



Narodowy Fundusz Zdrowia

## **Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV 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).**

**\$EZD\_PODPIS\_IMIENAZWISKO**

**\$EZD\_PODPIS\_STANOWISKO**

*/Dokument podpisany elektronicznie/*

**Przewodniczący Rady  
Narodowego Funduszu Zdrowia**

**Warszawa, marzec 2023 r.**



Narodowy Fundusz Zdrowia

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



## **Wstęp**

Cześć opisowa Okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 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. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 923), 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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz zgodnie ze wzorem określonym w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

## **Część I**

Od początku 2022 roku Prezes Funduszu wydał 180 zarządzeń, z czego w IV kwartale, 53, z których 36 zmieniało wydane zarządzenia wydane przed 2022 okiem, natomiast pozostałe dotyczyły:

- przeprowadzenia w 2022 r. inwentaryzacji wybranych składników majątkowych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
- umów o realizację programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez centra medycznej pomocy doraźnej,
- warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie informatyzacji świadczeniodawców w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolne,
- powołania zespołu do spraw oceny ryzyka zawodowego,
- warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”,
- rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. e ustawy o świadczeniach,
- instrukcji kancelaryjnej Narodowego Funduszu Zdrowia,
- instrukcji organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego w Funduszu,
- organizacji ochrony informacji niejawnych w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- jednolitego rzeczowego wykazu akt Narodowego Funduszu Zdrowia,
- umów o realizację programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych,

- powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w Funduszu,
- obiegu dowodów księgowych w oddziałach wojewódzkich Funduszu,
- uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym NFZ na 2022 r.,
- trybu i sposobu nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty,
- powołania zespołu do spraw sprawozdawczości,
- programu pilotażowego dotyczącego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej,
- podstawowego sposobu dokumentowania przebiegu załatwiania i rozstrzygania spraw oraz katalogu klas z jednolitego rzeczowego wykazu akt stanowiących wyjątki od systemu EZD,
- szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej,
- zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2023 rok.

W IV kwartale 2022 roku Prezes Funduszu wydał o 11 zarządzeń mniej, niż w analogicznym okresie 2021 roku.

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

Stan zatrudnienia zaprezentowany został w tabeli sprawozdawczej nr I.2. Plan zatrudnienia ustalony na 2022 r., obowiązujący na koniec okresu sprawozdawczego dla NFZ, ukształtował się na poziomie ponad 5 913,81 etatu. W porównaniu do 2021 r. został zwiększony o 1,64 etatu. Niewielkie wahanie spowodowane jest jedynie zmianami organizacyjnymi w Centrali i oddziałach wojewódzkich NFZ.

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

Planowane etaty		
Grupy	2021 r.	2022 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	4,00	4,00
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW NFZ	64,00	64,00
pozostała kadra kierownicza	945,00	932,15
pracownicy administracyjni	4 815,87	4 831,86
obsługa techniczna	83,30	81,80
<b>razem</b>	<b>5 912,17</b>	<b>5 913,81</b>

Przeciętne zatrudnienie w NFZ w 2022 r. wyniosło 5 565,60 etatu. W stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego odnotowano zmianę przeciętnego zatrudnienia o 22,18 etatu. Odnotowane zmiany w przeciętnym zatrudnieniu wynikają ze wspomnianych wyżej zmian organizacyjnych, naturalnej fluktuacji zatrudnienia, obsadzenia wakujących etatów oraz zatrudnienia pracowników na umowy na zastępstwa za osoby przebywające na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich oraz długich zwolnieniach lekarskich.

**Tabela nr 2.** Przeciętne zatrudnienie w poszczególnych grupach.

Przeciętne zatrudnienie (etaty)		
Grupy	2021 r.	2022 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	2,00	2,67
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW NFZ	58,59	59,07
pozostała kadra kierownicza	906,18	907,66
pracownicy administracyjni	4 496,36	4 519,01
obsługa techniczna	80,29	77,19
<b>razem</b>	<b>5 543,42</b>	<b>5 565,60</b>

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

Średnie miesięczne wynagrodzenie<sup>1</sup> w NFZ na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 7 768 zł, w Centrali NFZ wyniosło 9 739 zł, a w oddziałach wojewódzkich NFZ 7 295 zł. Podana kwota zawiera wynagrodzenia Prezesa NFZ, jego zastępców oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ oraz ich zastępców.

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 NFZ 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” a postępowanie jest jednoinstancyjne, czyli decyzje wydawane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ są ostateczne i przysługuje od nich prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. Informacje zawarte w niniejszym sprawozdaniu obejmują dane za 2022 rok bez podziału na poszczególne okresy związane z wejściem w życie ustawy zmieniającej. Podział ten jest wyszczególniony w tabelach sprawozdawczych nr I.4.1<sup>2</sup> i nr I.4.1.1<sup>3</sup>.

W związku z wejściem w życie ustawy zmieniającej zmienił się tryb wzruszenia decyzji wydawanych na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach, w związku z czym analiza liczby indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2022 r. oraz porównanie danych z analizowanego okresu do danych z wcześniejszych jest bardzo trudne. W 2022 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ, jako organ I instancji, wydali łącznie 256 decyzji

<sup>1</sup> Informacja sporządzona na podstawie wstępnych danych do Sprawozdania Finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za okres 1.01 – 31.12.2022 z siedzibą w Warszawie.

<sup>2</sup> 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 2022 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.

<sup>3</sup> 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).

(dalej określane jako decyzje dyrektorów OW NFZ) w ww. zakresie. Z uwagi na sytuację, w której decyzje dyrektorów OW NFZ stanowią już nieliczną część rozstrzygnięć, nie powinno się tej liczby porównywać do analogicznych danych z okresów z lat ubiegłych. Na decyzje wydane w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2022 r. przez dyrektorów OW NFZ składały się 255 decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (najczęściej dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia oraz umorzenia postępowań) oraz 1 decyzja dotycząca 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 w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 sierpnia 2020 roku, stronom postępowania przysługiwało prawo wnoszenia odwołania do Prezesa NFZ. W 2022 roku, w postępowaniach, które rozpoczęły się przed 1 września 2020 r. strony złożyły 16 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ wydanych w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym do Prezesa NFZ. W omawianym okresie Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 2 245 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ wydając 2 035 decyzji, 148 postanowień kończących sprawę, a w 40 przypadkach pozostawił sprawę bez rozpoznania, co stanowi wzrost o 38% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 1 626 odwołań. Wszystkie decyzje dotyczyły objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Na decyzje Prezesa NFZ stronom służy skarga do WSA w Warszawie. Według stanu na koniec 2022 r. strony wniosły 661 skarg do WSA (175 skarg w roku ubiegłym). W 2022 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA oraz NSA skarg od decyzji Prezesa NFZ jako organu II instancji do NFZ wpłynęło 206 orzeczeń, z czego 20 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję Prezesa NFZ. Od większości niekorzystnych rozstrzygnięć WSA w Warszawie zostały wniesione skargi kasacyjne. Wśród przyczyn uchylenia przez WSA 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 2022 r. poz. 2000, z późn. zm.), zwanej dalej również „k.p.a.”.

Od dnia 1 września 2020 r. w zw. z art. 4 pkt 52b ustawy zmieniającej decyzje wydawane są przez dyrektorów OW NFZ z upoważnienia Prezesa NFZ są ostateczne i przysługuje na nie skarga do WSA. W 2022 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 4 366 decyzji i 471 postanowień. Wśród najczęściej pojawiającej się tematyki decyzji dotyczyło pozarolniczej działalności (2 507 decyzji), dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (713 decyzji), umowy o dzieło przekwalifikowanej na umowę zlecenia (458 decyzji). Na decyzje i postanowienia wydane przez poszczególnych dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ w 2022 r. zostało wniesionych 412 skarg. W 2022 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie oraz skarg na decyzje i postanowienia wydane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ z zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do oddziałów NFZ

wpłynęło 381 orzeczeń, z czego 172 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję Prezesa NFZ.

Podsumowując, według stanu na koniec 2022 r., dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali łącznie na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 4 627 decyzji, co stanowi wzrost o ponad 4% w porównaniu do liczby wydanych decyzji w 2021 r. W omawianym okresie Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 2 245 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydając 2 035 decyzji, 148 postanowień kończących sprawę, a w 40 przypadkach pozostawił sprawę bez rozpoznania. Na decyzje Prezesa NFZ strony wniosły 661 skarg do WSA w Warszawie w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Dla porównania w 2021 roku odnotowano 175 skarg do WSA w Warszawie. Na wszystkie wydane decyzje Prezesa NFZ (również w tych, w których dyrektor OW NFZ działa na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ) wniesiono 1 043 skargi w omawianym okresie, co stanowi wzrost o 76% w stosunku do 2021 roku, kiedy to wniesiono 591 skarg.

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 NFZ 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. 18 a 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.

W 2022 roku dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 9 358 decyzji (2021 r. – 10 717 decyzji, 2020 r. – 18 035 decyzji, 2019 r. – 23 025 decyzji, 2018 r. – 19 069 decyzji) w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (spadek w



stosunku do 2021 roku o prawie 13%), w tym 5 915 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. W 2022 roku, Prezes NFZ rozpatrzył 447 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, wydając 332 decyzje, 100 postanowień kończących formalnie sprawy, zaś 15 spraw pozostawił bez rozpoznania ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych odwołania. Dla porównania w 2021 roku Prezes NFZ rozpatrzył 240 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, wydając 161 decyzji i 68 postanowień. Ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych odwołania 11 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 sądownoadministracyjne w sprawach dotyczących ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w art. 50 ust. 16 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), które poniósł NFZ do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. do 1 września 2020 r.), nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeżeli wysokość kosztu poniesionego przez NFZ, o którym mowa w art. 50 ust. 15 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), nie przekracza kwoty 500 zł. Wobec brzmienia art. 40 ust. 2 ustawy zmieniającej, postępowanie w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przez stronę postępowania stało się bezprzedmiotowe, a Prezes NFZ zobowiązany był uchylić w całości decyzję dyrektora oddziału wojewódzkiego 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.

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 NFZ, gdzie postępowanie administracyjne zostało wszczęte po 31 sierpnia 2020 r.<sup>4</sup> 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 dodana w tabeli 1.4.2.1.<sup>5</sup> Na koniec 2022 roku wydano z up. Prezesa NFZ 5 913 decyzji obciążających

---

<sup>4</sup> 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 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. Tabela nie przedstawia wszystkich decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, a jedynie decyzje, na podstawie których obciążono osoby kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, nie uwzględnia również decyzji wydanych przez Prezesa NFZ na skutek wniesionych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.

<sup>5</sup> Tabela sprawozdawcza nr I.4.2.1 prezentuje liczbę decyzji wydanych przez 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

osoby kosztami udzielonych świadczeń, 129 decyzji stwierdzających działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu oraz 3 313 decyzji umarzających postępowanie administracyjne.

Szczegółowe dane dotyczące decyzji zaprezentowane są w tabelach sprawozdawczych nr I.4.1, nr I.4.1.1 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 NFZ. W 2022 r. oddziały prowadziły łącznie 2 748 postępowań sądowych, czyli o 381 więcej niż w 2021 roku. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne z powództwa NFZ. W danym okresie sprawozdawczym oddziały prowadziły 1 169 takich spraw czyli o 110 mniej niż w 2021 r. Wśród tych spraw, wszczętych zostało 555 postępowań, czyli o 106 mniej niż w 2021 r. Spraw przeciwko NFZ w 2022 r. było 334 (w roku ubiegłym 314) oraz wszczęto 105 postępowań (w roku ubiegłym 84). W okresie sprawozdawczym oddziały prowadziły 1 245 spraw sędowo-administracyjnych, czyli o 471 więcej niż w 2021 r., z których 741 postępowań zostało wszczętych w 2022 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 2022 roku, w CWU zarejestrowanych było 34 128 951 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, 34 106 175 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 22 776 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 371 921 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 734 254 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 17 242 osób, ze zgłoszonymi 5 534 członkami rodziny.

**Tabela nr 3.** Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu – różnica między stanem na koniec IV kwartał 2022 r. do końca IV kwartału 2021 r.

---

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 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2022 r.

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	
2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
ogółem	↓ -73 932	↓ -83 397	↑ 9 465	↓ -12	↑ 399	↓ -411	↓ -73 944
dolnośląski	↑ 10 763	↑ 2 648	↑ 8 115	↑ 126	↑ 174	↓ -48	↑ 10 889
kujawsko-pomorski	↓ -17 675	↓ -14 391	↓ -3 284	↑ 68	↑ 67	↑ 1	↓ -17 607
lubelski	↓ -22 230	↓ -16 008	↑ -6 222	↑ 202	↑ 196	↑ 6	↓ -22 028
lubuski	↓ -5 040	↓ -3 691	↑ -1 349	↑ 34	↑ 24	↑ 10	↓ -5 006
łódzki	↓ -18 408	↓ -19 106	↑ 698	↓ 8	↓ -2	↑ 10	↓ -18 400
małopolski	↑ 7 698	↑ 5 320	↑ 2 378	↓ -142	↓ -46	↓ -96	↑ 7 556
mazowiecki	↑ 45 440	↑ 27 662	↑ 17 778	↓ -350	↓ -188	↓ -162	↑ 45 090
opolski	↓ -6 637	↓ -5 543	↓ -1 094	↑ 28	↑ 32	↓ -4	↓ -6 609
podkarpacki	↓ -14 410	↓ -10 629	↓ -3 781	↓ -121	↓ -114	↓ -7	↓ -14 531
podlaski	↓ -3 303	↓ -3 635	↑ 332	↑ 7	↑ 28	↓ -21	↓ -3 296
pomorski	↑ 12 708	↑ 8 293	↑ 4 415	↑ 37	↑ 132	↓ -95	↑ 12 745
śląski	↓ -31 257	↓ -24 316	↓ -6 941	↑ 42	↑ 94	↓ -52	↓ -31 215
świętokrzyski	↓ -15 720	↓ -12 530	↓ -3 190	↓ -18	↓ -13	↓ -5	↓ -15 738
warmińsko-mazurski	↓ -13 517	↓ -10 075	↓ -3 442	↑ 13	↑ 1	↑ 12	↓ -13 504
wielkopolski	↑ 3 923	↓ -1 659	↑ 5 582	↓ -9	↓ -50	↑ 41	↑ 3 914
zachodniopomorski	↓ -6 267	↓ -5 737	↓ -530	↑ 63	↑ 64	↓ -1	↓ -6 204
Nieokreślony	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↑ 0

W porównaniu do danych za IV kwartał 2021 roku zauważalny jest spadek liczby ubezpieczonych obowiązkowo o prawie 74 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 2022 r. a stanem na koniec IV kwartału 2021 r. w liczbie wydanych decyzji wydawanych zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach.

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	
2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
ogółem	↓ -73 932	↓ -83 397	↑ 9 465	↓ -12	↑ 399	↓ -411	↓ -73 944
dolnośląski	↑ 10 763	↑ 2 648	↑ 8 115	↑ 126	↑ 174	↓ -48	↑ 10 889
kujawsko-pomorski	↓ -17 675	↓ -14 391	↓ -3 284	↑ 68	↑ 67	↑ 1	↓ -17 607
lubelski	↓ -22 230	↓ -16 008	↑ -6 222	↑ 202	↑ 196	↑ 6	↓ -22 028
lubuski	↓ -5 040	↓ -3 691	↑ -1 349	↑ 34	↑ 24	↑ 10	↓ -5 006
łódzki	↓ -18 408	↓ -19 106	↑ 698	↓ 8	↓ -2	↑ 10	↓ -18 400
małopolski	↑ 7 698	↑ 5 320	↑ 2 378	↓ -142	↓ -46	↓ -96	↑ 7 556
mazowiecki	↑ 45 440	↑ 27 662	↑ 17 778	↓ -350	↓ -188	↓ -162	↑ 45 090
opolski	↓ -6 637	↓ -5 543	↓ -1 094	↑ 28	↑ 32	↓ -4	↓ -6 609
podkarpacki	↓ -14 410	↓ -10 629	↓ -3 781	↓ -121	↓ -114	↓ -7	↓ -14 531
podlaski	↓ -3 303	↓ -3 635	↑ 332	↑ 7	↑ 28	↓ -21	↓ -3 296
pomorski	↑ 12 708	↑ 8 293	↑ 4 415	↑ 37	↑ 132	↓ -95	↑ 12 745
śląski	↓ -31 257	↓ -24 316	↓ -6 941	↑ 42	↑ 94	↓ -52	↓ -31 215
świętokrzyski	↓ -15 720	↓ -12 530	↓ -3 190	↓ -18	↓ -13	↓ -5	↓ -15 738
warmińsko-mazurski	↓ -13 517	↓ -10 075	↓ -3 442	↑ 13	↑ 1	↑ 12	↓ -13 504
wielkopolski	↑ 3 923	↓ -1 659	↑ 5 582	↓ -9	↓ -50	↑ 41	↑ 3 914
zachodniopomorski	↓ -6 267	↓ -5 737	↓ -530	↑ 63	↑ 64	↓ -1	↓ -6 204
Nieokreślony	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↑ 0

### Część III

W związku z tym, że dane zamieszczone w tabelach są danymi z okresów obowiązywania stanu pandemii COVID-19, to dane są nieporównywalne z analogicznych okresami sprzed pandemii. 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 NFZ, 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 108 (w roku ubiegłym 30) 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. 4 postępowania (w roku ubiegłym 1),
- pkt. 2, gdy zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, przeprowadzono 61 postępowań (w roku ubiegłym 8),
- 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 35 postępowań (w roku ubiegłym 19),

b) zgodnie z art. 154 ustawy o świadczeniach – 8 postępowań (w roku ubiegłym 2).

W wyniku postępowań w trybie rokowań zawarto 68 umów (10 umów w roku ubiegłym) i 59 aneksów (13 aneksów w roku ubiegłym) na łączną kwotę ponad 558 433 tys. zł (w roku ubiegłym prawie 6 535 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 wyniosła 39 507, a łączna kwota tych umów wyniosła ponad 116 747 256 tys. zł. W roku ubiegłym liczba obowiązujących umów wyniosła 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 2022 r. wyniosła 2 075, przy czym wnioski o zawarcie umowy złożyło 631 świadczeniodawców, z czego 502 spełniało warunki do zawarcia umowy. W roku ubiegłym 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 2022 r. w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne wyniosła 1 660. Wnioski o zawarcie umowy złożyło 1 324 świadczeniodawców, z czego 1 229 spełniało warunki do zawarcia umowy. W ubiegłym roku, wg stanu na dzień 31 grudnia 2021 r., w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne wyniosła 1 643. Wnioski o zawarcie umowy złożyło 1 162 świadczeniodawców, z czego 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, według stanu na koniec 2022 roku. Ze zgromadzonych danych wynika, że w IV kwartale 2022 r. funkcjonowało łącznie 243 szpitalne oddziały ratunkowe i wzrosła o 2 w stosunku do danych z analogicznego okresu roku ubiegłego.

Tabela sprawozdawcza nr III.6 przedstawia liczbę funkcjonujących zespołów ratownictwa medycznego wg stanu na koniec IV kwartału 2022 r., funkcjonowało łącznie 1 587 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 266 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 7 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) i 321 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego (w analizowanym okresie nie funkcjonowały wodne specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego). Rozszerzając wskazane powyżej informacje należy zaznaczyć, że pośród:

- podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, niebędących zespołami wodnymi, zakontraktowano 82 zespoły funkcjonujące czasowo, 5 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.

Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego względem 2021 r. zmniejszyła się o 6, przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 15, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 9. Wskazane powyżej zmiany w liczbie zespołów ratownictwa medycznego wynikają z modyfikacji treści wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dokonywanych przez wojewodów, którzy są organizatorami tego systemu na terenie poszczególnych województw.

Tabela sprawozdawcza nr III.7 przedstawia liczbę kontroli, wartość zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nałożonych kar, w 2022 r., Fundusz zakończył łącznie 408 kontroli, w tym 77 kontroli planowych oraz 331 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 29%. W ujęciu wartościowym, największy udział wartości umów skontrolowano w rodzaju leczenie szpitalne 24%, najmniejszy zaś w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna 0,2%.

W sprawozdawczym okresie Fundusz zakończył kontrole w rodzaju: nocna i świąteczna podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne

i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne, lecznictwo uzdrowiskowe, ratownictwo medyczne oraz świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie.

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 57 644 tys. zł, w tym z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych kwotą prawie 18 995 tys. zł, z tytułu nałożonych kar umownych na prawie 38 650 tys. zł.

#### **Część IV**

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 OW NFZ, przesłanymi przez oddziały do Centrali Funduszu,
- dane dotyczące wartości kontraktów na 2022 r., które zaczerpnięto z zestawień przesłanych przez oddziały wojewódzkie do Centrali Funduszu,
- w kolumnie plan finansowy Funduszu na 2022 r. został wykazany plan finansowy Funduszu na 2022 r. wyznaczony wg stanu na dzień 31 grudnia 2022 r.

Według wstępnych danych za 2022 r. (tj. danych wg stanu ksiąg rachunkowych na dzień 27.01.2023 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 2022 r., koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu zrealizowane zostały w wysokości ponad 124 770 544 tys. zł, tj. na poziomie 95% wartości planu okresu, z tego koszty świadczeń zdrowotnych Centrali Funduszu wyniosły prawie 35 390 489 tys. zł, koszty świadczeń zdrowotnych oddziałów wojewódzkich Funduszu wyniosły prawie 89 380 056 tys. zł.

**Tabela nr 5. Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych w 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 2021 r.	Plan 2022 r.	Wykonanie 2022 r.	Różnica (wyk. - plan)	% realizacji planu	Dynamika 2022/2021r.
podstawowa opieka zdrowotna	17 520 974,54	16 600 306,00	16 146 116,14	-454 189,86	97,26%	92,15%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	7 647 232,77	12 084 253,00	11 205 508,38	-878 744,62	92,73%	146,53%
leczenie szpitalne, w tym:	60 579 114,67	67 654 891,00	64 962 383,50	-2 692 507,50	96,02%	107,24%
<i>programy lekowe, w tym:</i>	5 661 996,13	7 865 134,00	7 064 834,50	-800 299,50	89,82%	124,78%
<i>leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi</i>	5 097 636,27	6 983 861,00	6 284 728,58	-699 132,42	89,99%	123,29%
<i>chemioterapia, w tym:</i>	1 289 444,00	1 650 202,00	1 499 028,08	-151 173,92	90,84%	116,25%
<i>leki stosowane w chemioterapii</i>	494 120,87	554 891,00	493 916,98	-60 974,02	89,01%	99,96%
<i>ratunkowy dostęp do technologii lekowej</i>	122 020,20	181 284,00	156 068,91	-25 215,09	86,09%	127,90%
<i>świadczenia wysokospecjalistyczne</i>	146 687,62	223 874,00	188 397,00	-35 477,00	84,15%	128,43%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	3 376 027,89	4 557 529,00	4 270 982,29	-286 546,71	93,71%	126,51%
rehabilitacja lecznicza	3 565 209,44	5 470 475,00	4 993 093,77	-477 381,23	91,27%	140,05%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	2 284 947,96	2 851 242,00	2 712 554,44	-138 687,56	95,14%	118,71%
opieka paliatywna i hospicyjna	880 284,62	1 166 852,00	1 088 184,30	-78 667,70	93,26%	123,62%
leczenie stomatologiczne	1 870 939,01	2 436 734,00	2 263 709,56	-173 024,44	92,90%	120,99%
lecznictwo uzdrowiskowe	809 776,72	1 163 604,00	1 027 534,14	-136 069,86	88,31%	126,89%
pomoc doraźna i transport sanitarny	332 373,75	310 622,00	302 636,60	-7 985,40	97,43%	91,05%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	190 318,79	260 815,00	209 248,49	-51 566,51	80,23%	109,95%
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	2 629 008,04	3 358 644,00	3 171 194,42	-187 449,58	94,42%	120,62%
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	1 407 374,54	1 689 405,00	1 639 723,36	-49 681,64	97,06%	116,51%
refundacja, z tego:	8 803 102,16	9 379 673,00	9 281 239,25	-98 433,75	98,95%	105,43%
<i>refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę</i>	8 770 268,57	9 329 861,00	9 245 636,60	-84 224,40	99,10%	105,42%
<i>refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy</i>	19 109,26	30 335,00	23 245,56	-7 089,44	76,63%	121,65%
<i>refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy</i>	13 724,33	19 477,00	12 357,09	-7 119,91	63,44%	90,04%
rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	751 103,18	821 260,00	657 009,16	-164 250,84	80,00%	87,47%
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	-722 266,35	91 826,00	-210 511,78	-302 337,78	-229,25%	29,15%
koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy	19 713,44	176 863,00	125 154,05	-51 708,95	70,76%	634,87%
rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy	1 884,61	6 956,00	1 922,75	-5 033,25	27,64%	102,02%
koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, w tym:	603 312,76	1 152 270,00	922 861,44	-229 408,56	80,09%	152,97%
<i>koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego</i>	413 287,52	741 285,00	697 415,97	-43 869,03	94,08%	168,75%
świadczenia udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności	23 752,12	0,00	0,00	0,00	-	0,00%
<b>Razem</b>	<b>112 574 184,66</b>	<b>131 234 220,00</b>	<b>124 770 544,26</b>	<b>-6 463 675,74</b>	<b>95,07%</b>	<b>110,83%</b>

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 9 329 861 tys. zł plan ww. kosztów świadczeń zdrowotnych za 2022 r. został zrealizowany w wysokości prawie 9 245 637 tys. zł, co stanowiło 99% wartości planu okresu. W odniesieniu do roku ubiegłego, poniesione w 2022 r., koszty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę były wyższe o 475 368 tys. zł (tj. o ponad 5%).

Tabele sprawozdawcze nr L.1-L.13 zawierają informację na temat liczby osób wg stanu na koniec 2022 r., które korzystały ze świadczeń w poszczególnych rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna 28 339 415 (w roku ubiegłym 27 353 975), ambulatoryjna opieka specjalistyczna 16 738 907 (w roku ubiegłym 15 982 640), leczenie szpitalne 8 593 179 (w roku ubiegłym 7 589 093), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 1 700 084 (w roku ubiegłym 1 602 091), rehabilitacja lecznicza 3 222 661 (w roku ubiegłym 2 956 108), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 115 055 (w roku ubiegłym 112 772), opieka paliatywna i hospicyjna 98 034 (w roku ubiegłym 93 115), leczenie stomatologiczne 5 671 929 (w roku ubiegłym 5 447 167), świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie 268 608 (w roku ubiegłym 304 405), zaopatrzenie w wyroby medyczne 2 057 039 (w roku ubiegłym 1 897 048).

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 2022 r. Oddziały cechujące się najmniejszym wskaźnikiem liczby osób realizujących skierowania na 10 tys. osób ubezpieczonych to: kujawsko-pomorski, dolnośląski i śląski. Największy wskaźnik liczby osób odnotowały oddziały: zachodniopomorski, pomorski i lubuski.

Tabela sprawozdawcza nr IV.L.10 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. W niniejszym rodzaju świadczeń kontraktowane są 2 zakresy: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” oraz świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego. Z uwagi na odmienną specyfikę obydwu zakresów świadczeń, w szczególności z faktu, iż dedykowane są one odrębnym grupom świadczeniobiorców, dane dotyczące tych zakresów przedstawione zostały w osobnych tabelach:

- 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 nr IV.L.10.2 – dane dotyczące udzielonych świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego.

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 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., wyniosła 6 821, natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjmuje wartość 1,91 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik



przyjmuje w województwach: lubuskim (0,89), świętokrzyskim (1,26) oraz zachodniopomorskim (1,03), natomiast wartości najwyższe w województwach: śląskim (2,97), kujawsko-pomorskim (2,19) oraz warmińsko-mazurskim (2,13). W porównaniu do 2021 r. wartość niniejszego wskaźnika w 2022 r. w odniesieniu do całego kraju zmniejszyła się o 0,14.

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 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 2022 r., wyniosła 34 796 natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjmuje wartość 9,74 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik przyjmuje w województwach: lubelskim (1,77), zachodniopomorskim (2,42) oraz małopolskim (3,59), natomiast wartości najwyższe – w województwach: warmińsko-mazurskim (20,91), świętokrzyskim (18,28) oraz kujawsko-pomorskim (17,08). W porównaniu do 2021 r. wartość niniejszego wskaźnika w 2022 r. w odniesieniu do całego kraju zmniejszyła się o 1,90.

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.1 prezentuje hospitalizacje w rodzaju leczenie szpitalne. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 9 533 261 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 8 088 788), hospitalizowano 5 926 908 osób (w analogicznym okresie roku ubiegłego 5 125 541).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.2 prezentuje hospitalizacje w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 228 381 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 225 132), hospitalizowano 174 627 osób (w analogicznym okresie roku ubiegłego 162 155).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.3 prezentuje hospitalizacje w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 209 785 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 176 298), hospitalizowano 194 491 osób (w analogicznym okresie roku ubiegłego 224 901).

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 36 861 (w roku ubiegłym 34 627), hospitalizowano 34 399 osób (w roku ubiegłym 32 832).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.5 prezentuje dane wykazane narastająco od początku roku do końca 2022 r. dot. opieki paliatywnej i hospicyjnej. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 39 334 (w roku ubiegłym 34 092), hospitalizowano 35 377 osób (w roku ubiegłym 30 687).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.6 prezentuje dane dotyczące liczby hospitalizacji w rodzaju leczenie uzdrowiskowe. Z przedstawionych w tabeli danych wynika, że na koniec 2022 r. w

zakładach lecznictwa uzdrowiskowego łącznie hospitalizowano 36 880 osób przy czym 14 445 hospitalizacji przypadało mężczyznom a 22 435 kobietom. łącznie w 2022 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego hospitalizowano 36 312 osób. W porównaniu z 2021 r., liczba osób hospitalizowanych zwiększyła się o 9 299. Wzrost realizacji świadczeń w 2022 r. w stosunku do 2021 r. wynika przede wszystkim z faktu, że do 10 marca 2021 r. udzielanie świadczeń leczenia uzdrowiskowego zostało czasowo zawieszona na skutek ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Jednocześnie, na koniec 2022 r., najwięcej osób dorosłych (powyżej 18 r.ż.), które były hospitalizowane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego mieściło się w grupie wiekowej 65-69 a średni czas hospitalizacji w szpitalach uzdrowiskowych wyniósł 22 osobodni.

Tabela sprawozdawcza nr IV.O.1 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 2022 r. przebywało 36 725 (w roku ubiegłym 37 815) 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 4 128 osób (w roku ubiegłym 4 846).

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 25 918 osób (w roku ubiegłym 21 467).

Tabele sprawozdawcze nr IV.1.1.1 do IV.1.6 odnoszą się do świadczeń udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Według informacji przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ na koniec 2022 r., lekarze POZ udzielili łącznie 119 228 310 porad (w tym samym okresie roku ubiegłego 112 116 469), 1 101 055 porad domowych (w roku ubiegłym 996 127) i 132 514 patronaży (w roku ubiegłym 126 279). Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej wykonały 15 688 804 wizyt (w roku ubiegłym 15 038 833). Położne środowiskowo-rodzinne odbyły łącznie 2 455 973 wizyt (w roku ubiegłym 2 414 576). W omawianym okresie sprawozdawczym wykonano 360 371 (w roku ubiegłym 321 204) 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 2022 r. W analizowanym okresie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej łączna liczba wykonanych świadczeń (porad, wizyt) wyniosła 73 731 210 (w roku ubiegłym 70 715 449). Liczba osób, którym udzielono świadczeń wyniosła 38 290 205 (w roku ubiegłym 35 615 663).

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.2 dotyczy liczby udzielonych porad zachowawczych i zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, gdzie ogółem udzielono 65 626 509 porad dla 34 966 009 osób. W roku ubiegłym udzielono 57 937 366 porad dla 30 362 433 osób.

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.3 dotyczy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła 4 683 987 (w roku ubiegłym 4 122 420).

Tabela IV.2.4.1 i IV.2.4.2 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – kompleksowa opieka specjalistyczna. Przedstawia opiekę specjalistyczną nad pacjentem z cukrzycą i nad pacjentem zakażonym HIV. Objęto opieką odpowiednio 18 399 osób (w roku ubiegłym 19 323) oraz 4 038 osób (3 827 w roku ubiegłym).

Tabela IV.3.1 zawiera dane odnoszące się do świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, gdzie łączna liczba świadczeń w 2022 r. wyniosła 17 771 274 (w roku ubiegłym 15 252 246), z czego 9 285 424 (w roku ubiegłym 8 059 793) to świadczenia określone kodem „pobyt w oddziale szpitalnym”.

Tabela IV.3.5 Leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. Wykonano 21 226 świadczeń (w roku ubiegłym 18 656) na kwotę 978 901 tys. zł (w roku ubiegłym 637 030 tys. zł). Dane wartościowe zawierają kwoty za hospitalizacje d świadczeń.

Tabela sprawozdawcza nr IV.4.1 odnosi się do danych zawierających informacje o opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień. Liczba wykonanych świadczeń wyniosła 11 425 757. Liczba osób, którym udzielono świadczeń wyniosła 2 288 088 (w roku ubiegłym 2 114 082).

Tabela IV.4.2 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – liczba świadczeniodawców i osób, którym udzielono świadczenia. Łącznie 2 460 świadczeniodawców udzieliło świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 1 987 690 tys. zł. W roku ubiegłym 2 424 świadczeniodawców udzieliło świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 2 832 743 tys. zł.

Tabele sprawozdawcze nr IV.5.1 i IV.5.2 przedstawiają dane dotyczące rehabilitacji leczniczej. W 2022 r. 10 375 świadczeniodawców udzieliło świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 5 292 161 tys. zł 5 394 941 osobom. Liczba udzielonych świadczeń w 2022 r. wyniosła 24 269 452. W roku ubiegłym 10 469 świadczeniodawców udzieliło świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 3 314 314 tys. zł 5 590 290 osobom. Liczba udzielonych świadczeń w 2021 r. wyniosła 19 559 683.

Tabela sprawozdawcza nr IV.7.1 przedstawia informacje dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej wg jednostek statystycznych, z których wynika, że liczba udzielonych świadczeń wyniosła 2 298 732 przy czym objęto opieką 142 947 osoby. W roku ubiegłym liczba udzielonych świadczeń wyniosła 2 636 921 przy czym objęto opieką 134 284 osoby.

Tabela sprawozdawcza nr IV.7.2 przedstawia informacje dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej - liczba świadczeniodawców i osób objętych opieką - świadczenia gwarantowane. Z danych przedstawionych w tabeli wynika, że 796 świadczeniodawców udzieliło świadczeń

domowych, ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 1 034 941 tys. zł. W roku ubiegłym 768 świadczeniodawców udzieliło świadczeń domowych, ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 743 557 tys. zł.

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 6 532 765 o wartości 2 326 018 tys. zł. W analogicznym okresie roku ubiegłego udzielono świadczeń 6 218 038 osobom o wartości 1 784 425 tys. zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.8.2 przedstawia liczbę profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia. Z danych zawartych w tabeli wynika, że świadczeń profilaktycznych udzielono 278 770 osobom (w roku ubiegłym 201 898 osobom).

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 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” na 2022 r. nie uległa zmianie w stosunku do 2021 r. Ze zgromadzonych danych wynika, że w 2022 r. w ramach świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” wykonały 7 732 przewozów, udzielając świadczeń łącznie 6 821 osobom. Liczba wykonanych przewozów w analizowanym okresie zmniejszyła się o 554 tj. o prawie 7% w stosunku do 2021 r., a liczba osób, którym powyższe zespoły udzieliły świadczeń zmniejszyła się o 492, tj. o prawie 7% 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 2022 r. zespoły ratownictwa medycznego funkcjonujące w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonały łącznie 2 960 519 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 450 418 osobom, przy czym:

- podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 2 362 460 wyjazdów i udzieliły świadczeń 1 922 063 osobom,
- specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 597 527 wyjazdy i udzieliły świadczeń 527 831 osobom,
- podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 532 akcji ratowniczych i udzieliły świadczeń 524 osobom.

Ze zgromadzonych danych wynika, że ogólna liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, w stosunku do 2021 r., wzrosła o 84 852, tj. o 3%, przy czym liczba wyjazdów:

- podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 72 727, tj. o 3 %;

– specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zwiększyła się o 12 105, tj. o 2%.

Liczba akcji ratowniczych podstawowych wodnych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 20, tj. o 4%.

Liczba osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń w 2022 r., wzrosła o 116 338, tj. o 5% w stosunku do 2021 r., przy czym liczba osób, którym świadczeń udzieliły:

- podstawowe zespoły ratownictwa medycznego zwiększyła się o 101 911, tj. o prawie 6%;
- specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wzrosła o 14 411, tj. o 3%.

Liczba osób, którym świadczeń udzieliły podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego zwiększyła się o 16, tj. o 3%.

Tabela sprawozdawcza nr IV.12 dotyczy świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane. W 2022 r. w poszczególnych zakresach świadczeń wykonano 7 055 257 świadczeń (w roku ubiegłym 8 403 044) dla 299 750 osób (w roku ubiegłym 274 428).

Dane dotyczące wyrobów medycznych zaopatrzenia oraz potwierdzania zleceń przedstawiono w tabelach sprawozdawczych nr IV.13.1 i nr IV.13.2. Na koniec 2022 roku wartość wydanych środków wyniosła 1 607 967 tys. zł. Potwierdzono 3 228 348 zleceń przy czym 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 2022 r., gdzie z tego leczenia skorzystało 405 988 osób, które łącznie wykorzystały 8 445 553 osobodni leczenia uzdrowiskowego, za które NFZ zapłacił świadczeniodawcom. Łączna liczba zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, w okresie 2022 r. wyniosła 406 695. W analogicznym okresie 2021 r. z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 265 605 osób, a wykorzystane osobodni wyniosły 5 529 233. Liczba osób zwiększyła się o 140 383, a liczba zrealizowanych osobodni o 2 916 320. Wzrost realizacji świadczeń w roku 2022 w stosunku do roku 2021 wynika przede wszystkim z faktu, że do 10 marca 2021 r. udzielanie świadczeń leczenia uzdrowiskowego zostało czasowo zawieszona na skutek ogłoszenia na obszarze RP 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 2022 r., gdzie na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe w szpitalu uzdrowiskowym oczekiwało 1 903 osoby, natomiast na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego oczekiwało 195 231 osób. W porównaniu do 2021 r., liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania do szpitala uzdrowiskowego zmniejszyła się o 704 osoby, a na potwierdzenie leczenia do sanatorium zmniejszyła się o 269 319 osób. Liczba skierowań zrealizowanych w okresie 2022 r. w szpitalu uzdrowiskowym wyniosła 36 880, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym 361 364. W porównaniu do analogicznego okresu 2021 r., liczba zrealizowanych skierowań w szpitalu uzdrowiskowym zwiększyła się o 9 560, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym o 128 625. Wzrost realizacji świadczeń w 2022 roku

w stosunku do 2021 roku wynika przede wszystkim z faktu, że do 10 marca 2021 r. udzielanie świadczeń leczenia uzdrowiskowego zostało czasowo zawieszona 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 2022 r. w oparciu o informacje pochodzące z Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk NFZ, umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz nadsyłanych przez świadczeniodawców raportów statystycznych. W 2022 r. zostało zrealizowanych 104 358 endoprotezoplastyk stawowych, z czego najwięcej endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu biodrowego (51 881) oraz endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu kolanowego (32 743). Endoprotezoplastyki stawu łokciowego, ramiennego i innego stanowiły 2,6% wszystkich wykonanych endoprotezoplastyk stawowych. Liczba osób, którym udzielono świadczeń jest mniejsza niż liczba wykonanych świadczeń, co oznacza, że niektóre osoby miały wykonane w 2022 roku więcej niż jedno świadczenie endoprotezoplastyki stawowej. Koszt wykonanych świadczeń wyniósł prawie 1 903 169 tys. zł, a świadczenia endoprotezoplastyki były w 2022 roku realizowane przez 286 świadczeniodawców.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia z dnia 3 grudnia 2019 roku w sprawie Rejestru endoprotezoplastyk (Dz. U. poz. 2409) do sprawozdawania wykonanych endoprotezoplastyk stawowych zostali zobowiązani usługodawcy (ośrodki prywatne). W 2022 r. usługodawcy ci wprowadzili do Rejestru endoprotezoplastyk 239 zabiegów.

Wykonali zabiegi endoprotezoplastyki: stawu biodrowego - 151, stawu kolanowego - 73, stawu ramiennego - 9, stawu innego - 5, stawu łokciowego - 1.

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 danych zawartych w tabeli uwzględniono wartości umów ze świadczeniodawcami wyłącznie w zakresach, z których zostało w 2022 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 2022 r. wykonano 305 784 zabiegów na kwotę 787 865 tys. zł. Liczba osób którym udzielono świadczeń to 232 980. W roku ubiegłym wykonano 567 759 zabiegów na kwotę 579 568 tys. zł. Liczba osób którym udzielono świadczeń to 421 951.

W tabeli sprawozdawczej nr 20.1 zestawiono liczbę pacjentów oraz wartość udzielonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w poszczególnych rodzajach świadczeń. Łącznie świadczeń udzielono 642 995 (w roku ubiegłym 511 324) pacjentom o wartości 7 201 616 tys. zł (w roku ubiegłym 5 242 494 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 133 451 świadczeń 131 380 osobom o wartości 92 779 tys. zł. W roku ubiegłym udzielono 175 892 świadczeń 171 514 osobom o wartości 79 532 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. Liczba osób, którym udzielono świadczeń w pakiecie onkologicznym w rodzaju leczenie szpitalne. Udzielono 2 177 624 świadczeń dla 415 212 osób o wartości 4 035 899 tys. zł. W roku ubiegłym udzielono 1 041 452 świadczeń dla 292 425 osób o wartości 2 451 465 tys. zł.

Tabela IV.20.4 Leczenie onkologiczne - według zakresów, z wyłączeniem pakietu onkologicznego według kategorii planu finansowego. Poza pakietem onkologicznym udzielono świadczeń 3 250 091 osobom na kwotę 9 054 185 tys. zł. Były to osoby, które miały „rozpoznanie onkologiczne” a świadczenia nie zostały zrealizowane w ramach pakietu onkologicznego. W roku ubiegłym udzielono świadczeń 2 929 137 osobom na kwotę 7 274 682 tys. zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.5 zawiera dane dotyczące leczenia onkologicznego wg przyczyn udzielania świadczenia, z wyłączeniem pakietu onkologicznego wg kategorii planu finansowego. Wartość udzielonych świadczeń wyniosła 12 720 172 tys. zł. Liczba osób, którym udzielono świadczenia to 2 152 406. W roku ubiegłym wartość udzielonych świadczeń wyniosła 10 028 842 tys. zł a liczba osób, którym udzielono świadczenia to 2 102 684.

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 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 nr IV.22.1.1, nr IV.22.1.2 oraz nr IV.22.2 zostały sporządzone na podstawie danych za okres sprawozdawczy grudzień 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 IV.22.1.1 oraz IV.22.2 wykorzystano również

dane przekazywane przez świadczeniodawców za pośrednictwem aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE)<sup>6</sup>.

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.1 przedstawia informacje za IV kwartał 2022 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 (399 359 osób), chirurgii ogólnej (387 334 osoby), stomatologicznej (372 061 osób), położniczo-ginekologicznej (348 657 osób), okulistycznej (330 259 osób).

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2022 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: chirurgicznego ogólnego (56 142 osoby), położniczo-ginekologicznego (43 698 osób), urologicznego (23 525 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (23 405 osób) i otorynolaryngologicznego (20 603 osoby).

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2022 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: fizjoterapii ambulatoryjnej (641 695 osób), świadczenia rezonansu magnetycznego (328 982 osoby), świadczenia tomografii komputerowej (266 260 osób), świadczenia gastrokopii (89 904 osoby), świadczenia kolonoskopii (85 576 osób) oraz zabiegi w zakresie soczewki – zaćma (53 733 osoby).

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.1 przedstawia informacje za IV kwartał 2022 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 (404 316 osób), stomatologicznej (274 277 osób), neurologicznej (241 319 osób), kardiologicznej (180 911 osób) i chirurgii urazowo-ortopedycznej (161 919 osób).

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2022 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: otorynolaryngologicznego (83 977 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (83 462 osoby), chirurgicznego ogólnego (65 794 osoby), neurochirurgicznego (32 065 osób) oraz urologicznego (25 070 osób).

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2022 r. w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania

---

<sup>6</sup> Aplikacja udostępniana jest przez NFZ świadczeniodawcom i służy do prowadzenia oraz przekazywania list oczekujących na wybrane świadczenia.



na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej. Najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje na następujące świadczenia: fizjoterapii ambulatoryjnej (691 026 osób), rezonansu magnetycznego (172 726 osób), leczenia protetycznego (118 534 osoby), kolonoskopii (112 738 osób), tomografii komputerowej (99 433 osoby), rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (95 312 osób), endoprotezoplastyka stawu kolanowego (70 057 osób).

## **Część V**

W 2022 r., w stosunku do roku poprzedniego, skala rozliczeń za osoby uprawnione spadła o ponad 3% 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 30,5%. Wartość przedstawionych Polsce roszczeń przez inne państwa członkowskie UE/EFTA wzrosła o 11,5%, zaś liczba załączonych do not formularzy wzrosła o ponad 14%. W 2022 roku oddziały wojewódzkie NFZ wydały o 40% 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 2022 r. liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była znacznie wyższa o prawie 52% w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Ogółem w 2022 r. do NFZ wpłynęło 14 176 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę prawie 40 094 tys. zł. Prawie 83% łącznej liczby wniosków zostało złożonych w pięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu, tj.: śląskim (prawie 38%), małopolskim (prawie 14%), lubuskim (ponad 12%), dolnośląskim (prawie 10%) oraz mazowieckim (prawie 10%). Zarówno w przypadku łącznej liczby wniosków, w stosunku do których NFZ dokonał wypłaty, jak i kwoty dokonanych wypłat nastąpił wzrost w porównaniu do 2021 roku, odpowiednio o 30%, oraz prawie 34%. Podobnie jak w analogicznym okresie roku poprzedniego, najwyższa liczba wypłat i wartość wypłaconych przez NFZ kwot za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach dotyczyła leczenia na terenie Republiki Czeskiej, stanowiąc 88% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których NFZ dokonał wypłaty oraz 90% wartości wypłaconych kwot ogółem. Prawie 88% dokonanych w 2022 roku zwrotów kosztów dotyczyło świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały. W przypadku 79% wniosków zwrot kosztów został dokonany za świadczenia związane z zabiegiem usunięcia zaćmy.

Wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym związanych z rozliczaniem świadczeń została zaprezentowana w tabeli sprawozdawczej nr V.1. W 2022 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 335 663 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (50% łącznej kwoty) oraz instytucje norweskie (11% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych

płatności wyniosła 276 245 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 2022 roku płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 821 049 tys. zł<sup>7</sup>. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 70,48% 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 ponad 35 084 tys. zł, z najwyższym udziałem (ponad 58%) 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 rzeczywistych<sup>8</sup> zostały przedstawione w tabeli sprawozdawczej nr V.2. W okresie sprawozdawczym do Centrali Funduszu wpłynęło 695 dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą prawie 729 840 tys. zł.<sup>9</sup> Kwota ta obejmuje również kwoty wynikające z 241 pism zawierających odstąpienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz 258 not korygujących. Roszczenia przedstawione zostały przez 31 państw członkowskich UE/EFTA na 163 100 formularzach rozliczeniowych E 125. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o ponad 11%, przy jednoczesnym spadku liczby załączonych do not formularzy o ponad 14%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 71% i obejmowały prawie 64% 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 2022 r. osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich NFZ 4 017 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 9 495 tys. zł<sup>10</sup>. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, NFZ dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 3 379 osób ubezpieczonych w wysokości łącznej prawie 5 809 tys. zł<sup>11</sup>. W 2022 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL była wyższa o ponad 16%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była wyższa o ponad 20%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń była wyższa o prawie

<sup>7</sup> Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank dokonujący wypłaty, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

<sup>8</sup> 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.).

<sup>9</sup> Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 252/A/NBP/2022 z dnia 30 grudnia 2022 r.

<sup>10</sup> Ibidem.

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

22%, natomiast kwota dokonanych wypłat była wyższa o prawie 36%. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w II półroczu 2022 r. wypłacił oddział lubuski, który dokonał wypłat 3 019 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 5 244 tys. zł, co stanowiło 90% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 89% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Zwiększenie liczby rozpatrywanych wniosków i dokonywanych wypłat wynika z przejścia Centrum Usług Wspólnych w Gorzowie Wielkopolskim, którego zadaniem jest przejścia obsługi wniosków o zwrot z wszystkich pozostałych oddziałów wojewódzkich NFZ. Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2022 r. zwrot poniesionych kosztów świadczeń 45% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku poprzednim było to 54%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1 516 osób na terenie Niemiec stanowił ponad 54% 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 NFZ w okresie sprawozdawczym, osobom uprawnionym udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 479 578 tys. zł. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 1 282 983 formularzach, z czego prawie 57% formularzy skierowane zostanie do instytucji niemieckich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 55% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących okresu sprawozdawczego. W porównaniu z 2021 r. liczba formularzy E 125 wystawionych przez oddziały wojewódzkie NFZ spadła w 2022 r. o ponad 3%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 30,5%.

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 2 494 316 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w NFZ 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 40%. W strukturze rodzajowej 99% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła EKUZ. 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 (14,5%).

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 2022 r. wpłynęło 11 wniosków 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 10 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym strony zostały wezwane do ich usunięcia. Wnioski nie wpłynęły ponownie do NFZ. Jeden 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 związanej z chorobą płuc oraz ich następową transplantacją – na podstawie ww. decyzji pacjentowi został wystawiony formularz S3. Zgoda ta dotyczyła leczenia z zakresu chorób płuc (pacjent po przeszczepie płuc), którego koszt został oszacowany na kwotę 63 tys. zł. W analogicznym okresie roku ubiegłego do NFZ wpłynęło 9 wniosków do Prezesa NFZ, gdzie 8 z ww. wniosków zostało odesłanych do wnioskodawcy ze względu na stwierdzone w nich braki formalno-prawne i żaden z tych wniosków nie wpłynął do NFZ ponownie. W przypadku jednego 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. Reasumując, liczba wpływających do NFZ w 2022 r. wniosków o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA, na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach, nieznacznie wzrosła w stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego w 2021 r. Zarówno w 2021 r., jak i w 2022 r. Prezes NFZ na podstawie ww. przepisów prawa wydał po jednej decyzji, przy czym w 2021 r. była to decyzja odmowna, natomiast w 2022 r. decyzja pozytywna.

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 2022 r. do Funduszu wpłynęło łącznie 14 176 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 40 094 tys. zł. Na podstawie decyzji wydanych przez właściwe organy Funduszu w oparciu o art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach, w 2022 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 11 862 wniosków o zwrot kosztów świadczeń w wysokości łącznej 26 340 tys. zł. Dokonane wypłaty dotyczyły w 83% wniosków złożonych w 2022 roku, w 14% wniosków złożonych w 2021 roku, w 3% wniosków złożonych w latach 2018-2020. Wypłaty dokonane w 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 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 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 wyższa o prawie 52%, natomiast łączna wartość kwot wynikających ze złożonych wniosków była wyższa o prawie 48%. Liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były wyższe odpowiednio o 30% i prawie 34%. Dokonywane przez Fundusz w 2022 roku zwroty kosztów dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 13 państwach członkowskich UE. W związku z opuszczeniem przez Wielką Brytanię struktur EU, w niniejszym sprawozdaniu kraj ten nie został uwzględniony jako państwo członkowskie UE. 88% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 90% wartości wypłaconych kwot ogółem dotyczyło leczenia na terytorium Republiki Czeskiej. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE w 2022 roku wypłacił oddział śląski, który dokonał wypłat w stosunku do 4 522 wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w kwocie o łącznej wysokości 9 924 tys. zł, co stanowiło prawie 38% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz ponad 38% 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 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 2022 r. NFZ dokonał wypłat w stosunku do 72 874,5 świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 26 340 tys. zł, wykazanych w sumie w 11 862 wnioskach o zwrot kosztów świadczeń złożonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w oddziałach wojewódzkich 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. Ujęte w statystykach niepełne świadczenie dotyczy zakupu mniejszego o połowę opakowania leku w porównaniu do opakowań dostępnych na terenie RP. W okresie sprawozdawczym Fundusz dokonał zwrotu kosztów za 21 227 świadczeń zakwalifikowanych do rodzaju leczenie szpitalne – oddziały w łącznej kwocie w wysokości 23 081 tys. zł. Świadczenia szpitalne stanowiły 29% łącznej liczby świadczeń, w przypadku których dokonano wypłaty i prawie 88% 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 19 696 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 20 218,5 tys. zł, co stanowi prawie 93% liczby świadczeń udzielonych w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały oraz prawie 88% wypłaconej kwoty za świadczenia w tym rodzaju. W przypadku zabiegów usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w odniesieniu do 8 618 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości ponad 17 646 tys. zł. Za świadczenia towarzyszące zabiegowi usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w kwocie ponad 2 573 tys. zł, z czego

wartość ponad 217 tys. zł stanowi zwrot za wizytę kwalifikacyjną do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym, natomiast kwota ponad 2 355 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 prawie 70%. Świadczenia te wykazane zostały jednak w sumie jedynie na 787 wnioskach o zwrot kosztów, co stanowiło prawie 7% wszystkich wniosków z dokonaną wypłatą. W przypadku jednego wniosku o zwrot kosztów oddziały wojewódzkie NFZ dokonywały bowiem wypłaty przeważnie za kilkadziesiąt świadczeń stomatologicznych. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił prawie 12% całkowitej kwoty wydatkowanej przez NFZ z tytułu zwrotu kosztów. W analogicznym okresie roku poprzedniego zwrot kosztów za świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały obejmował ponad 28% łącznej liczby świadczeń, za które NFZ dokonał zwrotu kosztów i 87% wypłaconych kwot ogółem. Świadczenia te stanowiły odpowiednio 70% liczby świadczeń, za które dokonano wypłaty, przy czym zwrot kosztów stanowił 12% całkowitej kwoty wydatkowanej przez NFZ z tytułu zwrotu kosztów.

Planowane leczenie/badanie diagnostyczne świadczeniobiorcy poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa NFZ zgodnie z art. 42j ustawy o świadczeniach przedstawione zostały w tabeli sprawozdawczej nr V.9. W 2022 r. do Prezesa NFZ wpłynęło 139 wniosków, z czego 119 dotyczyło przeprowadzenia leczenia, a 20 wykonania badań diagnostycznych. Dodatkowo w 2022 r. procedowanych było również 28 wniosków, których procedura została rozpoczęta w 2021 r. Ww. liczba wniosków nie została ujęta w tabeli, w części dotyczącej ogólnej liczby wniosków złożonych w 2022 r. (19 z ww. wniosków dotyczyło przeprowadzenia leczenia, 9 wykonania badań diagnostycznych). W ww. okresie Prezes NFZ wydał 107 decyzji dotyczących przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 98 zgód, 6 odmów, 3 umorzenia.

Spośród 98 decyzji pozytywnych dotyczących skierowania wnioskodawcy do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju (których łączny przewidywany koszt został oszacowany na kwotę prawie 114 386 tys. zł), 74 dotyczyło leczenia planowanego, natomiast 24 badań diagnostycznych. Szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej wchodzących w zakres leczenia planowanego został wyceniony na kwotę ponad 114 108 tys. zł, natomiast szacunkowy koszt badań diagnostycznych na kwotę prawie 278 tys. zł.

Ponadto, spośród 98 decyzji pozytywnych: 56 dotyczyło skierowania do państw członkowskich UE, 3 dotyczyły skierowania do państwa członkowskiego EFTA (Szwajcaria), 39 dotyczyło innych państw (USA, Wielka Brytania, Japonia).

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

- liczba decyzji kierujących na leczenie planowane poza granicami kraju wydanych przez Prezesa NFZ w ww. okresie zwiększyła się o 13, natomiast liczba złożonych wniosków o 5 (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 2,5-krotnie, przy czym niezmiennie

największe koszty dotyczą decyzji w zakresie kardiochirurgii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu kierujących pacjentów do USA na kwotę prawie 100 983 tys. zł. Szacunkowy koszt decyzji kierujących pacjentów na leczenie do USA stanowił ponad 88% całości szacunkowych kosztów leczenia, na które Prezes NFZ skierował pacjentów w 2022 roku.