rosnąca liczba punktów pobrań na obecność wirusa, jak również wykonywana dobowo liczba testów.

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

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

2. Kolejki oczekujących i informacje o terminach leczenia

W związku z trwającym stanem pandemii, po wprowadzonych zmianach przepisów ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567), wz. art.15 pkt. 4 dot. art.7 b pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz.374), świadczeniodawcy zostali zwolnieni na okres 180 dni, tj. do 5 września 2020r.z codziennego przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia oraz przekazywania co miesiąc oddziałom wojewódzkim (OW) NFZ sprawozdań z zakresu list oczekujących. Jedną z głównych przyczyn czasowego zawieszenia obowiązku przekazywania tych danych było przekonanie, że dane te, ze względu na zakłócenia w udzielaniu świadczeń nie stanowią w okresie trwania pandemii aktualnego i wiarygodnego źródła informacji, odzwierciedlającego stan rzeczywisty

i mogą wprowadzać w błąd pacjentów, którzy na ich podstawie dokonywaliby wyboru świadczeniodawcy, u którego chcą otrzymać świadczenie.

Należy pamiętać, że w 2020 r. w okresie od kwietnia do 5 września zgodnie z przepisami ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567), w zakresie art. 15 pkt. 4 w zw. z art. 7 b pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374) świadczeniodawcy byli zwolnieni z wykonywania obowiązków sprawozdawczych wynikających z przepisów art. 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.). W związku z powyższym dane w Informatorze o Terminach Leczenia były niepełne.

Działania podjęte przez NFZ w zakresie programów lekowych i chemioterapii

W 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził rozwiązanie umożliwiające realizację świadczeń z wykorzystaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej. Wprowadzona zmiana miała na celu poprawę jakości życia pacjentów, poprzez skrócenie okresu hospitalizacji do niezbędnego minimum – pacjenci poddani tego typu terapii mogą być czynni zawodowo i nie podlegają wykluczeniu społecznemu, bowiem kontynuacja wlewu leku może odbywać się w warunkach pozaszpitalnych. Rozwiązanie zostało wprowadzone zarządzeniem nr 24/2020/DGL zmieniającym zarządzenie nr 180/2019/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii. W katalogu świadczeń podstawowych dodany został produkt rozliczeniowy o kodzie 5.08.05.0000177 hospitalizacja jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej. Zaproponowane rozwiązanie spotkało się z pozytywnym odbiorem organizacji pacjenckich zrzeszających osoby zmagające się z chorobą nowotworową. Przedstawiciele tych organizacji wielokrotnie podkreślali, że wskazana forma leczenia poprawia jakość leczenia oraz przeciwdziała wykluczeniu osób chorujących na choroby nowotworowe.

W tym miejscu warto wspomnieć, że przedmiotowe świadczenie zostanie udostępnione również dla pacjentów objętych terapią w ramach programu lekowego Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego, którzy są poddani terapii z zastosowaniem terapii celowanych finansowanych

z programu, jak i substancji czynnej fluorouracilum, finansowanej z chemioterapii. Zmiana ta została przedstawiona do konsultacji społecznych w projektach zarządzeń Prezesa NFZ:

- projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia (projekt został opublikowany w styczniu 2021 r. i zmiana obowiązuje od 1 stycznia 2021 r. zgodnie z zarządzeniem Nr 28/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10.02.2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia),
- zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (zmiana obowiązuje od 1 stycznia 2021 r. zgodnie z zarządzeniem Nr 29/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.02.2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe).

Rok 2020, z uwagi na ogłoszenie stanu pandemii COVID-19, spowodował również konieczność wprowadzenia licznych zmian w podejściu do terapii prowadzonych w programach lekowych i chemioterapii m.in.:

1. umożliwiono wykonywanie i rozliczanie porad lekarskich, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności – wprowadzono zatem możliwość realizacji teleporad w wyniku, których lekarz prowadzący mógł podjąć decyzję dot. dalszego przebiegu procesu diagnostyczno – terapeutycznego;
2. umożliwiono realizację świadczeń w zakresie programów lekowych i chemioterapii zgodnie z rekomendacjami Ministra Zdrowia zawartymi w komunikacie dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem tj.:
 - a) umożliwiono wydawanie do domu leków zabezpieczających terapię pacjenta na okres do 6-ciu miesięcy – bez konieczności bezpośredniej wizyty pacjenta u świadczeniodawcy;
 - b) umożliwiono również dostarczanie leku przez szpital bezpośrednio do domu pacjenta lub do jego przedstawiciela ustawowego, a w przypadkach, gdy nie będzie to możliwe lub znacznie utrudnione, lek może być wydany pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie przez niego upoważnionej z apteki szpitalnej;

- c) umożliwiono również dokonywanie zmian w harmonogramach wizyt kontrolnych opisanych w programach lekowych w tym również wykonywanych badań diagnostycznych.

Zgodnie z decyzjami podejmowanymi przez Ministra Zdrowia w 2020 r., mającymi odzwierciedlenie w publikowanych obwieszczeniach w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, z późn. zm.), wprowadzane były w zakresie udostępniania pacjentom nowych opcji terapeutycznych zarówno w dotychczas finansowanych programach lekowych jak i w nowych zakresach świadczeń, tj.:

1. Nowe programy lekowe objęte finansowaniem w 2020 r.:

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

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

- a) cerytynib, brygatynib w programie lekowym B.6 „Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca”,

- b) trastuzumab emtazyna, abemacyklid w programie lekowym B.9 „Leczenie raka piersi”,
- c) obinutuzumab w programie lekowym B.12 „Leczenie chłoniaków złośliwych”,
- d) ponatynib w programach lekowych B.14. „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową” oraz B.65. „Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną”,
- e) eliglustat w programie lekowym B.23. „Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III,
- f) tofacytynib w programach lekowych B.35. „Leczenie łuszczycowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym (ŁZS)” oraz B.55. „Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)”,
- g) guselkumab, ryzankizumab w programie lekowym B.47. „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej”,
- h) binimetynib oraz enkorafenib w programie lekowym B.59. „Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych”,
- i) brentuksymab vedotin w programie lekowym B.66 „Leczenie chorych na pierwotne chłoniaki skórne T – komórkowe ”,
- j) etanercept w programie lekowym B.82. „Leczenie pacjentów z ciężką, aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK”,
- k) romiplostym w programach lekowych B.97. „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną” oraz B.98. „Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną”,
- l) pegwisomant w programie lekowym programu B.99. „Leczenie akromegalii”,
- m) migalastatum w programie lekowym B.104 „Leczenie choroby Fabry’ego”.

W wyniku decyzji Ministra Zdrowia wprowadzono także zmiany polegające na zmianie sposobu finansowania niektórych leków ,zarówno w programach lekowych, jak i innych rodzajach świadczeń, m.in. w ramach umów na chemioterapię, leczenie szpitalne czy świadczenia wysokospecjalistyczne. Dla części substancji czynnych zarówno w programach lekowych, jak i w chemioterapii objęto refundacją pierwsze odpowiedniki leków, co za tym idzie możliwe jest zmniejszenie kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców na zakup leków. Zaoszczędzone w ten sposób środki finansowe mogą zostać przeznaczone na objęcie leczeniem większej grupy pacjentów, tym samym zwiększając dostępność do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Warto również podkreślić, że Narodowy Fundusz Zdrowia w 2020 r. rozpoczął działania mające na celu dokonywanie wspólnych zakupów leków stosowanych w chemioterapii. Biorąc pod uwagę duże dysproporcje pomiędzy cenami leków, których zastosowanie przynosi identyczny efekt terapeutyczny, Fundusz wdrożył regulacje, których celem jest zracjonalizowanie wydatków płatnika publicznego. Podjęcie tych działań pozwoli na realokację środków finansowych uzyskanych w wyniku przeprowadzonego postępowania na obszary terapeutyczne najbardziej tego wymagające. Mając na względzie powyższe, wychodząc naprzeciw potrzebom pacjentów oczekujących realnego dostępu do nowoczesnych technologii lekowych, płatnik publiczny podjął wyzwanie jakim jest przeprowadzenie wspólnych postępowań na zakup leków. W konsekwencji tych działań większa liczba pacjentów uzyska dostęp do terapii, również z wykorzystaniem nowych, innowacyjnych leków.

Świadczenia leczenia uzdrowiskowego

System Obsługi Lecznictwa Uzdrowiskowego został dostosowany w sposób umożliwiający bieżące monitorowanie i realizację szczególnych uprawnień pacjentów w dostępie do świadczeń, wynikających z art. 47 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dotyczy kombatanatów, żołnierzy uprawnionych, weteranów działań poza granicami państwa). Powyższe daje możliwość realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe z zachowaniem przywileju pierwszeństwa w kolejce oczekujących, wynikającym ze szczególnych uprawnień, nadanych określonym grupom pacjentów przez przepisy obowiązującego prawa.

Internetowa przeglądarka skierowań na leczenie uzdrowiskowe dostosowana jest do standardu WCAG 2.0, co stanowi ułatwienie dla świadczeniobiorców w dostępie do informacji o skierowaniu na leczenie uzdrowiskowe. Dane prezentowane są w sposób bardziej dostępny i przejrzysty, a informacje przedstawione na stronie przeglądarki oraz działanie strony są bardziej funkcjonalne i zrozumiałe.

Działania podjęte przez NFZ w obszarze profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z przyjętą Strategią NFZ na lata 2019-2023, uczynił profilaktykę zdrowotną jednym z priorytetów. W związku z potrzebą szerzenia wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia oraz aktywnego udziału w badaniach profilaktycznych, a w konsekwencji poprawy stanu zdrowia Polaków, Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi liczne działania informacyjne i edukacyjne, tak na poziomie ogólnopolskim, jak i regionalnym.

Działania prowadzone są w ramach cyklicznej akcji NFZ „ŚRODA Z PROFILAKTYKĄ”. Jest to dzień regularnej edukacji zdrowotnej, dedykowany profilaktyce chorób i promocji zdrowia. W związku z ograniczeniami związanymi z pandemią COVID-19 od połowy marca 2020 r. zaprzestano spotkań z pacjentami i ekspertami na salach obsługi pacjenta w Oddziałach Wojewódzkich NFZ. Działalność związana z edukacją w tym zakresie przeniesiona została do Internetu oraz do środków masowego przekazu. Materiały informacyjne oraz filmy - wywiady z ekspertami w dziedzinie profilaktyki chorób i promocji zdrowia zamieszczone są na stronie Akademii NFZ <https://akademia.nfz.gov.pl/sroda-zprofilaktyka/>. Materiały informacyjne i edukacyjne są także cyklicznie udostępniane placówkom podstawowej opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów informatycznych NFZ. Działania związane z promocją zdrowia, ze szczególnym naciskiem na informowanie o badaniach profilaktycznych, komunikowane są regularnie na poziomie regionalnym przez rzeczników prasowych OW NFZ. Oddziały wojewódzkie NFZ wraz z ich delegaturami, regularnie promują badania profilaktyczne - w szczególności mammografię i cytologię - na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych. Przygotowują również dedykowane wydawnictwa np. „Historie prawdziwe...”, prowadzą kampanie w mediach regionalnych, dystrybuują ulotki, plakaty, zaproszenia do placówek POZ oraz urzędów i jednostek samorządu terytorialnego. Przed czasem pandemii, w kilkunastu miastach, pracownicy OW NFZ organizowali w jednostkach podległych urzędowi miasta spotkania edukacyjne. Gdy będzie to możliwe, do takich spotkań powrócimy. Po ustabilizowaniu się sytuacji epidemicznej w kraju NFZ uruchomi na salach obsługi pacjenta stanowiska dedykowane profilaktyce zdrowotnej. W tym celu Fundusz realizuje cykl kształcenia edukatorów ds. profilaktyki i promocji zdrowia, wspólnie z licznymi ekspertami zewnętrznymi środowiska medycznego.

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach przyjętej strategii w roku 2020 przeprowadził kilka kampanii edukacyjno-informacyjnych w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia:

1. Kampania edukacyjna na temat polipragmazji „Nie igraj z lekami – w grę wchodzi Twoje zdrowie”

W lutym 2020 roku NFZ przygotował i opublikował raport NFZ o Zdrowiu – Polipragmazja

- 27 lutego 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zorganizował konferencję prasową dedykowaną raportowi i zjawisku polipragmazji.

- W konferencji oprócz NFZ udział wzięli pozyskani przez Fundusz partnerzy merytoryczni – prezesi Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej i Ministerstwa Zdrowia.
- W konferencji udział wzięło 32 dziennikarzy mediów ogólnopolskich oraz ok. 20 reprezentantów największych organizacji pacjentów w Polsce.

Według danych z raportu aż 1/3 Polaków po 65 roku życia przyjmuje, co najmniej 5 leków dziennie, a ponad 2 mln Polaków wykupiło w ciągu miesiąca więcej, niż 5 substancji czynnych. Polipragmazja, nazywana też wielolekowością, to przyjmowanie co najmniej pięciu leków jednocześnie. Jest groźna dla każdego, szczególnie dla osób starszych, które są obciążone chorobami przewlekłymi, np. cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością krążenia. Zażywanie wielu medykamentów jednocześnie, zwiększa ryzyko wystąpienia groźnych powikłań i wzajemnych interakcji.

NFZ, monitorując zjawisko polipragmazji, we współpracy z lekarzami, farmaceutami, a przede wszystkim pacjentami, aktywnie włączył się w działania zapobiegające negatywnym jej skutkom.

Wspólnie z Naczelną Izbą Aptekarską i Naczelną Izbą Lekarską przygotowano zostało wydawnictwo poświęcone bezpiecznemu i odpowiedzialnemu zażywaniu leków <https://akademia.nfz.gov.pl/wpcontent/uploads/2020/10/GAZETA.pdf>. Można znaleźć w nim m.in. odpowiedzi na pytania: Na co należy zwrócić uwagę stosując jednocześnie wiele różnych leków? Jak przyjmować leki i jak je przechowywać? Jak nie narażać zdrowia na negatywne interakcje leków z suplementami, z żywnością czy ziołami? Dystrybucja gazety objęła media, organizacje pacjentów i towarzystwa medyczne, OW NFZ.

Z uwagi na pandemię koronawirusa do działań rozpoczętych w lutym, powróciliśmy jesienią. W ramach kampanii poświęconej polipragmazji, zarówno w wybranych stacjach telewizyjnych, jak i w radiowych, propagowany był „Nie igraj z lekami – w grę wchodzi Twoje zdrowie!” <https://linkd.pl/c7p4>. Spot dostępny jest na kanale Akademii NFZ na YouTube w trzech wersjach – również z napisami oraz tłumaczeniu na język migowy. Aktywności edukacyjne miały miejsce także w mediach społecznościowych i prasie ogólnopolskiej, tj. Gość Niedzielny, Gazeta Wyborcza, Super Express, portal ABC ZDROWIE, Medonet. Powstały trzy filmy edukacyjne z influencerem Okiem Chemika, które opublikowane zostały na kanale YouTube Akademia NFZ. Wydrukowane także zostały w nakładzie 200 000 egz. praktyczne bloczki dla pacjenta „Moje leki”, pomocne w notowaniu medykamentów przed wizytą u lekarza lub konsultacją z farmaceutą.

2. Wsparcie psychologiczne w czasie epidemii

Lęk, niekontrolowane emocje czy konflikty rodzinne – z takimi sytuacjami mamy do czynienia w okresie izolacji spowodowanej epidemią koronawirusa. Jak sobie z nimi poradzić? Jak nie poddać się lękowi i nie dać się obezwładnić stresowi?

W odpowiedzi na potrzeby pacjentów, Narodowy Fundusz Zdrowia przy współpracy specjalistów psychoterapii zrealizował w kwietniu 2020 roku cykl 10 filmów „Wsparcie psychologiczne na czas epidemii”, w którym eksperci podpowiadają, jak skutecznie radzić sobie ze stresem, lękiem i innymi problemami natury psychicznej związanymi z pandemią. To rozmowy z Dorotą Mintą, psychoterapeutką z wieloletnim stażem, szefową fundacji StomaLife, która specjalizuje się w trudnościach psychologicznych dotyczących kryzysów i chorób przewlekłych, publikowane były w czasie narodowej kwarantanny na kanale Akademii NFZ na YouTube oraz rozpowszechniane w mediach społecznościowych.

Plan podcastów:

- 1) Lęk - co zrobić, by Tobą nie zawładnął?
- 2) Izoluj się, pozostając w kontakcie z innymi.
- 3) Kontrola - jak jej nie stracić?
- 4) Konflikty w rodzinie - jak do nich nie dopuścić?
- 5) Obniżenie nastroju - zrób nowy plan.
- 6) Lęk przed utratą pracy - jak sobie z nim poradzić?
- 7) Techniki relaksacji - jak się zregenerować?
- 8) Społeczna odpowiedzialność - myśl o innych.
- 9) Zespół stresu pourazowego - jak zadbać o swoją przyszłość?
- 10) Ruch to zdrowie, ale pamiętaj o bezpieczeństwie.

3. „Poranne rozciąganie z Pytaniem na Śniadanie i NFZ”

W dniu 18 marca ruszył cykl codziennych ćwiczeń w ramach akcji „Poranne rozciąganie z Pytaniem na Śniadanie i NFZ” w TVP2 oraz na kanale YouTube Akademii NFZ. Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował go wspólnie z ekspertami Exercise is Medicine, by czas spędzony w domu w okresie epidemii spędzać aktywnie. Pokazujemy w nim, że nawet w swoich czterech ścianach można z łatwością ćwiczyć i gimnastykować się, np. z wykorzystaniem butelki wody, poduszki, krzesła czy piłki. Ćwiczenia są bezpieczne, do wykonania w domu dla każdego, pomogą utrzymać formę i poprawią samopoczucie.

Wszystkie treningi dostępne są na kanale YouTube Akademii NFZ.

4. Bezpieczni w czasie epidemii

Czas epidemii spowodował przewartościowanie i redefinicję ważnych pojęć dotyczących zdrowia, tj. higiena, profilaktyka, odporność organizmu, odpowiedzialność.

NFZ - we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym oraz Ministerstwem Zdrowia przygotował cykl filmów edukacyjnych z praktycznymi informacjami i poradami ekspertów dotyczącymi tego, jak bezpiecznie i odpowiedzialnie żyć w przedłużającym się stanie epidemii.

Wspomniany cykl „Bezpieczni w czasie epidemii” składa się z 10 filmów i zawiera wypowiedzi ponad 20 ekspertów z dziedziny medycyny, a także wypowiedzi wielu znanych publicznie osób (np. sportowców, dziennikarzy), którzy dzielą się swoimi doświadczeniami z życia w czasie epidemii COVID-19.

Filmy edukacyjne „Bezpieczni w czasie epidemii” wyemitowane zostały we wrześniu 2020 roku na kanale YouTube Akademia NFZ.

- 1) Wiedza oparta na faktach.
- 2) Higiena i bezpieczeństwo.
- 3) Jak korzystać z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)?
- 4) Jak korzystać z opieki ambulatoryjnej (AOS)?
- 5) Jak korzystać z opieki szpitalnej?
- 6) W zdrowym ciele zdrowy duch!
- 7) Żywnienie ma znaczenie!
- 8) Podróże bez ryzyka.
- 9) Praca w nowej rzeczywistości.
- 10) Nasza odpowiedzialność.

Wszystkie filmy są z napisami dla osób niesłyszących.

5. Program profilaktyczno-treningowy „8 tygodni do zdrowia”

Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował projekt o charakterze edukacyjno-zdrowotnym „8 tygodni do zdrowia”, którego celem było zachęcenie Polaków do regularnej aktywności fizycznej, połączonej z racjonalną dietą oraz higieną stylu życia, w czasie w epidemii koronawirusa. Przy współpracy lekarza, trenera, fizjoterapeuty i psychologa opracowany został 8 tygodniowy kompleksowy program profilaktyczno-treningowy dla zdrowia. To 8 programów treningowych długości 35 minut, o wzrastającej stopniowo intensywności. Filmy z treningami prezentowane były na kanale YouTube Akademia

NFZ przez kolejnych 8 tygodni – jeden film w każdym tygodniu. Dodatkowo uczestnicy projektu otrzymali zalecenia dotyczące uzupełniającej aktywności fizycznej o wzrastającym wymiarze czasowym od 100 do 170 minut tygodniowo tj. marsz, nordic walking. W ramach projektu powstały również dodatkowe filmy instruktażowe i motywujące do aktywności fizycznej z udziałem ekspertów. Program dedykowany był wszystkim Polakom, a w szczególności osobom zmagającym się z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym, nadwagą i otyłością.

Dlaczego powstał ten program? Ponieważ konsekwencje braku ruchu mogą być katastrofalne dla całego społeczeństwa. Nawet ok. 60% Polaków nie wykonuje rekomendowanych przez WHO od 150 do 300 minut umiarkowanego wysiłku fizycznego tygodniowo. Dzieci powinny ćwiczyć 60 minut dziennie, tymczasem na nadwagę i otyłość cierpi w Polsce niemal 35% dzieci. Aktywność fizyczna pomaga w zapobieganiu rozwojowi wielu chorób oraz w leczeniu chorób przewlekłych.

Program „8 tygodni do zdrowia” rekomendowany był przez prof. nadzw. dr hab Ewa Kozdroń – Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie im. Józefa Piłsudskiego. „Program ten może stanowić gwarancję uwolnienia się od problemów niesprawności fizycznej związanej z siedzącym trybem życia. Ażeby osiągnąć sukces nie wystarczy wiedzieć o korzyściach płynących z systematycznej aktywności fizycznej, czy problemach zdrowotnych związanych z jej brakiem, ale należy umieć właściwie podejmować odpowiednią aktywność i umiejętnie ją dawkować oraz być zmotywowanym do działania – po prostu chcieć – prof. nadzw. dr hab. Ewa Kozdroń.”.

6. „Słodki, słodszy... cukrzyca”

W listopadzie 2020 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował nową kampanię informacyjnoedukacyjną „Słodki, słodszy... cukrzyca”. Jej głównym celem jest promocja zmian w stylu żywienia oraz uświadomienie Polakom, jak dużo cukru spożywamy bezrefleksyjnie i bezwiednie. Poprzez kampanię chcemy budować społeczną świadomość o najczęstszych i najbardziej zgubnych nawykach, wprost przyczyniających się do otyłości oraz cukrzycy, oraz uczyć nowych korzystnych zdrowotnie wyborów.

O tym, jak wielkim zagrożeniem jest cukier, NFZ informował w 2019 roku, publikując specjalny raport na portalu Zdrowe Dane „NFZ dla zdrowia — Cukrzyca”. Według danych NFZ w 2018 roku na cukrzycę chorowało 2,86 mln dorosłych osób, czyli 9,1% ludności. Wśród nich dominowały osoby powyżej 55 roku życia (84%). W latach 2013–

2018 zachorowalność na cukrzycę wśród dorosłych Polaków wzrosła o 14%. Tylko w połowie za ten wzrost odpowiadają czynniki demograficzne.

W ramach kampanii „Słodki, słodszy... cukrzyca” chcemy nauczyć Polaków być cukrowym śledczym, dla własnego zdrowia. W konsekwencji – przestać kupować produkty zawierające zbyt wiele ukrytego cukru, co powinno skłonić producentów do zmiany receptur. Chcemy uzmysłwić Polakom, że cukier znajduje się w większości produktów spożywczych, które kupujemy – od parówek i ketchupu po fasolkę w słoiku. Kontrolowanie spożycia cukru wymaga swoistego „prawa jazdy” w czytaniu etykiet, a także w wyborze produktów, które nie muszą go zawierać.

Propagowany był również spot „Nie przesadzaj – nie przesładzaj!”, który przygotowany został wspólnie z TVP oraz Polskim Stowarzyszeniem Diabetyków. Aktywności edukacyjne były także w Telewizji Polskiej oraz w mediach społecznościowych. Przez siedem kolejnych tygodni, w każdy poniedziałek, w programie Pytanie na Śniadanie w TVP2 pokazywaliśmy, jak słodko, przyjemnie, cicho i podstępnie cukier i słodycze zakorzeniły się w naszym życiu - od zakupów po przekąski, nagradzanie dzieci słodyczami, pocieszanie smutków, uciszanie napięcia nerwowego czy łatanie nudy. W efekcie tych słodkich przyjemności – nasze społeczeństwo tyje, niszczy zdrowie, wpędza kolejne pokolenia w cukrzycę i jej katastrofalne konsekwencje oraz powikłania. Ponadto w okresie świąteczno-noworocznym wyemitowanych zostało w mediach społecznościowych 12 filmów edukacyjnych, zrealizowanych wspólnie z TVP2, oraz z udziałem kucharzy programu Pytanie na Śniadanie. Tematem filmów było jak zdrowo i smacznie przygotować tradycyjne potrawy wigilijne bez dodatku cukru np. kompot z suszu, sernik, pierogi z kutią, a także bezcukrowe, rodzinne przekąski na sylwestrową noc.

7. Portal żywieniowy DIETY.NFZ.GOV.PL

W związku sytuacją epidemiczną w 2020 roku, prowadzone były oraz są kontynuowane działania zachęcające Polaków do dbania o zdrowie, w tym do zmiany żywienia na zdrowsze i korzystania z darmowego portalu żywieniowego www.diety.nfz.gov.pl, którego hasło to „Jedz zdrowo! Żyj zdrowo!” Narodowy Fundusz Zdrowia szczególnie poleca dietę DASH, wykorzystując ją, jako referencyjną w proponowanych planach żywieniowych. Odżywianie się według jej zasad daje wiele korzyści zdrowotnych, które możemy zaobserwować już po kilku tygodniach jej stosowania. Dieta DASH nie tylko pomaga obniżyć ciśnienie tętnicze, ale również zapobiega jego rozwojowi, sprzyja

poprawie w przypadku zaburzeń lipidowych, zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 oraz chorób sercowo-naczyniowych. Dieta DASH jest zalecana przez wiele towarzystw naukowych, m.in. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, czy Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego.

Na portalu dostępne są plany żywieniowe: DASH CLASIC, VEGE DASH, DASH SENIOR, DASH CUKRZYCA, DASH NADCIŚNIENIE, DASH HASIMOTO, DASH ZAPARCIA - w różnych kalorycznościach.

Na portalu zamieszczone są filmy edukacyjne zachęcające do świadomych zakupów produktów spożywczych i czytania etykiet tychże produktów, a także publikowane są e-booki kulinarne oraz pierwszy e-book terapeutyczny dla stomików - ŻYWIENIE DLA OSÓB ZE STOMIĄ.

Podsumowując należy zaznaczyć, że 2020 rok z uwagi na pandemię wirusa SARS-CoV-2 był rokiem trudnym i pełnym wyzwań dla sektora ochrony zdrowia. Wymagał podejmowania działań na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, jak również personelowi. Narodowy Fundusz Zdrowia, przy współpracy z innymi instytucjami zawsze dbał o to, aby podejmowanym decyzjom oraz działaniom przyświecał najważniejszy cel - dobro pacjentów. Jest to szczególnie ważne wobec konieczności jednoczesnego zachowania zasad ograniczających ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa. Proces ten kontynuowany jest w 2021 roku.

Z poważaniem

Filip Nowak

p.o. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

/Dokument podpisano elektronicznie/