



Minister Zdrowia

DSW.050.16.2026.PJ
Warszawa, 22 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
Odpowiadając na interpelację nr 18051 Pana Posła Jarosława Krajewskiego *w sprawie nadzoru nad wynagrodzeniami lekarzy w podmiotach leczniczych finansowanych ze środków publicznych* uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

W odniesieniu do kwestii danych dotyczących wynagrodzeń personelu medycznego zatrudnionego w podmiotach leczniczych właściwy dla zagadnienia zbierania informacji o wynagrodzeniach i zatrudnieniu w podmiotach leczniczych Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poinformował, co następuje:

Dane dotyczące wynagrodzeń osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych należą do danych pozyskiwanych od roku 2022 przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: „Agencję”) na podstawie art. 31lc ust. 4a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146), dalej: „ustawy”, służąc realizacji określonych ustawowych zadań Agencji (art. 31n pkt 1a i 2c ustawy).

Efektem realizacji zadania, o którym mowa w art. 31n pkt 2c ustawy, jest Rekomendacja Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz towarzyszący jej raport, które publikowane są w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji. Najnowsze materiały obejmujące statystyki za luty 2026 roku dostępne są pod adresem: <https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2026/1125-materialy-2026/9695-116-2026-zlc>.

Jednocześnie, zakres danych, jakimi dysponuje Agencja, nie pozwala na udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w interpelacji, z uwagi na wskazane niżej ograniczenia:

- Agencja nie posiada uprawnień do przetwarzania numerów PESEL pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w związku z czym nie dysponuje pełnymi danymi na temat wysokości dochodów jednej osoby; uniemożliwia to identyfikację lekarzy pracujących w więcej niż jednym podmiocie;
- dany lekarz może pracować w ramach kilku form zatrudnienia – w tym samym albo w
- kilku podmiotach, jednak wskazany wyżej brak uprawnień do przetwarzania numerów PESEL uniemożliwia identyfikację takich osób oraz ich łącznych wynagrodzeń;
- dane o wynagrodzeniach osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych zbierane są dwa razy do roku i, w każdym przypadku, obejmują okres jednego miesiąca, natomiast przemnożenie tych wartości przez liczbę pozostałych miesięcy nie odzwierciedli rzeczywistego rocznego wynagrodzenia z uwagi na to, że poszczególne jego składniki w różnych miesiącach przyjmować mogą różną wartość, podobnie jak rachunki wystawiane przez osoby będące na umowach kontraktowych;

- nie wszystkie wezwane podmioty przekazują dane o wynagrodzeniach, w związku z czym Agencja nie dysponuje pełnymi danymi o poziomie wynagrodzeń.

Odnosząc się do pytania o analizy, jaki udział wynagrodzeń personelu medycznego w kosztach jest bezpieczny dla stabilności finansowej podmiotów pragnę wyjaśnić, że Agencja, w ramach prowadzonych prac analitycznych monitoruje zależności pomiędzy strukturą kosztów podmiotów leczniczych – w tym w szczególności poziomem kosztów osobowych – a osiąganymi przez nie wynikami finansowymi. Analizy te mają charakter przekrojowy i służą identyfikacji ogólnych prawidłowości, trendów oraz potencjalnych czynników ryzyka wpływających na stabilność finansową jednostek.

Należy jednak podkreślić, że nie jest możliwe określenie uniwersalnego progu udziału kosztów osobowych, którego przekroczenie automatycznie skutkowałoby pogorszeniem sytuacji finansowej szpitala. W praktyce obserwuje się istotne zróżnicowanie pomiędzy podmiotami leczniczymi – zbliżone wartości wskaźników kosztowych mogą prowadzić do odmiennych rezultatów ekonomicznych, w zależności od takich czynników jak profil działalności, skala funkcjonowania, poziom referencyjności czy uwarunkowania lokalne. W konsekwencji Agencja koncentruje się na analizie relacji pomiędzy kosztami osobowymi, poziomem przychodów oraz innymi wskaźnikami ekonomicznymi, traktując je jako element kompleksowej oceny kondycji finansowej podmiotów leczniczych. Formułowanie jednoznacznych wniosków wyłącznie na podstawie udziału kosztów osobowych w przychodach byłoby metodologicznie nieuzasadnione i mogłoby prowadzić do nadmiernych uproszczeń, nieodzwierciedlających rzeczywistej sytuacji ekonomicznej poszczególnych szpitali.

W analizach wykorzystywane są dane pochodzące ze sprawozdań MZ-BFA (kwartalna informacja o sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej), przekazywanych przez podmioty lecznicze do Ministerstwa Zdrowia za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia.

Zakresem analiz objęte są przede wszystkim szpitale funkcjonujące w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Na potrzeby analiz obliczono wskaźnik udziału kosztów osobowych w przychodach całkowitych, obejmujących przychody ze sprzedaży, pozostałe przychody operacyjne oraz przychody finansowe, skorygowanych o wartość umów z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczących finansowania substancji czynnych w chemioterapii oraz programach lekowych, rozliczanych na podstawie wystawianych faktur.

Przeprowadzone analizy danych z ostatnich 2–3 lat wskazują, że udział szpitali osiągających dodatni wynik finansowy netto istotnie maleje wraz ze wzrostem udziału kosztów osobowych w przychodach całkowitych. Szczególnie wyraźny spadek obserwowany jest w przypadku przekroczenia poziomu 75%, co może sugerować rosnące ryzyko pogorszenia kondycji finansowej podmiotów przy takiej strukturze kosztów.

Interpretacja wyników analiz powinna jednak uwzględniać następujące ograniczenia metodologiczne:

- w danych ze sprawozdań MZ-BFA koszty osobowe wynikające z umów cywilnoprawnych są wyodrębnione wyłącznie dla lekarzy i pielęgniarek; w odniesieniu do pozostałych grup zawodowych ujmowane są one łącznie w kategorii „usługi obce”, co uniemożliwia ich jednoznaczne wydzielenie. W celu oszacowania skali potencjalnego błędu dokonano porównania z danymi dotyczącymi całkowitych kosztów osobowych raportowanymi przez podmioty w ramach zbiorów danych o wynagrodzeniach – w około 80% przypadków różnice nie przekraczały 10%, co wskazuje na relatywnie ograniczony wpływ tego czynnika na wyniki analiz;

- w przypadku roku 2025 dane pochodzące ze sprawozdań MZ-BFA za IV kwartał miały charakter wstępny, w związku z czym mogły nie uwzględniać pełnej wartości przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto w odniesieniu do kwestii dotyczącej działań kontrolnych informuję, że w związku z pozyskanymi przez Ministerstwo Zdrowia informacjami dotyczącymi nieprawidłowości w Szpitalu Południowym, Minister Zdrowia zlecił Wojewodzie Mazowieckiemu oraz

Uniwersytetowi Medycznemu w Łodzi, przeprowadzenie kontroli Warszawskiego Szpitala Południowego sp. z o.o.

Zakres kontroli obejmuje:

- ocenę prawidłowości całości postępowania personelu medycznego SOR ww. podmiotów leczniczych oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentów SOR ww. podmiotów leczniczych, którzy zmarli w trakcie pobytu na SOR,
- oraz
- ocenę prawidłowości podejmowanych przez Szpital czynności wobec pacjentów zmarłych w Szpitalu, w szczególności zbadanie kwestii wystawiania kart zgonów, sposobu i czasu przechowywania zwłok zmarłych pacjentów, postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu, naruszenia zakazu reklamy usług pogrzebowych. Niezależnie od tego, kontroli poddane zostanie wykonywanie działalności innej niż działalność lecznicza („filmowa”) w sposób powodujący uciążliwość dla pacjenta lub przebiegu leczenia.

Okresem kontroli objęto: 1 lipca 2025 r. do 31 maja 2026 r. z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, o ile miały istotny wpływ na zakres kontrolowanych zagadnień.

Jednocześnie informuję, że Minister Zdrowia nie zwracał się do Narodowego Funduszu Zdrowia o kontrolę w Szpitalu Południowym w ww. zakresie.

Niezależnie od powyższego, w sprawie kontroli Szpitala Południowego, Ministerstwo Zdrowia było w stałym kontakcie z NFZ, który natychmiast po powzięciu informacji o nieprawidłowościach w ww. podmiocie leczniczym, rozpoczął kontrolę w tym podmiocie.

Z kolei w odniesieniu do kwestii weryfikacji harmonogramów pracy lekarzy informuję, że w dniu 17 lipca br. Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1925).

Projektowana regulacja ma na celu uzupełnienie obowiązujących rozwiązań w zakresie obowiązków nałożonych na świadczeniodawców o obowiązek systematycznego przekazywania Narodowemu Funduszowi Zdrowia przez świadczeniodawców realizujących świadczenia szpitalne danych dotyczących godzinowej obecności personelu medycznego.

Oczekiwanym efektem projektowanej regulacji jest zwiększenie przejrzystości procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, usprawnienie mechanizmów monitorowania i kontroli wykonywania umów przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz zwiększenie efektywności działań podejmowanych w celu weryfikacji zgodności realizacji świadczeń z obowiązującymi przepisami i warunkami umów. W celu wzmocnienia skuteczności realizacji obowiązku określonego w projektowanym § 6a przewiduje się możliwość nałożenia kary umownej w przypadku jego niewykonania. Mechanizm ten ma sprzyjać terminowemu wywiązywaniu się świadczeniodawców z obowiązku przekazywania danych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/