Ministerstwo Zdrowia chce przesunąć lipcowe podwyżki dla medyków na styczeń i zastąpić dotychczasowy wskaźnik waloryzacji – powiązany z przeciętnym wynagrodzeniem w gospodarce – znacznie niższym wskaźnikiem stosowanym dla budżetówki. W praktyce oznacza to zamrożenie płac w 2026 roku i radykalne spowolnienie ich wzrostu w kolejnych latach. Wiceprezes NFZ Jakub Szulc twierdzi, że realizacja ustawy podwyżkowej „konsumuje w 100 proc. dodatkowe środki uzyskane ze składki zdrowotnej". Ta teza to jednak tylko polityczna narracja – w rzeczywistości koszty podniesienia najniższych pensji w ochronie zdrowia mogłyby być istotnie niższe, ale kolejni ministrowie konsekwentnie zamiast realizować faktyczny cel ustawy wybierają źle rozumiany spokój społeczny.

Wprowadzenie

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych[1] – znowelizowana gruntownie w 2022 roku – wprowadziła mechanizm corocznej waloryzacji płac minimalnych w ochronie zdrowia. Co roku 1 lipca wynagrodzenia zasadnicze są przeliczane jako iloczyn współczynnika pracy przypisanego danej grupie zawodowej i przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej za rok poprzedni, ogłaszanego przez Prezesa GUS.

Ten mechanizm – choć przez środowisko medyczne traktowany jako fundamentalne osiągnięcie – stał się przedmiotem rosnącej krytyki ze strony obecnego rządu. Pod koniec 2025 roku wiceminister zdrowia Katarzyna Kęcka zapowiedziała nowelizację, która ma przenieść termin waloryzacji z lipca na styczeń oraz powiązać wzrost płac nie z dynamiką wynagrodzeń w całej gospodarce, lecz ze wskaźnikiem wzrostu w sferze budżetowej[2]. Uchwalona ustawa budżetowa na 2026 rok przewiduje zaledwie 3-procentowy wzrost płac budżetówki[3] – co przy prognozowanej inflacji oznacza de facto zamrożenie wynagrodzeń w ujęciu realnym.

Co więcej, samo przesunięcie terminu waloryzacji z lipca 2026 na styczeń 2027 oznacza, że w 2026 roku medycy nie otrzymają żadnej podwyżki. Według szacunków Dziennika Gazety Prawnej dałoby to budżetowi NFZ jednorazową oszczędność rzędu 6 mld zł[4]. Ministerstwo Zdrowia próbuje przedstawić tę operację jako „uporządkowanie" systemu, w którym budżety są przyjmowane na dany rok kalendarzowy. Jednak w rzeczywistości jest to cięcie realnych wynagrodzeń – uzasadniane twierdzeniem, że płace medyków są główną przyczyną problemów

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].

finansowych systemu ochrony zdrowia. Problem nie leży jednak w samej ustawie, lecz w sposobie jej wdrożenia: mechanizm, który miał podnosić najniższe pensje pracowników etatowych, w praktyce winduje wynagrodzenia wszystkich – w tym najlepiej zarabiających kontraktowców.

Co oznacza zmiana wskaźnika: trzy ścieżki wzrostu

Skala proponowanej zmiany staje się w pełni widoczna, gdy porównamy trzy wskaźniki od 2020 roku: przeciętne wynagrodzenie w gospodarce (obecny mechanizm waloryzacji), wskaźnik budżetówki (proponowany zamiennik) oraz skumulowaną inflację.

Od 2020 roku przeciętne wynagrodzenie w gospodarce wzrosło o ponad 72%, podczas gdy skumulowany wskaźnik budżetówki – nawet po 20-procentowej podwyżce w 2024 roku – wzrósł zaledwie o ok. 40%. Co więcej, w latach 2021–2022 płace w budżetówce były zamrożone na nominalnym poziomie z 2020 roku, gdy inflacja sięgała odpowiednio 5% i ponad 14% rocznie[5]. Powiązanie waloryzacji płac medyków z tym wskaźnikiem oznacza trwałe odstawanie od dynamiki wynagrodzeń w gospodarce, a w latach niskich podwyżek budżetowych – jak w 2026 roku – realny spadek siły nabywczej.

Ile faktycznie kosztują podwyżki?

Wiceprezes NFZ Jakub Szulc nie pozostawia wątpliwości: „Realizacja ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w niektórych zawodach medycznych konsumuje nam w 100 proc. dodatkowe środki uzyskane ze składki zdrowotnej”[6]. Plan finansowy NFZ na 2025 rok opiewa na ok. 198 mld zł, a sam koszt realizacji ustawy podwyżkowej w tym roku to 57,3 mld zł — jak przyznaje Szulc, „więcej niż jedna czwarta środków, które są w dyspozycji NFZ”. „Powoli zamieniamy się w największego pracodawcę na rynku” — podsumowuje wiceprezes. Dane przedstawione przez resort zdrowia w odpowiedzi na moją interpelację poselską potwierdzają tę skalę: w latach 2022–2024 na „podwyżki” wydano łącznie 79,5 mld zł, przy wzroście nakładów na zdrowie o ok. 70 mld zł[7]. Tyle że te liczby nie mówią tego, co rząd chce, żeby mówiły.

Jednak analiza dokumentów wskazuje jednoznacznie: kwota 79,5 mld zł nie odzwierciedla samego kosztu ustawowych podwyżek etatowych

wynagrodzeń zasadniczych. Obejmuje ona pełne koszty rekomendacji AOTMiT w wariantach wybranych przez MZ w sytuacji, w której Prezes AOTMiT co roku przygotowuje **kilka wariantów** sfinansowania zmian płacowych. Wariant pierwszy obejmuje wyłącznie pokrycie kosztów podwyżek pracowników na umowach o pracę – i jest najtańszy. Wariant drugi dodaje wzrost wynagrodzeń kontraktowców oraz korektę inflacyjną. Wariant trzeci – najdroższy – rozszerza dodatkowo wyceny oraz zwiększa liczbę punktów w priorytetowych.

Ministerstwo Zdrowia za każdym razem wybierało wariant najdroższy. Analiza czterech kolejnych rekomendacji AOTMiT[8] pozwala precyzyjnie zmierzyć skalę tego zjawiska:

- **2022 r.** (rek. 65/2022): wariant minimalny kosztował 12,91 mld zł – MZ wybrało wariant za 18,54 mld zł (nadwyżka: 5,63 mld zł)
- **2023 r.** (rek. 54/2023): wariant minimalny kosztował 6,91 mld zł – MZ wybrało wariant za 15,05 mld zł (nadwyżka: 8,14 mld zł)
- **2024 r.** (rek. 48/2024): wariant minimalny kosztował 7,55 mld zł – MZ wybrało wariant za 15,20 mld zł (nadwyżka: 7,65 mld zł)
- **2025 r.** (rek. 72/2025): wariant minimalny kosztował 9,18 mld zł – MZ wybrało wariant za 16,90 mld zł (nadwyżka: 7,72 mld zł)

Skumulowane koszty rekomendacji AOTMiT w latach 2022–2025 wyniosły 65,69 mld zł. Z tego same podwyżki etatowe (warianty minimalne) to 36,55 mld zł. Pozostałe 29,14 mld zł to decyzje rządu o dołożeniu środków na wyceny świadczeń, kontrakty B2B, korektę inflacyjną i wsparcie szpitali – przypisywane potem w całości ustawie podwyżkowej.

Innymi słowy – gdy rząd mówi, że podwyżki „konsumują w 100 proc.” nowe pieniądze na zdrowie, w rzeczywistości dolicza do rachunku koszty podniesienia wycen świadczeń, pokrycia inflacji, wsparcia szpitali powiatowych i finansowania kontraktów B2B. Równie dobrze można byłoby dołożyć do tego rachunku koszty zakupu tomografu, z którego korzystają objęci ustawą medycy.

Teza o tym, że podwyżki „konsumują w 100 proc.” wzrost nakładów, jest więc myląca. Sam koszt etatowych podwyżek wynikających z ustawy stanowi niewiele ponad połowę kwoty przytaczanej przez rząd. Reszta to decyzje polityczne o rozszerzeniu finansowania – słuszne lub nie, ale niebędące kosztem ustawy

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].

podwyżkowej.

Kontrakty B2B: jak pieniądze „na etaty” trafiają do kontraktowców

Ustawa podwyżkowa dotyczy wyłącznie pracowników zatrudnionych na umowę o pracę. Tymczasem, jak wynika z danych przedstawianych podczas prac Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, do lipcowej podwyżki w 2026 roku uprawnionych jest ok. 450 tys. pracowników na etatach. Jednocześnie na kontraktach B2B pracuje ok. 83 tys. lekarzy, w tym znaczna część specjalistów – dla porównania, na umowach o pracę zatrudnionych jest zaledwie ok. 25 tys. lekarzy specjalistów.

Jest jednak głębszy paradoks, który wynika ze sposobu wdrożenia ustawy. Ministerstwo Zdrowia zaakceptowało rekomendację AOTMiT, która kategorycznie odradza przekazywanie środków na podwyżki w postaci osobnych dotacji celowych oderwanych od realizacji świadczeń[9]. Agencja stoi na stanowisku, że wszystkie składniki kosztowe – w tym wynagrodzenia – muszą być odzwierciedlone w wartości samych świadczeń. W praktyce oznacza to, że pieniądze „na ustawę podwyżkową” trafiają do szpitali nie jako celowy dodatek do funduszu płac etatowców, lecz jako wzrost wycen punktów rozliczeniowych, ryczałtów PSZ, współczynników korygujących i cen minimalnych świadczeń.

Konsekwencja tego mechanizmu jest bardzo daleko idąca: **wyższe wyceny świadczeń podnoszą przychody szpitali jako całości, a te przychody finansują wszystkie formy zatrudnienia – w tym kontrakty B2B.** Lekarz na kontrakcie, który negocjuje swoją stawkę godzinową w warunkach deficytu kadr, jest bezpośrednim beneficjentem każdego wzrostu wycen. Pracownik etatowy otrzymuje wynagrodzenie zasadnicze wynikające z ustawowego minimum – kontraktowiec negocjuje stawkę rynkową, często jako procent od wartości wykonanych procedur. W warunkach permanentnego deficytu kadr i rosnących wycen świadczeń prowadzi to do sytuacji, w których wynagrodzenia kontraktowe przekraczają nawet 300 tysięcy złotych miesięcznie[10]. Źródłem tych „kominów” płacowych ustawa podwyżkowa jest jedynie pośrednio – wzrost najwyższych wynagrodzeń nie wynika bowiem bezpośrednio ze wzrostu minimalnego wynagrodzenia, a jedynie z przyjętego wariantu jej wdrożenia.

Dane o zarobkach potwierdzają: kontraktowcy nie potrzebują ustawowej

ochrony

Dane o zarobkach potwierdzają: kontraktowcy nie potrzebują ustawowej ochrony dane o wynagrodzeniach. Według danych pozyskanych w ramach kontroli poselskiej z AOTMiT[11], lekarze specjaliści pracujący na kontraktach zarabiają więcej niż ich odpowiednicy na umowach o pracę **w każdym decylu rozkładu wynagrodzeń** – od najniżej do najwyżej opłacanych.

Już w najsłabiej zarabiającej grupie (1. decyl) lekarz specjalista na kontrakcie otrzymuje średnio 11,7 tys. zł brutto w przeliczeniu na etat, wobec 10,2 tys. zł na umowie o pracę. W środku rozkładu (5. decyl) różnica sięga niemal 10 tys. zł miesięcznie: 25,8 tys. zł na kontrakcie wobec 15,9 tys. zł na etacie. **Najbardziej uderzająca jest jednak przepaść w górnych decylach – wśród 10% najlepiej zarabiających lekarzy specjalistów średnie wynagrodzenie na kontrakcie wynosi niemal 57,8 tys. zł brutto, podczas gdy na etacie – 38,5 tys. zł.** „Premia” za kontrakt w tej grupie to ponad 19 tys. zł miesięcznie.

Te dane obnażają fundamentalny absurd obecnego mechanizmu: pieniądze przeznaczone na realizację ustawy podwyżkowej – ustawy, która z definicji dotyczy wyłącznie pracowników etatowych – trafiają poprzez wzrost wycen świadczeń do lekarzy na kontraktach, którzy zarabiają od kilkudziesięciu procent więcej w medianie do wielokrotności w skrajnych przypadkach. Lekarz specjalista na B2B w medianie zarabia o 62% więcej niż etatowiec. W górnym decylu – o 50% więcej. Nie jest to grupa wymagająca ustawowej ochrony płacowej.

Co istotne, dysproporcja ta nie wynika z tego, że kontraktowcy pracują więcej godzin – dane są przeliczone na etat. Wynika ona z rynkowej siły negocjacyjnej lekarzy w warunkach permanentnego deficytu kadr, wzmocnionej dodatkowo przez sam mechanizm wdrażania ustawy podwyżkowej poprzez wzrost wycen świadczeń.

Skoro kontraktowcy przez ostatnie cztery lata w tak dużym stopniu skorzystali na wzrostach wycen finansowanych z rekomendacji AOTMiT, to tym bardziej w nadchodzących latach nie powinni być uwzględniani w mechanizmie ich finansowania. Każda złotówka skierowana na wzrost wycen świadczeń „pod kontrakty B2B” to złotówka odebrana etatowcom, dla których ustawa została napisana – lub złotówka doliczona do rachunku, którym rząd następnie uzasadnia zamrożenie płac.

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].

Ustawa miała chronić najsłabiej wynagradzanych pracowników na etatach. Mechanizm jej realizacji sprawił, że w większym stopniu skorzystali z niej ci, którzy ochrony nie potrzebowali – lekarze na kontraktach B2B. A teraz rząd, zamiast naprawić ten mechanizm, chce obciąć podwyżki wszystkim – uderzając przede wszystkim w tych, dla których ustawa została napisana.

Zmiana wskaźnika waloryzacji nie rozwiąże problemu kontraktów B2B. Wręcz przeciwnie – obniżenie atrakcyjności etatów sprawi, że jeszcze więcej lekarzy przejdzie na kontrakty. Rząd zamiast budować bodźce do zatrudniania na etatach, karze tych, którzy już na nich pracują.

Miliardy w ciemno: system nie wie, do kogo trafiają pieniądze

Paradoks kontraktów B2B jest tym bardziej uderzający, że sam AOTMiT – instytucja, która co roku rekomenduje sposób wydania kilkunastu miliardów złotych na wzrost wycen świadczeń – przyznaje, że nie dysponuje rzetelnymi danymi o realnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia. Wynika to wprost z odpowiedzi Prezesa AOTMiT na pytania skierowane w ramach kontroli poselskiej[12].

Jak informuje Prezes Agencji, w przypadku kontraktów B2B „stosowane są bardzo zróżnicowane formy wynagradzania, w tym za godzinę, za wykonaną procedurę, procent od »wypracowanej« liczby punktów z NFZ, za pozostawanie w gotowości, wynagrodzenie ryczałtowe, a także formy łączące w sobie różne powyższe elementy, dla których nie jest możliwe sprowadzenie do wymiaru etatu”. Wymiar zaangażowania poszczególnych osób w danym podmiocie – jak pisze Prezes – „może znacząco się różnić (od wykonania dwóch konsultacji w miesiącu po pełnienie 24-godzinnego dyżuru pod telefonem)”.

Co więcej, „ewidencja i rozliczenie tych umów w podmiocie leczniczym sprowadzają się najczęściej do zaksięgowania rachunku złożonego przez podwykonawcę” – nie istnieje prawny obowiązek ewidencjonowania czasu pracy kontraktowców. W formularzach sprawozdawczych służących zbieraniu danych o wynagrodzeniach podanie wymiaru zatrudnienia w ujęciu etatowym „nie jest obligatoryjne, świadczeniodawcy zaś najczęściej nie uzupełniają tych informacji”. Efekt? Sam AOTMiT przyznaje, że prowadzi to do „bardzo dużych rozbieżności, niewspółmierności i nieporównywalności względem siebie kwot wypłacanych podwykonawcom”.

Oznacza to, że system, który co roku rozdysponowuje kilkanaście

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].

miliardów złotych na wzrost wycen świadczeń, nie dysponuje szczegółowymi danymi — które można byłoby w stosunkowo prosty sposób pozyskać — pozwalającymi precyzyjnie ocenić, jaka część tych pieniędzy trafia do pracowników etatowych, a jaka do kontraktowców. Nie wiadomo, ile realnie zarabia dany lekarz specjalista, jeśli łączy pracę na kontraktach w kilku szpitalach jednocześnie – a Agencja sama zwraca uwagę na „możliwość wykonywania pracy przez danego pracownika w różnych podmiotach". System nie widzi kominów płacowych, bo nie ma narzędzi, żeby je zmierzyć.

To nie jest akademicki problem z jakością statystyk. To fundamentalny deficyt zarządczy. Rząd podejmuje decyzje o wydatkowaniu miliardów złotych – wybierając co roku najdroższy wariant rekomendacji AOTMiT – nie mając wiedzy o realnych skutkach tych decyzji. Nie wie, w jakim stopniu wzrost wycen świadczeń przekłada się na wzrost wynagrodzeń etatowych pracowników (co jest celem ustawy), a w jakim stopniu zasila wynagrodzenia kontraktowców (co celem ustawy nie jest). A następnie, nie dysponując konkretną wiedzą, rząd obwinia ustawę podwyżkową za całość narastających kosztów i proponuje zamrożenie płac tym, których ustawa miała chronić.

Rekomendacja

Zamiast ciąć wynagrodzenia etatowych pracowników ochrony zdrowia – a do tego sprowadza się propozycja Ministerstwa Zdrowia – rząd powinien podjąć działania, które faktycznie adresują przyczyny narastającej luki finansowej w NFZ.

Po pierwsze, przy kolejnych rekomendacjach AOTMiT rząd powinien uczciwie rozdzielić koszt samych podwyżek etatowych od kosztów podniesienia wycen świadczeń i wsparcia szpitali. Mieszanie tych pozycji w jednym rachunku i przypisywanie całości „ustawie podwyżkowej" jest intelektualnie nieuczciwe i szkodzi debacie publicznej.

Po drugie, konieczna jest zmiana mechanizmu wdrażania ustawy podwyżkowej. Należy odrzucić stanowisko AOTMiT, która optuje na rzecz wzrostu wycen, ponieważ prowadzi to de facto do finansowania kontraktów B2B w stopniu większym niż etatów. AOTMiT argumentuje, że wydzielanie osobnych strumieni finansowania utrudnia zarządzanie – ten argument traci jednak moc w sytuacji, gdy obecny mechanizm systematycznie kieruje środki przeznaczone na podwyżki etatowe do kontraktowców. Potrzebne są również przejrzyste widełki płacowe dla kontraktów finansowanych ze środków publicznych, które pozwolą ograniczyć presję kosztową

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].

bez demotywowania lekarzy do pracy na etatach.

Po trzecie, konieczne jest stworzenie w pełni elektronicznego systemu zawierania umów z personelem medycznym w podmiotach leczniczych finansowanych ze środków publicznych, z obowiązkiem udostępniania ich treści Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jak przyznaje Prezes AOTMiT, obecny system nie pozwala nawet na rzetelne porównanie wynagrodzeń etatowców i kontraktowców – ewidencja umów B2B sprowadza się najczęściej do zaksięgowania rachunku, a wymiar zaangażowania nie jest raportowany[13]. Bez pełnych danych o warunkach zatrudnienia Agencja nie jest w stanie rzetelnie modelować kosztów kolejnych rekomendacji ani oceniać, w jakim stopniu wzrost wycen świadczeń przekłada się na realizację celów ustawy podwyżkowej.

Po czwarte, podwyżki wynikające z ustawy powinny być wdrażane w sposób, który nie prowadzi do jednoczesnego wzrostu wynagrodzeń kontraktowców. Sam AOTMiT wskazuje, że w wielu wypadkach wartość punktu rozliczeniowego wpływa bezpośrednio na wysokość wynagrodzeń kontraktowych[14]. Skoro kontraktowcy przez ostatnie cztery lata w tak dużym stopniu skorzystali na wzrostach wycen, to w nadchodzących latach środki na realizację ustawy powinny trafiać do szpitali w formie celowego dodatku na fundusz płac pracowników etatowych – a nie jako ogólny wzrost wycen świadczeń, z którego korzystają wszyscy, niezależnie od formy zatrudnienia.

* * *

Debata o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia jest potrzebna i uzasadniona. Ale musi opierać się na rzetelnych danych, nie na manipulacji statystykami. Gdy rząd przedstawia koszty rekomendacji AOTMiT – w wariancie, który sam wybrał – jako dowód na nadmierne roszczenia medyków, mamy do czynienia nie z analizą, lecz z propagandą oszczędnościową. Z 65,69 mld zł wydanych na rekomendacje AOTMiT w latach 2022–2025, same podwyżki etatowe kosztowały 36,55 mld zł. Pozostałe 29,14 mld zł to nie „podwyżki dla medyków" – to decyzje rządu. Ustawa miała chronić pielęgniarki, ratowników, diagnostów i fizjoterapeutów na etatach. Mechanizm jej wdrożenia sprawił, że jej największymi beneficjentami są kontraktowcy i to ci, którzy zarabiają największe pieniądze. A teraz rząd chce zamrozić płace tym, dla których ta ustawa powstała – zamiast naprawić mechanizm, który sam wybrał.

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].

1. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. 2017 poz. 1473, z późn. zm.; tekst jednolity: Dz.U. 2022 poz. 2139). ↩
2. Zapowiedź wiceminister Katarzyny Kęckiej dotycząca zmiany wskaźnika waloryzacji i przesunięcia terminu na styczeń – por. „Waloryzacja w styczniu, nie w lipcu. Ministerstwo Zdrowia z nowym pomysłem na podwyżki", Dziennik Gazeta Prawna, 2025; „Podwyżki od stycznia zamiast od lipca? Wiceminister dla Rynku Zdrowia: budżet ma swoje granice", Rynek Zdrowia, 2025. ↩
3. Ustawa budżetowa na rok 2026 – średnioroczny wskaźnik wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej ustalony na 103,0%. ↩
4. „Ministerstwo Zdrowia szykuje wielkie oszczędności. W kasie ma pojawić się ponad 10 mld zł", Dziennik Gazeta Prawna, grudzień 2025. ↩
5. Wskaźniki wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej na podstawie ustaw budżetowych, średnioroczna inflacja CPI oraz dane o przeciętnym wynagrodzeniu – GUS. ↩
6. Wypowiedzi wiceprezesa NFZ Jakuba Szulca: „Ilu miliardów na zdrowie zabraknie? Wiceprezes NFZ podlicza", Money.pl, 2024; „Ile Narodowy Fundusz Zdrowia wyda na podwyżki?", Menedżer Zdrowia / Termedia, 2025. ↩
7. Odpowiedź podsekretarza stanu Jerzego Szafranowicza z dnia 18 października 2024 r. na interpelację poselską nr 4829 posła Janusza Cieszyńskiego w sprawie przeznaczenia środków pochodzących ze wzrostu nakładów na ochronę zdrowia (sygn. DLF.050.47.2024.KK). ↩
8. Obwieszczenia Prezesa AOTMiT – Rekomendacje nr 65/2022, 54/2023, 48/2024, 72/2025. Koszty przyrostowe z wyłączeniem leków w programach lekowych i substancji czynnych w chemioterapii. ↩
9. Stanowisko AOTMiT wyrażone w kolejnych rekomendacjach: Agencja kategorycznie odradza przekazywanie środków na podwyżki w postaci osobnych dotacji celowych oderwanych od realizacji świadczeń. Wskazuje jednocześnie, że wartość punktu rozliczeniowego wpływa bezpośrednio na wysokość wynagrodzeń kontraktowców w wielu podmiotach. ↩
10. Por. „Ponad 300 tys. zł miesięcznie dla lekarza w publicznym szpitalu", PulsHR.pl, 2024; „Milionerzy na kontraktach w szpitalach. Lekarze wskazują winnego", Money.pl, 2025. ↩
11. Odpowiedzi Prezesa AOTMiT na pytania skierowane w ramach kontroli

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].

poselskiej posła Janusza Cieszyńskiego – pisma z dnia 19 lipca 2024 r. i 5 sierpnia 2024 r. dotyczące danych o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia i umowach podwykonawstwa. ↩
12. Odpowiedzi Prezesa AOTMiT na pytania skierowane w ramach kontroli poselskiej posła Janusza Cieszyńskiego – pisma z dnia 19 lipca 2024 r. i 5 sierpnia 2024 r. Cytaty w tej sekcji pochodzą z ww. pism. ↩
13. Tamże – odpowiedzi Prezesa AOTMiT z dnia 19 lipca 2024 r. i 5 sierpnia 2024 r. ↩
14. Stanowisko AOTMiT wyrażone w rekomendacjach nr 65/2022, 54/2023, 48/2024 i 72/2025 – Agencja wskazuje, że wartość punktu rozliczeniowego wpływa bezpośrednio na wysokość wynagrodzeń kontraktowych. ↩

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].