



Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

Opracowanie
nr WT.543.4.2025

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)

Spis treści

1. Problem decyzyjny	3
2. Źródła danych i metody wyliczeń	4
3. Analiza danych	8
3.1. Ocena i analiza pozyskanych danych	8
3.2. Metodyka wyliczania wzrostu wynagrodzeń z tytułu umów o pracę	15
3.3. Grupowanie zakresów świadczeń	17
3.4. Inne czynniki wpływające na wzrost kosztów działalności operacyjnej podmiotów leczniczych	21
3.5. Obszary świadczeń zidentyfikowane jako wymagające podjęcia pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania	22
3.6. Wykonanie ryczałtu PSZ za I kwartał 2025 roku	24
3.7. Wykonanie umów z NFZ w pozostałych zakresach świadczeń w pierwszym kwartale 2025 roku	25
3.8. Inne istotne analizy	28
3.8.1. Udział kosztów osobowych w kosztach działalności operacyjnej	28
3.8.2. Realizacja zabiegów kompleksowych w szpitalach sieci PSZ	28
3.8.3. Udział kosztów osobowych w wybranych świadczeniach związanych z użyciem kosztownych wyrobów medycznych	29
3.8.4. Chirurgia robotowa	29
3.8.5. Protonoterapia	30
3.8.6. Krew i jej składniki	30
3.9. Metodyka wyliczania wzrostu wartości umów z NFZ w poszczególnych grupach zakresów	31
3.10. Ograniczenia analizy	32
4. Oszacowanie zmiany poziomu finansowania świadczeń przez NFZ	34
4.1. Wariant 1	34
4.2. Wariant 2	35
4.3. Wariant 3	48
5. Załączniki	49
6. Spis tabel i rysunków	50

1. Problem decyzyjny

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia, przekazane pismem znak DLF.7802.1.2025.KA z dnia 28 stycznia 2025 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 z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń, w szczególności w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.*”

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 i udostępnionej przez AOTMiT aplikacji online. W dalszej części raportu zwane danymi z ankiet, w tym:
 - dane za miesiąc luty 2025 r. o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych 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 2024 oraz za okres styczeń - luty 2025, 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 31.12.2024 i 28.02.2025 oraz za analogiczne okresy dane dotyczące wartości kosztów związanych ze zużyciem energii, wyżywieniem pacjentów, wartością nagród rocznych oraz wysokością rezerw na nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne.

W ramach prac związanych z pozyskaniem powyższych danych przygotowane zostały 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 arkusz uproszczony 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 2024. Należy jednak mieć na względzie, że na dzień przygotowania raportu dane za IV kwartał 2024 roku miały charakter wstępny. Z uwagi na trudności związane ze zmianą Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia (SSOZ), dane ostateczne nie były dostępne na dzień sporządzenia raportu.
- Przekazaną przez NFZ bazę zawierającą informacje o liczbie jednostek i wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami na rok 2025, według stanu na dzień 19 maja 2025 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 2025 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 2024 oraz za I kwartał 2025 roku. 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 2025.

- Przekazane przez NFZ informacje o realizacji ryczału PSZ w roku 2024 oraz w okresie pierwszego kwartału 2025 roku.
- Przekazane przez NFZ informacje o realizacji pozostałych zakresów świadczeń w okresie pierwszego kwartału 2025 roku.

Prace w przedmiotowym zakresie prowadzone były wielotorowo.

Dane z ankiet

- W dniu 24.02.2025 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 25.02.2025 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 28 lutego 2025 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 2024 i styczeń - luty 2025 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 2025 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 01.01.2025-28.02.2025 r.

Dane z formularzy MZ-BFA

- Dane z rachunku wyników finansowych podmiotów, przekazane w ankiecie za okres 01.01.2024-31.12.2024 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 80 grup, 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 2025 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 2025, według danych pozyskanych od Narodowego Funduszu Zdrowia, stan na dzień 19 maja 2025 (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 2025.
- 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 i analiza 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 przez podmioty lecznicze.

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 2025 r. w przeliczeniu na 1 etat poniżej stawki minimalnego wynagrodzenia obowiązującego od dnia 01 stycznia 2025.

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 **4 075** świadczeniodawców, co stanowi prawie **22,6 %** liczby wszystkich podmiotów posiadających umowę z NFZ. Z kolei wartość umów z NFZ tych podmiotów stanowi **82,3%** wszystkich umów z NFZ. Istotnym elementem reprezentatywności przekazanych danych jest fakt, iż pozyskano dane od **535 szpitali** funkcjonujących w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), co stanowi **95,7%** wszystkich szpitali PSZ i odpowiada **95,05%** wartości umów z NFZ dla tych podmiotów. Liczba podmiotów, dla których dane po zweryfikowaniu zostały włączone, nie uległa zmianie.

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)

Dominujący poziom sieci	Liczba podmiotów próba	Liczba podmiotów ogółem	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ próba	Wartość umów ogółem*	% wartości umów
1 - Szpital I stopnia	251	264	95,08%	21 566 598 346	22 436 351 678	96,12%
2 - Szpital II stopnia	91	96	94,79%	17 230 836 093	18 415 306 091	93,57%
3 - Szpital III stopnia	62	62	100,00%	22 020 500 808	22 020 500 808	100,00%
4 - Szpital pulmonologiczny	26	28	92,86%	1 472 960 797	1 660 008 709	88,73%
5 - Szpital pediatryczny	12	12	100,00%	1 583 402 615	1 583 402 615	100,00%

Dominujący poziom sieci	Liczba podmiotów próba	Liczba podmiotów ogółem	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ próba	Wartość umów ogółem*	% wartości umów
6 - Szpital onkologiczny	16	16	100,00%	3 892 608 847	3 892 608 847	100,00%
7 - Szpital ogólnopolski	77	81	95,06%	26 078 919 149	28 722 704 439	90,80%
Razem szpitale sieciowe	535	559	95,71%	93 845 826 655	98 730 883 186	95,05%
8 - poza siecią	147	303	48,51%	5 889 113 010	7 684 970 402	76,63%
9 - pozostali świadczeniodawcy	3 393	17 180	19,75%	25 191 671 192	45 301 093 772	55,61%
RAZEM	4 075	18 042	22,59%	124 926 610 857	151 716 947 360	82,34%

* 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 próba	Liczba podmiotów ogółem	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ próba	Wartość umów ogółem*	% wartości umów
01 DOLNOŚLĄSKIE	292	1 307	22,34%	9 605 786 240	11 061 484 699	86,84%
02 Kujawsko-Pomorskie	212	854	24,82%	7 055 264 965	8 205 176 269	85,99%
03 Lubelskie	196	1 157	16,94%	6 746 893 336	8 206 634 003	82,21%
04 Lubuskie	74	663	11,16%	2 865 318 490	3 551 335 086	80,68%
05 Łódzkie	242	931	25,99%	7 657 213 901	9 202 197 100	83,21%
06 Małopolskie	456	1 267	35,99%	9 617 792 173	12 706 112 491	75,69%
07 Mazowieckie	466	1 599	29,14%	17 746 978 204	22 548 991 552	78,70%
08 Opolskie	123	540	22,78%	2 783 038 422	3 258 392 235	85,41%
09 Podkarpackie	252	1 484	16,98%	6 325 454 801	7 933 051 333	79,74%
10 Podlaskie	122	637	19,15%	3 844 230 836	4 642 967 461	82,80%
11 Pomorskie	216	831	25,99%	7 206 496 798	8 354 174 330	86,26%
12 Śląskie	614	1 984	30,95%	14 130 076 775	16 616 336 857	85,04%
13 Świętokrzyskie	176	600	29,33%	3 922 557 279	4 798 487 981	81,75%
14 Warmińsko-Mazurskie	140	929	15,07%	3 867 708 905	4 790 236 942	80,74%
15 Wielkopolskie	319	2 362	13,51%	9 427 084 217	12 378 280 899	76,16%
16 Zachodniopomorskie	132	839	15,73%	5 187 260 047	6 343 552 905	81,77%
brak dominującego województwa	43	58	74,14%	6 937 455 468	7 119 535 217	97,44%
RAZEM	4 075	18 042	22,59%	124 926 610 857	151 716 947 360	82,34%

* 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 świadczenia	Liczba podmiotów próba	Liczba podmiotów ogółem	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ próba	Wartość umów ogółem*	% wartości
01 Podstawowa Opieka Zdrowotna	1069	7564	14,13%	4 835 457 801	15 488 628 485	31,22%

Dominujący rodzaj świadczenia	Liczba podmiotów próba	Liczba podmiotów ogółem	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ próba	Wartość umów ogółem*	% wartości
02 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	375	2084	17,99%	1 801 735 625	3 787 327 729	47,57%
03 Leczenie szpitalne	567	665	85,26%	92 832 005 084	98 108 755 342	94,62%
04 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	238	476	50,00%	4 019 139 443	4 560 461 497	88,13%
05 Rehabilitacja lecznicza	448	1042	42,99%	1 639 391 930	2 421 263 780	67,71%
07 Leczenie stomatologiczne	415	4152	10,00%	633 483 800	2 604 684 881	24,32%
08 Lecznictwo uzdrowiskowe	77	112	68,75%	1 371 165 740	1 837 208 496	74,63%
10 Profilaktyczne programy zdrowotne	31	122	25,41%	153 239 079	301 631 681	50,80%
11 Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	28	50	56,00%	1 708 203 127	1 935 526 488	88,26%
14 Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	213	528	40,34%	1 684 691 509	2 353 293 256	71,59%
15 Opieka paliatywna i hospicyjna	112	203	55,17%	698 215 381	953 782 976	73,20%
16 Ratownictwo medyczne	22	22	100,00%	4 727 535 379	4 727 535 379	100,00%
17 Pomoc doraźna i transport sanitarny od 2009	8	10	80,00%	109 027 903	120 614 751	90,39%
18 Programy pilotażowe	21	86	24,42%	233 546 314	360 038 890	64,87%
brak dominującego rodzaju świadczenia	451	926	48,70%	8 479 772 742	12 156 193 729	69,76%
RAZEM	4 075	18 042	22,59%	124 926 610 857	151 716 947 360	82,34%

* 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

Przedział kwoty umowy	Liczba podmiotów próba	Wszystkie podmioty	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ próba	Wartość umów ogółem*	% wartości
1. < 10 mln	2962	16675	17,76%	8 190 766 197	25 346 998 052	32,31%
2. od 10 do 25 mln	376	570	65,96%	5 724 687 140	8 583 059 593	66,70%
3. od 25 do 50 mln	190	220	86,36%	6 982 338 971	7 988 906 139	87,40%
4. od 50 do 100 mln	215	229	93,89%	15 749 674 258	16 685 251 453	94,39%
5. od 100 do 200 mln	167	177	94,35%	23 449 493 909	24 813 683 802	94,50%
6. od 200 do 400 mln	109	113	96,46%	29 556 324 583	30 693 513 686	96,30%
7. > 400 mln	56	58	96,55%	35 273 325 799	37 605 534 635	93,80%
RAZEM	4 075	18 042	22,59%	124 926 610 857	151 716 947 360	82,34%

* 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 **696 tys. pracowników** w ramach wszystkich form zatrudnienia, z czego **607,9 tys. pracowników (87%)** 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.

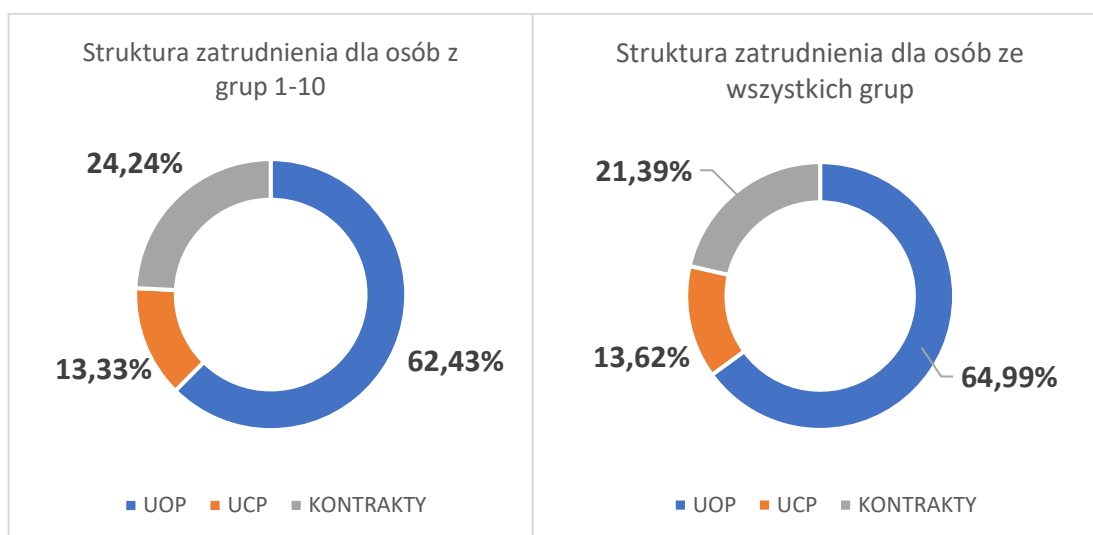
Dane przekazane i włączone do analiz dotyczyły **452,8 tys. pracowników zatrudnionych w ramach umowy o pracę**, co stanowi wzrost o 12,1 % w stosunku do liczby danych pozyskanych za luty 2024 roku. 84% tej grupy stanowiły osoby przypisane przez świadczeniodawców do grup zawodowych 1-10.

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 **94,9 tys. umów zlecenia/o dzieło** i **149 tys. tzw. kontraktów**, w tym do **grup zawodowych 1-10** wymienionych w ustawie przypisano **81 tys. umów zlecenia/o dzieło** i **147 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	379 594	62,43%	452 801	64,99%	67,08%
umowa zlecenie/ o dzieło	81 045	13,33%	94 922	13,62%	5,76%
kontrakt	147 358	24,24%	149 042	21,39%	27,16%
Razem	607 997	100,00%	696 765	100,00%	100,00%

Źródło: opracowanie własne



Rysunek 1 Struktura zatrudnienia w danych przekazanych przez świadczeniodawców.

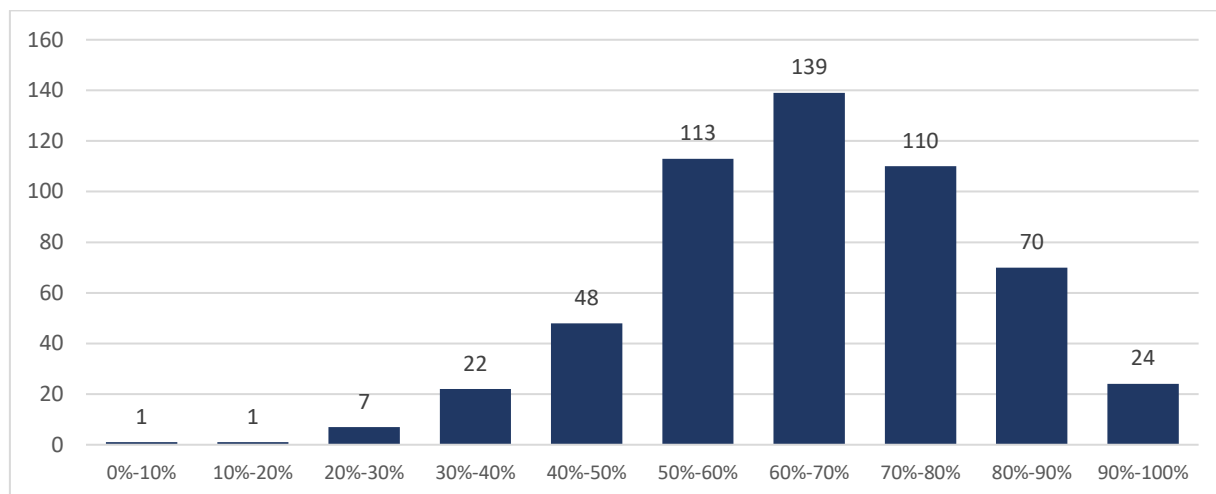
Źródło: opracowanie własne

Z przekazanych danych wynika, iż blisko 65% pracowników ze wszystkich grup zawodowych zatrudnionych jest na podstawie umowy o pracę, ok. 21% 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 27% kosztów osobowych, natomiast umowy zlecenie i dzieło mniej niż 6%.

W grupie szpitali, które przekazały dane, średni udział liczby osób zatrudnionych na umowach o pracę w ogólnej liczbie wykazanych pracowników wyniósł 72,20%, natomiast pod względem wartościowym średni udział kosztów wynagrodzeń tytułu umów o pracę w kosztach osobowych ogółem wyniósł 69,90%.

Poniższy rysunek obrazuje rozkład udziału kosztów z tytułu umów o pracę w kosztach osobowych ogółem. Warto zauważyć, że największą grupę stanowią szpitale, w których udział ten stanowi od 50

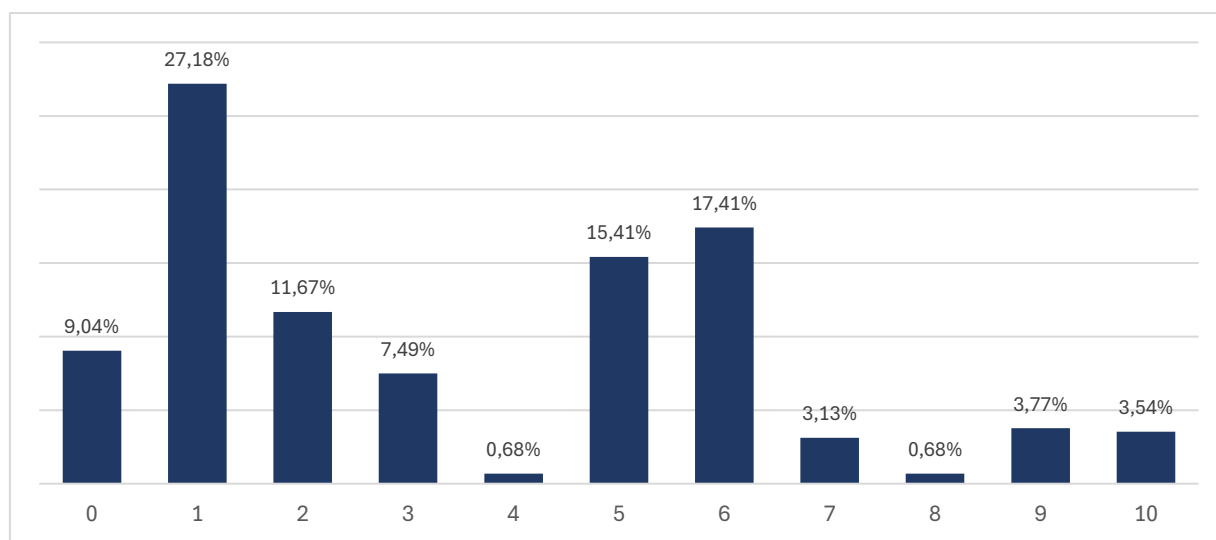
do 80%. Udział mniejszy od pięćdziesięcioprocentowego zauważyć można w blisko 15% podmiotów. Natomiast w połowie analizowanych szpitali średni udział umów o pracę w ogólnych kosztach osobowych wyniósł 53%.



Rysunek 2 Rozkład liczby szpitali, które przekazały dane, pod względem udziału wartości kosztów z tytułu umów o pracę w kosztach osobowych ogółem w grupie szpitali.

Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę poszczególne grupy zawodowe można zauważyć, że największa wartość kosztów osobowych, niezależnie od formy zatrudnienia, dotyczy lekarzy oraz lekarzy dentystów ze specjalizacją (grupa 1, nieco ponad 27%), w dalszej kolejności przez osoby przypisane do grupy zawodowej 6 (17,4%) oraz grupy zawodowej 5 (15,4%). Najmniejsze koszty osobowe odnoszą się natomiast do osób przypisanych do grupy zawodowej 8 (0,68%) a także do lekarzy stażystów i lekarzy dentystów stażystów (grupa 4, 0,68%). Szczegóły przedstawia poniższy rysunek.



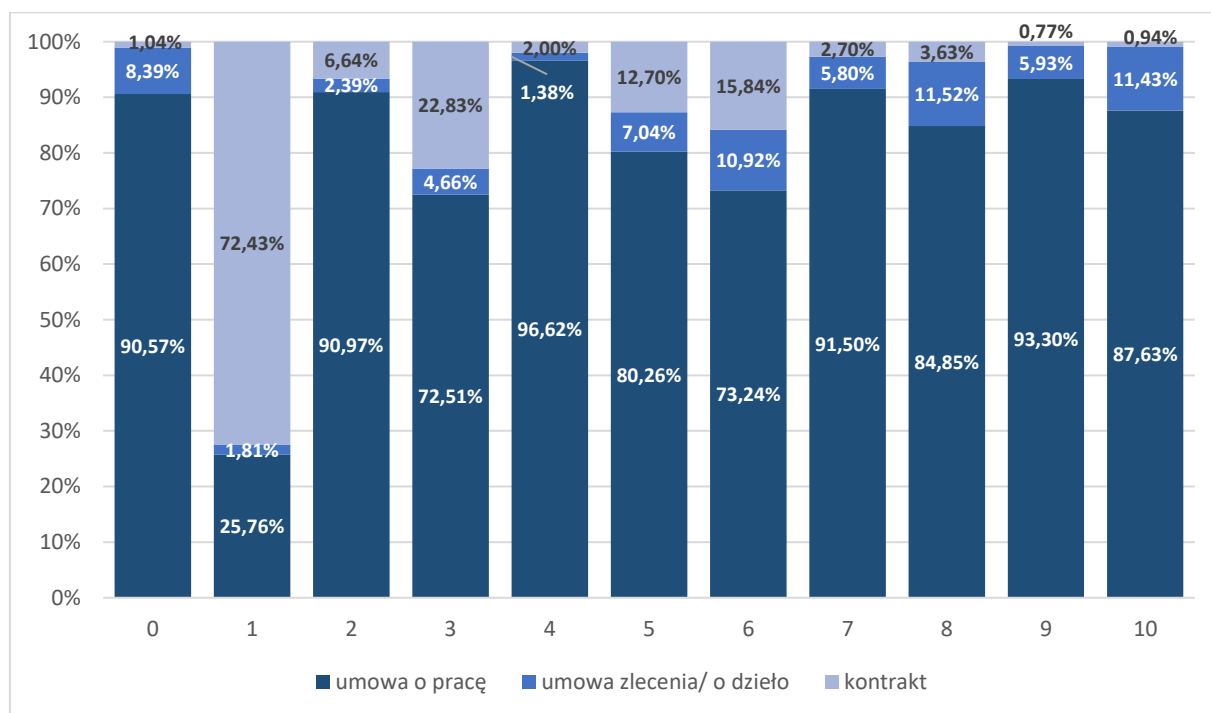
Rysunek 3 Procentowy udział wartości wynagrodzeń wg grup zawodowych - wszystkie formy zatrudnienia

Źródło: opracowanie własne

Analizie poddano również strukturę form zatrudnienia w całkowitej wartości kosztów osobowych, z podziałem na poszczególne grupy zawodowe. Największy udział tzw. kontraktów występuje w grupie zawodowej 1 lekarz albo lekarz dentysta ze specjalizacją, co stanowi nieco ponad 72% całości wynagrodzeń w tej grupie. Znaczenie umów zleceń i o dzieło jest stosunkowo niskie wartościowo (5,76%), natomiast ilościowo udział tych form zatrudnienia to 13,62%. Umowy zlecenia najistotniejszy

wpływ (ponad 10%) mają w grupach zawodowych 6, 8, 10 oraz wśród pracowników wymienionych w art. 5 ustawy (grupa 0 – ponad 8%). W przypadku grup 0, 2, 4, 7, 9 dominującą formą zatrudnienia jest umowa o pracę (blisko ponad 90% całości kosztów osobowych).

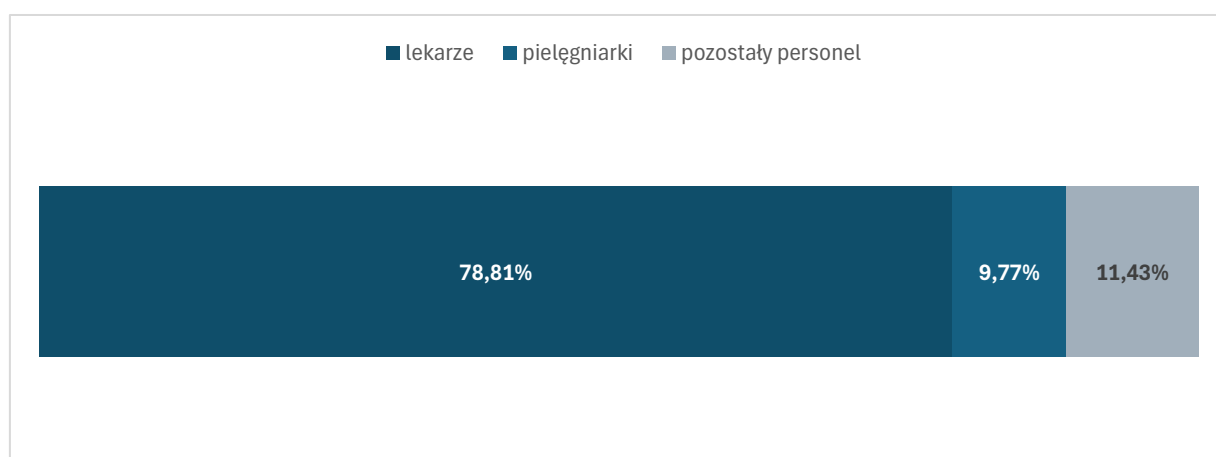
Dla wszystkich rodzajów umów o pracę grupa zawodowa lekarze (tj. grupa 1 i 3) odpowiadają wartościowo za prawie 35% wszystkich kosztów wynagrodzeń, a ich liczba odpowiada za ponad 21% wszystkich osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.



Rysunek 4 Wartościowy udział form zatrudnienia wg grup zawodowych

Źródło: opracowanie własne

Analizując z kolei strukturę samych umów cywilnoprawnych, odnotowuje się największy udział lekarzy i lekarzy dentystów, zarówno bez i ze specjalizacją, jak i stażystów (niemal 79%).

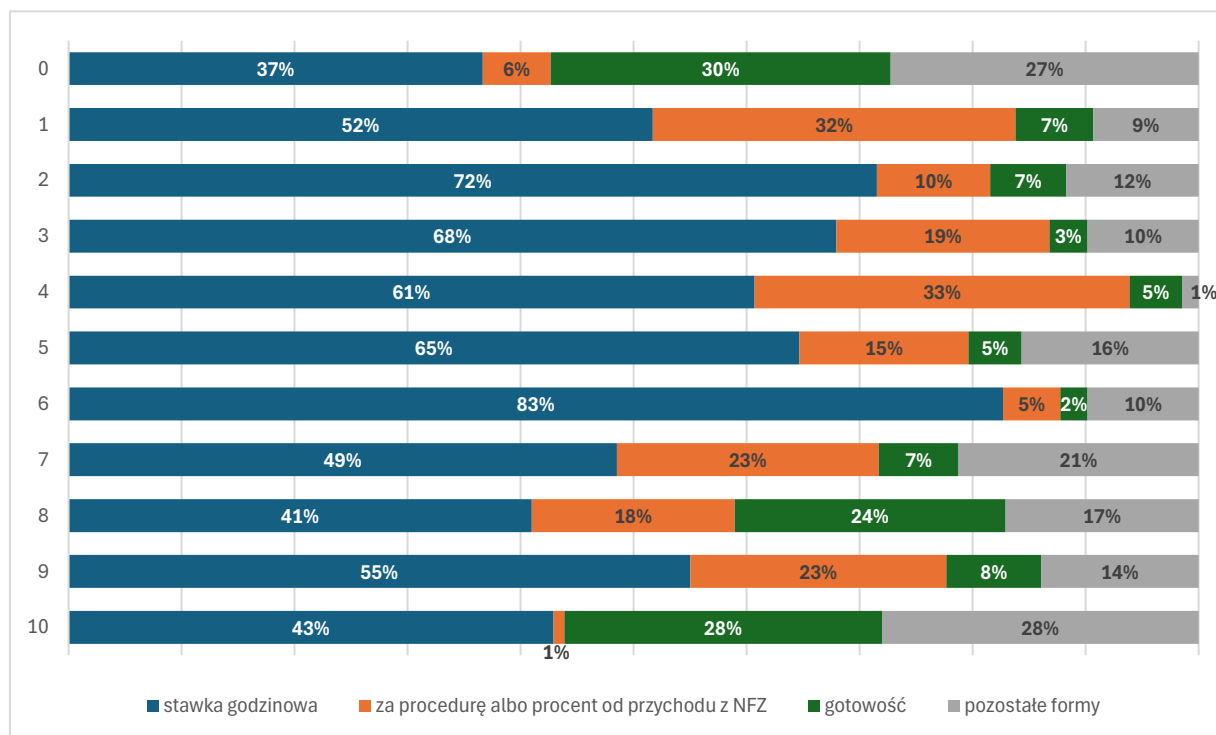


Rysunek 5 Wartościowa struktura kosztów umów cywilnoprawnych

Źródło: opracowanie własne

W umowach cywilnoprawnych, zwłaszcza w kontraktowych, funkcjonują rozmaite formy rozliczeń, przykładowo: stawka za godzinę, procent albo stawka za wykonaną procedurę, procent od ceny

jednostki rozliczeniowej oraz formy mieszane. Na poniższym wykresie zobrazowano udział poszczególnych form rozliczeń wśród osób przypisanych do kolejnych grup zawodowych.



Rysunek 6 Wartościowa struktura form rozliczeń funkcjonujących w umowach cywilnoprawnych, w podziale na grupy zawodowe.

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

Grupa zawodowa	Opis grupy zawodowej	Liczba pracowników zakwalifikowanych do analiz	Liczba wykazanych pracowników	% pracowników zakwalifikowanych do analiz
1	Lekarz albo lekarz dentysta, ze specjalizacją	112 936	114 022	99,05%
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, pielęgniarzka 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	65 814	65 940	99,81%
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	36 446	36 834	98,95%
4	Lekarz stażysta lub lekarz dentysta stażysta	5 165	5 220	98,95%

Grupa zawodowa	Opis grupy zawodowej	Liczba pracowników zakwalifikowanych do analiz	Liczba wykazanych pracowników	% pracowników zakwalifikowanych do analiz
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarz, położna, elektrolod, psycholog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim pielęgniarz, położna z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarz, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją	121 972	122 411	99,64%
6	Fizjoterapeuta, pielęgniarz, położna, ratownik medyczny, elektrolod, 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, elektrolod z wymaganym średnim wykształceniem albo pielęgniarz albo położna z wymaganym średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	144 806	145 562	99,48%
7	Inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–6 z wymaganym średnim wykształceniem oraz opiekun medyczny	30 396	30 572	99,42%
8	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem wyższym	6 328	6 362	99,47%
9	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem średnim	41 039	41 350	99,25%
10	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem poniżej średniego	43 095	43 315	99,49%
0	Pracownicy wskazani w ustawie jako art. 5	88 768	89 765	98,89%
RAZEM		696 765	701 353	99,35%

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 wskazane w ankiecie 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 11 lutego 2025 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2024 r., przyjęto stawkę bazową wynagrodzenia zasadniczego w wysokości **8 181,72 zł**. Dla każdej z grup zawodowych stawka bazowa została przemnożona 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.

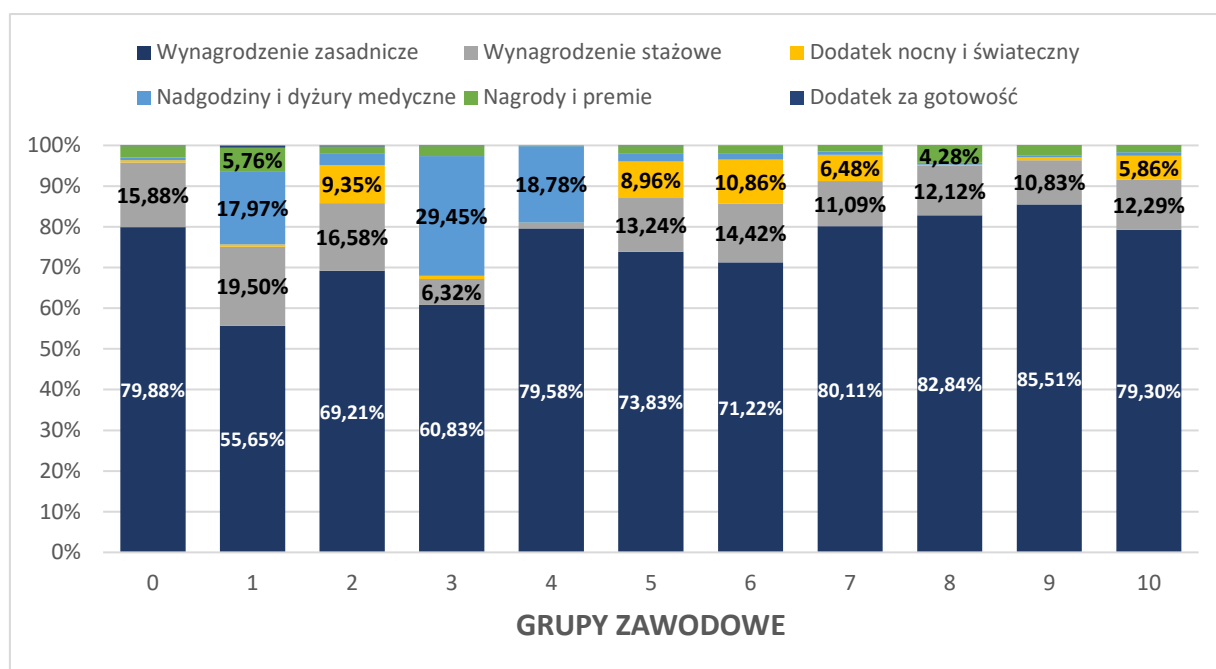
Tabela 7 Współczynniki do wyliczenia minimalnego wynagrodzenia dla grup zawodowych personelu medycznego.

Grupa zawodowa	Współczynnik	Nowa stawka wynagrodzenia zasadniczego w grupie
1	1,45	11 863,49
2	1,29	10 554,42
3	1,19	9 736,25
4	0,95	7 772,63
5	1,02	8 345,35
6	0,94	7 690,82
7	0,86	7 036,28
8	1,00	8 181,72
9	0,78	6 381,74
10	0,65	5 318,12

Źródło: opracowanie własne na podstawie załącznika do ustawy o wynagrodzeniach

Dla każdej wykazanej przez świadczeniodawców osoby zatrudnionej na umowę o pracę przeliczono nowe docelowe wynagrodzenie zasadnicze, określono wartościowo różnicę pomiędzy dotychczasowym wynagrodzeniem zasadniczym, a prognozowanym od 1 lipca 2025 oraz obliczono procent wzrostu. Wykazane w ankietach dodatkowe składowe wynagrodzenia, w tym m.in. dodatki stażowe, funkcyjne, premie, nadgodziny, dyżury 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. Zauważalny jest znaczny udział wynagrodzenia za nadgodziny i dyżury medyczne w grupach odnoszących się do lekarzy i lekarzy stażystów (grupy 1, 3 i 4). Wysoki odsetek, w większości przypadków przekraczający 10%, stanowi część wynagrodzeń związana z dodatkiem za staż pracy.



Rysunek 7 Struktura wynagrodzenia brutto wg grup zawodowych dla umowy o pracę.

Źródło: opracowanie własne

3.3. Grupowanie zakresów świadczeń

Wszystkie zakresy świadczeń funkcjonujące w umowach zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami zostały podzielone na 80 grup odpowiadających poszczególnym obszarom o zbliżonym udziale zaangażowania pracy ludzkiej; pod uwagę brano również sposób finansowania oraz ceny jednostek rozliczeniowych. Wydzielone grupy to:

- 01 - POZ
- 01a - POZ – medycyna szkolna
- 01b - POZ – budżet powierzony
- 01c - pobranie materiału z szyjki macicy
- 02 - NiŚOZ
- 03 - AOS - porady
- 03a - AOS - porady pierwszorazowe
- 03b - AOS - pozostałe
- 04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1
- 04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2
- 05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe
- 06 - SZP
- 07 - SZP - hospitalizacja planowa
- 08 - SZP - leczenie "jednego dnia"
- 09 - 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
- 15a - ZOL PSY

- 15b - PSY wybrane świadczenia
- 15c - PSY świadczenia w hostelu
- 15d - PSY leczenie uzależnień
- 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
- 23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką
- 24 - STM
- 25 - STM - protetyka i ortodoncja
- 26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL
- 27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgnarska domowa
- 28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa
- 29 - OPH - opieka hospicyjna
- 29a - OPH - opieka hospicyjna dla dzieci
- 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
- 40a - PET
- 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 - zaćma
- 52-KON - SZP - poza ryczałtem - KON
- 52-KOS-zawał - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał
- 52-neonatologia - SZP - poza ryczałtem - neonatologia
- 52-onkologia - SZP - poza ryczałtem - onkologia
- 52-pęcherzowe oddzielanie naskórka - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka
- 52-porody - SZP - poza ryczałtem - porody

52-przeszczepienia - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia
 52-wysokospecjalistyczne - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne
 52-zawały - 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 robotowy
 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 15 maja 2025

Nazwa grupy zakresów	Minimalna cena jedn. rozl.	Mediana ceny jedn. rozl.	Maksymalna cena jedn. rozl.	Średnia cena jedn. rozl.
01c - pobranie materiału z szyjki macicy	1,58	1,72	2,05	1,74
03 - AOS - porady	1,28	1,72	2,24	1,76
03a - AOS - porady pierwszorazowe	1,46	1,72	2,24	1,77
03b - AOS - pozostałe	1,46	1,72	2,24	1,78
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1	1,41	1,53	2,03	1,60
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2	1,32	1,47	1,73	1,49
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe	1,44	1,61	1,90	1,64
06 - SZP	1,84	1,84	1,84	1,84
07 - SZP - hospitalizacja planowa	1,42	1,45	1,68	1,48
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"	1,18	1,34	1,58	1,35
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	1,31	1,38	1,65	1,37
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka chemioterapia/ programy lekowe	1,48	1,77	1,93	1,77
14 - SZP - radioterapia	1,39	1,54	1,69	1,55
14a - SZP - radioterapia protonowa	1,51	1,51	1,51	1,51
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych	23,19	25,72	30,19	25,98
15a - ZOL PSY	24,70	24,70	26,2	24,73
15b - PSY wybrane świadczenia	24,70	24,70	26,43	24,91
15c - PSY świadczenia w hostelu	24,70	24,70	34,54	25,83
15d - PSY leczenie uzależnień	24,70	24,70	28,22	24,88
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci	15,80	15,86	26,19	16,57
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych	12,53	13,69	16,04	13,98
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci	13,51	15,01	17,87	15,17

Nazwa grupy zakresów	Minimalna cena jedn. rozl.	Mediana ceny jedn. rozl.	Maksymalna cena jedn. rozl.	Średnia cena jedn. rozl.
19 - PSY - psychiatria sądowa	27,64	27,99	31,35	28,40
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna	2,15	2,40	2,91	2,44
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna	1,24	1,62	2,14	1,62
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci	1,70	2,20	3,64	2,21
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym	1,45	1,88	2,93	1,89
22 - REH - fizjoterapia domowa	1,21	1,40	1,78	1,40
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką	2,79	2,79	2,93	2,82
24 - STM	1,50	1,67	2,50	1,70
25 - STM - protetyka i ortodoncja	1,94	1,98	3,37	2,01
26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL	57,19	60,40	66,65	60,63
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgniarstwa domowa	55,65	61,26	65,09	61,54
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa	42,73	46,16	53,70	47,26
29 - OPH - opieka hospicyjna	97,90	108,74	117,99	110,08
29a - OPH - opieka hospicyjna dla dzieci	100,77	109,48	116,75	110,03
30 - PRO - profilaktyka	13,45	14,94	23,28	15,03
36 - SOK - inne świadczenia domowe	1,31	1,56	1,80	1,56
37 - sanatorium szpital	271,00	278,08	296,98	281,4
38 - sanatorium uzdrowisko	197,43	201,99	215,64	202,21
39 - sanatorium ambulatoryjnie	81,00	81,41	81,41	81,37
40 - inne - głównie SOK	1,54	1,70	1,94	1,73
40a - PET	1,70	1,70	1,80	1,71
41 - dializoterapia	1,48	1,48	1,76	1,49
42 - KOC	1,74	1,74	1,84	1,75
47 - PSY dzienne dorosłych	15,25	16,06	21,00	16,67
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie	36,56	36,56	41,57	37,58
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)	7,36	7,43	8,93	7,71
51 - SZP - pediatria	1,72	1,84	1,84	1,84
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma	1,18	1,45	1,63	1,44
52-KON - SZP - poza ryczałtem - KON	1,72	1,84	1,84	1,84
52-KOS-zawał - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał	1,84	1,84	1,84	1,84
52-neonatologia - SZP - poza ryczałtem - neonatologia	1,84	1,84	1,84	1,84
52-onkologia - SZP - poza ryczałtem - onkologia	1,32	1,74	1,86	1,74
52-pęcherzowe oddzielanie naskórka - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka	1,59	1,59	1,59	1,59
52-porody - SZP - poza ryczałtem - porody	1,84	1,84	1,84	1,84
52-przeszczepienia - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia	1,66	1,66	1,81	1,67
52-wysokospecjalistyczne - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne	1,59	1,59	1,74	1,59
52-zawały - SZP - poza ryczałtem - zawały	1,55	1,55	1,84	1,55
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka	1,17	1,17	1,62	1,21
55 - SOK - pompa insulinowa	1,76	1,78	1,85	1,77
56 - SOK - poza ryczałt	1,74	1,81	1,81	1,81
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu	1,84	1,84	1,84	1,84

Nazwa grupy zakresów	Minimalna cena jedn. rozl.	Mediana ceny jedn. rozl.	Maksymalna cena jedn. rozl.	Średnia cena jedn. rozl.
58 - SZP - pozostałe	1,58	1,76	1,92	1,76
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby	1,68	1,68	1,73	1,68
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe	1,61	1,78	1,79	1,77
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka	1,84	1,84	1,84	1,84
63 - system robotowy	1,62	1,65	1,74	1,65
64 - PSY - psychiatria środowiskowa	12,85	14,52	15,94	14,38

Źródło: opracowanie własne

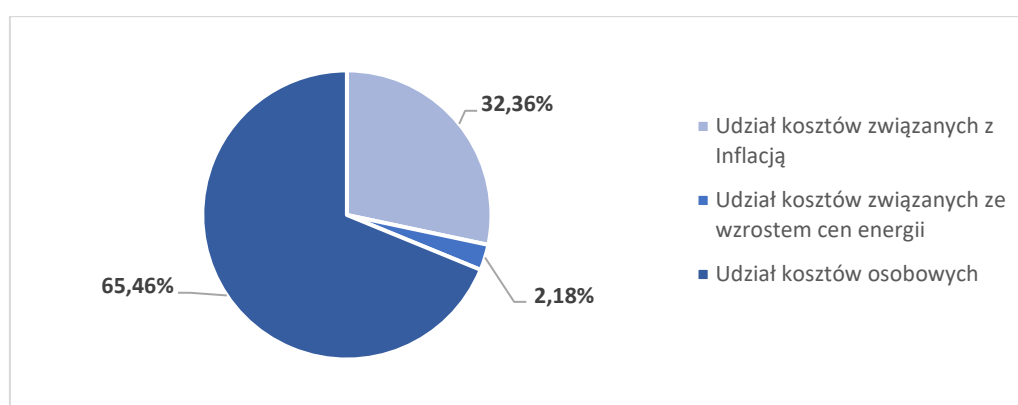
3.4. Inne czynniki wpływające na wzrost kosztów działalności operacyjnej podmiotów leczniczych

W przedmiotowej analizie pod uwagę wzięto również inne, poza realizacją ustawy o minimalnych wynagrodzeniach, czynniki wpływające na wzrost kosztów działalności operacyjnej podmiotów leczniczych, 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 podmiotów leczniczych. Celem tych analiz było jak najbardziej precyzyjne oszacowanie potrzeb finansowych i możliwości budżetowych tych jednostek.

Ad 1) i Ad 2) Na podstawie danych pozyskanych od świadczeniodawców za 2024 rok, obliczono udział kosztów podlegających zmianom zależnym od inflacji oraz kosztów energii w całkowitych kosztach funkcjonowania podmiotów. Średnioroczny udział kosztów zależnych od inflacji oraz kosztów energii wyniósł 34,5%, zgodnie z poniższym wykresem.



Rysunek 8 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 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 1,35% od dnia 01 lipca 2025 dla ważonego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług wynoszącego 4,00% (jako prognoza inflacji w 2025 oraz wzrostu cen energii)¹.

Ad 3) Rekomendowana polityka kadrowa w ochronie zdrowia zakłada preferowanie stabilnych form zatrudnienia, takich jak umowa o pracę, zapewniających ciągłość świadczeń i bezpieczeństwo pacjenta. Uwzględnianie wzrostów wynagrodzeń dla innych form zatrudnienia mogłoby prowadzić do dalszej fragmentaryzacji rynku pracy w ochronie zdrowia i wzmacniać tendencje odchodzenia od etatów, co stoi w sprzeczności z celami systemowymi. W związku z tym **nie rekomenduje się uwzględniania zapotrzebowania podmiotów leczniczych na wzrost wynagrodzeń z tytułu tych form zatrudnienia** w mechanizmach służących regulacji zmian jednostek rozliczeniowych wynikających z nadzwyczajnego wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

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. 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

¹ Obliczenia własne na podstawie prognoz z maja 2025

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)

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.

Zgodnie ze wspomnianym dokumentem, podobnie w obszarze opieki paliatywnej i hospicyjnej, odnotowuje się szereg problemów, do których należą między innymi nierównomierny dostęp ze względu na miejsce zamieszkania, stały wzrost zapotrzebowania na tego typu usługi związany z rosnącą liczbą osób przewlekle i nieuleczalnie chorych. W obszarze tym szczególne znaczenie mają hospicja domowe, które opiekują się nie tylko samym pacjentem, ale też jego najbliższymi zapewniając im wsparcie. Dom i przebywanie wśród najbliższych jest często najbardziej preferowanym przez chorych miejscem opieki. Dlatego ważne jest, aby świadczenia realizowane w warunkach domowych były ogólnodostępne.

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.

³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69)

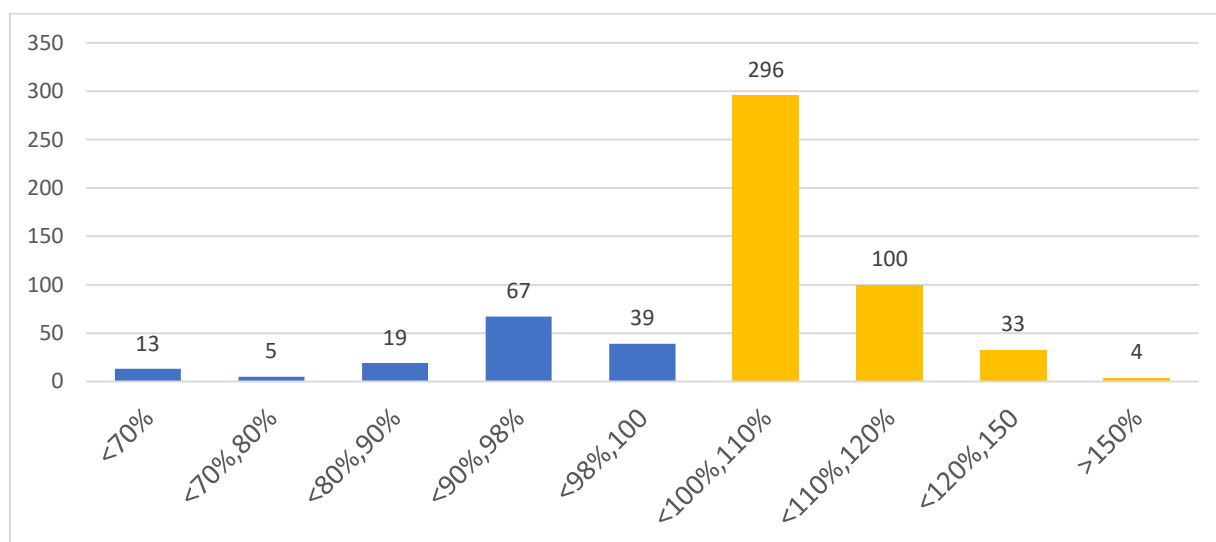
Izby Przyjęć są często pierwszym punktem kontaktu pacjentów ze szpitalem, zwłaszcza w przypadkach mniej pilnych niż te, które trafiają bezpośrednio na SOR. Mogą przyjmować pacjentów skierowanych przez lekarzy rodzinnych, specjalistów lub przychodnie.

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, w szczególności ambulatoryjna i środowiskowa dzieci i dorosłych, świadczenia udzielane w hostelu oraz opieka dla osób przewlekle chorych,
- leczenie uzależnień,
- opieka długoterminowa w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w tym psychiatrycznych, oraz pielęgniarstwa opieka domowa,
- opieka paliatywna i hospicyjna dla dzieci w warunkach domowych,
- medycyna szkolna,
- ratownictwo medyczne i transport sanitarny,
- szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć, w tym psychiatryczne.

3.6. Wykonanie ryczału PSZ za I kwartał 2025 roku

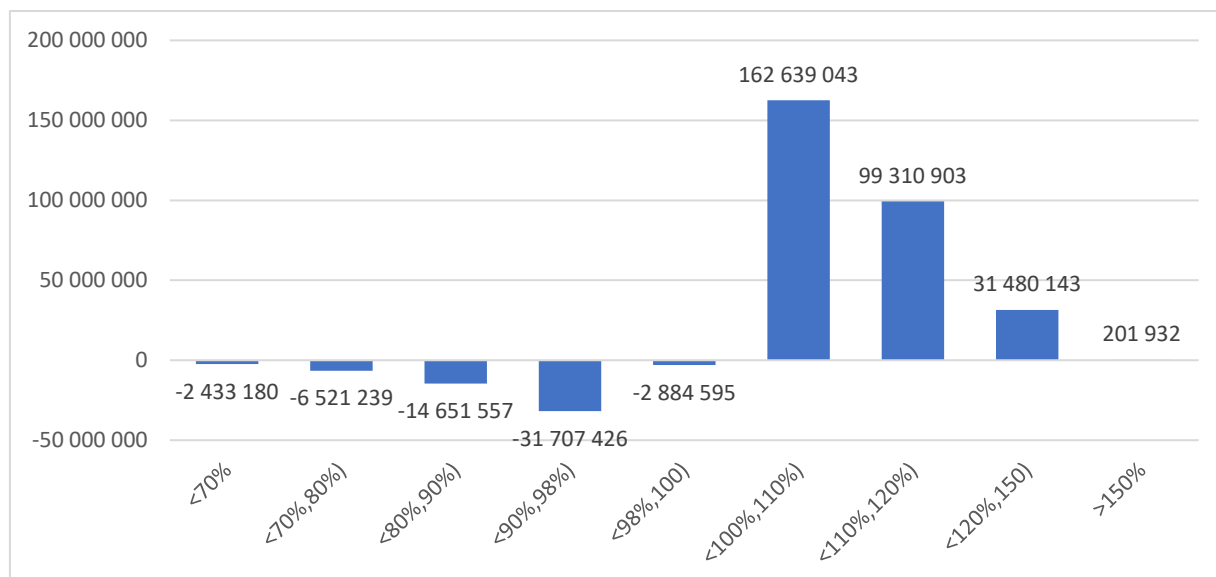
Na podstawie danych przekazanych przez NFZ dokonano analizy dotyczącej poziomu realizacji ryczału PSZ za pierwsze 3 miesiące 2025 r. Poziom realizacji został podzielony na przedziały. Rysunek nr 9 przedstawia liczbę podmiotów w każdym z wyodrębnionych przedziałów.



Rysunek 9 Liczba świadczeniodawców w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji ryczału PSZ za styczeń - marzec 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

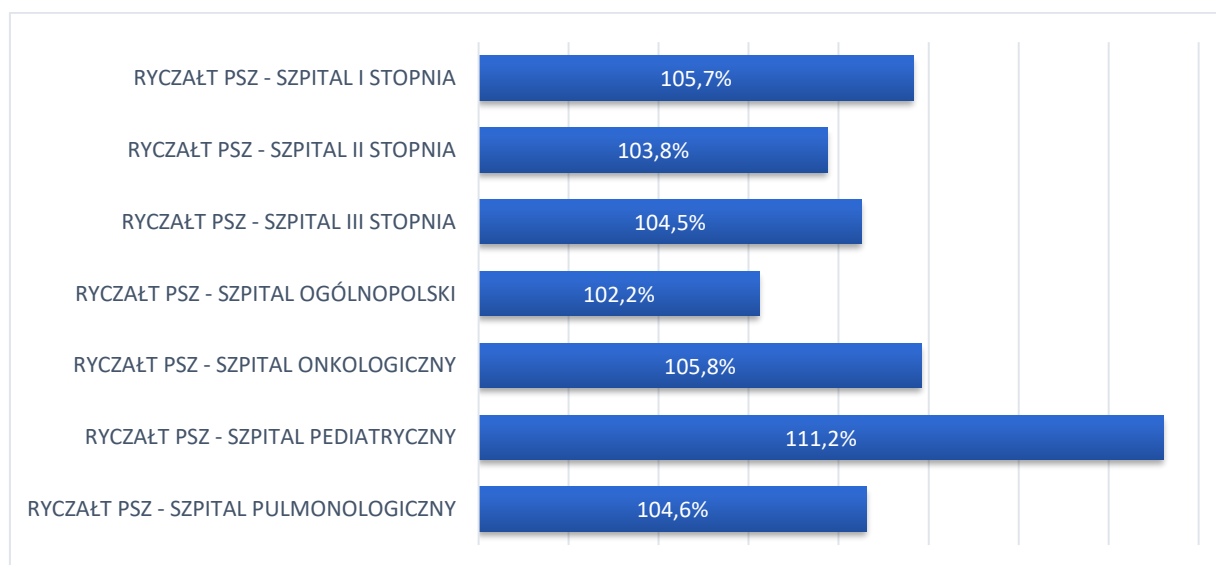
Rysunek nr 10 prezentuje sumę kwot niewykonania oraz przekroczenia limitu PSZ za pierwsze 3 miesiące 2025 r. we wskazanych wyżej przedziałach.



Rysunek 10 Wartość niewykonania albo przekroczenia ryczału PSZ w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji za syczeń - marzec 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na rysunku nr 11 przedstawiono poziom wykonania ryczału PSZ w pierwszym kwartale 2025 roku w podziale na kategorie w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.



Rysunek 11 Poziom wykonania ryczału PSZ w pierwszym kwartale 2025 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 2025 roku

Analizie poddano również przekazane przez NFZ dane dotyczące wartości świadczeń ponadumownych w pozostałych grupach zakresów świadczeń, w pierwszym kwartale 2025 roku, według stanu na dzień 22 kwietnia 2025 roku.

Udział „nadwykonań” w stosunku do wartości zawartych umów, we wskazanych w tabeli nr 9 grupach zakresów, wyniósł od 1% do 125% (średnio 24%). Największe wartości odnotowano w grupach zakresów 63 - system robotowy (87%) i 22 - REH - fizjoterapia domowa (124%), najmniejsze zaś w grupie zakresów 39 - sanatorium ambulatoryjnie (1%).

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 2025 roku

Nazwa grupy	Wartość umowy na I KW 2025 R.* (W Zł)	Nadwykonania I KW 2025 R. (W Zł)	% Udział nadwykonań w wartości umów
03 - AOS - porady	1 721 942 667	560 522 524	33%
03a - AOS - porady pierwszorazowe	505 153 869	136 154 846	27%
03b - AOS - pozostałe	1 340 516 651	371 003 623	28%
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1	23 115 471	5 292 639	23%
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2	657 415 808	207 755 710	32%
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe	192 643 411	102 277 736	53%
07 - SZP - hospitalizacja planowa	136 623 850	36 014 767	26%
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"	79 682 224	27 009 114	34%
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	749 170 898	218 409 189	29%
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka chemioterapia/ programy lekowe	844 549 964	164 712 895	20%
14 - SZP - radioterapia	502 249 242	94 747 942	19%
14a - SZP - radioterapia protonowa	6 709 447	2 305 183	34%
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych	320 572 204	11 585 661	4%
15a - ZOL PSY	168 845 099	8 942 375	5%
15b - PSY wybrane świadczenia	24 407 336	706 713	3%
15c - PSY świadczenia w hostelu	7 589 689	1 422 874	19%
15d - PSY leczenie uzależnień	253 995 794	15 704 400	6%
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci	94 901 583	6 372 147	7%
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych	219 221 611	39 273 285	18%
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci	125 523 404	24 231 661	19%
19 - PSY - psychiatria sądowa	108 628 048	9 928 203	9%
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna	727 758 380	97 745 033	13%
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna	774 785 158	200 649 599	26%
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci	151 481 656	45 923 301	30%
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym	195 785 278	47 361 354	24%
22 - REH - fizjoterapia domowa	176 881 382	220 151 042	124%
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką	13 031 692	1 180 604	9%
24 - STM	848 915 878	268 659 475	32%
25 - STM - protetyka i ortodoncja	111 122 590	47 792 541	43%

Nazwa grupy	Wartość umowy na I KW 2025 R. * (W Zł)	Nadwykonania I KW 2025 R. (W Zł)	% Udział nadwykonań w wartości umów
26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL	862 467 573	76 790 668	9%
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgnarska domowa	260 144 764	20 763 856	8%
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa	130 892 895	44 557 129	34%
29 - OPH - opieka hospicyjna	533 369 893	125 026 150	23%
29a - OPH - opieka hospicyjna dla dzieci	32 038 452	7 582 323	24%
30 - PRO - profilaktyka	226 962 294	31 678 501	14%
36 - SOK - inne świadczenia domowe	135 359 209	54 864 558	41%
39 - sanatorium ambulatoryjne	3 899 655	22 065	1%
40 - inne - głównie SOK	67 676 663	38 508 312	57%
40a - PET	109 776 002	25 449 550	23%
41 - dializoterapia	585 762 857	18 987 299	3%
42 - KOC	224 723 876	12 008 485	5%
46 - KAOS	5 750 256	148 807	3%
47 - PSY dzienne dorosłych	66 100 893	9 613 985	15%
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie	98 667 954	4 453 570	5%
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)	36 909 396	16 642 931	45%
51 - SZP - pediatria	1 813 155 145	404 239 132	22%
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma	309 375 425	75 153 131	24%
52-KON - SZP - poza ryczałtem - KON	430 084 814	126 738 315	29%
52-KOS-zawał - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał	209 033 987	54 931 742	26%
52-neonatologia - SZP - poza ryczałtem - neonatologia	666 465 927	42 743 378	6%
52-onkologia - SZP - poza ryczałtem - onkologia	1 074 899 064	366 768 282	34%
52-pęcherzowe oddzielanie naskórka - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka	1 296 737	125 409	10%
52-porody - SZP - poza ryczałtem - porody	409 422 744	21 221 377	5%
52-przeszczepienia - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia	220 087 727	39 432 602	18%
52-wysokospecjalistyczne - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne	118 195 800	32 280 730	27%
52-zawały - SZP - poza ryczałtem - zawały	231 082 679	19 500 892	8%
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka	11 046 450	3 396 911	31%
55 - SOK - pompa insulinowa	12 364 254	3 560 898	29%
56 - SOK - poza ryczałt	57 613 314	10 533 408	18%
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu	370 571 994	54 699 776	15%
58 - SZP - pozostałe	387 635 038	207 884 503	54%
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby	361 883 204	67 343 047	19%
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe	4 293 457	223 793	5%
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka	106 223 687	29 516 832	28%
63 - system robotowy	65 775 906	57 430 355	87%
64 - PSY - psychiatria środowiskowa	141 029 294	17 960 264	13%

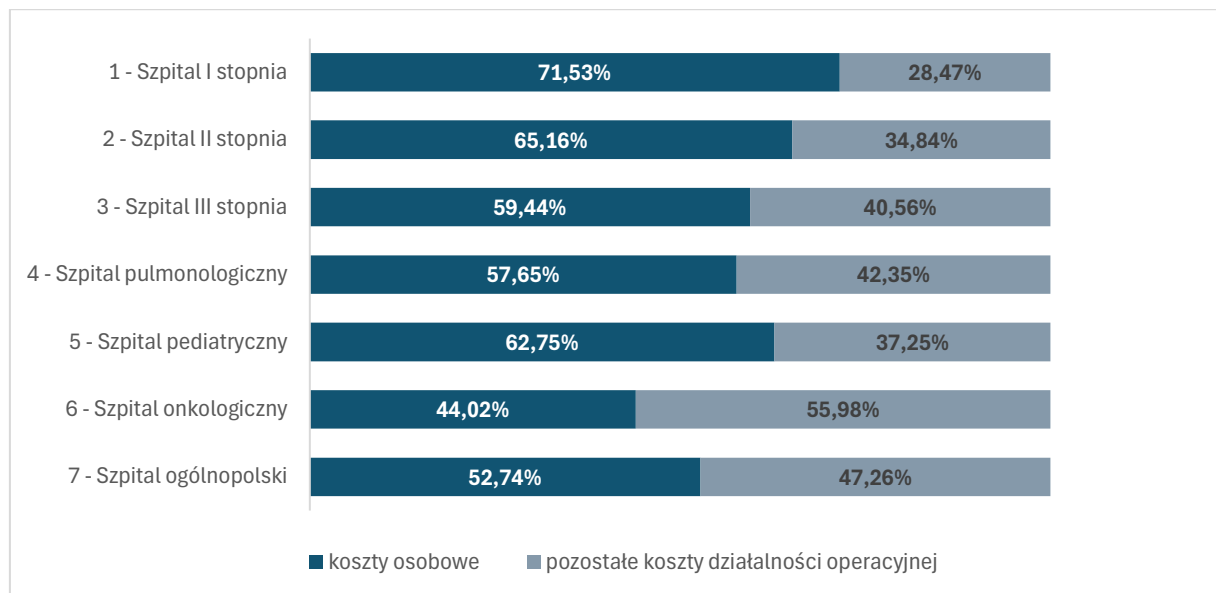
* aktualna wartość planu rzeczowo-finansowego umowy na okres I-III 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

3.8. Inne istotne analizy

3.8.1. Udział kosztów osobowych w kosztach działalności operacyjnej

Na podstawie danych pochodzących ze sprawozdań MZ-BFA za rok 2024, oszacowano udział kosztów osobowych ogółem w kosztach działalności operacyjnej w szpitalach należących do sieci PSZ. Jak widać na poniższym rysunku, największy udział kosztów osobowych odnotowuje się w szpitalach zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego poziomu sieci PSZ (odpowiednio: 71,53% i 65,16%).

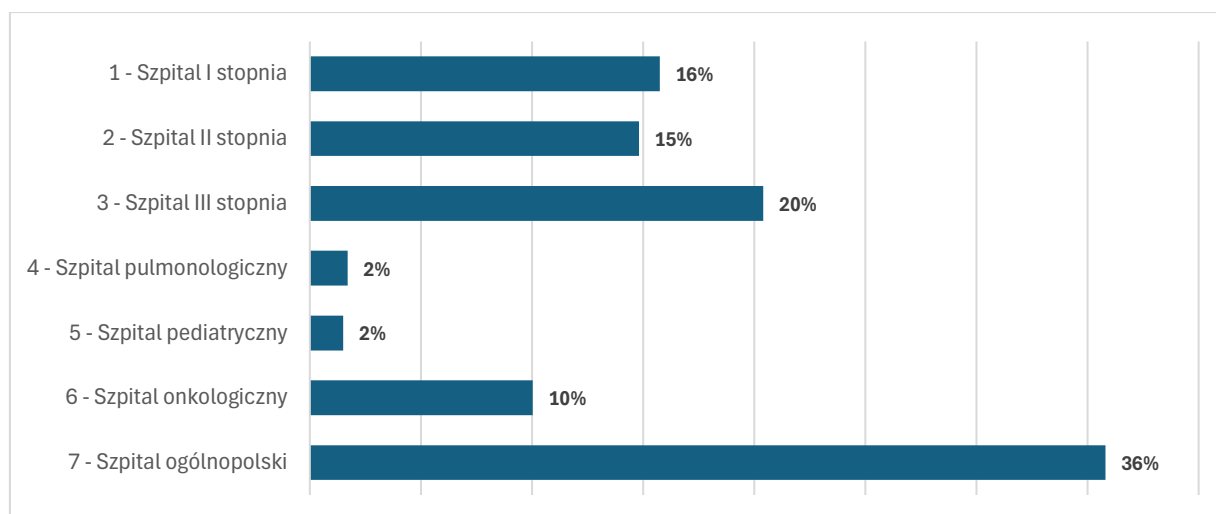


Rysunek 12 Rozkład udziału kosztów wyrobów medycznych i pozostałych kosztów w całkowitym koszcie świadczenia.

Źródło: opracowanie własne

3.8.2. Realizacja zabiegów kompleksowych w szpitalach sieci PSZ

Dokonano również analizy realizacji w pierwszej połowie 2024 roku jednorodnych grup pacjentów określonych jako zabiegi kompleksowe. Wynika z niej, że najwięcej z tych świadczeń realizowanych jest w szpitalach zakwalifikowanych do kategorii ogólnopolskie oraz szpitalach trzeciego stopnia. Duży udział realizacji tych świadczeń odnotowano w szpitalach pierwszego i drugiego poziomu sieci. Szczegóły przedstawia poniższy wykres.

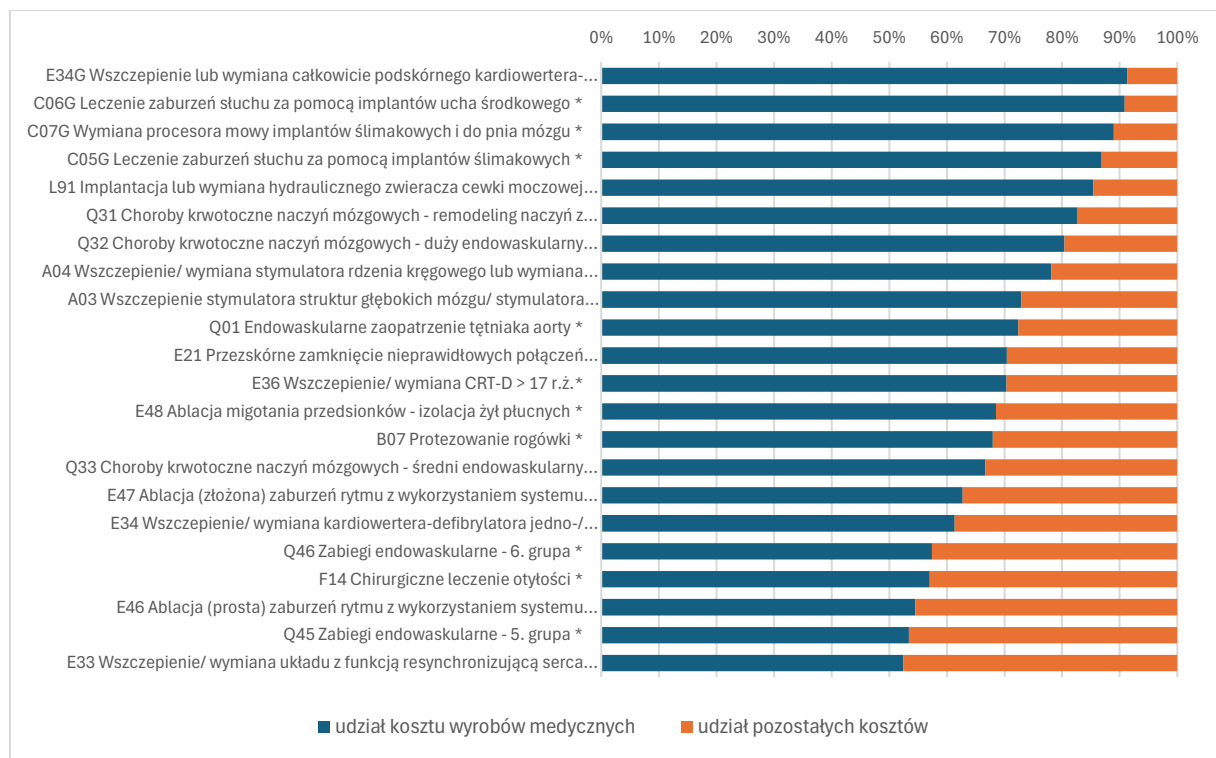


Rysunek 13 Rozkład udziału kosztów wyrobów medycznych i pozostałych kosztów w całkowitym koszcie świadczenia.

Źródło: opracowanie własne

3.8.3. 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 14 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 60%. W związku z powyższym, w zakresach dedykowanych świadczeniom związanym z użyciem kosztownych wyrobów, określono średni udział pozostałych kosztów na poziomie 40% i od tej wartości obliczano wskaźnik wzrostu wartości umów z NFZ.

3.8.4. 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 30.06.2025 r.) świadczenia rozliczane są w oparciu o niżej wskazane produkty:

- L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego* - aktualny poziom refundacji ok. 32,7 tys. zł,

- M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego* - aktualny poziom refundacji ok. 36,6 tys. zł,
- F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego* - aktualny poziom refundacji ok. 37,9 tys. zł,

3.8.5. 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 3.8.3.

3.8.6. Krew i jej składniki

Wysokość opłat za krew i jej składniki, wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, w danym roku regulują przepisy właściwych rozporządzeń Ministra Zdrowia. Wysokość tych opłat implementowana jest następnie do zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, w postaci produktów jednostkowych z przypisaną wartością punktową. Jednakże, z uwagi na różne ceny jednostek rozliczeniowych w zakresach świadczeń i pomiędzy świadczeniodawcami, nominalne wartości tych produktów są mocno zróżnicowane. W poniższej tabeli przedstawiono minimalne i maksymalne wartości nominalne przedmiotowych świadczeń w płatnościach NFZ w pierwszej połowie tego roku oraz ceny wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 25 września 2024 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2025 r.

Tabela 10 Porównanie wartości nominalnych krwi i jej składników w pierwszej połowie 2025 roku

Kod i nazwa produktu jednostkowego	minimalna cena NFZ [zł]	maksymalna cena NFZ [zł]	cena w 2025 roku z rozporządzenia MZ [zł]
5.53.01.0001511 Przetoczenie krwi pełnej konserwowanej.	387	532	322
5.53.01.0001512 Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej.	261	372	217
5.53.01.0001513 Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z aferezy	370	508	307
5.53.01.0001515 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy.	1 408	1 934	1 171
5.53.01.0001516 Przetoczenie koncentratu granulocytarnego.	2 190	2 427	1 469
5.53.01.0001517 Przetoczenie osocza świeżo mrożonego.	141	193	117
5.53.01.0001518 Przetoczenie krioprecypitatu.	289	377	228
5.53.01.0001519 Karencja składnika krwi.	35	48	29

5.53.01.0001520 Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych osocza świeżo mrożonego.	173	237	144
5.53.01.0001521 Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych.	713	979	593
5.53.01.0001522 Napromieniowanie krwi lub jej składników.	36	52	30
5.53.01.0001523 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników.	109	155	90
5.53.01.0001525 Przemywanie krwi lub jej składników.	135	186	113
5.53.01.0001526 Podział krwi lub jej składników.	63	86	52
5.53.01.0001527 Rekonstrukcja krwi lub jej składników.	194	267	162
5.53.01.0001530 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej.	787	1 121	654
5.53.01.0001543 Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy.	63	86	52

Źródło: opracowanie własne

Z powyższej tabeli wynika, że nawet minimalne ceny płacone obecnie przez NFZ są wyższe od cen określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Należy pamiętać, że przedmiotowe produkty rozliczeniowe obejmują jedynie jednostki krwi i jej składników oraz procesy, którym preparaty te są poddawane, wskazane w rozporządzeniu. Natomiast wszelkie inne koszty związane z przetoczeniem, zawarte są w kosztach świadczeń podstawowych, do których wskazane wyżej produkty są dosumowywane, a skutek wzrostu tych kosztów ujęty jest we wzrostach cen jednostek rozliczeniowych w poszczególnych grupach zakresów związanych z leczeniem szpitalnym. Dlatego też należałoby rozważyć zmianę sposobu rozliczania tych produktów jednostkowych tak, aby wartości rozliczeń z NFZ były spójne z przepisami wydawanymi przez Ministra Zdrowia.

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 2025, 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 97% 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 2025 r. wynikającą ze wskaźnika wzrostu wartości umów z NFZ (na dzień 30.06.2025 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.
2. **Wariant 2.** Wariant 1 oraz dodatkowo uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ wzrostu inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, określenie współczynników dla wybranych JGP dotyczących kompleksowych świadczeń onkologicznych, zmiana współczynników korygujących dla szpitali zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego poziomu sieci PSZ oraz współczynników dla wybranych JGP w przypadku ich realizacji przez szpitale od trzeciego poziomu w sieci PSZ, uwzględnienie taryf dla świadczeń w obszarze chorób układu nerwowego, żeńskiego układu rozrodczego i rehabilitacji stacjonarnej.
3. **Wariant 3.** Wariant 2 oraz dodatkowe zwiększenie 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 2025, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie.

Dla każdej grupy zakresów obliczono średnią cenę jednostki rozliczeniowej, która stanowi podstawę do wyliczeń wzrostu wartości jednostek rozliczeniowych.

4.1. Wariant 1

Wynik analiz przeprowadzonych w odniesieniu do pracowników zatrudnionych na podstawie umów o pracę, kwalifikujących się do wzrostu minimalnego wynagrodzenia zasadniczego z zastosowaniem współczynnika wskazanego w załączniku nr 1 oraz pracowników określonych w art. 5 ustawy o wynagrodzeniach, wzmocniony uwzględnieniem dodatkowych środków niezbędnych na nagrody jubileuszowe, odprawy emerytalne, trzynaste pensje, wzrost funduszu socjalnego pokazał, że realizacja przepisów wskazanego aktu prawnego wiązać się będzie ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o około **9,14 mld zł.** w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie Rekomendacji, co stanowi około **6,03 %** wzrostu wartości umów z NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii).

Należy jednak mieć na względzie, że z uwagi na uśrednione oszacowania poziomu wzrostu w poszczególnych grupach zakresów, jednakowy, w danym zakresie świadczeń czy typie umowy, sposób zwiększania wartości umów przez NFZ oraz zróżnicowany pomiędzy podmiotami udział kosztów umów o pracę w kosztach osobowych (patrz: rysunek 2), wskazana wyżej oszacowana wartość wzrostu wydatków płatnika może nie skompensować w pełni realizacji przepisów wspomnianej ustawy we wszystkich podmiotach. Jedynym rozwiązaniem pozwalającym na precyzyjne sfinansowanie niezbędnego wzrostu minimalnych wynagrodzeń zasadniczych z tytułu umów o pracę byłoby indywidualne wyliczenie i przekazanie przez NFZ kwot, w oparciu o przekazane przez każdego

świadczeniodawcę zapotrzebowanie na środki, odnoszące się do pracowników kwalifikujących się do zwiększenia wynagrodzenia zgodnie z przepisami ustawy o wzroście wynagrodzeń. Należy jednak pamiętać, że Narodowy Fundusz Zdrowia, jako płatnik publiczny, jest zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych przez podmioty posiadające zawartą umowę. W związku z tym, wszystkie składniki kosztowe związane z realizacją świadczeń – w tym koszty wynagrodzeń – powinny być odzwierciedlone w ich wartości, ustalonej na podstawie liczby jednostek rozliczeniowych oraz ceny jednostki rozliczeniowej. Wprowadzenie mechanizmu polegającego na finansowaniu wzrostu wynagrodzeń niezależnie od wartości i liczby wykonanych świadczeń prowadziłoby do oderwania poziomu wynagrodzeń od efektów pracy. W konsekwencji mogłoby to ograniczyć motywację świadczeniodawców do zwiększania efektywności, poprawy jakości oraz dostępności udzielanych świadczeń.

4.2. Wariant 2

W wariantcie tym, poza uwzględnieniem we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutków realizacji ustawy o wynagrodzeniach, dodatkowo uwzględniono we wzroście kwot zobowiązania NFZ wzrost inflacji, dokonano zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, określono współczynniki dla wybranych JGP dotyczących kompleksowych świadczeń onkologicznych, dokonano zmiany współczynników korygujących dla szpitali zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego poziomu sieci PSZ oraz współczynników dla wybranych JGP w przypadku ich realizacji przez szpitale od trzeciego poziomu w sieci PSZ, uwzględniono taryfy dla świadczeń w obszarze chorób układu nerwowego, żeńskiego układu rozrodczego i rehabilitacji stacjonarnej.

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. 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 opieka psychiatryczna, w szczególności ambulatoryjna i środowiskowa dzieci i dorosłych, świadczenia udzielane w hostelu, leczenie uzależnień oraz opieka dla osób przewlekle chorych, opieka długoterminowa w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w tym psychiatrycznych, oraz pielęgnarska opieka domowa, opieka paliatywna i hospicyjna dla dzieci realizowana w warunkach domowych, medycyna szkolna, ratownictwo medyczne i transport sanitarny, szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć, w tym psychiatryczne.

W przypadku zakresów w obszarze onkologii oraz zakresów szpitalnych kontraktowanych poza ryczałtem PSZ ustalono wzrost cen jednostek rozliczeniowych na poziomie analogicznym jak w przypadku ryczałtu PSZ (tabela 10).

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, który został przeznaczony na zwiększenie wolumenu realizowanych świadczeń. Podstawę do takiego podejścia stanowiły analizy wskazane w rozdziałach 3.8.3. oraz 3.8.5. Ponadto proponuje się włączenie przedmiotowych świadczeń do planu taryfikacji na rok 2026, w celu dostosowania ich wartości punktowych do rzeczywistych kosztów realizacji.

Szczegóły propozycji dla poszczególnych grup zakresów, wynikających z zastosowania tego wariantu przedstawia tabela 11.

Tabela 11 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				5,00%
01a - POZ – medycyna szkolna				14,38%
01b - POZ - budżet powierzony				5,00%
01c - pobranie materiału z szyjki macicy		0,09	1,09%	76,24%
02 - NiŚOZ				8,33%
03 - AOS - porady		0,10	1,07%	
03a - AOS - porady pierwszorazowe		0,10	5,88%	
03b - AOS - pozostałe		0,10		
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1		0,09	1,18%	
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2		0,03	1,32%	
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe		0,09	1,16%	
07 - SZP - hospitalizacja planowa		0,07	1,29%	
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"		0,06	1,41%	
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby			5,10%	
12 - SOR/ IP				11,06%
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka chemioterapia/ programy lekowe		0,10	1,07%	
14 - SZP - radioterapia		0,05	3,13%	
14a - SZP - radioterapia protonowa		0,05	1,28%	4,35%
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych		2,62		

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]
15a - ZOL PSY		4,25		
15b - PSY wybrane świadczenia		3,88		
15c - PSY świadczenia w hostelu		3,46		
15d - PSY leczenie uzależnień		3,53		
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci		1,64		
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych		2,06		
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci		2,13		
19 - PSY - psychiatria sądowa		3,13		
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna		0,18	1,15%	
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna		0,12	1,15%	
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci		0,23		
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym		0,18		
22 - REH - fizjoterapia domowa		0,08	1,36%	
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką		0,17		
24 - STM		0,14		
25 - STM - protetyka i ortodoncja		0,17		
26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL		9,40		
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgnarska domowa	61,54	15,93		
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa		2,55		
29 - OPH - opieka hospicyjna		8,88		
29a - OPH - opieka hospicyjna dla dzieci		14,64		
30 - PRO - profilaktyka		0,60	1,28%	
31 - karetki i transport sanitarny				10,42%
34 - programy pilotażowe				7,43%
35 - program pilotażowy CZP				4,50%
36 - SOK - inne świadczenia domowe		0,05	1,24%	
37 - sanatorium szpital		25,68		
38 - sanatorium uzdrowisko		16,41		
39 - sanatorium ambulatoryjnie		8,21		
40 - inne - głównie SOK		0,11		6,26%
40a - PET		0,06	1,13%	
41 - dializoterapia		0,05	1,30%	
42 - KOC		0,11	1,08%	

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]
44 - PSY - izba przyjęć				13,15%
45 - STM - ryczałty				8,30%
46 - KAOS				7,68%
47 - PSY dzienne dorosłych		2,37		
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie		4,21		
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)		0,70		
51 - SZP - pediatria		0,12	1,02%	
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma		0,08	1,32%	
52-KON - SZP - poza ryczałtem - KON		0,10	1,03%	
52-KOS-zawał - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał		0,10	1,03%	
52-neonatologia - SZP - poza ryczałtem - neonatologia		0,12	1,02%	
52-pęcherzowe oddzielanie naskórka - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka		0,09	1,19%	
52-porody - SZP - poza ryczałtem - porody		0,12	1,02%	
52-przeszczepienia - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia		0,10	1,13%	
52-wysokospecjalistyczne - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne		0,08	1,20%	
52-zawały - SZP - poza ryczałtem - zawały		0,09	1,22%	
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka		0,06	1,58%	
55 - SOK - pompa insulinowa		0,12	1,06%	
56 - SOK - poza ryczałt		0,11	1,04%	
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu		0,12	1,02%	
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby			4,17%	
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe		0,12		
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka		0,12	1,02%	
63 - system robotowy			4,24%	
64 - PSY - psychiatria środowiskowa		1,71		11,77%

Źródło: opracowanie własne

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

Tabela 12 Wzrosty cen jednostek rozliczeniowych dla wybranych zakresów.

Grupa zakresów	Wzrost ceny jednostki rozliczeniowej	Wskaźnik wzrostu % kwoty zobowiązania wynikająca ze wzrostu wolumenu świadczeń
06 – SZP	0,12	1,02%*
52-onkologia - SZP - poza ryczałtem - onkologia	0,12	1,08%
58 - SZP - pozostałe	0,12	1,06%

Źródło: opracowanie własne.

* 1,02% (w skali roku ryczałt PSZ 2025 – 0,51%, po zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku)

W przypadku ryczałtu PSZ zaleca się przeliczenie wartości zobowiązania w wysokości 1,02% przekładanej na zwiększenie wolumenu jednostek rozliczeniowych na okres II półrocza 2025, co w skali roku stanowi wzrost o 0,51%, po zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.

Wskazane w tabelach 11 i 12 zmiany wiązać się będą ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o **11,8 mld zł** w ujęciu rocznym. Należy mieć na względzie, że **dla grupy zakresów 35 - program pilotażowy CZP skutek oszacowany został w ujęciu półrocznym**, w związku z planowanym przedłużeniem tego programu pilotażowego do końca roku 2025, a od 1 stycznia 2026 roku przyjęciem nowego docelowego modelu finansowania.

Implementacja taryf świadczeń

W 2025 roku zakończone zostały prace związane z ustaleniem taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu:

- leczenia szpitalnego w obszarze chorób układu nerwowego,
- leczenia szpitalnego w obszarze chorób żeńskiego układu rozrodczego,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części odnoszącej się do procedur ginekologicznych, które mogą być realizowane zarówno w trybie hospitalizacji jak i trybie ambulatoryjnym,
- rehabilitacji leczniczej w obszarze świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych.

W wyniku przeprowadzonych analiz kosztowych, konsultacji z ekspertami dziedzinowymi, zmian wprowadzonych w zakresie wybranych Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), a także po zakończeniu etapu konsultacji publicznych oraz uzyskaniu pozytywnej opinii Rady do spraw Taryfikacji, zasadnym jest przyjęcie taryf świadczeń zgodnie z propozycjami przedstawionymi w poniższych tabelach.

Taryfy te odpowiadają wartościom określonym w projektach obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, które zostały przekazane Ministrowi Zdrowia do zatwierdzenia pismami z dnia 4 czerwca 2025 r. o znakach: BP.51.1.2025.MWJ, BP.51.2.2025.MWJ, BP.51.3.2025.MWJ, na podstawie art. 31lb ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146).

Tabela 13 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej.

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
leczenie szpitalne w obszarze chorób układu nerwowego	Grupy JGP	
	A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu*	13 507
	A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu*	11 053
	A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/ stymulatora nerwu błędnego *	49 837
	A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*	25 096

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
	A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe*	17 202
	A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe*	16 445
	A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe*	11 893
	A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe*	5 364
	A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	5 528
	A31 Choroby nerwów obwodowych	3 677
	A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.	5 159
	A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.	3 879
	A33 Zaburzenia równowagi	3 525
	A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	2 797
	A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 3 dni	6 443
	A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	4 341
	A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	5 095
	A36 Choroby demielinizacyjne	3 922
	A46 Przemijające niedokrwienie mózgu	2 604
	A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	4 607
	A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	9 195
	A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym	4 666
	A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni	6 283
	A50 Udar mózgu – leczenie	2 604
	A56 Choroby nerwów czaszkowych	4 413
	A58 Encefalopatia	7 728
	A59 Bóle głowy	3 302
	A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	4 059
	A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	5 630
	A68 Padaczka lekooporna – diagnostyka	7 842
	A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	3 126
	A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	1 730
	A86 Choroby neuronu ruchowego	4 370
	PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	22 442
	PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	14 986
	PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	11 533
	PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	7 955
	Produkty do sumowania	
	Chlorowodorek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złożliwych glejaka mózgu	2 744
	Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia	2 579
	Produkty odrębne	
	Kwalifikacja do wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu (DBS)	3 284
	Programowanie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu (DBS)	2 052
leczenie szpitalne w obszarze chorób żeńskiego układu rozrodczego	M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	13 052
	M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	5 532
	M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	2 559
	M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1 146
	M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	18 180
	M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	2 216

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
	M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	12 885
	M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	9 191
	M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	6 317
	M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	3 135
	M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	1 233
	M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	13 845
	M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	11 734
	M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	1 669
	M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	8 737
	M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	2 642
	M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	4 543
	M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodno	1 986
	M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	3 774
	M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	2 046
	M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	1 122
	M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	2 396
	M17 Indukcja poronienia	2 688
rehabilitacja lecznicza w obszarze świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria I	347
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - kategoria I	312
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria II	228
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w szpitalu - kategoria II	206
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria I	304
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu - kategoria I	281
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w szpitalu - kategoria II	207
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w szpitalu - kategoria II	183
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w szpitalu - kategoria I	269
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w szpitalu - kategoria II	174
	Rehabilitacja neurologiczna przewlekła w szpitalu	130
	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w szpitalu - kategoria I	480
	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w szpitalu - kategoria II	394
	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w szpitalu - kategoria III	296
	Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi w szpitalu	215
	Rehabilitacja kardiologiczna w szpitalu - kategoria I	158
	Rehabilitacja kardiologiczna w szpitalu - kategoria II	122
	osobodzeń w kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych	95
	Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych	351
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu	280
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym z chorobami współistniejącymi w szpitalu	231
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym bez chorób współistniejących w szpitalu	190

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa po leczeniu operacyjnym	229
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym z chorobami współistniejącymi w szpitalu	163
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym bez chorób współistniejących w szpitalu	126
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w szpitalu	105
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w szpitalu	144
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego w szpitalu	201
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych	306
	Rehabilitacja pulmonologiczna w szpitalu	167
	Rehabilitacja pulmonologiczna w zakładzie rehabilitacji leczniczej	116
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	314
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	279
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	195
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	173
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	269
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	240
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	182
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	159
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	229
	Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	139
	Rehabilitacja neurologiczna przewlekła w zakładzie rehabilitacji leczniczej	96
	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	451
	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	365
	Rehabilitacja neurologiczna dziecięca w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria III	268
	Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej	178
	Rehabilitacja kardiologiczna w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria I	120
	Rehabilitacja kardiologiczna w zakładzie rehabilitacji leczniczej - kategoria II	84
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym z chorobami współistniejącymi w zakładzie rehabilitacji leczniczej	132
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym bez chorób współistniejących w zakładzie rehabilitacji leczniczej	96
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w zakładzie rehabilitacji leczniczej	77
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w zakładzie rehabilitacji leczniczej	113
	Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego w zakładzie rehabilitacji leczniczej	171

Źródło: opracowanie własne

W toku analiz dotyczących taryfikacji świadczeń z zakresu rehabilitacji stacjonarnej zwrócono uwagę na potrzebę rozdzielenia produktów rozliczeniowych w zależności od stanu klinicznego pacjenta.

Różnice w intensywności opieki, czasie trwania hospitalizacji oraz zaangażowaniu zasobów wynikają z odmiennych potrzeb pacjentów w stanie ostrym i przewlekłym. Zidentyfikowane zróżnicowanie kosztów realizacji świadczeń uzasadnia konieczność wyodrębnienia odrębnych produktów rozliczeniowych odpowiadających tym dwóm grupom pacjentów.

W związku z powyższym rekomenduje się, aby Płatnik utworzył odpowiednie zakresy świadczeń, skojarzone z realizacją rehabilitacji w stanie ostrym oraz przewlekłym, co umożliwi właściwe różnicowanie taryf oraz lepsze dopasowanie finansowania do rzeczywistego profilu klinicznego pacjentów i kosztów świadczeń.

W poniższej tabeli przedstawiono projekty taryf dla procedur ginekologicznych, które mogą być realizowane zarówno w ramach leczenia szpitalnego jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Tabela 14 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Produkt rozliczeniowy i procedura	Projekt taryfy [PKT]
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa X1	635
	67.11 Biopsja kanału szyjki macicy	635
	67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)	635
	67.31 Marsupializacja torbieli szyjki macicy	635
	70.13 Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	635
	70.24 Biopsja pochwy	635
	71.01 Uwolnienie zrostów sromu	635
	71.099 Nacięcie sromu/krocza – inne	635
	71.11 Biopsja sromu	635
	ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa X2	737
	66.8 Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu	737
	67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne	737
	71.22 Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina	737
	71.23 Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	737
	ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa X3	779
	71.091 Powiększenie wejścia do pochwy	779
	71.3 Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	779
	ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa X4	806
	68.12 Histeroskopia diagnostyczna	806
	68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy	806
	69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne	806
	69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze	806
	69.59 Inne aspiracyjne lyżeczkowanie macicy	806
	ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa X5	928
	67.2 Konizacja szyjki macicy	928
	68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium	928

Źródło: opracowanie własne

Wprowadzenie wyżej wymienionych taryf będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami płatnika w wysokości **1 232,7 mln zł** w ujęciu rocznym.

Należy podkreślić, że głównymi realizatorami analizowanych świadczeń są podmioty zdefiniowane jako szpitale gminne, powiatowe oraz miejskie – a więc jednostki, które w największym stopniu odczuwają pogarszającą się sytuację finansową w systemie ochrony zdrowia.

Wzrost taryf w analizowanym obszarze umożliwia pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez podmioty lecznicze realizujące przedmiotowe świadczenia. Dodatkowo, dostosowanie wyceny taryfikowanych produktów rozliczeniowych do faktycznych kosztów, jakie ponoszą podmioty lecznicze, przyczyni się do zapewnienia wyższego standardu udzielania świadczeń, a także pozytywnie wpłynie na dostęp do nich, w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Z kolei aktualizacja wycen procedur, które mogą być realizowane zarówno w warunkach leczenia szpitalnego, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej ma na celu zachowanie równowagi pomiędzy produktami rozliczeniowymi oraz wspieranie strategicznego kierunku, jakim jest przesuwanie ciężaru realizacji wybranych świadczeń z trybu szpitalnego do ambulatorium — zgodnie z koncepcją odwracania piramidy świadczeń. Zapewnienie właściwego poziomu finansowania w AOS umożliwi poprawę dostępności i efektywności systemu ochrony zdrowia oraz zwiększenie opłacalności realizacji procedur jednoimiennych poza trybem hospitalizacji.

Zmiany współczynników korygujących dotyczących wybranych JGP

W związku z zakończonym procesem taryfikacji świadczeń w obszarach chorób układu nerwowego, żeńskiego układu rozrodczego **likwiduje się część pomostowych współczynników korygujących**, wprowadzonych do systemu rozliczeniowego na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczących zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wydanych w latach 2023 i 2024. Zmiana ta dotyczy następujących JGP:

- A31 Choroby nerwów obwodowych,
- A33 Zaburzenia równowagi,
- A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego,
- A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN,
- A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia,
- A56 Choroby nerwów czaszkowych,
- A58 Encefalopatia,
- A59 Bóle głowy,
- A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie,
- A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni,
- A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo,
- A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo,
- M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *,
- M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *,
- M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *,
- M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *,

- M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *.

Pozostałe współczynniki korygujące wprowadzone do systemu rozliczeniowego na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczących zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wydanych w latach 2023 i 2024 pozostają aktualne. Ich podsumowanie zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 15 Współczynniki korygujące wprowadzone do systemu rozliczeniowego na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Kod i nazwa grupy	Współczynnik korygujący
D05 Bronchoskopia*	1,2
D17 Ropień płuc, ropowica	1,2
D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe	1,2
D26 Wsiękowe zapalenie opłucnej	1,2
D38 Obrzęk płuc	1,2
D46 Pochp i inne obturacyjne choroby układu oddechowego	1,2
D48 Zapalenie płuc bez pw	1,2
D51 Odma opłucnowa	1,2
D52 Niewydolność oddechowa	1,2
D54 Zapalenie opłucnej	1,2
H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich*	1,3
J34 Leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy*	1,3
N01 Poród*	1,3
N02 Poród mnogi lub przedwczesny*	1,2
N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni*	1,15
P03 Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	1,2
P04 Choroby dolnych dróg oddechowych	1,2
P06 Małe infekcje (w tym choroby immunologiczne)	1,2
P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	1,2
P35 Leczenie zachowawcze urazów < 18 r.ż.	1,2
Q23 Operacje żyłaków z safenektomią*	1,3
Q24 Operacje żyłaków bez safenektomii *	1,3

Źródło: opracowanie własne

Dodatkowo wyniki przeprowadzonych prac taryfikacyjnych oraz konsultacji zewnętrznych wykazały, że koszty realizacji kompleksowych świadczeń onkologicznych są wyższe w podmiotach o wysokim stopniu referencyjności. Związane jest to z szeregiem czynników wpływających na zwiększone obciążenia finansowe, w tym:

- większą złożonością przypadków, wymagających indywidualnego podejścia oraz realizacji pełnego zakresu świadczeń w ramach modelu kompleksowej opieki,
- dłuższym czasem hospitalizacji, wyższym ryzykiem powikłań oraz intensywnym wykorzystaniem zasobów medycznych,
- stosowaniem nowoczesnego, wysokospecjalistycznego sprzętu diagnostycznego i zabiegowego, niezbędnego do realizacji skomplikowanych procedur,
- udziałem zespołów interdyscyplinarnych, w tym ekspertów krajowych i specjalistów z dziedziny onkologii klinicznej, radioterapii i innych dziedzin medycyny,

- funkcjonowaniem w charakterze jednostek referencyjnych o ponadregionalnym zasięgu i obowiązku zapewnienia stałej dostępności do świadczeń a także pełnienia funkcji naukowych i edukacyjnych.

Mając na względzie powyższe, **rekomenduje się wprowadzenie współczynników korygujących** pozwalających na pokrycie rzeczywistych kosztów świadczeń, zapewnienia stabilności ich funkcjonowania oraz utrzymania wysokiej jakości i dostępności świadczeń onkologicznych w skali ogólnokrajowej dla podmiotów:

- zakwalifikowanych do kategorii szpitali onkologicznych oraz ogólnopolskich w systemie PSZ,
- pozostałych podmiotów wyspecjalizowanych w realizacji kompleksowych świadczeń onkologicznych, które w roku ubiegłym zrealizowały odpowiednią ich liczbę, tj. powyżej limitu określonego przy współpracy z ekspertami klinicznymi (konsultanci krajowi oraz osoby zasiadające w zarządach towarzystw lekarzy specjalistów).

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie produktów rozliczeniowych objętych nowymi współczynnikami korygującymi, które należy uwzględnić od 1 lipca 2025 r., wraz z przypisaną wartością współczynnika oraz określonym limitem świadczeń zrealizowanych w roku poprzednim, którego przekroczenie uprawnia do zastosowania wskaźnika w przypadku podmiotów innych niż szpitale ogólnopolskie i onkologiczne.

Tabela 16 Produkty rozliczeniowe objęte współczynnikami dla świadczeń onkologicznych realizowanych w podmiotach o wysokim poziomie referencyjnym

Kod i nazwa grupy	Limit realizacji świadczeń*	Współczynnik korygujący
F01 Kompleksowe zabiegi przełyku *	15	1,20
F02 Duże zabiegi przełyku, w tym protezowanie *	20	1,20
F30 Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego*	180	1,17
G31G Resekcje trzustki bez zabiegów rekonstrukcyjnych *	20	1,20
G31H Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie)*	20	1,20
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	15	1,20
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	Łącznie 140	1,25
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*		1,20

* ustalony na podstawie realizacji świadczeń w roku ubiegłym

Źródło: opracowanie własne

Szacuje się, że wprowadzenie wymienionych w powyżej tabeli współczynników korygujących spowoduje wzrost wydatków płatnika o **119,5 mln zł** w ujęciu rocznym, z czego **92,1 mln zł** dotyczy świadczeń z zakresu chirurgii, a **27,3 mln zł** – świadczeń realizowanych w obszarze ginekologii.

Ponadto, w efekcie przeprowadzonej analizy, zawartej w rozdziale 3.8.2., **rekomenduje się zwiększenie wartości współczynników korygujących**, o których mowa w paragrafie 7 punkt 8 zarządzenia Nr 130/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej o 3 punkty procentowe, do poziomu 1,06. Ponadto proponuje się dokonanie zmian w załączniku nr 3 do wspomnianego zarządzenia, nadając mu brzmienie określone w poniższej tabeli.

Tabela 17 Propozycja brzmienia załącznika nr 3 do zarządzenia Nr 130/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Lp.	nazwa grupy	kod grupy	współczynnik korygujący
1	Kompleksowe zabiegi wewnętrzzaskowe *	A11	1,06
2	Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	A48	1,06
3	Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym	A48T	1,06
4	Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze *	B11	1,06
5	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	C11	1,06
6	Kompleksowe zabiegi szczękowo-twarzowe < 66 r.ż. *	C21F	1,06
7	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej *	D02	1,06
8	Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego *	F21	1,06
9	Kompleksowe zabiegi wątroby *	G11	1,06
10	Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy > 65 r.ż. *	H31E	1,06
11	Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 66 r.ż. *	H31F	1,06
12	Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni *	H81	1,06
13	Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	J02	1,06
14	Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki *	L21	1,06
15	Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	M06	1,06
16	Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	M12	1,06
17	Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	M21	1,06
18	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *	PZC01	1,06
19	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. *	PZD01	1,06
20	Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 18 r.ż. *	PZH03	1,06
21	Kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *	PZN01	1,06
22	Kompleksowe zabiegi chirurgiczne w urazach wielonarządowych < 18 r.ż. *	T11	1,06

Źródło: opracowanie własne

Przyjęcie tego rozwiązania będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami płatnika w wysokości **66,2 mln zł** w ujęciu rocznym.

Dodatkowo, biorąc pod uwagę fakt, że przepisy ustawy o wzroście wynagrodzeń zapewniają wzrost minimalnych wynagrodzeń zasadniczych dla medycznych i niemedycznych pracowników zatrudnionych w ramach umowy o pracę w podmiotach leczniczych oraz mając na uwadze zapewnienie stabilności finansowej podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia w sposób umożliwiający bilansowanie się działalności szpitali, których w największym stopniu dotyczy wprowadzona regulacja, rekomenduje się podniesienie poziomu wartości ryczałtu dla szpitali zakwalifikowanych do I i II poziomu systemu zabezpieczenia, u których udział kosztów pracy personelu medycznego jest najwyższy (rozdział 3.8.1. niniejszego raportu). Tym samym **rekomenduje się zwiększenie wartości współczynników korygujących**, o których mowa w paragrafie 7 punkt 6 i 7 zarządzenia Nr 130/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej o 3 punkty procentowe, odpowiednio do poziomu 1,07 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do I stopnia poziomu PSZ oraz do poziomu 1,06 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do II stopnia poziomu PSZ. **Jednocześnie należy podkreślić, że jest to rozwiązanie przejściowe**, które powinno obowiązywać wyłącznie do czasu wejścia w życie regulacji mających na celu poprawę efektywności funkcjonowania szpitali.

Przyjęcie tego rozwiązania będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami płatnika w wysokości około **600 mln zł** w ujęciu rocznym.

Wszystkie proponowane w wariantie 2 zmiany wiązać się będą ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o **13,82 mld zł.** w okresie 12 miesięcy od wejścia w życie Rekomendacji, co stanowi **9,11%** wartości umów z NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii).

4.3. Wariant 3

W wariantie tym, poza zastosowaniem mechanizmów wskazanych w wariantie 2, uwzględniono dodatkowe zwiększenie 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 2025, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie.

W tabeli stanowiącej załącznik nr 2 wskazano zakresy, w przypadku których rekomenduje się dodatkowe zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych, z uwzględnieniem ceny jednostki rozliczeniowej wynikającej z Rekomendacji. Działanie to przyczyni się do wzmocnienia płynności finansowej podmiotów leczniczych oraz zwiększenia dostępności do świadczeń.

Wszystkie proponowane w tym wariantie zmiany wiązać się będą ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o **16,9 mld zł.** w okresie 12 miesięcy od wejścia w życie Rekomendacji, co stanowi **11,17%** 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 dwóch wariantach

Wariant	Roczny skutek finansowy z tytułu zmiany poziomu finansowania	Zmiana roczna*
Wariant 1.	9 142 209 035	6,03%
Wariant 2.	13 822 858 701	9,11%
Wariant 3.	16 942 571 861	11,17%

*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	14
Tabela 7 Współczynniki do wyliczenia minimalnego wynagrodzenia dla grup zawodowych personelu medycznego.	16
Tabela 8 Rozkład cen jednostek rozliczeniowych dla wybranych grup zakresów zgodnie z obowiązującymi umowami z NFZ na dzień 15 maja 2025	19
Tabela 9 Dane dotyczące wartości świadczeń ponadumownych w wybranych grupach zakresów świadczeń w pierwszym kwartale 2025 roku	26
Tabela 10 Porównanie wartości nominalnych krwi i jej składników w pierwszej połowie 2025 roku	30
Tabela 11 Wielkości wzrostu jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów	36
Tabela 12 Wzrosty cen jednostek rozliczeniowych dla wybranych zakresów.	39
Tabela 13 Projekty tariff świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej.	39
Tabela 14 Projekty tariff świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	43
Tabela 15 Współczynniki korygujące wprowadzone do systemu rozliczeniowego na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	45
Tabela 16 Produkty rozliczeniowe objęte współczynnikami dla świadczeń onkologicznych realizowanych w podmiotach o wysokim poziomie referencyjnym	46
Tabela 17 Propozycja brzmienia załącznika nr 3 do zarządzenia Nr 130/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	46
Tabela 18 Skutki dla płatnika w dwóch wariantach	48

Spis rysunków

Rysunek 1 Struktura zatrudnienia w danych przekazanych przez świadczeniodawców	11
Rysunek 2 Rozkład liczby szpitali, które przekazały dane, pod względem udziału wartości kosztów z tytułu umów o pracę w kosztach osobowych ogółem w grupie szpitali.	12
Rysunek 3 Procentowy udział wartości wynagrodzeń wg grup zawodowych - wszystkie formy zatrudnienia	12
Rysunek 4 Wartościowy udział form zatrudnienia wg grup zawodowych	13
Rysunek 5 Wartościowa struktura kosztów umów cywilnoprawnych	13
Rysunek 6 Wartościowa struktura form rozliczeń funkcjonujących w umowach cywilnoprawnych, w podziale na grupy zawodowe.	14
Rysunek 7 Struktura wynagrodzenia brutto wg grup zawodowych dla umowy o pracę.	17
Rysunek 8 Struktura kosztów świadczeniodawców	21
Rysunek 9 Liczba świadczeniodawców w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji ryczału PSZ za styczeń - marzec 2025 r.	24
Rysunek 10 Wartość niewykonania albo przekroczenia ryczału PSZ w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji za styczeń - marzec 2025 r.	25
Rysunek 11 Poziom wykonania ryczału PSZ w pierwszym kwartale 2025 roku w podziale na kategorię w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	25
Rysunek 12 Rozkład udziału kosztów wyrobów medycznych i pozostałych kosztów w całkowitym koszcie świadczenia.	28
Rysunek 13 Rozkład udziału kosztów wyrobów medycznych i pozostałych kosztów w całkowitym koszcie świadczenia.	28
Rysunek 14 Rozkład udziału kosztów wyrobów medycznych i pozostałych kosztów w całkowitym koszcie świadczenia.	29