



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139)

Opracowanie
nr WT.543.5.2024

data ukończenia 24.05.2024 r.

Spis treści

1. Problem decyzyjny	3
2. Źródła danych i metody wyliczeń	4
3. Analiza danych	8
3.1. Ocena pozyskanych danych	8
3.2. Metodyka wyliczania wzrostu wynagrodzeń z tytułu umów o pracę	14
3.3. Grupowanie zakresów świadczeń	15
3.4. Inne czynniki wpływające na wzrost kosztów działalności operacyjnej podmiotów leczniczych	19
3.5. Obszary świadczeń zidentyfikowane jako wymagające podjęcia pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania	20
3.6. Wykonanie ryczałtu PSZ za I kwartał 2024 roku	22
3.7. Wykonanie umów z NFZ w pozostałych zakresach świadczeń w pierwszym kwartale 2024 roku	23
3.8. Inne istotne analizy	25
3.8.1. Udział kosztów osobowych w wybranych świadczeniach związanych z użyciem kosztownych wyrobów medycznych	25
3.8.2. Fizjoterapia w warunkach domowych	26
3.8.3. Chirurgia robotowa	27
3.8.4. Protonoterapia	28
3.9. Metodyka wyliczania wzrostu wartości umów z NFZ w poszczególnych grupach zakresów	28
3.10. Ograniczenia analizy	29
4. Oszacowanie zmiany poziomu finansowania świadczeń przez NFZ	31
4.1. Wariant 1	31
4.2. Wariant 2	35
4.3. Wariant 3	43
5. Załączniki	45
6. Spis tabel i rysunków	46

1. Problem decyzyjny

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia, przekazane pismem znak DLF.7802.1.2024.KA z dnia 15 lutego 2024 r., na podstawie art. 31n pkt 2c w związku z art. 31ha ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) o „*dokonanie analizy oraz przygotowanie raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydanie rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r., poz. 2139).*”

Dodatkowo zlecenie MZ obejmowało przeprowadzenie wariantowych analiz:

- związanych ze wzrostem wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę;
- związanych z prognozą wskaźnika inflacji w latach 2024-2025 r.;
- uwzględniających symulację zmniejszenia różnic pomiędzy świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach świadczeń, wartości jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- uwzględniających odrębne rozwiązania dla obszarów świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania.

2. Źródła danych i metody wyliczeń

W przedmiotowych pracach wykorzystano następujące źródła danych:

- Dane przekazane przez świadczeniodawców poprzez dedykowane szablony MS Excel, za pośrednictwem opracowanej przez AOTMiT i udostępnionej aplikacji online. W dalszej części raportu zwane danymi z ankiet, w tym:
 - dane za miesiąc luty 2024 r. o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych u świadczeniodawców na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - dane o przychodach i kosztach za rok 2023 oraz za okres styczeń - luty 2024, w tym: struktura przychodów i kosztów, wynik finansowy na działalności operacyjnej oraz wynik finansowy netto. Dodatkowo pozyskano dane dotyczące wartości i struktury należności i zobowiązań na dzień 31.12.2023 oraz 29.02.2024 oraz za analogiczne okresy dane dotyczące wartości kosztów związanych ze zużyciem energii, wyżywienia pacjentów, wartości nagród rocznych oraz wysokości rezerw na nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne.

W ramach prac związanych z pozyskaniem powyższych danych przygotowane zostały dwa odrębne szablony: dla podmiotów zobowiązanych do stosowania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców oraz dla podmiotów niemających takiego obowiązku (zgodnie z art. 31lc ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

- Dane z formularzy MZ-BFA - Kwartalna informacja o sytuacji finansowej Zakładu Opieki Zdrowotnej. Przychody i koszty oraz wybrane pozycje aktywów i pasywów poszczególnych podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2-4 i art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej – przekazane przez Ministerstwo Zdrowia dane za rok 2023. Należy jednak mieć na względzie, że na dzień przygotowania raportu dane za IV kwartał 2023 roku miały charakter wstępny. Z uwagi na trudności związane ze zmianą systemu SSOZ, dane ostateczne nie były dostępne.
- Przekazaną przez NFZ bazę zawierającą informacje o liczbie jednostek i wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami na rok 2024, według stanu na dzień 8 maja 2024 roku. Baza obejmowała umowy, dla których określona jest maksymalna kwota zobowiązania, zgodnie z art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyszczególnieniem świadczeniodawców, rodzajów oraz zakresów świadczeń. Wartości odnoszące się do części roku 2024 zostały ekstrapolowane na okres całego roku.
- Przekazane przez NFZ informacje o płatnościach zrealizowanych na rzecz podmiotów udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w roku 2023 oraz za I kwartał 2024. Obie bazy z NFZ zostały połączone w jedną. Umowy dla świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, które są rozliczane ryczałtem rocznym zostały już uwzględnione w połączonej bazie za rok 2024.

- Przekazane przez NFZ informacje o realizacji ryczałtu PSZ w roku 2023 oraz w okresie pierwszego kwartału 2024 roku.

Prace w przedmiotowym zakresie prowadzone były wielotorowo.

Dane z ankiet

- W dniu 15.02.2024 r. Agencja zamieściła na swojej stronie internetowej ogłoszenie w sprawie wszczęcia przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji procedury występowania do świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z wnioskami o udostępnienie danych.
- Dodatkowo AOTMiT przekazał prośbę do szesnastu OW NFZ o przesłanie bezpośrednio do wszystkich świadczeniodawców poprzez portal świadczeniodawcy lub System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) Wniosku o udostępnienie Danych.
- W celu wzmocnienia wcześniej opisanych działań, w dniu 15.02.2024 r., Agencja wysłała do podmiotów, dla których posiada ogólny adres e-mail, informację o rozpoczęciu gromadzenia danych, również załączając Wniosek o udostępnienie Danych.

Wniosek o udostępnienie Danych dotyczył gromadzenia danych zawartych w formularzu raportu kadrowo-płacowego (RKP) tj.:

- a) zanonimizowanych danych dotyczących osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umów cywilnoprawnych, w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące informacje o wymiarze zatrudnienia i wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia, oraz ponoszonych kosztów zatrudnienia z okresu od 1 do 29 lutego 2024 roku; powyższe dane dotyczyły wszystkich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przez Podmiot z Narodowym Funduszem Zdrowia z wyjątkiem umów z rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi, a także z rodzaju inne usługi realizowane w aptekach i Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa;
- b) wybranych podstawowych danych finansowych dotyczących funkcjonowania podmiotu za okresy: styczeń - grudzień 2023 i styczeń - luty 2024 w przypadku podmiotów objętych zakresem ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023 r., poz. 120 z późn. zm.), to jest objętych obowiązkiem prowadzenia pełnej księgowości;
- c) średniego jednostkowego kosztu wytworzenia procedury w przypadku podmiotów objętych obowiązkiem stosowania standardu rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz.U. z 2020 r. poz. 2045) i mających wyodrębnione ośrodki proceduralne o kodzie funkcji 507.

Dane zostały przekazane poprzez dedykowaną aplikację <https://apprkp.aotm.gov.pl>.

- Dane przekazane przez świadczeniodawców w ankietach dotyczące wynagrodzeń zostały zweryfikowane według kryteriów opisanych w pkt. 3.1 pod kątem zawartych w nich informacji. Dane budzące największe wątpliwości były wyjaśniane indywidualnie bezpośrednio ze świadczeniodawcami.
- Na podstawie danych włączonych do analizy, w narzędziu służącym analizie i wizualizacji danych, przygotowane zostały statystyki opisowe charakteryzujące pozyskane dane, dotyczące podmiotów oraz struktury zatrudnionych pracowników.

- Na podstawie przyporządkowania przez świadczeniodawców pracowników do poszczególnych grup zawodowych wskazanych w załączniku nr 1 do ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), oszacowano minimalny stopień wzrostu wynagrodzeń od dnia 1 lipca 2024 roku. Stopień wzrostu wynagrodzeń oszacowano również dla pracowników wskazanych w art. 5 wspomnianej ustawy (w analizach grupa ta oznaczona została cyfrą zero - „0”), a także odrębnie dla pozostałych form zatrudnienia, tj. umowy zlecenia, umowy o dzieło, pozostałych umów cywilno-prawnych.
- W celu weryfikacji danych z ankiet dokonano porównania łącznie wskazanych przez podmiot kosztów osobowych w ankietach z wartością kosztów osobowych wskazanych w rachunku wyników podmiotu za okres 01.01.2024-29.02.2024 r.

Dane z formularzy MZ-BFA

- Dane z rachunku wyników finansowych podmiotów, przekazane w ankiecie za okres 01.01.2023-31.12.2023 posłużyły do analizy porównawczej z wynikami finansowymi w sprawozdaniach MZ-BFA za analogiczny okres.
- Porównane wyniki zostały wykorzystane do dodatkowej weryfikacji danych symulujących zapotrzebowanie środków na wzrost wynagrodzeń w podmiotach leczniczych z symulowanym wzrostem wartości umów z NFZ.

Grupowanie zakresów świadczeń kontraktowanych przez NFZ

- Wszystkie zakresy świadczeń funkcjonujące w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami zostały podzielone na 72 grupy, których numeracja zawiera się w przedziale 1-64. Zakresy świadczeń grupowano w taki sposób, aby odpowiadały poszczególnym obszarom problemowym o zbliżonym udziale zaangażowania pracy ludzkiej, jak na przykład: rehabilitacja w ośrodku/oddziale dziennym, badania endoskopowe, badania obrazowe, leczenie szpitalne: zakresy dziecięce, zakresy wyłączone z finansowania w ramach ryczałtu sieciowego, radioterapia, chirurgia robotowa, medycyna szkolna itd. Wyodrębnione zostały także grupy zakresów obejmujące finansowanie poprzez ryczałt, na przykład: SOR/IP, płatności ryczałtowe w podstawowej opiece zdrowotnej czy stomatologii. Uwzględniono również zmiany zakresów, jakie nastąpiły od 1 stycznia 2024 roku.
- Dla każdego podmiotu, który przekazał dane w ankiecie, wartość wynagrodzeń z tytułu umów o pracę przypisano proporcjonalnie do wartości umów z NFZ na rok 2024 według danych pozyskanych od Narodowego Funduszu Zdrowia, stan na dzień 8 maja 2024 (z wyłączeniem leków w programach lekowych i substancji czynnych w chemioterapii – powyższe wyłączenia przyjęto we wszystkich analizach, w których punktem odniesienia jest wartość kontraktu z NFZ) występujących w poszczególnych zakresach świadczeń. Następnie wartości wynagrodzeń zagregowano do zdefiniowanych wcześniej grup zakresów. Czynność ta została wykonana dwukrotnie, dla wartości wynagrodzeń przed i po prognozowanej podwyżce wynagrodzeń od dnia 1 lipca 2024.
- Wcześniej obliczone wzrosty wynagrodzeń odniesiono do aktualnych wartości umów z NFZ w poszczególnych grupach zakresów – uzyskując w ten sposób procent, o jaki powinny wzrosnąć wartości umów z NFZ w tych grupach. Stopień wzrostu skorygowano o współczynnik wynikający z poprawności danych w ankietach oraz innych wykluczeń w danych przekazanych przez świadczeniodawców.

- Mnożąc kwoty zobowiązań NFZ o wspomniany w poprzednim punkcie % wzrostu, uzyskano kwoty zwiększenia wydatków NFZ w poszczególnych grupach zakresów.
- W oparciu o wyliczony dla posiadanej próby % udziału wynagrodzeń w grupach zakresów, obliczono wartości wynagrodzeń dla całości populacji/umów przed podwyżką i po podwyżce.
- Tak wyliczona łączna wartość podwyżki z tytułu wzrostu wynagrodzeń w grupie zakresów przeliczona została na średnią wartość wzrostu ceny jednostki rozliczeniowej w danej grupie.

3. Analiza danych

3.1. Ocena pozyskanych danych

Dane przekazane przez świadczeniodawców w ankietach dotyczących wynagrodzeń zostały zweryfikowane pod kątem prawidłowości i wiarygodności zawartych w nich informacji. Pierwsza weryfikacja następowała na etapie wypełniania szablonu MS Excel, co pozwoliło na wyeliminowanie dużej liczby błędów i skrócenie czasu oraz zakresu korekty danych.

Informacje o wynagrodzeniach pracowników zatrudnionych w ramach umów o pracę zostały zweryfikowane pod kątem przede wszystkim:

- wymiaru etatu >1 lub <0,1,
- nieprzypisania grupy zawodowej zgodnej z ustawą o minimalnych wynagrodzeniach,
- wykluczających się grup zawodowych oraz kategorii personelu,
- błędnie zsumowanych składników wynagrodzenia,
- budzącego wątpliwości przewidywanego wzrostu wynagrodzenia,
- wynagrodzenia zasadniczego z lutego 2024 r. w przeliczeniu na 1 etat poniżej stawki minimalnego wynagrodzenia obowiązującego od dnia 01 stycznia 2024.

Dane budzące największe wątpliwości były wyjaśniane w drodze indywidualnych konsultacji bezpośrednio ze świadczeniodawcami.

Dodatkowo z analizy wyłączone zostały wartości skrajnie odstające, przekraczające próg odcięcia ustalony odrębnie dla każdej grupy zawodowej na poziomie średniego wynagrodzenia w danej grupie zawodowej, powiększonego o trzy odchylenia standardowe.

Zakwalifikowane jako poprawne dane przekazało **3 440** świadczeniodawców, co stanowi ponad **18,7 %** liczby wszystkich podmiotów posiadających umowę z NFZ. Z kolei wartość umów z NFZ tych podmiotów stanowi **77,3%** wszystkich umów z NFZ. Istotnym elementem reprezentatywności przekazanych danych jest fakt, iż pozyskano dane od **511 szpitali** funkcjonujących w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), co stanowi **92,2%** wszystkich szpitali PSZ i odpowiada **90,09%** wartości umów z NFZ dla tych podmiotów. Dane przekazane i włączone do analiz dotyczyły 404 tys. pracowników zatrudnionych w ramach umowy o pracę, co stanowi wzrost o 4,2 % w stosunku do liczby danych pozyskanych za luty 2023 roku.

Liczba podmiotów, dla których dane po zweryfikowaniu zostały włączone nie zmieniła się.

Poniższe tabele przedstawiają podstawowe statystyki dotyczące podmiotów, które przekazały dane włączone do analiz.

Tabela 1 Liczba podmiotów w odniesieniu do poziomu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ)

Województwo/oddział NFZ	Liczba podmiotów - ogółem	Liczba podmiotów - próba	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ – ogółem*	Wartość umów NFZ - próba	% wartości
1 - Szpital I stopnia	263	244	92,78%	18 903 244 580	17 794 094 419	94,13%
2 - Szpital II stopnia	96	87	90,63%	16 502 103 247	14 626 445 321	88,63%
3 - Szpital III stopnia	62	59	95,16%	19 912 918 308	18 933 599 829	95,08%
4 - Szpital pulmonologiczny	28	25	89,29%	1 540 763 543	1 335 566 469	86,68%

Województwo/oddział NFZ	Liczba podmiotów - ogółem	Liczba podmiotów - próba	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ – ogółem*	Wartość umów NFZ - próba	% wartości
5 - Szpital pediatryczny	10	10	100,00%	1 248 371 372	1 248 371 372	100,00%
6 - Szpital onkologiczny	15	15	100,00%	3 445 706 371	3 445 706 371	100,00%
7 - Szpital ogólnopolski	80	71	88,75%	25 591 491 454	21 120 945 335	82,53%
RAZEM szpitale sieciowe	554	511	92,24%	87 144 598 875	78 504 729 115	90,09%
8 - poza siecią	316	138	43,67%	7 599 934 204	5 719 978 206	75,26%
9 - pozostałe podmioty	17 487	2 791	15,96%	42 635 943 723	21 983 576 986	51,56%
RAZEM	18 357	3 440	18,74%	137 380 476 802	106 208 284 307	77,31%

* z wyłączeniem leków w programach lekowych i substancji czynnych w chemioterapii

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2 Liczba podmiotów w odniesieniu do Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Województwo/oddział NFZ	Liczba podmiotów - ogółem	Liczba podmiotów - próba	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ – ogółem*	Wartość umów NFZ - próba	% wartości
DOLNOŚLĄSKIE	1 333	244	18,30%	10 006 158 693	8 439 646 558	84,34%
KUJAWSKO - POMORSKIE	850	169	19,88%	7 337 479 448	5 974 731 572	81,43%
LUBELSKIE	1 168	183	15,67%	7 662 863 874	5 285 152 951	68,97%
LUBUSKIE	680	58	8,53%	3 276 725 637	2 008 427 851	61,29%
ŁÓDZKIE	938	220	23,45%	8 890 087 561	7 254 149 125	81,60%
MAŁOPOLSKIE	1 283	402	31,33%	11 276 494 142	9 189 381 264	81,49%
MAZOWIECKIE	1 604	376	23,44%	21 479 465 905	14 422 832 389	67,15%
OPOLSKIE	563	91	16,16%	2 990 906 633	2 500 930 689	83,62%
PODKARPACKIE	1 518	236	15,55%	6 933 784 319	5 442 860 465	78,50%
PODLASKIE	651	96	14,75%	4 400 124 132	3 515 796 207	79,90%
POMORSKIE	850	181	21,29%	7 480 148 611	6 056 740 036	80,97%
ŚLĄSKIE	2 012	533	26,49%	14 795 031 072	12 262 365 399	82,88%
ŚWIĘTOKRZYSKIE	616	170	27,60%	4 343 464 617	3 800 648 332	87,50%
WARMIŃSKO - MAZURSKIE	951	97	10,20%	4 411 189 819	3 418 082 054	77,49%
WIELKOPOLSKIE	2 421	238	9,83%	11 365 724 652	7 748 207 693	68,17%
ZACHODNIOPOMORSKI	864	111	12,85%	5 793 820 392	4 617 717 311	79,70%
brak dominującego województwa	55	35	63,64%	4 937 007 294	4 270 614 412	86,50%
RAZEM	18 357	3 440	18,74%	137 380 476 802	106 208 284 307	77,31%

* z wyłączeniem leków w programach lekowych i substancji czynnych w chemioterapii

Źródło: opracowanie własne

Tabela 3 Liczba podmiotów w odniesieniu do dominującego rodzaju świadczeń

Dominujący rodzaj świadczeń	Liczba podmiotów - ogółem	Liczba podmiotów - próba	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ - ogółem*	Wartość umów NFZ - próba	% wartości
01 - Podstawowa Opieka Zdrowotna	7 719	916	11,87%	14 663 330 840	4 260 451 884	29,06%

Dominujący rodzaj świadczeń	Liczba podmiotów - ogółem	Liczba podmiotów - próba	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ - ogółem*	Wartość umów NFZ - próba	% wartości
02 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 157	282	13,07%	3 621 241 665	1 430 637 195	39,51%
03 - Leczenie szpitalne	662	542	81,87%	88 244 027 721	78 627 634 231	89,10%
04 - Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	475	190	40,00%	4 063 952 218	3 387 937 195	83,37%
05 - Rehabilitacja lecznicza	1 047	378	36,10%	2 123 018 427	1 384 224 484	65,20%
07 - Leczenie stomatologiczne	4 218	268	6,35%	2 413 511 774	451 771 821	18,72%
08 - Lecznictwo uzdrowiskowe	112	75	66,96%	1 552 070 889	1 200 992 572	77,38%
10 - Profilaktyczne programy zdrowotne	104	18	17,31%	155 538 382	72 401 805	46,55%
11 - Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	52	22	42,31%	1 808 914 849	1 577 207 605	87,19%
14 - Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	545	192	35,23%	2 106 735 805	1 488 081 729	70,63%
15 - Opieka paliatywna i hospicyjna	202	104	51,49%	823 014 347	583 625 144	70,91%
16 - Ratownictwo medyczne	22	22	100,00%	4 247 773 441	4 247 773 441	100,00%
17 - Pomoc doraźna i transport sanitarny od 2009	10	8	80,00%	112 864 456	106 416 344	94,29%
18 - Programy pilotażowe	93	13	13,98%	354 291 456	170 185 414	48,04%
brak dominującego rodzaju świadczenia	939	410	43,66%	11 090 190 531	7 218 943 442	65,09%
RAZEM	18 357	3 440	18,74%	137 380 476 802	106 208 284 307	77,31%

* z wyłączeniem leków w programach lekowych i substancji czynnych w chemioterapii

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4 Liczba podmiotów w odniesieniu do wartości umowy z NFZ

Wartość umowy	Liczba podmiotów - ogółem	Liczba podmiotów - próba	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ - ogółem*	Wartość umów NFZ - próba	% wartości
< 10 mln	17 073	2 435	14,26%	24 300 287 116	6 997 311 469	28,80%
od 10 do 25 mln	516	320	62,02%	7 730 909 372	4 871 513 338	63,01%
od 25 do 50 mln	224	180	80,36%	8 112 306 345	6 581 507 133	81,13%
od 50 do 100 mln	228	211	92,54%	16 552 912 764	15 392 366 347	92,99%
od 100 do 200 mln	174	163	93,68%	24 765 305 417	23 176 628 705	93,59%
od 200 do 400 mln	97	93	95,88%	27 142 910 653	26 035 940 773	95,92%
> 400 mln	45	38	84,44%	28 775 845 134	23 153 016 542	80,46%
RAZEM	18 357	3 440	18,74%	137 380 476 802	106 208 284 307	77,31%

* z wyłączeniem leków w programach lekowych i substancji czynnych w chemioterapii

Źródło: opracowanie własne

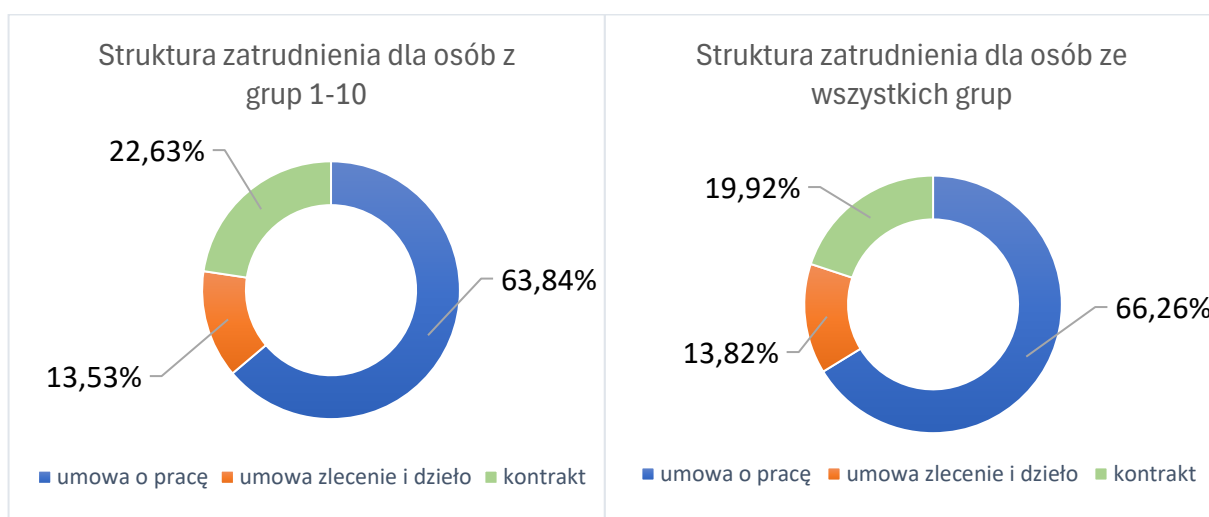
Po odrzuceniu rekordów zawierających błędne dane, do dalszych analiz przyjęto dane o wynagrodzeniach dla ponad **609 tys. pracowników** w ramach wszystkich form zatrudnienia, w tym **532,9 tys. pracowników zostało przypisanych do grup zawodowych 1-10**, wymienionych w załączniku do ustawy o wynagrodzeniach. Pozostałe osoby to pracownicy, o których mowa w art. 5 tej ustawy.

W przypadku pracowników zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych (umowa zlecenie, o dzieło) i świadczących pracę w ramach tzw. kontraktów, do analiz przyjęto informacje o odpowiednio **84,2 tys. umów zlecenia/o dzieło** i **121,4 tys. tzw. kontraktów**, w tym do grup zawodowych 1-10 wymienionych w ustawie przypisano **72 tys. umów zlecenia/o dzieło** i **120,6 tys. tzw. kontraktów**.

Tabela 5 Liczba pracowników z danych zakwalifikowanych do dalszych analiz- wg grup zawodowych i formy zatrudnienia

Rodzaj umowy	Liczba osób z grup 1-10	% osób z grup 1-10	Liczba osób ze wszystkich grup	% osób ze wszystkich grup	% kosztów osobowych
umowa o pracę	340 211	63,84%	404 007	66,26%	65,72%
umowa zlecenie i dzieło	72 076	13,53%	84 246	13,82%	5,84%
kontrakt	120 617	22,63%	121 444	19,92%	28,45%
RAZEM	532 904	100,00%	609 697	100,00%	100,00%

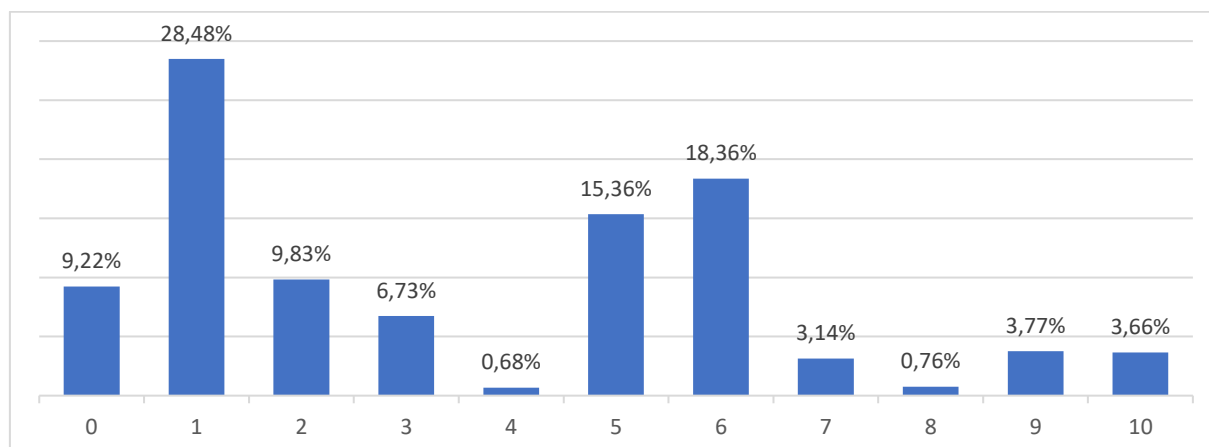
Źródło: opracowanie własne



Rysunek 1 Struktura zatrudnienia w danych przekazanych przez świadczeniodawców.

Źródło: opracowanie własne

Z przekazanych w ankiecie danych wynika, iż ponad 66% pracowników ze wszystkich grup zawodowych zatrudnionych jest na podstawie umowy o pracę, ok 20% pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej tzw. kontrakt, natomiast prawie 14% stanowią osoby zatrudnione na umowę zlecenie lub umowę o dzieło. Przy czym należy zwrócić uwagę, że umowy cywilno-prawne tzw. kontrakty generują ponad 28% kosztów osobowych, natomiast umowy zlecenie i dzieło jedynie ok. 6%.

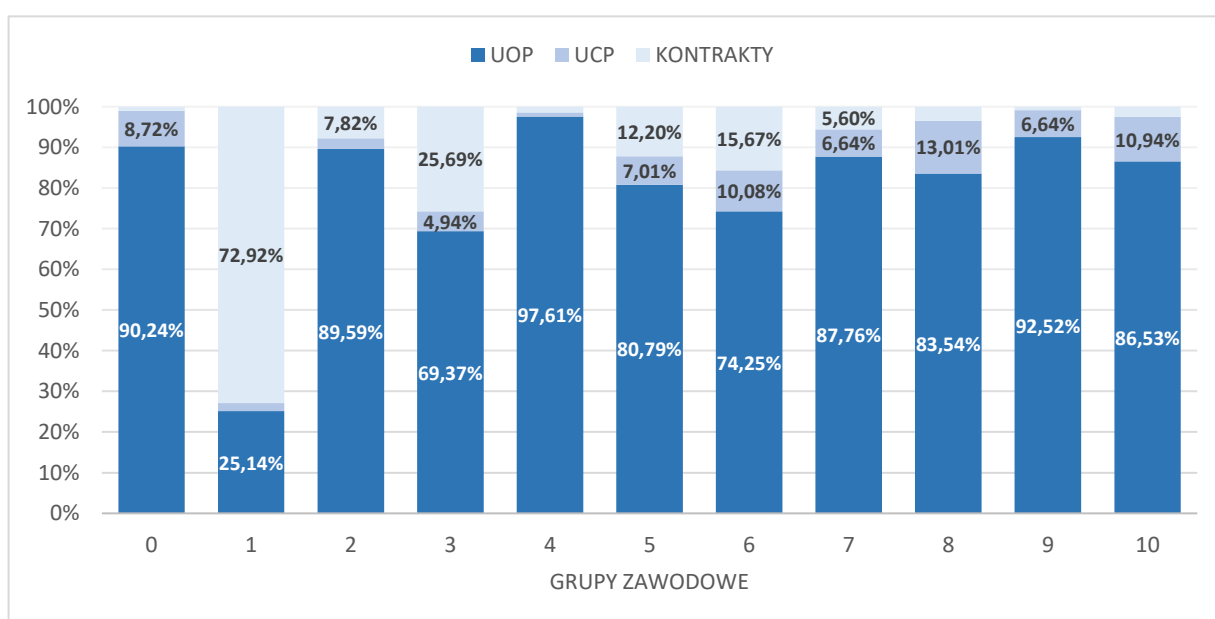


Rysunek 2 Procentowy udział wartości wynagrodzeń wg grup zawodowych - wszystkie formy zatrudnienia

Źródło: opracowanie własne

Analizie poddano strukturę form zatrudnienia w całkowitej wartości kosztów osobowych z podziałem na poszczególne grupy zawodowe. Największy udział umów cywilno-prawnych tzw. kontraktów występuje w grupie zawodowej 1 lekarze ze specjalizacją co stanowi prawie 73% całości wynagrodzeń w tej grupie. Znaczenie umów zleceń i o dzieło jest stosunkowo niskie wartościowo (5,88%), natomiast ilościowo udział tych form zatrudnienia to 13,58%. Umowy zlecenia najistotniejszy wpływ (ponad 10%) mają w grupach zawodowych 6, 8, 10 oraz wśród pracowników wymienionych w art. 5 ustawy (grupa 0 - blisko 9%). W przypadku grup 0, 2, 4, 9 dominującą formą zatrudnienia jest umowa o pracę (blisko ponad 90% całości kosztów osobowych).

Dla wszystkich rodzajów umów o pracę grupa zawodowa lekarze (tj. grupa 1 i 3) odpowiadają wartościowo za ponad 35% wszystkich kosztów wynagrodzeń, a ich liczba odpowiada za blisko 20% wszystkich osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.



Rysunek 3 Wartościowy udział form zatrudnienia wg grup zawodowych

Źródło: opracowanie własne

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje na temat liczebności danych przekazanych przez świadczeniodawców w ankietach, w tym włączonych do analiz, dotyczących pracowników zatrudnionych w ramach umów o pracę w podziale na grupy zawodowe zgodnie z załącznikiem nr 1 do ustawy o wynagrodzeniach.

Tabela 6 Przekazane dane o wynagrodzeniach pracowników zatrudnionych w ramach wszystkich form zatrudnienia w podziale na grupy zawodowe

Nr grupy zawodowej	Grupa zawodowa	Liczba wykazanych pracowników	Liczba pracowników zakwalifikowanych do analiz	% pracowników zakwalifikowanych do analiz
1.	Lekarz albo lekarz dentysta ze specjalizacją	97 887	97 444	99,55%

Nr grupy zawodowej	Grupa zawodowa	Liczba wykazanych pracowników	Liczba pracowników zakwalifikowanych do analiz	% pracowników zakwalifikowanych do analiz
2.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1, 3 i 4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją, pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	50 608	50 429	99,65%
3.	Lekarz albo lekarz dentyista, bez specjalizacji	28 577	28 313	99,08%
4.	Lekarz stażysta lub lekarz dentyista stażysta	4 889	4 804	98,26%
5.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka, położna, elektroradiolog, psycholog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim; pielęgniarka, położna z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją	108 575	107 492	99,00%
6.	Fizjoterapeuta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, elektroradiolog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie studiów I stopnia; fizjoterapeuta, ratownik medyczny, technik analityki medycznej, elektroradiolog z wymaganym średnim wykształceniem albo pielęgniarka albo położna z wymaganym średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	135 655	134 514	99,16%
7.	Inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-6 z wymaganym średnim wykształceniem oraz opiekun medyczny	27 781	27 541	99,14%
8.	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem wyższym	6 018	5 932	98,57%
9.	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem średnim	37 517	37 138	98,99%
10.	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem poniżej średniego	39 659	39 297	99,09%
0.	Pozostały personel - wskazany artykule 5 ustawy, W rekomendacji określony jako grupa 0	76 876	76 793	99,89%

Nr grupy zawodowej	Grupa zawodowa	Liczba wykazanych pracowników	Liczba pracowników zakwalifikowanych do analiz	% pracowników zakwalifikowanych do analiz
	RAZEM	614 042	609 697	99,29%

Źródło: opracowanie własne

3.2. Metodyka wyliczania wzrostu wynagrodzeń z tytułu umów o pracę

Każdy zweryfikowany i zakwalifikowany do analizy rekord odnoszący się do formy zatrudnienia w oparciu o umowę o pracę został przeliczony na wskazany w ankiecie wymiar etatu, co pozwoliło na wyliczenie wynagrodzenia zasadniczego przypadającego na pełen etat. W ten sposób zostało określone czy aktualne wynagrodzenie zasadnicze z ankiety jest wyższe czy niższe od wynikających z ustawy minimalnych stawek wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych wskazanych w załączniku nr 1 do ustawy o wynagrodzeniach.

Od 2020 r. obowiązuje regulacja zawarta w art. 3a ustawy o wynagrodzeniach z dnia 8 czerwca 2017 r., która przewiduje, że „corocznie na dzień 1 lipca podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze (...)”. Zgodnie z komunikatem **Prezesa GUS z dnia 9 lutego 2024 r.** w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2023 r., przyjęto stawkę bazową wynagrodzenia zasadniczego w wysokości **7 155,48 zł**. Dla każdej z grup zawodowych stawka bazowa została pomnożona przez współczynnik wynikający z załącznika nr 1 do ustawy o wynagrodzeniach. W przypadku pracowników wskazanych w artykule 5 ustawy wzrost ich wynagrodzeń został określony na poziomie średniego wzrostu wynagrodzeń pracowników w grupach zawodowych 1 – 10.

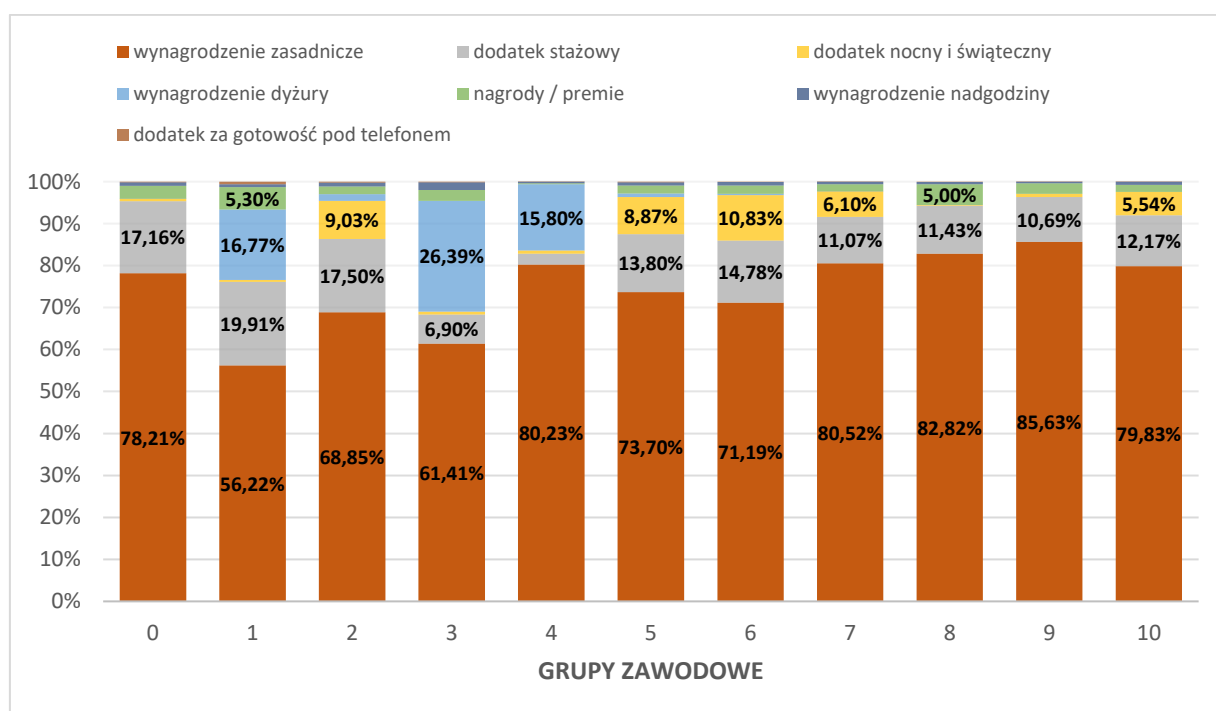
Tabela 7 Współczynniki do wyliczenia minimalnego wynagrodzenia dla grup zawodowych personelu medycznego.

Grupa zawodowa	Współczynnik	Nowa stawka wynagrodzenia zasadniczego w grupie
1	1,45	10 375,45
2	1,29	9 230,57
3	1,19	8 515,02
4	0,95	6 797,71
5	1,02	7 298,59
6	0,94	6 726,15
7	0,86	6 153,71
8	1,00	7 155,48
9	0,78	5 581,27
10	0,65	4 651,06

Źródło: opracowanie własne na podstawie załącznika do ustawy o wynagrodzeniach

Dla każdej wykazanej przez świadczeniodawców w ankietach umowy o pracę przeliczono nowe docelowe wynagrodzenie zasadnicze, określono wartościowo różnicę pomiędzy dotychczasowym wynagrodzeniem zasadniczym, a prognozowanym od 1 lipca 2024 oraz obliczono procent wzrostu. Wykazane w ankietach dodatkowe składowe wynagrodzenia, w tym m.in. dodatki stażowe, funkcyjne, premie, nadgodziny, dyżuru oraz składki na ubezpieczenie społeczne zostały przeliczone wskaźnikiem wzrostu adekwatnym dla wynagrodzenia zasadniczego. W kolejnym kroku, w odpowiedzi na postulaty świadczeniodawców, uwzględniono dodatkowe środki niezbędne na pokrycie kosztów związanych z wypłatą pracownikom nagród jubileuszowych, odpraw emerytalnych, "trzynastej pensji" oraz wzrostu funduszu socjalnego średnio o ok. 1%.

Struktura wynagrodzenia brutto według grup zawodowych dla umowy o pracę przedstawiona została na poniższym rysunku.



Rysunek 4 Struktura wynagrodzenia brutto wg grup zawodowych dla umowy o pracę.

Źródło: opracowanie własne

3.3. Grupowanie zakresów świadczeń

Wszystkie zakresy świadczeń funkcjonujące w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami zostały podzielone na 72 grupy odpowiadające poszczególnym obszarom o zbliżonym udziale zaangażowania pracy ludzkiej; pod uwagę brano również sposób finansowania oraz ceny jednostek rozliczeniowych. Wydzielone grupy to:

- 1 POZ
- 1a POZ – medycyna szkolna
- 1b POZ – budżet powierzony
- 2 NiSOZ
- 3 AOS – porady

- 4 AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe
- 5 AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe
- 6 SZP
- 6a SZP - par 3BA OWU
- 7 SZP - hospitalizacja planowa
- 8 SZP - leczenie "jednego dnia"
- 9 SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby
- 12 SOR/ IP
- 13 SZP - podanie leków i diagnostyka chemioterapia/ programy lekowe
- 14 SZP – radioterapia
- 14a SZP - radioterapia protonowa
- 15 PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych
- 16 PSY - psychiatria stacjonarna dzieci
- 17 PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych
- 18 PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci
- 19 PSY - psychiatria sądowa
- 20 REH - rehabilitacja stacjonarna
- 21 REH - rehabilitacja ambulatoryjna
- 21a REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci
- 21b REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym
- 22 REH - fizjoterapia domowa
- 22a REH - fizjoterapia domowa w ambulatorium
- 23 REH - leczenie pacjentów ze śpiączką
- 24 STM
- 25 STM - protetyka i ortodoncja
- 26 SPO - opieka długoterminowa – ZOL
- 27 SPO - opieka długoterminowa - pielęgniarstwo domowe
- 28 SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa
- 29 OPH - opieka hospicyjna
- 30 PRO – profilaktyka
- 31 karetki i transport sanitarny
- 34 programy pilotażowe
- 35 program pilotażowy CZP
- 36 SOK - inne świadczenia domowe
- 37 sanatorium szpital
- 38 sanatorium uzdrowisko
- 39 sanatorium ambulatoryjnie
- 40 inne - głównie SOK
- 41 dializoterapia
- 42 KOC
- 44 PSY - izba przyjęć
- 45 STM – ryczałty
- 46 KAOS
- 47 PSY dzienne dorosłych
- 48 PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie
- 49 STM specjalne (znieczulenie i HIV)

- 51 SZP – pediatria
- 52 SZP - poza ryczałtem – KON
- 52 SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał
- 52 SZP - poza ryczałtem – neonatologia
- 52 SZP - poza ryczałtem – onkologia
- 52 SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka
- 52 SZP - poza ryczałtem – porody
- 52 SZP - poza ryczałtem – przeszczepienia
- 52 SZP - poza ryczałtem – wysokospecjalistyczne
- 52 SZP - poza ryczałtem – zaćma
- 52 SZP - poza ryczałtem – zawały
- 53 opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka
- 55 SOK - pompa insulinowa
- 56 SOK - poza ryczałt
- 57 SZP - wydzielone z ryczałtu
- 58 SZP – pozostałe
- 60 SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby
- 61 SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe
- 62 wydzielone z ryczałtu okulistyka
- 63 system robotowi
- 64 PSY - psychiatria środowiskowa

Szczegółowe przyporządkowanie poszczególnych zakresów świadczeń do grup zawiera załącznik nr 1. Natomiast rozkład cen jednostek rozliczeniowych w wybranych grupach zakresów (pominięto grupy finansowane ryczałtem) przedstawiony został w poniższej tabeli.

Tabela 8 Rozkład cen jednostek rozliczeniowych dla wybranych grup zakresów zgodnie z obowiązującymi umowami z NFZ na dzień 8 maja 2024

Nazwa grupy zakresów	Minimalna cena jedn. rozl.	Mediana ceny jedn. rozl.	Maksymalna cena jedn. rozl.	Średnia cena jedn. rozl.
03 - AOS – porady	1,19	1,63	2,15	1,68
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe	1,28	1,40	1,97	1,43
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe	1,50	1,52	1,82	1,55
06 – SZP	1,72	1,72	1,72	1,72
06a - SZP - par 3BA OWU	1,72	1,72	1,72	1,72
07 - SZP - hospitalizacja planowa	1,36	1,37	1,62	1,41
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"	1,13	1,28	1,53	1,29
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	1,28	1,31	1,62	1,34
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka chemioterapia/ programy lekowe	1,47	1,64	1,80	1,64
14 - SZP – radioterapia	1,30	1,45	1,60	1,46
14a - SZP - radioterapia protonowa	1,45	1,45	1,45	1,45
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych	21,72	21,82	31,66	22,45
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci	13,61	13,61	24,01	14,62
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych	12,03	12,42	14,69	12,63

Nazwa grupy zakresów	Minimalna cena jedn. rozl.	Mediana ceny jedn. rozl.	Maksymalna cena jedn. rozl.	Średnia cena jedn. rozl.
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci	13,50	13,61	16,47	13,78
19 - PSY - psychiatria sądowa	25,02	25,34	28,73	25,77
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna	2,18	2,18	2,70	2,23
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna	1,14	1,52	2,04	1,52
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci	1,59	1,99	3,43	2,02
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym	1,43	1,78	2,83	1,79
22 - REH - fizjoterapia domowa	1,17	1,30	1,68	1,30
22a - REH - fizjoterapia domowa w ambulatorium	1,37	1,52	1,78	1,53
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką	2,63	2,63	2,77	2,66
24 – STM	1,37	1,54	2,37	1,57
25 - STM - protetyka i ortodoncja	1,78	1,82	3,21	1,85
26 - SPO - opieka długoterminowa – ZOL	50,00	52,83	59,46	53,40
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgniarska domowa	50,13	55,24	59,07	55,55
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa	39,58	43,13	50,71	44,18
29 - OPH - opieka hospicyjna	89,33	100,80	114,31	101,54
30 - PRO – profilaktyka	12,46	13,95	22,38	14,09
36 - SOK - inne świadczenia domowe	1,26	1,51	1,75	1,51
37 - sanatorium szpital	239,00	239,00	257,00	242,44
38 - sanatorium uzdrowisko	171,66	176,00	189,19	176,41
39 - sanatorium ambulatoryjnie	67,98	70,00	70,17	70,01
40 - inne - głównie SOK	1,44	1,60	1,78	1,61
41 – dializoterapia	1,41	1,41	1,69	1,42
42 – KOC	1,60	1,60	1,71	1,61
47 - PSY dzienne dorosłych	13,41	14,22	19,16	14,83
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie	32,92	32,92	37,93	33,96
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)	6,40	6,51	7,97	6,75
51 - SZP – pediatria	1,59	1,72	1,72	1,72
52 - SZP - poza ryczałtem – KON	1,72	1,72	1,72	1,72
52 - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał	1,72	1,72	1,72	1,72
52 - SZP - poza ryczałtem – neonatologia	1,59	1,72	1,72	1,72
52 - SZP - poza ryczałtem – onkologia	1,20	1,62	1,72	1,62
52 - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielenie naskórka	1,50	1,50	1,50	1,50
52 - SZP - poza ryczałtem – porody	1,72	1,72	1,72	1,72
52 - SZP - poza ryczałtem – przeszczepienia	1,56	1,56	1,71	1,57
52 - SZP - poza ryczałtem – wysokospecjalistyczne	1,31	1,51	1,66	1,51
52 - SZP - poza ryczałtem – zaćma	1,42	1,42	1,55	1,42
52 - SZP - poza ryczałtem – zawały	1,44	1,44	1,61	1,44
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka	1,10	1,10	1,55	1,14
55 - SOK - pompa insulinowa	1,68	1,68	1,77	1,69
56 - SOK - poza ryczałt	1,62	1,69	1,69	1,69
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu	1,66	1,72	1,72	1,72
58 - SZP – pozostałe	1,50	1,66	1,82	1,66

Nazwa grupy zakresów	Minimalna cena jedn. rozl.	Mediana ceny jedn. rozl.	Maksymalna cena jedn. rozl.	Średnia cena jedn. rozl.
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby	1,65	1,65	1,65	1,65
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe	1,53	1,70	1,71	1,69
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka	1,72	1,72	1,72	1,72
63 - system robotowi	1,62	1,62	1,62	1,62
64 - PSY - psychiatria środowiskowa	12,25	13,61	15,03	13,52

Źródło: opracowanie własne

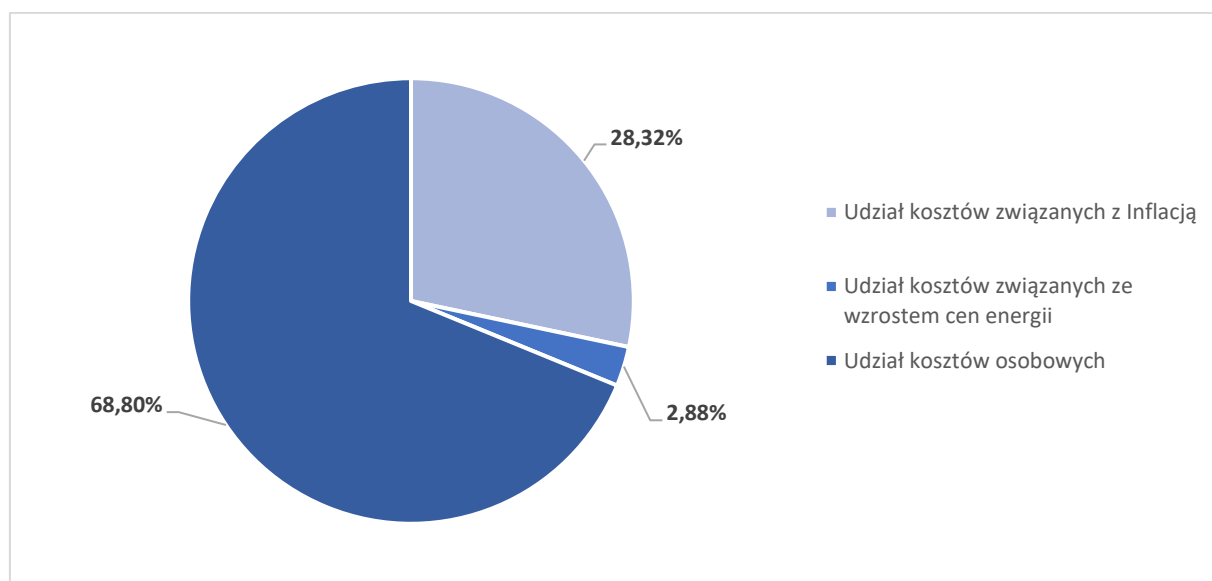
3.4. Inne czynniki wpływające na wzrost kosztów działalności operacyjnej podmiotów leczniczych

W przedmiotowej analizie pod uwagę wzięto również inne, poza kosztami osobowymi, czynniki wpływające na wzrost kosztów działalności operacyjnej podmiotów leczniczych, zgodnie ze zleceniem, w tym:

- 1) inflację,
- 2) koszty związane ze wzrostem cen energii,
- 3) pozostałe formy zatrudnienia (umowy cywilno-prawne).

Analiza ta miała na celu kompleksowe uwzględnienie wszystkich istotnych elementów, które wpływają na ekonomikę funkcjonowania placówek medycznych, by dokładnie oszacować potrzeby finansowe i możliwości budżetowe tych jednostek.

Ad 1) i Ad 2) Na podstawie danych pozyskanych od świadczeniodawców za 2023 rok obliczono udział kosztów podlegających zmianom zależnym od inflacji oraz kosztów energii w całkowitych kosztach funkcjonowania podmiotu. Średnioroczny udział kosztów zależnych od inflacji oraz kosztów energii wyniósł 31,2%, zgodnie z poniższym wykresem.



Rysunek 5 Struktura kosztów świadczeniodawców

Źródło: opracowanie własne

W kolejnym kroku oszacowano zapotrzebowanie na pokrycie kosztów wrażliwych na inflację oraz kosztów energii zgodnie z poniższym wzorem:

*zapotrzebowanie na pokrycie kosztów zależnych od inflacji oraz kosztów energii = (koszty zależne od inflacji oraz koszty energii) * wskaźnik wzrostu cen towarów i usług*

Następnie obliczono wzrost przychodów z NFZ tych podmiotów (z wyłączeniem leków w programach lekowych i substancji czynnych w chemioterapii) tak, aby równoważyły koszty zależne od inflacji oraz koszty energii, zgodnie z poniższym wzorem:

wyrażony w % poziom wzrostu wartości umów z NFZ = zapotrzebowanie na pokrycie kosztów zależnych od inflacji oraz kosztów energii / przychody z NFZ pomniejszone o leki w umowach na programy lekowe i substancje czynne w chemioterapii.

Dzięki temu możliwe było precyzyjne określenie, o ile muszą wzrosnąć przychody z NFZ, aby realnie pokryć wzrosty kosztów wynikające z analizowanych elementów.

Wzrost przychodów z NFZ został wyliczony na poziomie 1,62% od dnia 01 lipca 2024 dla ważonego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług wynoszącego 5,20% (jako prognozowana średnioroczna inflacja uwzględniająca ceny energii w 2024)¹. W przypadku grup zakresów: 37 - sanatorium szpital, 38 - sanatorium uzdrowisko i 39 - sanatorium ambulatoryjne, analiza wykazała wyższy udział kosztów podlegających inflacji (głównie energii) niż w pozostałych grupach zakresów. Przełożyło się to na dodatkowy wzrost przychodów z NFZ na poziomie 1%.

Ad 3) W przypadku innych niż umowa o pracę form zatrudnienia, wysokość wzrostu kosztów osobowych przyjęto na poziomie prognozowanej inflacji wynoszącej 5,20%. Szczególną uwagę zwrócić należy na umowy obejmujące tzw. kontrakt pozwalające podmiotom leczniczym na elastyczne i efektywne zarządzanie zasobami. Ten rodzaj umów, w odróżnieniu od umów o pracę, pozwala zarządzającym na redukcję kosztów związanych z zatrudnieniem na stałe, w tym kosztów administracyjnych i świadczeń pracowniczych.

Wzrost na poszczególne grupy zakresów został policzony adekwatnie, jak wzrost z tytułu umów o pracę i dotyczy wszystkich pracowników zatrudnionych w innych formach zatrudnienia niż umowa o pracę. Przyjęcie takiej metodologii pozwala na rozdzielenie dodatkowych środków w sposób uwzględniający różne formy zatrudnienia w sektorze medycznym.

3.5. Obszary świadczeń zidentyfikowane jako wymagające podjęcia pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania

Jednym z celów wyrażonych w Podstawowych Założeniach Polityki Zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO² jest ograniczenie występowania i rozprzestrzeniania chorób oraz innych przyczyn złego stanu fizycznego i psychicznego ludzi, a także zmniejszenie liczby przedwczesnych zgonów.

¹ Obliczenia własne na podstawie danych NBP z „Raportu o inflacji marzec 2024” oraz danych z „Wieloletniego planu finansowego państwa na lata 2024-2027” z kwietnia 2024 r.

² ZDROWIE 21 ZDROWIE DLA WSZYSTKICH W XXI WIEKU, Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO, Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Regionu Europejskiego, Kopenhaga, <https://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-who> (data dostępu 26.05.2023)

Poprawa w zakresie zdrowia psychicznego - przede wszystkim zaś obniżenie liczby samobójstw - wymaga ciągłych działań na rzecz promocji i ochrony zdrowia psychicznego, nastawionych szczególnie na grupy społecznie i ekonomicznie upośledzone. Dobre programy społeczne w miejscu zamieszkania i w środowisku pracy mogą pomóc ludziom w odzyskaniu poczucia więzi, w budowaniu i utrzymaniu wzajemnego wsparcia w relacjach społecznych oraz radzeniu sobie w sytuacjach stresogennych. Wyszkolenie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej we wczesnym wykrywaniu depresji i zastosowanie w porę odpowiedniego leczenia może przyczynić się do znacznego obniżenia wskaźnika samobójstw. Miejsca terapii dla osób chorych psychicznie, jakimi w wielu krajach są zakłady i szpitale psychiatryczne, należałoby zastąpić oddziałami psychiatrycznymi w szpitalach ogólnych oraz odpowiednio rozbudowaną siecią poradni w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych³, liczba osób starszych, w tym przewlekle chorych i wymagających wsparcia, stale rośnie, niosąc za sobą ogromne wyzwanie zapewnienia tym osobom świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Należy również mieć na względzie, że wskaźniki liczby łóżek w stacjonarnych formach opieki długoterminowej, a także liczby osób powyżej 65 roku życia objętych taką formą opieki, są dużo niższe w porównaniu z innymi krajami rozwiniętymi. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż bardzo obecnie rozwinięta opieka nieformalna będzie ulegała ograniczeniu, w związku ze zmianą stylu życia młodych ludzi czy modelu rodziny. Dlatego też niezwykle istotne jest przygotowanie systemu ochrony zdrowia do zachodzących zmian. We wspomnianym dokumencie rekomenduje się przynajmniej utrzymanie obecnego poziomu objęcia opieką pacjentów jej wymagających co, przy rosnącej liczbie osób starszych, przekłada się na nominalny wzrost liczby udzielanych świadczeń. Niezbędne jest również wyrównanie różnic w dostępie do opieki długoterminowej w województwach o niższej niż średnia w kraju liczbie osób objętych opieką na 100 tys. ludności, ze szczególnym uwzględnieniem populacji osób powyżej 65. roku życia.

Z kolei ratownictwo medyczne uznać należy za dziedzinę priorytetową w systemie ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę funkcje, jakie realizuje. Należą do nich: (1) udzielanie natychmiastowej pomocy w sytuacjach zagrożenia życia, (2) odciążanie szpitalnych oddziałów ratunkowych, (3) koordynacja działań ratunkowych w sytuacjach wymagających współdziałania wielu służb, (4) edukacja w zakresie zasad udzielania pierwszej pomocy. Jego skuteczność zależy od profesjonalizmu ratowników, nowoczesnego sprzętu oraz dobrej organizacji i współpracy z innymi służbami.

Szpitalne Oddziały Ratunkowe i Izby Przyjęć są fundamentem systemu opieki zdrowotnej, zapewniając szybkie i efektywne leczenie pacjentom w stanach nagłych i pilnych. Dzięki zaawansowanej diagnostyce, skutecznemu triage'owi i ścisłej współpracy z innymi jednostkami medycznymi, odgrywają kluczową rolę w ratowaniu życia i zdrowia pacjentów. SOR są wyposażone w nowoczesny sprzęt diagnostyczny, taki jak tomografy komputerowe, ultrasonografy i laboratoria analityczne, co pozwala na szybkie postawienie diagnozy. Pacjenci są stabilizowani, a ich stan jest monitorowany do momentu, gdy mogą być przeniesieni na odpowiedni oddział lub wypisani do domu. SOR pełnią także kluczową rolę w zarządzaniu masowymi zdarzeniami, takimi jak wypadki drogowe, katastrofy naturalne, ataki terrorystyczne. Mają plany awaryjne i są w stanie szybko zmobilizować dodatkowe zasoby medyczne.

Izby Przyjęć są często pierwszym punktem kontaktu pacjentów ze szpitalem, zwłaszcza w przypadkach mniej pilnych niż te, które trafiają bezpośrednio na SOR. Mogą przyjmować pacjentów skierowanych przez lekarzy rodzinnych, specjalistów lub przychodnie.

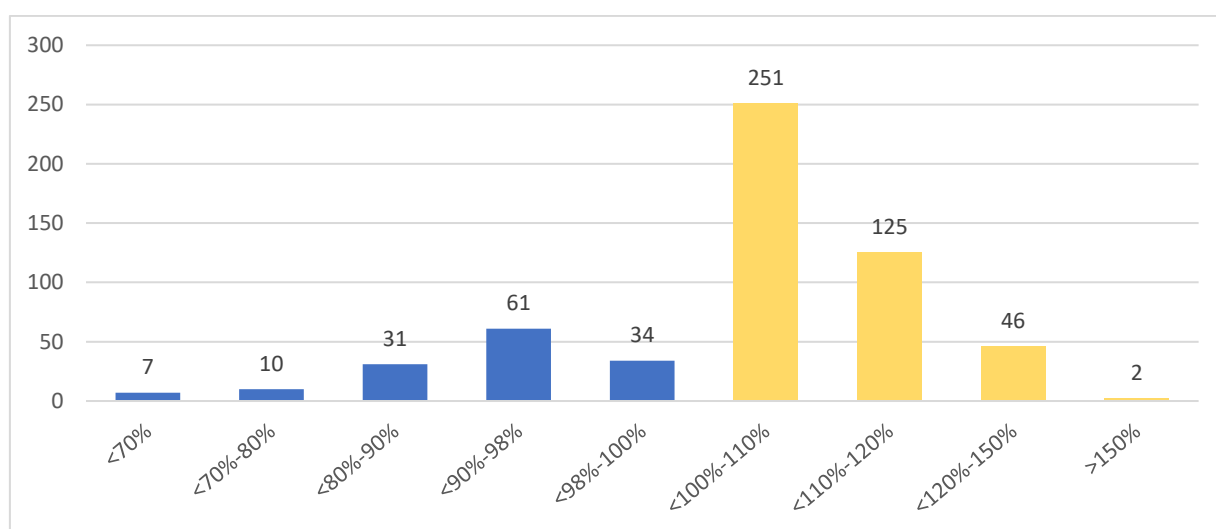
³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 69)

W związku z powyższym w trakcie prac analitycznych, w drodze konsultacji z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także na podstawie postulatów zgłaszanych przez środowiska eksperckie i świadczeniodawców, zidentyfikowano obszary świadczeń, które wymagają podjęcia pilnej interwencji w celu zwiększenia poziomu finansowania. Do obszarów tych należą:

- opieka psychiatryczna dla dzieci i dorosłych,
- opieka długoterminowa w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnarska opieka domowa,
- świadczenia stomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym,
- ratownictwo medyczne i transport sanitarny,
- szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć, w tym psychiatryczne.

3.6. Wykonanie ryczałtu PSZ za I kwartał 2024 roku

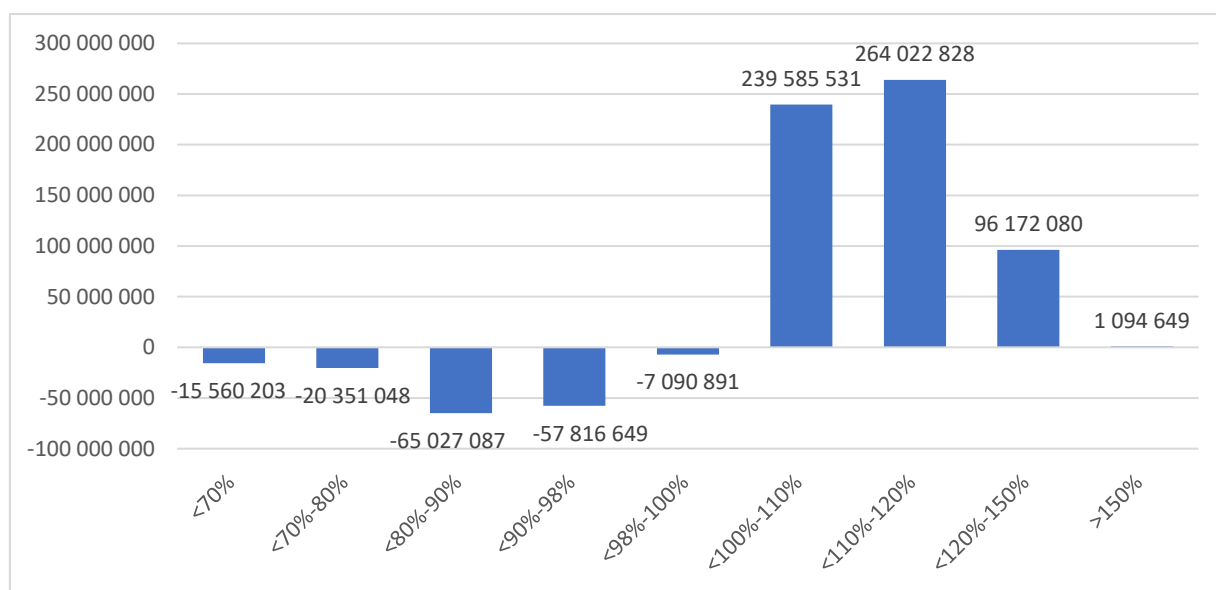
Na podstawie danych przekazanych przez NFZ dokonano analizy dotyczącej poziomu realizacji ryczałtu PSZ za pierwsze 3 miesiące 2024 r. Poziom realizacji został podzielony na przedziały. Rysunek nr 6 przedstawia liczbę podmiotów w każdym z wyodrębnionych przedziałów.



Rysunek 6 Liczba świadczeniodawców w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji ryczałtu PSZ za styczeń - marzec 2024 r.

Źródło: opracowanie NFZ

Rysunek nr 7 prezentuje sumę kwot niewykonania oraz przekroczenia limitu PSZ za pierwsze 3 miesiące 2024 r. we wskazanych wyżej przedziałach.

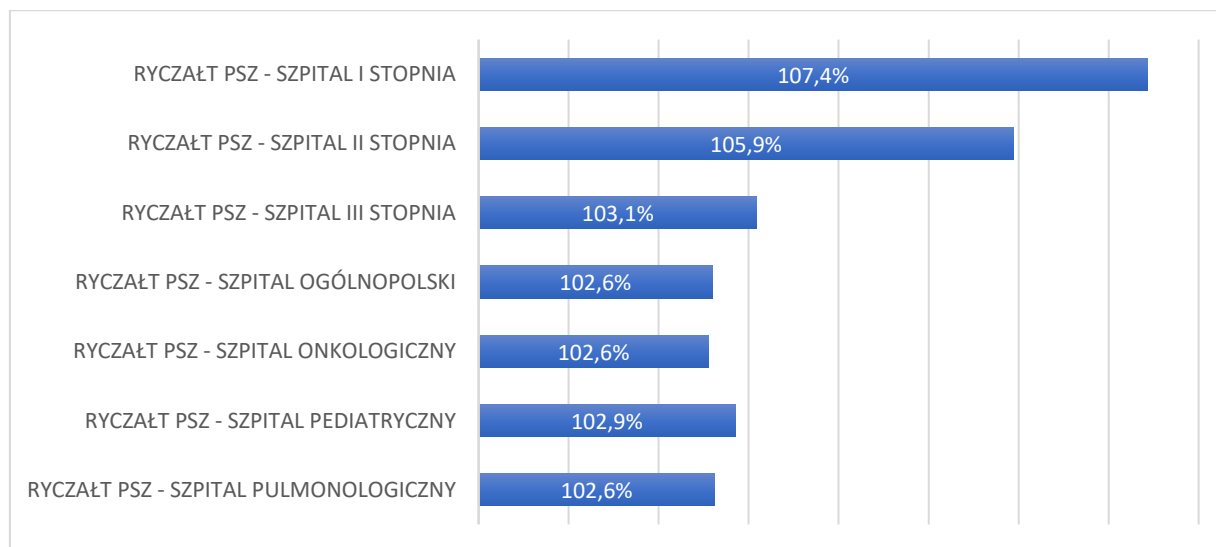


Rysunek 7 Wartość niewykonania albo przekroczenia ryczału PSZ w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji za syczeń - marzec 2024 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na powyższych rysunkach widać, że większość podmiotów przekroczyła kwartalną wartość ryczałów PSZ, a kwota tego przekroczenia przekracza nawet 50%.

Na rysunku nr 8 przedstawiono poziom wykonania ryczału PSZ w pierwszym kwartale 2024 roku w podziale na kategorie w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.



Rysunek 8 Poziom wykonania ryczału PSZ w pierwszym kwartale 2024 roku w podziale na kategorię w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

3.7. Wykonanie umów z NFZ w pozostałych zakresach świadczeń w pierwszym kwartale 2024 roku

Analizie poddano również przekazane przez NFZ dane dotyczące wartości świadczeń ponadumownych w pozostałych grupach zakresów świadczeń, w pierwszym kwartale 2024 roku, według stanu na dzień 20 maja 2024 roku.

Udział „nadwykonań” w stosunku do wartości zawartych umów, we wskazanych w tabeli nr 9 grupach zakresów, wyniósł od 0,5% do 93% (średnio 19%). Największe wartości odnotowano w grupach zakresów 63 - system robotowy (93%) i 22 - REH - fizjoterapia domowa (65%), najmniejsze zaś w grupach zakresów 39 - sanatorium ambulatoryjnie (0,5%), 52 - SZP - poza ryczałtem – neonatologia (2,3%).

Należy jednak pamiętać, że poziom realizacji świadczeń zależy od wielu czynników i będzie ulegał zmianie w trakcie kolejnych miesięcy.

Tabela 9 Dane dotyczące wartości świadczeń ponadumownych w wybranych grupach zakresów świadczeń w pierwszym kwartale 2024 roku

Nazwa grupy	Wartość umowy na I KW 2024 R.* (W Zł)	Nadwykonania I KW 2024 R. (W Zł)	% Udział nadwykonań w wartości umów
03 - AOS - porady	3 088 905 895	545 414 804	18%
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe	579 833 089	118 240 060	20%
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe	157 860 973	57 401 607	36%
07 - SZP - hospitalizacja planowa	134 183 599	30 356 566	23%
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"	152 959 852	55 862 396	37%
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	632 479 954	229 163 617	36%
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka chemioterapia/ programy lekowe	651 541 680	97 003 850	15%
14 - SZP - radioterapia	426 857 344	72 132 684	17%
14a - SZP - radioterapia protonowa	5 850 151	3 245 514	55%
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych	651 820 662	34 472 490	5%
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci	85 447 237	2 444 251	3%
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych	180 197 435	35 444 843	20%
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci	104 294 173	2 632 510	3%
19 - PSY - psychiatria sądowa	85 500 625	4 061 542	5%
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna	595 495 369	102 113 689	17%
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna	590 196 905	307 381 930	52%
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci	125 987 057	6 741 651	5%
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym	153 480 839	39 946 017	26%
22 - REH - fizjoterapia domowa	113 306 587	73 376 719	65%
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką	12 092 664	1 122 844	9%
24 - STM	769 928 506	155 435 296	20%
25 - STM - protetyka i ortodoncja	121 959 869	9 328 256	8%
26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL	622 836 599	56 411 743	9%
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgniarstwa domowa	192 605 788	13 329 128	7%
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa	106 163 756	25 904 705	24%
29 - OPH - opieka hospicyjna	413 769 221	53 590 582	13%
30 - PRO - profilaktyka	116 271 012	16 555 305	14%
36 - SOK - inne świadczenia domowe	103 819 242	38 250 620	37%

Nazwa grupy	Wartość umowy na I KW 2024 R. * (W Zł)	Nadwykonania I KW 2024 R. (W Zł)	% Udział nadwykonan w wartości umów
39 - sanatorium ambulatoryjnie	3 706 749	18 620	1%
40 - inne - głównie SOK	158 855 053	37 539 840	24%
41 - dializoterapia	480 068 862	19 483 632	4%
42 - KOC	202 156 865	21 552 164	11%
46 - KAOS	4 412 034	9 507	0%
47 - PSY dzienne dorosłych	57 073 033	9 994 594	18%
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie	72 514 692	3 370 085	5%
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)	32 491 200	7 724 633	24%
51 - SZP - pediatria	1 709 671 591	89 008 449	5%
52 - SZP - poza ryczałtem - KON	327 628 293	108 603 158	33%
52- SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał	159 848 347	36 385 994	23%
52 - SZP - poza ryczałtem - neonatologia	583 477 147	13 430 401	2%
52 - SZP - poza ryczałtem - onkologia	910 263 802	274 899 250	30%
52 - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka	1 645 039	711 110	43%
52 - SZP - poza ryczałtem - porody	329 810 329	15 454 345	5%
52 - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia	176 974 719	45 650 360	26%
52 - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne	92 643 051	33 146 840	36%
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma	143 075 147	17 426 644	12%
52 - SZP - poza ryczałtem - zawały	199 569 194	20 385 125	10%
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka	9 550 731	2 225 458	23%
55 - SOK - pompa insulinowa	11 483 662	443 089	4%
56 - SOK - poza ryczałt	46 625 921	6 053 449	13%
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu	281 778 726	22 039 107	8%
58 - SZP - pozostałe	275 398 276	159 654 968	58%
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby	297 473 589	73 852 915	25%
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe	3 606 862	165 019	5%
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka	90 166 246	24 279 287	27%
63 - system robotowi	42 942 294	39 952 090	93%
64 - PSY - psychiatria środowiskowa	118 461 880	7 377 485	6%

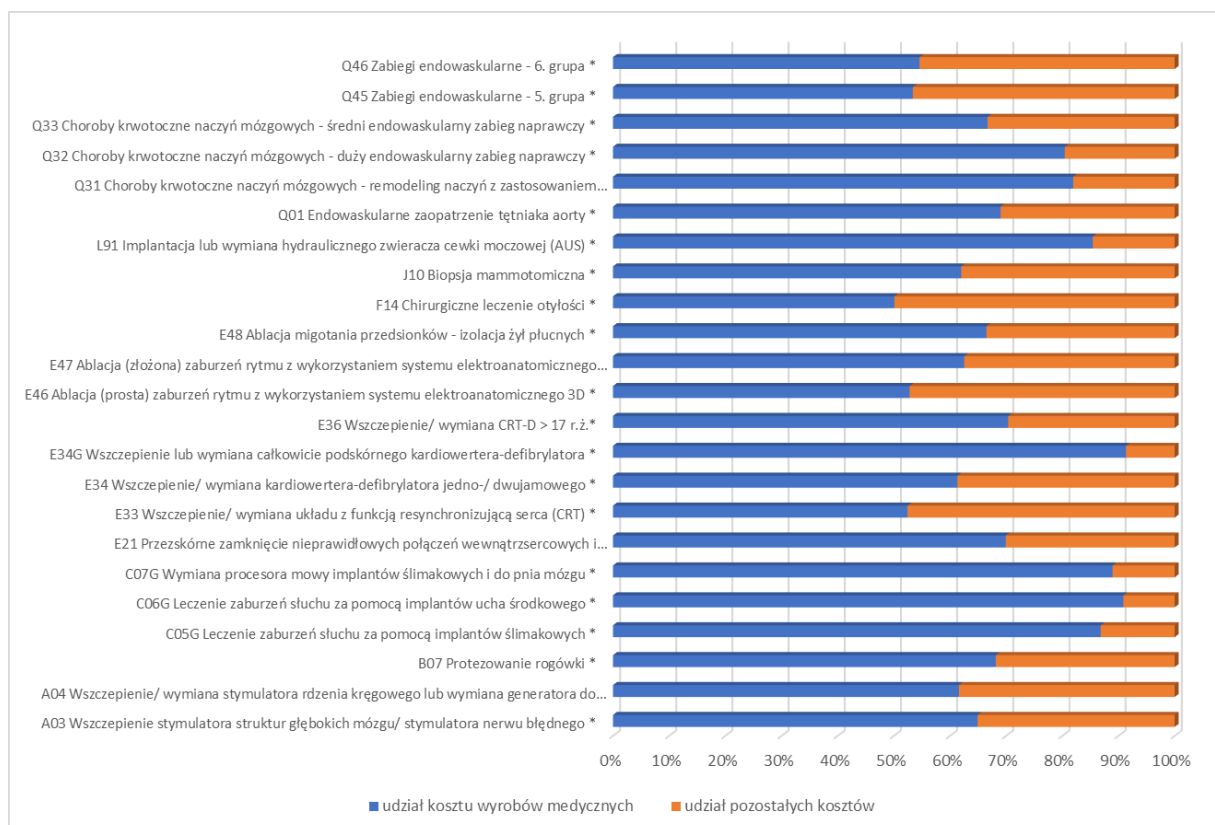
* aktualna wartość planu rzeczowo-finansowego umowy na okres I-III 2024 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

3.8. Inne istotne analizy

3.8.1. Udział kosztów osobowych w wybranych świadczeniach związanych z użyciem kosztownych wyrobów medycznych

Na podstawie analiz danych kosztowych, prowadzonych na potrzeby wyceny i określania taryf świadczeń, wytypowano JGP, o największym udziale kosztów wyrobów medycznych, przekraczającym 50% całkowitego kosztu świadczenia. Zestawienie tych JGP przedstawia poniższy rysunek.



Rysunek 9 Rozkład udziału kosztów wyrobów medycznych i pozostałych kosztów w całkowitym koszcie świadczenia.
Źródło: opracowanie własne

Z przeprowadzonej analizy wynika, że udział kosztów wyrobów medycznych w koszcie świadczenia we wskazanych JGP wynosi od 52% do 91%, średnio zaś wyniósł 69%. W związku z powyższym w zakresach dedykowanych świadczeniom związanym z użyciem kosztownych wyrobów, również pomp insulinowych i baklofenowych, określono średni udział pozostałych kosztów na poziomie 40% i od tej wartości obliczano wskaźnik wzrostu wartości umów z NFZ pozwalający na pokrycie wzrostu kosztów osobowych.

3.8.2. Fizjoterapia w warunkach domowych

Dokonano porównania liczby świadczeń dedykowanych fizjoterapii domowej, zrealizowanych zarówno w dedykowanych zakresach, jak i w zakresach związanych z rehabilitacją ambulatoryjną w ramach, których NFZ dopuszcza realizację świadczeń w warunkach domowych. Wyniki za okres pierwszego półrocza 2023 roku obrazuje poniższa tabela.

Tabela 10 Rozkład liczby świadczeń domowych w zakresach dotyczących rehabilitacji domowej oraz ambulatoryjnej w pierwszej połowie 2023 roku.

Kod produktu jednostkowego	Nazwa produktu jednostkowego	Liczba świadczeń sprawozdanych w zakresach rehabilitacji ambulatoryjnej	Liczba świadczeń rozliczonych w zakresach fizjoterapii domowej
5.11.00.0000002	PORADA LEKARSKA REHABILITACYJNA W WARUNKACH DOMOWYCH	86%	14%
5.11.00.0000004	WIZYTA FIZJOTERAPEUTYCZNA W WARUNKACH DOMOWYCH	52%	48%
5.11.00.0000007	PORADA LEKARSKA REHABILITACYJNA KOMPLEKSOWA W WARUNKACH DOMOWYCH	100%	0%

Kod produktu jednostkowego	Nazwa produktu jednostkowego	Liczba świadczeń sprawozdanych w zakresach rehabilitacji ambulatoryjnej	Liczba świadczeń rozliczonych w zakresach fizjoterapii domowej
5.11.01.0000093	FIZJOTERAPIA REALIZOWANA W WARUNKACH DOMOWYCH PIERWSZE 30 MINUT	47%	53%
5.11.01.0000094	FIZJOTERAPIA REALIZOWANA W WARUNKACH DOMOWYCH KOLEJNE 30 MINUT	48%	52%
5.11.01.0000095	FIZJOTERAPIA REALIZOWANA W WARUNKACH DOMOWYCH KOLEJNE 15 MINUT	62%	38%
RAZEM		51%	49%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Z powyższych danych wynika, że liczba świadczeń udzielanych w warunkach domowych, ale realizowanych w zakresach rehabilitacji ambulatoryjnej jest niemal taka sama, bądź większa, jak w przypadku dedykowanych zakresów fizjoterapii domowej.

W projekcie zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 18 kwietnia 2024 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, dla świadczeniodawców realizujących świadczenia fizjoterapii domowej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej wyodrębniono w umowie zakres skojarzony "świadczenia fizjoterapii domowej w ambulatorium" oraz "świadczenia fizjoterapii domowej w ambulatorium dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności". Zakresy te, na potrzeby wydania Rekomendacji, włączone zostały do nowej grupy zakresów 22a - REH - fizjoterapia domowa w ambulatorium.

3.8.3. Chirurgia robotowa

W toku prac związanych z rozszerzeniem wskazań zastosowania systemu chirurgicznego da Vinci w 2023 roku, dokonano reoceny w zakresie kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców względem taryfy obowiązującej w przypadku leczenia nowotworu złośliwego gruczołu krokowego.

Przeprowadzone analizy wskazują, iż obecny poziom refundacji w grupie L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego * jest wyższy aniżeli ponoszone koszty, co ma związek ze wzrostem ceny punktu na przestrzeni ostatnich lat oraz wysokim udziałem kosztów wyrobów medycznych w koszcie całkowitym świadczeń z tego obszaru. Obecnie (wg cen jednostki rozliczeniowej obowiązującej do 30.06.2024 r.) świadczenia rozliczane są w oparciu o niżej wskazane produkty:

- L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego * - aktualny poziom refundacji ok. 32 144 zł,
- M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego* - aktualny poziom refundacji ok. 32 909 zł,
- F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego* - aktualny poziom refundacji ok. 37 185 zł,

Udział kosztów wyrobów medycznych oraz kosztów związanych z użytkowaniem systemu robotycznego wynosi od 41% w przypadku operacji nowotworu jelita grubego i macicy do ponad 52% w przypadku operacji gruczołu krokowego. Mając na uwadze powyższe, wskaźnik wzrostu wartości

umów z NFZ pozwalający na pokrycie wzrostu kosztów osobowych oszacowano w sposób analogiczny jak dla świadczeń wskazanych w punkcie 3.8.1.

3.8.4. Protonoterapia

Prowadzone analizy dotyczące weryfikacji wyceny świadczeń opieki zdrowotnej terapii protonowej wskazują na duże zróżnicowanie między obecnie obowiązującymi taryfami i kosztami ponoszonymi z tytułu realizacji ww. świadczeń. Poziom przeszacowania, w zależności od produktu jednostkowego, wynosi od 9% do 15%. Związane jest to przede wszystkim z corocznym wzrostem cen jednostek rozliczeniowych, a także wzrostem liczby udzielanych świadczeń, co obniża koszty stałe w przeliczeniu na jednostkowy koszt wytworzenia świadczenia. Należy wskazać, iż na podstawie rozszerzenia listy wskazań do radioterapii protonowej, które miało miejsce w styczniu 2023 roku, nastąpił ponad 60% wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych do terapii. Ponadto, z danych finansowo-księgowych za rok 2023, przekazanych przez Instytut Fizyki Jądrowej, który realizuje przedmiotowe świadczenia w charakterze podwykonawcy wynika, że koszty osobowe stanowiły 38% całości kosztów funkcjonowania ośrodka związanych z radioterapią nowotworów poza narządem wzroku. Mając na uwadze powyższe, wskaźnik wzrostu wartości umów z NFZ pozwalający na pokrycie wzrostu kosztów osobowych oszacowano w sposób analogiczny jak dla świadczeń wskazanych w punkcie 3.8.1.

3.9. Metodyka wyliczania wzrostu wartości umów z NFZ w poszczególnych grupach zakresów

Podmiotom, które przekazały dane w ankietach i których dane zostały włączone do analizy, do poszczególnych grup zakresów zostały przyporządkowane wartości umów zawartych z NFZ na rok 2024, z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii. Wartości wynagrodzeń przed i po zmianie wynikającej z przepisów ustawy przypisane zostały dla każdego podmiotu taką proporcją, jaka wynikała z udziału umów z NFZ w danej grupie zakresów. Dla każdej z grup zakresów, dla podmiotów, które przekazały dane, wyliczono udział wynagrodzeń w wartości umów z NFZ. Następnie wszystkie umowy z NFZ dla wszystkich świadczeniodawców ze wskazanymi wyżej wyłączeniami, zostały przypisane do poszczególnych grup zakresów. Na podstawie wyliczonego dla posiadanej próby danych, udziału wynagrodzeń w kwocie umów z NFZ, zostały przeliczone niezbędne wzrosty wynagrodzeń dla wszystkich podmiotów. Dla umów w zakresach, w których jednostką rozliczeniową jest miara inna niż ryczałt, wartości umowy w danej grupie zakresów zostały zwiększone o średnią wartość, o jaką wzrosła cena jednostki rozliczeniowej w danej grupie zakresów. W przypadku, gdy jednostką rozliczeniową jest ryczałt, został skalkulowany procent wskaźnika wzrostu, o który należy zwiększyć wartość zobowiązania NFZ. Rozwiązanie przyjęte dla ryczałtu PSZ zostało szczegółowo opisane poniżej w podpunkcie d.

Z uwagi na ograniczenia wynikające ze sposobu zbierania danych, otrzymanych wyników, błędów w ankietach, wzrost wynagrodzeń dla umów o pracę dla poszczególnych grup zakresów został zwiększony o poziom ufności przyjęty jako minimalnie wynoszący 95% wartości umowy w danej grupie zakresów.

Analogiczny sposób postępowania przyjęto w odniesieniu do wzrostu wynagrodzeń w pozostałych formach zatrudnienia, inflacji oraz dodatkowych wzrostów w wybranych obszarach świadczeń.

Reasumując, wzrosty wyliczane są według następujących wzorów:

a) Dla zakresów rozliczanych ryczałtem poza systemem PSZ lub kapitulacyjną stawką roczną:

$$\text{ryczałt po zmianie} = \text{ryczałt przed zmianą} * \text{wskaźnik wzrostu wartości umowy}$$

b) Dla zakresów rozliczanych ceną jednostkową jednostki rozliczeniowej i nie występuje wskaźnik wzrostu wartości umów:

$$\text{cena końcowa jednostki rozliczeniowej} = \text{cena początkowa jednostki} + \text{wartość wzrostu jednostki rozliczeniowej}$$

(jeżeli cena początkowa jednostki rozliczeniowej jest niższa niż określona cena minimalna jednostki rozliczeniowej to brana pod uwagę jest cena minimalna jednostki rozliczeniowej)

c) Dla zakresów rozliczanych ceną jednostkową jednostki rozliczeniowej i występuje wskaźnik wzrostu wartości umów:

$$\text{cena końcowa jednostki rozliczeniowej} = \text{cena początkowa jednostki} + \text{wartość wzrostu jednostki rozliczeniowej}$$

(jeżeli cena początkowa jednostki rozliczeniowej jest niższa niż określona cena minimalna jednostki rozliczeniowej to brana pod uwagę jest cena minimalna jednostki rozliczeniowej)

Dodatkowo ustala się kwotę zobowiązania na okres począwszy od dnia 01 lipca 2024 r. wynikającą ze wskaźnika wzrostu wartości umów z NFZ (na dzień 30.06.2024 r.), która przeliczana jest na liczbę jednostek rozliczeniowych, zgodnie z ceną jednostki rozliczeniowej wynikającą z Rekomendacji.

d) Dla ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) nowa wartość zobowiązania składa się z następujących elementów:

- nowa cena jednostki sprawozdawczej, wyliczona zgodnie z § 2 pkt 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 70)
- wzrost kwoty zobowiązania wynikający z komponentów innych niż wzrost minimalnego wynagrodzenia.

3.10. Ograniczenia analizy

Do głównych ograniczeń przeprowadzonych analiz należą:

- Zróżnicowane wielkości próby danych uzyskanych od świadczeniodawców w ujęciu dominującego rodzaju udzielanych świadczeń.
- Pomimo rozbudowanych reguł walidacyjnych, brak możliwości dokładnego zweryfikowania, czy przekazane dane o wynagrodzeniach nie zawierają błędów oraz czy są kompletne.
- Pomimo takiego wymogu wyrażonego we wniosku o udostępnienie danych, brak możliwości dokładnego zweryfikowania, czy przekazane dane obejmują wyłącznie pracowników związanych z realizacją świadczeń w ramach umów z NFZ oraz czy wymiar ich zatrudnienia odnosi się

wyłącznie do realizacji tych świadczeń. Z uwagi na ograniczenia wynikające ze sposobu zbierania danych, otrzymanych wyników i błędów w ankietach.

- Dla osiągnięcia precyzji analiz wszystkie obliczenia zostały przeprowadzone bez zastosowania zaokrągleń (w tym oszacowanie skutków finansowych), natomiast finalne wartości jednostek rozliczeniowych (wyrażone w punktach) zostały zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku na poziomie podmiotu i grup zakresów. Może to powodować różnice w oszacowaniach skutków finansowych na poziomie świadczeniodawców, jednak ich wysokość jest minimalna.

Wskazane powyżej elementy są konsekwencją stosowanej metodyki szacowania kosztów w warunkach ograniczeń dostępu do kompletnych danych finansowo-księgowych jednostek.

4. Oszacowanie zmiany poziomu finansowania świadczeń przez NFZ

Oszacowania zmiany poziomu finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia dokonano w trzech narastających wariantach:

1. **Wariant 1.** Uwzględnienie we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutków realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw oraz określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów.
2. **Wariant 2.** Wariant 1 oraz dodatkowo uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych form zatrudnienia, wzrostu inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, w tym istotnych dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu.
3. **Wariant 3.** Wariant 2 oraz dodatkowe zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych w ryczałcie PSZ oraz liczby jednostek rozliczeniowych w obszarach o największym potencjale do wzrostu liczby realizowanych świadczeń, co do których jednocześnie wystąpiły największe różnice pomiędzy wartością zawartych umów na okres styczeń-marzec 2024, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie.

Niezależnie od przyjętego wariantu, dla każdej grupy zakresów obliczono średnią cenę jednostki rozliczeniowej, która stanowi podstawę do wyliczeń wzrostu wartości jednostek rozliczeniowych. W przypadku grupy zakresów **58 - SZP - pozostałe ustalono nową minimalną cenę wyjściową** wynikającą z analizy rozkładu cen jednostek rozliczeniowych, na poziomie wartości dominującej.

4.1. Wariant 1

Średnie wynagrodzenie na etat z uwzględnieniem wzrostów wynagrodzenia wynikających z ustawy o wynagrodzeniach przedstawiono w tabelach 11 i 12.

Tabela 11 Średnie wynagrodzenie zasadnicze na etat z uwzględnieniem wzrostów wynagrodzenia wynikających z ustawy o wynagrodzeniach

Grupa zawodowa	Liczba osób	Suma etatów	Śr. wyn. zasad. na etat przed 01.07.2024	Śr. wyn. zasad. na etat od 01.07.2024	Śr. wyn. zasad. na etat - zmiana	% zmiana średniego wyn. zasad.
1	23 501	19 622	10 983	11 617	634	5,77%
2	40 149	38 943	8 304	9 286	982	11,82%
3	17 610	17 220	8 824	9 337	512	5,81%
4	4 664	4 642	6 113	6 846	733	11,99%
5	75 886	73 097	6 688	7 395	707	10,57%
6	87 313	84 682	6 132	6 793	661	10,77%
7	22 279	21 649	5 481	6 175	694	12,67%
8	4 177	3 706	7 660	8 439	780	10,18%

Grupa zawodowa	Liczba osób	Suma etatów	Śr. wyn. zasad. na etat przed 01.07.2024	Śr. wyn. zasad. na etat od 01.07.2024	Śr. wyn. zasad. na etat - zmiana	% zmiana średniego wyn. zasad.
9	32 281	31 392	5 096	5 657	561	11,02%
10	32 351	31 659	4 281	4 685	404	9,43%
RAZEM	340 211	326 613	6 688	7 358	670	10,02%

Źródło: opracowanie własne

Tabela 12 Średnie wynagrodzenie na etat z dodatkami i narzutami z uwzględnieniem wzrostów wynagrodzenia wynikających z ustawy o wynagrodzeniach

grupa zawodowa	Liczba osób	Suma etatów	Śr. z dodatków na etat przed 01.07.2024	Śr. z dodatków na etat od 01.07.2024	Śr. z narzutów na etat przed 01.07.2024	Śr. z narzutów na etat od 01.07.2024	Śr. z wynagrodzeń na etat przed 01.07.2024	Śr. z wynagrodzeń na etat od 01.07.2024	Śr. wynagrodzenia z narzutami na etat - zmiana	% zmiana wynagrodzeń z narzutami
1	23 501	19 622	8 177	8 825	3 773	4 025	22 933	24 271	1 337	5,83%
2	40 149	38 943	3 722	4 153	2 390	2 671	14 416	16 091	1 675	11,62%
3	17 610	17 220	5 496	5 940	2 966	3 160	17 286	18 267	981	5,67%
4	4 664	4 642	1 506	1 685	1 567	1 755	9 187	10 284	1 098	11,95%
5	75 886	73 097	2 353	2 600	1 778	1 966	10 818	11 954	1 136	10,50%
6	87 313	84 682	2 467	3 446	1 673	2 006	10 272	11 386	1 114	10,85%
7	22 279	21 649	1 319	1 585	1 332	1 518	8 132	9 156	1 024	12,59%
8	4 177	3 706	1 520	1 693	1 831	2 017	11 010	12 067	1 057	9,60%
9	32 281	31 392	847	944	1 158	1 286	7 101	7 883	783	11,02%
10	32 351	31 659	1 075	1 185	1 038	1 138	6 394	7 005	611	9,56%
RAZEM	340 211	326 613	2 755	3 221	1 862	2 089	11 305	12 412	1 108	9,80%

Źródło: opracowanie własne

Wynik analizy dla pracowników zatrudnionych na podstawie umów o pracę, kwalifikujących się do minimalnego wzrostu wynagrodzenia z zastosowaniem współczynnika wskazanego w załączniku nr 1 oraz art. 5 ustawy o wynagrodzeniach, wzmocniony uwzględnieniem dodatkowych środków niezbędnych na nagrody jubileuszowe, odprawy emerytalne, 13-nastki, wzrost funduszu socjalnego pokazał, że realizacja przepisów wskazanego aktu prawnego wiązać się będzie ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o **7,55 mld zł.** w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie Rekomendacji, co stanowi **5,49%** wartości umów z NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii). Wzrost ten został wyliczony na podstawie zastosowanych współczynników wzrostu wynagrodzeń dla poszczególnych grup zakresów, a wielkość wzrostu jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów i jest przedstawiona w Tabeli nr 13.

Tabela 13 Wielkości wzrostu jednostek rozliczeniowych w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów.

Nazwa grupy	Ustalona minimalna nowa cena wyjściowa	Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w PLN [dla jednostek wyrażonych w pkt]	Zmiana wartości jednostki rozliczeniowej w % [dla jednostek będących ryczałtem]
01 – POZ			4,50%
01a - POZ – medycyna szkolna			5,95%

Nazwa grupy	Ustalona minimalna nowa cena wyjściowa	Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w PLN [dla jednostek wyrażonych w pkt]	Zmiana wartości jednostki rozliczeniowej w % [dla jednostek będących ryczałtem]
01b - POZ - budżet powierzony			4,49%
02 – NiŚOZ			6,19%
03 - AOS - porady		0,09	
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe		0,06	
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe		0,08	
06 – SZP		0,11	
06a - SZP - par 3BA OWU		0,11	
07 - SZP - hospitalizacja planowa		0,06	
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"		0,05	
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby		0,03	
12 - SOR/ IP			5,91%
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka chemioterapia/ programy lekowe		0,08	
14 - SZP - radioterapia		0,06	
14a - SZP - radioterapia protonowa		0,03	2,20%
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych		1,58	
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci		0,98	
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych		0,71	
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci		0,70	
19 - PSY - psychiatria sądowa		2,10	
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna		0,14	
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna		0,10	
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci		0,15	
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym		0,10	
22 - REH - fizjoterapia domowa		0,08	
22a - REH - fizjoterapia domowa w ambulatorium		0,10	
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką		0,07	
24 – STM		0,10	
25 - STM - protetyka i ortodoncja		0,13	
26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL		3,73	
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgniarstwa domowa		1,86	
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa		0,87	
29 - OPH - opieka hospicyjna		5,14	
30 - PRO - profilaktyka		0,50	
31 - karetki i transport sanitarny			5,20%
34 - programy pilotażowe			6,14%
35 - program pilotażowy CZP			6,18%

Nazwa grupy	Ustalona minimalna nowa cena wyjściowa	Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w PLN [dla jednostek wyrażonych w pkt]	Zmiana wartości jednostki rozliczeniowej w % [dla jednostek będących ryczałtem]
36 - SOK - inne świadczenia domowe		0,01	
37 - sanatorium szpital		17,28	
38 - sanatorium uzdrowisko		10,43	
39 - sanatorium ambulatoryjnie		5,17	
40 - inne - głównie SOK		0,05	2,92%
41 - dializoterapia		0,04	
42 – KOC		0,09	
44 - PSY - izba przyjęć			7,36%
45 - STM - ryczałty			6,79%
46 - KAOS			5,01%
47 - PSY dzienne dorosłych		0,85	
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie		2,95	
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)		0,49	
51 - SZP - pediatria		0,10	
52 - SZP - poza ryczałtem - KON		0,07	
52 - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał		0,08	
52 - SZP - poza ryczałtem - neonatologia		0,10	
52 - SZP - poza ryczałtem - onkologia		0,08	
52 - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka		0,07	
52 - SZP - poza ryczałtem - porody		0,10	
52 - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia		0,06	
52 - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne		0,06	
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma		0,08	
52 - SZP - poza ryczałtem - zawały		0,07	
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka		0,04	
55 - SOK - pompa insulinowa		0,04	
56 - SOK - poza ryczałt		0,09	
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu		0,10	
58 - SZP - pozostałe	1,66	0,07	
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby		0,03	
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe		0,03	
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka		0,10	
63 - system robotowy		0,03	
64 - PSY - psychiatria środowiskowa		0,22	

Źródło: opracowanie własne

4.2. Wariant 2

W wariantcie tym, poza zwiększeniem cen jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach ze świadczeniodawcami w wybranych grupach zakresów, wynikających ze wzrostu minimalnego wynagrodzenia, dodatkowo oszacowano poziom wzrostu wartości zobowiązań NFZ wynikający ze wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych form zatrudnienia, wskaźnika inflacji, dokonano zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, w tym istotnych dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu.

Wariant zawiera model, w którym zastosowano dwa mechanizmy:

1. wzrost cen jednostek rozliczeniowych wynikający z poziomu wzrostu wartości umów z NFZ w związku ze zmianą wszystkich wskazanych wyżej czynników,
2. wzrost cen jednostek rozliczeniowych związany z realizacją przepisów ustawy o minimalnym wynagrodzeniu oraz przełożenie wzrostu kwot zobowiązania NFZ wynikających z pozostałych czynników na zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych.

Każdą z grup zakresów analizowano pod kątem możliwości potencjalnego zwiększenia wolumenu realizowanych świadczeń. Z mechanizmu wskazanego w punkcie 2 wyłączono obszary, w których jednostką rozliczeniową jest ryczałt z uwagi na to, że co do zasady, jest on należną kwotą pieniężną w wysokości ustalonej z góry, niezależną od liczby wykonanych świadczeń. Tego samego mechanizmu nie zastosowano również do grup zakresów, w których zwiększenie wolumenu realizowanych świadczeń wiąże się z obiektywnymi trudnościami uniemożliwiającymi szybkie i elastyczne dostosowanie zasobów (np. bazy łóżkowej, ograniczonej populacji pacjentów).

Ponadto, dla wybranych grup zakresów zastosowano wskazane niżej dodatkowe mechanizmy.

W obszarach uznanych za priorytetowe wzrost ceny jednostki rozliczeniowej ustalono na większym poziomie niż wynikający z przeprowadzonych analiz bądź zwiększono wskaźnik wzrostu ceny jednostki rozliczeniowej o dodatkowe punkty procentowe. Dotyczy to obszarów takich jak psychiatria dzieci i dorosłych, ratownictwo medyczne, świadczenia stomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym, świadczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnarska opieka długoterminowa domowa, szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć, w tym psychiatryczne.

Ujednolicono ceny jednostki rozliczeniowej z ceną określoną dla ryczałtu PSZ w grupach zakresów takich jak pediatria, neonatologia, porody, KOS-zawał, KON czy okulistyka wydzielona z ryczałtu PSZ, co do których zasadne jest ustalenie analogicznego do PSZ poziomu finansowania.

Dla grup zakresów, w których realizowane są głównie świadczenia wykorzystujące kosztowne wyroby medyczne, określono średni udział pozostałych kosztów (poza kosztami wyrobów medycznych) na poziomie 40% i od tej wartości obliczano wskaźnik wzrostu wartości umów z NFZ pozwalający na pokrycie wzrostu kosztów osobowych. Podstawę do takiego podejścia stanowiły analizy wskazane w rozdziałach 3.8.1., 3.8.3. oraz 3.8.4.

W wybranych grupach zakresów, jak radioterapia protonowa czy fizjoterapia domowa w ambulatorium, poziom wzrostu cen jednostek rozliczeniowych stanowi pochodną przeprowadzonych analiz.

Szczegóły propozycji dla poszczególnych grup zakresów, wynikających z zastosowania tego wariantu przedstawia tabela 14.

Tabela 14 Wielkości wzrostu jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów.

Nazwa grupy	Ustalona minimalna nowa cena wyjściowa	Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w PLN [dla jednostek wyrażonych w pkt]	Wskaźnik wzrostu % kwoty zobowiązania wynikająca ze wzrostu wolumenu świadczeń	Wskaźnik wzrostu wartości umów z NFZ - jednostka rozliczeniowa ryczałt [PLN]
01 - POZ				5,36%
01a - POZ – medycyna szkolna				9,30%
01b - POZ - budżet powierzony				8,00%
02 - NiŚOZ				9,57%
03 - AOS - porady		0,09	3,40%	
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe		0,06	2,68%	
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe		0,08	3,67%	
07 - SZP - hospitalizacja planowa		0,06	3,41%	
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"		0,05	4,47%	
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby		0,03	2,91%	
12 - SOR/ IP				12,39%
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka chemioterapia/ programy lekowe		0,13		
14 - SZP - radioterapia		0,09		
14a - SZP - radioterapia protonowa		0,03		2,09%
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych		2,88		
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci		2,19		
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych		1,35	1,57%	
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci		1,40	1,52%	
19 - PSY - psychiatria sądowa		2,62		
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna		0,21		
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna		0,10	3,08%	
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci		0,21		
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym		0,10	3,17%	
22 - REH - fizjoterapia domowa		0,10	7,14%	
22a - REH - fizjoterapia domowa w ambulatorium		0,06	3,15%	
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką		0,16		
24 - STM		0,13	1,76%	
25 - STM - protetyka i ortodoncja		0,16	1,99%	
26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL		7,19		
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgnarska domowa		6,02		
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa		2,99		

Nazwa grupy	Ustalona minimalna nowa cena wyjściowa	Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w PLN [dla jednostek wyrażonych w pkt]	Wskaźnik wzrostu % kwoty zobowiązania wynikająca ze wzrostu wolumenu świadczeń	Wskaźnik wzrostu wartości umów z NFZ - jednostka rozliczeniowa ryczałt [PLN]
29 - OPH - opieka hospicyjna		8,57		
30 - PRO - profilaktyka		0,99		
31 - karetki i transport sanitarny				11,24%
34 - programy pilotażowe				8,92%
35 - program pilotażowy CZP				8,90%
36 - SOK - inne świadczenia domowe		0,05		
37 - sanatorium szpital		25,84		
38 - sanatorium uzdrowisko		16,37		
39 - sanatorium ambulatoryjnie		7,53		
40 - inne - głównie SOK		0,10		5,95%
41 - dializoterapia		0,07		
42 - KOC		0,14		
44 - PSY - izba przyjęć				13,23%
45 - STM - ryczałty				10,08%
46 - KAOS				7,44%
47 - PSY dzienne dorosłych		1,84		
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie		3,64		
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)		0,96		
52 - SZP - poza ryczałtem - onkologia		0,12		
52 - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka		0,09	1,26%	
52 - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia		0,10		
52 - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne		0,08	0,63%	
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma		0,08	2,66%	
52 - SZP - poza ryczałtem - zawały		0,11		
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka		0,07		
55 - SOK - pompa insulinowa		0,08		
56 - SOK - poza ryczałt		0,12	1,11%	
58 - SZP - pozostałe	1,66	0,10	1,14%	
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby		0,03	2,38%	
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe		0,08		
63 - system robotowy		0,03	3,03%	
64 - PSY - psychiatria środowiskowa		0,91	1,94%	

Źródło: opracowanie własne

W związku ze wskazanymi wcześniej zastosowanymi dodatkowymi mechanizmami, dla wybranych grup zakresów przyjęto ostateczne ceny jednostek rozliczeniowych we wskazanych w poniższej tabeli wartościach.

Tabela 15 Ceny jednostek rozliczeniowych dla wybranych zakresów.

Grupa zakresów	Cena jednostki rozliczeniowej	Wskaźnik wzrostu % kwoty zobowiązania wynikająca ze wzrostu wolumenu świadczeń
06 – SZP	1,84	2,17%*
06a - SZP - par 3BA OWU	1,84	
51 - SZP – pediatria	1,84	1,63%
52 - SZP - poza ryczałtem, w tym:		
Neonatologia	1,84	1,63%
KON - kompleksowa opieka onkologiczna	1,84	0,54%
Porody	1,84	
KOS-zawał	1,84	
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu	1,84	1,63%
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka	1,84	1,63%

Źródło: opracowanie własne.

* 2,17% (w skali roku ryczałt PSZ 2024 – 1,09%, po zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku)

W przypadku ryczałtu PSZ zaleca się przeliczenie wartości zobowiązania w wysokości 2,17% przekładanej na zwiększenie wolumenu jednostek rozliczeniowych na okres II półrocza 2024, co w skali roku stanowi wzrost o 1,09%, po zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.

Wskazane w tabelach 14 i 15 zmiany wiązać się będą ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o **11,9 mld zł**.

Dodatkowo w wybranych obszarach, w których trwają prace taryfikacyjne dokonano wzmocnienia wycen wybranych jednorodnych grup pacjentów. W związku z powyższym mając na uwadze sytuację podmiotów w kontekście rosnących kosztów realizacji świadczeń opracowano propozycję rozwiązania pomostowego, polegającego na nałożeniu współczynników na grupy JGP w ramach projektów będących na zaawansowanym etapie procesu taryfikacji, tj. grup z obszaru:

- Chorób układu nerwowego,
- Chorób żeńskiego układu rozrodczego,
- Położnictwa.

W celu ustalenia wysokości współczynnika korygującego dokonano kalkulacji kosztu pobytu na oddziałach, w ramach poszczególnych grup JGP. Obliczono średni czas hospitalizacji, po odcięciu wartości odstających, dla poszczególnych grup JGP, na podstawie danych o realizacji świadczeń zawartych w bazie NFZ za rok 2022 i pierwszą połowę roku 2023. Na podstawie danych finansowo – księgowych obliczono koszt osobodnia dla poszczególnych JGP, z uwzględnieniem miejsca realizacji świadczeń, zgodnie z kodem resortowym ujętym w zakresie, z którego rozliczano świadczenia. Następnie skalkulowano koszt pobytu jako iloczyn długości hospitalizacji i średniej wysokości osobodnia. Dane uaktualniono mnożnikiem zmian wielkości kosztów do roku 2024, a w analizach uwzględniono zapisy nowelizacji o minimalnym wynagrodzeniu.

Dodatkowo w odniesieniu do grup zabiegowych w analizach uwzględniono koszt związany z przeprowadzeniem operacji obejmujący wynagrodzenia zaangażowanego personelu oraz koszt infrastruktury.

Jednocześnie z uwagi na trwający obecnie proces szczegółowej analizy danych medyczno-kosztowych, w szczególności w zakresie realizowanych procedur oraz stosowanej farmakoterapii, koszty tych elementów na wstępnym etapie analizy porównawczej nie zostały uwzględnione. Zgodnie z metodyką taryfikacji świadczeń wszystkie elementy kosztowe związane z realizacją świadczeń zostaną uwzględnione w ostatecznej taryfie.

Skalkulowane w oparciu o opisaną wyżej metodykę koszty porównano z obecnym poziomem finansowania świadczeń przez NFZ, uwzględniając obowiązującą cenę za punkt.

Z uwagi na trwające prace analityczne i możliwe zmiany w charakterystyce grup, szczególnie w grupach wykazujących wysokie zróżnicowanie w relacji ponoszonych kosztów i obowiązujących taryf, rekomenduje się zastosowanie współczynników na poziomie od 1,15 do 1,5. Powyższe, ma na celu uniknięcia sytuacji, w której wprowadzone taryfy byłyby niższe aniżeli przychód z tytułu zastosowanych współczynników.

Szczegółowe zestawienie wybranych JGP wraz z odpowiadającymi im wartościami współczynników przedstawia poniższa tabela.

Tabela 16 Wartości współczynników korygujących dla wybranych JGP

Nazwa produktu	Wartość współczynnika korygującego
A31 CHOROBY NERWÓW OBWODOWYCH	1,5
A33 ZABURZENIA RÓWNOWAGI	1,5
A34C GUZY MÓZGU I RDZENIA KRĘGOWEGO	1,3
A35C CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN	1,5
A35D CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN>3 DNI	1,3
A56 CHOROBY NERWÓW CZASZKOWYCH	1,5
A58 ENCEFALOPATIA	1,5
A59 BÓLE GŁOWY	1,5
A66 PADACZKA - DIAGNOSTYKA I LECZENIE	1,5
A67 PADACZKA - DIAGNOSTYKA I LECZENIE > 3 DNI	1,15
A76 URAZY GŁOWY Z ISTOTNYM USZKODZENIEM MÓZGU LECZONE ZACHOWAWCZO	1,5
A77 URAZY GŁOWY BEZ ISTOTNEGO USZKODZENIA MÓZGU LECZONE ZACHOWAWCZO	1,5
M03 ŚREDNIE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	1,2
M04 MAŁE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	1,2
M13 DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	1,2
M14 ŚREDNIE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	1,2
N01 PORÓD*	1,3
N02 PORÓD MNOGI LUB PRZEDWCZESNY*	1,2

Źródło: opracowanie własne

Wprowadzenie wyżej wymienionych współczynników korygujących będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami płatnika w wysokości **347,3 mln zł** w ujęciu rocznym.

W 2024 roku zakończone zostały również prace nad ustaleniem taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w obszarze chorób przewodu pokarmowego oraz chorób wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony.

W efekcie przeprowadzonych analiz kosztów, konsultacji z gronem ekspertów, zmian dokonanych w obrębie wybranych JGP, konsultacji publicznych, po wydaniu opinii przez Radę do spraw Taryfikacji, zasadnym jest przyjęcie taryf świadczeń zgodnie z propozycjami ujętymi w poniższej tabeli, odpowiadającymi taryfom świadczeń określonym w projektach obwieszczenia Prezesa Agencji przekazanych Ministrowi Zdrowia do zatwierdzenia pismami Agencji z dnia 28 marca 2024 r. o znaku BP.51.4.2024.MWJ oraz z dnia 9 maja 2024 r. o znaku BP.51.5.2024.MWJ, na podstawie art. 31b ust.11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., oz. 146).

Tabela 17 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
	Grupy JGP	
	F01 Kompleksowe zabiegi przetyku *	17 142
	F02 Duże zabiegi przetyku, w tym protezowanie *	9 560
	F03 Średnie i endoskopowe zabiegi przetyku *	3 799
	F07E Choroby przetyku > 65 r.ż.	3 682
	F07F Choroby przetyku < 66 r.ż.	2 985
	F11E Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż. *	17 736
	F11F Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. *	14 690
	F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy *	7 534
	F14 Chirurgiczne leczenie otyłości *	11 723
	F16E Choroby żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż.	3 668
	F16F Choroby żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż.	2 873
	F21 Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego *	12 273
leczenie szpitalne w obszarze chorób przewodu pokarmowego	F22 Duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego *	10 931
	F26E Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) > 65 r.ż.	4 608
	F26F Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) < 66 r.ż.	3 493
	F36 Choroby jelita grubego	3 105
	F42 Duże zabiegi jamy brzusznej *	7 640
	F43E Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż. *	5 927
	F43F Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż.*	4 989
	F44 Diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej *	1 845
	F46 Choroby jamy brzusznej	2 415
	F47E Choroby infekcyjne jelit > 65 r.ż.	5 940
	F47F Choroby infekcyjne jelit < 66 r.ż.	3 695
	F51 Kompleksowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit *	16 820
	F52 Duże i endoskopowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit *	6 016
	F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż.	7 074
	F58F Choroby zapalne jelit < 66 r.ż.	4 847
	F61 Kompleksowe zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego *	9 763

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
	F62 Duże i endoskopowe lecznicze zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego *	4 557
	F66 Krwawienia z przewodu pokarmowego - leczenie zachowawcze	3 600
	F72 Operacje przepuklin jamy brzusznej z wszczepem *	4 038
	F73 Operacje przepuklin brzusznych *	3 400
	F82 Wycięcie wyrostka robaczkowego z powikłaniami *	5 411
	F83 Wycięcie wyrostka robaczkowego *	4 644
	F86E Choroby wyrostka robaczkowego > 65 r.ż.	4 567
	F86F Choroby wyrostka robaczkowego < 66 r.ż.	3 686
	F93 Średnie zabiegi odbytu *	3 408
	F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy *	2 566
	F96 Choroby odbytu	3 971
	Nowy produkt 1 Małe i diagnostyczne zabiegi górnego odcinka przewodu pokarmowego	1 566
	Nowy produkt 2 Średnie i endoskopowe zabiegi górnego odcinka przewodu pokarmowego	3 754
	Nowy produkt 3 Małe i diagnostyczne zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego	1 793
	Nowy produkt 4 Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego	3 037
	Nowy produkt 5 Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego *	13 566
	Nowy produkt 6 Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego < 18 r.ż. *	14 519
	PZF01 Średnie i endoskopowe zabiegi przełyku < 18 r.ż. *	4 356
	PZF02 Zabiegi lecznicze żołądka i dwunastnicy < 18 r.ż. *	4 606
	PZF03 Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego < 18 r.ż. *	13 865
	PZF05 Duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego < 18 r.ż. *	9 972
	PZF06 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego < 18 r.ż. *	4 118
	PZF07 Duże zabiegi jamy brzusznej < 18 r.ż. *	8 235
	PZF08 Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 18 r.ż. *	4 991
	PZF09 Operacje przepuklin jamy brzusznej z wszczepem < 18 r.ż. *	3 580
	PZF10 Operacje przepuklin brzusznych < 18 r.ż. *	2 728
	PZF11 Wycięcie wyrostka robaczkowego < 18 r.ż. *	6 840
	PZF12 Średnie zabiegi odbytu < 18 r.ż. *	4 381
	Produkt do sumowania	
	Wytworzenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego przeznaczonego do użytku długoterminowego	1 496
leczenie szpitalne w obszarze chorób wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	G01 Rozległe zabiegi wątroby *	16 716
	G11 Kompleksowe zabiegi wątroby *	9 789
	Nowy produkt Duże i średnie zabiegi wątroby* powstały z połączenia grup G12 i G13 oraz procedury 50.296 realizowanej w ramach G11	7 301
	G14 Małe zabiegi wątroby *	1 677
	G16 Ostre choroby wątroby	4 605
	G17 Przewlekłe choroby wątroby z pw > 5 dni	7 454
	G18 Przewlekłe choroby wątroby bez pw	3 536

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
	G21 Kompleksowe zabiegi przewodów żółciowych *	17 749
	G22 Duże zabiegi przewodów żółciowych *	9 686
	G25E Wycięcie pęcherzyka żółciowego > 65 r.ż.*	4 860
	G25F Wycięcie pęcherzyka żółciowego < 66 r.ż.*	3 979
	G26E Choroby dróg żółciowych > 65 r.ż.	4 204
	G26F Choroby dróg żółciowych < 66 r.ż.	3 146
	G28 Nowotwory dróg żółciowych	4 207
	G31G Resekcje trzustki bez zabiegów rekonstrukcyjnych *	12 871
	G31H Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie)*	19 806
	G32 Duże zabiegi trzustki *	10 002
	G33 Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki z wprowadzeniem protezy samorozprężalnej *	9 449
	G34 Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki*	5 576
	G35 Inne zabiegi dróg żółciowych i trzustki *	3 167
	G36 Ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu	13 513
	G37 Ostre zapalenie trzustki	4 995
	G38 Przewlekłe choroby trzustki	4 182
	G42 Zabiegi śledziony *	9 217
	PZG01 Wycięcie pęcherzyka żółciowego < 18 r.ż.*	5 761
	PZG02 Zabiegi śledziony < 18 r.ż.*	9 856

Źródło: opracowanie własne

Wprowadzenie wyżej wymienionych taryf będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami płatnika w wysokości **1 179,6 mln zł** w ujęciu rocznym.

Podkreślić należy, że głównymi realizatorami przedmiotowych świadczeń są podmioty kwalifikowane jako szpitale gminne, powiatowe i miejskie, a więc te, których w największym stopniu dotyka problem pogłębiania się krytycznej sytuacji finansowej. Największy udział realizacji świadczeń z tych dwóch sekcji dotyczy zakresów takich jak choroby wewnętrzne i chirurgia ogólna, zatem podstawowych i kluczowych dla działalności wspomnianych świadczeniodawców.

Wzrost taryf w analizowanych obszarach powinien umożliwić pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców realizujących przedmiotowe świadczenia, pozwalając na zmniejszenie strat przez nich sygnalizowanych, a także zapewnić wyższy standard udzielania przez nich świadczeń. Istotnym elementem jest również wprowadzenie zmian porządkujących w grupach JGP, wśród których wymienić należy połączenie grup podobnych kosztowo a także przeniesienie procedur pomiędzy grupami oraz ustalenie nowych limitów dni finansowanych grupą wraz z waloryzacją wartości punktowej za każdy dzień pobytu ponad limit.

Wszystkie proponowane w wariantcie 2 zmiany wiązać się będą ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o **13,5 mld zł**. w okresie 12 miesięcy od wejścia w życie Rekomendacji, co stanowi **9,80%** wartości umów z NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii).

4.3. Wariant 3

W wariantcie tym, poza zastosowaniem mechanizmów wskazanych w wariantcie 2, uwzględniono dodatkowe zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych w ryczałcie PSZ oraz liczby jednostek rozliczeniowych w obszarach o największym potencjale do wzrostu liczby realizowanych świadczeń, co do których jednocześnie wystąpiły największe różnice pomiędzy wartością zawartych umów na okres styczeń-marzec 2024, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie.

W przypadku ryczałtu PSZ, poza zastosowaniem mechanizmu wskazanego w wariantcie 2 dla wszystkich świadczeniodawców (wzrost kwot zobowiązania NFZ wynikających z czynników innych niż wzrost minimalnego wynagrodzenia na zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych), tym podmiotom, dla których realizacja świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ w okresie styczeń-marzec 2024 przekroczyła 100% 3/12 sumy liczby jednostek sprawozdawczych będących podstawą do ustalenia ryczałtu PSZ na 2024 r. i liczby jednostek sprawozdawczych odpowiadających sumie kwot przyznanych na 2024 r, o których mowa w § 3ba ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. 1194, z późn. zm.), dodatkowo o 60% wielkości tego przekroczenia w skali 6 miesięcy zwiększono liczbę jednostek sprawozdawczych będącą podstawą do ustalenia ryczałtu PSZ na 2024 r.

W tabeli stanowiącej załącznik nr 2 wskazano zakresy, w przypadku których rekomenduje się zastosowanie następującego mechanizmu:

- a) ustalenie różnicy pomiędzy wartością świadczeń zrealizowanych a wartością umowy za okres I kwartału 2024 roku,
- b) jeżeli wartość świadczeń zrealizowanych przekroczyła 100% wartości umowy, zwiększenie wartości umowy o kwotę stanowiącą 60% wartości przekroczenia,
- c) kwota, o której mowa w punkcie b) przeliczana jest na liczbę jednostek rozliczeniowych, zgodnie z ceną jednostki rozliczeniowej wynikającą z Rekomendacji.

Opracowanie wspomnianej propozycji jest pochodną między innymi analizy przekazanych przez NFZ danych o poziomie realizacji umów w pierwszym kwartale roku 2024 w porównaniu z kwotami umownymi określonymi dla analogicznego okresu, co zostało wskazane w rozdziałach 3.6 i 3.7.

Wszystkie proponowane w tym wariantcie zmiany wiązać się będą ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o **15,2 mld zł.** w okresie 12 miesięcy od wejścia w życie Rekomendacji, co stanowi **11,09%** wartości umów z NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii).

Tabela 18 przedstawia łączne skutki dla płatnika w skali roku z uwzględnieniem poszczególnych wariantów:

Tabela 18 Skutki dla płatnika w trzech wariantach

Wariant	Roczny skutek finansowy z tytułu zmiany ceny jednostek rozliczeniowych	Roczny skutek finansowy z tytułu zmiany wolumenu jednostek rozliczeniowych	Roczny skutek zmian w wybranych obszarach wymagających podjęcia pilnej interwencji	Roczny skutek finansowy dodatkowego zwiększenia liczby jednostek rozliczeniowych w wybranych zakresach świadczeń	Roczny skutek finansowy z tytułu zmiany poziomu finansowania	Zmiana roczna*
Wariant 1.	7 547 240 797				7 547 240 797	5,49%
Wariant 2.	10 037 281 413	1 903 185 939	1 526 903 742		13 467 371 094	9,80%
Wariant 3.	10 037 281 413	1 903 185 939	1 526 903 742	1 764 657 571	15 232 028 665	11,09%

*Wartość roczna umowy NFZ z wyłączeniem leków w programach lekowych i substancji czynnych w chemioterapii

5. Załączniki

1. Przyporządkowanie zakresów świadczeń do poszczególnych grup.
2. Zakresy, w których rekomendowane jest dodatkowe zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych.

6. Spis tabel i rysunków

Tabela 1 Liczba podmiotów w odniesieniu do poziomu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ)	8
Tabela 2 Liczba podmiotów w odniesieniu do Oddziału Wojewódzkiego NFZ	9
Tabela 3 Liczba podmiotów w odniesieniu do dominującego rodzaju świadczeń	9
Tabela 4 Liczba podmiotów w odniesieniu do wartości umowy z NFZ	10
Tabela 5 Liczba pracowników z danych zakwalifikowanych do dalszych analiz- wg grup zawodowych i formy zatrudnienia ...	11
Tabela 6 Przekazane dane o wynagrodzeniach pracowników zatrudnionych w ramach wszystkich form zatrudnienia w podziale na grupy zawodowe	12
Tabela 7 Współczynniki do wyliczenia minimalnego wynagrodzenia dla grup zawodowych personelu medycznego.	14
Tabela 8 Rozkład cen jednostek rozliczeniowych dla wybranych grup zakresów zgodnie z obowiązującymi umowami z NFZ na dzień 8 maja 2024	17
Tabela 9 Dane dotyczące wartości świadczeń ponadumownych w wybranych grupach zakresów świadczeń w pierwszym kwartale 2024 roku	24
Tabela 10 Rozkład liczby świadczeń domowych w zakresach dotyczących rehabilitacji domowej oraz ambulatoryjnej w pierwszej połowie 2023 roku	26
Tabela 11 Średnie wynagrodzenie zasadnicze na etat z uwzględnieniem wzrostów wynagrodzenia wynikających z ustawy o wynagrodzeniach	31
Tabela 12 Średnie wynagrodzenie na etat z dodatkami i narzutami z uwzględnieniem wzrostów wynagrodzenia wynikających z ustawy o wynagrodzeniach.....	32
Tabela 13 Wielkości wzrostu jednostek rozliczeniowych w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów.	32
Tabela 14 Wielkości wzrostu jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów.....	36
Tabela 15 Ceny jednostek rozliczeniowych dla wybranych zakresów.	38
Tabela 16 Wartości współczynników korygujących dla wybranych JGP	39
Tabela 17 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.	40
Tabela 18 Skutki dla płatnika w trzech wariantach.....	44

Spis rysunków

Rysunek 1 Struktura zatrudnienia w danych przekazanych przez świadczeniodawców.....	11
Rysunek 2 Procentowy udział wartości wynagrodzeń wg grup zawodowych - wszystkie formy zatrudnienia.....	12
Rysunek 3 Wartościowy udział form zatrudnienia wg grup zawodowych.....	12
Rysunek 4 Struktura wynagrodzenia brutto wg grup zawodowych dla umowy o pracę.	15
Rysunek 5 Struktura kosztów świadczeniodawców.....	19
Rysunek 6 Liczba świadczeniodawców w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji ryczałtu PSZ za 3 mies. 2024 r.	22
Rysunek 7 Wartość niewykonania albo przekroczenia ryczałtu PSZ w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji za 3 mies. 2024 r.	23
Rysunek 8 Poziom wykonania ryczałtu PSZ w pierwszym kwartale 2023 roku w podziale na kategorię w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.....	23
Rysunek 9 Rozkład udziału kosztów wyrobów medycznych i pozostałych kosztów w całkowitym koszcie świadczenia.	26