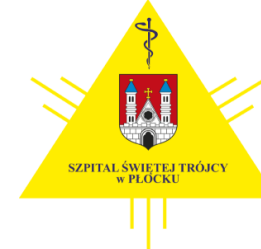




„Informacja nt. funkcjonowania Spółki Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Płocku pod względem zabezpieczenia usług medycznych i specjalistycznych mieszkańców Płocka – informacja o kontraktach podpisanych z NFZ na rok 2026 i realizacji kontraktów w 2025 roku”

Płock, marzec 2026r.





Kontrakty z NFZ w 2025 i 2026 roku – obszary:

lecznictwo szpitalne w zakresie: chorób wewnętrznych, pediatrii, neonatologii, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej – hospitalizacja planowa, ortopedii i traumatologii narządu ruchu - hospitalizacja planowa.

lecznictwo specjalistyczne w zakresie: badań endoskopowych (gastroskopia, kolonoskopia), badań tomografii komputerowej, neurologii, leczenia gruźlicy i chorób płuc, reumatologii, medycyny sportowej, neonatologii, położnictwa i ginekologii, diabetologii, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, preluksacji, okulistyki, okulistyki dla dzieci, otolaryngologii, wad postawy dla dzieci, chorób wewnętrznych, pediatrii.

lecznictwo rehabilitacyjne w zakresie: lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (w tym również dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności), fizjoterapii ambulatoryjnej (w tym również dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności), fizjoterapii domowej (w tym również dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności), rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (w tym również dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, po leczeniu operacyjnym oraz przypadki wymagające), rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku dziennym (w tym również dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności), rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku dziennym (w tym również dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności).

świadczenia psychiatryczne w zakresie: poradni zdrowia psychicznego, poradni terapii uzależnień i współuzależnionych od alkoholu, oddziału dziennego psychiatrycznego, oddziału psychiatrycznego, poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży (w okresie styczeń-wrzesień 2025).

świadczenia opieki długoterminowej (ZPO)

lecznictwo stomatologiczne w zakresie: świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, świadczeń ogólnostomatologicznych dla dorosłych.

podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, opieki koordynowanej.

programy profilaktyczne: program profilaktyki raka szyjki macicy i program badań przesiewowych raka jelita grubego.

świadczenia zdrowotne „dobry posiłek w szpitalu” – tylko w 2025 roku.



Dostępność do świadczeń medycznych vs. kontrakty NFZ i finansowanie świadczeń w latach 2025-2026

w tys. zł.	plan kontraktu 2025 początek roku	plan kontraktu 2025 koniec roku	wykonanie kontraktu 2025	plan kontraktu 2026	różnica plan kontraktu 2025 koniec roku - początek roku	różnica wykonanie kontraktu 2025 – plan kontraktu 2025 koniec roku	różnica plan kontraktu 2026 – plan kontraktu 2025 koniec roku	różnica plan kontraktu 2026 - wykonanie kontraktu 2025	różnica plan kontraktu 2026 - plan kontraktu 2025
	1	2	3	4	2-1	3-2	4-2	4-3	4-1
OGÓŁEM KONTRAKTY	123 620	128 102	130 250	127 284	4 481	2 149	-817	-2 966	3 664
OGÓŁEM KONTRAKTY bez poradni psychologicznej dla dzieci i dobrego posiłku	121 324	126 183	128 321	127 284			1 101	-1 037	5 960
SIEĆ SZPITALI	65 272	69 979	70 910	70 284	4 707	931	305	-626	5 011
ryczałt podstawowy	28 805	31 679	31 602	32 680	2 875	-77	1 000	1 078	3 875
ryczałt izba przyjęć i NPL	6 432	6 432	6 432	6 817	0	0	385	385	385
rehabilitacja w ramach sieci (szpital i oddziały dzienne)	7 677	8 586	9 247	8 030	909	661	-556	-1 217	353
położnictwo i neonatologia	12 010	12 546	12 576	12 377	536	31	-168	-199	367
zakresy pediatryczne	3 819	4 637	4 741	4 199	819	104	-438	-542	380
pozostałe pozycje wyodrębnione w ramach sieci	6 530	6 099	6 311	6 180	-431	212	81	-131	-350
SZPITAL, REHABILITACJA I AOS POZA SIECIĄ	26 782	28 258	29 171	27 341	1 476	913	-917	-1 830	559
szpital-oddziały planowe	14 371	15 323	16 158	15 017	952	835	-306	-1 141	646
rehabilitacja ambulatoryjna	2 566	3 152	3 293	2 684	585	142	-468	-610	117
AOS (porady specjalistyczne)	8 415	8 194	8 089	8 356	-221	-105	161	266	-60
ASDK (kolonoskopia + TK)	1 429	1 589	1 630	1 285	160	41	-305	-345	-145
PSYCHIATRIA	11 286	11 644	12 111	10 832	358	467	-813	-1 279	-455
oddział szpitalny	6 010	5 935	5 912	6 294	-75	-23	358	381	283
świadczenia ambulatoryjne	4 262	5 082	5 572	4 538	821	490	-545	-1 034	276
poradnia psychologiczna dla dzieci	1 015	627	627	0	-388	0	-627	-627	-1 015
POZOSTAŁE KONTRAKTY	20 280	18 221	18 059	18 828	-2 059	-162	608	769	-1 452
POZ + Medycyna Szkolna	8 519	8 519	8 519	8 861	0	0	342	342	342
ZPO	5 659	5 559	5 552	6 068	-101	-7	509	516	408
stomatologia	4 077	2 575	2 480	3 133	-1 502	-95	559	653	-943
programy profilaktyczne	743	276	205	766	-467	-71	490	561	23
dobry posiłek	1 282	1 292	1 303	0	11	11	-1 292	-1 303	-1 282



Dostępność do świadczeń medycznych vs. kontrakty NFZ i finansowanie świadczeń w latach 2025-2026

1 Plan kontraktu 2025 początek roku* – wartość ustalona jako iloczyn liczby punktów rozliczeniowych określonej w umowach na początku roku i przeliczonej proporcjonalnie na 12 miesięcy w przypadku umów określonych dla okresów krótszych niż rok oraz cen obowiązujących w I i w II półroczu.

2 Plan kontraktu 2025 koniec roku* – uwzględnia zmiany wolumenu kontraktów w trakcie roku, m.in. z tytułu rozliczenia części zrealizowanych nadwykonań, które zostały przez NFZ dodane do planów kontraktów, przy jednoczesnym zmniejszeniu planu kontraktów w zakresach z niewykonaniami; w momencie przygotowywania niniejszej prezentacji pozycja ta nie obrazuje jeszcze ostatecznego rozliczenia kontraktów za 2025 rok.

3 Wykonanie kontraktu 2025 – wartość ustalona jako iloczyn liczby punktów rozliczeniowych faktycznie wykonanych w 2025 roku oraz cen obowiązujących w I i w II półroczu; prezentuje rzeczywiste zapotrzebowanie na świadczenia w określonych zakresach.

4 Plan kontraktu 2026 – dla potrzeb powyższego zestawienia kontrakt na 12 miesięcy br. został przeliczony proporcjonalnie na podstawie umów obowiązujących na początku roku, określonych na różne okresy (I kwartał, I półrocze, rok), przy czym wartość kontraktu została określona w oparciu o ceny jednostkowe obowiązujące w I półroczu, zatem ostatecznie ulegnie zmianie po skorygowaniu cen od lipca 2026; kontrakt w zakresie POZ i Medycyna Szkolna oszacowano na podstawie wykonania II półrocza 2025 roku w przeliczeniu na 12 miesięcy.

Kolumna 2-1 prezentuje zmiany wolumenu świadczeń w zakresach na skutek zmian planu umów, głównie z tytułu rozliczania nadwykonań i niewykonań w ciągu roku (zwiększenia/zmniejszenia planu umów).

Kolumna 3-2 prezentuje realizację kontraktów w odniesieniu do aktualnego planu umów, a tym samym wartość nierozliczonych jeszcze nadwykonań.

Kolumny 4-2, 4-3 i 4-1, prezentujące różnice planu kontraktu 2026 do planu kontraktu 2025 z końca roku, do wykonania kontraktu 2025 i do planu kontraktu 2025 z początku roku, pokazują łączny efekt zmiany cen świadczeń w lipcu 2025, ale również zmiany wolumenu świadczeń w poszczególnych zakresach.

W 2026 roku plan kontraktów nie zawiera kontraktów na poradnię psychologiczną dla dzieci (Spółka nie wygrała konkursu i w IV kwartale 2025 roku straciła kontrakt) oraz na świadczenia dobrego posiłku (NFZ wycofał się z finansowania tych świadczeń dodatkowych).

Dodatkowa podsuma „KONTRAKTY OGÓŁEM bez poradni psychologicznej dla dzieci i dobrego posiłku” w tabeli na stronie 3 prezentuje globalne zmiany planu kontraktów 2026 vs. plany i wykonanie kontraktów 2025 w porównywalnych zakresach.

** z zastrzeżeniem, że w poniższych przypadkach plan równa się wykonaniu:*

- *świadczenia z tytułu POZ i Medycyny Szkolnej nie posiadają kwotowego kontraktu, umowa z NFZ rozliczana wg rzeczywistej liczby pacjentów na koniec każdego miesiąca,*
- *świadczenia w izbie przyjęć – wartość kontraktu to ilość dni w roku pomnożona przez stawkę ryczałtową za dzień,*
- *świadczenia NPL – wartość kontraktu określona ryczałtowo.*



Dostępność do świadczeń medycznych vs. kontrakty NFZ i finansowanie świadczeń w latach 2025-2026

Na kolejnym slajdzie (str.6) zaprezentowano:

- **Plan kontraktu 2025 początek roku w podziale na półrocza** – różnica między półroczami prezentuje efekt wzrostu cen świadczeń (średnio 7,18%), czyli kwotę, jaką NFZ przeznaczył na wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych w II półroczu (w sumie +4,3 mln zł.)
- **Plan kontraktu 2026 vs. Plan kontraktu 2025 początek roku po cenie z II półrocza** – dzięki wyeliminowaniu efektu zmiany ceny w 2025 roku różnica między planami prezentuje realną zmianę planu kontraktu w 2026 roku do kontraktu pierwotnego na 2025 rok, wynikającą ze zmiany jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach (globalnie -0,5 mln zł., a z wyłączeniem kontraktów, których nie ma w 2026 roku +1,8 mln zł.)
- **Plan kontraktu 2026 vs. Wykonanie kontraktu 2025 po cenie z II półrocza** - dzięki wyeliminowaniu efektu zmiany ceny w 2025 roku różnica prezentuje, na ile plan kontraktu na 2026 rok różni się od realnego zapotrzebowania na świadczenia (globalnie -7,4 mln zł., a z wyłączeniem kontraktów, których nie ma w 2026 roku -5,4 mln zł.)



Dostępność do świadczeń medycznych vs. kontrakty NFZ i finansowanie świadczeń w latach 2025-2026

w tys. zł	plan kontraktu 2025 początek roku I półrocze	plan kontraktu 2025 początek roku II półrocze	różnica plan kontraktu 2025 początek roku II półrocze – I półrocze	plan kontraktu 2025 początek roku po cenie II półrocza	rzeczywisty plan kontraktu 2026	różnica plan kontraktu 2026 – plan kontraktu 2025 początek roku po cenie II półrocza	wykonanie kontraktu 2025 po cenie II półrocza	różnica plan kontraktu 2026 - wykonanie kontraktu 2025 po cenie II półrocza
	1	2	2-1	3	4	4-3	5	4-5
OGÓŁEM KONTRAKTY	59 669	63 951	4 282	127 838	127 284	-554	134 656	-7 372
OGÓŁEM KONTRAKTY bez poradni psychologicznej dla dzieci i dobrego posiłku	58 549	62 775		125 486	127 284	1 798	132 680	-5 396
SIEĆ SZPITALI	31 533	33 740	2 207	67 453	70 284	2 831	73 241	-2 958
ryczałt podstawowy	13 948	14 857	910	29 714	32 680	2 965	32 575	104
ryczałt izba przyjęć i NPL	3 055	3 377	322	6 726	6 817	91	6 726	91
rehabilitacja w ramach sieci (szpital i oddziały dzienne)	3 690	3 987	297	7 974	8 030	56	9 583	-1 553
położnictwo i neonatologia	5 815	6 195	379	12 389	12 377	-12	12 972	-595
zakresy pediatryczne	1 850	1 969	119	3 937	4 199	262	4 904	-705
pozostałe pozycje wyodrębnione w ramach sieci	3 175	3 355	180	6 711	6 180	-531	6 480	-300
SZPITAL, REHABILITACJA I AOS POZA SIECIĄ	13 144	13 638	494	27 275	27 341	66	29 712	-2 372
szpital-oddziały planowe	7 113	7 258	145	14 516	15 017	501	16 319	-1 302
rehabilitacja ambulatoryjna	1 239	1 327	88	2 654	2 684	29	3 409	-726
AOS (porady specjalistyczne)	4 089	4 326	237	8 652	8 356	-296	8 323	33
ASDK (kolonoskopia + TK)	703	726	24	1 453	1 285	-168	1 662	-377
PSYCHIATRIA	5 335	5 951	616	11 903	10 832	-1 071	12 795	-1 963
oddział szpitalny	2 863	3 147	283	6 294	6 294	0	6 187	107
świadczenia ambulatoryjne	1 993	2 269	276	4 538	4 538	0	5 935	-1 397
poradnia psychologiczna dla dzieci	479	536	56	1 071	0	-1 071	673	-673
POZOSTAŁE KONTRAKTY	9 657	10 623	966	21 208	18 828	-2 380	18 907	-79
POZ + Medycyna Szkolna	4 088	4 431	342	8 861	8 861	0	8 861	0
ZPO	2 607	3 053	446	6 068	6 068	0	5 947	121
stomatologia	1 957	2 120	163	4 240	3 133	-1 106	2 587	546
programy profilaktyczne	364	379	15	758	766	8	209	557
dobry posiłek	641	641	0	1 282	0	-1 282	1 303	-1 303



Dostępność do świadczeń medycznych vs. kontrakty NFZ i finansowanie świadczeń w latach 2025-2026

Plany kontraktów NFZ na dany rok nie uwzględniają faktycznego zapotrzebowania pacjentów na określone świadczenia, a więc nie dają gwarancji dostępności wszystkim potrzebującym.

W planie na 2026 rok, w ramach (tzn. do wysokości) określonego globalnego budżetu, NFZ nie skorygował wartości kontraktów w poszczególnych zakresach świadczeń według rzeczywistego wykonania z roku poprzedniego.

Jednocześnie NFZ daje możliwość kompensacji nadwykonań świadczeń w pewnych zakresach z niewykonaniami świadczeń w innych zakresach, ale w ograniczonym zakresie, tzn. tylko w ramach jednej umowy lub w określonej grupie umów, co oznacza w praktyce, że np. niewykorzystane środki zabudżetowane w kontrakcie na świadczenia stomatologiczne w przypadku niewykonania kontraktu nie zostaną przesunięte na sfinansowanie nadwykonań w hospitalizacjach planowych (chirurgia, ortopedia).

Przy takim określaniu planu kontraktu w zakresach i takiej polityce rozliczania umów przez NFZ, środki finansowe zabudżetowane w planie kontraktu na dany rok w zakresach generujących niewykonanie, pozornie stanowią część budżetu – w rzeczywistości są tylko liczbą zapisaną na papierze i nie ma gwarancji, że zostaną skonsumowane przez jednostkę. Wszystko bowiem zależy od kondycji finansowej NFZ – czy znajdzie środki finansowe na zapłatę za nadwykonania we wszystkich zakresach.

NFZ nie daje gwarancji na finansowanie nadwykonań, a brak finansowania nadwykonań oznacza ograniczanie dostępności do świadczeń.

W latach 2022-2023 NFZ finansował 100% zrealizowanych nadwykonań, co pozwoliło jednostce zapewnić pacjentom maksymalną dostępność do świadczeń w ramach posiadanego potencjału.

Niestety w 2024 roku sytuacja uległa zmianie. Przez ostatnie 2 lata płatnik przez większość roku finansował nadwykonania przede wszystkim w zakresach nielimitowanych, sygnalizując jednocześnie, że nie daje gwarancji na sfinansowanie pozostałych nadwykonań.

Podmioty medyczne na własne ryzyko i własny koszt decydują się realizować świadczenia ponad zabudżetowany kontrakt.

Ostatecznie nadwykonania w zakresach limitowanych za 2024 rok zostały przez NFZ sfinansowane – jak to płatnik ogłosił medialnie „w całości” – jednak w większości przypadków po niższych cenach, niż wynikające z umów (w przypadku PZOZ w zależności od zakresu 50%-70%).

Obecnie Spółka ma ponad 2 mln nierozliczonych nadwykonań za 2025 rok.

Na początku marca br. NFZ wydał komunikat dotyczący kontynuacji procesu rozliczania umów za 2025 rok we wskazanych zakresach świadczeń.

W przypadku PZOZ I etap rozliczania nadwykonań obejmie świadczenia w zakresie psychiatrii, rehabilitacji ambulatoryjnej oraz dobrego posiłku (około 0,6 mln zł.).

Umowy, w których występują nadwykonania za 2025 r., a które nie zostały wymienione w załączniku do komunikatu, będą przedmiotem kontynuacji procesu w terminie późniejszym, **pod warunkiem otrzymania przez NFZ dodatkowych środków na ten cel.**

Oznacza to, że PZOZ może nie odzyskać około 1,7 mln zł. za pozostałe nadwykonania (głównie z zakresu świadczeń w sieci finansowanych odrębnie oraz świadczeń planowych w szpitalu poza siecią).



Dostępność do świadczeń medycznych vs. kontrakty NFZ i finansowanie świadczeń w latach 2025-2026

Polityka finansowania świadczeń przez NFZ wpływa na sukcesywne pogarszanie się sytuacji finansowej podmiotów medycznych, stanowiąc realne zagrożenie dla ich dalszego bytu, a więc również dla utrzymania dostępności do świadczeń.

Poziom kontraktów oferowany przez NFZ w oderwaniu od potrzeb pacjentów oraz rzeczywistych możliwości i potencjału świadczeniodawców, zaniżona wycena procedur medycznych, niewystarczające wzrosty cen na pokrycie skutków corocznych ustawowych podwyżek personelu medycznego, a obecnie dodatkowo ograniczenie w finansowaniu nadwykonań, z roku na rok coraz bardziej restrykcyjne – wszystkie te czynniki stanowią zagrożenie dla funkcjonowania podmiotów medycznych, ponieważ środki finansowe z realizacji nadwykonań były dodatkowym źródłem przychodów na pokrywanie skutków lipcowym podwyżek.

Dodatkowo NFZ wprowadza w życie kolejne „praktyki”, uderzające w finanse podmiotów leczniczych:

1. „Poprawa dostępności” w wybranych poradniach specjalistycznych poprzez zwiększenie udziału porad pierwszorazowych.

W I półroczu 2025 roku opublikował znowelizowane zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, **którego celem jest poprawa dostępności** do świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, **poprzez motywowanie** świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych.

Mechanizm zakłada ocenę udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych u świadczeniodawców, w danym zakresie świadczeń specjalistycznych w odniesieniu do wyznaczonej ogólnopolskiej mediany tego udziału dla danego zakresu.

Mechanizmowi podlegać będą świadczeniodawcy, u których udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych jest niższy niż ogólnopolska mediana tego udziału, czyli 50 proc. świadczeniodawców z najniższymi udziałami świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych.

Począwszy od 1 lipca 2025 roku ci świadczeniodawcy zobowiązani są do podniesienia poziomu udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych co najmniej o 3 punkty procentowe w porównaniu z analogicznym kwartałem roku poprzedzającego realizację świadczeń lub do osiągnięcia wartości wyznaczonej przez medianę.

Niestety w praktyce wprowadzone rozwiązanie „poprawy dostępności”, bez zwiększenia kontraktu w danej poradni specjalistycznej, poprawi dostępność jedynie pacjentów pierwszorazowych, przy jednoczesnym ograniczeniu, a więc pogorszeniu dostępności pacjentów kontynuujących leczenie.

Natomiast „motywowanie” świadczeniodawców w praktyce oznacza karanie ich w wymiarze finansowym, ponieważ w przypadku nieosiągnięcia określonego celu w danym kwartale, świadczenia zrealizowane w kwartale następującym po miesiącu od kwartału, dla którego wyznaczono udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, finansowane będą z zastosowaniem współczynnika **0,75 dla świadczeń rozliczanych w ramach danego zakresu.**

Czyli redukcji ulegnie cena jednostki rozliczeniowej, która – od II półroczu 2022 roku tj. od momentu, kiedy NFZ „odszedł” od finansowania podwyżek personelu medycznego w formie dedykowanej, wydzielonej puli środków na poczet dystrybuowania tych środków poprzez zwiększanie ceny jednostki rozliczeniowej – jest jedynym, w dodatku niestety niewystarczającym, „nośnikiem” środków na podwyżki pracowników.



Dostępność do świadczeń medycznych vs. kontrakty NFZ i finansowanie świadczeń w latach 2025-2026

2. „Finansowanie” nadwykonań w zakresie badań kosztochłonnych.

W marcu br. NFZ opublikował na stronie internetowej kolejny projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, tym razem dotyczący **rozliczania ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w zakresie badania tomografii komputerowej, badania rezonansu magnetycznego, badania endoskopowego przewodu pokarmowego – gastroscopia oraz badania endoskopowego przewodu pokarmowego – kolonoskopia.**

Projektowane zarządzenie zakłada, że przy rozliczaniu ww. świadczeń, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie (**czyli przy rozliczaniu nadwykonań**), na wniosek świadczeniodawcy składany po rozliczeniu umowy, do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy, z zastrzeżeniem, że **do rozliczenia świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania, zastosowanie ma współczynnik korygujący 0,4.**

Wpływ kondycji finansowej NFZ na sytuację finansową Spółki prezentuje kolejny slajd.



Funkcjonowanie Spółki vs. finansowanie świadczeń przez NFZ

	2022	2023	2024	2025 prognoza po rozliczeniu nadwykon ań z I etapu	2026 plan
w mln zł.					
wynik finansowy	-4,2	-4,7	-5,6	-8,3	-14,4
wynik finansowy bez kosztów amortyzacji	0,0	-0,1	-1,5	-5,0	-10,0
przychody ogółem	94,0	112,8	125,5	135,8	143,1
przychody NFZ	88,7	106,2	118,4	128,0	135,3
pozostałe przychody	5,3	6,7	7,1	7,8	7,8
<i>udział przychodów NFZ w przychodach ogółem</i>	<i>94%</i>	<i>94%</i>	<i>94%</i>	<i>94%</i>	<i>95%</i>
koszty ogółem	98,3	117,5	131,1	144,1	157,4
koszty osobowe	75,1	92,4	102,8	115,1	127,1
pozostałe koszty	23,2	25,2	28,3	29,0	30,3
<i>udział kosztów osobowych w kosztach ogółem</i>	<i>76%</i>	<i>79%</i>	<i>78%</i>	<i>80%</i>	<i>81%</i>
pula przychodów NFZ na pokrycie pozostałych kosztów (po pokryciu kosztów osobowych)	13,6	13,8	15,6	12,9	8,2
pula przychodów NFZ na pokrycie pozostałych kosztów jako % przychodów z NFZ	18%	15%	15%	11%	6%
deficyt (pozostałe koszty bez pokrycia przychodami NFZ)	-9,5	-11,4	-12,7	-16,1	-22,1
<i>% pokrycia pozostałych kosztów pulą przychodów NFZ na pokrycie pozostałych kosztów</i>	<i>59%</i>	<i>55%</i>	<i>55%</i>	<i>45%</i>	<i>27%</i>
przychody NFZ skorygowane (wzrost rdr o kwotę wzrostu kosztów osobowych)	88,7	97,5	106,6	123,7	123,7
koszty osobowe skorygowane (wzrost rdr o wskaźnik wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw)	67,6	76,3	85,4	94,8	102,5
wynik finansowy skorygowany	3,28	2,67	0,01	-0,04	-1,38

Powyżej zaprezentowano symulowane wyniki finansowe Spółki, przy założeniu, że koszty osobowe rosną rok do roku tylko i wyłącznie w oparciu o wskaźnik wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, a NFZ w każdym kolejnym roku pokrywa kwotę tego wzrostu (podobnie jak to było przed zmianami wprowadzonymi w 2022 roku).



Funkcjonowanie Spółki vs. finansowanie świadczeń przez NFZ

- Przychody z NFZ są głównym źródłem przychodów Spółki - stanowią około 94% przychodów ogółem.
- Koszty osobowe – determinowane ustawą o minimalnym wynagrodzeniu, ustawą o minimalnych wynagrodzeniach w zawodach medycznych, ustawowymi regulacjami w zakresie norm zatrudnienia, ustawą o ZFŚS, gwarancjami pracowniczymi zawartymi w ZUZP – stanowią większość kosztów Spółki i ich udział z roku na rok rośnie.
- Nominalnie rosną również z roku na rok pozostałe koszty (efekt inflacji, wzrostu minimalnego wynagrodzenia, konieczności dostosowywania jednostki do narzucanych regulacji prawno-administracyjnych).
- Przychody z NFZ – po pokryciu kosztów osobowych – nie wystarczają na pokrycie pozostałych kosztów funkcjonowania i realnie ta pula maleje: w 2022 roku 18% przychodów z NFZ zostawało na pokrycie pozostałych kosztów, w 2023 i 2024 – 15%, w 2025 – 11%, w planie na rok 2026 – 6% i pokrywały one odpowiednio: w 2022 roku 59% pozostałych kosztów, w 2023 i 2024 – około 55%, w 2025 – około 43%, w planie na 2026 rok – 27%. Przychody uzyskiwane z pozostałych źródeł nie pokrywają pozostałego deficytu.
- W latach 2022-2023 (kiedy NFZ sfinansował wszystkie nadwykonania) kondycja finansowa Spółki była stabilna – straty (-4,2 i -4,7 mln zł.) na poziomie kosztów amortyzacji (4,2 i 4,6 mln zł.) oznaczały, że Spółka była w stanie sama finansować swoją działalność operacyjną, a dopłaty od Właściciela przeznaczane były na działalność inwestycyjną.
- Zmiana w finansowaniu nadwykonań poczynawszy od 2024 roku ma odzwierciedlenie w wyniku finansowym jednostki: wynik finansowy 2024 roku (-5,6 mln zł.) przy kosztach amortyzacji rzędu 4,1 mln zł. oznacza deficyt środków finansowych na działalności operacyjnej 1,5 mln zł., wstępny wynik za 2025 rok (-8,3 mln zł.) przy amortyzacji w wysokości 3,3 mln zł. oznacza deficyt rzędu 5,0 mln zł.
- W planie finansowym Spółki założono realizację kontraktów NFZ na poziomie 2025 roku, co przy ograniczonym finansowaniu nadwykonań przez NFZ przy jednoczesnym wzroście kosztów funkcjonowania (wzrost wynagrodzeń personelu medycznego od lipca, wzrost najniższej krajowej, wzrost cen mediów, inflacja) skutkuje stratą na poziomie około 15 mln zł. i deficycie środków na finansowanie działalności operacyjnej 10,0 mln zł.



Funkcjonowanie Spółki vs. finansowanie świadczeń przez NFZ

- Podsumowując, główną przyczyną pogłębiającej się zapaści finansowej systemu ochrony zdrowia jest przerwienie skutków regulacji płacowych wprowadzonych w lipcu 2022 roku i w kolejnych latach na świadczeniodawców i samorządy. Podwyżki cen jednostkowych świadczeń finansowanych przez NFZ pokrywały od 60% do 80% wzrostu kosztów funkcjonowania jednostek powodowanego ustawami o minimalnych wynagrodzeniach w zawodach medycznych.
- Zmiany zasad finansowania podwyżek dla personelu medycznego wprowadzone w 2022 roku szybko „wydrenowały” budżet NFZ.
- W 2024 roku okazało się, że Narodowy Fundusz Zdrowia wzmaga się z poważnymi problemami finansowymi, w tym z utrzymaniem bieżącej płynności finansowej, że bez dotacji z budżetu państwa nie jest w stanie pokryć kosztów realizowanych zadań.
- W efekcie od 2024 roku płatnik zaczął ograniczać finansowanie nadwykonań w wybranych zakresach.
- W 2026 roku wchodzi w życie regulacje, które ograniczają finansowanie nadwykonań w zakresach do tej pory formalnie nielimitowanych.
- Utrzymywanie obciążeń systemu skutkami tzw. ustawy podwyżkowej spowoduje dalsze ograniczanie dostępu do świadczeń medycznych, co – oprócz negatywnych skutków dla pacjentów – zniweczy również pierwotne założenia ustawodawców, mające na celu zabezpieczenie dostępności do świadczeń poprzez zapewnienie odpowiedniej liczby personelu.