



Narodowy Fundusz Zdrowia

**Sprawozdanie z działalności  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
za IV kwartał 2020 roku**

**sporządzone zgodnie z rozporządzeniem  
Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r.  
w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań  
z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia  
oraz informacji przekazywanych wojewodom  
i marszałkom województw (Dz. U. Poz. 923).**

Filip Nowak

p.o. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

*/Dokument podpisano elektronicznie/*

**Warszawa, marzec 2021**



Narodowy Fundusz Zdrowia

**Część Opisowa**  
**Sprawozdania z działalności**  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**  
**za IV kwartał 2020 roku**

## Wstęp

Cześć opisowa *Okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2020 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.<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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.<sup>2</sup>), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz zgodnie ze wzorem określonym w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

## Część I

W 2020 r. Prezes Funduszu wydał 203 zarządzenia, z czego 61 w IV kwartale, z których 43 zmieniało wcześniej wydane zarządzenia, natomiast pozostałe dotyczyły:

- warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu rządowego – świadczenia medyczne NFZ dla osób niepełnosprawnych,
- warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, w rodzaju ratownictwo medyczne, rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką,
- powołania zespołu do spraw:
  - zmiany zasad sprawozdawczości oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz izbie przyjęć,
  - organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19,
  - organizacji szczepień personelu podmiotów leczniczych przeciwko COVID-19,
- wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń;
- wprowadzenia instrukcji dotyczących ochrony informacji niejawnych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia;
- zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19;
- uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2020 rok;
- obniżenia wymiaru czasu pracy pracowników Centrali NFZ;
- powoływania na stanowisko kontrolera NFZ;

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 923).

<sup>2</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345, 2401 oraz z 2021 r. poz. 97 i 159.

- zmiany planu finansowego NFZ na 2020 rok;
- utworzenia w Lubuskim OW NFZ Centrum Usług Wspólnych;
- powołania Komisji Socjalnych w Centrali i oddziałach wojewódzkich NFZ;
- użytkowania samochodów służbowych w NFZ;
- przekazywania świadczeniodawcom dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez ratowników medycznych.

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

Stan zatrudnienia zaprezentowany został w tabeli sprawozdawczej nr I.2. Plan zatrudnienia ustalony na 2020 r., obowiązujący na koniec okresu sprawozdawczego dla Funduszu, ukształtował się na poziomie ponad 5 868 etatu.

**Tabela nr 1.** Plan zatrudnienia dla Funduszu w porównywanych okresach.

Planowane etaty		
Grupy	2019 r.	2020 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	4	4
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW NFZ	64	64
pozostała kadra kierownicza	870,50	880,25
pracownicy administracyjni	4 781,70	4 829,93
obsługa techniczna	91,30	90,30
<b>razem</b>	<b>5 811,50</b>	<b>5 868,48</b>

Plan zatrudnienia dla Funduszu w 2020 r. w porównaniu do 2019 r. został zwiększony o prawie 57 etatu. Zmiany odnotowano w szczególności w Centrali Funduszu oraz w oddziałach dolnośląskim, małopolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim oraz zachodniopomorskim. Zwiększenie planu było związane między innymi: ze zmianą funkcjonowania Funduszu w związku z wejściem w życie ustawy z 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 sierpnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia, z uruchomieniem projektu „Integracja Wydziałów Informatyki OW NFZ z Departamentem Informatyki w Centrali NFZ – część I: pilotaż MOW NFZ” i związanymi z tymi zmianami organizacyjnymi w jednostkach Funduszu.

Przeciętne zatrudnienie w Funduszu w 2020 r. wyniosło ponad 5 528 etatu. W stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego odnotowano wzrost przeciętnego zatrudnienia o ponad 84 etatu. Odnotowane zmiany wynikają ze wspomnianych wyżej zmian organizacyjnych, naturalnej fluktuacji zatrudnienia, obsadzenia wakujących etatów oraz zatrudnienia pracowników na umowy na zastępstwa za osoby przebywające na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich oraz długotrwałych zwolnieniach lekarskich.

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

Przeciętne zatrudnienie (etaty)		
Grupy	2019 r.	2020 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	3,65	2,66
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW NFZ	58,09	58,35
pozostała kadra kierownicza	836,49	839,88
pracownicy administracyjni	4 458,19	4 539,94
obsługa techniczna	87,78	87,47
<b>razem</b>	<b>5 444,20</b>	<b>5 528,30</b>

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

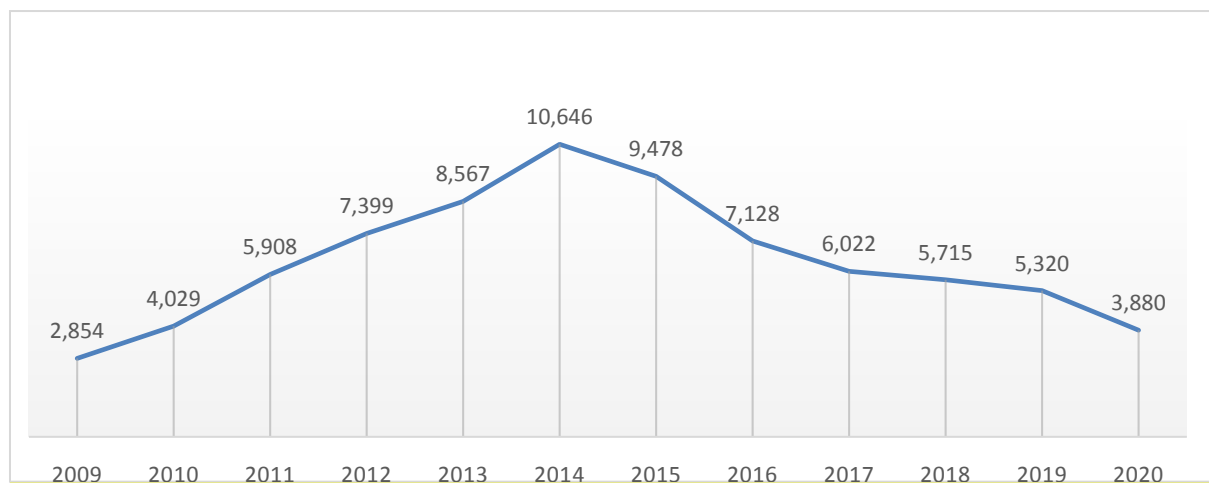
Poniżej zostały przedstawione informacje dotyczące decyzji administracyjnych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, które wydawane są przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach. Do dnia 31 sierpnia 2020 r. od decyzji Dyrektora OW NFZ przysługiwało odwołanie do Prezesa Funduszu na podstawie art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach. Z uwagi na wejście w życie ustawy z dnia 1 września 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), zwanej dalej „ustawą zmieniającą” decyzje wydaje Prezes NFZ. Od decyzji Prezesa Funduszu przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. Informacje zawarte w niniejszym sprawozdaniu obejmują dane dotyczące całego 2020 r. bez podziału na poszczególne okresy związane z wejściem w życie ustawy zmieniającej. Podział ten jest wyszczególniony w tabelach sprawozdawczych<sup>3</sup>.

W 2020 r. dyrektorzy OW NFZ wydali 3 880 decyzji w zakresie ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, które dotyczyły najczęściej: objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia (1 431 decyzji, co stanowi prawie 37% wszystkich rozstrzygnięć), objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą (1 299 decyzji, co stanowi 33,5% wszystkich rozstrzygnięć), podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (714 decyzji, co stanowi ponad 18% wszystkich rozstrzygnięć). Ponadto, w analizowanym okresie sprawozdawczym inne sprawy dotyczyły: umorzenia postępowania na wniosek ZUS (172), pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego (133), braku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (56) oraz wykonywania umów zlecenia (44).

---

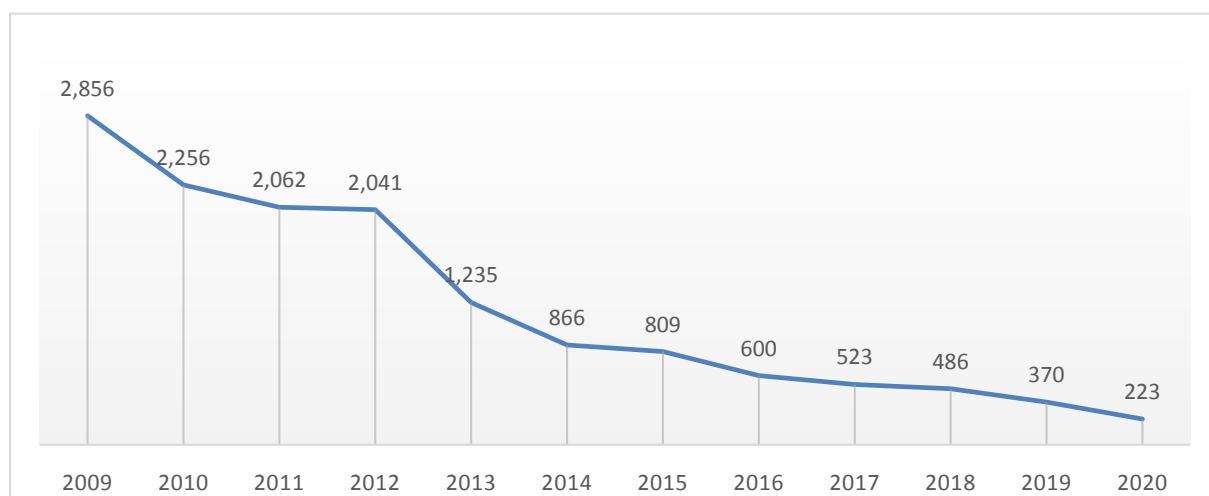
<sup>3</sup> Tabela sprawozdawcza nr I.4.1. prezentuje liczbę decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów OW NFZ, wniesionych odwołań od tych decyzji i rozpatrzonych odwołań przez Prezesa NFZ – w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, w podziale na decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ustalenia prawa do świadczeń (według stanu na koniec 2020 roku). Tabela przedstawia także liczbę skarg wniesionych do WSA w Warszawie w związku z ww. decyzjami, w oparciu o art. 110 ustawy o świadczeniach, jak również liczbę orzeczeń sądowych ogółem oraz uchylających lub zmieniających decyzje Prezesa NFZ. Nowa, dodana tabela sprawozdawcza nr I.4.1.1 prezentuje liczbę decyzji wydanych przez z up. Prezesa NFZ z uwagi na wejście w życie ustawy z dnia 24 lipca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), w odniesieniu do osób, które mimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej skorzystały ze świadczeń – w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach w okresie od 1 września 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.

**Wykres nr 1.** Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2009-2020.



W przypadku decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu ustalenia prawa do świadczeń wydanych najczęściej występującą tematyką wniosków było: potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki (167 decyzji, co stanowi 4% wszystkich decyzji wydanych na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach), refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego (33 decyzji, co stanowi 0,8% wszystkich decyzji wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego). Liczba decyzji w 2020 r. wyniosła 223 i była niższa o prawie 40% względem ubiegłego roku. Analizując dynamikę zmian liczby ww. decyzji należy zauważyć, że nastąpił spadek o 11,5% (z 306 decyzji w 2019 r. do 167 decyzji w 2020 r.) liczby decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki. Również liczba decyzji umarzających postępowanie z wniosku o refundację kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zmniejszyła się o 19,5% (z 41 w 2019 r. do 33 w 2020 r.). Nieznaczny wzrost wydanych rozstrzygnięć w 2020 r. w porównaniu do 2019 roku odnotowano w zakresie spraw z zakresu ustalenia prawa do świadczeń w przypadku refundacji kosztów transportu sanitarnego (o 6 decyzji) oraz sfinansowania lub refundacji kosztów badań diagnostycznych wykonanych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (o 4 decyzje).

**Wykres nr 2.** Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących ustalenia prawa do świadczeń w latach 2009-2020.



Od decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, stronom postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołania do Prezesa NFZ. Od dnia 1 września 2020 r. w zw. z art. 4 pkt 52b ustawy zmieniającej na decyzje wydawane przez dyrektorów OW NFZ z upoważnienia Prezesa Funduszu przysługuje skarga do WSA. W 2020 r. od decyzji dyrektorów OW NFZ zostały złożone do Prezesa NFZ 823 odwołania (1 377 odwołań w 2019 r.) co stanowi spadek o 40%. W 2020 r. Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 1 269 odwołań, wydając 1 056 decyzji oraz 224 postanowienia, co stanowi spadek o 21% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 1 605 odwołań. Ponadto, w 2020 r. pozostawiono bez rozpoznania 38 odwołań w związku z niezuzupełnieniem braków formalnych przez strony postępowania.

Od decyzji Prezesa NFZ stronom postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. W 2020 r. strony wniosły 232 skargi do WSA w Warszawie, co stanowi spadek o nieco ponad 40% w porównaniu do roku poprzedniego, w którym wniesione zostały 390 skargi. Wśród przyczyn uchylania decyzji Prezesa NFZ oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, wymienić należy naruszenia przepisów art. 7, art. 77, art. 80 oraz art. 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, z późn. zm.).

Decyzje z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, ich wysokości oraz terminu płatności. Artykuł 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach, nakazuje NFZ ściąganie od osób nieubezpieczonych, które okazały dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub oświadczyły o prawie do tych świadczeń, a nie znalazło to potwierdzenia w danych posiadanych przez NFZ, kwoty zapłaconej przez Fundusz za te świadczenia. Od dnia 12 stycznia 2017 r. wprowadzono nowelizację do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2173). Dzięki zapisom tej ustawy osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną (np. żona/mąż osoby ubezpieczonej, uczące się dziecko osoby ubezpieczonej do 26 roku życia), ale nią nie była (w momencie korzystania ze świadczeń złożyła pisemne oświadczenie o prawie do świadczeń lub dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń), może dokonać „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem nieobciążania kosztami leczenia jest dokonanie przez płatnika składek, np. w przypadku pracownika poprzez pracodawcę, zleceniodawcę w przypadku zleceniobiorcy, organu emerytalno-rentowego w przypadku emeryta-rencisty „wstecznego” (prawidłowego) zgłoszenia członka rodziny. Zgodnie bowiem z art. 50 ust. 18a ustawy o świadczeniach osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną, ale nią nie była, może w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania administracyjnego, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mimo podlegania takiemu zgłoszeniu, takiego zgłoszenia dokonać. W przypadku dokonania powyższej czynności nie wszczyna się lub umarza już wszczęte postępowanie administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Na koniec 2020 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wszystkich decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym decyzji umarzających postępowanie) wydali 18 035, w tym 10 367 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. W analogicznym okresie 2019 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wszystkich decyzji wydali łącznie 23 025, w tym 16 453 obciążających. Prezes NFZ na koniec 2020 r. rozpatrzył 279 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, wydając 236 decyzji, 36 postanowień kończących formalnie sprawy,

7 spraw pozostawił bez rozpoznania ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych odwołania.

Z uwagi na wejście w życie od dnia 1 września 2020 r. ustawy zmieniającej Prezes Funduszu wydaje decyzje administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów, ich wysokość oraz termin płatności, jak również decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Wobec powyższego należało rozgraniczyć w sprawozdaniu decyzje wydawane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie postępowania administracyjnego wszczętego i nie zakończonego przed do 31 sierpnia 2020 r., na które służy odwołanie do Prezesa Funduszu oraz decyzje wydawane na podstawie udzielonego pełnomocnictwa Prezesa Funduszu, gdzie postępowanie administracyjne zostało wszczęte po 31 sierpnia 2020 r.<sup>4</sup> Decyzje te są ostateczne i w tym przypadku nie służy odwołanie do Prezesa NFZ. Od decyzji wydawanych z upoważnienia Prezesa NFZ służy skarga do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania. W okresie od 1 września 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. wydano z up. Prezesa NFZ 710 decyzji obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń, 13 decyzji stwierdzających działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu oraz 421 decyzji umarzających postępowanie administracyjne.

W tabeli sprawozdawczej nr I.5.1 zaprezentowane zostały dane dotyczące spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu. W 2020 r. oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 1 548 postępowań sądowych, czyli o 83 więcej niż w 2019 r. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne z powództwa Funduszu. W danym okresie sprawozdawczym oddziały prowadziły 963 takich sprawy czyli o 214 więcej niż w 2019 r. Wśród tych spraw wszczętych zostało 523 postępowań czyli o 127 więcej niż w 2019 r., W okresie sprawozdawczym oddziały prowadziły 186 spraw sądownoadministracyjnych, czyli o 56 spraw mniej niż w 2019 r., z których 52 postępowania zostały wszczęte w 2020 r.

## Część II

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 8 ustawy o świadczeniach, do zakresu działania Funduszu należy w szczególności prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, zwanego dalej „CWU”, w celach określonych w art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach, tj.: potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu, przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy, wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności, rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji. Na koniec IV kwartału 2020 roku, osób, które określa się mianem ubezpieczonych było 34 052 570, tj. mają w CWU status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek). W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych, 34 029 227 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 23 343 osób posiadających uprawnienia

---

<sup>4</sup> Z uwagi na to, że tabela sprawozdawcza nr I.4.2 nie przedstawia wszystkich decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, a jedynie decyzje, na podstawie których obciążono osoby kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 sierpnia 2020 r. oraz nie uwzględnia decyzji wydanych przez Prezesa NFZ na skutek wniesionych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ utworzono nową tabelę sprawozdawczą nr I.4.2.1 prezentującą liczbę decyzji wydanych z up. Prezesa NFZ z uwagi na wejście w życie ustawy zmieniającej, w odniesieniu do osób, które mimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej skorzystały ze świadczeń w oparciu o art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach w okresie od 1 września 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.



do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 302 774 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 726 453 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 16 882 osób, ze zgłoszonymi 6 461 członkami rodziny.

**Tabela nr 3.** Różnica między stanem na koniec IV kwartału 2020 r. do końca IV kwartału 2019 r. ubezpieczonych obowiązkowo i dobrowolnie.

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	918	97 505	-96 587	-1 996	-1 305	-691	-1 078
1	Dolnośląski	9 548	15 932	-6 384	-125	-133	8	9 423
2	Kujawsko-Pomorski	-5 035	1 460	-6 495	-10	-5	-5	-5 045
3	Lubelski	-13 495	-3 715	-9 780	-13	-20	7	-13 508
4	Lubuski	1 292	5 483	-4 191	-50	-39	-11	1 242
5	Łódzki	-5 986	679	-6 665	-66	-60	-6	-6 052
6	Małopolski	8 471	13 537	-5 066	-190	-189	-1	8 281
7	Mazowiecki	10 083	12 943	-2 860	-95	-1	-94	9 988
8	Opolski	7	2 846	-2 839	-48	-32	-16	-41
9	Podkarpacki	-3 844	1 585	-5 429	-121	-117	-4	-3 965
10	Podlaski	-1 124	1 420	-2 544	-86	-70	-16	-1 210
11	Pomorski	13 116	16 948	-3 832	-422	-208	-214	12 694
12	Śląski	-17 468	239	-17 707	-263	-176	-87	-17 731
13	Świętokrzyski	-8 588	-3 581	-5 007	-39	-30	-9	-8 627
14	Warmińsko-Mazurski	-4 210	1 924	-6 134	-68	-39	-29	-4 278
15	Wielkopolski	10 501	15 802	-5 301	-190	-98	-92	10 311
16	Zachodniopomorski	2 691	9 149	-6 458	-212	-90	-122	2 479
	Nieokreślony	4 959	4 854	105	2	2	0	4 961

Dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, MSWiA), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji, rejestracje decyzji z art. 54 ustawy czy umów dobrowolnych, aktualizuje dane statystyczne.

**Tabela nr 4.** Różnica między stanem na koniec IV kwartału 2020 r. a stanem na koniec IV kwartału 2019 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	-3 322	-1 355	-413	-836	-22	-3 344	-3 339	0	0
1	Dolnośląski	-103	-127	30	-5	0	-103	-101	0	0
2	Kujawsko-Pomorski	-200	-31	-40	-129	-2	-202	-197	1	0
3	Lubelski	-164	-126	-41	-1	0	-164	-164	0	0
4	Lubuski	-141	-150	-11	0	0	-141	-136	0	0
5	Łódzki	95	39	0	3	6	101	99	0	0
6	Małopolski	-336	-279	-66	7	0	-336	-337	0	0
7	Mazowiecki	-453	164	17	-542	-20	-473	-473	-1	0
8	Opolski	-161	58	22	-156	0	-161	-161	0	0
9	Podkarpacki	-92	-73	-21	2	0	-92	-92	0	0
10	Podlaski	-97	-47	-35	0	0	-97	-97	0	0
11	Pomorski	-201	-158	-31	-7	0	-201	-206	0	0
12	Śląski	-490	-208	-45	-1	-7	-497	-498	0	0
13	Świętokrzyski	-105	-67	-38	0	0	-105	-105	0	0
14	Warmińsko-Mazurski	-214	-127	-82	-6	0	-214	-214	0	0
15	Wielkopolski	-343	-226	-54	-10	1	-342	-340	0	0
16	Zachodniopomorski	-317	3	-18	9	0	-317	-317	0	0

### **Część III. Umowy**

W związku z zaistniałą sytuacją w kraju tj. pandemią COVID-19 dane zamieszczone w tabelach mogą być nieporównywalne z danymi z analogicznych okresów lat poprzednich. Sprawozdanie w części dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej sporządzone zostało w większości na podstawie danych przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ z uwagi na brak danych w systemie informatycznym Centrali.

Tabele sprawozdawcze nr III.1.1 do nr III.2 przedstawiają przebieg procesu zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań. W okresie sprawozdawczym w części dotyczącej rokowań przeprowadzono 32 (w roku ubiegłym 80) postępowań:

a) zgodnie z art. 144 ustawy o świadczeniach, w tym na podstawie:

- pkt. 1, gdy uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert, tj. 0 (w roku ubiegłym 4) postępowań,
- pkt. 2, gdy zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, przeprowadzono 12 postępowań (w roku ubiegłym 20),
- 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 20 postępowań (w roku ubiegłym 56),

b) zgodnie z art. 154 ustawy o świadczeniach – 5 postępowań (w roku ubiegłym 10).

W wyniku postępowań w trybie rokowań zawarto 19 umów (37 umów w roku ubiegłym) i 20 aneksów (70 aneksów w roku ubiegłym) na łączną kwotę 15 628 tys. zł (w roku ubiegłym prawie 66 361 tys. zł).

W tabeli sprawozdawczej nr III.3 przedstawiono wartość i liczbę umów obowiązujących w roku sprawozdawczym. Według stanu na dzień sporządzania zestawienia liczba obowiązujących umów wynosiła 39 193 (40 717 w roku ubiegłym) a łączna kwota tych umów wynosi 86 136 944 tys. zł (82 827 488 tys. zł w roku ubiegłym). Wartość umów w podstawowej opiece zdrowotnej i zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne są wartością z planu finansowego NFZ.

Tabela sprawozdawcza nr III.5 przedstawia liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na 2020 rok zakontraktowanych zostało 239 szpitalnych oddziałów ratunkowych, co stanowi wzrost o 2 w stosunku do analogicznego okresu 2019 r.

Tabela sprawozdawcza nr III.6 przedstawia liczbę zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego wg stanu na koniec IV kwartału 2020 r., zakontraktowanych zostało łącznie 1 582 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 241 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 9 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) i 341 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego (w analizowanym okresie nie zakontraktowano wodnych specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego). Rozszerzając wskazane powyżej informacje należy zaznaczyć, że pośród:

- podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, niebędących zespołami wodnymi, zakontraktowano, 77 zespołów funkcjonujących czasowo, 11 zespołów funkcjonujących okresowo oraz 4 zespoły funkcjonujące czasowo-okresowo,
- specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowano 1 zespół funkcjonujący czasowo,
- wodnych zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowano 6 zespołów funkcjonujących okresowo oraz 3 zespoły funkcjonujące czasowo-okresowo.

Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego względem 2019 r. wzrosła o 11, przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 27, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 38. Wskazane powyżej zmiany w liczbie zespołów ratownictwa medycznego wynikają z modyfikacji treści wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz konieczności przekwalifikowywania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na zespoły podstawowe, z uwagi na brak personelu medycznego (lekarzy) niezbędnego do zapewnienia odpowiedniego ich funkcjonowania.

Analizując dane zawarte w tabeli sprawozdawczej nr III.7 można stwierdzić, że w 2020 r., Fundusz przeprowadził łącznie 395 kontroli, w tym 203 kontroli planowych oraz 192 kontroli doraźnych. W poszczególnych rodzajach świadczeń stosunek liczby skontrolowanych świadczeniodawców do liczby zakontraktowanych świadczeniodawców był zróżnicowany. Najwyższy udział odnotowano w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne 12,8%. W ujęciu wartościowym, największy udział wartości umów skontrolowano w rodzaju leczenie szpitalne 12,67%, najmniejszy zaś w rodzaju programy zdrowotne 0,32%. W wyniku prowadzonych postępowań w kategoriach wymienionych w kolumnie nr 2 tabeli sprawozdawczej kontrolujący określili w wystąpieniach pokontrolnych środki finansowe do zwrotu w łącznej wysokości prawie 29 753 tys. zł, w tym z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych kwotę prawie 20 150 tys. zł, z tytułu nałożonych kar umownych nieco ponad 9 603 tys. zł.

#### **Część IV. Świadczenia opieki zdrowotnej**

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

- wartości świadczeń wykonanych w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych, które są zgodne z danymi ujętymi w sprawozdaniach z wykonania planu finansowego oddziałów wojewódzkich Funduszu, przesłanymi przez oddziały wojewódzkie do Centrali Funduszu,
- dane dotyczące wartości kontraktów na 2020 r., które zaczerpnięto z zestawień przesłanych przez oddziały wojewódzkie do Centrali Funduszu,
- w kolumnie plan finansowy Funduszu na 2020 r. został wykazany plan finansowy Funduszu na 2019 r. wyznaczony wg stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.

Według wstępnych danych (tj. danych za 2020 r. wg stanu ksiąg rachunkowych na dzień 25.01.2021 r.) a więc przed zakończeniem trwających w oddziałach wojewódzkich Funduszu prac związanych z rozliczeniem rzeczowo-finansowym wykonania umów na świadczenia opieki zdrowotnej oraz dniem zamknięcia ksiąg rachunkowych dotyczących 2020 r., koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu zrealizowane zostały w wysokości 96 921 537,69 tys. zł, tj. na poziomie 94,9% wartości planu okresu.

**Tabela nr 5.** Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych w 2020 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 2019 r.	Plan 2020 r.	Wykonanie 2020 r.	Różnica (wyk. - plan)	% realizacji planu	Dynamika 2020/2019r.
podstawowa opieka zdrowotna	12 435 330,97	13 904 399,00	13 766 818,03	-137 580,97	99,01%	110,71%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 107 020,69	5 870 683,00	5 311 843,28	-558 839,72	90,48%	104,01%
leczenie szpitalne, w tym:	47 377 492,95	55 172 809,00	52 705 790,47	-2 467 018,53	95,53%	111,25%
- programy lekowe, w tym:	4 387 978,94	5 249 346,00	4 819 024,79	-430 321,21	91,80%	109,82%
- leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	3 938 200,94	4 710 920,00	4 344 220,56	-366 699,44	92,22%	110,31%
- chemioterapia, w tym:	1 502 440,42	1 507 073,00	1 385 141,38	-121 931,62	91,91%	92,19%
- leki stosowane w chemioterapii	681 512,91	656 664,00	602 552,35	-54 111,65	91,76%	88,41%
- ratunkowy dostęp do technologii lekowej	0,00	47 454,00	13 466,51	-33 987,49	28,38%	-
- świadczenia wysokospecjalistyczne	0,00	176 975,00	167 527,03	-9 447,97	94,66%	-
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 997 695,68	3 264 881,00	3 053 811,75	-211 069,25	93,54%	101,87%
rehabilitacja lecznicza	2 987 358,44	3 247 229,00	2 887 051,57	-360 177,43	88,91%	96,64%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 875 188,15	2 197 213,00	2 046 867,64	-150 345,36	93,16%	109,16%
opieka paliatywna i hospicyjna	813 352,29	896 990,00	821 262,59	-75 727,41	91,56%	100,97%
leczenie stomatologiczne	1 846 335,41	1 911 693,00	1 657 601,85	-254 091,15	86,71%	89,78%
lecznictwo uzdrowiskowe	707 678,16	810 498,00	711 990,53	-98 507,47	87,85%	100,61%
pomoc doraźna i transport sanitarny	50 964,66	279 627,00	261 172,02	-18 454,98	93,40%	512,46%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	186 768,77	215 469,00	177 661,22	-37 807,78	82,45%	95,12%
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	2 368 787,64	2 600 353,00	2 452 134,83	-148 218,17	94,30%	103,52%
zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	1 241 722,96	1 311 542,00	1 223 203,68	-88 338,32	93,26%	98,51%
refundacja, z tego:	8 744 996,05	8 785 515,00	8 653 353,00	-132 162,00	98,50%	98,95%
- refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	8 716 358,60	8 745 026,00	8 626 515,80	-118 510,20	98,64%	98,97%
- refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	11 905,88	18 335,00	10 879,08	-7 455,92	59,34%	91,38%
- refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	16 731,57	22 154,00	15 958,12	-6 195,88	72,03%	95,38%
rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	610 632,35	719 370,00	597 586,71	-121 783,29	83,07%	97,86%
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	358 511,71	307 163,00	109 208,71	-197 954,29	35,55%	30,46%
rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej	32 016,20	53 212,00	20 302,93	-32 909,07	38,15%	63,41%
rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy	1 413,88	10 811,00	1 067,34	-9 743,66	9,87%	75,49%
koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, w tym:	384 494,73	572 804,00	462 809,54	-109 994,46	80,80%	120,37%
- koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego	0,00	384 997,00	353 411,81	-31 585,19	91,80%	-
świadczenia udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
<b>Razem</b>	<b>90 127 761,69</b>	<b>102 132 261,00</b>	<b>96 921 537,69</b>	<b>-5 210 723,31</b>	<b>94,90%</b>	<b>107,54%</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 8 745 026 tys. zł plan 2020 r. ww. kosztów świadczeń zdrowotnych został zrealizowany w wysokości 8 626 515,80 tys. zł, co stanowiło 98,64% wartości planu okresu. W odniesieniu do roku ubiegłego, poniesione w 2020 r., koszty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę były niższe o 89 842,80 tys. zł (tj. o 1,03%).

Z uwagi na różne terminy generowania danych potrzebnych do sporządzenia poniższej części sprawozdania w oddziałach wojewódzkich Funduszu dane dotyczące wartości świadczeń opieki zdrowotnej mogą nieznacznie odbiegać od danych zaprezentowanych w rocznym

sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Funduszu za 2020 r., sporządzonym zgodnie z art. 130 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Tabele sprawozdawcze nr L.1-L.13<sup>5</sup> zawierają liczbę osób wg stanu na koniec 2020 r., które korzystały ze świadczeń w poszczególnych rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna 25 885 155 (w roku ubiegłym 27 923 424), ambulatoryjna opieka specjalistyczna 15 189 267 (w roku ubiegłym 17 167 812), leczenie szpitalne 7 041 057 (w roku ubiegłym 9 251 110), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 1 510 506 (w roku ubiegłym 1 602 853), rehabilitacja lecznicza 2 716 670 (w roku ubiegłym 3 270 366), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 107 286 (w roku ubiegłym 109 229), opieka paliatywna i hospicyjna 90 919 (w roku ubiegłym 101 151), leczenie stomatologiczne 4 988 685 (w roku ubiegłym 6 495 117), lecznictwo uzdrowiskowe 204 309 (w roku ubiegłym 406 120), profilaktyczne programy zdrowotne 1 070 044 (w roku ubiegłym 1 573 172), świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie 210 085 (w roku ubiegłym 225 828), zaopatrzenie w wyroby medyczne 1 671 016 (w roku ubiegłym 1 822 657).

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

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

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

Tabela IV.L.10.1 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”, w stosunku do populacji osób ubezpieczonych, w 2020 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 2020 r., wg stanu na koniec 2020 r., wynosi 6 765, natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjmuje wartość 1,92 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik przyjmuje w województwach: lubuskim (0,99), świętokrzyskim (1,14) oraz zachodniopomorskim (1,27), natomiast wartości najwyższe – w województwach: opolskim (2,38), kujawsko-pomorskim (2,35) oraz śląskim (2,33). W porównaniu do analogicznego okresu 2019 r. wartość niniejszego wskaźnika w 2020 r. w odniesieniu do całego kraju zmniejszyła się o 0,35.

---

<sup>5</sup> Tabele IV.L zawierają informacje o wszystkich osobach, które korzystały ze świadczeń zdrowotnych do końca 2020 r. i odnoszą się do unikalnych nr PESEL.

Tabela IV.L.10.2 zawiera informacje o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego w stosunku do populacji osób ubezpieczonych, w 2020 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 2020, wg stanu na koniec 2020 r., wyniosła 27 871 natomiast wskaźnik na 10 tysięcy ubezpieczonych, przyjmuje wartość 7,91 w skali kraju. Najniższe wartości niniejszy wskaźnik przyjmuje w województwach: lubelskim (0,94), zachodniopomorskim (2,24) oraz małopolskim (2,49), natomiast wartości najwyższe – w województwach: świętokrzyskim (14,94), warmińsko-mazurskim (14,24) oraz lubuskim (12,31). Wskazania wymaga, że zespoły transportu medycznego nie funkcjonowały w 2019 r.

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.1 prezentuje hospitalizacje w rodzaju leczenie szpitalne. Liczba hospitalizacji do końca 2020 r. wyniosła 7 617 908 (w roku ubiegłym 10 133 207). Łącznie hospitalizowano osób 4 847 262 (w roku ubiegłym 6 482 688). Liczba osobodni łącznie wyniosła 30 098 905 (w roku ubiegłym 40 273 248). Średni czas jednej hospitalizacji w 2020 r. wyniósł 3,95 dnia (w roku ubiegłym 3,97).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.2 prezentuje hospitalizacje w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Liczba hospitalizacji do końca 2020 r. wyniosła 192 669 (w roku ubiegłym 252 255). Hospitalizowano osób 150 772 (w roku ubiegłym 193 531). Liczba osobodni łącznie wyniosła 6 412 993 (w roku ubiegłym 8 707 815). Średni czas trwania jednej hospitalizacji to 33 (w roku ubiegłym 35) dni.

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.3 prezentuje hospitalizacje w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Liczba hospitalizacji do końca 2020 r. wyniosła 159 600 (w roku ubiegłym 237 587). Hospitalizowano 152 450 osób (w roku ubiegłym 219 520). Liczba osobodni łącznie wyniosła 4 164 908 (w roku ubiegłym 5 987 757). Średni czas jednej hospitalizacji w 2020 r. wyniósł 26 dni (25 w roku ubiegłym).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.4 prezentuje hospitalizacje w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Liczba hospitalizacji w omawianym okresie sprawozdawczym wyniosła 33 474 (w roku ubiegłym 34 733), przy czym hospitalizowano 30 803 (w roku ubiegłym 31 309) osób a średni czas hospitalizacji wyniósł 154 dni (w roku ubiegłym 142).

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.5 prezentuje dane wykazane narastająco od początku roku do końca 2020 r. dot. opieki paliatywnej i hospicyjnej, gdzie hospitalizowano 29 269 (w roku ubiegłym 35 073) osób a średni czas hospitalizacji wyniósł tak jak w roku ubiegłym 25 dni.

Tabela sprawozdawcza nr IV.H.6 prezentuje dane dotyczące liczby hospitalizacji w rodzaju leczenie uzdrowiskowe. Z analizowanych danych wynika, że na koniec 2020 r. w zakładach leczenia uzdrowiskowego łącznie hospitalizowano 23 410 osób przy czym 9 252 hospitalizacji przypadło mężczyznom a 14 421 kobietom. Ogółem wykonano 23 673 hospitalizacji. W porównaniu z 2019 r., liczba osób hospitalizowanych zmniejszyła się o 27 352, spowodowane jest to czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w okresie od 14 marca do 15 czerwca 2020 r. oraz od 24 października do 31 grudnia 2020 r., na skutek ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Jednocześnie na koniec 2020 r. najwięcej osób dorosłych (powyżej 18 roku życia), które były hospitalizowane w zakładach leczenia uzdrowiskowego mieściło się w grupie wiekowej 65-69. Natomiast średni czas hospitalizacji w szpitalach uzdrowiskowych wyniósł 21 osobodni.

Tabela sprawozdawcza nr IV.O.1<sup>6</sup> 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 2020 r. przebywało 30 747 (w roku ubiegłym 30 747) osób w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Tabela sprawozdawcza nr IV.O.2<sup>7</sup> 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 1 907 (w roku ubiegłym 2 557) osób.

Tabela sprawozdawcza nr IV.O.3<sup>8</sup> przedstawia dane dotyczące osób leczonych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych dla dorosłych i dzieci leczonych było 20 874 (w roku ubiegłym 23 973) osób.

Tabele sprawozdawcze nr IV.1.1 do IV.1.5.3 odnoszą się do świadczeń udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Na koniec 2020 r., wg informacji przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej udzielili łącznie 123 529 300 porad (w tym samym okresie roku ubiegłego 150 472 000), 981 336 porad domowych (w roku ubiegłym 1 595 667) i 113 589 patronaży (w roku ubiegłym 175 972). Wykonano również 514 047 (w roku ubiegłym 1 001 111) badań bilansowych oraz 41 450 (w roku ubiegłym 88 298) świadczeń profilaktycznych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia. Na podstawie otrzymanych danych pielęgniarki środowiskowo-rodzinne odbyły łącznie 12 971 766 (w roku ubiegłym 19 574 676) wizyt, natomiast położne środowiskowo-rodzinne odbyły 1 887 764 (w roku ubiegłym 2 691 349) wizyt. Według otrzymanych danych sprawozdawczych grupową profilaktyką fluorkową objęto 2 443 646 uczniów (w roku ubiegłym 2 471 676). W ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielono 3 535 820 porad lekarskich (w roku ubiegłym 5 402 999 porad) oraz 1 100 083 w ramach porad pielęgniarskich (w roku ubiegłym 2 372 363). W omawianym okresie wykonano 290 602 przewozów sanitarnych w ramach POZ (w roku ubiegłym 406 734).

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 2020 r. Przedstawienie przedmiotowych danych wg zakresów świadczeń i komórek realizujących powoduje zwielokrotnienie liczby świadczeń i pacjentów wykazanych w tabeli sprawozdawczej nr IV.L.2. W analizowanym okresie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej łączna liczba wykonanych świadczeń (porad, wizyt) wyniosła 61 313 951 (w roku ubiegłym 78 185 355). Liczba osób, którym udzielono świadczeń wyniosła 32 097 279 (w roku ubiegłym 39 640 396).

Liczba wykonanych porad zachowawczych (w tym uwzględniono porady pierwszorazowe, pohospitalizacyjne, specjalistyczne, specjalistyczne recepturowe) wyniosła 58 128 264 (w roku ubiegłym 72 360 429). Porady o charakterze zachowawczym wykonano u 29 012 466 osób (w roku ubiegłym 37 479 721). Liczba porad o charakterze zabiegowym wyniosła 7 049 548 (w roku ubiegłym 9 052 241), których udzielono na rzecz 3 283 341 pacjentów (w roku ubiegłym 4 104 187).

---

<sup>6</sup> Dane w tabeli zawierają informacje o osobach leczonych w wybranych komórkach organizacyjnych (oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej oraz ośrodki (zespoły) opieki pozaszpitalnej) przebywających w podmiotach leczniczych zgodnie ze stanem na ostatni dzień okresu sprawozdawczego.

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> Ibidem.



Tabela IV.3.1 zawiera dane odnoszące się do świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, które zostały wykazane narastająco od początku roku do końca 2020 r. W tabeli wykazywane są pobyty wszystkich pacjentów pozostających w oddziałach szpitalnych na przełomie roku 2019/20. Do obliczenia liczby osobodni przyjęto końcową datę 31 grudnia 2020 r., jako datę wypisu pomimo nie zakończenia hospitalizacji pacjenta. Z danych zawartych w tabeli wynika, że 9 910 725 (w roku ubiegłym 13 270 156) osobom udzielono świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (programy lekowe, leczenie szpitalne, w tym również świadczenia wysokospecjalistyczne). Liczba wszystkich świadczeń wyniosła 14 103 655 (w roku ubiegłym 19 499 608). Są to świadczenia oznaczone przez świadczeniodawców jako pobyt w oddziale szpitalnym, pobyt, cykl leczenia, porada, osoba leczona.

Tabela sprawozdawcza nr IV.4 odnosi się do danych zawierających informacje o opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień. Liczba wykonanych świadczeń wyniosła 9 631 962 (w roku ubiegłym 9 312 484), z czego 5 797 551 (w roku ubiegłym 5 348 713) to świadczenia określone kodem „porada”. Liczba osób, którym udzielono świadczeń wyniosła 2 114 082 (w roku ubiegłym 2 067 904), zaś liczba osobodni 11 183 091 (w roku ubiegłym 14 466 974).

Tabele sprawozdawcze nr IV.5.1 i IV.5.2 przedstawiają dane dotyczące rehabilitacji leczniczej. W 2020 r. łączna liczba świadczeń wyniosła 16 037 523 (w roku ubiegłym 18 223 229), liczba osób, którym udzielono świadczeń wynosiła 4 332 277 (w roku ubiegłym 5 048 931), zaś liczba osobodni 34 324 446 (w roku ubiegłym 50 692 511). W tabeli wykazywane są pobyty wszystkich pacjentów pozostających w oddziałach szpitalnych na przełomie roku 2019/2020. Do obliczenia liczby osobodni przyjęto końcową datę 31 grudnia 2020 jako datę wypisu pomimo nie zakończenia hospitalizacji pacjenta. Najwięcej, bo 12 246 833 (w roku ubiegłym 14 013 230) świadczeń określono kodem „cykl leczenia”, w którym liczba osób leczonych wyniosła 2 292 094 (w roku ubiegłym 2 840 094), zaś liczba osobodni wyniosła 30 235 826 (w roku ubiegłym 44 118 673).

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, pobyków i in.) wynosi 5 465 612 (w roku ubiegłym 5 218 534), z których skorzystało 131 994 (w roku ubiegłym 106 142) osób przy czym liczba osobodni wyniosła 12 390 327 (w roku ubiegłym 11 320 156).

Tabela sprawozdawcza nr IV.7.1 przedstawia informacje dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej wg jednostek statystycznych, z których wynika, że liczba udzielonych świadczeń wyniosła 1 845 798 (w roku ubiegłym 1 437 015), z której skorzystało 123 288 (w roku ubiegłym 125 458) osób, przy czym liczba osobodni wyniosła 4 247 089 (w roku ubiegłym 4 956 709).

Tabela sprawozdawcza nr IV.8.1 przedstawia liczbę osób, którym udzielono świadczeń stomatologicznych w przedziałach wiekowych. Wartość udzielonych świadczeń wyniosła 1 998 803 tys. zł (w roku ubiegłym 1 819 362 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 142 327 (w roku ubiegłym 230 340) dzieciom.

Tabela sprawozdawcza nr IV.9 przedstawia liczbę wyjazdowych zespołów transportu sanitarnego typu „N”, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczbę świadczeń i osób, którym te świadczenia zostały udzielone. Na 2019 r. zakontraktowane zostały 32 zespoły sanitarne typu „N”. Należy zaznaczyć, iż jeden wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” w województwie łódzkim funkcjonuje czasowo przez 12 godzin na dobę, natomiast pozostałe zespoły funkcjonują całodobowo. Liczba zakontraktowanych



zespołów sanitarnych typu „N” na 2020 r. nie uległa zmianie w stosunku do 2019 r. Ze zgromadzonych danych wynika, że w 2020 r. w ramach świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” wykonały 8 020 przewozów, udzielając świadczeń łącznie 6 765 różnym osobom. Należy stwierdzić, że liczba wykonanych przewozów przez zespoły sanitarne typu „N” w roku 2020 zmniejszyła się o 1 589, tj. o 16,54% w stosunku do 2019 r., a liczba osób, którym powyższe zespoły udzieliły świadczeń zmniejszyła się o 1 349, tj. o 16,63% w porównaniu do roku poprzedniego.

Tabela nr IV.10 przedstawia liczbę świadczeń udzielonych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz liczbę osób, którym te świadczenia zostały udzielone. Zespoły ratownictwa medycznego funkcjonujące w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonały w 2020 roku łącznie 2 587 218 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 134 188 osobom. Należy przy tym wskazać że:

- podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 2 062 297 wyjazdów i udzieliły świadczeń 1 671 084 osobom,
- specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 524 442 wyjazdy i udzieliły świadczeń 462 631 osobom,
- podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 479 akcji ratowniczych i udzieliły świadczeń 473 osobom.

Ze zgromadzonych danych wynika, że ogólna liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, w stosunku do 2019 r., była mniejsza o 404 669, tj. o 13,53%, przy czym liczba zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się w przypadku: wyjazdów podstawowych o 255 799, tj. o 11,03%, wyjazdów specjalistycznych o 148 848, tj. o 22,11%, akcji ratowniczych podstawowych wodnych o 22, tj. o 4,39%.

Liczba osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń w 2020 r., była mniejsza o 374 208, tj. o 14,92% w stosunku do 2019 r., przy czym liczba osób, którym świadczeń udzieliły: podstawowe zespoły ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 242 553, tj. o 12,67%, specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 131 632, tj. o 22,15%, podstawowe wodne zespoły ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 23, tj. o 4,64%.

Tabela sprawozdawcza nr IV.11 odnosi się do programów zdrowotnych – świadczenia gwarantowane. W 2020 r. liczba osób objęta tymi programami wyniosła 1 150 221 (w roku ubiegłym 1 646 201), a liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych etapach programów wyniosła 1 496 247 (w roku ubiegłym 2 052 551). W tabeli ujęto informacje o programach zdrowotnych realizowanych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r, poz.188 z późn. zm.).

Tabela sprawozdawcza nr IV.12 dotyczy świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane. W 2020 r. 242 530 (w roku ubiegłym 261 100) osoby uzyskały świadczenia w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane. Osobom tym, udzielono 7 220 752 (w roku ubiegłym 6 981 928) świadczeń w tym rodzaju.

Dane dotyczące wyrobów medycznych zaopatrzenia oraz potwierdzania zleceń przedstawiono w tabelach sprawozdawczych nr IV.13.1 i nr IV.13.2. Na koniec 2020 roku liczba wydanych wyrobów medycznych wyniosła 332 740 387 sztuk (w roku ubiegłym 325 672 932) o wartości 1 212 631 tys. zł (w roku ubiegłym 1 305 131 tys. zł). Potwierdzono 2 812 992 zleceń, nie stwierdzono kolejki oczekujących na potwierdzenie zlecenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.16.1 przedstawia dane dotyczące udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej w rodzaju lecniactwo uzdrowiskowe w 2020 r., gdzie z tego leczenia skorzystało 204 309 osób, które łącznie wykorzystwały 4 140 755 osobodni leczenia uzdrowiskowego, za które Fundusz zapłacił świadczeniodawcom. Łączna liczba zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, w okresie 2020 r. wyniosła 204 643. W analogicznym okresie 2019 r. z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 406 120 osób, a wykorzystane osobodni wyniosły 8 498 466. Liczba osób korzystających z leczenia uzdrowiskowego zmniejszyła się o 201 811, a liczba zrealizowanych osobodni o 4 357 711. Tak wysoki spadek realizacji świadczeń w analizowanym okresie spowodowany jest to czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w okresie od 14 marca do 15 czerwca 2020 r. oraz od 24 października do 31 grudnia 2020 r., na skutek ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

Tabela sprawozdawcza nr IV.16.2 prezentuje liczbę osób oczekujących na potwierdzenie skierowania oraz liczbę skierowań zrealizowanych w stacjonarnym leczeniu uzdrowiskowym, wg stanu na koniec 2019 r., gdzie na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe w szpitalu uzdrowiskowym oczekiwało 11 563 osoby, natomiast na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego oczekiwało 661 845 osób. W porównaniu do 2019 r., liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania do szpitala uzdrowiskowego zwiększyła się o 4 428 osób, a na potwierdzenie leczenia do sanatorium zmniejszyła się o 93 505 osób. Liczba skierowań zrealizowanych w okresie 2020 r. w szpitalu uzdrowiskowym wyniosła 23 673, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym 175 544. W porównaniu do analogicznego okresu 2019 r., liczba zrealizowanych skierowań w szpitalu uzdrowiskowym zmniejszyła się o 27 616, natomiast w sanatorium uzdrowiskowym zmniejszyła się o 165 322. Wysoki spadek realizacji świadczeń w analizowanym okresie spowodowany jest to czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w okresie od 14 marca do 15 czerwca 2020 r. oraz od 24 października do 31 grudnia 2020 r., na skutek ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

Tabela sprawozdawcza nr IV.17<sup>9</sup> przedstawia informacje o realizacji świadczeń endoprotezoplastyki stawowej. Dane w tabeli zostały sporządzone narastająco do końca 2020 r. w oparciu o informacje pochodzące z Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk NFZ, umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz nadsyłanych przez świadczeniodawców raportów statystycznych. W 2020 r. zostało zrealizowanych 69 546 endoprotezoplastyk stawowych, z czego najwięcej endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu biodrowego (34 916), a następnie endoprotezoplastyk pierwotnych, całkowitych stawu kolanowego (20 743). Endoprotezoplastyki stawu łokciowego, ramiennego i innego stanowiły 1,9% wszystkich wykonanych endoprotezoplastyk stawowych. Liczba osób, którym udzielono świadczeń jest mniejsza niż liczba wykonanych świadczeń, co oznacza, że niektóre osoby miały wykonane w 2020 r. więcej niż jedno świadczenie endoprotezoplastyki stawowej. Koszt wykonanych świadczeń wyniósł około 1 051 443 zł, a świadczenia endoprotezoplastyki były

---

<sup>9</sup> W tabeli wykazano wyłącznie informacje o świadczeniach, które do dnia sporządzenia tabeli zostały przez oddziały wojewódzkie Funduszu pozytywnie zweryfikowane. Z uwagi na obecny sposób kontraktowania świadczeń nie ma możliwości wyodrębnienia środków na endoprotezoplastykę stawową spośród wszystkich środków, jakie zostały przeznaczone na świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Wartość umów obejmuje zatem zakresy świadczeń, w ramach których może być realizowana endoprotezoplastyka stawowa, jak i inne świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W tabeli uwzględniono wartości umów ze świadczeniodawcami wyłącznie w zakresach, z których zostało w 2020 r. sfinansowane co najmniej jedno świadczenie endoprotezoplastyki stawowej. Wartość umów nie obejmuje wartości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach którego również były udzielane ww. świadczenia.

realizowane przez 285 świadczeniodawców. W porównaniu do danych prezentowanych w tabeli sprawozdawczej za 2019 r. koszt wykonanych świadczeń zmniejszył się o 329 933 tys. zł, tj. (o 24%) przy spadku liczby zrealizowanych endoprotezoplastyk stawowych o 25%.

Tabela sprawozdawcza nr IV.18. zawiera informacje dotyczące zaćmy, gdzie w 2020 r. wykonano 233 705 (w roku ubiegłym 355 567) zabiegów na kwotę 496 686,90 tys. zł (w roku ubiegłym 712 386 tys. zł) 187 295 (w roku ubiegłym 298 601) osobom.

W tabeli sprawozdawczej nr 20.1 zestawiono liczbę pacjentów oraz wartość udzielonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w poszczególnych rodzajach świadczeń. Łącznie świadczeń udzielono 511 324 (w roku ubiegłym 559 646) pacjentom o wartości 4 897 779 tys. zł (w roku ubiegłym 4 805 949 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 153 350 (w roku ubiegłym 148 016) świadczeń 149 510 (w roku ubiegłym 151 108) osobom o wartości 66 396 tys. zł (w roku ubiegłym 72 004 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr IV.20.3 zawiera dane dotyczące leczenia onkologicznego udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (pakiet onkologiczny) w leczeniu szpitalnym. Wartość zrealizowanych w 2020 r. świadczeń to 2 598 501 tys. zł (w roku ubiegłym 3 004 758 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. W tabeli wykazano kategorie planu finansowego, w których wskazano jako przyczynę leczenia onkologiczne, analogicznie jak w pakiecie onkologicznym. Łączna wartość zrealizowanych w 2020 roku świadczeń wyniosła ponad 8 712 995,01 tys. zł (w roku ubiegłym 8 916 964 tys. zł).

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.1<sup>10</sup> przedstawia informacje za IV kwartał 2020 r. o liczbie osób oczekujących i rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących do poradni: położniczo-ginekologicznej (254 841 osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (233 995 osób), chirurgii ogólnej (223 643 osoby), stomatologicznej (220 297 osób). Wymienione komórki organizacyjne z wyjątkiem chirurgii położniczo-ginekologicznej, znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2019 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

---

<sup>10</sup> Tabele sprawozdawcze nr IV.21.1.1, nr IV.21.1.2 oraz nr IV.21.2 zostały sporządzone na podstawie informacji o wykonanych 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 zostały sporządzone na podstawie danych za okres sprawozdawczy grudzień 2020 r. przekazane 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). Aplikacja udostępniana jest przez Fundusz świadczeniodawcom i służy do prowadzenia oraz przekazywania list oczekujących na wybrane świadczenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.1.2<sup>11</sup> przedstawia informacje za IV kwartał 2020 r. o liczbie osób oczekujących i rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń na oddziałach szpitalnych. Najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących do oddziałów: położniczo-ginekologicznego (28 184 osoby), chirurgii ogólnej (26 334 osoby), urologicznego (14 475 osób), okulistycznego (12 490 osób) i chirurgii urazowo-ortopedycznej (12 175 osób). Wymienione komórki organizacyjne z wyjątkiem oddziału okulistycznego znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2019 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tabela sprawozdawcza nr IV.21.2<sup>12</sup> przedstawia informacje za IV kwartał 2020 r. o liczbie osób oczekujących i rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie danych o wykonanych świadczeniach. Najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących na: świadczenia fizjoterapia ambulatoryjna (394 880 osób), świadczenia rezonansu magnetycznego (246 443 osoby), świadczenia tomografii komputerowej (192 422 osoby), świadczenia gastroskopii (48 104 osoby), zabiegi w zakresie soczewki – zaćma (49 189 osób) świadczeń kolonoskopii (39 703 osoby). Wymienione świadczenia opieki zdrowotnej, za wyjątkiem fizjoterapii ambulatoryjnej znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2019 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 za IV kwartał 2020 r. w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje do poradni: okulistycznej (226 666 osób), neurologicznej (162 721 osób), stomatologicznej (156 449 osób), kardiologicznej (114 481 osób) i chirurgii urazowo-ortopedycznej (108 851 osób). Wymienione komórki organizacyjne, za wyjątkiem poradni stomatologicznej, znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2019 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących..

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2020 r. w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń w oddziałach szpitalnych. Najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje do następujących oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej (77 339 osób), otorynolaryngologiczny (67 351 osób), chirurgicznego ogólnego (43 586 osób), neurochirurgicznego (28 820 osób) oraz do oddziału urologicznego (16 218 osób). Wymienione komórki organizacyjne, za wyjątkiem oddziału urologicznego znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2019 roku wśród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących.

Tabela sprawozdawcza nr IV.22.2 przedstawia informacje za IV kwartał 2020 r. w podziale na kategorie medyczne o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej. Najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje na następujące świadczenia: leczenie protetyczne (143 159 osób), świadczenia rezonansu magnetycznego (92 465 osób), endoprotezoplastykę stawu kolanowego (87 054 osoby), zabiegi w zakresie soczewki – zaćma (85 991 osób) oraz świadczenia tomografii komputerowej (82 387 osób).

---

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> Ibidem.

Wymienione świadczenia opieki zdrowotnej znalazły się również w sprawozdaniu za IV kwartał 2019 roku wśród świadczeń z największą liczbą osób oczekujących.

## **Część V. Koordynacja**

W 2020 r., w stosunku do roku poprzedniego, wartość kosztów świadczeń wykazanych na formularzach rozliczeniowych E 125, dotyczących rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt rzeczywisty, przedstawionych przez Polskę innym państwom członkowskim UE/EFTA wzrosła o 20,27% i wyniosła ponad 350 928 tys. zł. Wartość przedstawionych Polsce roszczeń przez inne państwa członkowskie UE/EFTA wzrosła o 20,3%, zaś liczba załączonych do not formularzy o 1,2%. W 2020 r. oddziały wojewódzkie Funduszu wydały o 63,7% mniej zaświadczeń uprawniających osoby ubezpieczone do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA niż w 2019 roku.

W 2020 r. liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była niższa o 37,8% w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Ogółem w 2020 r. do Funduszu wpłynęło 9 174 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 23 211 tys. zł. Prawie 83% łącznej liczby wniosków zostało złożonych w pięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu, tj.: śląskim (29,9%), mazowieckim (18,4%), małopolskim (14,4%), dolnośląskim (13,7%) oraz opolskim (6,2%). Zarówno w przypadku łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty, jak i kwoty dokonanych wypłat nastąpił znaczny spadek w porównaniu do 2019 r., odpowiednio o 38,0%, oraz 36,6%. Podobnie jak w analogicznym okresie roku poprzedniego, najwyższa liczba wypłat i wartość wypłaconych przez Fundusz kwot za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach dotyczyła leczenia na terenie Republiki Czeskiej, stanowiąc 85,7% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 85,8% wartości wypłaconych kwot ogółem. 83,2% dokonanych w 2020 r. zwrotów kosztów dotyczyło świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne - oddziały. W przypadku 66,5% wniosków zwrot kosztów został dokonany za świadczenia usunięcia zaćmy.

Wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym związanych z rozliczaniem świadczeń została zaprezentowana w tabeli sprawozdawczej nr V.1. W 2020 r. państwa członkowskie UE/EFTA uregulowały przedstawione przez Polskę roszczenia rozliczane na formularzach E 125, związane z udzieleniem świadczeń osobom uprawnionym podczas ich pobytu na terenie Polski, w kwocie łącznej w wysokości ponad 248 180 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (57% łącznej kwoty) oraz instytucje holenderskie (8,7% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 229 489 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 2020 r. płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 495 521 tys. zł.<sup>13</sup> Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 74% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec. Analogiczna wartość dla rozliczeń prowadzonych wg kwot zryczałtowanych w oparciu o formularz E 127 i ich odpowiednik wyniosła 3 003 tys. zł, z najwyższym udziałem (93%) kwoty płatności dokonanych na rzecz instytucji irlandzkich.

---

<sup>13</sup> Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

Wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom na terytorium państw członkowskich UE/EFTA rozliczanych wg kosztów rzeczywistych<sup>14</sup> zostały przedstawione w tabeli sprawozdawczej nr V.2. W okresie sprawozdawczym do Centrali Funduszu wpłynęło 866 dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 603 394 tys. zł.<sup>15</sup> Kwota ta obejmuje również kwoty wynikające z 426 pism zawierających odstąpienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz 265 not korygujących. Roszczenia przedstawione zostały przez 31 państw członkowskich UE/EFTA na 149 454 formularzach rozliczeniowych E 125. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o 7,3%, przy jednoczesnym wzroście liczby załączonych do not formularzy o 1,2%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 67% i obejmowały 61,9% 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 2020 r. osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 4 229 wniosków o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, do których załączone zostały rachunki opiewające na łączną kwotę ponad 7 921 tys. zł<sup>16</sup>. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 5 028 osób ubezpieczonych w wysokości łącznej 7 589 tys. zł<sup>17</sup>. W 2020 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL była niższa o 32%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była niższa o 4,2%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń była niższa o 25,9%, natomiast kwota dokonanych wypłat była wyższa o 1,4%. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w 2020 r. wypłacił oddział małopolski, który dokonał wypłat 369 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 695 tys. zł, co stanowiło 13,6% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 9,9% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2020 r. zwrot poniesionych kosztów świadczeń 50,2% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku poprzednim było to 44,5%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1 869 osób na terenie Niemiec stanowił 55,4% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w okresie sprawozdawczym.

Wartość roszczeń udzielonych osobom uprawnionym z państw członkowskich UE/EFTA na terytorium RP na podstawie rozliczeń przedstawianych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym według kosztów rzeczywistych przedstawiono w tabeli sprawozdawczej nr V.4. Zgodnie z danymi z formularzy E 125, wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w okresie sprawozdawczym, osobom uprawnionym udzielone zostały na terenie

---

<sup>14</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>15</sup> Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 255/A/NBP/2020 z dnia 31 grudnia 2020 r.

<sup>16</sup> Ibidem.

<sup>17</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.

Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 350 928 tys. zł. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 1 075 132 formularzach, z czego 52,6% formularzy skierowane zostanie do instytucji niemieckich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 49,2% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących okresu sprawozdawczego. W porównaniu z 2019 r. liczba formularzy E 125 wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu wzrosła w 2020 r. o 18,8%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 20,3%.

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 1 350 323 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co stanowi spadek w stosunku do porównywanego okresu roku poprzedniego o 63,7%. W strukturze rodzajowej 98,3% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła EKUZ. Udział ten kształtował się na zbliżonym poziomie w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Oddziałem, który wydał największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń był oddział śląski (14%).

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 2020 r. do NFZ wpłynęło 6 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w tym 4 wnioski wpłynęły do dyrektorów OW NFZ, kolejne 2 wnioski otrzymał Prezes Funduszu (zgodnie z ustawą 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) od dnia 1 września 2020 r. organem właściwym do wydawania zgód, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach jest Prezes Funduszu). Spośród ww. wniosków 5 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie. Wezwano strony do usunięcia braków formalnych wniosku ale żaden z tych wniosków nie wpłynął ponownie. W przypadku 1 wniosku wydana została przez Prezesa Funduszu zgoda do przeprowadzenia leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, którego koszt został oszacowany na kwotę 88 tys. zł.

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 2020 r. do Funduszu wpłynęło łącznie 9 174 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Kwota wynikająca ze złożonych wniosków, w przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, wyniosła 23 211 tys. zł. Na podstawie decyzji wydanych przez właściwe organy Funduszu w oparciu o art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach, w 2020 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 9 803 wniosków o zwrot kosztów świadczeń w wysokości łącznej 20 302 tys. zł. Dokonane wypłaty dotyczyły w 68,2% wniosków złożonych w 2020 r., w 25,9% wniosków złożonych w 2019 r., w 5,9% wniosków złożonych w latach wcześniejszych. Wypłaty dokonane w 2020 r. w odniesieniu do wniosków z lat 2017-2018 w przeważającej części były związane z prowadzonym postępowaniem odwoławczym lub skomplikowanym charakterem sprawy. W przypadku wniosków złożonych w 2019 r. wypłata dokonywana była niejednokrotnie

w 2020 r., 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 2020 r., 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 37,8%, natomiast łączna wartość kwot wynikających ze złożonych wniosków była niższa o 39,2%. Liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były niższe odpowiednio o 38,9% i 36,6%. Dokonywane przez Fundusz w 2020 r. zwroty kosztów dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 15 państwach członkowskich UE. Leczenia na terytorium Republiki Czeskiej dotyczyło 85,7% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 85,8% wartości wypłaconych kwot ogółem. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE w 2020 r. wypłacił oddział śląski, który dokonał wypłat w stosunku do 2 443 wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w kwocie w łącznej wysokości 4 899 tys. zł, co stanowiło 24,1% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 24,9% wszystkich złożonych wniosków, w stosunku do których dokonano zwrotu kosztów. W celu zachowania spójności danych, w tabeli oprócz państw UE dodano pozycję „inne”, w której wskazano złożone wnioski odnoszące się do zwrotu kosztów leczenia na terenie Polski lub państwa niebędącego członkiem UE. Na uwadze należy mieć, że na mocy ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. 2019 poz. 1590, z późn. zm.) w 2020 r. świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego nie tylko na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE, lecz także innego państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Liczbę wypłat z tytułu zwrotu kosztów i poniesione koszty według rodzajów świadczeń przedstawia tabela sprawozdawcza nr V.8. W 2020 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 65 299 świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 20 302 tys. zł, wykazanych w sumie w 9 803 wnioskach o zwrot kosztów świadczeń złożonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w oddziałach wojewódzkich Funduszu. Łączna liczba świadczeń, w stosunku do których został dokonany zwrot jest wyższa niż liczba wniosków z dokonaną wypłatą, ponieważ na jednym wniosku o zwrot kosztów świadczeniobiorca może wnioskować o zwrot za więcej niż jedno świadczenie. W okresie sprawozdawczym Fundusz dokonał zwrotu kosztów za 16 094 świadczeń zakwalifikowanych do rodzaju leczenie szpitalne – oddziały w łącznej kwocie w wysokości 16 894 tys. zł. Świadczenia szpitalne stanowiły 24,7% łącznej liczby świadczeń, w przypadku których dokonano wypłaty i 83,2% wartości wypłaconych kwot ogółem. Największy udział w liczbie świadczeń z rodzaju leczenia szpitalnego stanowiły świadczenia związane z zabiegiem usunięcia zaćmy, za które zwrot został dokonany w odniesieniu do 14 655 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 13 964 tys. zł, co stanowi 91% liczby świadczeń udzielonych w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały oraz 82,7% wypłaconej kwoty za świadczenia w tym rodzaju. W przypadku zabiegów usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w odniesieniu do 6 543 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości prawie 12 106 tys. zł, wykazanych w sumie na 6 519 wnioskach, co stanowiło 66,5% wniosków z dokonaną wypłatą. Za świadczenia towarzyszące zabiegowi usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w kwocie 1 857 tys. zł, z czego wartość prawie 161 tys. zł stanowi zwrot za wizytę kwalifikacyjną do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym, natomiast kwota 1 695 tys. zł odnosi się do zwrotu kosztów za kontrolną poradę specjalistyczną zrealizowaną po 14 dniach od zabiegu. Świadczenia opieki stomatologicznej w łącznej liczbie świadczeń, dla których dokonano wypłaty stanowiły 74,6%. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym jedynie 15,4% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów. W przypadku jednego wniosku o zwrot kosztów oddziały wojewódzkie



Funduszu dokonywały wypłaty przeważnie za kilkadziesiąt świadczeń stomatologicznych. W ramach 753 wniosków dotyczących świadczeń stomatologicznych dokonano zwrotu za 48 695 świadczeń. Udział wniosków dotyczących świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w całkowitej liczbie wniosków, w przypadku których dokonano zwrotu kosztów wynosi 7,7%. Dla porównania, w analogicznym okresie roku poprzedniego zwrot kosztów za świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały obejmował 37,9% łącznej liczby świadczeń, za które Fundusz dokonał zwrotu kosztów i 88,8% wypłaconych kwot ogółem. Świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne stanowiły odpowiednio 61,1% liczby świadczeń, za które dokonano wypłaty. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym jedynie 9,4% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów. Udział wniosków dotyczących świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w całkowitej liczbie wniosków, w przypadku których dokonano zwrotu kosztów wyniósł 5,3%.

Planowane leczenie/badanie diagnostyczne świadczeniobiorcy poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa Funduszu zgodnie z art. 42j ustawy o świadczeniach przedstawione zostały w tabeli sprawozdawczej nr V.9. W 2020 r. do Prezesa Funduszu wpłynęło 77 wniosków, z czego 56 dotyczyło przeprowadzenia leczenia planowanego, a 21 badań diagnostycznych. W ww. okresie Prezes Funduszu wydał 71 decyzji dotyczących przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 65 zgód, 4 odmowy i 2 umorzenia. Spośród 65 zgód (opiewających na szacunkową kwotę 10 774 tys. zł) dotyczących skierowania wnioskodawcy na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju, 43 dotyczyło leczenia planowanego, natomiast 22 badań diagnostycznych. Spośród 43 zgód wydanych w 2020 r. dotyczących leczenia planowanego (na szacunkową kwotę ponad 10 622 tys. zł), 32 dotyczyło państw członkowskich UE, 10 USA, a 1 Szwajcarii. Spośród 22 zgód wydanych w 2020 r. dotyczących badań diagnostycznych (na szacunkową kwotę prawie 152 tys. zł) dotyczyły państw członkowskich UE. Porównanie danych z 2020 r. do 2019 r. wskazuje, że: liczba decyzji kierujących na leczenie planowane poza granicami kraju wydanych przez Prezesa NFZ w okresie sprawozdawczym zmniejszyła się o 23; szacowany koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na które pacjenci byli kierowani poza granice kraju przez Prezesa NFZ w okresie sprawozdawczym spadł o 36,9%; Niemcy pozostają krajem, do którego najczęściej kierowani są wnioskodawcy na leczenie zagraniczne przez Prezesa Funduszu. Ponadto wskazać należy, że liczba wniosków w zakresie przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju procedowanych na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach wielokrotnie przekracza liczbę wniosków w ww. zakresie procedowanych na podstawie art. 42i ww. ustawy.