



Minister Zdrowia

DLF.050.71.2026.SK
Warszawa, 29 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 18149, z dnia 6 lipca 2026 r., Pana Mariusza Błaszczaka, Posła na Sejm RP, *w sprawie udziału kosztów wynagrodzeń personelu medycznego w budżetach publicznych podmiotów leczniczych oraz wpływu struktury kosztów na sytuację finansową szpitali*, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Uwzględniając pytania zawarte w przedmiotowej interpelacji informuję, że w ramach prowadzonych prac analitycznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), monitoruje strukturę kosztów podmiotów leczniczych. Analizy te mają charakter przekrojowy i służą identyfikacji ogólnych prawidłowości, trendów oraz potencjalnych czynników ryzyka wpływających na stabilność finansową jednostek. W analizach wykorzystywane są dane pochodzące ze sprawozdań MZBFA (kwartalna informacja o sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej), przekazywanych przez podmioty lecznicze do Ministerstwa Zdrowia za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia.

Na potrzeby udzielenia odpowiedzi na pytania zawarte w przedmiotowej interpelacji AOTMiT dokonał obliczenia wskaźnika udziału kosztów osobowych w kosztach działalności. Jako koszty działalności przyjęto sumę kosztów działalności operacyjnej, pozostałych kosztów operacyjnych oraz kosztów finansowych, pomniejszonych o koszty leków stosowanych w chemioterapii i programach lekowych, rozliczanych na podstawie wystawianych faktur. Koszty osobowe natomiast obejmują wszystkie formy zatrudnienia, przy czym 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. Jednak, 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.

Analiza przeprowadzona została z wykorzystaniem danych ze sprawozdań MZ-BFA za rok 2025.

Poniższa tabela przedstawia średni udział kosztów osobowych w kosztach działalności, zgodne ze wskazanymi wyżej zakresami obu kategorii kosztów. Przyjęte zostały kategorie szpitali zgodne z nomenklaturą stosowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z analizy wyłączono podmioty oznaczone kategorią niepubliczny. Natomiast szpitale kliniczne oraz instytuty ujęte są w jednej kategorii.

Kategoria szpitala	Średni udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych (bez leków stosowanych w programach lekowych i chemioterapii)	Liczba podmiotów wg numeru REGON
powiatowy, gminny, miejski	70,70%	301
kliniczny, instytut	61,50%	67
wojewódzki	65,81%	111
inny (MSWiA, wojskowy)	67,54%	33
RAZEM/ średnio	68,23%	512

Z zaprezentowanych przez AOTMiT danych wynika, że największy średni udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych (bez leków stosowanych w programach lekowych i chemioterapii) wystąpił w roku 2025 w szpitalach przypisanych do kategorii powiatowy, gminny, miejski, a najniższy w szpitalach przypisanych do kategorii kliniczny, instytut. Natomiast średni udział tych kosztów w całym zbiorze wskazanych w tabeli kategorii szpitali wyniósł 68,23%. Jednocześnie, z uwagi na brak rozdzielenia w sprawozdaniach MZ-BFA kosztów osobowych na kategorie personelu czy grupy zawodowe, nie ma możliwości oszacowania udziału kosztów osobowych odnoszących się wyłącznie do lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, pozostałego personelu medycznego.

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę szpitali według przedziałów udziału kosztów osobowych w kosztach całkowitych (bez leków stosowanych w programach lekowych i chemioterapii).

Przedział udziału kosztów osobowych w kosztach całkowitych (bez leków stosowanych w programach lekowych i chemioterapii)	Liczba podmiotów wg numeru REGON
poniżej 40%	6
(40-50%)	3
(50-60%)	51
(60-70%)	219
(70-80%)	221
(80-90%)	12
Suma końcowa	512

Z danych zawartych w tabeli AOTMiT wynika, że najwięcej szpitali w roku 2025 mieściło się w przedziale od 60% do 80% udziału kosztów osobowych w kosztach całkowitych (bez leków stosowanych w programach lekowych i chemioterapii).

Z analizy udziału kosztów osobowych w kosztach całkowitych (bez leków stosowanych w programach lekowych i chemioterapii), na podstawie danych ze sprawozdań MZ-BFA za rok 2025, wynika, że największa wartość tego wskaźnika wyniosła 84,89%.

Odnosząc się do kwestii związanej ze skutkami finansowymi 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. poz. 1352), dalej „ustawa o wynagrodzeniach”, należy poinformować, że wprowadziła ona zmianę w ustawie o świadczeniach, poprzez dodanie art. 31ha, określającego mechanizm dotyczący przygotowywania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawania, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, rekomendacji Prezesa AOTMiT w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń. Podstawowym założeniem realizacji przepisów ustawy o wynagrodzeniach, było ujęcie środków na wyższe wynagrodzenia w wycenie świadczeń medycznych, wprowadzając możliwość elastycznego dysponowania dostępnymi środkami przez zarządzających podmiotami leczniczymi.

Jednocześnie informuję, że w dniu 1 lipca 2026 r. Minister Zdrowia zatwierdziła do realizacji wariant nr 1 rekomendacji nr 84/2026 z dnia 9 czerwca 2026 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniający poziom inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, określenie współczynników dla wybranych JGP dotyczących kompleksowych świadczeń onkologicznych 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. Oznacza to kolejne środki, jakie zostaną zapewnione dla świadczeniodawców, w tym szpitali powiatowych.

Szczegóły zostały opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pod adresem:

<https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2026/1125-materialy-2026/9695-116-2026-zlc>.

Dodatkowe środki budżetu państwa, umożliwiające zwiększenie dotacji dla NFZ na 2026 r. do wysokości 33,6 mld zł, pozwoliły na zmianę planu finansowego NFZ z 22 lipca 2026 r. z przeznaczeniem na sfinansowanie skutków ww. rekomendacji w bieżącym roku –

zwiększenie kosztów realizacji zadań NFZ o blisko 3,3 mld zł, w tym ponad 3 mld zł stanowi wzrost nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, – z czego najwięcej, tj. 1,35 mld zł dotyczy zwiększenia nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.

Podkreślenia jednak wymaga, że pomimo nieustannie podejmowanych działań mających na celu zwiększenie środków w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia, które skutkują istotnym zwiększaniem nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, obecnie pokrywają one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r. Natomiast aktualnie największą część zidentyfikowanego zapotrzebowania na dodatkowe środki dla NFZ stanowią skutki realizacji ustawy o wynagrodzeniach. Tylko w 2025 r. skumulowany koszt rekomendacji AOTMiT, wyniósł ponad 58 mld zł, czyli 25% wszystkich środków, którymi dysponował NFZ.

Należy również nadmienić, że z uwagi na aktualną sytuację finansową Narodowego Funduszu Zdrowia, priorytetem dla Ministra Zdrowia obecnie jest wdrażanie konkretnych działań, mających na celu jej poprawę. Kwestia ta jest aktualnie szeroko dyskutowana oraz analizowana na wszystkich poziomach, zarówno w ramach rozmów z Ministrem Finansów i Gospodarki, przy stałej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jak i w ramach wspólnego dialogu, w tym m.in. w ramach prac Trójkątnej Grupy do Spraw Ochrony Zdrowia. Należy przy tym zaznaczyć, że priorytetem w podejmowanych działaniach oraz ostatecznie wdrażanych rozwiązaniach jest uwzględnienie konieczności zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz stabilności finansowej podmiotów leczniczych.

Jednocześnie mając na uwadze omawiane zagadnienie, uprzejmie informuję, że aktualnie podejmowanych jest szereg zmian legislacyjnych, mających m.in. na celu uporządkowanie zasad zatrudniania personelu medycznego oraz usprawnienie nadzoru nad wydatkowaniem środków publicznych.

W dniu 21 lipca 2026 r. w Dzienniku Ustaw opublikowano ustawę z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r., poz. 972), która umożliwia analizowanie danych dotyczących wynagrodzeń, czasu pracy i wieloletowości personelu medycznego na podstawie numeru PESEL lub numeru prawa wykonywania zawodu. Dzięki temu decyzje dotyczące finansowania ochrony zdrowia będą mogły być podejmowane w oparciu o rzeczywiste dane, a nie szacunki.

Ponadto, aktualnie Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace legislacyjne nad projektem ustawy regulującej zasady zatrudniania personelu medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych umowami z NFZ. W szczególności przewiduje się określenie

maksymalnego łącznego wymiaru czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców, który nie będzie mógł przekraczać równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika. Wprowadzone zostaną także szczególne wymogi w zakresie zatrudniania pracowników medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu AOS, przez świadczeniodawcę mającego zawartą umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Taki pracownik medyczny, co do zasady, będzie musiał być zatrudniony co najmniej w wymiarze połowy wymiaru czasu pracy albo jego równoważnika a jednocześnie jego zatrudnienie u innego świadczeniodawcy, również mającego umowę z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego, będzie obwarowane wymogiem uzyskania zgody pierwszego świadczeniodawcy. Ponadto w projekcie wprowadza się maksymalne stawki wynagrodzenia pracowników medycznych, zarówno w odniesieniu do stawki godzinowej jak i maksymalnego wynagrodzenia miesięcznego, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy/ równoważnik.

Jednocześnie projekt wprowadza również istotne zmiany w ustawie o działalności leczniczej, które wyeliminują zjawisko zatrudniania pracowników medycznych za pośrednictwem podmiotów trzecich (spółdzielni, spółek).

Projektowana ustawa wyposaża także NFZ w odpowiednie narzędzia kontrolne pozwalające na sprawowanie skutecznej kontroli nad przestrzeganiem powyższych wymagań. Celem powyższych rozwiązań legislacyjnych jest w szczególności zahamowanie spirali płacowej w ochronie zdrowia, a tym samym powstrzymanie zjawiska zadłużania się podmiotów leczniczych i rosnących deficytów w finansach NFZ, jak również poprawa jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów.

Kolejnym rozwiązaniem legislacyjnym aktualnie opracowywanym, jest wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązku przekazywania przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne godzinowych zestawień obecności osób udzielających tych świadczeń, wskazanych w harmonogramie, o którym mowa w § 6 rozporządzenia. Zestawienia będą przekazywane NFZ w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Spowoduje to zwiększenie przejrzystości procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, usprawnienie mechanizmów monitorowania i kontroli wykonywania umów przez NFZ oraz zwiększenie efektywności działań podejmowanych w celu weryfikacji zgodności realizacji świadczeń z obowiązującymi przepisami i warunkami umów. W celu wzmocnienia skuteczności realizacji nakładanego obowiązku przewiduje się możliwość nałożenia kary umownej w przypadku jego niewykonania.

Mając na uwadze powyższe, informuję, że wprowadzane rozwiązania zwiększą bezpieczeństwo pacjentów, wzmocnią transparentność i pozwolą jeszcze skuteczniej wykorzystywać publiczne środki przeznaczone na leczenie.

Jednocześnie informuję, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi dialog z partnerami społecznymi w sprawach dotyczących systemowego kształtowania wynagrodzeń przede wszystkim w ramach branżowego Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z udziałem przedstawicieli reprezentatywnych związków zawodowych zrzeszających wszystkie grupy zawodowe pracujące w podmiotach leczniczych i reprezentatywnych organizacji pracodawców. Zgodnie z przyjętymi wspólnie ustaleniami kwestie dotyczące systemowego kształtowania wynagrodzeń w podmiotach leczniczych i funkcjonowania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych są stałym punktem każdego posiedzenia Zespołu.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/