



Narodowy Fundusz Zdrowia

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

Małgorzata Dziedziak

Zastępca Prezesa ds. operacyjnych

/Dokument podpisany elektronicznie/

Warszawa, wrzesień 2023 r.



Narodowy Fundusz Zdrowia

**Część opisowa**  
**Sprawozdania z działalności**  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**  
**za II kwartał 2023 roku**

## **Wstęp**

Część opisowa okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2023 roku/I półrocze 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. Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. Poz. 923 z późn. zm.<sup>1</sup>), 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, z późn. zm.<sup>2</sup>), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz zgodnie ze wzorem określonym w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

### **Część I.**

W okresie sprawozdawczym zostały wydane 43 zarządzenia, z czego 29 zmieniały zarządzenia wydane w poprzednich latach, natomiast nowe dotyczyły:

- zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2023 rok;
- określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne;
- oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy w Narodowym Funduszu Zdrowia;
- ustalenia wysokości ryczałtu za pracę zdalną dla pracowników Funduszu;
- przekazania w 2023 r. środków finansowych na zakup produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ramach programu polityki zdrowotnej oraz szczepionek i innych immunologicznych produktów leczniczych;
- kontroli zarządczej w Narodowym Funduszu Zdrowia;
- powołania Zespołu ds. kontroli zarządczej;
- umów o realizację programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności;
- zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2023 rok.

W II kwartale 2023 r. wydano o 4 zarządzenia więcej niż w analogicznym okresie 2022 roku.

Decyzje administracyjne w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydawane są przez dyrektorów OW NFZ oraz przez Prezesa NFZ, w oparciu o art. 109 ustawy

---

<sup>1</sup> Zmiana wymienionego rozporządzenia została ogłoszona w Dz.U.2023.1857.

<sup>2</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674, 2140 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1692 i 1733.

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 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 I półroczu 2023 r. Dyrektorzy OW NFZ, jako organ I instancji wydali łącznie 93 decyzje, najczęściej dotyczące objęciem ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia oraz umorzenia postępowań (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 należy tej liczby porównywać do analogicznych okresów z ubiegłych lat.

W I półroczu 2023 r. Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 853 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ wydając 776 decyzji, 58 postanowień kończących sprawę, a w 19 przypadkach pozostawił sprawę bez rozpoznania, co stanowi spadek w stosunku do analogicznego ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 1 025 odwołań. Wszystkie decyzje dotyczyły objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, poza dwoma, które dotyczyły ustalenia prawa do świadczeń. Na decyzje Prezesa NFZ stronom służy skarga do WSA w Warszawie. Według stanu na koniec I półroczu 2023 r. strony wniosły 174 skargi do WSA w Warszawie na decyzje Prezesa NFZ w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Dla porównania w analogicznym okresie roku ubiegłego odnotowano 342 skargi do WSA w Warszawie.

W I półroczu 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 Funduszu wpłynęło 378 orzeczeń, z czego 34 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję Prezesa Funduszu. 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.

W związku z wejściem w życie 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) 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 I półroczu 2023 r. oraz porównanie danych z analizowanego okresu do danych z 2022 r. jest bardzo trudne.

Załączone do niniejszego sprawozdania tabele sprawozdawcze nr I.4.1 oraz nr I.4.1.1 obejmują postępowania wszczęte zarówno przed jak i po wejściu w życie ustawy zmieniającej (opisane w dziale I i III) i dotyczą:

- decyzji i postanowień wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przez dyrektorów OW NFZ jako organu I instancji oraz na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ,
- skarg wniesionych do WSA w Warszawie na rozstrzygnięcia Prezesa NFZ wydane w postępowaniu odwoławczym oraz skarg na decyzje i postanowienia dyrektorów OW NFZ wydanych w postępowaniu jednoinstancyjnym, tj. na podstawie pełnomocnictwa Prezesa Funduszu,
- orzeczeń WSA w Warszawie, zapadłych w wyniku skarg, wniesionych na rozstrzygnięcia wydane w postępowaniach zarówno przed, jak i po wejściu w życie ustawy zmieniającej.

Według stanu na koniec I półrocza 2023 r. dyrektorzy OW NFZ wydali na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 2 404 decyzje, co stanowi wzrost o 6,5% w porównaniu do liczby wydanych decyzji w I półroczu 2022 r., kiedy to wydano łącznie 2 257 decyzji.

Na wszystkie wydane decyzje Prezesa NFZ (również w tych, w których dyrektor OW NFZ działa na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ) wniesiono 431 skargi w omawianym okresie, co stanowi spadek o 5,9% w stosunku do I półrocza 2022 r., kiedy to wniesiono 458 skarg.

#### Decyzje wydane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa

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 I półroczu 2023 r. dyrektorzy OW NFZ wydali na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 2 311 decyzji i postanowień. Wśród najczęściej pojawiającej się tematyki decyzji dotyczyło pozarolniczej działalności (1 007 decyzji), dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (234 decyzje), umowy o dzieło przekwalifikowanej na umowę zlecenia (252 decyzje). Na decyzje i postanowienia wydane przez poszczególnych dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ w I półroczu 2023 r. zostało wniesionych 257 skarg. W I półroczu 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 wojewódzkich Funduszu wpłynęło 211 orzeczeń, z czego 96 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję 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. Artykuł nakazuje NFZ ściąganie od osób nieubezpieczonych, które okazały dokumenty potwierdzające

prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub oświadczyły o prawie do tych świadczeń, a nie znalazło to potwierdzenia w danych posiadanych przez NFZ, kwoty zapłaconej przez Fundusz za te świadczenia. 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 wszczyła się lub umarza już wszczęte postępowanie administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

W I półroczu 2023 r. dyrektorzy OW NFZ wydali 4 288 decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym 2 783 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 4 812 w tym 3 089 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Prezes NFZ w I półroczu 2023 r. rozpatrzył 116 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, wydając 98 decyzji, 16 postanowień kończących formalnie sprawy, zaś 2 sprawy pozostawił bez rozpoznania ze względu na niezuzpełnienie braków formalnych odwołania. Dla porównania - w I półroczu 2022 r. Prezes NFZ rozpatrzył 240 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, wydając 161 decyzje i 68 postanowień. Ze względu na niezuzpełnienie braków formalnych odwołania 11 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 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 Narodowy Fundusz Zdrowia do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. do 1 września 2020 r.), nie wszczyła 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 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 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 Funduszu służy skarga do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania. W I półroczu 2023 r. wydano z up. Prezesa NFZ 2 783 decyzji obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń, 53 decyzje stwierdzające działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu oraz 1 441 decyzji umarzających postępowanie administracyjne.

## **Część II.**

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 8 ustawy o świadczeniach, do zakresu działania Funduszu należy w szczególności prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, zwanego dalej „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 II kwartału 2023 r., w CWU zarejestrowanych było 34 287 214 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, 34 267 571 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 19 643 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 486 309 osób to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 780 262 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 14 353 osób, ze zgłoszonymi 5 290 członkami rodziny.

**Tabela nr 1.** Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – różnica między stanem: na koniec II kwartału 2023 r. do końca II kwartału 2022 r.

L.p.	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych 9=(3+6)
		ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ogółem	↓ -49 272	↓ -24 649	↓ -24 623	↓ -2 657	↓ -2 338	↓ -319	↓ -51 929
1	Dolnośląski	↑ 5 597	↑ 3 578	↑ 2 019	↓ -365	↓ -315	↓ -50	↑ 5 232
2	Kujawsko-Pomorski	↓ -15 842	↓ -11 051	↓ -4 791	↑ 5	↓ -6	↑ 11	↓ -15 837
3	Lubelski	↓ -15 417	↓ -9 675	↓ -5 742	↓ -227	↓ -220	↓ -7	↓ -15 644
4	Lubuski	↓ -2 527	↑ 380	↓ -2 907	↓ -5	↓ -3	↓ -2	↓ -2 532
5	Łódzki	↓ -18 843	↓ -17 642	↓ -1 201	↓ -37	↓ -50	↑ 13	↓ -18 880
6	Małopolski	↑ 10 759	↑ 9 435	↑ 1 324	↓ -555	↓ -514	↓ -41	↑ 10 204
7	Mazowiecki	↑ 44 090	↑ 32 958	↑ 11 132	↓ -456	↓ -356	↓ -100	↑ 43 634
8	Opolski	↓ -6 709	↓ -5 067	↓ -1 642	↓ -48	↓ -42	↓ -6	↓ -6 757
9	Podkarpacki	↓ -6 431	↓ -3 552	↓ -2 879	↓ -189	↓ -170	↓ -19	↓ -6 620
10	Podlaski	↓ -2 175	↓ -2 473	↑ 298	↓ -21	↓ -16	↓ -5	↓ -2 196
11	Pomorski	↑ 9 800	↑ 9 613	↑ 187	↓ -243	↓ -172	↓ -71	↑ 9 557
12	Śląski	↓ -21 788	↓ -12 524	↓ -9 264	↓ -131	↓ -82	↓ -49	↓ -21 919
13	Świętokrzyski	↓ -10 147	↓ -7 514	↓ -2 633	↓ -6	↑ 1	↓ 1	↓ -10 153
14	Warmińsko-Mazurski	↓ -10 895	↓ -6 489	↓ -4 406	↑ 11	↑ 0	↑ 11	↓ -10 884
15	Wielkopolski	↓ -1 467	↓ -44	↓ -1 423	↓ -279	↓ -298	↑ 19	↓ -1 746
16	Zachodniopomorski	↓ -7 249	↓ -4 555	↓ -2 694	↓ -111	↓ -87	↓ -24	↓ -7 360
	Nieokreślony	↓ -28	↓ -27	↓ -1	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↓ -28

Dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, KPRM), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji aktualizuje dane statystyczne. W poniższej tabeli przedstawione są dane dotyczące obowiązujących w okresie sprawozdawczym uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, które wydano na podstawie decyzji (zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach): decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, wydawana na okres 3 miesięcy. Dane są wprowadzane do systemu, jeżeli w decyzjach, które wpływają do Funduszu są wpisane dane, w tym informacja o obywatelstwie i statusie uchodźcy. W ogólnej liczbie osób zarejestrowanych na podstawie decyzji z art. 54 ustawy o świadczeniach, w omawianym okresie wydano ponad 1,2 tys. decyzji więcej niż w analogicznym okresie 2022 roku.

**Tabela nr 2.** Różnica między stanem na koniec II kwartału 2023 r. a stanem na koniec II kwartału 2022 r. w liczbie wydanych decyzji wydawanych zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach.

L.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje			
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta /prezydenta		ogółem	posiadającym		
			świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0	Ogółem	↑ 1 287	↑ 905	↑ 299	↓ -19	↑ 4	↑ 1 291	↑ 1 315	↑ 0	
1	Dolnośląski	↑ 48	↑ 1	↑ 7	↑ 0	↑ 1	↑ 49	↑ 51	↑ 0	
2	Kujawsko-pomorski	↓ -94	↓ -50	↓ -35	↓ -11	↓ 0	↓ -94	↓ -92	↑ 0	
3	Lubelski	↑ 63	↑ 23	↑ 42	↑ 1	↑ 0	↑ 63	↑ 63	↑ 0	
4	Lubuski	↑ 96	↑ 105	↓ -12	↑ 2	↑ 0	↑ 96	↑ 102	↑ 0	
5	Łódzki	↑ 195	↑ 125	↓ 40	↓ -3	↑ 2	↑ 197	↑ 196	↑ 0	
6	Małopolski	↑ 108	↑ 94	↓ 31	↓ -12	↑ 1	↑ 109	↑ 110	↑ 0	
7	Mazowiecki	↑ 126	↑ 57	↓ -9	↑ 2	↓ -1	↑ 125	↑ 128	↑ 0	
8	Opolski	↑ 33	↑ 27	↑ 6	↑ 0	↑ 0	↑ 33	↑ 34	↑ 0	
9	Podkarpacki	↓ -2	↓ -3	↓ 6	↓ -5	↓ -1	↓ -2	↓ -1	↑ 0	
10	Podlaski	↑ 43	↑ 19	↑ 24	↑ 0	↑ 0	↑ 43	↑ 44	↓ -1	
11	Pomorski	↑ 80	↑ 54	↑ 20	↑ 2	↑ 0	↑ 80	↑ 79	↑ 0	
12	Śląski	↑ 142	↑ 169	↓ 44	↓ -5	↑ 0	↑ 142	↑ 148	↑ 0	
13	Świętokrzyski	↑ 63	↑ 45	↓ -2	↑ 0	↑ 0	↑ 63	↑ 63	↑ 0	
14	Warmińsko-mazurski	↑ 42	↓ -1	↑ 50	↓ -6	↑ 0	↑ 42	↑ 44	↑ 0	
15	Wielkopolski	↑ 172	↑ 127	↑ 20	↑ 17	↑ 1	↑ 173	↑ 176	↑ 1	
16	Zachodniopomorski	↑ 172	↑ 113	↑ 67	↓ -1	↑ 0	↑ 172	↑ 170	↑ 0	



### **Część III.**

Tabele sprawozdawcze nr III.1.1 do nr III.2 przedstawiają przebieg procesu zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań. W omawianym okresie ogłoszono 2 426 konkursów i złożono 5 743 oferty. W analogicznym okresie roku ubiegłego ogłoszono 711 konkursów i 1 335 ofert. W okresie sprawozdawczym w części dotyczącej rokowań przeprowadzono 42 postępowania zgodnie z art. 144 ustawy (w roku ubiegłym 30), w tym:

- art. 154 – 1 postępowanie,
- 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. 9 postępowań (w roku ubiegłym 1),
- pkt. 2, gdy zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, przeprowadzono 22 postępowania (w roku ubiegłym 14),
- 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 10 postępowań (w roku ubiegłym 8).

W wyniku postępowań w trybie rokowań zawarto 45 umów (13 umów w analogicznym okresie roku ubiegłego) i 2 aneksy (10 aneksów w analogicznym okresie roku ubiegłego) na łączną kwotę 58 080 tys. zł.

W tabeli sprawozdawczej nr III.3 przedstawiono wartość i liczbę umów obowiązujących w roku sprawozdawczym. Według stanu na 30 czerwca 2023 r. liczba zawartych umów wyniosła 39 382 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 37 701). Łączna kwota zawartych umów wyniosła 130 796 530 tys. zł (w analogicznym okresie roku ubiegłego 100 500 103 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr III.4.1 przedstawia informacje na temat zawierania umów w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zgodnie z art. 159 ustawy o świadczeniach. Liczba umów zawartych wg stanu na dzień 30 czerwca br. wyniosła 1 968. Wniosków o zawarcie umowy złożyło 486 świadczeniodawców przy czym 413 spełniało warunki do zawarcia umowy.

Tabela sprawozdawcza nr III.5 przedstawia liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wg stanu na koniec I półrocza 2023 r., gdzie funkcjonowało łącznie 246 szpitalnych oddziałów ratunkowych. W stosunku do danych z 2022 r. liczba ta wzrosła o 3.

Tabela sprawozdawcza nr III.6 przedstawia liczbę zakontraktowanych w I połowie 2023 r. zespołów ratownictwa medycznego, gdzie zakontraktowano łącznie 1 607 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 1 284 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, 316 specjalistycznych i 7 wodnych.

Rozszerzając wskazane powyżej informacje należy zaznaczyć, że spośród zespołów ratownictwa medycznego:

- podstawowych, niebędących zespołami wodnymi, zakontraktowano 86 zespołów funkcjonujących czasowo, 12 funkcjonujących okresowo oraz 1 funkcjonujący czasowo-okresowo,
- specjalistycznych, zakontraktowano 1 zespół funkcjonujący czasowo,
- wodnych, zakontraktowano 6 zespołów funkcjonujących okresowo oraz 1 zespół czasowo-okresowy.

Ze zgromadzonych danych wynika, że ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego względem I półrocza 2022 r. wzrosła o 10 przy czym liczba specjalistycznych zmniejszyła się o 6, natomiast liczba podstawowych wzrosła o 16. Wskazane powyżej zmiany wynikają z modyfikacji treści wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz konieczności przekwalifikowywania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na zespoły podstawowe, z uwagi na brak personelu medycznego (lekarzy) niezbędnego do zapewnienia odpowiedniego ich funkcjonowania.

Tabela sprawozdawcza nr III.7 przedstawia liczbę kontroli, wartość zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nałożonych kar. W okresie I półrocza 2023 roku, w podziale na kategorie wymienione w kolumnie nr 2 tabeli sprawozdawczej, zakończyły łącznie 272 kontrole, w tym 68 kontroli planowych oraz 204 kontrole doraźne. W poszczególnych rodzajach świadczeń stosunek liczby skontrolowanych świadczeniodawców do liczby zakontraktowanych świadczeniodawców był zróżnicowany. Najwyższy udział odnotowano przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne 11,7%. W ujęciu wartościowym, największy udział wartości umów skontrolowano w rodzaju leczenie szpitalne 14,39%, najmniejszy zaś w rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie 0,12%. 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 oraz świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie. W wyniku prowadzonych postępowań w kategoriach wymienionych w kolumnie nr 2 tabeli kontrolujący określili w wystąpieniach pokontrolnych środki finansowe do zwrotu w łącznej wysokości 37 872,78 tys. zł, w tym z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych kwotę 11 805,90 tys. zł, z tytułu nałożonych kar umownych 26 066,88 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 OW NFZ do Centrali Funduszu,
- dane dotyczące wartości kontraktów, które zaczerpnięto z zestawień przesłanych przez oddziały wojewódzkie do Centrali Funduszu, wg stanu na dzień 30 czerwca 2023 r.,
- w kolumnie plan finansowy NFZ na 2023 rok wykazano plan finansowy oddziałów wojewódzkich Funduszu na 2023 rok wyznaczony wg stanu na dzień 30 czerwca 2023 r.

W I półroczu 2023 r. koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu zrealizowane zostały w łącznej wysokości 68 686 093,88 tys. zł, tj. na poziomie 89,66% wartości planu okresu, z tego koszty świadczeń zdrowotnych Centrali Funduszu wyniosły 19 159 537,89 tys. zł, koszty świadczeń zdrowotnych OW NFZ wyniosły 49 526 555,99 tys. zł. Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ w okresie I półroczu 2023 r., wg pozycji planu finansowego, na tle wykonania w analogicznym okresie roku ubiegłego ukształtowała się w sposób przedstawiony w poniższej tabeli:

**Tabela nr 3.** Koszty świadczeń zdrowotnych poniesionych przez Fundusz w okresie II kwartału 2023 r., wg pozycji planu finansowego, na tle wykonania w analogicznym okresie r. ubiegłego (wartości wyrażone w tys. zł).

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, w tym:	Wykonanie I - VI 2022 r.	Plan I - VI 2023 r.	Wykonanie I - VI 2023 r.	Różnica (wyk. - plan)	% realizacji planu	Dynamika 2023/2022r.
podstawowa opieka zdrowotna	7 868 853,58	8 521 690,50	8 464 970,22	-56 720,28	99,33%	107,58%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 311 165,13	7 398 537,00	6 488 143,86	-910 393,14	87,69%	150,50%
leczenie szpitalne, w tym:	28 880 359,64	39 317 481,00	34 877 073,90	-4 440 407,10	88,71%	120,76%
programy lekowe, w tym:	2 950 360,75	4 843 564,50	4 033 432,86	-810 131,64	83,27%	136,71%
leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	2 673 097,05	4 308 966,00	3 565 966,19	-742 999,81	82,76%	133,40%
chemioterapia, w tym:	613 340,04	1 005 561,00	784 640,68	-220 920,32	78,03%	127,93%
leki stosowane w chemioterapii	227 238,42	331 734,00	253 608,81	-78 125,19	76,45%	111,60%
ratunkowy dostęp do technologii lekowej	65 448,44	118 508,50	110 993,13	-7 515,37	93,66%	169,59%
świadczenia wysokospecjalistyczne	68 758,92	115 950,50	109 843,26	-6 107,24	94,73%	159,75%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 766 778,11	2 814 175,00	2 374 053,35	-440 121,65	84,36%	134,37%
rehabilitacja lecznicza	1 867 380,45	3 159 304,00	2 706 795,58	-452 508,42	85,68%	144,95%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 162 413,98	1 799 309,50	1 518 141,78	-281 167,72	84,37%	130,60%
opieka paliatywna i hospicyjna	446 338,92	806 078,00	676 942,84	-129 135,16	83,98%	151,67%
leczenie stomatologiczne	946 426,26	1 639 469,50	1 308 585,93	-330 883,57	79,82%	138,27%
lecznictwo uzdrowiskowe	444 238,58	782 624,00	672 877,93	-109 746,07	85,98%	151,47%
pomoc doraźna i transport sanitarny	164 782,29	151 065,00	133 371,10	-17 693,90	88,29%	80,94%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia	88 357,15	212 989,00	147 913,18	-65 075,82	69,45%	167,40%
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1 308 162,01	2 045 338,00	1 755 813,69	-289 524,31	85,84%	134,22%
zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	771 420,22	943 095,00	1 155 002,35	211 907,35	122,47%	149,72%
refundacja, z tego:	4 503 933,51	4 927 480,00	4 824 406,03	-103 073,97	97,91%	107,12%
refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	4 486 869,25	4 898 866,00	4 798 972,07	-99 893,93	97,96%	106,96%
refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	11 292,52	17 568,00	17 093,25	-474,75	97,30%	151,37%
refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	5 771,74	11 046,00	8 340,71	-2 705,29	75,51%	144,51%
rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	227 253,20	454 676,50	309 030,22	-145 646,28	67,97%	135,98%
rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków	0,00	74 034,00	0,00	-74 034,00	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	-148 672,13	442 019,00	441 376,46	-642,54	99,85%	-296,88%
koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy	47 884,85	75 405,50	66 611,11	-8 794,39	88,34%	139,11%
rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy	77,49	16 666,50	55,48	-16 611,02	0,33%	71,60%
koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, w tym:	309 279,58	984 528,50	764 928,87	-219 599,63	77,69%	247,33%
koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego	229 399,27	785 702,50	613 649,99	-172 052,51	78,10%	267,50%
świadczenia udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności	0,00	40 967,50	0,00	-40 967,50	0,00%	-
<b>Razem</b>	<b>54 966 432,82</b>	<b>76 606 933,00</b>	<b>68 686 093,88</b>	<b>-7 920 839,12</b>	<b>89,66%</b>	<b>124,96%</b>

W tabeli sprawozdawczej nr 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 4 898 866,00 tys. zł plan ww. kosztów świadczeń zdrowotnych za I półrocze 2023 r. został zrealizowany w wysokości 4 798 972,07 tys. zł, co stanowiło 97,96% wartości planu okresu. Poniesione przez NFZ w I półroczu 2023 r. koszty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę były wyższe o 312 102,82 tys. zł (tj. o 6,96%) od kosztów poniesionych z tego tytułu.

Tabele sprawozdawcze nr IV.L.1-L.13 zawierają informacje na temat liczby osób wg stanu na koniec I półrocza 2023 r., które korzystały ze świadczeń w poszczególnych rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna 24 137 212 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 23 295 689), ambulatoryjna opieka specjalistyczna 13 287 513 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 12 459 788), leczenie szpitalne 5 401 032 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 5 053 597), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 1 356 361 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 295 967), rehabilitacja lecznicza 2 301 591 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 2 082 984), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 97 583 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 93 820), opieka paliatywna i hospicyjna 66 868 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 60 725), leczenie stomatologiczne 3 749 576 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 3 634 571), profilaktyczne programy zdrowotne 872 908 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 648 107), świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie 194 252 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 215 149), zaopatrzenie w wyroby medyczne 1 357 695 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 244 422).

Tabela sprawozdawcza nr IV.L.9 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w stosunku do populacji osób ubezpieczonych, wg stanu na koniec I półrocza 2023 r. Dane zostały przedstawione w przeliczeniu na 10 tysięcy osób ubezpieczonych. Z przedmiotowej tabeli wynika, że w oddziałach wojewódzkich: dolnośląskim, śląskim i kujawsko-pomorskim wskaźnik liczby osób realizujących skierowania na leczenie uzdrowiskowe na 10 tys. osób ubezpieczonych był najwyższy. Oddziały cechujące się najmniejszym wskaźnikiem liczby osób realizujących skierowania na 10 tys. osób ubezpieczonych to: zachodniopomorski i podkarpacki.

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

w dwóch osobnych tabelach, w których zawarto informacje odnoszące się do poszczególnych zakresów świadczeń:

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

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

Tabela sprawozdawcza nr IV.L.10.1 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”, w stosunku do populacji osób ubezpieczonych, w I połowie 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 I połowie 2023 r. wynosi 3 186, natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjmuje wartość 0,89 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik przyjmuje w województwach: lubuskim (0,50), zachodniopomorskim (0,51) oraz podkarpackim (0,60), natomiast wartości najwyższe – w województwach: śląskim (1,42), mazowieckim (1,04) oraz warmińsko-mazurskim (1,02). W porównaniu do analogicznego okresu 2022 r. wartość niniejszego wskaźnika w I półroczu 2023 r., w odniesieniu do całego kraju, zmniejszyła się o 0,06.

Tabela sprawozdawcza nr IV.L.10.2 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego w stosunku do populacji osób ubezpieczonych, w I połowie 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 I połowie 2023 r. wynosi 19 668 natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjmuje wartość 5,51 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik przyjmuje w województwach: lubelskim (0,97), małopolskim (1,72) oraz zachodniopomorskim (1,72), natomiast wartości najwyższe – w województwach: podkarpackim (12,08), warmińsko-mazurskim (10,73) oraz kujawsko-pomorskim (9,63). W porównaniu do analogicznego okresu 2022 r. wartość niniejszego wskaźnika w I półroczu 2023 r., w odniesieniu do całego kraju, wzrosła o 0,23. Tabela sprawozdawcza nr IV.H.1 prezentuje hospitalizacje w rodzaju leczenie szpitalne. Liczba hospitalizacji do końca I półroczu 2023 r. wyniosła 5 139 500 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 4 505 366). Łącznie hospitalizowano osób 3 530 791 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 3 159 152).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.2 prezentuje hospitalizacje w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Liczba hospitalizacji do końca I półrocza 2023 r. wyniosła 112 662 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 110 895). Hospitalizowano osób 93 296 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 92 025).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.3 prezentuje hospitalizacje w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Liczba hospitalizacji do końca I półrocza 2023 r. wyniosła 115 538 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 103 142). Hospitalizowano osób 112 427 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 97 887).

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 18 850 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 19 248), przy czym hospitalizowano 18 207 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 17 780).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.5 prezentuje dane wykazane narastająco od początku roku do końca II kwartału 2023 r. dot. opieki paliatywnej i hospicyjnej. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 22 093 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 18 492), hospitalizowano 20 281 osób (w analogicznym okresie roku ubiegłego 17 064).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.6 prezentuje dane dotyczące liczby hospitalizacji w rodzaju leczenie uzależnień. Z analizowanych danych wynika, że na koniec I półrocza 2023 r. w zakładach leczenia uzależnień wykonano 18 149 hospitalizacji, z czego 7 017 hospitalizacji przypadało mężczyznom, a 11 132 – kobietom. Łącznie w I półroczu 2023 r. w zakładach leczenia uzależnień hospitalizowano 18 058 osób. W porównaniu z I półroczem 2022 r., liczba osób hospitalizowanych wzrosła o 1 949. Jednocześnie na koniec I półrocza 2023 r. najwięcej osób dorosłych (powyżej 18 roku życia), które były hospitalizowane w zakładach leczenia uzależnień mieściło się w grupie wiekowej 65-69. Natomiast średni czas hospitalizacji w szpitalach uzależnieniowych wynosił 22 osobodni.

Tabele sprawozdawcze IV.O zawierają informacje na temat osób leczonych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, gdzie leczono 28 786 osób, opieka paliatywna i hospicyjna, gdzie leczono 4 491 osób oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, gdzie leczono 26 445 osoby.

Tabele sprawozdawcze nr IV.1.1 do IV.1.6 odnoszą się do świadczeń udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze POZ udzielili 62 339 920 porad (w analogicznym okresie roku ubiegłego 57 688 334), 585 599 porad domowych (w analogicznym okresie roku ubiegłego 537 135) i 66 681 patronaży (w analogicznym okresie roku ubiegłego 63 884). Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej wykonały 8 471 626 wizyt (w analogicznym okresie roku ubiegłego 7 521 928). Położne środowiskowo-rodzinne wykonały 1 104 269 wizyt (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 255 681). W I półroczu 2023 r. wykonano 165 846

(w analogicznym okresie roku ubiegłego 164 658) przewozów w podstawowej opiece zdrowotnej.

Tabele sprawozdawcze nr IV.2.1-2.3 odnoszą się do świadczeń udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej sprawozdanych narastająco od początku roku do końca I półrocza 2022 roku. W analizowanym okresie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej łączna liczba wykonanych świadczeń (porad, wizyt) wyniosła 39 886 303 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 36 834 246). Liczba osób, którym udzielono świadczenia wyniosła 25 366 106 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 23 204 038).

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.2 dotyczy liczby udzielonych porad zachowawczych i zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, gdzie ogółem udzielono 4 432 397 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 4 076 496) porad dla 2 256 313 osób (w analogicznym okresie roku ubiegłego 2 052 328).

Tabela sprawozdawcza nr IV.2.3 dotyczy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Liczba udzielonych świadczeń wynosi 2 616 761 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 2 328 514).

Tabele sprawozdawcze nr IV.2.4.1 i nr IV.2.4.2 dotyczą kompleksowej opieki specjalistycznej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Tabele przedstawiają informacje na temat: opieki nad pacjentem z cukrzycą i nad pacjentem zakażonym HIV. Ambulatoryjną opieką objęto odpowiednio 21 838 i 4 717 osób.

Tabela sprawozdawcza nr IV.3.1 zawiera dane odnoszące się do świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, które zostały wykazane narastająco od początku roku do końca II kwartału 2022 r. W tabeli podano wykonanie z całego leczenia szpitalne, wszystkie typy umów. Liczba świadczeń w leczeniu szpitalnym wyniosła 10 036 777 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 8 582 314) ,świadczeń „pobyt w oddziale szpitalnym” wykazano 4 598 278 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 4 329 405).

Tabela sprawozdawcza nr IV.3.5 dotyczy leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne. Wykonano 10 036 777 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 8 582 314) ,świadczeń „pobyt w oddziale szpitalnym” wykazano 4 598 278 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 4 329 405).

Tabele sprawozdawcze nr IV.4.1 i nr IV.4.2 dotyczą opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. łączna liczba wykonanych świadczeń wyniosła 6 302 442 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 5 895 834), liczba osób, którym udzielono świadczenia wynosi 1 692 025 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 633 365) a wartość udzielonych świadczeń wyniosła 2 720 216 tys. zł. (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 724 086 tys. zł.).

Tabele sprawozdawcze nr IV.5.1 i IV.5.2 przedstawiają dane dotyczące rehabilitacji leczniczej. W I półroczu 2023 r. liczba świadczeń udzielonych wyniosła 18 532 357 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 13 855 614) na kwotę 3 412 055 tys. zł (w analogicznym okresie roku ubiegłego 2 069 788 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr IV.6.1 zawiera informacje na temat świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wg jednostek statystycznych, z której wynika, że liczba udzielonych świadczeń (porad, wizyt, pobytów i in.) w okresie sprawozdawczym wyniosła 3 002 646 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 2 803 418) na kwotę 1 555 834 tys. zł (w analogicznym okresie roku ubiegłego 880 099 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr IV.7.1 przedstawia informacje dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej wg jednostek statystycznych, z których wynika, że liczba udzielonych świadczeń wyniosła 1 144 520 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 115 003) na kwotę 730 916 tys. zł (w analogicznym okresie roku ubiegłego 399 575 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr IV.8.1 przedstawia liczbę osób, którym udzielono świadczeń stomatologicznych w przedziałach wiekowych. Świadczeń udzielono 1 616 756 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 989 813,25 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr IV.8.2 przedstawia liczbę profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia. Świadczeń profilaktycznych udzielono 1 616 756 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 989 813,25 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr IV.9 przedstawia liczbę wyjazdowych zespołów transportu sanitarnego typu „N”, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczbę świadczeń i osób, którym te świadczenia zostały udzielone. W ramach świadczeń w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny na 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 wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N” funkcjonujących w I półroczu 2023 r. nie uległa zmianie w stosunku do tego samego okresu 2022 r. Ze zgromadzonych danych wynika, że w I połowie 2023 r., w ramach świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” wykonały 3 576 przewozów, udzielając świadczeń łącznie 3 186 osobom. Należy stwierdzić, że liczba wykonanych przewozów w analizowanym okresie zmniejszyła się o 291, tj. o 7,53% w stosunku do 2022 r., a liczba osób, którym powyższe zespoły udzieliły świadczeń zmniejszyła się o 213, tj. o 6,27% w porównaniu do I półrocza 2022 r.

Tabela nr IV.10 przedstawia liczbę świadczeń udzielonych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz liczbę osób, którym te świadczenia zostały udzielone. Dane w tabeli zostały przedstawione narastająco od początku roku do końca I półrocza 2023 r. W I półroczu 2023 r. zespoły ratownictwa medycznego, funkcjonujące w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, wykonały łącznie 1 436 858 wyjazdów, udzielając świadczeń 1 223 662 osobom. Należy przy tym wskazać, że zespoły ratownictwa medycznego:

- podstawowe, wykonały 1 143 893 wyjazdy i udzieliły świadczeń 956 211 osobom;
- specjalistyczne, wykonały 292 863 wyjazdy i udzieliły świadczeń 267 350 osobom;
- podstawowe wodne, wykonały 102 akcje ratownicze i udzieliły świadczeń 101 osobom.



Ze zgromadzonych danych wynika, że ogólna liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, w stosunku do I półrocza 2022 r., wzrosła o 29 586, tj. o 2,10 %, przy czym liczba:

- wyjazdów podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 18 695, tj. o 1,66%;
- wyjazdów specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zwiększyła się o 10 908, tj. o 3,87%;
- akcji ratowniczych podstawowych wodnych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 17, tj. o 14,29%.

Ogólna liczba osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń w I półroczu 2023 r., w stosunku do analogicznego okresu roku 2022, zmniejszyła się o 3 812, tj. o 0,31%, przy czym liczba osób, którym świadczeń udzieliły:

- podstawowe zespoły ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 12 767, tj. o 1,32%;
- specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wzrosła o 8 972, tj. o 3,47%;
- podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 17, tj. o 14,41%.

Tabela sprawozdawcza nr IV.11 przedstawia dane programów zdrowotnych – świadczenia gwarantowane. Opieką objęto 795 244 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 676 408) pacjentów i udzielono 988 395 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 880 023) świadczeń.

Tabela sprawozdawcza nr IV.12 dotyczy świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane, których w I półroczu 2023 r. wykonano 3 651 377 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 3 402 022) świadczeń dla 219 113 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 176 243) osób.

Tabela nr IV.13.1-IV.13.2 dotyczy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych podlegających refundacji. Wartość wydanych środków wynosi 1 291 934 tys. zł. Liczba potwierdzonych zleceń wynosi 2 209 667 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 1 884 859) oraz nie wykazano kolejek na potwierdzenie zlecenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.16.1 przedstawia dane dotyczące udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w I półroczu 2023 roku, gdzie w I półroczu 2023 r. z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 208 703 osoby, które łącznie wykorzystały 4 371 298 osobodni leczenia uzdrowiskowego, za które Fundusz zapłacił świadczeniodawcom. Łączna liczba zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, w okresie I półrocza 2023 r. wynosi 208 799. W analogicznym okresie I półrocza 2022 r. z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 179 092 osoby, a wykorzystane osobodni wyniosły 3 719 500. Liczba osób korzystających z leczenia uzdrowiskowego zwiększyła się o 29 611, a liczba zrealizowanych osobodni o 651 798.

Tabela sprawozdawcza nr IV.16.2 prezentuje liczbę osób oczekujących na potwierdzenie skierowania oraz liczbę skierowań zrealizowanych w stacjonarnym leczeniu uzdrowiskowym,

wg stanu na koniec I półrocza 2023 r. W dniu 30 czerwca 2023 r. na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe w szpitalu uzdrowiskowym oczekiwało 1 748 osób, natomiast na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego oczekiwało 106 740 osób. W porównaniu do I półrocza 2022 r., liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania do szpitala uzdrowiskowego zmniejszyła się o 1 094 osoby, a na potwierdzenie leczenia do sanatorium – o 212 611 osób. Liczba skierowań zrealizowanych w okresie I półrocza 2023 r. w szpitalu uzdrowiskowym wyniosła 18 149, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym 187 885. W porównaniu do analogicznego okresu 2022 r., liczba zrealizowanych skierowań w szpitalu uzdrowiskowym zwiększyła się o 1 963, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym o 27 143.

Tabela sprawozdawcza nr IV.18 zawiera informacje dotyczące zaćmy, gdzie w okresie sprawozdawczym wykonano 341 039 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 326 384) świadczeń o łącznej wartości 486 661 (334 642) tys. zł. Świadczenia te udzielono 256 510 (w analogicznym okresie roku ubiegłego 252 963) osobom.

W tabeli sprawozdawczej nr 20.1 zestawiono liczbę pacjentów oraz wartość udzielonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w poszczególnych rodzajach świadczeń. Łączna wartość świadczeń wyniosła 3 982 713 tys. zł, liczba osób wyniosła 390 793.

Tabela sprawozdawcza nr VI.20.2 pokazuje świadczenia udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Łączna liczba udzielonych świadczeń to 82 700 dla 81 0432 osób.

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.3 zawiera dane dotyczące leczenia onkologicznego udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w leczeniu szpitalnym. Łączna liczba udzielonych świadczeń to 901 486 dla 231 470 osób o wartości 2 275 009. zł.

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.4 przedstawia dane dot. leczenia onkologicznego wg zakresów, z wyłączeniem pakietu onkologicznego według kategorii planu finansowego. Świadczeń udzielono 2 260 688 osobom na kwotę 5 690 719 tys. zł. Były to osoby, które miały „rozpoznanie onkologiczne” a świadczenia nie zostały zrealizowane w ramach pakietu onkologicznego.

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.5 zawiera dane dotyczące leczenia onkologicznego wg przyczyn udzielania świadczenia, z wyłączeniem pakietu onkologicznego wg kategorii planu finansowego. W tabeli wykazano kategorie planu finansowego, w których wskazano jako przyczynę leczenia onkologiczne, analogicznie jak w pakiecie onkologicznym. Łączna wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła 7 643 628 (5 256 217) tys. zł.

Tabele sprawozdawcze nr IV.21.1.1, nr IV.21.1.2 oraz nr IV.21.2 zostały sporządzone na podstawie informacji o wykonanych w II kwartale 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

sprawozdawcze nr IV.22.1.1, nr IV.22.1.2 oraz nr IV.22.2 zostały sporządzone na podstawie danych za okres sprawozdawczy czerwiec 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 sprawozdawczych nr IV.22.1.1 oraz nr IV.22.2 wykorzystano również dane przekazywane przez świadczeniodawców za pośrednictwem aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE)<sup>3</sup>.

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.1 przedstawia informacje za II 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 (426 009 osób), chirurgii ogólnej (410 158 osób), położniczo-ginekologicznej (374 195 osób), stomatologicznej (370 047 osób), okulistycznej (358 143 osoby). Wymienione komórki organizacyjne, z wyjątkiem poradni okulistycznej znalazły się również w sprawozdaniu za II kwartał 2022 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.2 przedstawia informacje za II 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 (60 016 osób), położniczo-ginekologicznego (47 132 osoby), chirurgii urazowo-ortopedycznej (25 710 osób), urologicznego (24 690 osób), i chorób wewnętrznych (23 242 osoby). Wymienione komórki organizacyjne, z wyjątkiem oddziału chorób wewnętrznych znalazły się również w sprawozdaniu za II kwartał 2022 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.2 przedstawia informacje za II 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 (671 100 osób), świadczenia

---

<sup>3</sup> Aplikacja udostępniana jest przez Fundusz świadczeniodawcom i służy do prowadzenia oraz przekazywania list oczekujących na wybrane świadczenia.

rezonansu magnetycznego (384 566 osób), świadczenia tomografii komputerowej (305 960 osób), świadczenia gastrokopii (95 227 osób), świadczenia kolonoskopii (92 574 osoby) oraz zabiegi w zakresie soczewki – zaćma (54 893 osoby). Wymienione świadczenia opieki zdrowotnej, znalazły się również w sprawozdaniu za II kwartał 2022 roku wśród świadczeń opieki zdrowotnej z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.1 przedstawia informacje według stanu na koniec II kwartału 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 II kwartału 2023 roku do następujących poradni: okulistycznej (468 646 osób), stomatologicznej (299 122 osoby), neurologicznej (262 278 osób), kardiologicznej (200 543 osoby) i chirurgii urazowo-ortopedycznej (197 271 osób). Wymienione komórki organizacyjne, znalazły się również w sprawozdaniu za II kwartał 2022 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących.

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.2 przedstawia informacje według stanu na koniec II kwartału 2023 roku w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenia świadczeń w oddziałach szpitalnych. Analiza danych uzyskanych od świadczeniodawców pozwala stwierdzić, że najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje według stanu na koniec II kwartału 2023 r. do następujących oddziałów szpitalnych: otorynolaryngologicznego (88 767 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (78 221 osób), chirurgicznego-ogólnego (65 436 osób), neurochirurgicznego (31 708 osób) oraz położniczo-ginekologicznego (26 097 osób). Wymienione komórki organizacyjne, z wyjątkiem oddziału położniczo-ginekologicznego znalazły się również w sprawozdaniu za II kwartał 2022 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.2 przedstawia informacje według stanu na koniec II 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 II kwartału 2023 roku na następujące świadczenia: fizjoterapii ambulatoryjnej (761 619 osób), rezonansu magnetycznego (229 537 osób), kolonoskopii (142 421 osób), leczenia protetycznego (124 838 osób), tomografii komputerowej (123 017 osób), rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (94 305 osób), gastrokopii (86 247 osób). Wymienione świadczenia opieki zdrowotnej, z wyjątkiem gastrokopii oraz kolonoskopii, znalazły się również w sprawozdaniu za II kwartał 2022 roku wśród świadczeń z największą liczbą osób oczekujących.

## Część V.

W I półroczu 2023 roku, w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego, skala rozliczeń za osoby uprawnione spadła o 19,61% 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 53,96%. Wartość przedstawionych Polsce roszczeń przez inne państwa członkowskie UE/EFTA wzrosła o 6,76%, zaś liczba załączonych do not formularzy o 12,49%. W I półroczu 2023 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wydały o 23,52% więcej zaświadczeń uprawniających osoby ubezpieczone do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA niż w analogicznym okresie roku poprzedniego.

W I półroczu 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) – na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była niemalże równa (spadek o 0,41%) w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Ogółem w I półroczu 2023 roku do NFZ wpłynęło 5 858 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 19 266,07 tys. zł. Niemalże połowa wszystkich wniosków (48,79%) została złożona w oddziale śląskim. Na podstawie rozpatrzonych wniosków NFZ dokonał wypłat w stosunku do 5 367 wniosków o zwrot kosztów o łącznej wartości 13 380,19 tys. zł, co stanowiło 5% spadek w liczbie wniosków, lecz ponad 10% wzrost w łącznej kwocie zwrotu w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Najwyższa liczba wypłat i wartość wypłaconych przez Fundusz kwot za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach (około 94%) dotyczyła leczenia na terenie Republiki Czeskiej. 88,82% dokonanych w I półroczu 2023 roku zwrotów kosztów dotyczyło świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały. W przypadku prawie 85% 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 I półroczu 2023 roku państwa członkowskie UE/EFTA uregulowały przedstawione przez Polskę roszczenia rozliczane na formularzach E 125 PL, związane z udzieleniem świadczeń osobom uprawnionym podczas ich pobytu na terenie Polski, w kwocie łącznej w wysokości 166 700,19 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (56,75% łącznej kwoty) oraz instytucje norweskie (13,66% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 119 102 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 I półroczu 2023 roku płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie

łącnej w wysokości 427 343,86 tys. zł<sup>4</sup>. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 70,33% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec. Analogiczna wartość dla rozliczeń prowadzonych wg kwot zryczałtowanych w oparciu o formularz E 127 wyniosła 11 484,16 tys. zł., z najwyższym udziałem (47,53%) kwoty płatności dokonanych na rzecz instytucji hiszpańskich.

Wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom na terytorium państw członkowskich UE/EFTA rozliczanych wg kosztów rzeczywistych<sup>5</sup> zostały przedstawione w tabeli sprawozdawczej nr V.2. W okresie sprawozdawczym do Centrali NFZ wpłynęło 417 dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 331 359,93 tys. zł<sup>6</sup>. Kwota ta obejmuje również kwoty wynikające z 178 pism zawierających odstąpienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz 152 not korygujących. Roszczenia przedstawione zostały przez 30 państw członkowskich UE/EFTA na 74 361 formularzach rozliczeniowych E 125. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o 6,76%, a liczba załączonych do not formularzy o 12,49%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 80,56% i obejmowały 75,24% 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. W I półroczu 2023 roku osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich NFZ 2 210 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 4 292,88 tys. zł<sup>7</sup>. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, NFZ dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 2 061 osób ubezpieczonych w wysokości łącznej 3 032,66 tys. zł<sup>8</sup>. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL oraz wystanych dokumentów elektronicznych w związku z refundacją była wyższa o 36,42%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków o 11,39%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów

---

<sup>4</sup> Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

<sup>5</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>6</sup> Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 125/A/NBP/2023 z dnia 30 czerwca 2023 roku.

<sup>7</sup> Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 125/A/NBP/2023 z dnia 30 czerwca 2023 roku.

<sup>8</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.

świadczeń była niższa o 43,52%, natomiast kwota dokonanych wypłat była wyższa o 2,17%. Najwyższą łączną kwotą zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w I półroczu 2023 r. wypłacił Lubuski OW NFZ, który dokonał wypłat 2 038 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 3 008,46 tys. zł, co stanowiło 99,2% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 98,88% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Zwiększenie liczby rozpatrywanych wniosków i dokonywanych wypłat wynika z przejęcia przez Centrum Usług Wspólnych w Gorzowie Wielkopolskim obsługi wniosków o zwrot ze wszystkich pozostałych OW NFZ. Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w I półroczu 2023 roku zwrot poniesionych kosztów świadczeń 43,96% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w analogicznym okresie roku poprzedniego było to 49,23%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 906 osób na terenie Niemiec stanowił 57,55% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez NFZ 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<sup>9</sup> przedstawiono w tabeli sprawozdawczej nr V.4. Zgodnie z danymi z formularzy E 125 PL, wystawionych przez OW NFZ w okresie sprawozdawczym, osobom uprawnionym udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 324 918,71 tys. zł. Kwota ta, po zaksięgowaniu, przedstawiona zostanie instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 553 536 formularzach, z czego 56,86% formularzy skierowane zostanie do instytucji niemieckich, zaś 11,84% do instytucji norweskich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 53,85% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących okresu sprawozdawczego. W porównaniu z I półroczem 2022 r. liczba formularzy E 125 PL wystawionych przez OW NFZ spadła w I półroczu 2023 r. o 19,61%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na formularzach na poziomie 53,96%.

Zaświadczenia o prawie do świadczeń na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA wydawane świadczeniobiorcom przedstawione zostały w tabeli sprawozdawczej nr V.5. W okresie sprawozdawczym wydano łącznie 1 462 236 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 23,52%. 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

---

<sup>9</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.).

okresu roku poprzedniego. Największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń otrzymały osoby z Mazowieckiego OW NFZ (14,99%).

Planowane leczenie/badania diagnostyczne udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach zostały zawarte w tabelach sprawozdawczych nr V.6.1 i nr V.6.2. W I półroczu 2023 r. wpłynęły 4 wnioski do Prezesa NFZ o wydanie zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo na kontynuację tego świadczenia poza granicami kraju, ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kraju, oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń – na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z ww. wniosków 2 zawierały braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym strona została wezwana do ich usunięcia. Wnioski nie wpłynęły ponownie do NFZ i zostały pozostawione bez rozpoznania. Dwa pozostałe z 4 ww. wniosków spełniały wymogi formalne, w związku z powyższym zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Procedura rozpatrywania tych wniosków została zakończona w II półroczu 2023 r. Prezes NFZ w I półroczu 2023 r. wydał 1 decyzję w trybie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w sprawie wniosku, którego procedura została rozpoczęta w II półroczu 2022 r. Ww. decyzją 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. decyzją dotyczyło przeprowadzenia leczenia z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej – na podstawie ww. decyzji pacjentowi został wystawiony formularz S2. Koszt leczenia objętego ww. decyzją został oszacowany na kwotę 118,91 tys. zł. W analogicznym okresie roku ubiegłego, do NFZ wpłynęły 2 wnioski do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Jeden z ww. wniosków został odesłany do wnioskodawcy ze względu na stwierdzone w nim braki formalno-prawne i nie wpłynął do NFZ ponownie. Drugi z ww. wniosków spełniał wymogi formalne, w związku z powyższym zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Procedura rozpatrywania tego wniosku została zakończona wydaniem decyzji wyrażającej zgodę na skierowanie wnioskodawcy (byłego pracownika przygranicznego) na leczenie poza granicami kraju – ze względu na kontynuację leczenia rozpoczętego w Czechach w zakresie opieki zdrowotnej 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 I półroczu 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, wzrosła w stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego w 2022 r., natomiast liczba decyzji wydanych w I półroczu 2023 r. oraz I półroczu 2022 r. utrzymuje się na tym samym poziomie – Prezes NFZ na podstawie ww. przepisów prawa wydał po 1 decyzji pozytywnej.



Wartość świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom na terytorium innych państw członkowskich UE, na podstawie wniosków o zwrot kosztów złożonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu zgodnie z art. 42b ustawy o świadczeniach przedstawiona została w tabeli sprawozdawczej nr V.7. W I półroczu 2023 roku do Funduszu wpłynęło łącznie 5 858 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 19 266,07 tys. zł. Na podstawie decyzji wydanych przez właściwe organy Funduszu w oparciu o art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach, w I półroczu 2023 roku Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 5 367 wniosków o zwrot kosztów świadczeń w łącznej wysokości 13 380,19 tys. zł. Dokonane wypłaty dotyczyły w 55,67% wniosków złożonych w 2023 roku, w 42,11% wniosków złożonych w 2022 roku, w 2,22% 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 I półroczu 2023 roku, w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego, liczba złożonych do NFZ wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była niższa o 0,41%, natomiast łączna wartość kwot wynikających ze złożonych wniosków była wyższa o 15,99%. Liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń była niższa o 5,58% w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego, kwota dokonanych wypłat była za to wyższa o 10,91%. Dokonywane przez Fundusz w I półroczu 2023 roku zwroty kosztów dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 11 państwach członkowskich Unii Europejskiej. W okresie tym brak było zwrotów za świadczenia udzielone w państwach będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. 93,63% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 94,10% wartości wypłaconych kwot ogółem dotyczyło leczenia na terytorium Republiki Czeskiej. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej w I półroczu 2023 roku wypłacił Śląski OW NFZ NFZ, który dokonał wypłat w stosunku do 2 300 wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w kwocie o łącznej wysokości 5 489,99 tys. zł., co stanowiło 41,03% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 42,85% 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 I półroczu 2023 r. do Funduszu złożono w sumie 4 takie wnioski – 2 odnoszące się do zwrotu kosztów leczenia w Polsce oraz po 1 w Szwajcarii i Japonii.

Liczbę wypłat z tytułu zwrotu kosztów i poniesione koszty według rodzajów świadczeń przedstawia tabela sprawozdawcza nr V.8. W I półroczu 2023 roku Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 29 295 świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 13 380,19 tys. zł, wykazanych w sumie w 5 367 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 9 741 świadczeń zakwalifikowanych do rodzaju leczenie szpitalne – oddziały w łącznej kwocie w wysokości 11 883,92 tys. zł. Świadczenia szpitalne stanowiły 33,25% łącznej liczby świadczeń, w przypadku których dokonano wypłaty i 88,82% 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 9 354 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 11 029,69 tys. zł. Świadczenia te wykazane zostały w sumie w 4 555 wnioskach o zwrot kosztów, co stanowiło 84,87% wszystkich wniosków z dokonaną wypłatą. W przypadku zabiegów usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w odniesieniu do 4 237 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 9 767,73 tys. zł. Za świadczenia towarzyszące zabiegowi usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w kwocie 1 261,96 tys. zł, z czego wartość 113,30 tys. zł stanowi zwrot za wizytę kwalifikacyjną do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym, natomiast kwota 1 148,66 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 65,54%. Świadczenia te wykazane zostały w sumie jedynie w 303 wnioskach o zwrot kosztów, co stanowiło 5,65% 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 10,67% 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 67,55% łącznej liczby świadczeń, za które Fundusz dokonał zwrotu kosztów i 88,17% wypłaconych kwot ogółem. Świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne stanowiły odpowiednio 30,03% liczby świadczeń, za które dokonano wypłaty. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym 11,23% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów.

Planowane leczenie/badanie diagnostyczne świadczeniobiorcy poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa Funduszu zgodnie z art. 42j ustawy o świadczeniach przedstawione zostały w tabeli sprawozdawczej nr V.9. Zawiera ona dane liczbowe w zakresie wniosków składanych przez wnioskodawców do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, zgodnie z art. 42j ustawy o świadczeniach oraz decyzji wydanych na ich podstawie. W I półroczu 2023 r. na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach do Prezesa NFZ wpłynęły 83 wnioski. Z ww. wniosków 42 zawierały braki

formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym strona została wezwana do ich usunięcia. Z odesłanych wniosków (po usunięciu braków formalno-prawnych) 19 wpłynęło ponownie do Funduszu i na ich podstawie zostało wszczęte postępowanie administracyjne. Powyższe oznacza, że Prezes NFZ w I półroczu 2023 r. wszczął postępowanie w przypadku 60 wniosków, które spełniały wymogi formalne. Z ww. wniosków 41 dotyczyło przeprowadzenia leczenia planowanego, a 19 badań diagnostycznych. W ww. okresie Prezes NFZ wydał 78 decyzji dotyczących przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 73 zgody, 2 odmowy, 3 umorzenia. Większa liczba wydanych decyzji od liczby złożonych wniosków wynika z faktu, że w I półroczu 2023 r. procedowanych było również 40 wniosków, których procedura została rozpoczęta w 2022 r., ale niezakończona. W związku z powyższym, ww. liczba nie została ujęta w tabeli – w części dotyczącej liczby wniosków złożonych w I półroczu 2023 r. Spośród 73 decyzji pozytywnych dotyczących skierowania wnioskodawcy do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju (których łączny przewidywany koszt został oszacowany na kwotę 39 335,77 tys. zł), 48 dotyczyło leczenia planowanego, natomiast 25 badań diagnostycznych. Szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej wchodzących w zakres leczenia planowanego został wyceniony na kwotę 39 115,73 tys. zł, natomiast szacunkowy koszt badań diagnostycznych na kwotę 220,04 tys. zł. Ponadto, spośród 73 decyzji pozytywnych: 39 dotyczyło skierowania do państw członkowskich Unii Europejskiej, 2 dotyczyły skierowania do państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (Szwajcaria), 32 dotyczyły innych państw (USA, Wielka Brytania, Japonia).

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

- zwiększyła się zarówno liczba złożonych wniosków jak i decyzji kierujących na leczenie planowane poza granicami kraju wydanych przez Prezesa NFZ w ww. okresie – liczba złożonych wniosków zwiększyła się o 25 (z wyłączeniem wniosków złożonych w 2021 r.), natomiast decyzji o 24,
- 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 15%,
- niezmiennie największe koszty dotyczą decyzji w zakresie kardiochirurgii i ortopedii kierujących pacjentów do USA (32 044,98 tys. zł) – szacunkowy koszt decyzji kierujących pacjentów na leczenie do USA stanowił 81,5% całości szacunkowych kosztów leczenia i badań diagnostycznych, na które Prezes NFZ skierował pacjentów w I półroczu 2023 r.,
- analogicznie do I półrocza 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.