



Narodowy Fundusz Zdrowia

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2021 roku

**sporządzone zgodnie z rozporządzeniem
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).**

Filip Nowak

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

/Dokument podpisano elektronicznie/



Warszawa, marzec 2022

Narodowy Fundusz Zdrowia

Część Opisowa
Sprawozdania z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia
za IV kwartał 2021 roku

Wstęp

Cześć opisowa Okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2021 roku zawiera krótkie opisy do wybranych tabel sprawozdawczych poszczególnych części sprawozdania, wymaganych przez Ministerstwo Zdrowia, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r.^{1.}, zwanego dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia”.

Przedmiotowe sprawozdanie zostało sporządzone na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz.1285, z późn. zm.²), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz zgodnie ze wzorem określonym w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Część I

Od początku 2021 roku Prezes Funduszu wydał 224 zarządzenia, z czego 64 w IV kwartale, z których 28 zmieniało wcześniej wydane zarządzenia, natomiast pozostałe dotyczyły:

- zasad gospodarowania służbowymi telefonami komórkowymi oraz Internetem mobilnym w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- katalogu klas z jednolitego rzeczowego wykazu akt stanowiących wyjątki od systemu EZD,
- przeprowadzenia w 2021 r. inwentaryzacji wybranych składników majątkowych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
- programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR,
- powołania Zespołów Zarządzania Incydentami Bezpieczeństwa w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2021 rok,
- rozwiązania Zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19;
- obniżenia wymiaru czasu pracowników NFZ,
- powołania Zespołu do spraw opracowania założeń dotyczących procesu przyjmowania i procedowania zgłoszeń o naruszeniach prawa,

¹ Rozporządzenie 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).

² Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64 i 91.

- określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna,
- programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin,
- powołania zespołu ds. opracowania projektów instrukcji kancelaryjnej oraz instrukcji organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego dla Centrali i oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia,
- uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2021 rok,
- zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19,
- powołania Zespołu do spraw zmian założeń „Programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM”.

W IV kwartale 2021 r. wydano o 3 zarządzenia więcej, niż w IV kwartale 2020 r.

Szczegółowy wykaz zarządzeń Prezesa Funduszu znajduje się w tabeli sprawozdawczej nr I.1.1.

Stan zatrudnienia zaprezentowany został w tabeli sprawozdawczej nr I.2. Plan zatrudnienia ustalony na 2021 r., obowiązujący na koniec okresu sprawozdawczego dla Funduszu, ukształtował się na poziomie ponad 5 912 etatu.

Tabela nr 1. Plan zatrudnienia dla Funduszu w porównywanym okresie.

Planowane etaty		
Grupy	2020 r.	2021 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	4	4
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW NFZ	64	64
pozostała kadra kierownicza	880,25	945
pracownicy administracyjni	4 829,93	4 815,87
obsługa techniczna	90,30	83,30
razem	5 868,48	5 912,17

W porównaniu do 2020 r. plan zatrudnienia dla Funduszu w 2021 r. został zwiększony o prawie 44 etaty. Zmiany odnotowano w oddziałach: lubelskim, lubuskim, podkarpackim oraz śląskim. Zwiększenie planu było związane między innymi: ze zmianą regulaminów organizacyjnych oraz dostosowaniem do nich struktury organizacyjnej przez oddziały wojewódzkie Funduszu. W Centrali Funduszu oraz w oddziałach dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, mazowieckim, łódzkim, małopolskim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim oraz wielkopolskim nie odnotowano zmian w planie zatrudnienia. Przeciętne zatrudnienie w Funduszu w 2021 r. wyniosło prawie 5 575 etatu (wzrost o prawie 47 w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego). Odnotowane zmiany 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 długotrwałych zwolnieniach lekarskich.

Tabela nr 2. Przeciętne zatrudnienie w poszczególnych grupach.

Przeciętne zatrudnienie (etaty)		
Grupy	2020 r.	2021 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	2,66	2,00
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW NFZ	58,35	57,00
pozostała kadra kierownicza	839,88	920,37
pracownicy administracyjni	4 539,94	4 518,26
obsługa techniczna	87,47	77,30
razem	5 528,30	5 574,93

Przedmiotowe dane zawarte zostały w tabelach sprawozdawczych nr I.3.1, nr I.3.2, nr I.3.3.

Poniżej zostały przedstawione informacje dotyczące decyzji administracyjnych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, które wydawane są przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach. Do dnia 31 sierpnia 2020 r. od decyzji Dyrektora OW NFZ przysługiwało odwołanie do Prezesa Funduszu na podstawie art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach. Z uwagi na wejście w życie ustawy z dnia 1 września 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), zwanej dalej „ustawą zmieniającą” decyzje wydaje Prezes NFZ. Od decyzji Prezesa Funduszu przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. Informacje zawarte w niniejszym sprawozdaniu obejmują dane za 2021 rok bez podziału na poszczególne okresy związane z wejściem w życie ustawy zmieniającej. Podział ten jest wyszczególniony w tabelach sprawozdawczych nr I.4.1³ i nr I.4.1.1⁴.

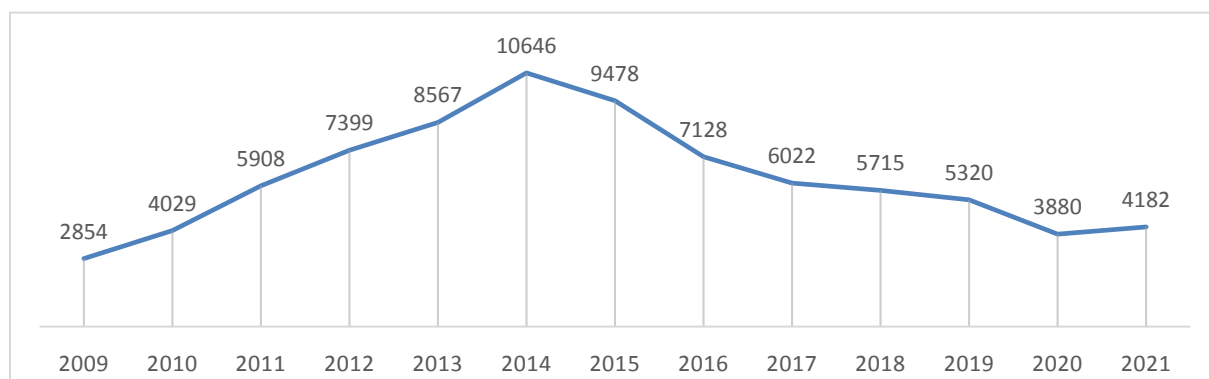
W 2021 r. dyrektorzy OW NFZ wydali 4 182 decyzji w zakresie ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, które dotyczyły najczęściej: objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia (908 decyzji, co stanowi prawie 22% wszystkich rozstrzygnięć), objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą (1 644 decyzji, co stanowi 39% wszystkich rozstrzygnięć), podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (756 decyzji, co stanowi ponad 18% wszystkich rozstrzygnięć). Ponadto, w analizowanym okresie

³ Tabela sprawozdawcza nr I.4.1. prezentuje liczbę decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów OW NFZ, wniesionych odwołań od tych decyzji i rozpatrzonych odwołań przez Prezesa NFZ – w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, w podziale na decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ustalenia prawa do świadczeń (według stanu na koniec 2021 roku). Tabela przedstawia także liczbę skarg wniesionych do WSA w Warszawie w związku z ww. decyzjami, w oparciu o art. 110 ustawy o świadczeniach, jak również liczbę orzeczeń sądowych ogółem oraz uchylających lub zmieniających decyzje Prezesa NFZ.

⁴ Tabela sprawozdawcza nr I.4.1.1 prezentuje liczbę decyzji wydanych przez dyrektorów z up. Prezesa NFZ 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).

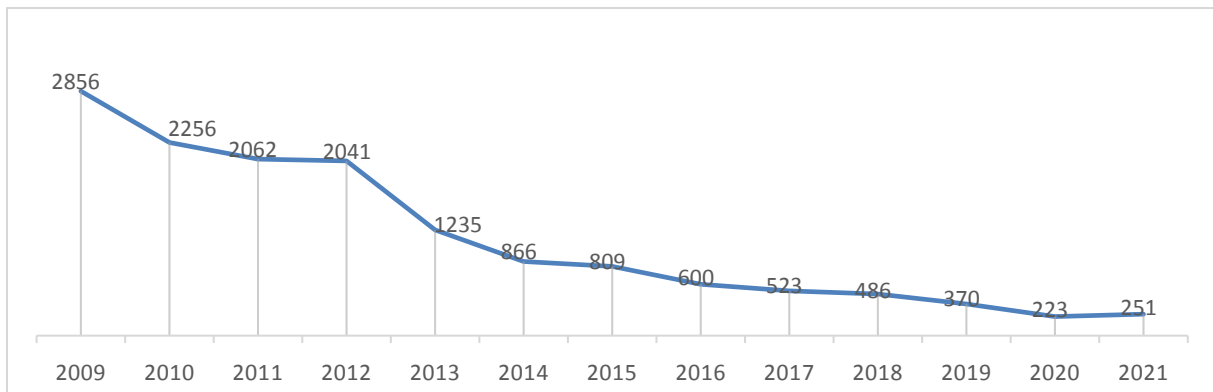
sprawozdawczym inne sprawy dotyczyły: umorzenia postępowania na wniosek ZUS (185), pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego (174), braku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (301) oraz wykonywania umów zlecenia (164).

Wykres nr 1. Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2009-2021.



W przypadku decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu ustalenia prawa do świadczeń wydanych w 2021 roku, najczęściej występującą tematyką wniosków było: potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki (167 decyzji, co stanowi prawie 4% wszystkich decyzji wydanych na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach), refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego (62 decyzji, co stanowi 1,4% wszystkich decyzji wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego). Liczba decyzji w 2021 r. wyniosła 251 i była wyższa o 8% względem ubiegłego roku. Analizując dynamikę zmian liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w zakresie ustalenia prawa do świadczeń należy zauważyć, że liczba decyzji z zakresu potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki pozostała niezmienna. Zwiększyła się znacznie liczba decyzji z wniosku o refundację kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego (wzrost o 88% z 33 w 2020 r. do 62 w 2021 r.). Nieznaczny spadek wydanych rozstrzygnięć w 2021 r. w porównaniu do roku 2020 r. odnotowano w zakresie spraw z dotyczących sfinansowania lub refundacji kosztów badań diagnostycznych wykonanych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (o 6 decyzji).

Wykres nr 2. Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących ustalenia prawa do świadczeń w latach 2009-2021.



Od decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, stronom postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołania do Prezesa NFZ. Od dnia 1 września 2020 r. w zw. z art. 4 pkt 52b ustawy z dnia 14 sierpnia 2021 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1493) decyzje wydawane są przez dyrektorów OW NFZ z upoważnienia Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje na nie skarga do WSA. W 2021 r. od decyzji dyrektorów OW NFZ zostały złożone do Prezesa NFZ 145 odwołań (823 odwołań w 2020 r.) co stanowi spadek o 82%. W 2021 r. Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 1 572 odwołań, wydając 1 501 decyzji oraz 71 postanowień, co stanowi wzrost o 24% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 1 269 odwołań. Ponadto, w 2021 r. pozostawiono bez rozpoznania 18 odwołań od decyzji w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

Od decyzji Prezesa NFZ stronom postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. W 2021 r. strony wniosły 591 skarg do WSA w Warszawie, co stanowi spadek o nieco ponad 29% w porównaniu do roku poprzedniego, w którym wniesione zostało 830 skarg. Wśród przyczyn uchylania decyzji Prezesa NFZ oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, wymienić należy naruszenia przepisów art. 7, art. 77, art. 80 oraz art. 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, z późn. zm.).

Decyzje z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, ich wysokości oraz terminu płatności. Artykuł 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach, nakazuje NFZ ściąganie od osób nieubezpieczonych, które okazały dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub oświadczyły o prawie do tych świadczeń, a nie znalazło to potwierdzenia w danych posiadanych przez NFZ, kwoty zapłaconej przez Fundusz za te świadczenia. Od dnia 12 stycznia 2017 r. wprowadzono nowelizację do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2173). Dzięki zapisom tej ustawy osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną (np. żona/mąż osoby ubezpieczonej, uczące się dziecko osoby ubezpieczonej do 26 roku życia), ale nią nie była (w momencie korzystania ze świadczeń złożyła pisemne oświadczenie o prawie do świadczeń

lub dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń), może dokonać „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem nieobciążania kosztami leczenia jest dokonanie przez płatnika składek, np. w przypadku pracownika poprzez pracodawcę, zleceniodawcę w przypadku zleceniobiorcy, organu emerytalno-rentowego w przypadku emeryta-rencisty „wstecznego” (prawidłowego) zgłoszenia członka rodziny. Zgodnie bowiem z art. 50 ust. 18a ustawy o świadczeniach osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną, ale nią nie była, może w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania administracyjnego, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mimo podlegania takiemu zgłoszeniu, takiego zgłoszenia dokonać. W przypadku dokonania powyższej czynności nie wszczyna się lub umarza już wszczęte postępowanie administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Na koniec 2021 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wszystkich decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym decyzji umarzających postępowanie) wydali 10 717, w tym 6 641 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. W analogicznym okresie 2020 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wszystkich decyzji wydali łącznie 18 035, w tym 10 717 obciążających. Prezes NFZ na koniec 2021 r. rozpatrzył 590 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, wydając 473 decyzji, 98 postanowień kończących formalnie sprawy, 19 spraw pozostawił bez rozpoznania ze względu na niezuzpełnienie braków formalnych odwołania.

Z uwagi na wejście w życie od dnia 1 września 2020 r. ustawy zmieniającej Prezes Funduszu wydaje decyzje administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów, ich wysokość oraz termin płatności, jak również decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Wobec powyższego należało rozgraniczyć w sprawozdaniu decyzje wydawane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie postępowania administracyjnego wszczętego i nie zakończonego przed 31 sierpnia 2020 r., na które służy odwołanie do Prezesa Funduszu oraz decyzje wydawane na podstawie udzielonego pełnomocnictwa Prezesa Funduszu, gdzie postępowanie administracyjne zostało wszczęte po 31 sierpnia 2020 r.⁵ Decyzje te są ostateczne i w tym przypadku nie służy odwołanie do Prezesa NFZ. Od decyzji wydawanych z upoważnienia Prezesa NFZ służy skarga do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania. Rubryka dotycząca liczby wydanych decyzji umarzających postępowanie po wszczęciu postępowania administracyjnego została

⁵ Tabela sprawozdawcza nr I.4.2 prezentuje liczbę decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w odniesieniu do osób, które mimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej skorzystały ze świadczeń – w oparciu o art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach w okresie od 01 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. Powyższa tabela nie przedstawia wszystkich decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, a jedynie decyzje, na podstawie których obciążono osoby kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, nie uwzględnia również decyzji wydanych przez Prezesa Funduszu na skutek wniesionych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

dodana w tabeli 1.4.2.1.⁶ Na koniec 2021 r., wydano z up. Prezesa NFZ 6 509 decyzji obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń, 113 decyzji stwierdzających działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu oraz 3 467 decyzji umarzających postępowanie administracyjne.

Szczegółowe dane dotyczące decyzji zaprezentowane są w tabelach sprawozdawczych nr I.4.1, nr I.4.1.1, nr I.4.1.2 oraz nr I.4.2 i I.4.2.1.

W tabeli sprawozdawczej nr I.5.1 zaprezentowane zostały dane dotyczące spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu. W 2021 r. oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 2 367 postępowań sądowych, czyli o 819 więcej niż w 2020 r. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne z powództwa Funduszu. W danym okresie sprawozdawczym oddziały prowadziły 1 279 takich spraw czyli o 316 więcej niż w 2020 r. Wśród tych spraw wszczętych zostało 661 postępowań czyli o 138 więcej niż w 2020 r., W okresie sprawozdawczym oddziały prowadziły 774 spraw sądowno-administracyjnych, czyli o 588 spraw więcej niż w 2020 r., z których 708 postępowań zostało wszczętych w 2020 r.

Część II

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 8 ustawy o świadczeniach, do zakresu działania Funduszu należy w szczególności prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, zwanego dalej „CWU”, w celach określonych w art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach, tj.: potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu, przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy, wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności, rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji. Na koniec IV kwartału 2021 roku, w CWU zarejestrowanych było 34 202 895 osób, które określa się mianem ubezpieczonych tj. mają status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek). W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych, 34 180 107 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 22 788 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 455 318 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 724 789 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 16 843 osób, ze zgłoszonymi 5 945 członkami rodziny.

⁶ Tabela sprawozdawcza nr I.4.2.1 prezentuje liczbę decyzji wydanych przez z up. Prezesa Funduszu 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), w odniesieniu do osób, które mimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej skorzystały ze świadczeń – w oparciu o art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach w okresie od 01 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r.

Tabela nr 3. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu – różnica między stanem na koniec IV kwartał 2021 r. do końca IV kwartału 2020 r.

Lp.	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych 9=(3+6)
		ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	ogółem	150 880	152 544	-1 664	-555	-39	-516	150 325
1	Dolnośląski	27 739	23 673	4 066	-111	-85	-26	27 628
2	Kujawsko-Pomorski	-4 192	-832	-3 360	27	39	-12	-4 165
3	Lubelski	-9 329	-4 213	-5 116	121	176	-55	-9 208
4	Lubuski	4 232	7 314	-3 082	-15	-1	-14	4 217
5	Łódzki	3 788	3 959	-171	-30	9	-39	3 758
6	Małopolski	26 419	24 417	2 002	8	13	-5	26 427
7	Mazowiecki	72 774	51 695	21 079	-510	-376	-134	72 264
8	Opolski	-924	970	-1 894	-21	-20	-1	-945
9	Podkarpacki	-2 488	392	-2 880	-103	-97	-6	-2 591
10	Podlaski	2 000	1 916	84	36	24	12	2 036
11	Pomorski	24 732	22 102	2 630	-37	71	-108	24 695
12	Śląski	-12 089	-453	-11 636	-43	10	-53	-12 132
13	Świętokrzyski	-8 831	-5 139	-3 692	2	3	-1	-8 829
14	Warmińsko-Mazurski	-4 980	-2 336	-2 644	58	36	22	-4 922
15	Wielkopolski	31 606	25 286	6 320	219	226	-7	31 825
16	Zachodniopomorski	5 383	8 648	-3 265	-154	-65	-89	5 229
	Nieokreślony	-4 960	-4 855	-105	-2	-2	0	-4 962

W porównaniu danych z CWU za IV kwartał 2020 i 2021 rok - zauważalny jest wzrost liczby ubezpieczonych obowiązkowo o ponad 150 tys. osób.

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.

Tabela nr 4. Różnica między stanem na koniec IV kwartału 2021 r. a stanem na koniec IV kwartału 2020 r. w liczbie wydanych decyzji wydawanych zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach.

Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje			
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydent na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		ogółem	posiadającym		
			świadczycie niobiorcy	świadczycie niodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźczy	Uwagi
0	Ogółem	879	480	403	-207	-5	874	885	0	0
1	Dolnośląski	155	57	55	4	0	155	155	0	0
2	Kujawsko-Pomorski	20	162	-7	-135	0	20	23	-1	0
3	Lubelski	27	57	10	11	0	27	29	0	0
4	Lubuski	63	60	33	0	0	63	60	0	0
5	Łódzki	14	10	38	7	-3	11	12	0	0
6	Małopolski	25	-19	45	-3	0	25	26	0	0
7	Mazowiecki	107	11	31	-58	2	109	112	0	0
8	Opolski	29	17	15	1	0	29	29	0	0
9	Podkarpacki	73	60	11	2	0	73	73	0	0
10	Podlaski	22	50	-4	0	0	22	20	1	0
11	Pomorski	47	-22	30	2	0	47	48	0	0
12	Śląski	144	8	55	4	-2	142	147	0	0
13	Świętokrzyski	79	40	39	0	0	79	79	0	0
14	Warmińsko-Mazurski	108	60	46	-1	0	108	108	0	0
15	Wielkopolski	60	12	22	-32	-2	58	58	0	0
16	Zachodniopomorski	-94	-83	-16	-9	0	-94	-94	0	0

Część III. Umowy

W związku z trwającym stanem pandemii COVID-19 dane zamieszczone w tabelach są nieporównywalne z analogicznych okresami przed pandemią. Sprawozdanie w części dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej sporządzone zostało na podstawie danych przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ. Informacje zostały ujednolicone i w miarę możliwości zweryfikowane, bez wykorzystania danych systemu informatycznego Centrali,

który w momencie sporządzania niniejszego sprawozdania nie był jeszcze zasilony odpowiednim zakresem danych.

Tabele sprawozdawcze nr III.1.1 do nr III.2 przedstawiają przebieg procesu zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań. W okresie sprawozdawczym w części dotyczącej rokowań przeprowadzono 30 (w roku ubiegłym 37) postępowań:

- a) zgodnie z art. 144 ustawy o świadczeniach, w tym na podstawie:
- pkt. 1, gdy uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert, tj. 1 (w roku ubiegłym 1) postępowań,
 - pkt. 2, gdy zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, przeprowadzono 8 postępowań (w roku ubiegłym 12),
 - pkt. 3, gdy jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzono 19 postępowań (w roku ubiegłym 20),
- b) zgodnie z art. 154 ustawy o świadczeniach – 2 postępowań (w roku ubiegłym 5).

W wyniku postępowań w trybie rokowań zawarto 10 umów (19 umów w roku ubiegłym) i 13 aneksów (20 aneksów w roku ubiegłym) na łączną kwotę 6 535 tys. zł (w roku ubiegłym prawie 15 628 tys. zł).

W tabeli sprawozdawczej nr III.3 przedstawiono wartość i liczbę umów obowiązujących w roku sprawozdawczym. Według stanu na dzień sporządzania zestawienia liczba obowiązujących umów wynosiła 40 137, a łączna kwota tych umów wyniosła 91 584 951 tys. zł.

Tabela sprawozdawcza nr III.4.1 zawiera informacje na temat umów w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zgodnie z art. 159 ustawy o świadczeniach, gdzie liczba umów zawartych wg stanu na dzień 31 grudnia 2021 r. wyniosła 2 081, przy czym wnioski o zawarcie umowy złożyło 350 świadczeniodawców, z czego 301 spełniało warunki do zawarcia umowy.

Tabela sprawozdawcza nr III.4.2 zawiera informacje na temat umów w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne, zgodnie z art. 159 ustawy o świadczeniach. Liczba umów zawartych wg stanu na dzień 31 grudnia 2021 r. w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne wynosi 1 643. Wnioski o zawarcie umowy złożyło 1 162 świadczeniodawców, z tego 1 036 spełniało warunki do zawarcia umowy.

Tabela sprawozdawcza nr III.5 przedstawia liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ze zgromadzonych danych wynika, że w IV kwartale 2021 r. funkcjonowało łącznie 241 szpitalnych oddziałów ratunkowych. Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych funkcjonujących w 2021 r., według

stanu na koniec 2021 r., wzrosła o 2 w stosunku do danych z analogicznego okresu roku ubiegłego.

Tabela sprawozdawcza nr III.6 przedstawia liczbę zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego wg stanu na koniec IV kwartału 2021 r., zakontraktowanych zostało łącznie 1 582 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 249 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 8 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) i 336 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego (w analizowanym okresie nie zakontraktowano wodnych specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego). Rozszerzając wskazane powyżej informacje należy zaznaczyć, że pośród:

- podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, niebędących zespołami wodnymi, zakontraktowano, 80 zespołów funkcjonujących czasowo, 12 zespołów funkcjonujących okresowo oraz 1 zespół funkcjonujący czasowo-okresowo,
- specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowano 1 zespół funkcjonujący czasowo,
- wodnych zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowano 6 zespołów funkcjonujących okresowo oraz 2 zespoły funkcjonujące czasowo-okresowo.

Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego względem 2020 r. wzrosła o 11, przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 5, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 16. 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 sprawozdawcza nr III.7 przedstawia liczbę kontroli, wartość zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nałożonych kar, w 2021 r., Fundusz przeprowadził łącznie 699 kontroli, w tym 131 kontroli planowych oraz 568 kontroli doraźnych. W poszczególnych rodzajach świadczeń stosunek liczby skontrolowanych świadczeniodawców do liczby zakontraktowanych świadczeniodawców był zróżnicowany. Najwyższy udział odnotowano w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne 24%. W ujęciu wartościowym, największy udział wartości umów skontrolowano w rodzaju ratownictwo medyczne 18%, najmniejszy zaś w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna 0,05%.

W wyniku prowadzonych postępowań w kategoriach wymienionych w kolumnie nr 2 przedmiotowej tabeli sprawozdawczej kontrolujący określili w wystąpieniach pokontrolnych środki finansowe do zwrotu w łącznej wysokości prawie 28 777 tys. zł, w tym z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych kwotę 14 880 tys. zł, z tytułu nałożonych kar umownych na 13 897 tys. zł.

Część IV. Świadczenia opieki zdrowotnej

Dane dotyczące kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wg kategorii planu finansowego przedstawiają:

- wartości świadczeń wykonanych w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych, które są zgodne z danymi ujętymi w sprawozdaniach z wykonania planu finansowego oddziałów wojewódzkich Funduszu, przesłanymi przez oddziały wojewódzkie do Centrali Funduszu,
- dane dotyczące wartości kontraktów na 2021 r., które zaczerpnięto z zestawień przesłanych przez oddziały wojewódzkie do Centrali Funduszu,
- w kolumnie plan finansowy Funduszu na 2021 r. został wykazany plan finansowy Funduszu na 2021 r. wyznaczony wg stanu na dzień 31 grudnia 2021 r.

Według wstępnych danych za 2021 r. (tj. danych wg stanu ksiąg rachunkowych na dzień 25.01.2022 r.) a więc przed zakończeniem trwających w oddziałach wojewódzkich Funduszu prac związanych z rozliczeniem rzeczowo-finansowym wykonania umów na świadczenia opieki zdrowotnej oraz dniem zamknięcia ksiąg rachunkowych dotyczących 2021 r., koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu zrealizowane zostały w wysokości 109 770 342 tys. zł, tj. na poziomie 91% wartości planu okresu.

Tabela nr 5. Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych w 2021 r., wg pozycji planu finansowego, na tle wykonania w analogicznym okresie r. ubiegłego (wartości wyrażone w tys. zł).

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, w tym:	Wykonanie 2020 r.	Plan 2021 r.	Wykonanie 2021 r.	Różnica (wyk. - plan)	% realizacji planu	Dynamika 2021/2020r.
podstawowa opieka zdrowotna	13 830 363,70	17 828 911,00	17 415 072,72	-413 838,28	97,68%	125,92%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 357 183,91	8 262 917,00	7 214 802,42	-1 048 114,58	87,32%	134,68%
leczenie szpitalne, w tym:	53 516 867,57	64 216 341,00	59 009 072,09	-5 207 268,91	91,89%	110,26%
- programy lekowe, w tym:	5 084 943,47	5 895 286,00	5 401 926,79	-493 359,21	91,63%	106,23%
- leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	4 575 500,74	5 285 353,00	4 879 015,53	-406 337,47	92,31%	106,63%
- chemioterapia, w tym:	1 395 604,70	1 414 114,00	1 246 147,77	-167 966,23	88,12%	89,29%
- leki stosowane w chemioterapii	600 754,32	552 857,00	484 560,43	-68 296,57	87,65%	80,66%
- ratunkowy dostęp do technologii lekowej	19 932,60	157 378,00	112 632,24	-44 745,76	71,57%	565,07%
- świadczenia wysokospecjalistyczne	169 546,64	221 576,00	135 813,67	-85 762,33	61,29%	80,10%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	3 077 862,73	3 658 512,00	3 321 428,13	-337 083,87	90,79%	107,91%
rehabilitacja lecznicza	2 980 124,61	3 922 569,00	3 300 505,65	-622 063,35	84,14%	110,75%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	2 095 563,12	2 448 998,00	2 202 199,72	-246 798,28	89,92%	105,09%
opieka paliatywna i hospicyjna	831 121,53	966 573,00	850 533,46	-116 039,54	87,99%	102,34%
leczenie stomatologiczne	1 630 349,10	2 070 765,00	1 829 151,49	-241 613,51	88,33%	112,19%
lecznictwo uzdrowiskowe	715 084,47	997 085,00	742 903,86	-254 181,14	74,51%	103,89%
pomoc doraźna i transport sanitarny	262 025,01	355 476,00	330 296,51	-25 179,49	92,92%	126,06%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	176 159,95	258 957,00	186 067,05	-72 889,95	71,85%	105,62%
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	2 501 353,00	2 823 009,00	2 549 527,31	-273 481,69	90,31%	101,93%
zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	1 237 531,31	1 477 032,00	1 394 033,18	-82 998,82	94,38%	112,65%
refundacja, z tego:	8 659 225,76	8 874 939,00	8 793 274,54	-81 664,46	99,08%	101,55%
- refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	8 632 381,52	8 826 667,00	8 760 641,13	-66 025,87	99,25%	101,49%
- refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	10 881,72	26 670,00	18 909,08	-7 760,92	70,90%	173,77%
- refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	15 962,52	21 602,00	13 724,33	-7 877,67	63,53%	85,98%
rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	607 332,82	784 762,00	676 774,26	-107 987,74	86,24%	111,43%
rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych	114 860,31	106 515,00	-641 157,00	-747 672,00	-601,94%	-558,21%
rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej	20 302,93	22 332,00	19 713,44	-2 618,56	88,27%	97,10%
rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy	1 213,52	16 885,00	1 534,31	-15 350,69	9,09%	126,43%
koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, w tym:	467 302,24	1 034 517,00	550 856,78	-483 660,22	53,25%	117,88%
- koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego	350 481,17	460 252,00	410 617,13	-49 634,87	89,22%	117,16%
świadczenia udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności	0,00	23 877,00	23 752,12	-124,88	99,48%	-
Razem	98 081 827,59	120 150 972,00	109 770 342,04	-10 380 629,96	91,36%	111,92%

W tabeli sprawozdawczej nr IV.F.14 dot. refundacji leków prezentowane są dane z poz. B2.14.1 sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ obejmujące refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę. Wyznaczony w wysokości 8 826 667 tys. zł plan 2021 r. ww. kosztów świadczeń zdrowotnych został zrealizowany w wysokości 8 760 641 tys. zł, co stanowiło 99% wartości planu okresu. W odniesieniu do roku ubiegłego, poniesione w 2021 r., koszty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę były wyższe o 128 260 tys. zł (tj. o 1,5%).

Tabele sprawozdawcze nr L.1-L.13⁷ zawierają informację na temat liczby osób wg stanu na koniec 2021 r., które korzystały ze świadczeń w poszczególnych rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna 27 353 975 (w roku ubiegłym 25 885 155), ambulatoryjna opieka specjalistyczna 27 353 975 (w roku ubiegłym 15 189 267), leczenie szpitalne 7 041 057 (w roku ubiegłym 7 041 057), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 1 602 091 (w roku ubiegłym 1 510 506), rehabilitacja lecznicza 2 956 108 (w roku ubiegłym 2 716 670), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 112 772 (w roku ubiegłym 107 286), opieka paliatywna i hospicyjna 93 115 (w roku ubiegłym 90 919), leczenie stomatologiczne 5 447 167 (w roku ubiegłym 4 988 685), lecznictwo uzdrowiskowe 265 605 (w roku ubiegłym 204 309), profilaktyczne programy zdrowotne 1 479 952 (w roku ubiegłym 1 070 044), świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie 304 405 (w roku ubiegłym 210 085), zaopatrzenie w wyroby medyczne 1 897 048 (w roku ubiegłym 1 671 016).

Tabela sprawozdawcza nr IV.L.9 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w stosunku do populacji osób ubezpieczonych, wg stanu na koniec 2021 r. Oddziały cechujące się najmniejszym wskaźnikiem liczby osób realizujących skierowania na 10 tys. osób ubezpieczonych to: zachodniopomorski, lubuski i małopolski. Natomiast oddziały warmińsko-mazurski, świętokrzyski, podlaski i dolnośląski mają największy wskaźnik liczby osób.

Tabela sprawozdawcza nr IV.L.10 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Z uwagi na wprowadzenie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2019 r. poz. 401), nowego świadczenia gwarantowanego, jakim są świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego, które zaczęły funkcjonować w 2020 r., w niniejszym sprawozdaniu dane dotyczące przedmiotowego rodzaju świadczeń zostały przedstawione w dwóch osobnych tabelach, w których zawarto informacje odnoszące się do poszczególnych zakresów świadczeń:

- tabela sprawozdawcza nr IV.L.10.1 – dane dotyczące udzielonych świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”,
- tabela sprawozdawcza IV.L.10.2 – dane dotyczące udzielonych świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego.

Przedstawienie danych dotyczących poszczególnych zakresów świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w osobnych tabelach wynika z ich odmiennej specyfiki w szczególności z faktu, że dedykowane są one odrębnym grupom świadczeniobiorców. W celu przedstawienia miarodajnych danych, informacje zawarto w dwóch osobnych tabelach.

⁷ Tabele IV.L zawierają informacje o wszystkich osobach, które korzystały ze świadczeń zdrowotnych do końca 2021 r. i odnoszą się do unikalnych nr PESEL.

Tabela sprawozdawcza IV.L.10.1 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”, w stosunku do populacji osób ubezpieczonych, w 2021 r. Dane zostały przedstawione w odniesieniu do 10 tysięcy osób ubezpieczonych. Z przedmiotowej tabeli wynika, że łączna liczba osób, którym zespoły sanitarne typu „N” udzieliły świadczeń w 2021 r., wynosi 7 313, natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjmuje wartość 2,05 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik przyjmuje w województwach: lubuskim (0,99), zachodniopomorskim (1,16) oraz świętokrzyskim (1,17), natomiast wartości najwyższe – w województwach: śląskim (2,92), kujawsko-pomorskim (2,40) oraz opolskim (2,39). W porównaniu do analogicznego okresu 2020 r. wartość niniejszego wskaźnika w 2021 r. w odniesieniu do całego kraju wzrosła o 0,13.

Tabela sprawozdawcza r IV.L.10.2 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego w stosunku do populacji osób ubezpieczonych, w 2021 r. Dane zostały przedstawione w odniesieniu do 10 tysięcy osób ubezpieczonych. Z przedmiotowej tabeli wynika, że łączna liczba osób, którym zespoły transportu medycznego udzieliły świadczeń w 2021 r., wyniosła 41 539 natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjmuje wartość 11,64 w skali kraju. Wskazana różnica wynika z faktu, że zespoły transportu medycznego funkcjonują od marca oraz kwietnia 2020 r. (nie funkcjonowały w styczniu i lutym 2020 r.)

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.1 prezentuje hospitalizacje w rodzaju leczenie szpitalne. Liczba hospitalizacji do końca 2021 r. wyniosła 8 088 788 (w roku ubiegłym 7 617 908). Łącznie hospitalizowano osób 5 125 541 (w roku ubiegłym 4 847 262). Liczba osobodni łącznie wyniosła 30 787 816 (w roku ubiegłym 30 098 905). Średni czas jednej hospitalizacji w 2021 r. wyniósł 4 dni (w roku ubiegłym 3,95).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.2 prezentuje hospitalizacje w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Liczba hospitalizacji do końca 2021 r. wyniosła 225 132 (w roku ubiegłym 192 669). Hospitalizowano osób 162 155 (w roku ubiegłym 150 772). Liczba osobodni łącznie wyniosła 7 168 567 (w roku ubiegłym 6 412 993). Średni czas trwania jednej hospitalizacji w 2021 r. wyniósł 32 (w roku ubiegłym 33) dni.

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.3 prezentuje hospitalizacje w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Liczba hospitalizacji do końca 2021 r. wyniosła 176 298 (w roku ubiegłym 159 600). Hospitalizowano 163 828 osób (w roku ubiegłym 152 450). Liczba osobodni łącznie wyniosła 4 662 698 (w roku ubiegłym 4 164 908). Średni czas jednej hospitalizacji w 2021 r. wyniósł 26 dni (26 w roku ubiegłym).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.4 prezentuje hospitalizacje w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 34 627 (w roku ubiegłym 33 474),

przy czym hospitalizowano 32 832 (w roku ubiegłym 30 803) osób a średni czas hospitalizacji wyniósł 140 dni (w roku ubiegłym 154).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.5 prezentuje dane wykazane narastająco od początku roku do końca 2021 r. dot. opieki paliatywnej i hospicyjnej, gdzie hospitalizowano 30 687 (w roku ubiegłym 29 269) osób, przy czym średni czas hospitalizacji wyniósł 26 dni.

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.6 prezentuje dane dotyczące liczby hospitalizacji w rodzaju lecniectwo uzdrowiskowe. Z analizowanych danych wynika, że na koniec 2021 r. w zakładach lecniectwa uzdrowiskowego łącznie hospitalizowano 27 320 osób przy czym 10 696 hospitalizacji przypadało mężczyznom a 16 624 kobietom. łącznie w 2021 r. w zakładach lecniectwa uzdrowiskowego hospitalizowano 27 013 osób W porównaniu z 2020 r., liczba osób hospitalizowanych zwiększyła się o 3 603. Spadek realizacji świadczeń w latach 2020 i 2021 spowodowany jest czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w okresie od 14 marca do 14 czerwca 2020 r. oraz od 24 października 2020 r. do 10 marca 2021 r., na skutek ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Jednocześnie na koniec 2021 r. najwięcej osób dorosłych (powyżej 18 roku życia), które były hospitalizowane w zakładach lecniectwa uzdrowiskowego mieściło się w grupie wiekowej 65–69. Natomiast średni czas hospitalizacji w szpitalach uzdrowiskowych wynosił 22 osobodni.

Tabela sprawozdawcza nr IV.O.1⁸ przedstawia dane dotyczące osób leczonych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. łącznie w zakładach opieki zdrowotnej wg stanu na 31 grudnia 2021 r. przebywało 37 815 (w roku ubiegłym 30 747) osób w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Tabela sprawozdawcza nr IV.O.2 przedstawia dane dotyczące osób leczonych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna. Z zaprezentowanych w tabeli danych wynika, że w hospicjum stacjonarnym i w oddziale medycyny paliatywnej leczonych było 4 846 (w roku ubiegłym 1 907) osób.

Tabela sprawozdawcza nr IV.O.3 przedstawia dane dotyczące osób leczonych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych dla dorosłych i dzieci leczonych było 21 467 (w roku ubiegłym 20 874) osób.

Tabele sprawozdawcze nr IV.1.1.1 do IV.1.6 odnoszą się do świadczeń udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Na koniec 2021 r., wg informacji przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej udzielili łącznie 112 116 469 porad (w tym samym okresie roku ubiegłego 123 529 300), 996 127 porad domowych (w roku ubiegłym 981 336) i 126 279 patronaży (w roku ubiegłym 113 589). Wykonano również 851

⁸ Dane w tabeli zawierają informacje o osobach leczonych w wybranych komórkach organizacyjnych (oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej oraz ośrodki (zespoły) opieki poza szpitalnej) przebywających w podmiotach leczniczych zgodnie ze stanem na ostatni dzień okresu sprawozdawczego. Dotyczy tabel IV.O.1, IV.O.2 i IV.O.3.

540 (w roku ubiegłym 514 047) badań bilansowych oraz 42 690 (w roku ubiegłym 41 45) świadczeń profilaktycznych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia. Na podstawie otrzymanych danych pielęgniarki środowiskowo-rodzinne odbyły łącznie 15 038 833 (w roku ubiegłym 12 971 766) wizyt, natomiast położne środowiskowo-rodzinne odbyły 2 414 576 (w roku ubiegłym 2 229 110) wizyt. Według otrzymanych danych sprawozdawczych grupową profilaktyką fluorkową objęto 2 161 026 uczniów (w roku ubiegłym 2 443 646). W ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielono 3 948 226 porad lekarskich (w roku ubiegłym 3 535 820 porad) oraz 1 283 636 w ramach porad pielęgniarskich (w roku ubiegłym 1 100 083). W omawianym okresie wykonano 321 204 przewozów sanitarnych w ramach POZ (w roku ubiegłym 290 602).

Tabele sprawozdawcze nr IV.2.1-2.3 odnoszą się do świadczeń udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej sprawozdanych narastająco od początku roku do końca 2021 r. Przedstawienie przedmiotowych danych wg zakresów świadczeń i komórek realizujących powoduje zwielokrotnienie liczby świadczeń i pacjentów wykazanych w tabeli sprawozdawczej nr IV.L.2. W analizowanym okresie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej łączna liczba wykonanych świadczeń (porad, wizyt) wyniosła 70 715 449 (w roku ubiegłym 61 313 951). Liczba osób, którym udzielono świadczeń wyniosła 35 615 663 (w roku ubiegłym 32 097 279).

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.2 dotyczy liczby udzielonych porad zachowawczych i zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, gdzie ogółem udzielono 57 937 366 (w roku ubiegłym 58 128 264) porad dla 30 362 433 osób (w roku ubiegłym 29 012 466).

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.3 dotyczy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła 4 122 420 (w roku ubiegłym 2 992 733), których udzielono na rzecz 3 564 083 pacjentów (w roku ubiegłym 3 283 341).

Tabela IV.3.1 zawiera dane odnoszące się do świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, które zostały wykazane narastająco od początku roku do końca 2021 r. W tabeli wykazywane są pobyty wszystkich pacjentów pozostających w oddziałach szpitalnych. Do obliczenia liczby osobodni przyjęto krańcową datę 31 grudnia 2021 r., jako datę wypisu pomimo nie zakończenia hospitalizacji pacjenta. W 2021 roku łączna liczba świadczeń wniosła 15 252 246 (w roku ubiegłym 9 910 725), z czego 8 059 793 (w roku ubiegłym 7 480 071) to świadczenia określone kodem „pobyt w oddziale szpitalnym”. Liczba osób, którym udzielono świadczeń wyniosła 6 568 954, zaś liczba osobodni wyniosła 415.

Tabela sprawozdawcza nr IV.4.1 odnosi się do danych zawierających informacje o opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień. Liczba wykonanych świadczeń wyniosła 10 937 932 (w roku ubiegłym 9 631 962), z czego 6 526 086 (w roku ubiegłym 5 797 551) to świadczenia określone kodem „porada”. Liczba osób, którym udzielono świadczeń wyniosła 2 128 008 (w roku ubiegłym 2 114 082), zaś liczba osobodni 12 848 314 (w roku ubiegłym 11 183 091).

Tabele sprawozdawcze nr IV.5.1 i IV.5.2 przedstawiają dane dotyczące rehabilitacji leczniczej. W 2021 r. liczba świadczeń udzielonych wyniosła 19 559 683 (w roku ubiegłym 16 037 523), Udzielono je 4 784 108 osobom (w roku ubiegłym 4 332 277), zaś liczba osobodni 44 115 283 (w roku ubiegłym 34 324 446). Najwięcej, bo 14 668 944 (w roku ubiegłym 12 246 833) świadczeń określono kodem „cykl leczenia”, w którym liczba osób leczonych wyniosła 2 371 631 (w roku ubiegłym 2 292 094), zaś liczba osobodni wyniosła 38 429 574 (w roku ubiegłym 30 235 826). Łącznie 10 469 świadczeniodawców udzieliło świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 3 314 314 tys. zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.6.1 i IV.6.2 przedstawia informacje na temat świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wg jednostek statystycznych, z której wynika, że liczba udzielonych świadczeń (porad, wizyt, pobytów i in.) w okresie sprawozdawczym wyniosła 6 285 227 (w roku ubiegłym 5 465 612), przy czym objęto opieką 119 140 (w roku ubiegłym 131 994) osób przy czym liczba osobodni wyniosła 152 dni. Łącznie 1 554 świadczeniodawców udzieliło świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 1 829 179 tys. zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.7.1 przedstawia informacje dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej wg jednostek statystycznych, z których wynika, że liczba udzielonych świadczeń wyniosła 2 636 921 (w roku ubiegłym 1 845 798), z której skorzystało 134 284 (w roku ubiegłym 123 288) osób, przy czym liczba osobodni wyniosła 113 dni.

Tabela sprawozdawcza nr IV.8.1 przedstawia informacje na temat leczenia stomatologicznego - liczba osób, którym udzielono świadczenia i wartość świadczeń wg poszczególnych zakresów, stomatologicznych w przedziałach wiekowych, z którego wynika, że liczba osób, którym udzielono świadczeń to 6 218 038. Wartość udzielonych świadczeń wyniosła 1 784 424,73 tys. zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.8.2 przedstawia liczbę profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia. Świadczeń profilaktycznych udzielono 201 898 (w roku ubiegłym 142 327) dzieciom.

Tabela sprawozdawcza nr IV.9 przedstawia liczbę wyjazdowych zespołów transportu sanitarnego typu „N”, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczbę świadczeń i osób, którym te świadczenia zostały udzielone. Na 2021 r. zakontraktowane zostały 32 zespoły sanitarne typu „N”. Należy zaznaczyć, że jeden zespół w województwie łódzkim funkcjonuje czasowo przez 12 godzin na dobę, natomiast pozostałe zespoły funkcjonują całodobowo. Liczba zakontraktowanych zespołów sanitarnych typu „N” na 2021 r. nie uległa zmianie w stosunku do 2020 r. Ze zgromadzonych danych wynika, że w 2021 r. w ramach świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” wykonały 8 286 przewozów, udzielając świadczeń łącznie 7 313 osobom. Liczba wykonanych przewozów w analizowanym okresie wzrosła o 266 tj. o ponad 3% w stosunku do 2020 r., a liczba osób, którym powyższe zespoły udzieliły świadczeń zwiększyła się o 548, tj. o 8% w porównaniu do roku poprzedniego.

Tabela sprawozdawcza nr IV.10 przedstawia liczbę świadczeń udzielonych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz liczbę osób, którym te świadczenia zostały udzielone. W 2021 r. zespoły ratownictwa medycznego funkcjonujące w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonały łącznie 2 875 667 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 334 080 osobom, przy czym:

- podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 2 289 733 wyjazdów i udzieliły świadczeń 1 820 152 osobom,
- specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 585 422 wyjazdy i udzieliły świadczeń 513 420 osobom,
- podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 512 akcji ratowniczych i udzieliły świadczeń 508 osobom.

Ze zgromadzonych danych wynika, że ogólna liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, w stosunku do 2020 r., wzrosła o 288 449, tj. o 11%, przy czym liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego zwiększyła się w przypadku: wyjazdów podstawowych o 227 436, tj. o 11%, wyjazdów specjalistycznych o 60 980, tj. o 12%; akcji ratowniczych podstawowych wodnych wzrosła o 33 tj. o 7%.

Liczba osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń w 2021 r., wzrosła o 199 892, tj. o 9% w stosunku do 2020 r., przy czym liczba osób, którym świadczeń udzieliły: podstawowe zespoły ratownictwa medycznego zwiększyła się o 149 068, tj. o 9%, specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wzrosła o 50 789, tj. o 11%, podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 35, tj. o 7%.

Tabela sprawozdawcza nr IV.11 odnosi się do programów zdrowotnych – świadczenia gwarantowane. W 2021 r. liczba osób objęta tymi programami wyniosła 1 472 375 (w roku ubiegłym 1 150 221), a liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach wyniosła 1 788 290 (w roku ubiegłym 1 496 247).

Tabela sprawozdawcza nr IV.12 dotyczy świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane. W 2021 roku 201 989 (w roku ubiegłym 242 530) osoby uzyskały świadczenia w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane. Osobom tym, udzielono 8 403 044 (w roku ubiegłym 7 220 752) świadczeń w tym rodzaju.

Dane dotyczące wyrobów medycznych zaopatrzenia oraz potwierdzania zleceń przedstawiono w tabelach sprawozdawczych nr IV.13.1 i nr IV.13.2. Na koniec 2021 roku liczba wydanych wyrobów medycznych wyniosła 347 508 746 sztuk (w roku ubiegłym 332 740 387) o wartości 1 399 776 tys. zł (w roku ubiegłym 1 212 631 tys. zł). Potwierdzono 3 434 513 zleceń, nie stwierdzono kolejki oczekujących na potwierdzenie zlecenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.16.1 przedstawia dane dotyczące udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w 2021 r., gdzie z tego leczenia skorzystało 265 605 osób, które łącznie wykorzystały 5 529 233 osobodni leczenia uzdrowiskowego, za które Fundusz zapłacił świadczeniodawcom. Łączna liczba zrealizowanych

skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, w okresie 2021 r. wyniosła 266 023. W analogicznym okresie 2020 r. z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 204 309 osób, a wykorzystane osobodni wyniosły 4 140 755. Liczba osób zwiększyła się o 61 296, a liczba zrealizowanych osobodni o 1 388 478. Spadek realizacji świadczeń w analizowanym okresie spowodowany jest to czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w okresie od 14 marca do 14 czerwca 2020 r. oraz od 24 października do 10 marca 2021 r., na skutek ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

Tabela sprawozdawcza nr IV.16.2 prezentuje liczbę osób oczekujących na potwierdzenie skierowania oraz liczbę skierowań zrealizowanych w stacjonarnym leczeniu uzdrowiskowym, wg stanu na koniec 2021 r., gdzie na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe w szpitalu uzdrowiskowym oczekiwało 2 607 osób, natomiast na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego oczekiwało 464 550 osób. W porównaniu do 2020 r., liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania do szpitala uzdrowiskowego zmniejszyła się o 8 956 osób, a na potwierdzenie leczenia do sanatorium zmniejszyła się o 197 295 osób. Liczba skierowań zrealizowanych w okresie 2021 r. w szpitalu uzdrowiskowym wyniosła 27 320, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym 232 739. W porównaniu do analogicznego okresu 2020 r., liczba zrealizowanych skierowań w szpitalu uzdrowiskowym zwiększyła się o 3 647, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym o 57 195. Spadek realizacji świadczeń w latach 2020 i 2021 spowodowany jest czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w okresie od 14 marca do 14 czerwca 2020 r. oraz od 24 października 2020 r. do 10 marca 2021 r., na skutek ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

Tabela sprawozdawcza nr IV.17 przedstawia informacje o realizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawowej. Dane w tabeli zostały sporządzone narastająco do końca 2021 r. w oparciu o informacje pochodzące z Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk NFZ, umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz nadsyłanych przez świadczeniodawców raportów statystycznych. W 2021 r. zostało zrealizowanych 84 224 endoprotezoplastyk stawowych, z czego najwięcej endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu biodrowego 43 055, a następnie endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu kolanowego 25 343. Endoprotezoplastyki stawu łokciowego, ramiennego i innego stanowiły ponad 2% wszystkich wykonanych endoprotezoplastyk stawowych. Liczba osób, którym udzielono świadczeń jest mniejsza niż liczba wykonanych świadczeń, co oznacza, że niektóre osoby miały wykonane w 2021 r. więcej niż jedno świadczenie endoprotezoplastyki stawowej. Koszt wykonanych świadczeń wyniósł około 1 282 718 zł, a świadczenia endoprotezoplastyki były realizowane przez 284 świadczeniodawców.

Z uwagi na obecny sposób kontraktowania świadczeń nie ma możliwości wyodrębnienia środków na endoprotezoplastykę stawową spośród wszystkich środków, jakie zostały przeznaczone na świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Zatem wartość umów obejmuje również zakresy świadczeń, w ramach których może być realizowana endoprotezoplastyka stawowa, jak i inne świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii

narządu ruchu. W tabeli uwzględniono wartości umów ze świadczeniodawcami wyłącznie w zakresach, z których zostało w 2021 r. sfinansowane co najmniej jedno świadczenie endoprotezoplastyki stawowej. Wartość umów nie obejmuje zarówno wartości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach którego również były udzielane ww. świadczenia, jak i kosztów świadczeń wykonanych prywatnie.

Tabela sprawozdawcza nr IV.18 zawiera informacje dotyczące zaćmy, gdzie w 2021 r. wykonano 233 705 (w roku ubiegłym 233 705) zabiegów na kwotę 579 568 tys. zł (w roku ubiegłym 496 687 tys. zł). Liczba osób którym udzielono świadczeń 212 405 (w roku ubiegłym 187 295) osobom.

W tabeli sprawozdawczej nr 20.1 zestawiono liczbę pacjentów oraz wartość udzielonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w poszczególnych rodzajach świadczeń. Łącznie świadczeń udzielono 593 691 (w roku ubiegłym 511 324) pacjentom o wartości 5 242 494 tys. zł (w roku ubiegłym 4 897 779 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr VI.20.2 pokazuje świadczenia udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Udzielono 175 892 (w roku ubiegłym 153 350) świadczeń 171 514 (w roku ubiegłym 149 510) osobom o wartości 79 532 tys. zł (w roku ubiegłym 66 396 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.3 zawiera dane dotyczące leczenia onkologicznego udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w leczeniu szpitalnym. Wartość zrealizowanych w 2021 r. świadczeń to 2 451 465 tys. zł (w roku ubiegłym 2 598 501 tys. zł). Udzielono 1 041 452 świadczeń dla 292 425 osób.

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.5 zawiera dane dotyczące leczenia onkologicznego wg przyczyn udzielania świadczenia, z wyłączeniem pakietu onkologicznego wg kategorii planu finansowego. W tabeli wykazano kategorie planu finansowego, w których wskazano jako przyczynę leczenie onkologiczne, analogicznie jak w pakiecie onkologicznym. Łączna wartość zrealizowanych w 2021 roku świadczeń wyniosła ponad 10 028 842 tys. zł (w roku ubiegłym 8 712 995 tys. zł). Liczba udzielonych świadczeń wynosi 2 102 684 osób.

Tabele sprawozdawcze IV.21.1.1, nr IV.21.1.2 oraz nr IV.21.2 zostały sporządzone na podstawie informacji o wykonanych w IV kwartale 2021 roku poszczególnym świadczeniobiorcom świadczeniach opieki zdrowotnej. Kluczowymi danymi do opracowania tabel sprawozdawczych z zakresu list oczekujących są wprowadzane do raportu statystycznego o zrealizowanych świadczeniach daty wpisu na listy oczekujących. Tabele nr IV.22.1.1, nr IV.22.1.2 oraz nr IV.22.2 zostały sporządzone na podstawie danych za okres sprawozdawczy grudzień 2021 roku przekazanych przez świadczeniodawców do właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikatami sprawozdawczymi XML dotyczącymi list oczekujących. Są to m.in. informacje o średnim rzeczywistym czasie oczekiwania, liczbie osób oczekujących oraz liczbie osób skreślonych z list oczekujących do komórek organizacyjnych

oraz na wybrane świadczenia w podziale na kategorie medyczne: „przypadek pilny” oraz „przypadek stabilny”. Przy sporządzaniu Tabel IV.22.1.1 oraz IV.22.2 wykorzystano również dane przekazywane przez świadczeniodawców za pośrednictwem aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE)⁹.

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.1 przedstawia informacje za IV kwartał 2021 roku o liczbie osób oczekujących i rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej (338 682 osoby), chirurgii ogólnej (338 344 osoby), położniczo-ginekologicznej (320 832 osoby), stomatologicznej (299 831 osób).

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2021 r. o liczbie osób oczekujących i rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń na oddziałach szpitalnych. Najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących do oddziałów: chirurgii ogólnej (43 461 osób), położniczo-ginekologicznego (40 385 osób), urologicznego (20 941 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (18 651 osób) i otorynolaryngologicznej (16 234 osoby).

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2021 r. o liczbie osób oczekujących i rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie danych o wykonanych świadczeniach. Najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących na: fizjoterapia ambulatoryjna (704 640 osób), świadczenia rezonansu magnetycznego (264 372 osoby), świadczenia tomografii komputerowej (237 401 osób), świadczenia gastrokopii (75 423 osoby), świadczeń kolonoskopii (61 975 osób), zabiegi w zakresie soczewki – zaćma (46 349 osób).

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.1 przedstawia informacje za IV kwartał 2021 r. w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje do poradni: okulistycznej (341 928 osób), stomatologicznej (215 850 osób), neurologicznej (212 062 osoby), kardiologicznej (155 965 osób) i chirurgii urazowo-ortopedycznej (128 965 osób).

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2021 r. w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń w oddziałach szpitalnych. Najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje do następujących oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej (92 931 osób), otorynolaryngologicznego (79 694 osoby), chirurgicznego ogólnego (60 660 osób), neurochirurgicznego (32 439 osób) oraz do oddziału urologicznego (23 358 osób).

⁹ Aplikacja udostępniana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeniodawcom i służy do prowadzenia oraz przekazywania list oczekujących na wybrane świadczenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2021 r. w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej. Najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje na następujące świadczenia: świadczenia rezonansu magnetycznego (135 429 osób), leczenie protetyczne (125 554 osoby), świadczenia tomografii komputerowej (87 066 osób), endoprotezoplastykę stawu kolanowego (74 762 osoby) oraz endoprotezoplastykę stawu biodrowego (57 689 osób).

Część V. Koordynacja

W 2021 r., w stosunku do roku poprzedniego, skala rozliczeń za osoby uprawnione wzrosła o ponad 23% w odniesieniu do liczby wystawionych formularzy rozliczeniowych dotyczących rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt rzeczywisty. Wartość kosztów świadczeń wykazanych na formularzach E 125 przedstawionych przez Polskę innym państwom członkowskim UE/EFTA spadła o prawie 5%. Wartość przedstawionych Polsce roszczeń przez inne państwa członkowskie UE/EFTA wzrosła o ponad 8%, zaś liczba załączonych do not formularzy spadła o prawie 5%. W 2021 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wydały o 32% więcej zaświadczeń uprawniających osoby ubezpieczone do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA niż w roku poprzednim.

W 2021 r. liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była nieznacznie wyższa o prawie 2% w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Ogółem w 2021 r. do Funduszu wpłynęło 9 349 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 27 160 tys. zł. Prawie 82% łącznej liczby wniosków zostało złożonych w pięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu, tj.: śląskim (prawie 37%), mazowieckim (prawie 14%), małopolskim (prawie 14%), dolnośląskim (11%) oraz opolskim (7%). Zarówno w przypadku łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty, jak i kwoty dokonanych wypłat nastąpił spadek w porównaniu do 2020 r., odpowiednio o 7%, oraz 3%. 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 91% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 88% wartości wypłaconych kwot ogółem. 87% dokonanych w 2021 roku zwrotów kosztów dotyczyło świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały. W przypadku 70% wniosków zwrot kosztów został dokonany za świadczenia usunięcia zaćmy.

Wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym związanych z rozliczaniem świadczeń została zaprezentowana w tabeli sprawozdawczej nr V.1. W 2021 r. państwa członkowskie UE/EFTA uregulowały przedstawione przez Polskę roszczenia rozliczane na formularzach E 125, związane z udzieleniem świadczeń osobom uprawnionym podczas ich pobytu na terenie Polski, w kwocie łącznej w wysokości ponad 276 245 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności

na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (47% łącznej kwoty) oraz instytucje norweskie (15% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 248 180 tys. zł. W związku z prowadzeniem rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, wykazywanych w oparciu o formularz E 125, Fundusz dokonał w 2021 roku płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 531 297 tys. zł¹⁰. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 64% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec. Analogiczna wartość dla rozliczeń prowadzonych wg kwot zryczałtowanych w oparciu o formularz E 127 i ich odpowiednik wyniosła 36 563 tys. zł, z najwyższym udziałem (84%) kwoty płatności dokonanych na rzecz instytucji brytyjskich.

Wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom na terytorium państw członkowskich UE/EFTA rozliczanych wg kosztów rzeczywistych¹¹ zostały przedstawione w tabeli sprawozdawczej nr V.2. W okresie sprawozdawczym do Centrali Funduszu wpłynęło 655 dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 654 615 tys. zł.¹² Kwota ta obejmuje również kwoty wynikające z 271 pism zawierających odstąpienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz 252 not korygujących. Roszczenia przedstawione zostały przez 31 państw członkowskich UE/EFTA na 142 600 formularzach rozliczeniowych E 125. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o ponad 8%, przy jednoczesnym spadku liczby załączonych do not formularzy o prawie 5%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 73% i obejmowały 70% łącznej liczby formularzy przesłanych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA.

Kwoty zrefundowane świadczeniobiorcom w związku z korzystaniem ze świadczeń na terytorium państw członkowskich UE/EFTA przedstawione zostały w tabeli sprawozdawczej nr V.3. Zgodnie z informacjami zgromadzonymi w systemie dziedzicznym, w 2021 r. osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 3 456 wniosków o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, do których załączone zostały rachunki opiewające na łączną kwotę ponad 7 898 tys. zł¹³. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 2 774 osób ubezpieczonych w wysokości łącznej

¹⁰ Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank dokonujący wypłaty, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

¹¹ Koszty rzeczywiste/kwoty zryczałtowane zapłacone za świadczenia rozliczane są zgodnie z art. 62 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.).

¹² Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 254/A/NBP/2021 z dnia 31 grudnia 2021 r.

¹³ Ibidem.

4 279 tys. zł¹⁴. W 2021 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL była niższa o 18%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była wyższa o 4%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń była niższa o 26%, natomiast kwota dokonanych wypłat była niższa o 16%. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w II półroczu 2021 r. wypłacił oddział lubuski, który dokonał wypłat 868 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 1 538 tys. zł, co stanowiło 36% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 31% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Zwiększenie liczby rozpatrywanych wniosków i dokonywanych wypłat wynika z powołania Centrum Usług Wspólnych w Gorzowie Wielkopolskim, którego zadaniem jest przejęcie obsługi wniosków o zwrot z wszystkich pozostałych oddziałów wojewódzkich NFZ. Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2021 r. zwrot poniesionych kosztów świadczeń 54% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku poprzednim było to 50%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1 505 osób na terenie Niemiec stanowił 63% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w okresie sprawozdawczym.

Wartość roszczeń udzielonych osobom uprawnionym z państw członkowskich UE/EFTA na terytorium RP na podstawie rozliczeń przedstawianych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym według kosztów rzeczywistych przedstawiono w tabeli sprawozdawczej nr V.4. Zgodnie z danymi z formularzy E 125, wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w okresie sprawozdawczym, osobom uprawnionym udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 367 491 tys. zł. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 1 325 896 formularzach, z czego 55% formularzy skierowane zostanie do instytucji niemieckich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 52% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących okresu sprawozdawczego. W porównaniu z 2020 r. liczba formularzy E 125 wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu wzrosła w 2021 r. o 23%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 5%.

Zaświadczenia o prawie do świadczeń na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA wydawane świadczeniobiorcom przedstawione zostały w tabeli sprawozdawczej nr V.5. W okresie sprawozdawczym wydano łącznie 1 780 729 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co stanowi wzrost w stosunku do porównywanego okresu roku poprzedniego o 32%. W strukturze rodzajowej 99% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła EKUZ. Udział ten kształtował się na zbliżonym poziomie

¹⁴Przeliczenie 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.

w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Oddziałem, który wydał największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń był oddział mazowiecki (15%).

Planowane leczenie/badania diagnostyczne udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach zostały zawarte w tabelach sprawozdawczych nr V.6.1 i nr V.6.2. W 2021 r. do NFZ wpłynęło 9 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kraju, oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń - na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Spośród ww. 8 dotyczyło przeprowadzenia poza granicami leczenia, natomiast 1 wniosek dotyczył przeprowadzenia badań diagnostycznych. Z ww. wniosków 8 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym strony zostały wezwane do ich usunięcia. Żaden z tych wniosków nie wpłynął ponownie. W przypadku 1 wniosku, który spełniał wymogi formalne, zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Procedura rozpatrywania tego wniosku została zakończona wydaniem decyzji odmownej – ze względu na ustalenie możliwości leczenia na terenie kraju w terminie niezbędnym. W analogicznym okresie roku ubiegłego (tj. 2020 r.) do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło 6 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w tym: 4 wnioski wpłynęły do dyrektorów OW NFZ¹⁵, kolejne 2 wnioski otrzymał Prezes Funduszu. Spośród ww. wniosków 5 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie. Wezwano strony do usunięcia braków formalnych wniosku ale żaden z tych wniosków nie wpłynął ponownie. W przypadku 1 wniosku wydana została przez Prezesa Funduszu zgoda do przeprowadzenia leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, którego koszt został oszacowany na kwotę 88,54 tys. zł. liczba wpływających wniosków o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na terytorium innego państwa członkowskiego EU lub państwa członkowskiego EFTA, na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach oraz wydanych na ich podstawie decyzji nieznacznie wzrosła w stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego w 2020 r. W 2021 r. do Funduszu wpłynęło o 3 wnioski więcej niż w 2020 r. Na podstawie ww. przepisów prawa Prezes NFZ w 2020 r. wydał 1 decyzję pozytywną, natomiast w 2021 r. 1 decyzję odmowną.

Wartość świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom na terytorium innych państw członkowskich UE, na podstawie wniosków o zwrot kosztów złożonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu zgodnie z art. 42b ustawy o świadczeniach przedstawiona została w tabeli sprawozdawczej nr V.7. W 2021 r. do Funduszu wpłynęło łącznie 9 349 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Kwota wynikająca ze złożonych wniosków, w przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, wyniosła 27 160 tys. zł. Na

¹⁵ Od dnia 1 września 2020 r. organem właściwym do wydawania zgód, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach jest Prezes NFZ.

podstawie decyzji wydanych przez właściwe organy Funduszu w oparciu o art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach, w 2021 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 9 126 wniosków o zwrot kosztów świadczeń w wysokości łącznej 19 713 tys. zł. Dokonane wypłaty dotyczyły w 77% wniosków złożonych w 2021 roku, w 19% wniosków złożonych w 2020 roku, w 4% wniosków złożonych w latach 2017-2019. Wypłaty dokonane w 2021 roku w odniesieniu do wniosków z lat 2017-2019 w przeważającej części były związane z prowadzonym postępowaniem odwoławczym lub skomplikowanym charakterem sprawy. W przypadku wniosków złożonych w 2020 roku wypłata dokonywana była niejednokrotnie w 2021 roku, ponieważ zgodnie z treścią art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach, zwrot kosztów następuje po powzięciu przez Fundusz informacji, że decyzja stała się ostateczna. W 2021 roku, w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego, liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była nieznacznie wyższa o 2%, natomiast łączna wartość kwot wynikających ze złożonych wniosków była wyższa o 17%. Liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były niższe odpowiednio o 7% i 3%. Dokonywane przez Fundusz w 2021 roku zwroty kosztów dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 17 państwach członkowskich UE. W związku z opuszczeniem przez Wielką Brytanię struktur EU, w niniejszym sprawozdaniu kraj ten nie został uwzględniony jako państwo członkowskie UE. 91% łącznej liczby 8 wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 88% wartości wypłaconych kwot ogółem dotyczyło leczenia na terytorium Republiki Czeskiej. Najwyższą łączną kwotą zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej w 2021 roku wypłacił Śląski OW NFZ, który dokonał wypłat w stosunku do 3 531 wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w kwocie o łącznej wysokości 7 554 tys. zł., co stanowiło 38% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 39% wszystkich złożonych wniosków, w stosunku do których dokonano zwrotu kosztów. W celu zachowania spójności danych, w tabeli oprócz państw UE dodano pozycję „inne”, w której wskazano złożone wnioski odnoszące się do zwrotu kosztów leczenia na terenie RP lub państwa niebędącego członkiem UE. Należy mieć na uwadze, że od 2019 roku świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego nie tylko na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE, lecz także innego państwa EOG.

Liczbę wypłat z tytułu zwrotu kosztów i poniesione koszty według rodzajów świadczeń przedstawia tabela sprawozdawcza nr V.8. W 2021 roku Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 56 083 świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 19 713 tys. zł, wykazanych w sumie w 9 126 wnioskach o zwrot kosztów świadczeń złożonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w oddziałach wojewódzkich Funduszu. 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. W okresie sprawozdawczym Fundusz dokonał zwrotu kosztów za 15 828 świadczeń zakwalifikowanych do rodzaju leczenie szpitalne – oddziały w łącznej kwocie w wysokości 17 161 tys. zł. Świadczenia szpitalne stanowiły 28% łącznej liczby świadczeń, w

przypadku których dokonano wypłaty i 87% wartości wypłaconych kwot ogółem. Największy udział w liczbie świadczeń z rodzaju leczenia szpitalnego stanowiły świadczenia związane z zabiegiem usunięcia zaćmy, za które zwrot został dokonany w odniesieniu do 14 183 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 14 564 tys. zł, co stanowi 90% liczby świadczeń udzielonych w rodzaju leczenia szpitalne – oddziały oraz 85% wypłaconej kwoty za świadczenia w tym rodzaju. W przypadku zabiegów usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w odniesieniu do 6 414 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 12 763 tys. zł, wykazanych w sumie na 6 373 wnioskach, co stanowiło 70% wszystkich wniosków z dokonaną wypłatą. Za świadczenia towarzyszące zabiegowi usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w kwocie 1 787 tys. zł, z czego wartość 154 tys. zł stanowi zwrot za wizytę kwalifikacyjną do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym, natomiast kwota 1 632 tys. zł odnosi się do zwrotu kosztów za kontrolną poradę specjalistyczną zrealizowaną po 14 dniach od zabiegu. Świadczenia opieki stomatologicznej w łącznej liczbie świadczeń, dla których dokonano wypłaty stanowiły 70%. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym jedynie 12% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów. W przypadku jednego wniosku o zwrot kosztów oddziały wojewódzkie Funduszu dokonywały wypłaty przeważnie za kilkadziesiąt świadczeń stomatologicznych. W 2021 roku w przypadku wniosków dotyczących świadczeń stomatologicznych dokonano zwrotu za 39 457 świadczeń. Dla porównania, w analogicznym okresie roku poprzedniego zwrot kosztów za świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały obejmował 25% łącznej liczby świadczeń, za które Fundusz dokonał zwrotu kosztów i 83% wypłaconych kwot ogółem. Świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne stanowiły odpowiednio 75% liczby świadczeń, za które dokonano wypłaty. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym 15% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów.

Planowane leczenie/badanie diagnostyczne świadczeniobiorcy poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa Funduszu zgodnie z art. 42j ustawy o świadczeniach przedstawione zostały w tabeli sprawozdawczej nr V.9. W 2021 r. do Prezesa Funduszu wpłynęło 134 wniosków, z czego 107 dotyczyło przeprowadzenia leczenia planowanego, a 27 badań diagnostycznych. W ww. okresie Prezes Funduszu wydał 98 decyzji dotyczących przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 85 zgód, 8 odmów i 5 umorzeń. Spośród 85 zgód (opiewających na szacunkową kwotę 47 140 tys. zł) dotyczących skierowania wnioskodawcy na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju, 65 dotyczyło leczenia planowanego, natomiast 20 badań diagnostycznych. Szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej wchodzących w zakres leczenia planowanego został wyceniony na kwotę 46 991 tys. zł, natomiast szacunkowy koszt badań diagnostycznych na kwotę 150 tys. zł. Spośród 85 zgód, 56 dotyczyło skierowania do państw członkowskich UE, 4 dotyczyło skierowania do państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (Szwajcaria), 25 dotyczyło innych państw (USA, Wielka Brytania).

Porównanie danych z 2021 r. do danych 2020 r. wskazuje, że: liczba decyzji kierujących na leczenie planowane poza granicami kraju wydanych przez Prezesa NFZ w ww. okresie

zwiększyła się o 20, natomiast liczba złożonych wniosków o 57, szacowany koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na które pacjenci byli kierowani poza granice kraju przez Prezesa NFZ w ww. okresie wzrósł ponad 4-krotnie, przy czym największe koszty dotyczą decyzji w zakresie kardiochirurgii i ortopedii do USA (40 614 tys. zł). Szacunkowy koszt decyzji kierujących pacjentów na leczenie do USA stanowił 86% całości szacunkowych kosztów leczenia, na które Prezes NFZ skierował pacjentów w 2021 r., analogicznie do 2020 r., Niemcy pozostają krajem, do którego najczęściej kierowani są wnioskodawcy na leczenie zagraniczne przez Prezesa NFZ w trybie art. 42j ustawy o świadczeniach (w 2021 r. liczba zgód dotyczących przeprowadzenia leczenia w tym kraju wynosi odpowiednio 31, a badań diagnostycznych 6). Liczba wniosków procedowanych na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach wielokrotnie przekracza liczbę wniosków procedowanych na podstawie art. 42i ww. ustawy.