



Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

RAPORT

DMiAS.53.1.2026

Data ukończenia: 09.06.2026

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	16
3.3. Grupowanie zakresów świadczeń	17
3.4. Inne czynniki wpływające na wzrost kosztów działalności operacyjnej podmiotów leczniczych 22	
3.5. Obszary świadczeń zidentyfikowane jako wymagające podjęcia pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania	23
3.6. Wykonanie ryczału PSZ za I kwartał 2026 roku	24
3.7. Wykonanie umów z NFZ w pozostałych zakresach świadczeń w pierwszym kwartale 2026 roku 25	
3.8. Inne istotne analizy	26
3.8.1. Udział kosztów osobowych w wybranych świadczeniach związanych z użyciem kosztownych wyrobów medycznych.....	26
3.8.2. Chirurgia robotowa	28
3.8.3. Protonoterapia	29
3.9. Metodyka wyliczania wzrostu wartości umów z NFZ w poszczególnych grupach zakresów	29
3.10. Ograniczenia analizy	31
4. OSZACOWANIE ZMIANY POZIOMU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ PRZEZ NFZ	32
4.1. Wariant pierwszy.....	32
4.2. Wariant drugi.....	36
4.3. Pozostałe elementy, uwzględnione w obu wariantach	40
5. ZAŁĄCZNIKI	53
6. SPIS TABEL I RYSUNKÓW	54

1. Problem decyzyjny

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia, przekazane pismem ASG.7801.2.2026.MK z dnia 23 marca 2026 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. 2025 poz. 1461) 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 związanych 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 (Dz.U. z 2022 r. poz. 2139, z późn. zm.).*”

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 2026 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 2025 oraz za okres styczeń - luty 2026, 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 31.12.2025 i 28.02.2026 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 2025.
- Przekazaną przez NFZ bazę zawierającą informacje o liczbie jednostek i wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami na rok 2026, według stanu na dzień 18 maja 2026 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 2026 zostały ekstrapolowane na okres całego roku.
- Przekazane przez NFZ informacje o płatnościach zrealizowanych na rzecz podmiotów udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w 2025 roku oraz w I kwartale 2026 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 2026.
- Przekazane przez NFZ informacje o realizacji ryczałtu PSZ w roku 2025 oraz w I kwartale 2026 roku.

- Przekazane przez NFZ informacje o realizacji pozostałych zakresów świadczeń w I kwartale 2026 roku.

Prace w przedmiotowym zakresie prowadzone były wielotorowo.

Dane z ankiet

- W dniu 23.02.2026 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 przekazało prośbę do szesnastu OW NFZ o przesłanie bezpośrednio do wszystkich świadczeniodawców poprzez portal świadczeniodawcy lub System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) Wniosku o udostępnianie Danych.
- W celu wzmocnienia wcześniej opisanych działań, w dniu 24.02.2026 r., Agencja wystąpiła 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 2026 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 2025 i styczeń - luty 2026 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 2026 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 poddano odrębnej analizie wynagrodzenia wynikające z pozostałych form zatrudnienia, tj. umów zlecenia, umów 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 01.01.2026-28.02.2026 r.

Dane z formularzy MZ-BFA

- Dane z rachunku wyników finansowych podmiotów, przekazane w ankiecie za okres 01.01.-31.12.2025 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 89 grup, których numeracja zawiera się w przedziale od 1 do 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 ryczału 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 2026 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 2026, według danych pozyskanych od Narodowego Funduszu Zdrowia, stan na dzień 18 maja 2026 (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 zasadniczych wynagrodzeń minimalnych od dnia 1 lipca 2026.
- 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 2026 r. w przeliczeniu na 1 etat poniżej stawki minimalnego wynagrodzenia obowiązującego od dnia 1 stycznia 2026.

Dane budzące największe wątpliwości były wyjaśniane w drodze indywidualnych konsultacji bezpośrednich 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 **4 044** świadczeniodawców, co stanowi **22,93 %** liczby wszystkich podmiotów posiadających umowę z NFZ. Z kolei wartość umów z NFZ tych podmiotów stanowi **81,62%** wszystkich umów z NFZ. Istotnym elementem reprezentatywności przekazanych danych jest fakt, iż pozyskano dane od **538 szpitali** funkcjonujących w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), co stanowi **96,24%** wszystkich szpitali PSZ i odpowiada **94,03%** 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 w próba	Liczba podmiotów ogółem	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ próba	Wartość umów ogółem*	% wartości umów
Szpital I stopnia	254	264	96,21%	24 118 232 732	24 893 497 113	96,89%
Szpital II stopnia	91	96	94,79%	19 264 007 125	20 465 249 345	94,13%
Szpital III stopnia	59	62	95,16%	22 166 163 219	24 017 421 833	92,29%
Szpital pulmonologiczny	28	28	100,00%	1 854 058 967	1 854 058 967	100,00%

Dominujący poziom sieci	Liczba podmiotów w próba	Liczba podmiotów ogółem	% liczby podmiotów	Wartość umów NFZ próba	Wartość umów ogółem*	% wartości umów
Szpital pediatryczny	12	12	100,00%	1 725 998 990	1 725 998 990	100,00%
Szpital onkologiczny	16	16	100,00%	4 299 638 372	4 299 638 372	100,00%
Szpital ogólnopolski	78	81	96,30%	28 395 515 309	31 037 518 912	91,49%
Razem szpitale sieciowe	538	559	96,24%	101 823 614 714	108 293 383 532	94,03%
Poza siecią	162	299	54,18%	6 768 246 339	8 462 075 554	79,98%
Pozostali świadczeniodawcy	3 344	16 775	19,93%	28 651 834 562	51 384 510 283	55,76%
RAZEM	4 044	17 633	22,93%	137 243 695 615	168 139 969 369	81,62%

* 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	294	1 263	23,28%	10 900 624 266	12 539 040 928	86,93%
02 Kujawsko-Pomorskie	208	841	24,73%	7 824 914 359	9 148 656 825	85,53%
03 LUBELSKIE	212	1 132	18,73%	7 254 000 262	8 903 494 709	81,47%
04 LUBUSKIE	71	656	10,82%	2 613 247 028	4 003 376 481	65,28%
05 ŁÓDZKIE	244	907	26,90%	8 810 640 297	10 408 328 122	84,65%
06 MAŁOPOLSKIE	435	1 255	34,66%	11 070 121 716	14 363 060 343	77,07%
07 MAZOWIECKIE	447	1 582	28,26%	18 449 150 981	24 328 043 367	75,83%
08 OPOLSKIE	98	529	18,53%	2 997 166 806	3 570 041 332	83,95%
09 PODKARPACKIE	265	1 453	18,24%	6 857 264 715	8 651 267 962	79,26%
10 PODLASKIE	117	611	19,15%	4 228 784 287	5 192 719 684	81,44%
11 POMORSKIE	233	811	28,73%	8 037 229 178	9 151 844 565	87,82%
12 ŚLĄSKIE	617	1 941	31,79%	15 503 472 828	18 293 100 796	84,75%
13 ŚWIĘTOKRZYSKIE	178	597	29,82%	4 423 249 242	5 383 603 307	82,16%
14 WARMIŃSKO-MAZURSKIE	132	903	14,62%	4 370 234 450	5 403 717 744	80,87%
15 WIELKOPOLSKIE	317	2 266	13,99%	11 106 595 505	13 764 201 958	80,69%
16 ZACHODNIOPOMORSKIE	132	826	15,98%	5 068 072 476	6 988 437 843	72,52%
brak dominującego województwa	44	60	73,33%	7 728 927 219	8 047 033 402	96,05%
RAZEM	4 044	17 633	22,93%	137 243 695 615	168 139 969 369	81,62%

* 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	1 047	7 421	14,11%	5 619 566 926	17 770 778 623	31,62%
02 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	394	2 032	19,39%	2 335 618 337	4 394 883 848	53,14%
03 Leczenie szpitalne	573	659	86,95%	100 434 267 784	107 458 832 216	93,46%
04 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	224	481	46,57%	4 476 004 043	5 173 372 055	86,52%
05 Rehabilitacja lecznicza	453	1 035	43,77%	1 927 800 721	2 698 165 471	71,45%
07 Leczenie stomatologiczne	385	4 051	9,50%	722 754 484	2 936 252 967	24,61%
08 Lecznictwo uzdrowiskowe	71	113	62,83%	1 430 362 115	2 110 844 775	67,76%
10 Profilaktyczne programy zdrowotne	37	130	28,46%	182 999 047	378 710 398	48,32%
11 Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	27	48	56,25%	1 838 003 278	2 032 876 404	90,41%
14 Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	215	523	41,11%	1 963 510 556	2 797 121 723	70,20%
15 Opieka paliatywna i hospicyjna	113	203	55,67%	805 126 749	1 073 041 700	75,03%
16 Ratownictwo medyczne	22	22	100,00%	5 314 782 318	5 314 782 318	100,00%
17 Pomoc doraźna i transport sanitarny od 2009	10	11	90,91%	150 511 176	154 782 755	97,24%
18 Programy pilotażowe	13	18	72,22%	260 522 138	310 166 417	83,99%
brak dominującego rodzaju świadczenia	460	886	51,92%	9 781 865 943	13 535 357 699	72,27%
RAZEM	4 044	17 633	22,93%	137 243 695 615	168 139 969 369	81,62%

* 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	2 823	16 108	17,53%	8 334 097 844	26 822 942 124	31,07%
2. od 10 do 25 mln	451	681	66,23%	6 875 686 174	10 206 917 715	67,36%
3. od 25 do 50 mln	192	233	82,40%	7 106 263 400	8 431 398 546	84,28%
4. od 50 do 100 mln	213	230	92,61%	15 618 978 689	16 837 236 233	92,76%
5. od 100 do 200 mln	186	193	96,37%	26 552 448 140	27 454 833 556	96,71%
6. od 200 do 400 mln	116	120	96,67%	31 952 372 396	33 154 505 165	96,37%
7. > 400 mln	63	68	92,65%	40 803 848 972	45 232 136 029	90,21%
RAZEM	4 044	17 633	22,93%	137 243 695 615	168 139 969 369	81,62%

* 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 **718 tys. pracowników** w ramach wszystkich form zatrudnienia, z czego blisko **621 tys. pracowników (86,40%)** 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.

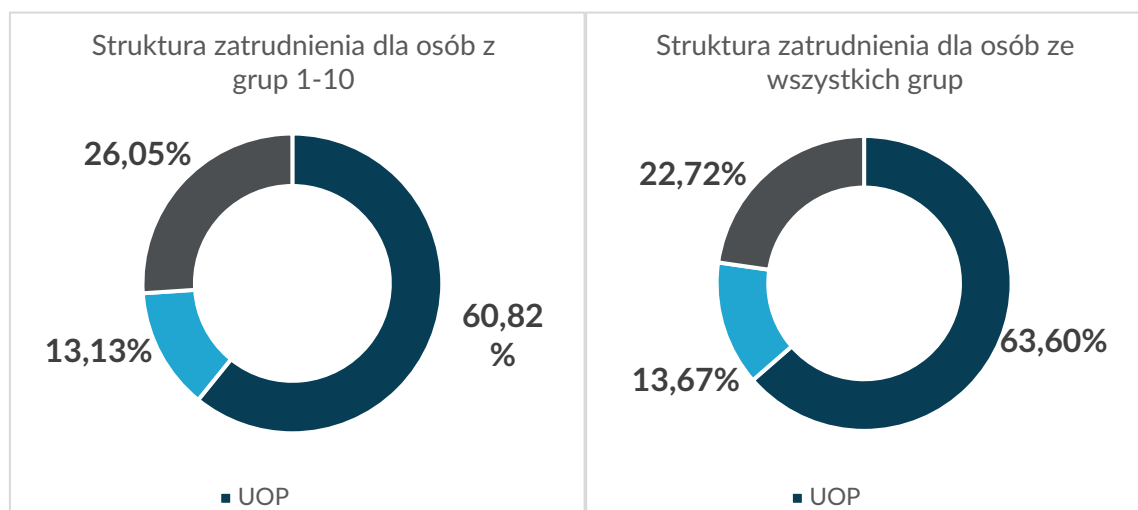
Dane przekazane i włączone do analiz dotyczyły **457 tys. pracowników zatrudnionych w ramach umowy o pracę**, co stanowi wzrost o 0,9 % w stosunku do liczby danych pozyskanych za luty 2025 roku. 83% tej grupy stanowiły osoby przypisane przez świadczeniodawców do grup zawodowych 1-10.

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 **98 tys. umów zlecenia/o dzieło** i **163 tys. zatrudnionych na tzw. kontraktach**, w tym do grup zawodowych 1-10 wymienionych w ustawie przypisano **82 tys. umów zlecenia/o dzieło** i **162 tys. zatrudnionych na kontraktach**.

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	377 551	60,82%	456 966	63,60%	67,84%
umowa zlecenie/ o dzieło	81 509	13,13%	98 231	13,67%	5,63%
kontrakt	161 695	26,05%	163 258	22,72%	26,53%
Razem	620 755	100,00%	718 455	100,00%	100,00%

Źródło: opracowanie własne



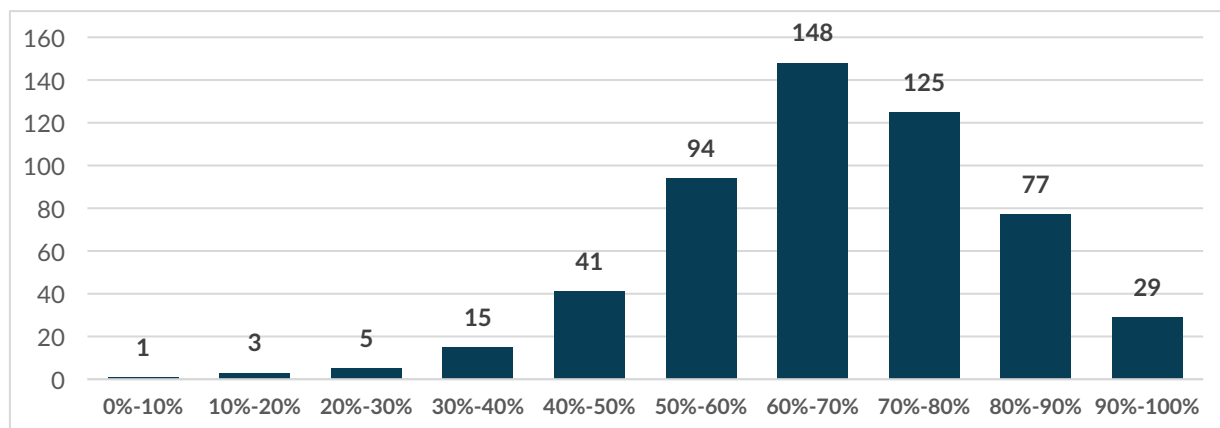
Rysunek 1 Struktura zatrudnienia w danych przekazanych przez świadczeniodawców.

Źródło: opracowanie własne

Z przekazanych danych wynika, iż ponad 63% pracowników ze wszystkich grup zawodowych zatrudnionych jest na podstawie umowy o pracę, ok. 23% pracowników w ramach umowy cywilno-prawnej tzw. kontrakt, a prawie 14% stanowią osoby zatrudnione na umowę zlecenie lub umowę o dzieło. Przy czym należy zwrócić uwagę, że umowy cywilno-prawne tzw. kontrakty generują blisko 27% kosztów osobowych, natomiast umowy zlecenie i dzieło poniżej 6%.

W grupie szpitali, które przekazały dane, udział liczby osób zatrudnionych na umowach o pracę w ogólnej liczbie wykazanych pracowników wyniósł ok. 72%, natomiast pod względem wartościowym średni udział kosztów wynagrodzeń tytułu umów o pracę w kosztach osobowych ogółem wyniósł ok. 71%.

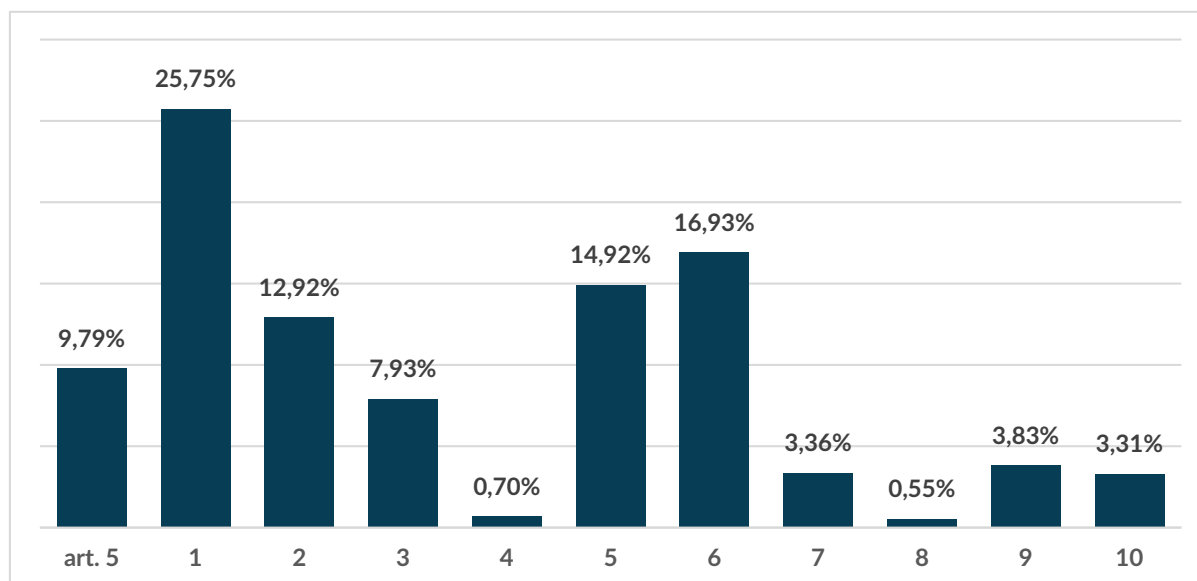
Poniższy rysunek obrazuje rozkład udziału kosztów z tytułu umów o pracę w kosztach osobowych ogółem. Warto zauważyć, że największą grupę stanowią szpitale, w których udział ten stanowi od 60 do 80%. Udział mniejszy od pięćdziesięcioprocentowego zauważyć można w nieco ponad 12% podmiotów. Mediana udziału umów o pracę w ogólnych kosztach osobowych w analizowanych szpitalach wyniosła 67,47%, natomiast średnia wynosiła 66,91%.



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

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: 25,75%), w dalszej kolejności przez osoby przypisane do grupy zawodowej 6 (nieco poniżej 17%) oraz grupy zawodowej 5 (14,92%). Najmniejsze koszty osobowe odnoszą się natomiast do osób przypisanych do grupy zawodowej 8 (0,55%) a także do lekarzy stażystów i lekarzy dentystów stażystów (grupa 4: 0,70%). Szczegóły przedstawia poniższy rysunek.

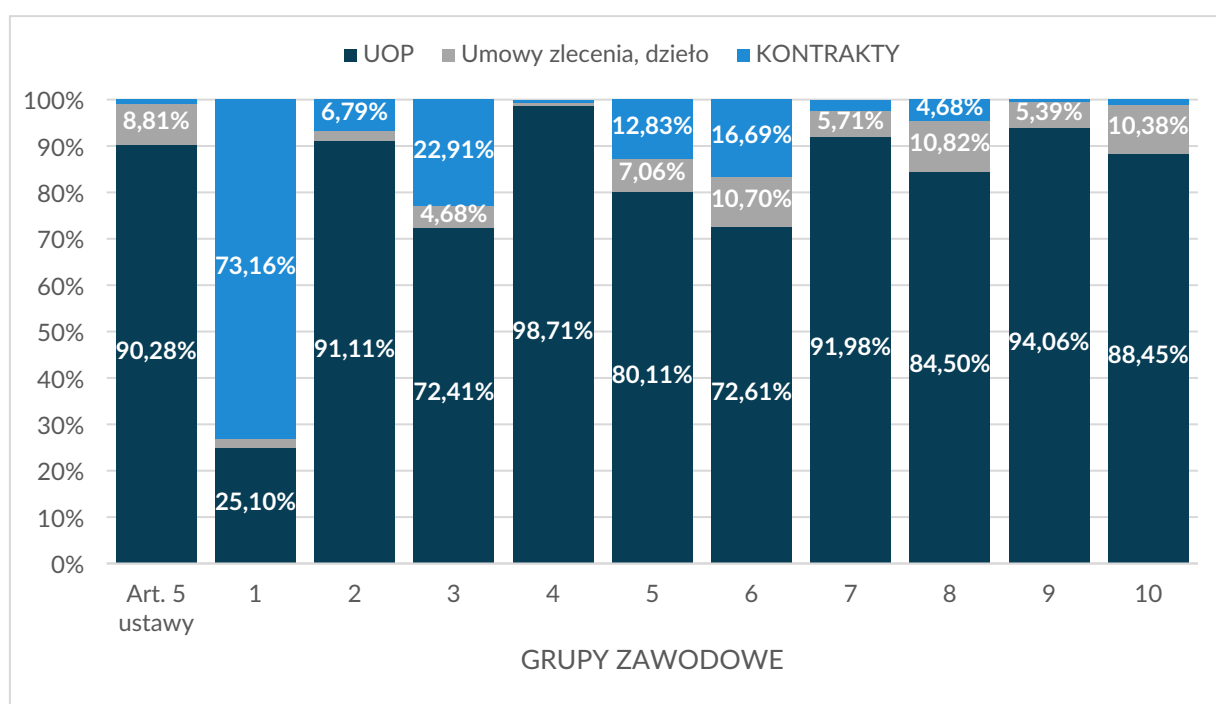


Rysunek 3 Procentowy udział wartości wynagrodzeń wg grup zawodowych - wszystkie formy zatrudnienia.

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 73% całości wynagrodzeń w tej grupie. Znaczenie umów zleceń i o dzieło jest stosunkowo niskie wartościowo (5,63%), natomiast ilościowo udział tych form zatrudnienia to 13,67%. 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 (ponad 90% całości kosztów osobowych).

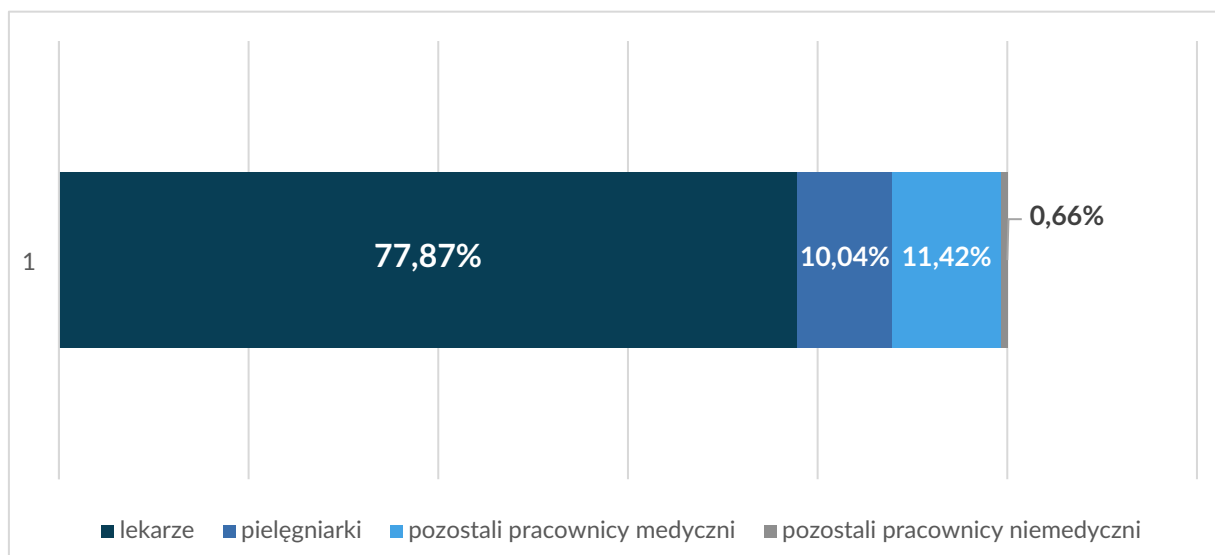
Dla wszystkich rodzajów umów grupy zawodowe lekarze (tj. grupa 1 i 3) odpowiadają wartościowo za ponad 33% wszystkich kosztów wynagrodzeń, a ich liczba odpowiada za ponad 22% wszystkich osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.



Rysunek 4 Wartościowy udział form zatrudnienia wg grup zawodowych.

Źródło: opracowanie własne

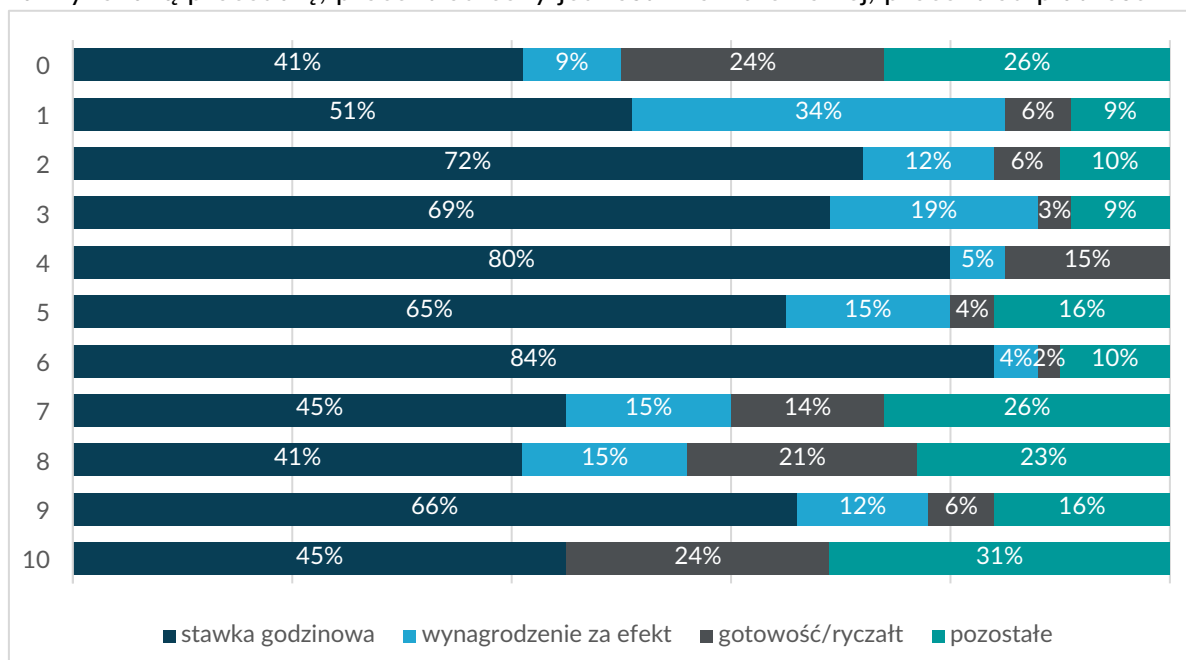
Analizując z kolei strukturę samych umów kontraktowych, odnotowuje się największy udział lekarzy i lekarzy dentystów, zarówno bez i ze specjalizacją, jak i stażystów (niemal 78%).



Rysunek 5 Wartościowa struktura kosztów umów kontraktowych

Źródło: opracowanie własne

W umowach cywilnoprawnych, zwłaszcza w kontraktowych, funkcjonują rozmaite formy rozliczeń, przykładowo: stawka za godzinę, procent od wartości 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. Wynagrodzenie za efekt obejmuje takie formy rozliczeń jak stawka za wykonaną procedurę, procent od ceny jednostki rozliczeniowej, procent od płatności NFZ.



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, wszystkich pracowników 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	121 287	122 633	98,90%
2	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1, 3 i 4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją, pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	72 971	73 406	99,41%
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	39 281	39 767	98,78%
4	Lekarz stażysta lub lekarz dentysta stażysta	5 307	5 331	99,55%
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka, położna, elektroradiolog, psycholog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim pielęgniarstwa, położna z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją	120 904	121 697	99,35%
6	Fizjoterapeuta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, elektroradiolog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie studiów I stopnia; fizjoterapeuta, ratownik medyczny, technik analizy medycznej, elektroradiolog z wymaganym średnim wykształceniem albo pielęgniarka albo położna z wymaganym średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	142 096	142 786	99,52%
7	Inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–6 z wymaganym średnim wykształceniem oraz opiekun medyczny	32 239	32 382	99,56%
8	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem wyższym	5 213	5 278	98,77%
9	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem średnim	40 831	41 029	99,52%
10	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem poniżej średniego	40 626	40 884	99,37%
0	Pracownicy wskazani w ustawie jako art. 5	97 700	98 909	98,78%
RAZEM		718 455	724 102	99,22%

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 9 lutego 2026 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2025 r., przyjęto stawkę bazową wynagrodzenia zasadniczego w wysokości **8 903,56 zł**. Dla każdej z grup zawodowych stawka bazowa została pomnożona przez współczynnik wynikający z załącznika nr 1 do ustawy o wynagrodzeniach. W przypadku pracowników wskazanych w artykule 5 ustawy, wzrost ich wynagrodzeń został określony na poziomie średniego wzrostu wynagrodzeń pracowników w grupach zawodowych 1 – 10.

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

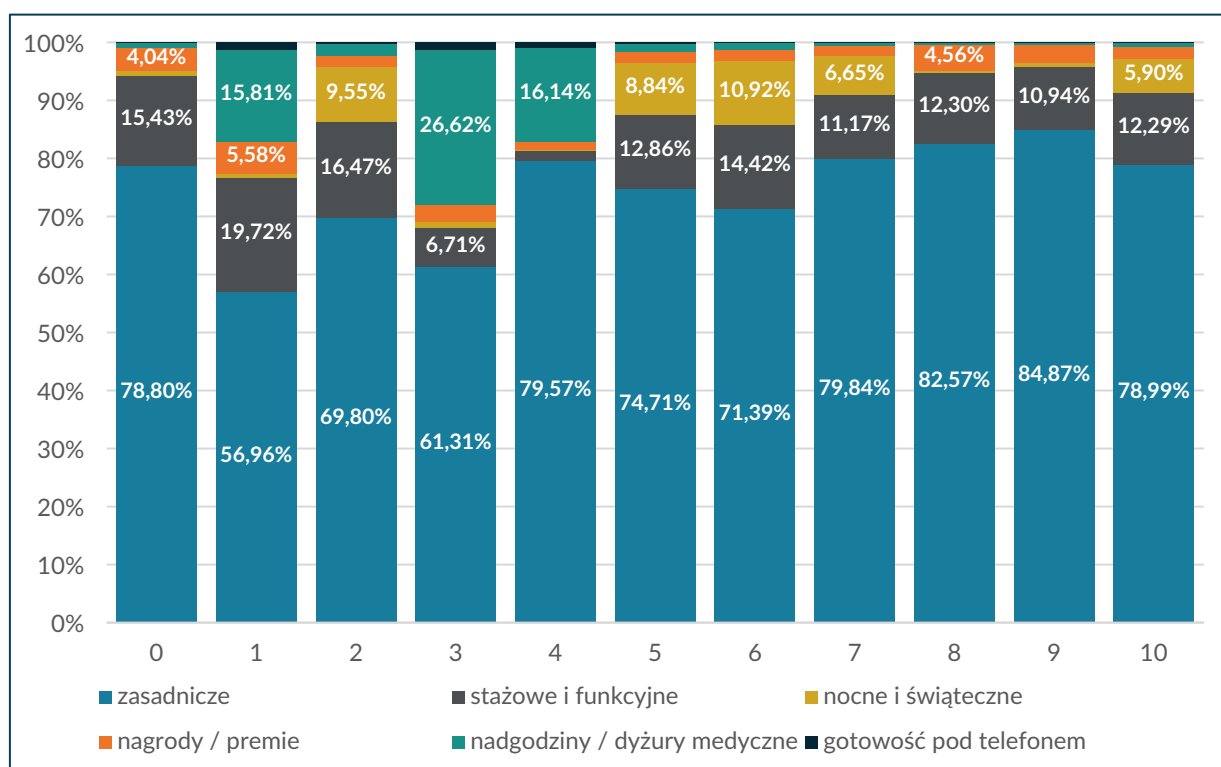
Grupa zawodowa	Współczynnik	Nowa stawka minimalnego wynagrodzenia zasadniczego w grupie
1	1,45	12 910,16
2	1,29	11 485,59
3	1,19	10 595,24
4	0,95	8 458,38
5	1,02	9 081,63
6	0,94	8 369,35
7	0,86	7 657,06
8	1,00	8 903,56
9	0,78	6 944,78
10	0,65	5 787,31

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 2026

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. 0,6%.

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 89 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 - szkolne
- 01b - POZ - budżet powierzony
- 01b - POZ - budżet powierzony - opieka koordynowana
- 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 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- 04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1 - Leczenie szpitalne
- 04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- 04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Leczenie szpitalne
- 05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- 05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Leczenie szpitalne
- 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 programy lekowe
- 13a - SZP - podanie leków chemioterapia 1
- 13b - SZP - podanie leków chemioterapia 2
- 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
- 16a - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci - wysokospecjalistyczna
- 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 1
- 28a - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa 2
- 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
- 59 - SZP - KOS-ENDO
- 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 18 maja 2026

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	1,63	1,81	2,14	1,83
03 - AOS - porady	1,38	1,82	2,34	1,86
03a - AOS - porady pierwszorazowe	1,56	1,83	2,34	1,87
03b - AOS - pozostałe	1,56	1,83	2,34	1,88
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1,50	1,57	1,77	1,60

Nazwa grupy zakresów	Minimal na cena jedn. rozł.	Mediana ceny jedn. rozł.	Maksymal na cena jedn. rozł.	Średnia cena jedn. rozł.
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1 - Leczenie szpitalne	1,55	1,71	2,12	1,73
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1,34	1,49	1,71	1,49
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Leczenie szpitalne	1,46	1,53	1,76	1,54
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1,51	1,67	1,99	1,69
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Leczenie szpitalne	1,67	1,73	1,99	1,74
07 - SZP - hospitalizacja planowa	1,34	1,52	1,75	1,54
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"	1,23	1,40	1,64	1,41
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	1,28	1,37	1,65	1,37
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka programy lekowe	1,68	1,87	2,03	1,87
13a - SZP - podanie leków chemioterapia 1	1,87	1,87	1,87	1,87
13b - SZP - podanie leków chemioterapia 2	1,87	1,87	1,87	1,87
14 - SZP - radioterapia	1,44	1,59	1,74	1,60
14a - SZP - radioterapia protonowa	1,56	1,56	1,56	1,56
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych	25,81	28,34	32,81	28,61
15a - ZOL PSY	28,95	28,95	30,45	28,98
15b - PSY wybrane świadczenia	28,58	28,58	32,00	28,86
15c - PSY świadczenia w hostelu	28,16	28,16	38,00	29,23
15d - PSY leczenie uzależnień	28,23	28,23	32,00	28,41
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci	27,03	27,11	27,83	27,16
16a - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci - wysokospecjalistyczna	17,44	17,44	19,62	17,70
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych	14,59	15,75	18,10	16,04
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci	15,41	17,14	20,00	17,27
19 - PSY - psychiatria sądowa	30,77	31,12	34,48	31,52
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna	2,33	2,58	3,09	2,62
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna	1,36	1,74	2,26	1,74
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci	1,93	2,43	3,87	2,44
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym	1,45	2,06	3,11	2,07
22 - REH - fizjoterapia domowa	1,29	1,48	1,86	1,46
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką	2,96	2,96	3,10	2,99
24 - STM	1,40	1,82	2,37	1,84
25 - STM - protetyka i ortodoncja	1,77	2,16	3,54	2,17
26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL	63,40	69,64	76,05	70,02

Nazwa grupy zakresów	Minimalna cena jedn. rozl.	Mediana ceny jedn. rozl.	Maksymalna cena jedn. rozl.	Średnia cena jedn. rozl.
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgnarska domowa	69,50	77,47	81,02	77,81
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa 1	43,72	48,66	56,25	49,62
28a - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa 2	43,72	48,60	56,25	49,92
29 - OPH - opieka hospicyjna	106,78	117,62	126,87	118,97
29a - OPH - opieka hospicyjna dla dzieci	115,41	124,12	131,39	124,69
30 - PRO - profilaktyka	13,95	15,60	23,88	15,65
36 - SOK - inne świadczenia domowe	1,36	1,61	1,79	1,61
37 - sanatorium szpital	322,79	330,49	351,05	334,14
38 - sanatorium uzdrowisko	232,66	237,62	252,47	237,87
39 - sanatorium ambulatoryjne	97,06	97,51	97,51	97,47
40 - inne - głównie SOK	1,65	1,81	2,05	1,84
40a - PET	1,76	1,76	1,86	1,77
41 - dializoterapia	1,53	1,53	1,81	1,54
42 - KOC	1,85	1,85	1,95	1,86
47 - PSY dzienne dorosłych	17,62	18,43	23,37	19,02
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie	40,77	40,77	45,78	41,79
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)	7,25	8,17	9,52	8,43
51 - SZP - pediatria	1,84	1,96	1,96	1,96
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma	1,26	1,51	1,71	1,51
52-KON - SZP - poza ryczałtem - KON	1,94	1,94	1,94	1,94
52-KOS-zawał - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał	1,94	1,94	1,94	1,94
52-neonatologia - SZP - poza ryczałtem - neonatologia	1,96	1,96	1,96	1,96
52-onkologia - SZP - poza ryczałtem - onkologia	1,68	1,86	1,98	1,86
52-pęcherzowe oddzielanie naskórka - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka	1,68	1,68	1,68	1,68
52-porody - SZP - poza ryczałtem - porody	1,96	1,96	1,96	1,96
52-przeszczepienia - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia	1,76	1,76	1,91	1,77
52-wysokospecjalistyczne - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne	1,34	1,67	1,82	1,67
52-zawały - SZP - poza ryczałtem - zawały	1,64	1,64	1,93	1,64
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka	1,23	1,23	1,68	1,26
55 - SOK - pompa insulinowa	1,85	1,90	1,97	1,89
56 - SOK - poza ryczałt	1,85	1,92	1,92	1,92
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu	1,96	1,96	1,96	1,96
58 - SZP - pozostałe	1,70	1,88	2,04	1,88

Nazwa grupy zakresów	Minimalna cena jedn. rozl.	Mediana ceny jedn. rozl.	Maksymalna cena jedn. rozl.	Średnia cena jedn. rozl.
59 - SZP - KOS-ENDO	1,84	1,94	1,94	1,92
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby	1,68	1,68	1,73	1,68
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe	1,73	1,90	1,91	1,90
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka	1,96	1,96	1,96	1,96
63 - system robotowy	1,62	1,65	1,74	1,65
64 - PSY - psychiatria środowiskowa	14,44	16,23	17,65	16,03

Źródło: opracowanie własne

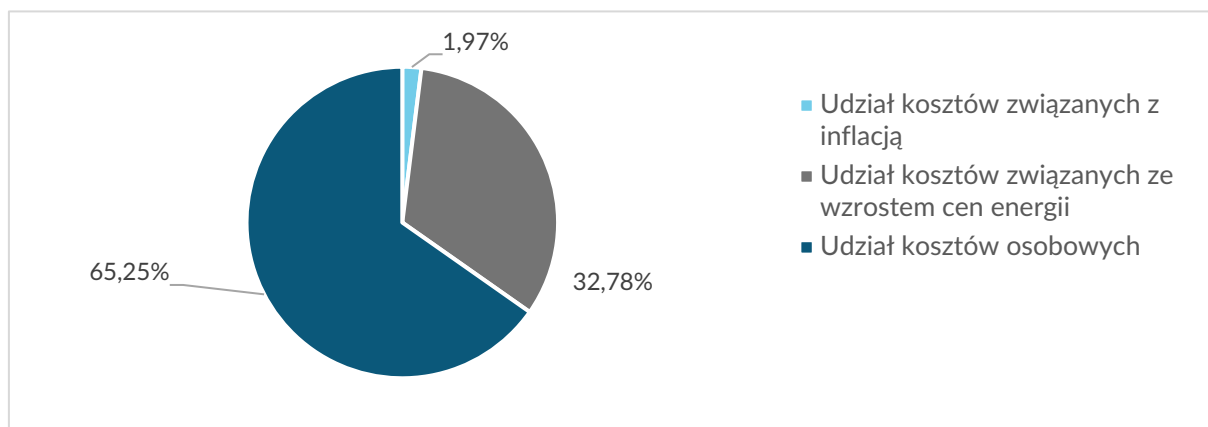
3.4. Inne czynniki wpływające na wzrost kosztów działalności operacyjnej podmiotów leczniczych

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 zbadanie 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 2025 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 34,75%, 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 0,90% od dnia 01 lipca 2026 dla ważonego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług wynoszącego 2,60% (jako prognoza inflacji w 2026 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 innych niż umowa o pracę 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

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.

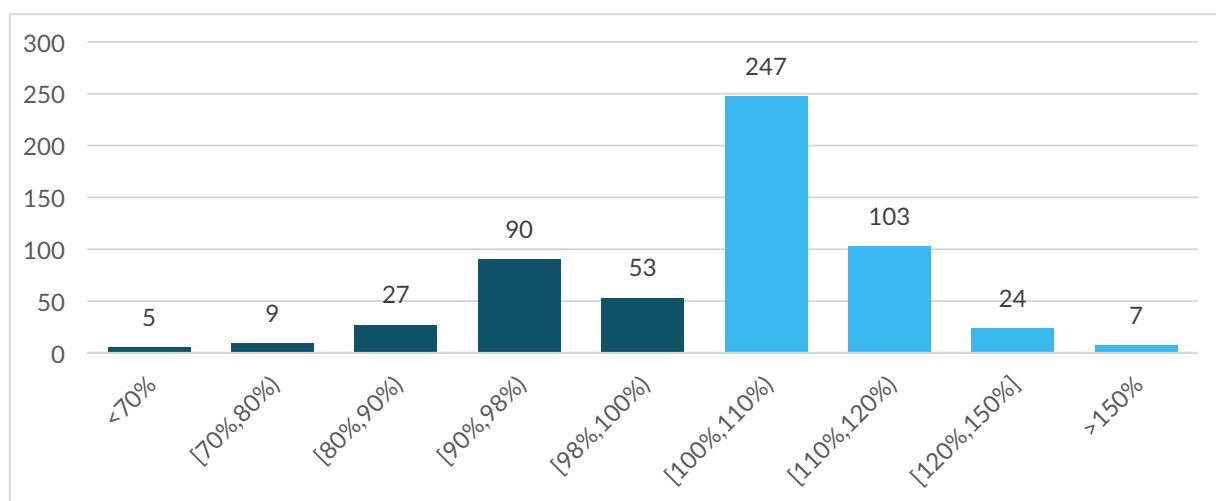
Dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego wymagają wielospecjalistycznej diagnozy oraz kompleksowej, intensywnej terapii prowadzonej przez interdyscyplinarny zespół. Proces terapeutyczny w tym obszarze wykracza poza standardowe działania medyczne, obejmując

¹ Obliczenia własne na podstawie prognoz z maja 2026

również pracę z rodziną, elementy wsparcia psychologicznego oraz działania edukacyjne. Szczególne znaczenie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego wynika z faktu, że jest ona realizowana w kluczowym okresie kształtowania funkcji poznawczych, ruchowych i społecznych dziecka. Zapewnienie wczesnego i ciągłego dostępu do kompleksowej rehabilitacji pozwala na maksymalne wykorzystanie potencjału rozwojowego pacjenta, poprawę jego rokowania oraz zwiększenie szans na osiągnięcie możliwie wysokiego poziomu samodzielności w życiu dorosłym.

3.6. Wykonanie ryczału PSZ za I kwartał 2026 roku

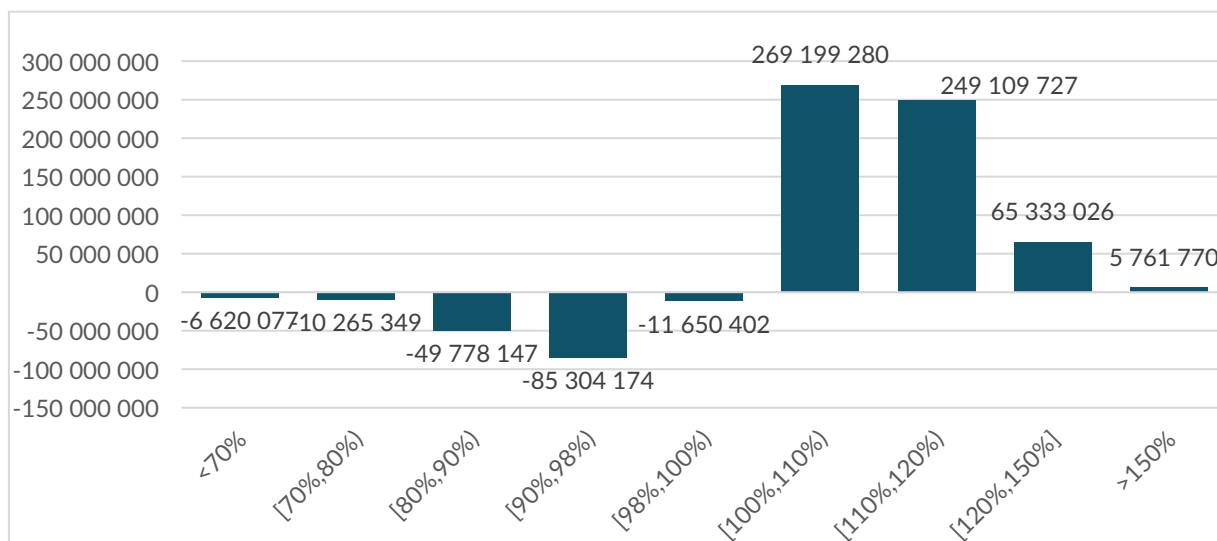
Na podstawie danych przekazanych przez NFZ dokonano analizy dotyczącej poziomu realizacji ryczału PSZ za pierwsze 3 miesiące 2026 r. Poziom realizacji został podzielony na przedziały. Rysunek nr 9 przedstawia liczbę podmiotów w każdym z wyodrębnionych przedziałów.



Rysunek 9 Liczba świadczeniodawców w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji ryczału PSZ za styczeń - marzec 2026 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

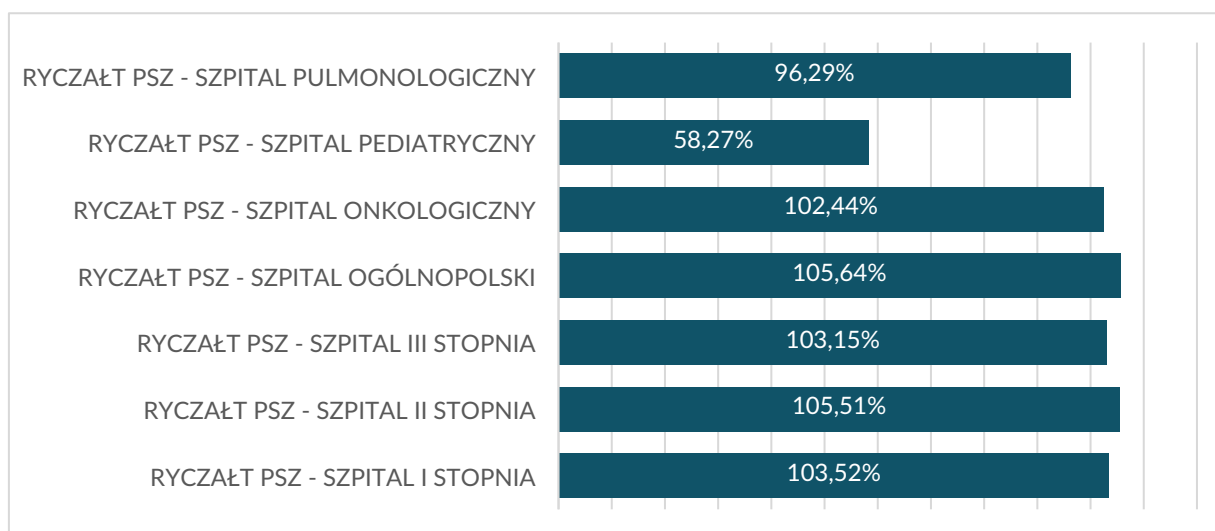
Rysunek nr 10 prezentuje sumę kwot niewykonania oraz przekroczenia limitu PSZ za pierwsze 3 miesiące 2026 r. we wskazanych wyżej przedziałach.



Rysunek 10 Wartość niewykonania albo przekroczenia ryczału PSZ w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji za syceń - marzec 2026 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na rysunku nr 11 przedstawiono poziom wykonania ryczału PSZ w pierwszym kwartale 2026 roku w podziale na kategorie w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.



Rysunek 11 Poziom wykonania ryczału PSZ w pierwszym kwartale 2026 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 2026 roku

Analizie poddano również przekazane przez NFZ dane dotyczące wartości świadczeń ponadumownych w pozostałych grupach zakresów świadczeń, w pierwszym kwartale 2026 roku, według stanu na dzień 22 kwietnia 2026 roku.

Udział „nadwykonań” w stosunku do wartości zawartych umów, we wskazanych w tabeli nr 9 grupach zakresów, wyniósł od 8% do 206% (średnio 34%). Największe wartości odnotowano w grupach zakresów 63 - system robotowy (74%), 05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Leczenie szpitalne (75%) i 22 - REH - fizjoterapia domowa (206%).

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 2026 roku

Nazwa grupy	Wartość umowy na I KW 2026 R.* (W Zł)	Nadwykonania I KW 2026 R. (W Zł)	% Udział nadwykonań w wartości umów
03 - AOS - porady	1 615 555 997	643 958 271	40%
03a - AOS - porady pierwszorazowe	460 797 806	186 244 441	40%
03b - AOS - pozostałe	1 165 958 856	337 172 808	29%
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	7 877 797	2 379 495	30%
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1 - Leczenie szpitalne	14 879 000	2 856 827	19%
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	340 974 246	140 913 457	41%
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Leczenie szpitalne	263 531 783	61 339 829	23%
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	79 249 355	59 329 002	75%
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Leczenie szpitalne	102 690 010	60 734 011	59%
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	684 418 746	192 019 403	28%
14 - SZP - radioterapia	482 951 320	96 044 787	20%
14a - SZP - radioterapia protonowa - P	6 824 802	1 242 276	18%
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna	614 913 758	157 641 582	26%
22 - REH - fizjoterapia domowa	123 720 392	254 926 165	206%
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma	292 530 912	78 472 193	27%
52-KOS-zawał - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał	223 655 148	74 311 461	33%
52-przeszczepienia - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia	233 898 813	37 485 206	16%
52-zawały - SZP - poza ryczałtem - zawały	197 194 122	16 646 035	8%
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby	336 789 991	52 613 627	16%
63 - system robotowy	69 297 594	51 004 618	74%

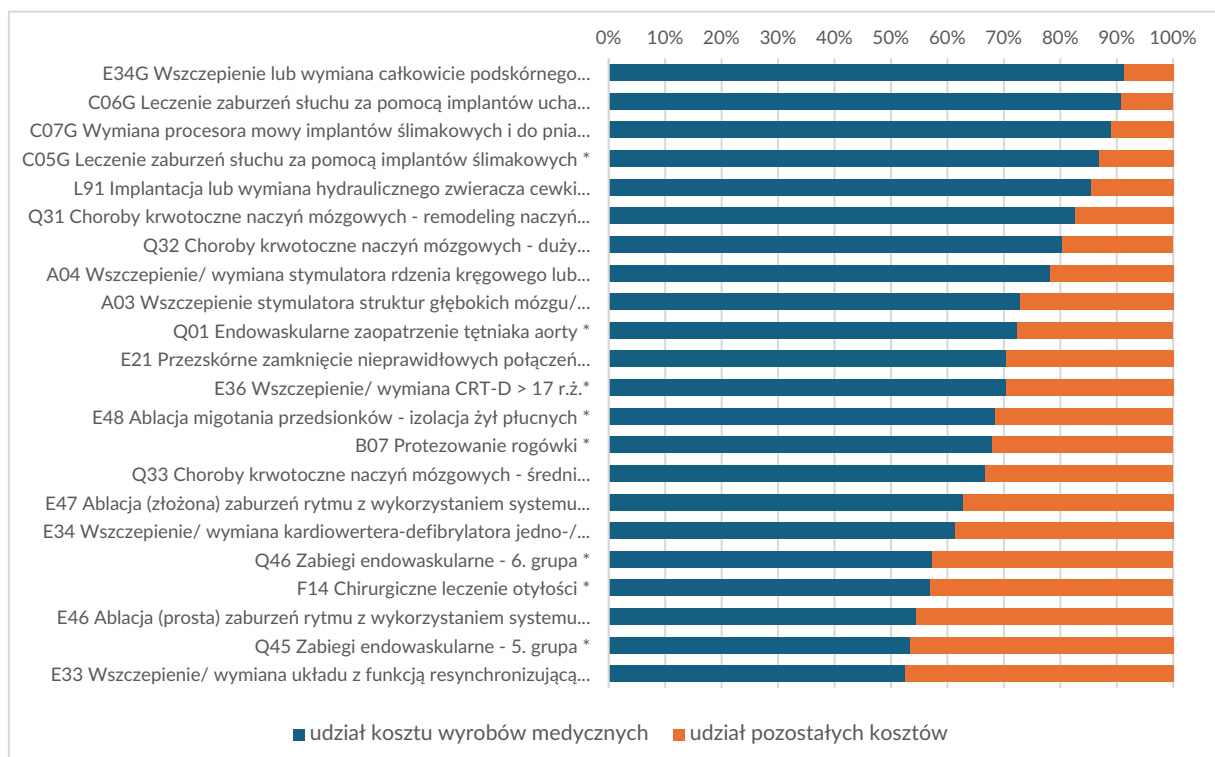
* aktualna wartość planu rzeczowo-finansowego umowy na okres I-III 2026 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

3.8. Inne istotne analizy

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

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



Rysunek 12 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 poziom wzrostu wartości umów z NFZ.

Dokonano również porównania średnich cen jednostek rozliczeniowych w roku 2025 (według wartości rozliczonych świadczeń: wartość świadczeń rozliczonych podzielona przez liczbę jednostek rozliczeniowych) dla wybranych JGP o dużym udziale kosztów wyrobu medycznego, realizowanych równolegle w ramach ryczału PSZ oraz w innych zakresach świadczeń. Wyniki przedstawia poniższa tabela.

Można zauważyć, że za realizację tych samych świadczeń różne podmioty uzyskują różną refundację z NFZ, w zależności od zakontraktowanego zakresu, w jakim następuje rozliczenie. W skrajnych przypadkach różnice te sięgają nawet 30-40%, co wielokrotnie było podnoszone przez świadczeniodawców. Należy również podkreślić, że w przypadku świadczeń realizowanych w ramach ryczału PSZ niemożliwe jest zastosowanie wskazanego wyżej rozwiązania, jakie stosuje się w innych grupach zakresów.

Z uwagi na występujące rozbieżności oraz brak możliwości zróżnicowania wartości punktowej świadczeń, zasadne jest zastosowanie mechanizmu wyrównującego poziom wzrostu płatności w ryczałcie PSZ do poziomu wzrostu w grupie zakresów obejmującej świadczenia o dużym udziale wyrobów medycznych.

Tabela 10 Porównanie średnich cen jednostek rozliczeniowych wybranych JGP realizowanych w ramach ryczałtu PSZ oraz poza ryczałtem w roku 2025.

Kod i nazwa JGP	Średnia cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ*	Średnia cena jednostki rozliczeniowej poza ryczałtem PSZ*	Różnica ceny %
A04 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*	1,86	1,76	6,04%
A05 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu	1,98	nd	nd
B07 Protezowanie rogówki*	1,93	nd	nd
C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego*	1,94	1,37	41,02%
C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu*	1,94	1,41	36,80%
C07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego*	1,89	1,34	40,71%
C07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne*	1,93	1,47	31,53%
E21 Przeszkórne zamknięcie nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych i zewnątrzsercowych > 17 r.ż.*	1,92	1,82	5,19%
E31 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika jednojamowego*	1,92	1,80	6,56%
E31G Wszczepienie przezcewnikowe/wymiana bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej*	1,92	1,84	4,39%
E32 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego*	1,92	1,81	6,00%
E33 wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT)*	1,92	1,83	5,20%
E34 Wszczepienie/ wymiana kardiowertera-defibrylatora jedno-/ dwujamowego*	1,92	1,85	3,67%
E34G Wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora*	1,92	1,90	0,64%
E36 Wszczepienie/ wymiana CRT-D > 17 r.ż.*	1,92	1,84	4,47%
E37 Reperacja/ repozycja/ rewizja/ wymiana elektrody/ układu stymulującego/ kardiowertera-defibrylatora*	1,92	1,81	6,14%
E46 Ablacja (prosta) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3d *	1,92	1,67	15,41%
E47 Ablacja (złożona) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3d*	1,93	1,82	6,07%
H12 Czasowe implanty uwalniające antybiotyki w leczeniu infekcji okołoprotezowych *	1,93	1,80	7,18%
H21 Artroskopowa rekonstrukcja z użyciem implantów mocujących*	1,91	1,58	20,81%
H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów*	1,93	1,65	16,93%
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego	1,99	1,88	5,99%
Q02 Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z pw i reoperacje*	1,92	1,81	6,15%
Q45 Zabiegi endowaskularne - 5. grupa *	1,93	1,78	8,10%
Q46 Zabiegi endowaskularne - 6. grupa *	1,92	1,68	14,82%
Q51 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym z wykorzystaniem protez naczyniowych *	1,93	1,82	5,95%

* Średnia cena obliczona poprzez podzielenie wartości rozliczonych świadczeń przez liczbę rozliczonych punktów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

3.8.2. Chirurgia robotowa

Zasadność zwiększania finansowania chirurgii robotowej powinna być oceniana z uwzględnieniem efektywności klinicznej, kosztowej oraz wpływu na organizację systemu ochrony zdrowia. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na szereg aspektów, które ograniczają potencjalne korzyści wynikające z szerszego wdrażania tej technologii.

W wielu przypadkach uzyskiwane wyniki leczenia są porównywalne z efektami osiąganymi przy wykorzystaniu tradycyjnej chirurgii laparoskopowej, co w wątpliwość poddaje zasadność ponoszenia istotnych nakładów inwestycyjnych na chirurgię robotową. Jednocześnie środki kierowane na rozwój chirurgii robotowej mogłyby zostać przeznaczone na inne priorytety systemu, w tym skracanie czasu oczekiwania na świadczenia, rozwój diagnostyki czy zwiększanie zasobów kadrowych.

Wskazuje się również na ryzyko pogłębiania nierówności w dostępie do świadczeń, wynikające z faktu, że systemy robotowe koncentrują się głównie w dużych ośrodkach akademickich i szpitalach wojewódzkich. Dodatkowo zakres procedur, dla których przewaga zastosowania chirurgii robotowej została jednoznacznie potwierdzona, pozostaje ograniczony. Istotnym wyzwaniem jest także krzywa uczenia się – osiągnięcie pełnych korzyści z wykorzystania tej technologii wymaga odpowiedniego doświadczenia zespołów medycznych, a przy niskim wolumenie zabiegów efektywność wykorzystania sprzętu może być niewystarczająca.

Należy również uwzględnić wysoki udział kosztów materiałowych w wartości świadczeń realizowanych z wykorzystaniem chirurgii robotowej, co stanowi dodatkowy argument za ostrożnym podejściem do wzrostu poziomu finansowania oraz za potrzebą racjonalizacji i urealnienia finansowania tego obszaru świadczeń.

3.8.3. Protonoterapia

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

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

Podmiotom, które przekazały dane w ankietach i których dane zostały włączone do analizy, do poszczególnych grup zakresów zostały przyporządkowane wartości umów zawartych z NFZ na rok 2026, 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 nie jest ryczałt, wartości kontraktów w poszczególnych grupach zakresów zostały odpowiednio zwiększone z uwzględnieniem średniej zmiany parametrów rozliczeniowych obowiązujących w danej grupie. W zależności od specyfiki grupy zakresów, zmiana ta została odzwierciedlona odpowiednio w cenie, w cenie i wolumenie lub wyłącznie w wolumenie. W przypadku zakresów rozliczanych ryczałtowo, gdzie nie występują parametry jednostkowe, wyznaczono procentowy wskaźnik wzrostu, o który zwiększono wartość zobowiązania NFZ. Szczegółowe zasady zastosowane dla ryczałtu PSZ przedstawiono w podpunkcie e.

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 inflacji oraz dodatkowych wzrostów w wybranych obszarach świadczeń.

Reasumując, wzrosty wyliczane są według następujących wzorów:

- a) **Dla zakresów rozliczanych ryczałtem poza systemem PSZ lub kapitałową 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 1 lipca 2026 r. wynikającą ze wskaźnika wzrostu wartości umów z NFZ (na dzień 30.06.2026 r.), która przeliczana jest na liczbę jednostek rozliczeniowych, zgodnie z ceną jednostki rozliczeniowej wynikającą z Rekomendacji.

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

Ustala się kwotę zobowiązania na okres począwszy od dnia 1 lipca 2026 r. wynikającą ze wskaźnika wzrostu wartości umów z NFZ (na dzień 30.06.2026 r.), która przeliczana jest na liczbę jednostek rozliczeniowych, zgodnie z ceną jednostki rozliczeniowej na dzień 30.06.2026 r.

e) 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. 2025 poz. 878)
- wzrost kwoty zobowiązania wynikający z komponentów innych niż wzrost minimalnego wynagrodzenia.

3.10. Ograniczenia analizy

Do głównych ograniczeń przeprowadzonych analiz należą:

- Zróznicowane 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 dwóch wariantach.

1. **W wariancie pierwszym** uwzględniono:
 - a. skutki 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,
 - b. dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania
 - c. poziom inflacji.
2. **W wariancie drugim** uwzględniono:
 - a. skutki 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,
 - b. dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania,
3. Ponadto, **w obu wariantach** uwzględnione zostały niżej wskazane elementy:
 - a. określenie współczynników dla wybranych JGP dotyczących kompleksowych świadczeń onkologicznych,
 - b. określenie współczynników dla wybranych JGP w przypadku ich realizowania w ryczałcie PSZ,
 - c. taryfy dla świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego, położnictwa, leczenia chorób piersi, ryczałtów diagnostycznych dla onkologicznych programów lekowych, wybranych świadczeń udzielanych w Centrach Zdrowia Psychicznego dla dzieci.

4.1. Wariant pierwszy

Dla każdej grupy zakresów obliczono średnią cenę jednostki rozliczeniowej, która stanowi podstawę do wyliczeń wzrostu wartości 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 ratownictwa medycznego i rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego.

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 poziom wzrostu wartości umów z NFZ, który został przeznaczony na zwiększenie wolumenu realizowanych świadczeń.

Podstawę do takiego podejścia stanowiły analizy wskazane w rozdziałach 3.8.1. oraz 3.8.3. Ponadto należy przypomnieć, że przedmiotowe świadczenia zostały włączone do planu taryfikacji na rok 2026, w celu dostosowania ich wartości punktowych do rzeczywistych kosztów realizacji.

Dla grup zakresów:

- 04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1
- 04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2
- 05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe

utworzone zostały dwa warianty, dla zakresów zakontraktowanych w ramach umowy na leczenie szpitalne oraz dla zakresów zakontraktowanych w ramach umowy na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, o zróżnicowanych wskaźnikach wzrostu % kwoty zobowiązania wynikającej ze wzrostu wolumenu świadczeń.

Szczegóły przedstawia tabela 11.

Tabela 11 Wielkości wzrostu jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów w wariantie 1.

Nazwa grupy	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			2,86%
01a - POZ - szkolne			7,21%
01b - POZ - budżet powierzony			0,00%
01b - POZ - budżet powierzony - opieka koordynowana		7,21%	
01c - pobranie materiału z szyjki macicy	0,06	1,06%	3,00%
02 - NiŚOZ			5,10%
03 - AOS - porady		4,30%	
03a - AOS - porady pierwszorazowe		4,81%	
03b - AOS - pozostałe		4,26%	
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		3,12%	
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1 - Leczenie szpitalne		5,21%	
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		2,68%	
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Leczenie szpitalne		5,20%	
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		2,96%	
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Leczenie szpitalne		5,16%	

Nazwa grupy	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]
06 - SZP	0,08	0,98%*	
07 - SZP - hospitalizacja planowa	0,06	0,62%	
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"	0,05	0,69%	
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby		2,92%	
12 - SOR/ IP			5,07%
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka programy lekowe	0,07	1,03%	
13a - SZP - podanie leków chemioterapia 1	0,07	1,03%	
13b - SZP - podanie leków chemioterapia 2	0,04	2,62%	
14 - SZP - radioterapia		3,76%	
14a - SZP - radioterapia protonowa		2,56%	
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych	1,97		
15a - ZOL PSY	1,88		
15b - PSY wybrane świadczenia	1,62		
15c - PSY świadczenia w hostelu	1,79		
15d - PSY leczenie uzależnień	1,57		
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci	1,58		
16a - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci - wysokospecjalistyczna	1,07		
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych	0,94		
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci	1,06		
19 - PSY - psychiatria sądowa	2,12		
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna	0,11	0,73%	
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna		5,74%	
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci	0,31		
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym	0,16		
22 - REH - fizjoterapia domowa		5,46%	
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką	0,18		
24 - STM	0,09		
25 - STM - protetyka i ortodoncja	0,11		
26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL	4,60		
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgniarstwo domowe	4,86		
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa 1	2,74		
28a - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa 2	2,74	2,01%	
29 - OPH - opieka hospicyjna	7,20	0,85%	

Nazwa grupy	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]
29a - OPH - opieka hospicyjna dla dzieci	7,78	0,85%	
30 - PRO - profilaktyka	0,63	0,86%	
31 - karetki i transport sanitarny			8,63%
34 - programy pilotażowe			4,59%
35 - program pilotażowy CZP			5,52%
36 - SOK - inne świadczenia domowe	0,06	0,60%	
37 - sanatorium szpital	17,51		
38 - sanatorium uzdrowisko	11,30		
39 - sanatorium ambulatoryjne	5,59		
40 - inne - głównie SOK	0,08		3,98%
40a - PET	0,05	1,10%	
41 - dializoterapia	0,03	0,64%	
42 - KOC	0,07	1,04%	
44 - PSY - izba przyjęć			6,21%
45 - STM - ryczałty			5,19%
46 - KAOS			4,84%
47 - PSY dzienne dorosłych	1,10		
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie	3,06		
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)	0,45		
51 - SZP - pediatria	0,08	0,98%	
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma		3,96%	
52-KON - SZP - poza ryczałtem - KON	0,07	1,00%	
52-KOS-zawał - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał		4,12%	
52-neonatologia - SZP - poza ryczałtem - neonatologia	0,08	0,98%	
52-onkologia - SZP - poza ryczałtem - onkologia	0,08	1,03%	
52-pęcherzowe oddzielanie naskórka - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka	0,06	1,15%	
52-porody - SZP - poza ryczałtem - porody	0,08	0,98%	
52-przeszczepienia - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia		5,09%	
52-wysokospecjalistyczne - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne	0,06	1,16%	
52-zawały - SZP - poza ryczałtem - zawały		4,26%	
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka	0,04	0,77%	
55 - SOK - pompa insulinowa	0,08	1,01%	

Nazwa grupy	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]
56 - SOK - poza ryczałt	0,07	1,01%	
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu	0,08	0,98%	
58 - SZP - pozostałe	0,08	1,02%	
59 - SZP - KOS-ENDO	0,08	1,00%	
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby		3,57%	
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe	0,10		
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka	0,08	0,98%	
63 - system robotowy		2,42%	
64 - PSY - psychiatria środowiskowa	0,94		5,86%

Źródło: opracowanie własne

* 0,98% (w skali roku ryczałt PSZ 2026 – 0,49%, po zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku)

W przypadku ryczałtu PSZ zaleca się przeliczenie wartości zobowiązania w wysokości 0,98% przekładanej na zwiększenie wolumenu jednostek rozliczeniowych na okres II półrocza 2026, co w skali roku stanowi wzrost o 0,49%, po zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.

Wskazane w tabeli 11 zmiany wiązać się będą ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o **8,21 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 okresem trwania tego programu pilotażowego do końca roku 2026, a od 1 stycznia 2027 roku przyjęciem nowego docelowego modelu finansowania.

4.2. Wariant drugi

Oszacowań zmiany cen jednostek rozliczeniowych określonych w złotych, wskaźników wzrostu wartości umów z NFZ dla jednostek rozliczeniowych będących ryczałtem oraz wskaźników wzrostu % kwoty zobowiązania wynikających ze wzrostu wolumenu świadczeń dokonano w sposób analogiczny jak w wariantcie pierwszym.

Szczegóły przedstawia tabela 12.

Tabela 12 Wielkości wzrostu jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów w wariantcie 2.

Nazwa grupy	Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w PLN	Wskaźnik wzrostu % kwoty zobowiązania wynikająca ze wzrostu wolumenu świadczeń	Wskaźnik wzrostu wartości umów z NFZ - jednostka rozliczeniowa ryczałt [PLN]
01 - POZ			2,86%
01a - POZ - szkolne			6,31%
01b - POZ - budżet powierzony			0,00%
01b - POZ - budżet powierzony - opieka koordynowana			0,00%
01c - pobranie materiału z szyjki macicy	0,06		2,59%
02 - NIŚOZ			4,20%
03 - AOS - porady		3,22%	
03a - AOS - porady pierwszorazowe		3,74%	
03b - AOS - pozostałe		3,19%	
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		1,87%	
04 - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 1 - Leczenie szpitalne		4,05%	
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		1,34%	
04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2 - Leczenie szpitalne		3,90%	
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		1,77%	
05 - AOS - diagnostyka ASDK - badania endoskopowe - Leczenie szpitalne		4,01%	
06 - SZP	0,08		
07 - SZP - hospitalizacja planowa	0,06		
08 - SZP - leczenie "jednego dnia"	0,05		
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby		2,19%	
12 - SOR/ IP			4,17%
13 - SZP - podanie leków i diagnostyka programy lekowe	0,07		
13a - SZP - podanie leków chemioterapia 1	0,07		
13b - SZP - podanie leków chemioterapia 2	0,04		
14 - SZP - radioterapia		1,88%	
14a - SZP - radioterapia protonowa		1,92%	
15 - PSY - psychiatria stacjonarna dorosłych	1,71		
15a - ZOL PSY	1,62		
15b - PSY wybrane świadczenia	1,36		
15c - PSY świadczenia w hostelu	1,53		

Nazwa grupy	Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w PLN	Wskaźnik wzrostu % kwoty zobowiązania wynikająca ze wzrostu wolumenu świadczeń	Wskaźnik wzrostu wartości umów z NFZ - jednostka rozliczeniowa ryczałt [PLN]
15d - PSY leczenie uzależnień	1,31		
16 - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci	1,34		
16a - PSY - psychiatria stacjonarna dzieci - wysokospecjalistyczna	0,91		
17 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dorosłych	0,80		
18 - PSY - psychiatria ambulatoryjna dzieci	0,90		
19 - PSY - psychiatria sądowa	1,84		
20 - REH - rehabilitacja stacjonarna	0,11		
21 - REH - rehabilitacja ambulatoryjna		4,60%	
21a - REH - rehabilitacja dzienna - zaburzenia rozwoju dzieci	0,29		
21b - REH - rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym	0,14		
22 - REH - fizjoterapia domowa		4,78%	
23 - REH - leczenie pacjentów ze śpiączką	0,15		
24 - STM	0,07		
25 - STM - protetyka i ortodoncja	0,09		
26 - SPO - opieka długoterminowa - ZOL	3,97		
27 - SPO - opieka długoterminowa - pielęgnarska domowa	4,16		
28 - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa 1	2,74		
28a - SPO - opieka długoterminowa - wentylacja domowa 2	2,74		
29 - OPH - opieka hospicyjna	7,20		
29a - OPH - opieka hospicyjna dla dzieci	7,78		
30 - PRO - profilaktyka	0,63		
31 - karetki i transport sanitarny			7,73%
34 - programy pilotażowe			3,69%
35 - program pilotażowy CZP			4,62%
36 - SOK - inne świadczenia domowe	0,06		
37 - sanatorium szpital	14,50		
38 - sanatorium uzdrowisko	9,16		
39 - sanatorium ambulatoryjnie	4,71		
40 - inne - głównie SOK	0,06		3,08%
40a - PET	0,05		
41 - dializoterapia	0,03		
42 - KOC	0,07		

Nazwa grupy	Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w PLN	Wskaźnik wzrostu % kwoty zobowiązania wynikająca ze wzrostu wolumenu świadczeń	Wskaźnik wzrostu wartości umów z NFZ - jednostka rozliczeniowa ryczałt [PLN]
44 - PSY - izba przyjęć			5,31%
45 - STM - ryczałty			4,29%
46 - KAOS			3,94%
47 - PSY dzienne dorosłych	0,93		
48 - PSY sądowa wzmożone zabezpieczenie	2,68		
49 - STM specjalne (znieczulenie i HIV)	0,37		
51 - SZP - pediatria	0,08		
52 - SZP - poza ryczałtem - zaćma		3,30%	
52-KON - SZP - poza ryczałtem - KON	0,07		
52-KOS-zawał - SZP - poza ryczałtem - KOS-zawał		3,09%	
52-neonatologia - SZP - poza ryczałtem - neonatologia	0,08		
52-onkologia - SZP - poza ryczałtem - onkologia	0,08		
52-pęcherzowe oddzielanie naskórka - SZP - poza ryczałtem - pęcherzowe oddzielanie naskórka	0,06		
52-porody - SZP - poza ryczałtem - porody	0,08		
52-przeszczepienia - SZP - poza ryczałtem - przeszczepienia		3,96%	
52-wysokospecjalistyczne - SZP - poza ryczałtem - wysokospecjalistyczne	0,06		
52-zawały - SZP - poza ryczałtem - zawały		3,65%	
53 - opieka nad rodzinami wysokiego ryzyka	0,04		
55 - SOK - pompa insulinowa	0,08		
56 - SOK - poza ryczałt	0,07		
57 - SZP - wydzielone z ryczałtu	0,08		
58 - SZP - pozostałe	0,08		
59 - SZP - KOS-ENDO	0,08		
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby		2,38%	
61 - SOK - kosztowne wyroby - pompy baklofenowe	0,08		
62 - wydzielone z ryczałtu okulistyka	0,08		
63 - system robotowy		1,81%	
64 - PSY - psychiatria środowiskowa	0,80		4,96%

Źródło: opracowanie własne

Wskazane w tabeli 11 zmiany wiązać się będą ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego o **6,65 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 okresem trwania tego programu pilotażowego do końca roku 2026, a od 1 stycznia 2027 roku przyjęciem nowego docelowego modelu finansowania.

4.3. Pozostałe elementy, uwzględnione w obu wariantach

Implementacja taryf świadczeń

W 2026 roku zakończone zostały prace związane z ustaleniem taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu:

- leczenia szpitalnego w obszarze położnictwa,
- leczenia szpitalnego w obszarze chorób układu oddechowego,
- leczenia szpitalnego w obszarze chorób piersi,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części odnoszącej się do procedur z powyższych obszarów, które mogą być realizowane w trybie hospitalizacji oraz trybie ambulatoryjnym,
- ryczałtów diagnostycznych dla onkologicznych programów lekowych,
- świadczeń udzielanych w miejscu chronionego zakwaterowania (hostelu) oraz świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży udzielanych w Centrach Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży na II poziomie referencyjnym.

W wyniku przeprowadzonych analiz kosztowych, konsultacji z ekspertami dziedzinowymi, zmian wprowadzonych w zakresie wybranych świadczeń, 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.

Tabela 13 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
Leczenie szpitalne w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi	J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	24 569
	J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne	28 477
	J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne	9 223
	J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne	13 111
	J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	9 439
	J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne	14 196
	J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją I zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi	14 196
	J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	23 076
	J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych	11 167
	J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	7 996
	J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne	10 655
	J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna	7 148
	J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna	8 958
	J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	5 743
	J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne	7 087
	J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej	7 087
	J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	5 460

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
	J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi	6 839
	J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	4 366
	J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne	8 057
	J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	3 972
	J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	2 723
	J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	2 013
	J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	2 435
	J08 Choroby piersi złośliwe	1 958
	J10A Biopsja gruczołowa piersi wspomagana próżnią	1 856
Leczenie szpitalne w obszarze ciąży i porodu	Produkty z katalogu 1a (JGP)	
	N01 Poród *	4 352
	N02 Poród mnogi lub przedwczesny *	4 776
	N03 Patologia ciąży i/lub płodu z porodem >2 dni *	5 768
	N03A Ciężka patologia ciąży i/lub płodu z porodem > 2 dni *	6 543
	N06 Patologia ciąży i połogu – diagnostyka, leczenie	939
	N06A Ciężka patologia ciąży i połogu – diagnostyka i leczenie > 2 dni	4 779
	N06B Ciężka patologia ciąży / połogu - diagnostyka, leczenie zabiegowe > 2 dni *	6 360
	N08 Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie	936
	N08A Terapia wewnątrzmaciczna - 1. kategoria *	12 916
	N08B Terapia wewnątrzmaciczna - 2. kategoria *	7 605
	Produkty z katalogu 1c (do sumowania)	
	Koszty znieczulenia zewnątrzoponowego niezawarte w koszcie JGP	1 011
	Przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka - od 5 doby od porodu	140
	Terapia wewnątrzmaciczna - 1. kategoria	5 721
	Terapia wewnątrzmaciczna - 2. kategoria	3 543
	Opieka psychologiczna	108
Leczenie szpitalne w obszarze chorób układu oddechowego *	Produkty z katalogu 1a (JGP)	
	D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	23 234
	D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	16 414
	D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	10 886
	D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna	3 133
	D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna	4 154
	D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	5 248
	D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	2 245
	D07A Zabiegi klatki piersiowej	4 017
	D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	3 787
	D16 Zator płucny	5 768
	D17 Ropień płuc, ropowica	8 523
	D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	4 979
	D20 Gruźlica - diagnostyka	3 084
	D26 Wyśiękowe zapalenie opłucnej	4 980
	D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	5 106
	D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu - diagnostyka	1 386
	D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	3 247

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod i nazwa grupy	Projekt taryfy [PKT]
	D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	2 640
	D38 Obrzęk płuc	3 918
	D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	12 443
	D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie	4 271
	D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachłystowe płuc	5 095
	D50 Zwłóknienie i pylica płuc - leczenie	4 192
	D51 Odma opłucnowa	5 406
	D52 Niewydolność oddechowa	6 115
	D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	5 897
	D54 Zapalenie opłucnej	4 317
	D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	3 423
	DX1 Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc	3 870
	DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym	5 087
	DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością	8 570
	DX4 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu	4 020
	DX5 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu	2 010
	PDX1 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	4 087
	PDX2 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	2 354
	PDX3 Zwłóknienie i pylica płuc < 6 dni, < 18 r.ż.	2 272
	PDX4 Zwłóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.	10 126
	PDX5 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż.	7 058
	PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	19 691
	PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	13 991
	PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.	3 088
	PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	3 453
	PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	6 270
	Świadczenia szpitalne realizowane w czasie do 12 godzin	
	DE05A Bronchoskopia	937
	DE05B Bronchoskopia z oceną histopatologiczną	985
	DE05C Bronchoskopia w znieczuleniu z oceną histopatologiczną	1 397
	DE10 Dychawica oskrzelowa > 17 r.ż.	804
	DE28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	793
	DE46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego	878
	DE50 Choroby śródmiąższowe	1 190
	DE53 Nadciśnienie płucne i zatorowość płucna	1 377
	DEX1 Zaburzenia oddychania w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych i chorób restrykcyjnych klatki piersiowej	894

* wartości taryf wskazane w tabeli odnoszą się do projektów taryf opublikowanych w BIP AOTMiT 02.06.2026 r. Po zakończeniu konsultacji publicznych mogą zostać zaktualizowane

Źródło: opracowanie własne

W poniższej tabeli przedstawiono projekty taryf dla procedur dotyczących wskazanych powyżej obszarów. Zestawienie obejmuje procedury, które mogą być realizowane zarówno w ramach

leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także procedury możliwe do realizacji wyłącznie w ramach 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 - świadczenia zabiegowe - choroby piersi	ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX1	1 938
	85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna	1 938
	ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX2	1 756
	85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	1 756
	ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX3	805
	85.98 Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej	805
	ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4	315
	85.113 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi	315
	85.114 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi - celowana	315
	85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi	315
	85.81 Szycie rany piersi	315
	ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5	248
	85.02 Nacięcie sutka	248
	85.91 Aspiracja z piersi	248
	ZX6 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX6	207
	85.111 Przeskórna cienkoigłowa biopsja piersi	207
	85.112 Przeskórna cienkoigłowa biopsja piersi - celowana	207
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia zabiegowe - choroby układu oddechowego*	ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX1	679
	33.272 Przesoskrzelowa biopsja płuca	679
	ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX2	450
	32.09 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela	450
	33.24 Endoskopowa biopsja oskrzela	450
	34.041 Drenaż jamy opłucnowej	450
	ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX3	385
	33.21 Bronchoskopia przez przetokę	385
	33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa	385
	33.231 Bronchoskopia autofluorescencyjna	385
	33.239 Bronchoskopia - inna	385
	ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4	300
	33.26 Przeskórna igłowa biopsja płuca	300
	34.092 Nakłucie międzyżebra	300
	34.094 Nakłucie opłucnej - pobranie materiału do analiz	300
	34.095 Nakłucie opłucnej - punkcja odbarczająca	300
	34.23 Biopsja ściany klatki piersiowej,	300
	34.25 Przeskórna igłowa biopsja śródpiersia	300
	34.71 Szycie rany ściany klatki piersiowej	300
	34.91 Nakłucie klatki piersiowej	300
	ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5	262
	34.24 Biopsja opłucnej	262
	ZX6 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX6	192
	98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	192
	ZX7 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX7	124

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Produkt rozliczeniowy i procedura	Projekt taryfy [PKT]
	97.41 Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej	124

* wartości taryf wskazane w tabeli odnoszą się do projektów taryf opublikowanych w BIP AOTMiT 02.06.2026 r. Po zakończeniu konsultacji publicznych mogą zostać zaktualizowane

Źródło: opracowanie własne

W związku z zakończeniem procesu taryfikacji świadczeń obejmujących ryczałty diagnostyczne w onkologicznych programach lekowych, zasadne jest ich wdrożenie do finansowania od 1 lipca 2026 r., analogicznie jak w przypadku świadczeń wskazanych powyżej, zgodnie z wykazem zamieszczonym w poniższej tabeli.

Tabela 15 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących ryczałty diagnostyczne w onkologicznych programach lekowych.

Kod produktu jednostkowego	Nazwa świadczenia	Projekt taryfy [PKT]
5.08.08.0000009	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem, kabozantynib, niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem)	909,93
5.08.08.0000011	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	558,71
5.08.08.0000014	Diagnostyka w programie leczenia przerzutowego HER2+ raka piersi	1 403,94
5.08.08.0000015	Diagnostyka w programie leczenia neoadjuwantowego lub adjuwantowego HER2+ raka piersi	2 151,96
5.08.08.0000016	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem nerki	992,29
5.08.08.0000020	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	4 560,40
5.08.08.0000061	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytozy – 1 rok terapii	1 357,75
5.08.08.0000063	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka gruczołu krokowego	154,9
5.08.08.0000073	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ponatynib, blinatumomab, inotuzumab ozogamycyny)	3 309,62
5.08.08.0000074	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe	721,61
5.08.08.0000085	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem	510,68
5.08.08.0000088	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem – 1 rok terapii	907,21
5.08.08.0000097	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry	651,46
5.08.08.0000102	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (polatuzumab, tafasytamab, ibrutynib, epikorytamab, głofoitamab, zanubrutynib, lonkastuksymab) – 1 rok leczenia	557,4
5.08.08.0000110	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii	306,73
5.08.08.0000114	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jelita grubego	1 205,12
5.08.08.0000115	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab) – 1 rok terapii	909,4

Kod produktu jednostkowego	Nazwa świadczenia	Projekt taryfy [PKT]
5.08.08.0000116	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab, tafasytamab, ibrutynib, epkorytamab, glofitamab, zanubrutynib, lonkastuksymab) – 2 i kolejny rok terapii	448,29
5.08.08.0000117	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 1 rok terapii	615,19
5.08.08.0000118	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii	559,25
5.08.08.0000121	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 1 rok terapii	483,76
5.08.08.0000122	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 2 i kolejny rok terapii	350,93
5.08.08.0000127	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii	2 325,98
5.08.08.0000128	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 2 i kolejny rok terapii	569,74
5.08.08.0000131	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem palbocyklibu lub rybocyklibu lub abemacyklibu lub alpelisybu lub talazoparybu lub tukatynibu lub pembrolizumabu lub olaparybu lub kapiwasertybu w przypadku przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi	963,96
5.08.08.0000133	Diagnostyka w programie leczenia chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi niwolumabem lub pembrolizumabem	1 042,84
5.08.08.0000136	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 1 rok terapii	1 066,07
5.08.08.0000139	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych terapią skojarzoną wemurafenibem z kobimetynibem albo dabrafenibem z trametynibem albo enkorafenibem z binimetynibem – 1 rok terapii	1 196,56
5.08.08.0000140	Diagnostyka w programie leczenia dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	3 998,48
5.08.08.0000145	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (midostauryna, gemtuzumab ozogamycyny, wenetoklaks, gliterytynib, iwosydenib)	1 627,13
5.08.08.0000146	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej – 1 rok terapii	1 855,50
5.08.08.0000147	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej – 2 i kolejny rok terapii	674,27
5.08.08.0000149	Diagnostyka w programie leczenia raka z komórek Merkla awelumabem	1 240,12
5.08.08.0000161	Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu	9 969,95
5.08.08.0000165	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	1 610,16
5.08.08.0000174	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cytoleucelu albo tisagenlecleucelem albo breksukabtagenem autoleucelu albo lizokabtagenem maraleucelu – monitorowanie terapii	1 000,51
5.08.08.0000176	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 1 rok terapii	1 263,52
5.08.08.0000177	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 2 i kolejny rok terapii	304,86
5.08.08.0000178	Diagnostyka w programie zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy	1 057,79

Kod produktu jednostkowego	Nazwa świadczenia	Projekt taryfy [PKT]
	byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	
5.08.08.0000184	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem sacytuzumabu goвитеkanu	2 431,49
5.08.08.0000185	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolakoraka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego ramucyrumabem lub triflurydyną z typiracylem	2 526,21
5.08.08.0000186	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego pembrolizumabem	671,79
5.08.08.0000187	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki olaparybem	652,12
5.08.08.0000190	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków – cały cykl terapii (dotyczy 4 infuzji)	472,81
5.08.08.0000193	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 1 rok terapii	720,13
5.08.08.0000194	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 2 i kolejny rok terapii	508,19
5.08.08.0000195	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytozowego – 2 i kolejny rok terapii	1 043,72
5.08.08.0000196	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL)	576,55
5.08.08.0000197	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 2 i kolejny rok terapii	270,13
5.08.08.0000203	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) – 1 rok leczenia	1 400,20
5.08.08.0000204	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) – 2 i kolejny rok terapii	1 314,95
5.08.08.0000205	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 1 rok terapii	127,66
5.08.08.0000206	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 2 i kolejny rok terapii	119,27
5.08.08.0000207	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) - 1 rok terapii	2 800,57
5.08.08.0000208	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) – 2 rok terapii	2 040,40
5.08.08.0000209	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma - 1 rok terapii	699,49
5.08.08.0000210	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma – 2 i kolejny rok terapii	460,84
5.08.08.0000220	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 2 i kolejny rok terapii	687,36
5.08.08.0000221	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 1 rok terapii	1 174,26
5.08.08.0000222	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 2 i kolejny rok terapii	681,6
5.08.08.0000223	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka niwolumabem	556,99
5.08.08.0000224	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	2 601,22

Kod produktu jednostkowego	Nazwa świadczenia	Projekt taryfy [PKT]
5.08.08.0000225	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 1 rok terapii	917,39
5.08.08.0000226	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 2 i kolejny rok terapii	460,99
5.08.08.0000229	Diagnostyka w leczeniu uzupełniającym wczesnego raka piersi olaparybem	1 170,33
5.08.08.0000230	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem trastuzumabu derukstekanu	1 820,14
5.08.08.0000233	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1-3 rok terapii (kabozatynib)	1 399,07
5.08.08.0000234	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 4 i kolejny rok terapii (kabozatynib)	1 150,72
5.08.08.0000241	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem – 2 i kolejny rok terapii	692,64
5.08.08.0000242	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych terapią skojarzoną wemurafenibem z kobimetynibem albo dabrafenibem z trametynibem albo enkorafenibem z binimetynibem – 2 i kolejny rok terapii	988,07
5.08.08.0000255	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – pembrolizumab i cemiplimab - 1 rok terapii	1 350,54
5.08.08.0000256	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – pembrolizumab i cemiplimab - 2 i kolejny rok terapii	1 266,90
5.08.08.0000266	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 1 rok terapii	1 694,76
5.08.08.0000267	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 2 i kolejny rok terapii	1 829,37
5.08.08.0000271	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab, pemigatynib) - 1 rok terapii	934,24
5.08.08.0000272	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab, pemigatynib) – 2 i kolejny rok terapii	388,8
5.08.08.0000286	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem lub rybocyklibem - 1 rok terapii	900,2
5.08.08.0000287	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem lub rybocyklibem - 2 rok terapii	460,42
5.08.08.0000288	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem w terapii uzupełniającej po resekcji czerniaka w stadium IIB/IIC	907,21
5.08.08.0000293	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami spłotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) – 1 rok terapii	674,97
5.08.08.0000294	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami spłotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) – 2 i kolejny rok terapii	453,22
5.08.08.0000308	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym (erdafitynib) – 1 rok terapii	1 176,20
5.08.08.0000309	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym (erdafitynib) – 2 i kolejny rok terapii	903,39
5.08.08.0000310	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST) - 1 rok terapii	558,3
5.08.08.0000311	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST) – 2 i kolejny rok terapii	440,44

Źródło: opracowanie własne

Z powyższych ryczałtów diagnostycznych wyłączono kosztochłonne badania diagnostyczne, wraz z jednoczesnym umożliwieniem ich dosumowywania.

Uzupełnieniem powyższych świadczeń dotyczących leczenia szpitalnego są projekty taryf świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, dotyczące centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży na II poziomie referencyjnym.

Tabela 16 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Produkt rozliczeniowy i procedura	Projekt taryfy* [PKT]
Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny	świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny (5.00.04.2703005)	26,46
	świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny – ze szkołą (nowy produkt rozliczeniowy)	29,68
Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania	osobodzień w hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla młodzieży (5.00.04.0000037)	21,67

* wartości taryf wskazane w tabeli odnoszą się do projektów taryf opublikowanych w BIP AOTMiT 09.06.2026 r. Po zakończeniu konsultacji publicznych mogą zostać zaktualizowane

Źródło: opracowanie własne

Analizowane projekty taryf obejmują świadczenia realizowane przez zróżnicowaną grupę podmiotów leczniczych, w tym szpitale powiatowe, gminne i miejskie, wojewódzkie, kliniczne, niepubliczne oraz podmioty resortowe. Wpływ projektowanych zmian jest zróżnicowany w zależności od rodzaju świadczeń, obszaru klinicznego oraz profilu realizatorów.

Łącznie projektowane taryfy skutkują zwiększeniem wartości analizowanych świadczeń o 19,0%, przy czym największy wartościowo wpływ dotyczy leczenia szpitalnego. Zmiany obejmują w szczególności produkty z zakresu położnictwa, chorób układu oddechowego, chorób piersi oraz programów lekowych. Uzupełnieniem tego zakresu są projekty taryf świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, dotyczące wybranych świadczeń w Centrach Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży na II poziomie referencyjnym.

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 oddechowego a także świadczeń położniczych, **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 ubiegłych. Zmiana ta dotyczy następujących JGP:

- D05 Bronchoskopia*
- D17 Ropień płuc, ropowica
- D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe
- D26 Wsiekowe zapalenie opłucnej
- D38 Obrzęk płuc
- D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego
- D48 Zapalenie płuc bez pw
- D51 Odma opłucnowa
- D52 Niewydolność oddechowa
- D54 Zapalenie opłucnej
- N01 Poród*
- N02 Poród mnogi lub przedwczesny*
- N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni*

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 ubiegłych pozostają aktualne. Ich podsumowanie zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 17 Współczynniki korygujące wprowadzone do systemu rozliczeniowego na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji po aktualizacji

Kod i nazwa grupy	Współczynnik korygujący
H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich*	1,3
J34 Leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy*	1,3
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,

- o stosowaniem nowoczesnego, wysokospecjalistycznego sprzętu diagnostycznego i zabiegowego, niezbędnego do realizacji skomplikowanych procedur,
- o udziałem zespołów interdyscyplinarnych, w tym ekspertów krajowych i specjalistów z dziedziny onkologii klinicznej, radioterapii i innych dziedzin medycyny,
- o 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. Proponowany mechanizm odnosi się do:

- o nowych produktów rozliczeniowych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś), obejmujących biopsje gruboigłowe piersi wspomagane próżnią,
- o kompleksowych zabiegów klatki piersiowej realizowanych przez wyspecjalizowane podmioty – po spełnieniu wskazanych warunków.

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie produktów rozliczeniowych objętych nowymi współczynnikami korygującymi, które należy uwzględnić od 1 lipca 2026 r., wraz z przypisaną wartością współczynnika oraz ewentualnym limitem świadczeń zrealizowanych w roku poprzednim, którego przekroczenie uprawnia do zastosowania wskaźnika.

Tabela 18 Produkty rozliczeniowe objęte współczynnikami dla świadczeń onkologicznych realizowanych w podmiotach o wysokim poziomie referencyjnym

Kod i nazwa produktu rozliczeniowego	Warunek zastosowania współczynnika	Współczynnik korygujący
Choroby piersi		
ZX1 Świadczenia zabiegowe – grupa ZX1 (procedura 85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna)	Realizacja w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)	1,25
ZX2 Świadczenia zabiegowe – grupa ZX2 (procedura 85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG)		1,25
Choroby układu oddechowego		
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej*	Szpitala onkologiczne, ogólnopolskie, pulmonologiczne oraz pozostałe podmioty realizujące co najmniej 200 operacji rocznie	1,10
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.*	Podmioty realizujące co najmniej 20 operacji rocznie, niezależnie od poziomu zabezpieczenia w sieci szpitali	1,15

Źródło: opracowanie własne

Ponadto, **rekomenduje się utrzymanie wartości współczynników korygujących**, o których mowa w paragrafie 7 punkt 8 aktualnego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Dodatkowo, mając na względzie analizy, o których mowa w punkcie 3.8.1., z uwagi na rozbieżności występujące w wysokości płatności dla tych samych świadczeń realizowanych w ramach ryczału PSZ oraz poza tym ryczałtem, rekomenduje się **wprowadzenie**

współczynników korygujących dla produktów rozliczeniowych wskazanych w poniższej tabeli, w przypadku ich realizacji w ryczałcie PSZ, począwszy od dnia 1 lipca 2026 roku.

Tabela 19 Produkty rozliczeniowe objęte współczynnikami dla świadczeń realizowanych w podmiotach ramach ryczałtu PSZ.

Kod i nazwa JGP	Współczynnik korygujący
A05 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu	0,96
B07 Protezowanie rogówki*	0,96
C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego*	0,96
C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu*	0,96
C07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego*	0,96
C07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne*	0,96
E21 Przewskórne zamknięcie nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych i zewnątrzsercowych > 17 r.ż.*	0,96
E31 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika jednojamowego*	0,96
E31G Wszczepienie przezcewnikowe/wymiana bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej*	0,96
E32 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego*	0,96
E33 wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT)*	0,96
E34 Wszczepienie/ wymiana kardiowertera-defibrylatora jedno-/ dwujamowego*	0,96
E34G Wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora*	0,96
E36 Wszczepienie/ wymiana CRT-D > 17 r.ż.*	0,96
E43 Ablacja Zaburzeń Rytmu*	0,96
E46 Ablacja (prosta) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3d *	0,96
E47 Ablacja (złożona) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3d*	0,96
E48 Ablacja Migotania Przedsiionków - Izolacja Żył Płucnych*	0,96
Hk01A Kompleksowe Zabiegi Korekcyjne Kręgosłupa Na 4 I Więcej Poziomach >65 R.Ż. *	0,96
Hk01B Kompleksowe Zabiegi Korekcyjne Kręgosłupa Na 4 I Więcej Poziomach <66 R.Ż. *	0,96
Hk02A Zabiegi Na Kręgosłupie Z Zastosowaniem Implantów Na 2-3 Poziomach Lub Na Jednym Poziomie Wielostronnego Dostępu >65 R.Ż. *	0,96
Hk02B Zabiegi Na Kręgosłupie Z Zastosowaniem Implantów Na 2-3 Poziomach Lub Na Jednym Poziomie Wielostronnego Dostępu <66 R.Ż. *	0,96
Hk03 Zabiegi Na Kręgosłupie Z Zastosowaniem Implantów Na 1 Poziomie *	0,96
Hk04A Kompleksowe Leczenie Kręgosłupa Na 4 I Więcej Poziomach W Przebiegu Choroby Nowotworowej >65 R.Ż. *	0,96
Hk04B Kompleksowe Leczenie Kręgosłupa Na 4 I Więcej Poziomach W Przebiegu Choroby Nowotworowej <66 R.Ż. *	0,96
Hk05A Leczenie Kręgosłupa Na 2-3 Poziomach W Przebiegu Choroby Nowotworowej >65 R.Ż. *	0,96
Hk05B Leczenie Kręgosłupa Na 2-3 Poziomach W Przebiegu Choroby Nowotworowej <66 R.Ż. *	0,96
Hk11A Stymulacja Czasowa Rdzenia Kręgowego/Nerwu Obwodowego *	0,96
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego	0,96
Q02 Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z pw i reoperacje*	0,96
Q31 Choroby Krwotoczne Naczyń Mózgowych - Remodeling Naczyń Z Zastosowaniem Stentu *	0,82
Q32 Choroby Krowotoczne Naczyń Mózgowych - Duży Endowaskularny Zabieg Naprawczy *	0,82
Q33 Choroby Krwotoczne Naczyń Mózgowych - Średni Endowaskularny Zabieg Naprawczy *	0,82
Q42G Zabiegi endowaskularne - 2 i 3 grupa *	0,96

Kod i nazwa JGP	Współczynnik korygujący
Q44 Zabiegi endowaskularne - 4. grupa *	0,96
Q45 Zabiegi endowaskularne - 5. grupa *	0,96
Q46 Zabiegi endowaskularne - 6. grupa *	0,96
Q11 Zabiegi hybrydowe w obrębie naczyń obwodowych *	0,96

Źródło: opracowanie własne

Wszystkie proponowane zmiany wiązać się będą ze wzrostem wydatków po stronie płatnika publicznego:

1. W wariancie pierwszym o **9,25 mld zł.** w okresie 12 miesięcy od wejścia w życie Rekomendacji, co stanowi **5,50%** wzrostu wartości umów z NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii).
2. W wariancie drugim o **7,69 mld zł.** w okresie 12 miesięcy od wejścia w życie Rekomendacji, co stanowi **4,57%** wzrostu wartości umów z NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii).

5. Załączniki

1. Przyporządkowanie zakresów świadczeń do poszczególnych grup.

6. Spis tabel i rysunków

Spis tabel

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	10
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	15
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 18 maja 2026	19
Tabela 9 Dane dotyczące wartości świadczeń ponadumownych w wybranych grupach zakresów świadczeń w pierwszym kwartale 2026 roku	26
Tabela 10 Porównanie średnich cen jednostek rozliczeniowych wybranych JGP realizowanych w ramach ryczaftu PSZ oraz poza ryczałtem w roku 2025.	28
Tabela 11 Wielkości wzrostu jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów w wariancie 1.	33
Tabela 12 Wielkości wzrostu jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania w umowach zawartych z NFZ w poszczególnych grupach zakresów w wariancie 2.	37
Tabela 13 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.	40
Tabela 14 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	43
Tabela 15 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących ryczałty diagnostyczne w onkologicznych programach lekowych.	44
Tabela 16 Projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	48
Tabela 17 Współczynniki korygujące wprowadzone do systemu rozliczeniowego na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji po aktualizacji	49
Tabela 18 Produkty rozliczeniowe objęte współczynnikami dla świadczeń onkologicznych realizowanych w podmiotach o wysokim poziomie referencyjnym	50
Tabela 19 Produkty rozliczeniowe objęte współczynnikami dla świadczeń realizowanych w podmiotach ramach ryczaftu PSZ.	51

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.	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 kontraktowych	14
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	22
Rysunek 9 Liczba świadczeniodawców w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji ryczaftu PSZ za styczeń - marzec 2026 r.	24
Rysunek 10 Wartość niewykonania albo przekroczenia ryczaftu PSZ w poszczególnych przedziałach poziomu realizacji za styczeń - marzec 2026 r.	25
Rysunek 11 Poziom wykonania ryczaftu PSZ w pierwszym kwartale 2026 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.....	27
---	----