



Narodowy Fundusz Zdrowia

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2022 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).**

**Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępca Prezesa ds. operacyjnych
Małgorzata Dziedziak**

/Dokument podpisano elektronicznie/

Warszawa, wrzesień 2022



Narodowy Fundusz Zdrowia

Część Opisowa
Sprawozdania z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia
za II kwartał 2022 roku

Wstęp

Część opisowa Okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał/I półrocze 2022 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”.

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał/I półrocze 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 i 1292), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz zgodnie ze wzorem określonym w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Część I

W I półroczu 2022 r. Prezes Funduszu wydał 39 zarządzeń, z czego 12 zmieniało zarządzenia wydane w poprzednich lat. Nowe zarządzenia dotyczyły:

- regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
- realizacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia programu Kompleksowa diagnostyka i leczenie niepłodności oraz Koordynacji programu w ramach programu polityki zdrowotnej pod nazwą Rządowy program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021-2023,
- określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć,
- określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- Programu Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- wprowadzenia obiegu dowodów księgowych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Zespołu zadaniowego do spraw systemów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia w biznesowym obszarze refundacji leków,

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).

- warunków rozliczania środków pochodzących z dotacji celowej na dofinansowanie aktywowania Internetowego Konta Pacjenta w 2022 roku,
- powołania zespołu do spraw ustalenia kryteriów podziału środków funduszu wynagrodzeń w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców,
- warunków zawierania umów na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na recepty,
- Programu Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- stosowania instrukcji dostępu do stref administracyjnych z uwzględnieniem bezpieczeństwa fizycznego w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
- programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

W II kwartale 2022 r. wydano o 26 zarządzeń mniej, niż w analogicznym okresie 2021 r.

Decyzje administracyjne w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydawane są przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach. Do dnia 31 sierpnia 2020 r. od decyzji Dyrektora OW NFZ przysługiwało odwołanie do Prezesa NFZ na podstawie art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach. Z uwagi na wejście w życie ustawy 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 także „ustawą zmieniającą” decyzje wydaje Prezes Funduszu, a postępowanie jest jednoinstancyjne, czyli decyzje wydawane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie upoważnienia Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje od nich prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. W związku z tym, poza tabelą sprawozdawczą nr I.4.1, zawierającą zbiorcze informacje o wszystkich decyzjach, odwołaniach i skargach z I półrocza 2022 r. w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, dodatkowo sporządzone zostały dwie tabele sprawozdawcze, tj. tabela nr I.4.1.1 dotycząca postępowań, które rozpoczęły się przed 1 września 2020 r., oraz tabela nr I.4.1.2 dotycząca postępowań wszczętych po wejściu w życie ustawy zmieniającej.

W I półroczu 2022 r. dyrektorzy OW NFZ, jako organ I instancji wydali łącznie 158 decyzji (dalej określane także jako decyzje dyrektorów OW NFZ). Z uwagi na sytuację, w której decyzje dyrektorów OW NFZ stanowią już marginalną część rozstrzygnięć, nie należy tej liczby porównywać do analogicznych okresów z ubiegłych lat. Na decyzje wydane w indywidualnych

sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w I półroczu 2022 r. przez dyrektorów OW NFZ składają się:

- 156 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (najczęściej dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia,
- 2 decyzje dotyczące ustalenia prawa do świadczeń.

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.

W I półroczu 2022 r., w postępowaniach, które rozpoczęły się przed 1 września 2020 r. strony złożyły 14 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ wydanych w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym do Prezesa NFZ. W omawianym okresie Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 1 025 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydając 949 decyzje, 76 postanowień kończących sprawę, a w 30 przypadkach pozostawił sprawę bez rozpoznania, co stanowi spadek o 86% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 551 odwołań. Dodatkowo w I półroczu 2022 Prezes NFZ wydał 11 postanowień, które nie zakończyły sprawy merytorycznie (sprostowanie oczywistej omyłki pisarskiej - 10, wstrzymanie wykonania decyzji - 1). Wszystkie decyzje dotyczyły objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

W związku z wniesionymi odwołaniami Prezes NFZ wydał 58 decyzji uchylających lub zmieniających decyzję dyrektorów OW NFZ. Dla porównania w analogicznym okresie ubiegłego roku Prezes NFZ rozpatrzył, uchylając lub zmieniając 19 decyzji dyrektorów OW NFZ. Warto wyjaśnić, że uchylanie i zmiana decyzji dyrektorów OW NFZ następuje w zdecydowanej części na podstawie nowych dowodów i dokumentów dostarczanych przez strony postępowania na etapie postępowania odwoławczego.

Na decyzje Prezesa NFZ stronom przysługuje skarga do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie. Według stanu na koniec I półroczu 2022 r. strony wniosły 342 skargi do WSA w Warszawie na decyzje Prezesa NFZ w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Dla porównania w analogicznym okresie roku ubiegłego odnotowano 97 skarg do WSA w Warszawie.

W I półroczu 2022 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie oraz NSA skarg od decyzji Prezesa NFZ jako organu II instancji zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do NFZ wpłynęło 40 orzeczeń. z czego 10 (25%) stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję Prezesa NFZ, przy czym w I półroczu 2021 r. odsetek ten wynosił prawie 25%. Od większości niekorzystnych rozstrzygnięć WSA w Warszawie zostały wniesione

skargi kasacyjne. Wśród przyczyn uchylecia przez WSA w Warszawie decyzji Prezesa NFZ oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów OW NFZ, wymienić należy naruszenia przepisów m.in. 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.), zwanej dalej także „k.p.a.”.

Decyzje wydane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa

W związku z art. 4 pkt 52b ustawy zmieniającej decyzje wydawane są przez dyrektorów OW NFZ z upoważnienia Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje na nie skarga do WSA.

W I półroczu 2022 r. dyrektorzy OW NFZ wydali na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 1 988 decyzji i 111 postanowień. 80% postępowań zakończyło się decyzją o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym (1 594 decyzje), 11% (226 decyzji) rozstrzygnięć dotyczyło nieobjęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Umorzeniem postępowania zakończono 99 postępowań, a 64 decyzje dotyczyły ustaleniem prawa do świadczeń.

Wśród najczęściej pojawiającej się tematyki decyzji 57% dotyczyło pozarolniczej działalności (1 144 decyzje), dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego 17% (330 decyzji), umowy o dzieło przekwalifikowanej na umowę zlecenia 10% (204 decyzje).

Na decyzje i postanowienia wydane przez poszczególnych dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ w I półroczu 2022 r. zostało wniesionych 116 skarg. W I półroczu 2022 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie skarg na decyzje i postanowienia wydane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ z zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do OW NFZ wpłynęło 261 orzeczeń, z czego 133 (51%) stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję Prezesa NFZ. Na 47 niekorzystnych rozstrzygnięć WSA w Warszawie zostały wniesione skargi kasacyjne do NSA.

Ustawa zmieniająca zmieniła tryb wzruszenia decyzji wydawanych na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach, w związku z czym analiza liczby indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w I półroczu 2022 r. oraz porównanie danych do danych z I półrocza 2021 r. jest bardzo trudne.

Załączona do niniejszego sprawozdania tabela nr I.4.1. obejmuje postępowania wszczęte zarówno przed jak i po wejściu w życie ustawy zmieniającej. Oznacza to, że zsumowane zostały liczby dotyczące:

- decyzji i postanowień wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przez dyrektorów OW NFZ jako organu I instancji oraz na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ,

- skarg wniesionych do WSA w Warszawie na rozstrzygnięcia Prezesa NFZ wydane w postępowaniu odwoławczym oraz skarg na decyzje i postanowienia dyrektorów OW NFZ wydanych w postępowaniu jednoinstancyjnym, tj. na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ,
- orzeczeń WSA w Warszawie, zapadłych w wyniku skarg, wniesionych na rozstrzygnięcia wydane w postępowaniach zarówno przed, jak i po wejściu w życie ustawy zmieniającej.

Decyzje z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, ich wysokości oraz terminu płatności wydawane są przez dyrektorów OW NFZ oraz obecnie przez Prezesa NFZ, na podstawie art. 50 ust. 18² ustawy o świadczeniach. Tabela sprawozdawcza nr I.4.2 nie przedstawia wszystkich decyzji wydanych przez dyrektorów OW NFZ, a jedynie decyzje na podstawie których obciążono osoby kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym dodano nową tabelę sprawozdawczą nr I.4.2.1³, która w liczbie decyzji wydanych zawiera również dane dotyczące decyzji wydanych w OW NFZ wydanych z up. Prezesa NFZ.⁴

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ, wydanych zostało 4 812 decyzji (w zeszłym roku wydano 5 869 co stanowi spadek o 18,01%), z czego 3 089 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Wśród wydanych w I półroczu 2022 r. decyzji 4 219 dotyczyło świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie oświadczenia, 219 decyzji dotyczyło świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie okazanego dokumentu, natomiast 371 wydanych decyzji dotyczyło świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych zarówno na podstawie oświadczenia, jak i okazanego dokumentu. W ww. latach tak duża liczba wydanych decyzji przez Prezesa NFZ wynikała z tego, że do 31 sierpnia 2020 r. wyłączone były z windykacji koszty świadczeń opieki zdrowotnej lub recept łącznie, które nie przekraczały kwoty 100 zł, natomiast w okresie po 1 września 2020 r. wyłączone zostały z windykacji koszty świadczeń opieki zdrowotnej lub recept łącznie, które nie przekraczały kwoty 500 zł. Najwięcej decyzji wydał dyrektor oddziału mazowieckiego - 980, najmniej zaś wydał dyrektor oddziału podlaskiego - 16 decyzji.

² W wyniku nowelizacji ustawy o świadczeniach decyzje z art. 50 ust. 18 wydaje Prezes Funduszu a postępowanie jest jednoinstancyjne czyli decyzje Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje od nich prawo wniesienia skargi do WSA właściwego dla miejsca zamieszkania strony decyzji.

³ W tabeli została dodana rubryka dotycząca liczby wydanych decyzji umarzających postępowanie po wszczęciu postępowania administracyjnego oraz rozszerzono informacje dotyczące orzeczeń sądu o podanie liczby wszystkich orzeczeń, a nie tylko uchylających lub zmieniających decyzje Prezesa Funduszu.

⁴ Z uwagi na wejście w życie ustawy zmieniającej Prezes NFZ wydaje decyzje administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów, ich wysokość oraz termin płatności, jak również decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Wobec powyższego należało rozgraniczyć w sprawozdaniu decyzje wydawane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie postępowania administracyjnego wszczętego i nie zakończonego przed do 31 sierpnia 2020 r. na które służy odwołanie do Prezesa NFZ oraz decyzje wydawane na podstawie udzielonego pełnomocnictwa Prezesa NFZ, gdzie postępowanie administracyjne zostało wszczęte po 31 sierpnia 2020 r. Decyzje te są ostateczne i w tym przypadku nie służy odwołanie do Prezesa NFZ. Od decyzji wydawanych z upoważnienia Prezesa NFZ służy skarga do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania.

Zgodnie z art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy k.p.a. Wobec powyższego od decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 127 §2 k.p.a. przysługiwało do postępowań wszczętych przed 1 września 2020 r. prawo wniesienia odwołania do Prezesa NFZ. Do końca I półrocza 2022 r. nie wpłynęło odwołanie z żadnego oddziału wojewódzkiego NFZ. Najwięcej postępowań administracyjnych wszczął oddział mazowiecki - 1 283 na kwotę prawie 3,14 mln zł wydając najwięcej decyzji administracyjnych, które stały się ostateczne - 986 o wartości prawie 2,37 mln zł.

Od rozstrzygnięć Prezesa NFZ na podstawie art. 54 §1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2022 r. poz. 329, z późn. zm.), stronie postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie zgodnie z miejscem zamieszkania. Do końca I półrocza 2022 r. wpłynęło 19 skarg do Centrali NFZ, gdzie Prezes występuje jako organ II instancji, natomiast od 1 stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2022 r. wpłynęło 48 skarg na decyzje wydane przez dyrektorów OW NFZ działających z up. Prezesa Funduszu. Od 27 listopada 2020 r. zmieniła się właściwość sądów administracyjnych w sprawach rozpatrywanych na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach obecnie właściwe są sądy administracyjne właściwe dla miejsca zamieszkania strony zobowiązanej do zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy zaznaczyć, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje również osobie, która wymaga leczenia, a nie jest objęta obowiązkowym, bądź dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, pod warunkiem spełnienia warunków określonych w art. 54 ustawy o świadczeniach i uzyskania decyzji potwierdzającej to prawo, wydanej na podstawie ww. art. tej ustawy. Na mocy art. 54 ustawy o świadczeniach, osobami nieposiadającymi ubezpieczenia zdrowotnego, a pomimo to uprawnionymi do uzyskania bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego są osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy, spełniające kryterium dochodowe określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.).

Podstawą do uzyskania bezpłatnego leczenia przez takie osoby jest otrzymanie przez nie decyzji potwierdzającej to prawo, wydanej przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej dla ich miejsca zamieszkania. Po spełnieniu przesłanek określonych w ww. art. wójt (burmistrz, prezydent) wydaje decyzję na wniosek świadczeniobiorcy ubiegającego się o świadczenie (jego przedstawiciela ustawowego), a w przypadku stanu nagłego także na wniosek świadczeniodawcy (np. szpitala) udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia bądź jeszcze w trakcie jego udzielania (np. w trakcie hospitalizacji). Ponadto, w celu wydania wspomnianej decyzji wójt (burmistrz,

prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania wspomnianego wyżej świadczeniobiorcy może wszcząć postępowanie z własnej inicjatywy lub na wniosek właściwego (np. dla miejsca udzielania świadczeń lub dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy) oddziału wojewódzkiego NFZ.

Należy zaznaczyć, że Prezes NFZ z uwagi na okoliczności wskazane w odwołaniu dotyczące trudnej sytuacji finansowej strony postępowania, bądź wynikające ze zgromadzonej w sprawie dokumentacji, skorzystał z powyższej możliwości i wystąpił do wójtów/ burmistrzów/ prezydentów miast z 11 wnioskami o ewentualne wydanie na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach decyzji potwierdzających prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku przeprowadzonych postępowań podmioty uprawnione do wydania decyzji na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach w I półroczu 2022 r. wydały 5 decyzji potwierdzających, że w okresie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, która skorzystała z tych świadczeń miała do nich prawo, co skutkowało wydaniem przez Prezesa Funduszu 5 decyzji uchylających w całości decyzję dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu i umarzającej postępowanie I instancji.

Od rozstrzygnięcia Prezesa NFZ na podstawie art. 54 §1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2022 r. poz. 329, z późn. zm.), stronie postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. W I półroczu 2022 r. wpłynęło 48 skarg na decyzje Prezesa NFZ wydane przez dyrektorów OW NFZ, kierowane do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania. Ponadto, do końca I półrocza 2022 r. nie wpłynęły skargi do Centrali NFZ, gdzie Prezes występuje jako organ II instancji, kierowane do WSA w Warszawie. W analogicznym okresie 2021 r. wpłynęło 56 skarg na decyzje Prezesa NFZ wydanych przez dyrektorów OW NFZ, kierowane do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania.

Od 27 listopada 2020 r. zmieniła się właściwość sądów administracyjnych w sprawach rozpatrywanych na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach obecnie właściwe są sądy administracyjne właściwe dla miejsca zamieszkania strony zobowiązanej do zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Artykuł Funduszowi 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 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 I półrocza 2022 r. dyrektorzy OW NFZ wszystkich decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym decyzji umarzających postępowanie) wydali 4 812, w tym 3 089 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. W analogicznym okresie 2021 r. wydali łącznie 5 869, w tym 3 668 obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Prezes NFZ na koniec I półrocza 2022 r. rozpatrzył 240 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, wydając 161 decyzji, 68 postanowień kończących formalnie sprawy a 11 spraw pozostawił bez rozpoznania ze względu na niezuzpełnienie braków formalnych odwołania. Na koniec I półrocza 2021 r. Prezes NFZ rozpatrzył 192 odwołań, wydając 170 decyzji i 22 postanowienia. Ze względu na niezuzpełnienie braków formalnych odwołania 6 spraw zostało pozostawionych bez rozpoznania.

Liczba wydanych decyzji przez Prezesa NFZ wynika z art. 40 ust. 2 ustawy zmieniającej, zgodnie z którym postępowania administracyjne i sędowo-administracyjne w sprawach dotyczących ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w art. 50 ust. 16 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), które poniósł NFZ do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. do 01 września 2020 r.), nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeżeli wysokość kosztu poniesionego przez NFZ, o którym mowa w art. 50 ust. 15 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), nie przekracza kwoty 500 zł. Wobec brzmienia art. 40 ust. 2 ustawy o COVID- 19, należy stwierdzić, że postępowanie w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przez stronę postępowania stało się bezprzedmiotowe, a Prezes NFZ zobowiązany jest uchylić w całości decyzję dyrektora OW NFZ i umorzyć w całości postępowanie organu I instancji. Przy wydawaniu decyzji umarzających istotne znaczenie miał niższy nakład pracy związany z obsługą postępowania administracyjnego oraz realizacją obowiązków określonych przepisami k.p.a.

W I półroczu 2022 r. wydano z up. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 3 089 decyzji obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń, 60 decyzje stwierdzające działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu oraz 1 662 decyzji umarzających postępowanie administracyjne.

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 również „CWU”, w celach: 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 II kwartału 2022 roku 34 339 143 osób ubezpieczonych⁵ było zarejestrowanych w CWU (w analogicznym okresie roku ubiegłego 34 122 180). Wśród wszystkich osób ubezpieczonych było: 34 316 843 ubezpieczonych obowiązkowo (w analogicznym okresie roku ubiegłego 34 100 183), 22 300 ubezpieczonych dobrowolnie (w analogicznym okresie roku ubiegłego 21 997). Wśród ubezpieczonych obowiązkowo było 26 511 958 ubezpieczonych, którzy opłacali składkę (w analogicznym okresie roku ubiegłego 26 389 230) oraz 7 804 885 osób, które były korzystającymi z ubezpieczenia jako członkowie rodzin (w analogicznym okresie roku ubiegłego 7 710 953). Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 16 691 osoby (w analogicznym okresie roku ubiegłego 16 052). Mieli oni 5 609 zgłoszonych członków rodziny (w analogicznym okresie roku ubiegłego 5 945).

⁵ Według statusu w CWU: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek).

Tabela nr 1. Różnica między stanem na koniec II kwartału 2022 r. do końca II kwartału 2021 r. ubezpieczonych obowiązkowo i dobrowolnie.

Lp.	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	ogółem	216 660	122 728	93 932	303	639	-336	216 963
1	Dolnośląski	39 307	24 121	15 186	-99	-50	-49	39 208
2	Kujawsko-pomorski	-437	-1 128	691	59	49	10	-378
3	Lubelski	-11 710	-8 856	-2 854	175	205	-30	-11 535
4	Lubuski	4 596	4 300	296	47	36	11	4 643
5	Łódzki	7 934	2 230	5 704	18	49	-31	7 952
6	Małopolski	31 567	23 149	8 418	31	51	-20	31 598
7	Mazowiecki	84 382	48 123	36 259	-291	-162	-129	84 091
8	Opolski	704	388	316	33	27	6	737
9	Podkarpacki	-2 207	-2 462	255	-90	-93	3	-2 297
10	Podlaski	4 056	1 791	2 265	11	30	-19	4 067
11	Pomorski	30 850	20 455	10 395	86	134	-48	30 936
12	Śląski	-846	-1 673	827	78	113	-35	-768
13	Świętokrzyski	-8 627	-7 104	-1 523	0	5	-5	-8 627
14	Warmińsko-mazurski	-4 060	-3 165	-895	19	7	12	-4 041
15	Wielkopolski	37 969	20 933	17 036	184	168	16	38 153
16	Zachodniopomorski	8 096	6 392	1 704	48	76	-28	8 144
	Nieokreślony	-4 914	-4 766	-148	-6	-6	0	-4 920

Dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, KPRM), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji aktualizuje dane statystyczne. W poniższej tabeli przedstawione są dane dotyczące obowiązujących w okresie sprawozdawczym uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, które wydano na podstawie decyzji (zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach): decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, wydawana na okres 3 miesięcy. Dane są wprowadzane do systemu, jeżeli w decyzjach, które wpływają do Funduszu są wpisane dane, w tym informacja o obywatelstwie i statusie uchodźcy. Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych na podstawie decyzji z art. 54 ustawy o świadczeniach, w II kwartale 2022 r. wydano 1 tys. decyzji więcej niż w analogicznym okresie roku ubiegłego.

Tabela nr 2. Różnica między stanem na koniec II kwartału 2022 r. a stanem na koniec II kwartału 2021 r. w liczbie wydanych decyzji wydawanych zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach.

l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta /prezydenta		ogółem	posiadającym	
			świadcze niobiorcy	świadcze niodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódz kiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Ogółem	1 043	551	389	-108	0	1 043	1 057	0
1	Dolnośląski	90	-37	30	4	0	90	87	0
2	Kujawsko-pomorski	72	147	51	-126	0	72	75	-1
3	Lubelski	-7	-3	33	-6	0	-7	-3	0
4	Lubuski	15	0	22	0	0	15	21	0
5	Łódzki	104	78	16	8	2	106	111	0
6	Małopolski	173	129	26	15	0	173	174	0
7	Mazowiecki	58	-96	50	0	-3	55	56	0
8	Opolski	7	-1	8	0	0	7	6	0
9	Podkarpacki	35	37	1	-3	0	35	34	0
10	Podlaski	14	33	-10	-1	0	14	13	1
11	Pomorski	81	89	-2	-9	0	81	87	0
12	Śląski	135	60	37	7	1	136	131	0
13	Świętokrzyski	90	9	80	1	0	90	90	0
14	Warmińsko-mazurski	82	74	1	8	0	82	81	0
15	Wielkopolski	-12	-50	17	6	0	-12	-12	0
16	Zachodniopomorski	106	82	29	-12	0	106	106	0

Część III. Umowy

Tabele sprawozdawcze od nr III.1.1 do nr III.2 przedstawiają przebieg procesu zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań. W okresie sprawozdawczym ogłoszono 711 konkursów i złożono 1 335 ofert. W części dotyczącej rokowań przeprowadzono 30 postępowań zgodnie z art. 144 ustawy o świadczeniach (w analogicznym okresie roku ubiegłego 17), w tym:

- 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 - 1 (brak postępowań w analogicznym okresie roku ubiegłego),
 - pkt. 2, gdy zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, przeprowadzono 14 postępowań (8 w analogicznym okresie roku ubiegłego),
 - 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 8 postępowań (9 w analogicznym okresie roku ubiegłego),
- b) zgodnie z art. 154 ustawy o świadczeniach - 7 postępowań (w analogicznym okresie roku ubiegłego brak postępowań).

W wyniku postępowań w trybie rokowań zawarto 13 umów (6 umów w analogicznym okresie roku ubiegłego) i 10 aneksów (7 aneksów w analogicznym okresie roku ubiegłego) na łączną kwotę 11,5 mln zł.

W tabeli sprawozdawczej nr III.3 przedstawiono wartość i liczbę umów obowiązujących w roku sprawozdawczym. Według stanu na dzień 30 czerwca 2022 r. liczba zawartych umów wyniosła 37 701 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 37 550). Łączna kwota zawartych umów wyniosła ponad 100,5 mld zł (w analogicznym okresie roku ubiegłego ponad 82 mld zł).

W tabeli nr III.4.1 zawarto informacje na temat umów w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zgodnie z art. 159 ustawy o świadczeniach, gdzie liczba zawartych umów wg stanu na dzień 30 czerwca 2022 r. wyniosła 1 960 przy czym 255 świadczeniodawców składało wnioski o zawarcie umowy, z czego 196 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 137) spełniało warunki do zawarcia umowy.

W tabeli nr III.4.2 zawarto informacje na temat umów w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne, zgodnie z art. 159 ustawy o świadczeniach. Liczba zawartych umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne wyniosła 1 097 przy czym w analogicznym okresie roku ubiegłego było to 1 256 umów.

Tabela sprawozdawcza nr III.5 przedstawia liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ze zgromadzonych danych wynika, że I półroczu 2022 r. funkcjonowało łącznie 243 szpitalnych oddziałów ratunkowych (w analogicznym okresie roku ubiegłego funkcjonowały 240 oddziały).

Tabela sprawozdawcza nr III.6 przedstawia liczbę zakontraktowanych w I połowie 2022 r. zespołów ratownictwa medycznego. Niniejsza tabela została opracowana osobno dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz w postaci zbiorczej dla całego kraju. W ramach ratownictwa medycznego I półroczu 2022 r., zakontraktowanych zostało łącznie 1 597 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 268 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, 322 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego oraz 7 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.

Rozszerzając wskazane powyżej informacje należy zaznaczyć, że spośród:

- podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, niebędących zespołami wodnymi, zakontraktowano 82 zespoły funkcjonujące 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 1 zespół funkcjonujący czasowo-okresowo.

Ze zgromadzonych danych wynika, że ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego względem I półroczu 2021 r. wzrosła o 5 przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 14, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 19. Wskazane powyżej zmiany 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 okresie I półroczu 2022 roku, w podziale na kategorie wymienione w kolumnie nr 2 tabeli sprawozdawczej, przeprowadzono 190 kontroli, w tym 32 kontroli planowych oraz 158 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 12,5%. W ujęciu wartościowym, największy udział wartości umów skontrolowano w rodzaju ratownictwo medyczne 8,6%, najmniejszy zaś w rodzaju rehabilitacja lecznicza 0,2%.

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 ponad 16,9 mln zł, w tym z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych kwotę ponad 8,8 mln zł, z tytułu nałożonych kar umownych ponad 8 mln 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 są zgodne z danymi ujętymi w sprawozdaniach z wykonania planu finansowego oddziałów wojewódzkich NFZ, przesłanymi przez OW NFZ do Centrali NFZ,
- wartości kontraktów na 2022 rok zaczerpnięto z zestawień przesłanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu do Centrali NFZ, wg stanu na dzień 30 czerwca 2022 r.,
- w kolumnie plan finansowy NFZ wykazano plan finansowy Funduszu na 2022 rok, wg stanu na dzień 30 czerwca 2022 r.

Tabele sprawozdawcze nr IV.F.1-IV.F.14 obejmują wyłącznie oddziały wojewódzkie NFZ, jednak koszty świadczeń opieki zdrowotnej ponoszone są także przez Centralę Funduszu dlatego w kolumnie nr 9 przedmiotowych tabel sprawozdawczych (uwagi) wskazano dodatkowo informację dotyczącą wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej poniesionych także przez Centralę NFZ. Powyższe rozwiązanie pozwoli na zaprezentowanie łącznego wolumenu poniesionych przez NFZ kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w badanym okresie.

W I półroczu 2022 r. koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu zrealizowane zostały w wysokości prawie 55 mld zł, tj. na poziomie 90% wartości planu okresu, z tego koszty świadczeń zdrowotnych Centrali Funduszu wyniosły ponad 16 mld zł, a koszty świadczeń zdrowotnych OW NFZ wyniosły prawie 38,8 mld zł. Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ w okresie I półrocza 2022 r., wg pozycji planu finansowego, na tle wykonania w analogicznym okresie roku ubiegłego ukształtowała się w sposób następujący.

Tabela nr 3. Koszty świadczeń zdrowotnych poniesionych przez Fundusz w okresie I półrocza 2022 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 I - VI 2021 r.	Plan I - VI 2022 r.	Wykonanie I - VI 2022 r.	Różnica (wyk. - plan)	% realizacji planu	Dynamika 2022/2021r.
podstawowa opieka zdrowotna	8 845 313,79	7 748 104,00	7 868 853,58	120 749,58	101,56%	88,96%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 938 756,91	4 865 006,00	4 311 165,13	-553 840,87	88,62%	146,70%
leczenie szpitalne, w tym:	28 412 018,66	31 831 934,00	28 880 359,64	-2 951 574,36	90,73%	101,65%
<i>programy lekowe, w tym:</i>	2 447 697,69	3 405 231,00	2 950 360,75	-454 870,25	86,64%	120,54%
<i>leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi</i>	2 221 545,69	3 061 078,00	2 673 097,05	-387 980,95	87,33%	120,33%
<i>chemioterapia, w tym:</i>	605 117,51	769 640,50	613 340,04	-156 300,46	79,69%	101,36%
<i>leki stosowane w chemioterapii</i>	245 549,96	307 145,50	227 238,42	-79 907,08	73,98%	92,54%
<i>ratunkowy dostęp do technologii lekowej</i>	22 162,77	90 012,50	65 448,44	-24 564,06	72,71%	295,31%
<i>świadczenia wysokospecjalistyczne</i>	64 258,71	110 788,00	68 758,92	-42 029,08	62,06%	107,00%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 517 169,92	2 271 709,00	1 766 778,11	-504 930,89	77,77%	116,45%
rehabilitacja lecznicza	1 364 360,45	2 240 220,50	1 867 380,45	-372 840,05	83,36%	136,87%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 017 427,45	1 314 940,50	1 162 413,98	-152 526,52	88,40%	114,25%
opieka paliatywna i hospicyjna	382 728,79	539 015,50	446 338,92	-92 676,58	82,81%	116,62%
leczenie stomatologiczne	856 848,30	1 148 423,00	946 426,26	-201 996,74	82,41%	110,45%
lecznictwo uzdrowiskowe	316 243,96	607 572,50	444 238,58	-163 333,92	73,12%	140,47%
pomoc doraźna i transport sanitarny	181 385,33	158 144,00	164 782,29	6 638,29	104,20%	90,85%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	87 164,64	149 175,50	88 357,15	-60 818,35	59,23%	101,37%
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1 203 827,18	1 439 896,50	1 308 162,01	-131 734,49	90,85%	108,67%
zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych	664 363,09	768 977,00	771 420,22	2 443,22	100,32%	116,11%
refundacja, z tego:	4 284 627,23	4 495 325,00	4 503 933,51	8 608,51	100,19%	105,12%
<i>refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę</i>	4 269 233,51	4 472 468,50	4 486 869,25	14 400,75	100,32%	105,10%
<i>refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy</i>	8 308,17	12 924,50	11 292,52	-1 631,98	87,37%	135,92%
<i>refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy</i>	7 085,55	9 932,00	5 771,74	-4 160,26	58,11%	81,46%
rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	294 207,12	410 630,00	227 253,20	-183 376,80	55,34%	77,24%
rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków	0,00	5 668,50	0,00	-5 668,50	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	-112 224,81	213 378,50	-148 672,13	-362 050,63	-69,68%	132,48%
koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy	8 494,27	24 873,00	47 884,85	23 011,85	192,52%	563,73%
rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy	0,00	8 251,00	77,49	-8 173,51	0,94%	-
koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, w tym:	260 963,33	607 775,50	309 279,58	-298 495,92	50,89%	118,51%
<i>koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego</i>	201 935,20	411 575,00	229 399,27	-182 175,73	55,74%	113,60%
świadczenia udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności	7 285,93	90 967,50	0,00	-90 967,50	0,00%	0,00%
Razem	52 530 961,54	60 939 987,00	54 966 432,82	-5 973 554,18	90,20%	104,64%

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 prawie 4,5 mld zł plan I półrocza 2022 r. ww. kosztów świadczeń zdrowotnych został zrealizowany w 100,32% wartości planu. W odniesieniu do roku ubiegłego, poniesione w I półroczu 2022 r., koszty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

dostępnych w aptece na receptę wyższe o 217,6 mln zł (tj. o 5%) od kosztów poniesionych z tego tytułu w roku ubiegłym.

Tabele sprawozdawcze nr IV.L.1-L.13 zawierają informacje na temat liczby osób wg stanu na koniec I półrocza 2022 r., które korzystały ze świadczeń w poszczególnych rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna 23 295 689 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 21 960 671), ambulatoryjna opieka specjalistyczna 12 459 788 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 11 783 003), leczenie szpitalne 5 053 597 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 3 879 691), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 1 295 967 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 195 921), rehabilitacja lecznicza 2 082 984 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 812 731), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 93 820 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 91 740), opieka paliatywna i hospicyjna 60 725 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 57 787), leczenie stomatologiczne 3 634 571 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 3 505 013), profilaktyczne programy zdrowotne 648 107 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 697 339), świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie 215 149 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 137 095), zaopatrzenie w wyroby medyczne 1 244 422 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 148 492).

Tabela sprawozdawcza nr IV.L.9 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w stosunku do populacji osób ubezpieczonych, wg stanu na koniec I półrocza 2022 r. W oddziałach wojewódzkich: śląskim, dolnośląskim i kujawsko-pomorskim wskaźnik liczby osób realizujących skierowania na leczenie uzdrowiskowe na 10 tys. osób ubezpieczonych był najwyższy. Oddziały cechujące się najmniejszym wskaźnikiem liczby osób realizujących skierowania na 10 tys. osób ubezpieczonych to: zachodniopomorski, lubuski i pomorski.

Tabela 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 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 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.

Tabela 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 I połowie 2022 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 2022 r., wg stanu na koniec II kwartału 2022 r., wyniosła 3 399, natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjął wartość 0,95 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik zanotował w województwach: zachodniopomorskim (0,42), świętokrzyskim (0,68) oraz lubuskim (0,44) natomiast wartości najwyższe w województwach: śląskim (1,35), kujawsko-pomorskim (1,19) oraz warmińsko-mazurskim (1,10). W porównaniu do analogicznego okresu 2021 r. wartość niniejszego wskaźnika w I półroczu 2022 r. w odniesieniu do całego kraju zmniejszył się o 0,05.

Tabela 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 I połowie 2022 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 I połowie 2022 r. wynosi 18 918, natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjął wartość 5,28 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszego wskaźnika zanotowano w województwach: lubelskim (0,74), zachodniopomorskim (1,16) oraz małopolskim (1,67) natomiast wartości najwyższe – w województwach: podkarpackim (13,68), świętokrzyskim (11,44) oraz warmińsko-mazurskim (11,02). W porównaniu do analogicznego okresu 2021 r. wartość niniejszego wskaźnika w I półroczu 2022 r. w odniesieniu do całego kraju zmniejszyła się o 0,71.

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.1 prezentuje hospitalizacje w rodzaju leczenie szpitalne. Liczba hospitalizacji do końca I półroczu 2022 r. wyniosła 4 505 366 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 4 243 436). Łącznie hospitalizowano osób 3 159 152 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 2 908 448).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.2 prezentuje hospitalizacje w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Liczba hospitalizacji do końca I półroczu 2022 r. wyniosła 110 895 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 101 487). Hospitalizowano 92 025 osób (w analogicznym okresie roku ubiegłego 79 836).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.3 prezentuje hospitalizacje w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Liczba hospitalizacji do końca I półrocza 2022 r. wyniosła 103 142 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 74 129). Hospitalizowano osób 97 887 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 71 165).

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 19 248 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 17 121), przy czym hospitalizowano 17 780 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 16 630).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.5 prezentuje dane wykazane narastająco od początku roku do końca II kwartału 2022 r. dot. opieki paliatywnej i hospicyjnej. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 18 492, hospitalizowano 17 064 osób.

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.6 prezentuje dane dotyczące liczby hospitalizacji w rodzaju leczenie uzdrowiskowe. Z analizowanych danych wynika, że na koniec I półrocza 2022 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wykonano 16 186 hospitalizacji, z czego 6 427 hospitalizacji przypadało mężczyznom, a 9 759 - kobietom. Łącznie w I półroczu 2022 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego hospitalizowano 16 109 osób. W porównaniu z I półroczem 2021 r., liczba osób hospitalizowanych wzrosła o 8 672. Wzrost poziomu realizacji świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w I półroczu 2022 r. w stosunku do I półrocza 2021 r. spowodowany jest tym, że w 2021 roku do 10 marca, na skutek ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, udzielanie świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego zostało czasowo zawieszona. Jednocześnie na koniec I półrocza 2022 r. najwięcej osób dorosłych (powyżej 18 r.ż.), które były hospitalizowane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego mieściło się w grupie wiekowej 65-69. Natomiast średni czas hospitalizacji w szpitalach uzdrowiskowych wynosił 22 osobodni.

Tabele sprawozdawcze IV.O zawierają informacje na temat osób leczonych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, gdzie leczono 33 757 osób, opieka paliatywna i hospicyjna, gdzie leczono 6 254 osób oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, gdzie leczono 24 412 osoby.

Tabele sprawozdawcze nr IV.1.1 do IV.1.6 odnoszą się do świadczeń udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze POZ udzielili 57 688 334 porad (w analogicznym okresie roku ubiegłego 47 689 020), 537 135 porad domowych (w analogicznym okresie roku ubiegłego 452 401) i 63 884 patronaży (w analogicznym okresie roku ubiegłego 66 362). Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej wykonały 7 521 928 wizyt (w analogicznym okresie roku ubiegłego 7 111 189). Położne środowiskowo-rodzinne wykonały 1 255 981 wizyt (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 191 938). W I półroczu 2022 r. wykonano 164 658

(w analogicznym okresie roku ubiegłego 150 171) przewozów w podstawowej opiece zdrowotnej.

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 I półrocza 2022 roku. W analizowanym okresie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej łączna liczba wykonanych świadczeń (porad, wizyt) wyniosła 36 834 246 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 34 888 929). Liczba osób, którym udzielono świadczenia wyniosła 23 204 038 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 21 159 947).

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.2 dotyczy liczby udzielonych porad zachowawczych i zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, gdzie ogółem udzielono 4 076 496 porad dla 2 052 328.

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.3 dotyczy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Liczba udzielonych świadczeń wynosi 2 328 514 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 954 331).

Tabele sprawozdawcze nr IV.2.4.1 i nr IV.2.4.2 dotyczą kompleksowej opieki specjalistycznej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Tabele przedstawiają informacje na temat: opieki nad pacjentem z cukrzycą i nad pacjentem zakażonym HIV. Ambulatoryjną opieką objęto odpowiednio 14 240 i 3 770 osób.

Tabela IV.3.1 zawiera dane odnoszące się do świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, które zostały wykazane narastająco od początku roku do końca II kwartału 2022 r. W tabeli podano wykonanie z całego leczenia szpitalne, wszystkie typy umów. Liczba świadczeń w leczeniu szpitalnym wyniosła 8 582 314 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 7 037 174), świadczeń „pobyt w oddziale szpitalnym” wykazano 4 329 405 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 3 718 270).

Tabela sprawozdawcza IV.3.5 dotyczy leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne. Wykonano 10 334 świadczeń na kwotę 363,7 mln zł. Dane wartościowe zawierają kwoty za hospitalizacje do świadczeń.

Tabele sprawozdawcze nr IV.4.1 i nr IV.4.2 dotyczą opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. łączna liczba wykonanych świadczeń wyniosła 5 895 834 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 5 437 604), liczba osób, którym udzielono świadczenia wynosi 1 633 365 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 486 473), przy czym świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych udzieliło 2 417 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 2 391) świadczeniodawców na kwotę ponad 1,7 mld zł (w analogicznym okresie roku ubiegłego prawie 1,5 mld zł).

Tabele sprawozdawcze nr IV.5.1 i IV.5.2 przedstawiają dane dotyczące rehabilitacji leczniczej. W I półroczu 2022 r. liczba świadczeń udzielonych wyniosła 13 855 614 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 11 303 818). Udzielono je 3 313 918 osobom (w analogicznym okresie roku ubiegłego 2 873 218), przy czym świadczeń udzieliło łącznie 10 033 świadczeniodawców na kwotę ponad 2 mld zł (w analogicznym okresie roku ubiegłego 9 797 na kwotę ponad 1,5 mld zł).

Tabela sprawozdawcza nr IV.6.1 zawiera 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 2 803 418 przy czym objęto opieką 91 866 osób. Świadczeń udzieliło łącznie 1 548 świadczeniodawców na kwotę ponad 880 mln 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 1 115 003 z której skorzystało 84 855 osób. Udzieliło łącznie 761 świadczeniodawców na kwotę ponad 399 mln zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.8.1 przedstawia liczbę osób, którym udzielono świadczeń stomatologicznych w przedziałach wiekowych. Świadczeń udzielono 4 096 279 osobom na kwotę prawie 990 mln zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.8.2 przedstawia liczbę profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia. Świadczeń profilaktycznych udzielono 133 411 osobom (w analogicznym okresie roku ubiegłego 90 125).

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. W ramach świadczeń w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny na 2022 rok, wg stanu na koniec II kwartału 2022 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” nie uległa zmianie w stosunku do 2021 r. W I półroczu 2022 r. w ramach świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” wykonały 3 867 przewozów, udzielając świadczeń łącznie 3 399 osobom. Liczba wykonanych przewozów w analizowanym okresie zmniejszyła się o 11, tj. o 0,28% w stosunku do I półrocza 2021 r., a liczba osób, którym powyższe zespoły udzieliły świadczeń zmniejszyła się o 21, tj. o 0,61% w porównaniu do analogicznego okresu 2021 r.

Tabela nr IV.10 przedstawia liczbę świadczeń udzielonych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz liczbę osób, którym te świadczenia zostały udzielone. Dane w tabeli zostały

przedstawione narastająco od początku roku do końca I półrocza 2022 r. zespoły ratownictwa medycznego funkcjonujące w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonały łącznie 1 399 721 wyjazdów, udzielając świadczeń 1 220 261 osobom, przy czym: podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 1 117 674 wyjazdów i udzieliły świadczeń 961 765 osobom, specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 281 955 wyjazdów i udzieliły świadczeń 258 378 osobom, podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 119 akcji ratownicze i udzieliły świadczeń 118 osobom.

Ze zgromadzonych danych wynika, że ogólna liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, w stosunku do II kwartału 2021 r., wzrosła o 17 257, tj. o 1,24 %, przy czym liczba: wyjazdów podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła 16 053, tj. o 1,45%, wyjazdów specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zwiększyła się o 1 184, tj. o 0,42%, akcji ratowniczych podstawowych wodnych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 20, tj. o 20%.

Ogólna liczba osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń w I półroczu 2022 r., w stosunku do analogicznego okresu w 2021 roku, wzrosła o 24 490, tj. o 2%, przy czym liczba osób, którym świadczeń udzieliły: podstawowe zespoły ratownictwa medycznego zwiększyła się o 23 569, tj. o 2,5%, specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wzrosła o 902, tj. o 0,35%, podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego zwiększyła się o 19, tj. o 19%.

Tabela sprawozdawcza nr IV.11 przedstawia dane programów zdrowotnych – świadczenia gwarantowane. Opieką objęto 676 408 pacjentów i udzielono 880 023 świadczeń.

Tabela sprawozdawcza nr IV.12 dotyczy świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane, których w I półroczu 2022 r. wykonano 3 402 022 świadczeń dla 176 243 osób.

Tabela nr IV.13.1 – IV.13.2 dotyczy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych podlegających refundacji. Wartość wydanych środków wynosi 792 tys. zł. Liczba potwierdzonych zleceń wynosi 1 884 859 oraz nie wykazano kolejek na potwierdzenie zlecenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.16.1 przedstawia dane dotyczące udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w I półroczu 2022 roku, gdzie z tego leczenia skorzystało 179 092 osób, które łącznie wykorzystały 3 719 500 osobodni leczenia uzdrowiskowego, za które Fundusz zapłacił świadczeniodawcom. Łączna liczba zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, w okresie I półrocza 2022 r. wyniosła 179 174. W analogicznym okresie I półrocza 2021 r. z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 73 958 osób, a wykorzystane osobodni wyniosły 1 546 981. Liczba osób korzystających z leczenia uzdrowiskowego zwiększyła się o 105 134, a liczba zrealizowanych osobodni o 2 172 519. Wzrost poziomu realizacji świadczeń lecznictwa

uzdrowiskowego w I półroczu 2022 r w stosunku do I półrocza 2021 r. spowodowany jest tym, że w 2021 roku do 10 marca, na skutek ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, udzielanie świadczeń leczenia uzdrowiskowego zostało czasowo zawieszono.

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 I półrocza 2022 r. Na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe w szpitalu uzdrowiskowym oczekiwało 2 939 osób, natomiast na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego oczekiwało 319 351 osób. W porównaniu do I półrocza 2021 r., liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania do szpitala uzdrowiskowego zmniejszyła się o 2 360 osób, a na potwierdzenie leczenia do sanatorium - o 216 281 osób. Liczba skierowań zrealizowanych w okresie I półrocza 2022 r. w szpitalu uzdrowiskowym wyniosła 16 186, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym 160 742. W porównaniu do analogicznego okresu 2021 r., liczba zrealizowanych skierowań w szpitalu uzdrowiskowym o 95 083. Wzrost poziomu realizacji świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 2022 r. w stosunku do I półrocza 2021 r. spowodowany jest tym, że w 2021 roku do 10 marca, na skutek ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, udzielanie świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego zostało czasowo zawieszono.

Tabela sprawozdawcza nr IV.17 przedstawia informacje o realizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawowej. Dane zostały zaprezentowane narastająco do końca I półrocza 2022 roku w oparciu o informacje pochodzące z Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk NFZ, umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz nadsyłanych przez świadczeniodawców raportów statystycznych. W omawianym okresie sprawozdawczym zostało zrealizowanych 39 671 endoprotezoplastyk stawowych, z czego najwięcej endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu biodrowego (20 378), a następnie endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu kolanowego (12 431). Endoprotezoplastyki stawu łokciowego, ramiennego i innego stanowiły 2,5% wszystkich wykonanych endoprotezoplastyk stawowych. Liczba osób, którym udzielono świadczeń jest mniejsza niż liczba wykonanych świadczeń, co oznacza, że niektóre osoby miały wykonane w I półroczu 2022 roku więcej niż jedno świadczenie endoprotezoplastyki stawowej. Koszt wykonanych świadczeń wyniósł 626 tys. zł. Świadczenia endoprotezoplastyki były w I półroczu 2022 r. realizowane przez 271 świadczeniodawców.

W tabeli sprawozdawczej wykazano wyłącznie informacje o świadczeniach, które do dnia sporządzenia tabeli zostały przez OW NFZ pozytywnie zweryfikowane. Z uwagi na obecny sposób kontraktowania świadczeń nie ma możliwości wyodrębnienia dokładnie środków wydatkowanych na endoprotezoplastykę stawową spośród wszystkich środków, jakie zostały przeznaczone na świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W I półroczu 2022 r. wykorzystano środki w 85%.

Tabela sprawozdawcza nr IV.18. zawiera informacje dotyczące zaćmy, gdzie w okresie sprawozdawczym wykonano 326 384 świadczeń o łącznej wartości 334 642. Świadczenia te udzielono 252 963 osobom.

W tabeli sprawozdawczej nr 20.1 zestawiono liczbę pacjentów oraz wartość udzielonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w poszczególnych rodzajach świadczeń. Łączna wartość świadczeń wyniosła ponad 3 mld zł, a liczba osób 425 871.

Tabela sprawozdawcza nr VI.20.2 pokazuje świadczenia udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Udzielono 90 835 świadczeń dla 88 977 osób.

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.3 zawiera dane dotyczące leczenia onkologicznego udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w leczeniu szpitalnym. Udzielono 863 684 świadczeń dla 228 551 osób o wartości ponad 1,61 mld zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.4 przedstawia dane dot. leczenia onkologicznego wg zakresów, z wyłączeniem pakietu onkologicznego według kategorii planu finansowego. Świadczeń udzielono 1 912 387 osobom na kwotę ponad 3,87 mld zł. Były to osoby, które miały „rozpoznanie onkologiczne”, a świadczenia nie zostały zrealizowane w ramach pakietu onkologicznego.

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 leczenia onkologiczne, analogicznie jak w pakiecie onkologicznym. Łączna wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła ponad 5,25 mld zł. Liczba osób, którym udzielono świadczenia to 1 413 044 osób.

Tabele sprawozdawcze nr IV.21.1.1, nr IV.21.1.2 oraz nr IV.21.2 zostały sporządzone na podstawie informacji o wykonanych w II kwartale 2022 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 sprawozdawcze nr IV.22.1.1, nr IV.22.1.2 oraz nr IV.22.2 zostały sporządzone na podstawie danych za okres sprawozdawczy czerwiec 2022 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 sprawozdawczych

nr IV.22.1.1 oraz nr IV.22.2 wykorzystano również dane przekazywane przez świadczeniodawców za pośrednictwem aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE)⁶.

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.1 przedstawia informacje za II kwartał 2022 roku o liczbie osób oczekujących i rzeczywistym czasie oczekiwania określonym w miesiącach na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Analiza danych uzyskanych od świadczeniodawców pozwala stwierdzić, że najczęściej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących do poradni: chirurgii urazowo-ortopedycznej (366 748 osób), chirurgii ogólnej (366 832 osoby), położniczo-ginekologicznej (329 097 osób), stomatologicznej (335 925 osób), okulistycznej (316 371 osób).

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.2 przedstawia informacje za II kwartał 2022 roku o liczbie osób oczekujących i rzeczywistym czasie oczekiwania określonym w miesiącach na udzielenie świadczeń na oddziałach szpitalnych. Analiza danych uzyskanych od świadczeniodawców pozwala stwierdzić, że najczęściej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących do oddziałów: chirurgicznego ogólnego (52 693 osoby), położniczo-ginekologicznego (41 799 osób), urologicznego (22 988 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (21 831 osób) i otorynolaryngologicznego (19 737 osób).

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.2 przedstawia informacje za II kwartał 2022 roku o liczbie osób oczekujących i rzeczywistym czasie oczekiwania określonym w miesiącach na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie danych o wykonanych świadczeniach. Analiza danych uzyskanych od świadczeniodawców pozwala stwierdzić, że najczęściej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących na następujące świadczenia opieki zdrowotnej: fizjoterapia ambulatoryjna (648 639 osób), świadczenia rezonansu magnetycznego (282 319 osób), świadczenia tomografii komputerowej (251 056 osób), świadczenia gastrokopii (81 912 osób), świadczenia kolonoskopii (71 765 osób) oraz zabiegi w zakresie soczewki - zaćma (51 192 osoby). Wymienione świadczenia opieki zdrowotnej, znalazły się również w sprawozdaniu za II kwartał 2021 roku wśród świadczeń opieki zdrowotnej z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.1 przedstawia informacje według stanu na koniec II kwartału 2022 roku w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Analiza danych uzyskanych od świadczeniodawców pozwala stwierdzić, że najczęściej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje według stanu na koniec II kwartału 2022 roku do następujących poradni:

⁶ Aplikacja udostępniana jest przez Fundusz świadczeniodawcom i służy do prowadzenia oraz przekazywania list oczekujących na wybrane świadczenia.

okulistycznej (403 559 osób), stomatologicznej (261 275 osób), neurologicznej (229 895 osób), kardiologicznej (181 298 osób) i chirurgii urazowo-ortopedycznej (166 927 osób).

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.2 przedstawia informacje według stanu na koniec II kwartału 2022 roku w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń w oddziałach szpitalnych. Analiza danych uzyskanych od świadczeniodawców pozwala stwierdzić, że najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje według stanu na koniec II kwartału 2022 roku do następujących oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej (81 464 osoby), otorynolaryngologicznego (79 392 osoby), chirurgicznego ogólnego (57 346 osób), neurochirurgicznego (30 704 osoby) oraz urologicznego (22 326 osób). Wymienione komórki organizacyjne, znalazły się również w sprawozdaniu za II kwartał 2021 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących.

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.2 przedstawia informacje według stanu na koniec II kwartału 2022 roku w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej. Analiza danych uzyskanych od świadczeniodawców pozwala stwierdzić, że najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje według stanu na koniec II kwartału 2022 roku na następujące świadczenia: fizjoterapii ambulatoryjnej (608 498 osób), rezonansu magnetycznego (169 339 osób), leczenia protetycznego (126 618 osób), tomografii komputerowej (106 700 osób), rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (99 757 osób) oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego (71 234 osoby).

Część V. Koordynacja

W I półroczu 2022 roku – w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego – skala rozliczeń za osoby uprawnione wzrosła o 11,6% 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 wzrosła o 36%. Wartość przedstawionych Polsce roszczeń przez inne państwa członkowskie UE/EFTA wzrosła o 6%, zaś liczba załączonych do not formularzy spadła o prawie 3,5%. W I półroczu 2022 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wydały o 75% więcej zaświadczeń uprawniających osoby ubezpieczone do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA niż w analogicznym okresie roku poprzedniego.

W I półroczu 2022 roku liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była znacznie wyższa (o prawie 57%) w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. W I półroczu 2022 roku do Funduszu wpłynęło 5 882 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 16,6 mln zł. 81% łącznej liczby wniosków

zostało złożonych w pięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu, tj.: śląskim (36%), mazowieckim (11%), małopolskim (15%), dolnośląskim (10%) oraz lubuskim (8,7%). W porównaniu do I półrocza 2021 roku w przypadku łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty, jak i kwoty dokonanych wypłat nastąpił wzrost odpowiednio o 43,5% oraz 42%. 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 84,4% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 88,8% wartości wypłaconych kwot ogółem. 88% dokonanych w I półroczu 2022 roku zwrotów kosztów dotyczyło świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne - oddziały. W przypadku 77% 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 I półroczu 2022 roku 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 119 mln zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (54,5% łącznej kwoty) oraz instytucje brytyjskie (14% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 103,9 mln 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 I półroczu 2022 roku płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 241,4 mln zł⁷. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 77,8% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec. Analogiczna wartość dla rozliczeń prowadzonych wg kwot zryczałtowanych w oparciu o formularz E 127 wyniosła 9,8 mln zł, z najwyższym udziałem (54%) kwoty płatności dokonanych na rzecz instytucji szwedzkich.

Wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom na terytorium państw członkowskich UE/EFTA rozliczanych wg kosztów rzeczywistych⁸ zostały przedstawione w tabeli sprawozdawczej nr V.2. W okresie sprawozdawczym do Centrali Funduszu wpłynęło 376 dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 310,4 mln zł⁹. Kwota ta obejmuje również kwoty wynikające z 147 pism zawierających odstąpienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach

⁷ Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

⁸ 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.).

⁹ Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 125/A/NBP/2022 z dnia 30 czerwca 2022 roku.

rozliczeniowych oraz 133 not korygujących. Roszczenia przedstawione zostały przez 31 państw członkowskich UE/EFTA na 66 104 formularzach rozliczeniowych E 125. W porównaniu do analogicznego okresu 2021 r. wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o 6%, a liczba załączonych do not formularzy spadła o 3,4%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 76% i obejmowały 63% 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 dziedzinowym, w I półroczu 2022 roku osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 1 620 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 3,8 mln zł¹⁰. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 1 436 osób ubezpieczonych w wysokości łącznej prawie 3 mln zł¹¹. W I półroczu 2022 roku, w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL oraz wysłanych dokumentów elektronicznych w związku z refundacją była wyższa o 10%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków o 21,7%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń była niższa o 2,6%, natomiast kwota dokonanych wypłat była wyższa o 43,8%. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w I półroczu 2022 roku wypłacił oddział lubuski, który dokonał wypłat 1 162 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 2,6 mln zł, co stanowiło 86% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 81% 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 I półroczu 2022 roku zwrot poniesionych kosztów świadczeń 49% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w analogicznym okresie roku poprzedniego było to 57%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 707 osób na terenie Niemiec stanowił 57,5% 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

¹⁰ Ibidem

¹¹ Przeliczenie należnych kwot zwrotu na walutę polską dla wniosków rozpatrywanych na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 dokonywane było zgodnie z kursem referencyjnym Europejskiego Banku Centralnego na dzień dokonania operacji.

sprawozdawczym według kosztów rzeczywistych¹² 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 211 mln zł. Kwota ta przedstawiona zostanie instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 688 601 formularzach, z czego 54,4% formularzy skierowane zostanie do instytucji niemieckich, zaś 13% do instytucji norweskich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 54,5% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących okresu sprawozdawczego. W porównaniu z I półroczem 2021 roku liczba formularzy E 125 wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu wzrosła w I półroczu 2021 roku o 11,7%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 36%.

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 1 183 780 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 75%. W strukturze rodzajowej 99% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. Udział ten kształtował się na zbliżonym poziomie 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 I półroczu 2022 r. wpłynęły 2 wnioski do Prezesa NFZ o wydanie zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo na kontynuację tego świadczenia poza granicami kraju, ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kraju, oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń - na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z ww. wniosków 1 zawierał braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym wezwano strony celem ich usunięcia. Wniosek nie wpłynął ponownie do Funduszu. Drugi z ww. wniosków spełniał wymogi formalne, w związku z powyższym zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Procedura rozpatrywania tego wniosku została zakończona wydaniem decyzji wyrażającej zgodę na skierowanie wnioskodawcy (byłego pracownika przygranicznego) na leczenie poza granicami kraju - ze względu na kontynuację leczenia rozpoczętego w Czechach w zakresie opieki zdrowotnej

¹² 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.).

związanej z chorobą płuc oraz ich następną transplantacją - na podstawie ww. decyzji pacjentowi został wystawiony formularz S3. Ww. zgoda dotyczyła leczenia z zakresu chorób płuc (pacjent po przeszczepie płuc), którego koszt został oszacowany na kwotę 63 tys. zł. W analogicznym okresie roku ubiegłego, tj. w I półroczu 2021 r. do NFZ wpłynęło 5 wniosków do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. 4 z ww. wniosków zostały odesłane do wnioskodawcy ze względu na stwierdzone w nich braki formalno-prawne i żaden z tych wniosków nie wpłynął do NFZ ponownie. W przypadku 1 wniosku, który spełniał wymogi formalne, zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Procedura rozpatrywania tego wniosku została zakończona w II półroczu 2021 r. Reasumując, liczba wpływających do NFZ w I półroczu 2022 r. wniosków o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach, spadła w stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego w 2021 r. Natomiast w I półroczu 2022 r. Prezes NFZ na podstawie ww. przepisów prawa wydał o 1 decyzję więcej niż w I półroczu 2021 r.

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 I półroczu 2022 roku do Funduszu wpłynęło łącznie 5 882 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 16,6 mln zł. Na podstawie decyzji wydanych przez właściwe organy Funduszu w oparciu o art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach, w I półroczu 2022 roku Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 5 684 wniosków o zwrot kosztów świadczeń w łącznej wysokości 12 mln zł. Dokonane wypłaty dotyczyły w 66% wniosków złożonych w I półroczu 2022 roku, w 28,5% wniosków złożonych w 2021 roku, w 5,6% wniosków złożonych w latach 2018-2020. Wypłaty dokonane w I półroczu 2022 roku w odniesieniu do wniosków z lat 2018-2020 w przeważającej części były związane z prowadzonym postępowaniem odwoławczym lub skomplikowanym charakterem sprawy. W przypadku wniosków złożonych w 2021 roku wypłata dokonywana była niejednokrotnie w I półroczu 2022 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 I półroczu 2022 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 56,7%, natomiast łączna wartość kwot wynikających ze złożonych wniosków była wyższa o 42,8%. Liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były wyższe odpowiednio o 43,5% i 42%. Dokonywane przez Fundusz w I połowie 2022 roku zwroty kosztów dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 11 państwach członkowskich UE. W związku z opuszczeniem przez Wielką Brytanię struktur

UE, w niniejszym sprawozdaniu kraj ten nie został uwzględniony jako państwo członkowskie UE. 84% łącznej liczby 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 UE w I półroczu 2022 roku wypłacił oddział śląski, który dokonał wypłat w stosunku do 2 193 wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w kwocie o łącznej wysokości 4,6 mln zł, co stanowiło 38% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 38,6% 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 Polski lub państwa niebędącego członkiem UE.¹³

Liczbę wypłat z tytułu zwrotu kosztów i poniesione koszty według rodzajów świadczeń przedstawia tabela sprawozdawcza nr V.8. W I półroczu 2022 roku NFZ dokonał wypłat w stosunku do 14 227 świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę ponad 12 mln zł, wykazanych w sumie w 5 564 wnioskach o zwrot kosztów świadczeń złożonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w OW NFZ. 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 9 610 świadczeń zakwalifikowanych do rodzaju leczenie szpitalne – oddziały w łącznej kwocie w wysokości ponad 10,6 mln zł. Świadczenia szpitalne stanowiły 67,55% łącznej liczby świadczeń, w przypadku których dokonano wypłaty i 88,17% 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 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 9,2 mln zł, co stanowi 90,6% liczby świadczeń udzielonych w rodzaju leczenie szpitalne - oddziały oraz 87% wypłaconej kwoty za świadczenia w tym rodzaju. Świadczenia opieki stomatologicznej w łącznej liczbie świadczeń, dla których dokonano wypłaty stanowiły 30%. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym jedynie 11% 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 ramach 354 wniosków dotyczących świadczeń stomatologicznych dokonano zwrotu za 4 321 świadczeń. Udział wniosków dotyczących świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w całkowitej liczbie wniosków, w przypadku których dokonano zwrotu kosztów wynosi 6%. Dla porównania, w analogicznym okresie roku poprzedniego zwrot kosztów za świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne - oddziały obejmował 32% łącznej liczby świadczeń, za które Fundusz dokonał zwrotu

¹³ Na mocy ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. 2019 poz. 1590, z późn. zm.) w 2020 roku świadczeniobiorca był 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 Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

kosztów i 89% wypłaconych kwot ogółem. Świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne stanowiły odpowiednio 66% liczby świadczeń, za które dokonano wypłaty. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym 9% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów. Udział wniosków dotyczących świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w całkowitej liczbie wniosków, w przypadku których dokonano zwrotu kosztów wyniósł 5%.

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. Zawiera ona dane liczbowe w zakresie wniosków składanych przez wnioskodawców do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, zgodnie z art. 42j ustawy o świadczeniach oraz decyzji wydanych na ich podstawie. W I półroczu 2022 r. do Prezesa NFZ wpłynęło 46 wniosków, z czego 32 dotyczyły przeprowadzenia leczenia planowanego, 14 badań diagnostycznych. W ww. okresie Prezes NFZ wydał 53 decyzje dotyczące przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych w tym: 49 zgód, 1 odmowę, 3 umorzenia. Większa liczba wydanych decyzji od liczby złożonych wniosków wynika z faktu, że w I półroczu 2022 r. procedowanych było również 28 wniosków, których procedura została w 2021 r. rozpoczęta, ale niezakończona. W związku z powyższym, ww. liczba nie została ujęta w tabeli – w części dotyczącej liczby wniosków złożonych w I półroczu 2022 r. Spośród 49 decyzji pozytywnych dotyczących skierowania wnioskodawcy do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju (których łączny przewidywany koszt został oszacowany na kwotę ponad 46,2 mln zł), 39 dotyczyło leczenia planowanego, natomiast 10 badań diagnostycznych. Szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej wchodzących w zakres leczenia planowanego został wyceniony na kwotę ponad 46 mln zł, natomiast szacunkowy koszt badań diagnostycznych na kwotę prawie 52,7 tys. zł

Ponadto, spośród 49 decyzji pozytywnych: 32 dotyczyły skierowania do państw członkowskich Unii Europejskiej, 1 dotyczyła skierowania do państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (Szwajcaria), 16 dotyczyło innych państw (USA, Wielka Brytania).

Porównanie danych z I półroczu 2022 r. do danych z I półroczu 2021 r. wskazuje, że:

- liczba decyzji kierujących na leczenie planowane poza granicami kraju wydanych przez Prezesa NFZ w ww. okresie zwiększyła się o 9, natomiast liczba złożonych wniosków zmniejszyła się o 15 (z wyłączeniem wniosków złożonych w 2021 r.),
- szacowany koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na które pacjenci byli kierowani poza granice kraju przez Prezesa NFZ w ww. okresie wzrósł ponad 2,5-krotnie, przy czym niezmiennie największe koszty dotyczą decyzji w zakresie kardiochirurgii i ortopedii kierujących pacjentów do USA (ponad 38,3 mln zł). Szacunkowy koszt decyzji kierujących pacjentów na leczenie do USA stanowił 83% całości szacunkowych kosztów leczenia,

- na które Prezes NFZ skierował pacjentów w I półroczu 2022 r.,
- analogicznie do I półroczu 2021 r., Niemcy pozostają krajem, do którego najczęściej kierowani są wnioskodawcy na leczenie zagraniczne przez Prezesa NFZ w trybie art. 42j ustawy o świadczeniach.

Liczba wniosków procedowanych na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach wielokrotnie przekracza liczbę wniosków procedowanych na podstawie art. 42i ww. ustawy.