



Narodowy Fundusz Zdrowia

**Sprawozdanie z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia
za IV kwartał 2023 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 późn. zm.).**

Filip Nowak

Prezes NFZ

/Dokument podpisany elektronicznie/

Przewodniczący Rady
Narodowego Funduszu Zdrowia

Warszawa, marzec 2024 r.



Narodowy Fundusz Zdrowia

Część Opisowa
Sprawozdania z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia
za IV kwartał 2023 roku

Wstęp

Cześć opisowa Okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2023 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 z późn. zm.), 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 2024 r. poz. 146), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz zgodnie ze wzorem określonym w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Część I

Ogółem od początku 2023 roku wydanych zostało 194 zarządzenia, z czego w IV kwartale wydane zostały 54 zarządzenia, z których 25 zarządzeń zmieniało zarządzenia wydane przed 2023 r., natomiast pozostałe dotyczyły:

- określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe,
- powołania zespołu do spraw wdrożenia usprawnień w zakresie sprawozdawczości,
- zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2023 rok,
- obniżenia wymiaru czasu pracy pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia,
- „Instrukcji przeprowadzania rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych”,
- finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców,
- przeprowadzenia w 2023 r. inwentaryzacji wybranych składników majątkowych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
- powoływania zespołów koordynacyjnych w ramach programów lekowych,
- warunków zawierania i realizacji umów na realizację zalecanych szczepień ochronnych w aptece,
- powołania Zespołu do spraw Kontroli Zarządczej,
- szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania dokumentów rozliczeniowych w postaci dokumentu elektronicznego,
- uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2023 rok,

- powołania zespołu do spraw opracowania wewnętrznych procedur dotyczących przeprowadzania autoryzacji,
- programu pilotażowego „Recepta na Ruch”,
- szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej,
- dofinansowania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy,
- wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń,
- czynności sprawdzających,
- programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD,
- warunków zawierania i realizacji umów na pełnienie dyżurów w dni wolne od pracy lub dyżurów w porze nocnej w aptece,
- przekazywania środków finansowych na zakup szczepionek i innych immunologicznych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

W IV kwartale 2023 r. wydano o jedno zarządzenie więcej niż w analogicznym okresie w 2022 r. Szczegółowy wykaz zarządzeń Prezesa NFZ znajduje się w tabeli sprawozdawczej nr I.1.1.

Plan zatrudnienia ustalony na 2023 rok, ukształtował się na poziomie 5 941,29 etatu. W porównaniu do 2022 r. został zwiększony o 27,48 etatu. Wzrost etatów (o 23) związany jest z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania Statutu Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie którego zostało utworzone Biuro Partnerstwa Publicznego i Innowacji w miejsce Departamentu Analiz i Innowacji oraz utworzono nową komórkę organizacyjną, tj. Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń. Niewielkie zmiany w planie odnotowano także w oddziałach wojewódzkich NFZ i niektórych komórkach organizacyjnych Centrali NFZ. Plan zatrudnienia dla Funduszu w porównywanym okresie przedstawia się następująco:

Planowane etaty		
Grupy	2022 r.	2023 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	4,00	4,00
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW	64,00	64,00
pozostała kadra kierownicza	932,15	943,65
pracownicy administracyjni	4 831,86	4 852,09
obsługa techniczna	81,80	77,55
razem	5 913,81	5 941,29

W 2023 r. przeciętne zatrudnienie wyniosło 5 612,60 etatu. W stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego odnotowano zmianę przeciętnego zatrudnienia o 47 etaty. Odnotowane zmiany w przeciętnym zatrudnieniu wynikają ze wspomnianych wyżej zmian organizacyjnych, naturalnej fluktuacji zatrudnienia, obsadzenia wakuujących etatów oraz zatrudnienia pracowników na umowy na zastępstwa za osoby przebywające na urloпах macierzyńskich,

rodzicielskich oraz długich zwolnieniach lekarskich. Przeciętne zatrudnienie w NFZ w 2023 r. w porównaniu do roku ubiegłego zostało przedstawione w poniższym zestawieniu:

Przeciętne zatrudnienie (etaty)		
Grupy	2022 r.	2023 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	2,67	2,00
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW	59,07	56,71
pozostała kadra kierownicza	907,66	912,66
pracownicy administracyjni	4 519,01	4 566,59
obsługa techniczna	77,19	74,64
razem	5 565,60	5 612,60

Średnie miesięczne wynagrodzenie w Funduszu na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 8 598,75 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali wyniosło 10 796,54 zł, w oddziałach NFZ 8 075,34 zł. Podana kwota zawiera wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz Dyrektorów oddziałów i ich zastępców.¹

Poniżej zostały przedstawione informacje dotyczące decyzji administracyjnych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydawane przez dyrektorów OW NFZ oraz przez Prezesa NFZ, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach. Do dnia 31 sierpnia 2023 r. od decyzji Dyrektora OW NFZ przysługiwało odwołanie do Prezesa NFZ na podstawie art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach. Począwszy od wejścia w życie ustawy z dnia 24 lipca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), zwanej dalej „ustawą zmieniającą” decyzje wydaje Prezes Funduszu a postępowanie jest jednoinstancyjne, czyli decyzje wydawane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie upoważnienia Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje od nich prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. 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 2023 r. oraz porównanie danych z analizowanego okresu do danych z wcześniejszych jest bardzo trudne. W 2023 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ, jako organ I instancji, wydali łącznie 168 decyzji (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 ww. decyzje składały się najczęściej decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia oraz umorzenia postępowań.

Odwołania od decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Od decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach

¹ Informacja sporządzona na podstawie wstępnych danych do Sprawozdania Finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za okres 01.01-31.12.2023 z siedzibą w Warszawie.

z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 sierpnia 2020 r., stronom postępowania przysługiwało prawo wniesienia odwołania do Prezesa NFZ. W 2023 r., w postępowaniach, które rozpoczęły się przed 1 września 2020 r. strony złożyły 59 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ wydanych w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym do Prezesa NFZ. W omawianym okresie Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 1 393 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydając 1 248 decyzji, 108 postanowień kończących sprawę, a w 37 przypadkach pozostawił sprawę bez rozpoznania, co stanowi spadek o 38% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 2 245 odwołań. Wszystkie decyzje dotyczyły objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, poza dwoma, które dotyczyły ustalenia prawa do świadczeń. Znaczący spadek liczby rozpatrzonych odwołań spowodowany jest faktem rozpatrywania spraw szczególnie skomplikowanych i indywidualnych np. z tytułu prowadzenia pozarolniczych działalności. Na decyzje Prezesa NFZ stronom służy skarga do WSA w Warszawie. Według stanu na koniec 2023 r. strony wniosły 368 skarg do WSA w Warszawie na decyzje Prezesa NFZ jako organu II instancji w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Dla porównania w analogicznym okresie roku ubiegłego odnotowano 661 skarg do WSA w Warszawie. W 2023 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie oraz NSA skarg od decyzji Prezesa NFZ jako organu II instancji z zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do NFZ wpłynęło 558 orzeczeń, z czego 70 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję Prezesa NFZ. 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 w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, 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 2023 r. poz. 775, z późn. zm.), zwanego dalej również „k.p.a.”.

Decyzje wydane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ. Od dnia 1 września 2020 r. w zw. z art. 4 pkt 52b ustawy z dnia 14 sierpnia 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) decyzje wydawane są przez dyrektorów OW NFZ z upoważnienia Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje na nie skarga do WSA. W 2023 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 4 144 decyzje i postanowienia. Wśród najczęściej pojawiającej się tematyki decyzji dotyczyło pozarolniczej działalności (1 984 decyzji), dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (682 decyzje), umowy o dzieło przekwalifikowanej na umowę zlecenia (606 decyzji). Na decyzje i postanowienia wydane przez poszczególnych dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ w 2023 r. zostało wniesionych 529 skarg. W 2023 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie skarg na decyzje i postanowienia wydane przez dyrektorów OW NFZ działających na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ z zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do oddziałów NFZ wpłynęło 491

orzeczeń, z czego 177 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję lub postanowienia Prezesa NFZ.

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. 18 ustawy o świadczeniach, który nakazuje NFZ ściąganie od osób nieuprawnionych, 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. Należy wskazać, że od dnia 12 stycznia 2017 r. wprowadzono nowelizację do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2173). Dzięki zapisom tej ustawy osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną (np. żona/mąż osoby ubezpieczonej, uczące się dziecko osoby ubezpieczonej do 26 roku życia), ale nią nie była (w momencie korzystania ze świadczeń złożyła pisemne oświadczenie o prawie do świadczeń lub dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń), może dokonać „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem nieobciążania kosztami leczenia jest dokonanie przez płatnika składek, np. w przypadku pracownika poprzez pracodawcę, zleceniodawcę w przypadku zleceniobiorcy, organu emerytalno-rentowego w przypadku emeryta-rencisty „wstecznego” (prawidłowego) zgłoszenia członka rodziny. Zgodnie bowiem z art. 50 ust. 18a ustawy o świadczeniach osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną, ale nią nie była, może w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania administracyjnego, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mimo podlegania takiemu zgłoszeniu, takiego zgłoszenia dokonać. W przypadku dokonania powyższej czynności nie wszczyna się lub umarza już wszczęte postępowanie administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. W 2023 r. dyrektorzy OW NFZ wydali 7 626 decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym 4 860 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. W analogicznym okresie w 2022 r. dyrektorzy OW NFZ wszystkich decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym decyzji umarzających postępowanie) wydali 9 358, w tym 5 915 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ w 2023 r. rozpatrzył 197 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, wydając 161 decyzje, 34 postanowienia kończące formalnie sprawy, zaś 2 sprawy pozostawił bez rozpoznania ze względu na niezuzpełnienie braków formalnych odwołania. Dla porównania - w 2022 roku Prezes NFZ rozpatrzył 447 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, wydając 332 decyzje i 100 postanowień. Ze względu na niezuzpełnienie braków formalnych odwołania 15 spraw zostało pozostawionych bez rozpoznania. Liczba wydanych decyzji przez Prezesa NFZ wynika z art. 40 ust. 2 ustawy o COVID-19 ustawy zmieniającej, zgodnie z którym postępowania administracyjne i sądowo-

administracyjne w sprawach dotyczących ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w art. 50 ust. 16 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), które poniósł NFZ do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. do 1 września 2020 r.), nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeżeli wysokość kosztu poniesionego przez NFZ, o którym mowa w art. 50 ust. 15 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), nie przekracza kwoty 500 zł. Wobec brzmienia art. 40 ust. 2 ustawy o COVID-19, 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 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. Z uwagi na wejście w życie od dnia 1 września 2020 r. ustawy zmieniającej, Prezes NFZ wydaje decyzje administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów, ich wysokość oraz termin płatności, jak również decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Wobec powyższego należało rozgraniczyć w sprawozdaniu decyzje wydawane przez Dyrektorów OW NFZ na podstawie postępowania administracyjnego wszczętego i nie zakończonego do 31 sierpnia 2020 r., na które służy odwołanie do Prezesa NFZ oraz decyzje wydawane na podstawie udzielonego pełnomocnictwa 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. Podsumowując, w 2023 roku wydano z up. Prezesa NFZ 4 860 decyzji obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń, 88 decyzji stwierdzających działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu oraz 2 656 decyzji umarzających postępowanie administracyjne oraz 22 decyzje wydane w postępowaniu nadzwyczajnym przez dyrektorów OW NFZ z up. Prezesa Funduszu.

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 2023 roku, w CWU zarejestrowanych było 34 172 865 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,

34 151 956 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 20 908 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 448 806 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 703 150 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 15 484 osób, ze zgłoszonymi 5 424 członkami rodziny. Poniższa tabela przedstawia różnicę w ubezpieczonych obowiązkowo i dobrowolnie według stanu na koniec 2023 r. do danych z końca 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	
ogółem	45 781	76 885	-31 104	-1 868	-1 758	-110	43 913
Dolnośląski	11 521	11 608	-87	-446	-454	8	11 075
Kujawsko-Pomorski	-6 193	-1 073	-5 120	-17	-15	-2	-6 210
Lubelski	-9 137	-3 554	-5 583	-223	-236	13	-9 360
Lubuski	-1 238	2 022	-3 260	-18	-4	-14	-1 256
Łódzki	-6 221	-5 250	-971	-1	-12	11	-6 222
Małopolski	14 639	12 861	1 778	-357	-381	24	14 282
Mazowiecki	48 436	40 019	8 417	149	134	15	48 585
Opolski	-3 154	-1 647	-1 507	-83	-73	-10	-3 237
Podkarpacki	471	2 217	-1 746	-104	-97	-7	367
Podlaski	-732	-833	101	-33	-22	-11	-765
Pomorski	11 773	12 967	-1 194	-300	-227	-73	11 473
Śląski	-6 732	2 203	-8 935	-80	-82	2	-6 812
Świętokrzyski	-3 984	-2 038	-1 946	14	3	11	-3 970
Warmińsko-Mazurski	-5 517	-300	-5 217	-26	-7	-19	-5 543
Wielkopolski	6 523	8 868	-2 345	-222	-221	-1	6 301
Zachodniopomorski	-4 674	-1 185	-3 489	-121	-64	-57	-4 795
Nieokreślony	0	0	0	0	0	0	0

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.

Część III

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.

Tabele sprawozdawcze nr III.1.1 do nr III.2 przedstawiają przebieg procesu zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań. W bieżącym roku ogłoszono 3 114 konkursów i złożono 7 523 oferty. W analogicznym okresie roku ubiegłego konkursów było 1 596, a ofert 3 556.

W okresie sprawozdawczym w części dotyczącej rokowań przeprowadzono 54 postępowania:

- zgodnie z art. 144 ustawy o świadczeniach (w roku ubiegłym 108), w tym:
 - 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. 7 postępowania (w roku ubiegłym 4),

- pkt.2, gdy zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, przeprowadzono 27 postępowań (w roku ubiegłym 61),
 - 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 18 postępowań (w roku ubiegłym 35).
- zgodnie z art. 154 ustawy o świadczeniach przeprowadzono 2 postępowania (w roku ubiegłym 8),

W wyniku postępowań w trybie rokowań zawarto 51 umów (68 umów w roku ubiegłym) i 9 aneksów (59 aneksów w roku ubiegłym) na łączną kwotę 88 071,02 tys. zł (558 433,46 tys. zł w roku ubiegłym).

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 41 938 (39 507 w roku ubiegłym). Łączna kwota zawartych umów wynosi 147 415 369,25 tys. zł (116 747 256,11 tys. zł w roku ubiegłym).

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 2023 r. wyniosła 2 066 przy czym 809 świadczeniodawców składało wnioski o zawarcie umowy, z tego 656 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 2023 r. w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne wyniosła 2 299.

Tabela sprawozdawcza nr III.5 przedstawia liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, według stanu na koniec 2023 roku. Ze zgromadzonych danych wynika, że w IV kwartale 2023 r. funkcjonowało łącznie 246 szpitalnych oddziałów ratunkowych. Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych funkcjonujących w 2023 r., wg stanu na koniec 2023 r., wzrosła o 3 w stosunku do danych z IV kwartału 2022 r.

Tabela sprawozdawcza nr III.6 przedstawia liczbę funkcjonujących zespołów ratownictwa medycznego wg stanu na koniec IV kwartału 2023 r., funkcjonowało łącznie 1 616 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 301 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 7 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego); 315 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 87 zespołów funkcjonujących czasowo, 12 zespołów funkcjonujących okresowo oraz 3 zespoły funkcjonujące 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 2022 r. wzrosła o 17, przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 6, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 23. 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 dane za 2023 r. dotyczące liczby kontroli, wartość zakwestionowanych nienależnie wypłaconych środków finansowych i nałożonych kar. Od początku roku do końca IV kwartału 2023 roku zakończono łącznie 502 kontrole, w tym 129 kontroli planowych oraz 373 kontrole doraźne. W poszczególnych rodzajach świadczeń stosunek liczby skontrolowanych świadczeniodawców do liczby zakontraktowanych świadczeniodawców był zróżnicowany. Najwyższy udział odnotowano w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne 21,36%. W ujęciu wartościowym, największy udział wartości umów skontrolowano w rodzaju leczenie szpitalne 26,6%, najmniejszy zaś w rodzaju leczenie uzdrowiskowe 0,29%. W sprawozdawczym okresie Zakończono kontrole w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, leczenie stomatologiczne, leczenie uzdrowiskowe, ratownictwo medyczne oraz świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie. W wyniku prowadzonych postępowań kontrolujący określili w wystąpieniach pokontrolnych środki finansowe do zwrotu w łącznej wysokości 103 439,5 tys. zł, w tym z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych kwotę 39 696,86 tys. zł, z tytułu nałożonych kar umownych 63 742,64 tys. zł.

Część IV

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

- wartości świadczeń wykonanych w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych odpowiadają stanowi rozliczeń na dzień 26 stycznia 2024 r.,
- wartości kontraktów na 2023 rok zaczerpnięto z zestawień przesłanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu do Centrali NFZ, wg stanu na dzień 29 lutego 2024 r.,

- w kolumnie plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia wykazano plan finansowy Funduszu na 2023 rok, wg stanu na 31 grudnia 2023 r.

Poniżej zaprezentowano koszty świadczeń zdrowotnych poniesionych przez Fundusz w okresie IV kwartału 2023 r., wg pozycji planu finansowego, na tle wykonania w analogicznym okresie roku ubiegłego (wartości wyrażone w tys. zł).

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, w tym:	Wykonanie 2022 r.	Plan 2023 r.	Wstępne wykonanie 2023 r.	Różnica (wyk. - plan)	% realizacji planu	Dynamika 2023/2022r.
podstawowa opieka zdrowotna	16 159 548,90	18 112 164,00	17 968 267,12	-143 896,88	99,21%	111,19%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	11 602 903,33	15 708 645,00	14 804 459,55	-904 185,45	94,24%	127,59%
leczenie szpitalne, w tym:	65 726 086,82	81 476 676,00	79 234 031,55	-2 242 644,45	97,25%	120,55%
<i>programy lekowe, w tym:</i>	7 295 574,02	10 128 272,00	9 446 287,55	-681 984,45	93,27%	129,48%
<i>leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi</i>	6 474 871,68	8 957 975,00	8 341 185,72	-616 789,28	93,11%	128,82%
<i>chemioterapia, w tym:</i>	1 519 437,94	1 937 081,00	1 842 416,68	-94 664,32	95,11%	121,26%
<i>leki stosowane w chemioterapii</i>	498 754,55	620 067,00	578 678,41	-41 388,59	93,33%	116,02%
<i>ratunkowy dostęp do technologii lekowej</i>	166 623,61	334 562,00	281 071,76	-53 490,24	84,01%	168,69%
<i>świadczenia wysokospecjalistyczne</i>	196 009,70	344 358,00	289 041,72	-55 316,28	83,94%	147,46%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	4 351 007,97	5 338 807,00	5 151 560,26	-187 246,74	96,49%	118,40%
rehabilitacja lecznicza	5 296 066,58	6 947 743,00	6 490 223,38	-457 519,62	93,41%	122,55%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	2 766 300,89	3 558 497,00	3 441 122,00	-117 375,00	96,70%	124,39%
opieka paliatywna i hospicyjna	1 117 571,45	1 634 519,00	1 569 189,90	-65 329,10	96,00%	140,41%
leczenie stomatologiczne	2 307 552,83	3 470 123,00	3 271 898,90	-198 224,10	94,29%	141,79%
lecnictwo uzdrowiskowe	1 035 028,49	1 507 989,00	1 461 131,18	-46 857,82	96,89%	141,17%
pomoc doraźna i transport sanitarny	302 770,41	283 495,00	282 264,89	-1 230,11	99,57%	93,23%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia	207 493,92	392 400,00	334 716,97	-57 683,03	85,30%	161,31%
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	3 205 464,45	4 123 324,00	3 941 030,66	-182 293,34	95,58%	122,95%
zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	1 646 991,15	2 496 583,00	2 384 023,36	-112 559,64	95,49%	144,75%
refundacja, z tego:	9 291 466,33	10 071 297,00	9 886 856,47	-184 440,53	98,17%	106,41%
<i>refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę</i>	9 255 844,57	10 006 210,00	9 835 046,50	-171 163,50	98,29%	106,26%
<i>refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy</i>	23 248,58	39 995,00	33 160,09	-6 834,91	82,91%	142,63%
<i>refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy</i>	12 373,18	25 092,00	18 649,88	-6 442,12	74,33%	150,73%
rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	800 852,64	909 353,00	749 248,60	-160 104,40	82,39%	93,56%
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	-203 265,09	579 633,00	318 962,51	-260 670,49	55,03%	-156,92%
koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy	138 873,71	208 167,00	126 827,98	-81 339,02	60,93%	91,33%
rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy	2 344,56	9 116,00	3 283,47	-5 832,53	36,02%	140,05%
koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, w tym:	969 681,34	2 093 994,00	1 833 007,50	-260 986,50	87,54%	189,03%
<i>koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego</i>	705 573,01	1 497 224,00	1 400 469,91	-96 754,09	93,54%	198,49%
świadczenia udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
Razem	126 724 740,68	158 922 525,00	153 252 106,25	-5 670 418,75	96,43%	120,93%

Wzory tabel IV.F1-IV.F14 obejmują wyłącznie oddziały wojewódzkie NFZ, jednak koszty świadczeń opieki zdrowotnej ponoszone są także przez Centralę NFZ, dlatego w kolumnie nr 9 tabel (uwagi) wskazano dodatkowo informację dotyczącą wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej poniesionych także przez Centralę NFZ. Powyższe pozwoli na zaprezentowanie łącznego wolumenu poniesionych przez NFZ kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w badanym okresie.

W tabeli IV.F.14 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 10 006 210 tys. zł plan ww. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej za 2023 r. został zrealizowany w wysokości 9 835 046,5 tys. zł, co stanowiło 98,29% wartości planu okresu.

Tabele sprawozdawcze nr L.1-L.13 zawierają informację na temat liczby osób wg stanu na koniec 2023 r., które korzystały ze świadczeń w poszczególnych rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna 28 311 593 (w roku ubiegłym 28 339 415), ambulatoryjna opieka specjalistyczna 16 803 074 (w roku ubiegłym 16 738 907), leczenie szpitalne 8 337 832 (w roku ubiegłym 8 593 179), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 1 905 655 (w roku ubiegłym 1 700 084), rehabilitacja lecznicza 3 479 031 (w roku ubiegłym 3 222 661), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 118 367 (w roku ubiegłym 115 055), opieka paliatywna i hospicyjna 105 064 (w roku ubiegłym 98 034), leczenie stomatologiczne 5 674 773 (w roku ubiegłym 5 671 929), świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie 302 670 (w roku ubiegłym 268 608), zaopatrzenie w wyroby medyczne 2 117 582 (w roku ubiegłym 2 057 039).

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 2023 r. Dane zostały przedstawione w przeliczeniu na 10 tysięcy osób ubezpieczonych. Z przedmiotowej tabeli wynika, że w oddziałach wojewódzkich: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i śląskim 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, podkarpacki i pomorski.

Tabela sprawozdawcza nr IV.L.10 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Wskazania wymaga, że 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, że dedykowane są one odrębnym grupom świadczeniobiorców, dane dotyczące tych zakresów przedstawione zostały w osobnych tabelach:

- 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.

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 2023 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 2023 r. wynosi 6 821, natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych przyjmuje wartość 1,81 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik przyjmuje w województwach: lubuskim (0,88), zachodniopomorskim (1,04) oraz podkarpackim (1,19), natomiast wartości najwyższe – w województwach: śląskim (2,89), opolskim (2,37) oraz kujawsko-pomorskim (2,12). W porównaniu do 2022 r. wartość niniejszego wskaźnika w 2023 r. w odniesieniu do całego kraju zmniejszyła się o 0,10.

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 2023 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 2023 r. wynosi 40 735, natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych przyjmuje wartość 11,44 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik przyjmuje w województwach: lubelskim (2,28), małopolskim (3,59) oraz zachodniopomorskim (3,73), natomiast wartości najwyższe – w województwach: warmińsko-mazurskim (25,80), podkarpackim (25,24) oraz kujawsko-pomorskim (18,86). W porównaniu do 2022 r. wartość niniejszego wskaźnika w 2023 r. w odniesieniu do całego kraju wzrosła o 1,7.

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.1 prezentuje hospitalizacje w rodzaju leczenie szpitalne. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 10 466 400 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 9 533 261).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.2 prezentuje hospitalizacje w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 238 101 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 228 381).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.3 prezentuje hospitalizacje w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 240 826 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 209 785).

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 36 886 (w roku ubiegłym 36 861).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.5 prezentuje dane wykazane narastająco od początku roku do końca 2023 r. dot. opieki paliatywnej i hospicyjnej. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 44 832 (w roku ubiegłym 39 334).

Tabela sprawozdawcza IV.H.6 prezentuje hospitalizacje w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe według stanu na koniec 2023 r. Z danych wynika, że na koniec 2023 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wykonano 38 998 hospitalizacji, z czego 14 986 hospitalizacji przypadało mężczyznom, a 24 012 kobietom. Łącznie w 2023 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego hospitalizowano 38 548 osób. W porównaniu z 2022 r., liczba osób hospitalizowanych zwiększyła się o 2 236. Jednocześnie na koniec 2023 r. najwięcej osób dorosłych (powyżej 18 roku życia), które były hospitalizowane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego mieściło się w grupie wiekowej 65-69. Natomiast średni czas hospitalizacji w szpitalach uzdrowiskowych wynosił 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 2023 r. przebywało 38 378 (w roku ubiegłym 36 725) 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 3 832 osób (w roku ubiegłym 4 128).

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 2023 r., lekarze POZ udzielili łącznie 122 696 529 porad (w tym samym okresie roku ubiegłego 119 228 310), 1 142 878 porad domowych (w roku ubiegłym 1 101 055) i 127 951 patronaży (w roku ubiegłym 132 514). Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej wykonały 16 956 761 wizyt (w roku ubiegłym 15 688 804). Położne środowiskowo-rodzinne odbyły łącznie 2 390 498 wizyt (w roku ubiegłym 2 455 973). W omawianym okresie sprawozdawczym wykonano 366 850 (w roku ubiegłym 360 371) 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 2023 roku. W analizowanym okresie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej łączna liczba wykonanych świadczeń (porad, wizyt) wyniosła 82 583 568 (w roku ubiegłym 73 731 210).

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.2 dotyczy liczby udzielonych porad zachowawczych i zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, gdzie ogółem udzielono 46 161 215 porad dla 34 966 009 osób. W roku ubiegłym udzielono 65 626 509 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 5 353 018 (w roku ubiegłym 4 683 987).

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.4.1 i IV.2.4.2 przedstawia dane dotyczące ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – kompleksowa opieka specjalistyczna. Przedstawia opiekę specjalistyczną nad pacjentem z cukrzycą i nad pacjentem zakażonym HIV. Objęto opieką odpowiednio 4 132 osób (w roku ubiegłym 18 399)

Tabela sprawozdawcza nr IV.3.1 zawiera dane odnoszące się do świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne, gdzie łączna liczba świadczeń w 2023 r. wyniosła 18 945 284 (w roku ubiegłym 17 771 274).

Tabela sprawozdawcza nr IV.3.5 przedstawia dane dotyczące leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne. Wykonano 19 736 świadczeń (w roku ubiegłym 21 226) na kwotę 1 247 809,28 tys.

Tabela sprawozdawcza nr IV.4.1 odnosi się do danych zawierających informacje o opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień. Liczba wykonanych świadczeń wyniosła 14 087 723. Liczba osób, którym udzielono świadczeń wyniosła 2 288 088 (w roku ubiegłym 2 114 082).

Tabela sprawozdawcza nr IV.4.2 dotyczy opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – liczba świadczeniodawców i osób, którym udzielono świadczenia. Łącznie 2 472 świadczeniodawców udzieliło świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 5 577 922 tys. zł. W roku ubiegłym 2 460 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 2023 roku 10 318 świadczeniodawców udzieliło świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 1 540 516,95 tys. zł 7 119 272 osobom. Liczba udzielonych świadczeń w 2023 r. wyniosła 35 189 683. W ubiegłym roku 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.

Tabela sprawozdawcza nr IV.7.1 przedstawia informacje dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej wg jednostek statystycznych, z których wynika, że liczba udzielonych świadczeń wyniosła 1 664 378. przy czym objęto opieką 127 403 osoby. W roku ubiegłym liczba udzielonych świadczeń wyniosła 2 298 732 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 808 świadczeniodawców udzieliło świadczeń domowych, ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 1 540 516,95 tys. zł. W roku ubiegłym 768 świadczeniodawców udzieliło świadczeń domowych, ambulatoryjnych i szpitalnych na kwotę 1 034 941 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 3 192 621,05 o wartości 3 192 621,05 tys. zł. W analogicznym okresie roku ubiegłego udzielono świadczeń 6 532 765 o wartości 2 326 018 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 230 676 osobom (w roku ubiegłym 278 770 osobom). W ramach świadczeń w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny na 2023 rok zakontraktowane zostały 32 zespoły sanitarne typu „N”. Należy zaznaczyć, że: jeden zespół w województwie łódzkim, funkcjonuje czasowo przez 12 godzin na dobę. Pozostałe zespoły funkcjonują całodobowo. Liczba zakontraktowanych zespołów sanitarnych typu „N” funkcjonujących w 2023 r. nie uległa zmianie w stosunku do 2022 r. Ze zgromadzonych danych wynika, że w 2023 r. w ramach świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” wykonały 7 174 przewozy, udzielając świadczeń łącznie 6 440 osobom. Należy stwierdzić, że liczba wykonanych przewozów w analizowanym okresie zmniejszyła się o 558 tj. o 7,22% w stosunku do 2022 r., a liczba osób, którym powyższe zespoły udzieliły świadczeń zmniejszyła się o 381, tj. o 5,59% w porównaniu do 2022 r.

Tabela sprawozdawcza nr IV.10 przedstawia liczbę świadczeń udzielonych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz liczbę osób, którym te świadczenia zostały udzielone w 2023 r. – tabela została opracowana osobno dla każdego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w postaci zbiorczej dla całego kraju. W 2023 r. zespoły ratownictwa medycznego funkcjonujące w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonały łącznie 3 015 446 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 479 593 osobom.

Należy przy tym wskazać że:

- podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 2 409 852 wyjazdów i udzieliły świadczeń 1 942 017 osobom,
- specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 605 014 wyjazdów i udzieliły świadczeń 537 000 osobom,
- podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 580 akcje ratownicze i udzieliły świadczeń 576 osobom.

Ze zgromadzonych danych wynika, że ogólna liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w 2023 r., w stosunku do roku ubiegłego, wzrosła o 54 927, tj. o 1,86%, przy czym liczba wyjazdów podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 47 392, tj. o 2,01% a w przypadku specjalistycznych zwiększyła się o 7 487, tj. o 1,25%.

Liczba akcji ratowniczych podstawowych wodnych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 48, tj. o 9,02%. Ogólna liczba osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń w 2023 r., w stosunku do roku 2022, wzrosła o 29 175, tj. o 1,19%, przy czym liczba osób, którym świadczeń udzieliły podstawowe zespoły ratownictwa medycznego zwiększyła się o 19 954, tj. o 1,04% a w przypadku specjalistycznych wzrosła o 9 169, tj. o 1,74%. Liczba osób, którym świadczeń udzieliły podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego zwiększyła się o 52, tj. o 9,92%.

Tabela sprawozdawcza nr IV.12 dotyczy świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowanych. W 2023 r. w poszczególnych zakresach świadczeń wykonano 7 384 220 świadczeń (w roku ubiegłym 7 055 257) dla 359 603 osób (w roku ubiegłym 299 750).

Tabela sprawozdawcza nr IV.16.1 przedstawia dane dotyczące udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 2023 r. Z danych przedstawionych w tabeli wynika, że w 2023 r. z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 441 179 osób, które łącznie wykorzystywały 9 226 248 osobodni leczenia uzdrowiskowego, za które NFZ zapłacił świadczeniodawcom. Łączna liczba zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, w okresie 2023 r. wynosiła 441 742. W analogicznym okresie 2022 r. z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 405 988 osób, a wykorzystane osobodni wyniosły 8 445 553. Liczba osób korzystających z leczenia uzdrowiskowego zwiększyła się o 35 191, a liczba zrealizowanych osobodni o 780 695.

Tabela sprawozdawcza nr IV.16.2 prezentuje liczbę osób oczekujących na potwierdzenie skierowania oraz liczbę skierowań zrealizowanych w stacjonarnym leczeniu uzdrowiskowym, według stanu na koniec 2023 r. Wg stanu na koniec 2023 r. na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe w szpitalu uzdrowiskowym oczekiwało 4 474 osoby, natomiast na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego oczekiwało 196 026 osób. W porównaniu do 2022 r., liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania do szpitala uzdrowiskowego zwiększyła się o 2 571 osób, a na potwierdzenie leczenia do sanatorium zwiększyła się o 795 osób. Liczba skierowań zrealizowanych w okresie 2023 r. w szpitalu uzdrowiskowym wyniosła 38 998, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym 393 847. W porównaniu do 2022 r., liczba zrealizowanych skierowań w szpitalu uzdrowiskowym zwiększyła się o 2 118, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym o 32 483.

Tabela sprawozdawcza IV.17 przedstawia informacje o realizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawowej. Dane w tabeli zostały sporządzone narastająco do końca 2023 roku w oparciu o informacje pochodzące z Rejestru endoprotezoplastyk NFZ, a także nadsyłanych przez

świadczeniodawców raportów statystycznych. W 2023 roku zostało zrealizowanych 117 156 endoprotezoplastyk stawowych, z czego najwięcej endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu biodrowego (56 878), a następnie endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu kolanowego (37 777). Endoprotezoplastyki stawu łokciowego, ramiennego i innego stanowiły ponad 3% wszystkich wykonanych endoprotezoplastyk stawowych. Liczba osób, którym udzielono świadczeń jest mniejsza niż liczba wykonanych świadczeń, co oznacza, że niektóre osoby miały wykonane w 2023 roku więcej niż jedno świadczenie endoprotezoplastyki stawowej. Koszt wykonanych świadczeń wyniósł 2 421 470,83 tys. zł, a świadczenia endoprotezoplastyki były w 2023 roku realizowane przez 283 świadczeniodawców. W tabeli wykazano wyłącznie informacje o zrealizowanych świadczeniach na podstawie ankiet wprowadzonych przez świadczeniodawców do Rejestru endoprotezoplastyk, które na dzień dnia sporządzenia tabeli tj. 27 lutego 2024 r. zostały przez oddziały wojewódzkie Funduszu pozytywnie zweryfikowane.

Tabela sprawozdawcza nr IV.18 zawiera informacje dotyczące zaćmy, gdzie w 2023 r. wykonano 326 557 zabiegów na kwotę 1 022 105,41 tys. zł. Liczba osób którym udzielono świadczeń to 251 053. W roku ubiegłym wykonano 305 784 zabiegów na kwotę 787 865 tys. zł. Liczba osób którym udzielono świadczeń to 232 980.

W tabeli sprawozdawczej nr 20.1 zestawiono liczbę pacjentów oraz wartość udzielonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w poszczególnych rodzajach świadczeń. Łącznie świadczeń udzielono 9 434 402,24 (w roku ubiegłym 642 995) pacjentom o wartości 9 434 402,24 tys. zł (w roku ubiegłym 7 201 616 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 136 583 świadczeń 135 472 osobom o wartości 100 106,05 tys. zł. W roku ubiegłym udzielono 133 451 świadczeń 131 380 osobom o wartości 92 779 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 1 841 541 świadczeń dla 363 611 osób o wartości 4 390 300,13 tys. zł. W roku ubiegłym udzielono 2 177 624 świadczeń dla 415 212 osób o wartości 4 035 899 tys. zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.4 dotyczy danych odnoszących się do leczenia onkologicznego według zakresów, z wyłączeniem pakietu onkologicznego według kategorii planu finansowego. Poza pakietem onkologicznym udzielono świadczeń 12 572 176,73 osobom na kwotę 12 572 176,73 tys. zł. Były to osoby ,które miały „rozpoznanie onkologiczne” a świadczenia nie zostały zrealizowane w ramach pakietu onkologicznego. W roku ubiegłym udzielono świadczeń 3 250 091 osobom na kwotę 9 054 185 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 17 245 322,26 tys. zł. Liczba osób, którym udzielono świadczenia to 2 504 230,00. W roku ubiegłym udzielonych świadczeń wyniosła 12 720 172 tys. zł. Liczba osób, którym udzielono świadczenia to 2 152 406.

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 2023 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 2023 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)².

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.1 przedstawia informacje za IV kwartał 2023 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 najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących do następujących poradni: chirurgii urazowo-ortopedycznej (449 287 osób), chirurgii ogólnej (415 875 osób), położniczo-ginekologicznej (396 631 osób), stomatologicznej (377 875 osób), okulistycznej (373 921 osób). Wymienione komórki organizacyjne, znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2022 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza IV.21.1.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2023 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 najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących do oddziałów: chirurgicznego ogólnego (63 335 osób), położniczo-ginekologicznego (51 876 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (28 314 osób), urologicznego (26 147 osób) i chorób wewnętrznych (24 559 osób). Wymienione komórki organizacyjne,

² Aplikacja udostępniana jest przez NFZ świadczeniodawcom i służy do prowadzenia oraz przekazywania list oczekujących na wybrane świadczenia.

z wyjątkiem oddziału chorób wewnętrznych znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2022 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza IV.21.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2023 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 najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących na następujące świadczenia opieki zdrowotnej: fizjoterapii ambulatoryjnej (607 386 osób), świadczenia rezonansu magnetycznego (409 971 osób), świadczenia tomografii komputerowej (305 417 osób), świadczenia kolonoskopii (100 350 osób), świadczenia gastrokopii (100 057 osób), oraz zabiegów w zakresie soczewki – zaćma (58 560 osób). Wymienione świadczenia opieki zdrowotnej, znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2022 roku wśród świadczeń opieki zdrowotnej z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza IV.22.1.1 przedstawia informacje według stanu na koniec IV kwartału 2023 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 najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje według stanu na koniec IV kwartału 2023 roku do następujących poradni: okulistycznej (445 813 osób), stomatologicznej (293 620 osób), neurologicznej (251 809 osób), kardiologicznej (183 552 osoby), chirurgii urazowo-ortopedycznej (179 753 osoby) i dermatologicznej (165 615 osób). Wymienione komórki organizacyjne, z wyjątkiem poradni dermatologicznej znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2022 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących.

Tabela sprawozdawcza IV.22.1.2 przedstawia informacje według stanu na koniec IV kwartału 2023 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 IV kwartału 2023 roku do następujących oddziałów szpitalnych: otorynolaryngologicznego (91 445 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (76 380 osób), chirurgicznego ogólnego (68 614 osób), neurochirurgicznego (30 347 osób) oraz położniczo-ginekologicznego (28 930 osób). Wymienione komórki organizacyjne, z wyjątkiem oddziału położniczo-ginekologicznego znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2022 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza IV.22.2 przedstawia informacje według stanu na koniec IV kwartału 2023 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 IV kwartału 2023 roku na następujące świadczenia: fizjoterapii ambulatoryjnej (812 978 osób), rezonansu magnetycznego (216 431 osób), kolonoskopii (148 421 osób), leczenia protetycznego (123 697 osób), tomografii komputerowej (113 977 osób) i rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (93 700 osób). Wymienione świadczenia opieki zdrowotnej, znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2022 roku wśród świadczeń z największą liczbą osób oczekujących.

Część V

W 2023 roku, w stosunku do roku poprzedniego, skala rozliczeń za osoby uprawnione spadła o 7,8% w odniesieniu do liczby wystawionych formularzy rozliczeniowych dotyczących rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt rzeczywisty. Wartość kosztów świadczeń wykazanych na formularzach E 125 PL przedstawionych przez Polskę innym państwom członkowskim UE/EFTA wzrosła o 45,23%. Wartość przedstawionych Polsce roszczeń przez inne państwa członkowskie UE/EFTA spadła o 0,36%, zaś liczba załączonych do not formularzy (oraz ich odpowiedników elektronicznych) o 0,53%. W 2023 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wydały o 9,89% więcej zaświadczeń uprawniających osoby ubezpieczone do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA niż w roku poprzednim.

W 2023 roku liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (Islandia, Liechtenstein, Norwegia) oraz Wielkiej Brytanii - na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach spadła o 15% w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Ogółem w 2023 roku do Funduszu wpłynęło 12 049 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 41 025,72 tys. zł. Niemalże połowa wszystkich wniosków (48,72%) została złożona w Śląskim OW NFZ. Na podstawie rozpatrzonych wniosków Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 12 431 wniosków o zwrot kosztów o łącznej wartości 34 376,27 tys. zł, co stanowiło wzrost o niecałe 5% w liczbie wniosków z wypłatą, lecz równocześnie ponad 30% wzrost w łącznej kwocie zwrotu w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Najwyższa liczba wypłat (95,72%) oraz wartość wypłaconych przez Fundusz kwot (96,41%) za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach dotyczyła leczenia na terenie Republiki Czeskiej. 86,77% dokonanych w 2023 roku zwrotów kosztów dotyczyło świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne - oddziały. W przypadku 86,92% wniosków zwrot kosztów został dokonany za świadczenia związane z zabiegiem usunięcia zaćmy.

Wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym związanych z rozliczaniem świadczeń (tabela sprawozdawcza nr V.1). W 2023 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

łączonej w wysokości 392 577,88 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (49,72% łącznej kwoty) oraz instytucje norweskie (11,65% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 335 663,58 tys. zł. 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 oraz jego odpowiednik elektroniczny, tj. SED S080 (koszty rzeczywiste), Fundusz dokonał w 2023 roku płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 881 196,18 tys. zł³. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 74,96% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec. Analogiczna wartość dla rozliczeń prowadzonych wg kwot zryczałtowanych w oparciu o formularz E 127 oraz jego odpowiedniki elektroniczne, tj. SED S100 wyniosła 24 127,65 tys. zł, z najwyższym udziałem (49,82%) kwoty płatności dokonanych na rzecz instytucji irlandzkich.

Wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom na terytorium państw członkowskich UE/EFTA rozliczanych wg kosztów rzeczywistych⁴ zostały przedstawione w tabeli sprawozdawczej nr V.2. W okresie sprawozdawczym do Centrali Funduszu wpłynęło 1 157 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 727 204,74 tys. zł⁵. Wartość ta obejmuje również kwoty wynikające z 694 pism (do których załączono 1 314 roszczeń indywidualnych) zawierających odstępienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz 284 not korygujących, do których załączono 1 456 roszczeń indywidualnych. Roszczenia przedstawione zostały przez 31 państw członkowskich UE/EFTA na 162 241 formularzach rozliczeniowych E 125 oraz ich odpowiednikach elektronicznych. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zmniejszyła się o 0,36%, przy jednoczesnym spadku liczby załączonych do not formularzy o 0,53%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 72,64% i obejmowały 70,4% 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 2023 roku osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 4 842 wniosków o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, do których załączone zostały rachunki opiewające na łączną kwotę

³ Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank dokonujący wypłaty, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

⁴ 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.).

⁵ Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 251/A/NBP/2023 z dnia 29 grudnia 2023 roku.

9 862,28 tys. zł⁶. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 3 911 osoby ubezpieczone w wysokości łącznej 5 990,06 tys. zł⁷. W 2023 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 20,54%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była wyższa o 3,86%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń była wyższa o 15,74%, a kwota dokonanych wypłat była wyższa o 3,12%. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w 2023 roku wypłacił Lubuski OW NFZ, który dokonał wypłat 3 873 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 5 950,69 tys. zł, co stanowiło 99,03% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 99,34% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Tak wysoki odsetek liczby rozpatrywanych wniosków i dokonywanych wypłat przez Lubuski OW NFZ wynika z przejścia przez Centrum Usług Wspólnych w Gorzowie Wielkopolskim obsługi większości wniosków o zwrot z pozostałych oddziałów wojewódzkich NFZ. Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2023 roku zwrot poniesionych kosztów świadczeń 37,84% stanowią osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w analogicznym okresie roku poprzedniego było to 44,87%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1 832 osób na terenie Niemiec stanowił 41,29% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 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 (tabela sprawozdawcza nr V.4). Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 3 911 osoby ubezpieczone w wysokości łącznej 5 990,06 tys. zł⁸. W 2023 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 20,54%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była wyższa o 3,86%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń była wyższa o 15,74%, a kwota dokonanych wypłat była wyższa o 3,12%. Zgodnie z danymi z formularzy E 125 PL, wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu za okres sprawozdawczy, osobom uprawnionym udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 696 498,36 tys. zł. Kwota ta przedstawiona zostanie instytucjom łącznikowym 31 innych państw

⁶ Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank dokonujący wypłaty, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

⁷ 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.

⁸ 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.

członkowskich UE/EFTA na 1 182 851 formularzach, z czego 57,59% formularzy skierowane zostanie do instytucji niemieckich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 54,72% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących okresu sprawozdawczego. W porównaniu z 2022 rokiem liczba formularzy E 125 PL wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu spadła w 2023 roku o 7,80%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 45,23%.

Zaświadczenia o prawie do świadczeń na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA wydawane świadczeniobiorcom (tabela sprawozdawcza nr V.5). W okresie sprawozdawczym wydano łącznie 2 741 015 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co stanowi wzrost w stosunku do porównywanego okresu roku poprzedniego o 9,89%. W strukturze rodzajowej 99,08% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. Udział ten kształtował się na zbliżonym poziomie w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Największy odsetek osób ubezpieczonych, które otrzymały dokument potwierdzający prawo do świadczeń należał do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (14,91%).

Planowane leczenie/badania diagnostyczne udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach (tabele sprawozdawcze nr V.6.1 i nr V.6.2). W 2023 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 wyżej wymienionych wniosków 8 z nich zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym strona została wezwana do ich usunięcia, 3 spełniały wymogi formalne, w związku z powyższym zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Spośród 8 wniosków, które zostały odesłane do wnioskodawcy ze względu na stwierdzone braki, 1 wniosek - pozbawiony braków formalno-prawnych, wpłynął ponownie do Centrali NFZ i na jego podstawie zostało wszczęte postępowanie. Ponadto, Prezes NFZ w 2023 r. prowadził postępowanie wyjaśniające w sprawie wniosku, który wpłynął do Centrali NFZ w 2022 r. łącznie w 2023 r. Prezes NFZ procedował 5 wniosków na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach. Procedura dla 3 z ww. wniosków została zakończona wydaniem w 2023 r. decyzji Prezesa NFZ, natomiast dla 2 wniosków procedura będzie kontynuowana w 2024 r. Prezes NFZ w 2023 r. wydał 3 decyzje w trybie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Na podstawie ww. decyzji pacjentom zostały wystawione formularze S2. Ww. decyzjami Prezes NFZ wyraził zgodę na skierowanie wnioskodawcy na leczenie poza granicami kraju - ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w ośrodkach krajowych. Leczenie objęte ww. decyzjami dotyczyło przeprowadzenia leczenia z zakresu: chirurgii ogólnej i onkologicznej, otorynolaryngologii, radioterapii onkologicznej. Koszt leczenia objętego ww. decyzjami został

oszacowany na łączną kwotę 267,17 tys. zł. Porównując powyższe dane z danymi z roku ubiegłego, stwierdzić należy, że zarówno w 2022 r., jak i w 2023 r. do NFZ wpłynęło tyle samo wniosków do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Przy czym z wniosków złożonych w 2022 r. wyłącznie 1 spełniał wymogi formalne do jego procedowania. Procedura rozpatrywania tego wniosku została zakończona wydaniem decyzji wyrażającej zgodę na skierowanie wnioskodawcy (byłego pracownika przygranicznego) na leczenie poza granicami kraju - ze względu na kontynuację leczenia rozpoczętego w Czechach w zakresie opieki zdrowotnej związanej z chorobą płuc oraz ich następową transplantacją - na podstawie ww. decyzji pacjentowi został wystawiony formularz S3. Ww. zgoda dotyczyła leczenia z zakresu chorób płuc (pacjent po przeszczepie płuc), którego koszt został oszacowany na kwotę 62,96 tys. zł. Reasumując, liczba złożonych w NFZ w 2023 r. wniosków o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach, utrzymała się na tym samym poziomie w stosunku do 2022 r. Natomiast liczba decyzji wydanych w 2023 r. wzrosła o 200% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2022 roku - Prezes NFZ na podstawie ww. przepisów prawa w 2023 r. wydał 3 decyzje pozytywne, natomiast w 2022 r. wydał 1 decyzję pozytywną.

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 (tabela sprawozdawcza nr V.7). W 2023 r. do Funduszu roku do wpłynęło łącznie 12 049 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Kwota wynikająca ze złożonych wniosków, w przeliczeniu według kursu średniego dla danej waluty ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, wyniosła 41 025,72 tys. zł. Na podstawie decyzji wydanych przez właściwe organy Funduszu w oparciu o art. 42d ust. ustawy o świadczeniach, w 2023 roku Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 12 431 wniosków o zwrot kosztów świadczeń w łącznej wysokości 34 376,27 tys. zł. Dokonane wypłaty dotyczyły w 80,51% wniosków złożonych w 2023 roku, w 18,30% wniosków złożonych w 2022 roku, w 1,19% wniosków złożonych w latach 2018-2021. Wypłaty dokonane w 2023 roku w odniesieniu do wniosków z lat 2018-2021 w przeważającej części były związane z prowadzonym wcześniej postępowaniem odwoławczym lub skomplikowanym charakterem sprawy. W przypadku wniosków złożonych w 2022 roku wypłata dokonywana była niejednokrotnie w 2023 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 2023 roku, w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego, liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była niższa o 15%, natomiast łączna wartość kwot wynikających ze złożonych wniosków była wyższa o 2,32%. Liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz

dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń była wyższa o 4,8% w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego, kwota dokonanych wypłat była za to wyższa o 30,51%. Dokonywane przez Fundusz w 2023 roku zwroty kosztów dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 13 państwach członkowskich Unii Europejskiej. W okresie tym brak było zwrotów za świadczenia udzielone w państwach będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. 95,72% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 96,41% wartości wypłaconych kwot ogółem dotyczyło leczenia na terytorium Republiki Czeskiej. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej w 2023 roku wypłacił Śląski OW NFZ, który dokonał wypłat w stosunku do 6 176 wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w kwocie o łącznej wysokości 16 676,31 tys. zł, co stanowiło 48,51% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 49,68% wszystkich złożonych wniosków, w stosunku do których dokonano zwrotu kosztów. W celu zachowania spójności danych, w tabeli oprócz państw Unii Europejskiej dodano pozycję „inne”, w której wskazano wnioski odnoszące się do zwrotu kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub państwa niebędącego członkiem Unii Europejskiej. W 2023 roku do Funduszu złożono w sumie 8 takich wniosków - po 3 odnoszące się do zwrotu kosztów leczenia w Polsce i w Szwajcarii oraz po 1 w Wielkiej Brytanii i Japonii.

Liczba wypłat z tytułu zwrotu kosztów i poniesione koszty według rodzajów świadczeń (tabela sprawozdawcza nr V.8). W 2023 roku Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 58 194 świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 34 376,27 tys. zł, wykazanych w sumie w 12 431 wnioskach o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym – na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Łączna liczba świadczeń, w stosunku do których został dokonany zwrot jest wyższa niż liczba wniosków z dokonaną wypłatą, ponieważ na jednym wniosku świadczeniobiorca może wnioskować o zwrot za więcej niż jedno świadczenie. W okresie sprawozdawczym Fundusz dokonał zwrotu kosztów za 23 175 świadczeń zakwalifikowanych do rodzaju leczenie szpitalne - oddziały, co stanowi 39,82% świadczeń, za które udzielono zwrotu ogółem, w łącznej kwocie w wysokości 29 827,94 tys. zł, stanowiącej 86,77% w łącznej kwocie przyznanego w 2023 roku zwrotu. Największy udział w liczbie świadczeń z rodzaju leczenia szpitalnego stanowiły świadczenia związane z zabiegiem usunięcia zaćmy, za które zwrot został dokonany w odniesieniu do 22 427 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 28 276,39 tys. zł. Świadczenia te wykazane zostały w sumie w 10 805 wnioskach o zwrot kosztów, co stanowiło 86,92% wszystkich wniosków z dokonaną wypłatą. W przypadku zabiegów usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w odniesieniu do 9 906 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 24 841,96 tys. zł. Za świadczenia towarzyszące zabiegowi usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w kwocie 3 434,43 tys. zł, z czego wartość 300,14 tys. zł stanowi zwrot za wizytę kwalifikacyjną do zabiegu usunięcia zaćmy - w trybie ambulatoryjnym, natomiast kwota 3 134,29 tys. zł odnosi się do zwrotu kosztów za kontrolną poradę specjalistyczną zrealizowaną pomiędzy 14 a 28 dniem od zabiegu. Świadczenia opieki

stomatologicznej w łącznej liczbie świadczeń, dla których dokonano wypłaty stanowiły około 60%. Świadczenia te wykazane zostały w sumie jedynie w 675 wnioskach o zwrot kosztów, co stanowiło 5,43% wszystkich wniosków z dokonaną wypłatą. W przypadku jednego wniosku o zwrot kosztów Fundusz dokonywał bowiem wypłaty przeważnie za kilkadziesiąt świadczeń stomatologicznych. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił 12,84% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów. Dla porównania, w analogicznym okresie roku poprzedniego zwrot kosztów za świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne - oddziały obejmował 29,13% łącznej liczby świadczeń, za które Fundusz dokonał zwrotu kosztów i 87,63% wypłaconych kwot ogółem. Świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne stanowiły odpowiednio 69,79% liczby świadczeń, za które dokonano wypłaty. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym 11,78% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów.

Planowane leczenie/badanie diagnostyczne świadczeniobiorcy poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa NFZ zgodnie z art. 42j ustawy o świadczeniach (tabela sprawozdawcza nr V.9). W 2023 r. dotyczy danych liczbowych 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 2023 r. na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach do Prezesa NFZ wpłynęło 127 wniosków, z czego 91 dotyczyło przeprowadzenia leczenia, a 36 wykonania badań diagnostycznych. Z wyżej wymienionych wniosków 61 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym strona została wezwana do ich usunięcia. Z odesłanych wniosków 36 (po usunięciu braków formalno-prawnych) wpłynęło ponownie do NFZ i na ich podstawie zostało wszczęte postępowanie administracyjne. Powyższe oznacza, że Prezes NFZ w 2023 r. wszczął postępowanie w przypadku 102 wniosków, które spełniały wymogi formalne. Z ww. wniosków 69 dotyczyło przeprowadzenia leczenia planowanego, a 33 badań diagnostycznych. W przedmiotowym okresie Prezes NFZ wydał 121 decyzji dotyczących przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 110 zgód, 6 odmów, 5 umorzeń. Większa liczba wydanych decyzji od liczby złożonych - i spełniających niezbędne wymogi - wniosków wynika z faktu, że w 2023 r. procedowane były również 2 wnioski, których procedura została rozpoczęta, ale niezakończona w 2021 r., 40 wniosków, których procedura została rozpoczęta ale niezakończona w 2022 r. Liczba wniosków, których procedura została wszczęta w latach 2021-2022, nie została ujęta w tabeli - w części dotyczącej liczby wniosków złożonych w 2023 r. Spośród 110 decyzji pozytywnych dotyczących skierowania wnioskodawcy do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju (których łączny przewidywany koszt został oszacowany na kwotę 59 577,03 tys. zł), 74 dotyczyło leczenia planowanego, natomiast 36 badań diagnostycznych. Szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej wchodzących w zakres leczenia planowanego został wyceniony na kwotę 59 219,81 tys. zł, natomiast szacunkowy koszt badań diagnostycznych na kwotę 357,22 tys. zł. Ponadto, spośród 110 decyzji pozytywnych: 64 dotyczyło skierowania do państw członkowskich UE, 2 dotyczyły skierowania do państwa

członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (Szwajcaria), 44 dotyczyło innych państw (USA, Wielka Brytania, Japonia).

Porównanie danych z 2023 r. do danych 2022 r. wskazuje, że:

- nieznacznie zmniejszyła się liczba złożonych wniosków (liczba złożonych wniosków zmniejszyła się o 12, co stanowi spadek na poziomie ok. 8,6%),
- zwiększyła się liczba wydanych decyzji kierujących na leczenie planowane poza granicami kraju (liczba wydanych decyzji zwiększyła się o 14, co stanowi wzrost na poziomie ok. 13%),
- szacowany koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na które pacjenci byli kierowani poza granice kraju przez Prezesa NFZ w ww. okresie, pomimo zwiększonej liczby wydanych decyzji, zmniejszył się o ok. 48%,
- niezmiennie największe koszty dotyczą decyzji w zakresie kardiochirurgii i ortopedii kierujących pacjentów do USA (48 324,96 tys. zł) - szacunkowy koszt decyzji kierujących pacjentów na leczenie do USA stanowił 81% całości szacunkowych kosztów leczenia i badań diagnostycznych, na które Prezes NFZ skierował pacjentów w 2023 r.,
- analogicznie do 2022 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.