



Minister Zdrowia

DLU.050.33.2025.MR
Warszawa, 30 września 2025

Pan Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Dotyczy: interpelacji nr 11215 z dnia 1 sierpnia 2025 r. Pana Posła Jarostawa Sachajko i Pani Posel Anny Gembickiej.

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 11215 z dnia 1 sierpnia 2025 r. Pana Posła Jarostawa Sachajko i Pani Posel Anny Gembickiej, w sprawie regulacji kontraktów lekarzy pracujących w wielu placówkach leczniczych i ich wpływu na finansowanie szpitali oraz na dostępność usług medycznych i sytuację w ochronie zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień, stanowiących odpowiedź na pytania postawione w ww. interpelacji:

Ad. 1-4. Analizy prowadzone obecnie w Ministerstwie Zdrowia w zakresie regulowanym przez ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów zakładów leczniczych prowadzonych przez świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia z zakresu **leczenia szpitalnego**. Celem opracowanych w ramach dialogu społecznego rozwiązań (zob. poniżej – odpowiedź na pytanie nr 5) jest określenie minimalnego progu zintegrowanej opieki medycznej świadczonej w ww. zakładach leczniczych przez osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej² (dalej także jako „medycy”).

Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami powołanymi do tego celu na bieżąco monitoruje proces udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzi prace służące usprawnieniu, podwyższeniu jakości oraz stopniowego poszerzaniu katalogu usług zdrowotnych świadczonych w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Problemem zidentyfikowanym przez resort zdrowia jest znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców, co w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w zakładzie leczniczym danego świadczeniodawcy. Regularna i znaczna w skali miesiąca lub tygodnia rotacja personelu medycznego (zwłaszcza lekarzy), wynikająca z polityki zatrudnienia medyków jedynie w wymiarze cząstkowych etatów (lub ich równoważników –

¹ Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.; dalej jako „u.ś.o.z.”.

² Dz.U. z 2025 r. poz. 450 ze zm.; dalej jako „u.d.l.”.

w przypadku umów innych o pracę), utrudnia, a czasami nawet wręcz uniemożliwia zachowanie ciągłości w realizacji procesu leczniczego niezbędnego dla konkretnego pacjenta. Często zmieniający się personel medyczny musi zapoznawać się z postępowaniem w procesie leczenia, w tym z udzielonym przez inne osoby świadczeniami opieki zdrowotnej, co w warunkach presji czasowej i obniżonej jakości sporządzania dokumentacji medycznej w danym zakładzie leczniczym, sprowadza na pacjentów zbędne ryzyko błędów medycznych.

Należy podkreślić, że powyższe analizy znajdują się na etapie wstępnym i opierają się na dialogu prowadzonym w ramach Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Całościowa ocena skutków projektowanych rozwiązań będzie przeprowadzona na późniejszym etapie prac, kiedy po uzyskaniu opinii partnerów dialogu społecznego (zob. poniżej – odpowiedź na pytanie nr 5), ukształtuje się postać ewentualnych zmian legislacyjnych. Wpływ opracowywanych rozwiązań jest trudny do określenia na obecnym etapie prowadzonych prac, należy jednak pamiętać, że potencjalne wdrożenie rozwiązań legislacyjnych ograniczających rozproszenie zatrudnieniowe medyków nastąpiłoby w warunkach funkcjonowania systemowych mechanizmów zabezpieczających wprowadzonych ustawą z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej³, która weszła w życie 17 września 2025 r. Przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia reforma szpitalnictwa przewiduje m.in. możliwość koncentracji świadczeń realizowanych w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej. Celem wprowadzonych ww. ustawą zmieniającą regulacji jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu lecznictwa szpitalnego, przede wszystkim przez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności oraz przez koncentrację świadczeń i profilowanie szpitali. Przewiduje się, że reforma przyniesie wzmocnienie systemu szpitalnego przez konsolidację zasobów oraz racjonalizację kosztów po stronie podmiotów leczniczych w sytuacji, gdy występuje nakładanie się lub nieefektywne rozproszenie potencjału zwłaszcza kadrowego w stosunku do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych na danym terenie.

Ponadto, przyjęte zmiany powinny przyczynić się do koncentracji świadczeń szpitalnych zabiegowych w ośrodkach dysponujących większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, a jednocześnie do lepszego wykorzystania ograniczonych zasobów, w tym przez zmniejszenie liczby szpitali utrzymujących stałą gotowość do udzielania świadczeń w trybie ostrym. Efektem wejścia w życie regulacji powinno być uwolnienie zasobów kadrowych, bowiem zmniejszona liczba oddziałów utrzymujących stałą gotowość wpłynie na ograniczenie potrzeb kadrowych. Powyższe odbywać się będzie zgodnie z interesem publicznym i jednocześnie zapewnić bezpieczeństwo z punktu widzenia pacjenta.

Jednocześnie informuję, że oddziały wojewódzkie wraz z Centralą Narodowego Funduszu Zdrowia aktywnie reagują w przypadku jakichkolwiek trudności z dostępem pacjentów do świadczeń zdrowotnych i jednocześnie wypracowują odpowiednie mechanizmy pozwalające na zapewnienie odpowiedniego finansowania świadczeń udzielanych na każdym etapie opieki medycznej.

Ad. 5. Opracowywane wstępnie rozwiązania były rozpatrywane na posiedzeniu Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia (dalej jako „TZdSOZ”), które rozpoczęło się w dniu 10 lipca br. i było kontynuowane w dniach 17 oraz 31 lipca 2025 r. O ewentualnych zmianach regulacji dotyczących kontraktów dyskutowano w dniach 17 i 31 lipca br. W skład TZdSOZ wchodzi przedstawiciele trzech reprezentatywnych central związkowych: Forum Związków Zawodowych, NSZZ „Solidarność” i Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, oraz sześciu reprezentatywnych organizacji pracodawców ochrony zdrowia: Federacji Przedsiębiorców Polskich, Konfederacji „Lewiatan”, Pracodawców

³ Dz.U. z 2025 r., poz. 1211; dalej jako „ustawa zmieniająca”.

Rzeczypospolitej Polskiej, Związku Pracodawców Business Centre Club, Związku Przedsiębiorców i Pracodawców oraz Związku Rzemiosła Polskiego.

Wyżej wskazane organizacje otrzymały na piśmie przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia propozycje rozwiązań zidentyfikowanego problemu. Obecnie Ministerstwo Zdrowia oczekuje przekazania przez partnerów społecznych stanowisk w odniesieniu do przedstawionych przez resort założeń i propozycji.

Ad. 6. Minister Zdrowia podejmuje liczne działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby **lekarzy** specjalistów posiadających kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej zarówno w specjalizacjach priorytetowych jak i nie priorytetowych; tj.:

- 1) na etapie kształcenia przeddyplomowego (studiów):
 - a) począwszy od 2016 r. Minister Zdrowia znacznie (niemal dwukrotnie) zwiększył limity przyjęć na kierunek lekarski, co z 7-letnim opóźnieniem powoduje proporcjonalne do tego zwiększenie liczby lekarzy wchodzących do zawodu; na przestrzeni kilku kolejnych lat liczba ta nie tylko zrównoważy liczbę lekarzy odchodzących z zawodu (głównie na emeryturę), ale także zapewni stały coroczny wzrost liczby lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców;
 - b) pod koniec 2021 r. wprowadzono wsparcie finansowe - kredyt dla osób podejmujących studia odpłatne na kierunku lekarskim prowadzonym w języku polskim;
- 2) na etapie szkolenia specjalizacyjnego:
 - a) wyodrębniono dziedziny najważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego kraju i ustanowiono dla nich specjalne zasady - główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest wyższe wynagrodzenie przysługujące lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach w trybie rezydenturki (finansowanym przez Ministra Zdrowia); zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje corocznie (od lipca) przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom w trybie specjalizacji rezydenturki, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydenturki w stosunku do pozostałych dziedzin;
 - b) w celu zachęcenia młodych lekarzy do pracy w polskich podmiotach leczniczych, finansowanych ze środków publicznych, po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, wprowadzono rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej); aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania - w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych - łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego;
 - c) wprowadzono możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności (tzw. Nabór Centralny).
 - d) dzięki ww. rozwiązaniu umożliwiono zakwalifikowanie się do odbywania pokrewnej specjalizacji w przypadku gdy lekarz nie zakwalifikuje się na preferowaną dziedzinę; zakłada się, że dzięki temu rozwiązaniu zostanie wykorzystana znacznie większa liczba miejsc w dziedzinach priorytetowych;

- 3) na etapie aktywności zawodowej (w okresie zatrudnienia):
- a) po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, umożliwiono otrzymanie wyższego wynagrodzenia zasadniczego o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej) - warunek: przepracowanie łącznie 2 lata w publicznym podmiocie leczniczym w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego;
 - b) przeprowadzono działania mające na celu poprawę atrakcyjności zawodów medycznych i warunków pracy pracowników medycznych dotyczące aktualizacji najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w Polsce.

Powyżej opisane działania, które prowadziło i prowadzi Ministerstwo Zdrowia, w zakresie zwiększenia liczebności personelu medycznego są działaniami skutecznymi, jednak osiągnięcie pełnych skutków tych działań wymaga czasu, ze względu na długotrwałość procesu kształcenia. O sukcesie tych działań świadczy wzrost liczby lekarzy i lekarzy dentyistów na przestrzeni lat.

Ministerstwo Zdrowia podejmuje także działania mające na celu zwiększenie liczby wykwalifikowanych **pielęgniarek** w systemie ochrony zdrowia oraz zachęcenie do podejmowania kształcenia przygotowującego do wykonywania tego zawodu. Wprowadzane rozwiązania systemowe mają na celu rozwój kompetencji i uprawnień zawodowych, niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z bieżącymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. W ramach Krajowego Planu Odbudowy realizowany jest „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026”, w ramach którego przyznano m.in. stypendia oraz bezzwrotne wsparcie w tym też dla studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.

Ponadto w ramach środków europejskich realizowane będzie wsparcie m.in. dla pielęgniarek i położnych w zakresie dofinansowania kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających – Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS). Umowa o wartości ponad 80 mln zł na dofinansowanie projektu na kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych została podpisana przez Minister Zdrowia oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Dotychczasowe działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz pielęgniarek mają pozytywny wpływ na zwiększenie zainteresowania podejmowaniem kształcenia w tym zawodzie, a tym samym sukcesywny wzrost liczby pielęgniarek zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia.

Ad. 7. W pierwszej kolejności należy zauważyć, że pytanie ma charakter sugerujący (imputuje określone twierdzenie), przy czym jego założenie nie odpowiada rzeczywistości. Zgodnie z ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁴ koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielania świadczeń. Przedmiotową koordynację zapewnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (dalej jako „POZ”) we współpracy z pielęgniarką podstawowej opieki i położną podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 września 2023 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu

⁴ Dz.U z 2025 r., poz. 515.

podstawowej opieki zdrowotnej⁵ świadczeń opieki koordynowanej z zakresu diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków; diagnostyka i leczenie stanów przedcukrzycowych, albo cukrzyca; diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc; diagnostyka i leczenie nadczynności tarczycy, diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyką guzków pojedynczych i mnogich tarczycy oraz diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek udziela zespół w skład którego wchodzi lekarz POZ, pielęgniarka POZ, koordynator i dietetyk.

Ponadto, zgodnie z przepisami rozporządzenia nowelizującego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej od 5 maja 2025 r., udostępniona została możliwość wykonywania bilansów zdrowia u osób powyżej 20 r.ż. W skład zespołu udzielającego przedmiotowych świadczeń wchodzi lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Wprowadzona zmiana spowodowała jednocześnie zwiększenie uprawnień dla pielęgniarek i położnych w zakresie zlecania badań diagnostycznych.

W świetle powyższego, teza postawiona w pytaniu Interpelantów, jakoby nie jest obecnie rozwijany model *team-based care* i *skill-mix* wraz ze zwiększaniem uprawnień dla pielęgniarek i koordynacją opieki przez lekarzy rodzinnych, nie jest prawdziwa.

Ad. 8. Ministerstwo Zdrowia działa w oparciu o przeprowadzone analizy i dane ujęte w mapach potrzeb zdrowotnych. Działania te mają charakter długofalowy – z przyczyn wskazanych w odpowiedzi na pytanie 6.

Ad. 9. Liczby miejsc na studiach lekarskich i pielęgniarskich w latach: 2015, 2023, 2024 i 2025 przedstawia się następująco:

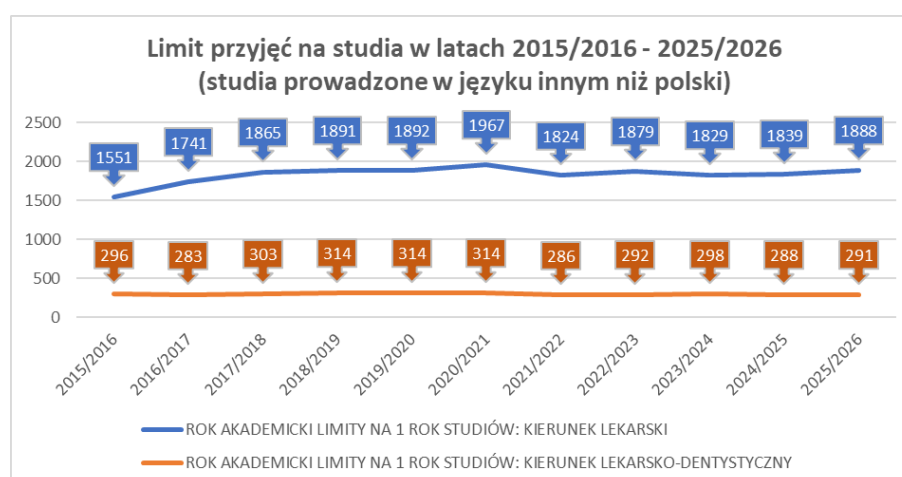
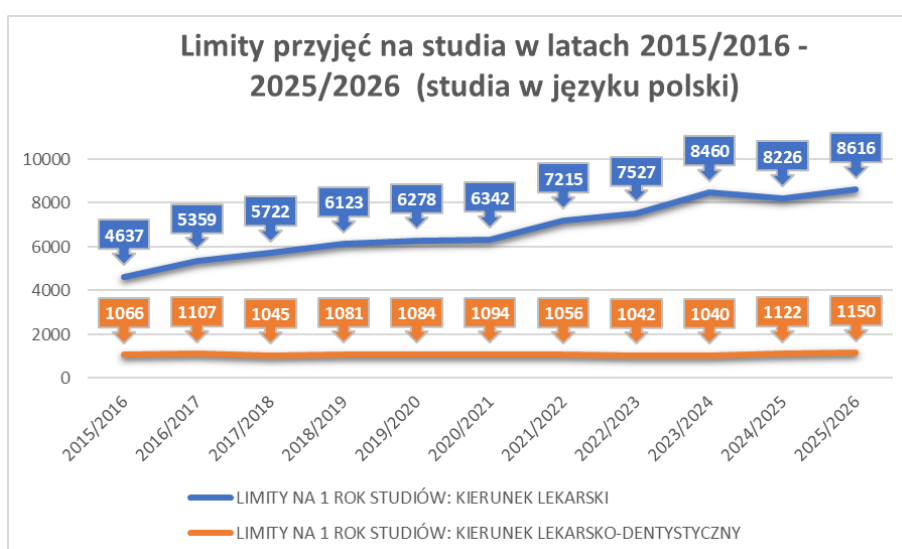
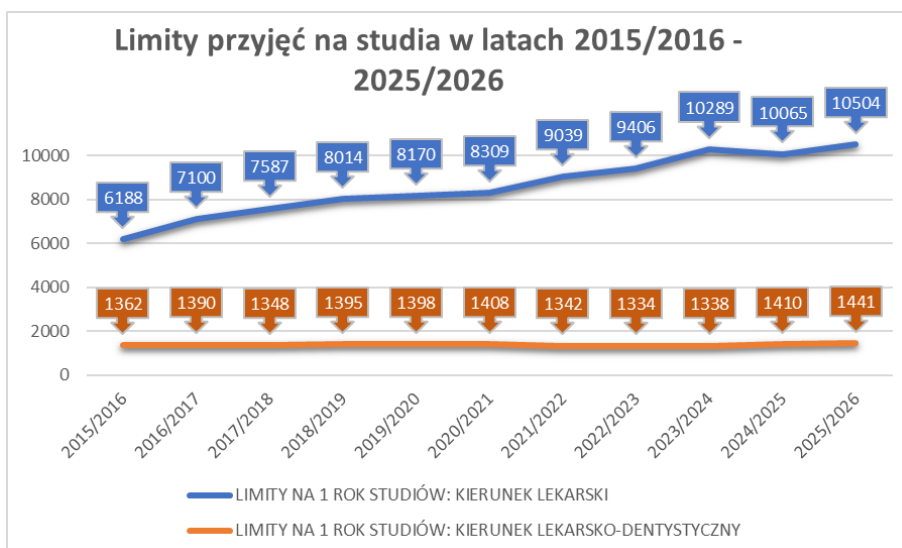
1) Kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny:

Liczba miejsc pokrywa się z liczbą studentów na poszczególnych latach. Poniższa tabela pokazuje liczbę studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w poszczególnych wyszczególnionych w pytaniu latach.

statystyka - liczba studentów na wszystkich latach na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym						
rok akademicki	kierunek lekarski			kierunek lekarsko-dentystyczny		
	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie niestacjonarnej w języku polskim	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż język polski	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie niestacjonarnej w języku polskim	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż język polski
2015/2016	17 970	4 067	7 705	3 561	1 006	904
2023/2024	29 112	6 285	6 704	3 832	1 019	784
2024/2025	30 424	6 604	6 349	3 829	979	722

Poniższe zaś wykresy przedstawiają limity przyjęć na 1 rok kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego.

⁵ Dz.U. z 2023 r., poz. 1427 ze zm.



2) Kierunek pielęgniarstwa:

Liczbę studentów I semestru na kierunku „pielęgniarstwo” na poszczególnych poziomach kształcenia w latach określonych w interpelacji przedstawia poniższa tabela (opracowanie przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie danych z Zintegrowanej Sieci Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym POL-on; stan na dzień 12 grudnia 2024 r.).

Rok akademicki	Pielęgniarstwo I stopień	Pielęgniarstwo II stopień
2015/2016	6281	3636
2023/2024	14421	9277
2024/2025	12290	8292

Od roku akademickiego 2012/2013 Minister Zdrowia nie określa limitów przyjęć na kierunkach „pielęgniarstwo” i „położnictwo”. Zgodnie z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce uczelnie mają prawo do określania liczby przyjmowanych osób na te kierunki.

Ad. 10. Liczba lekarzy pracujących ogółem w 2023 r. wyniosła 143,3 tys. osób, z czego ok. 134,1 tys. pracuje w podmiotach leczniczych, w tym w publicznym systemie ochrony zdrowia pracowało 124,7 tys. lekarzy. W 2019 r. według modelu popytowo-podażowego w sektorze prywatnym pracowało 98 tys. lekarzy (ok. 75% wszystkich lekarzy), przy czym należy pamiętać, że czas pracy lekarzy w sektorze prywatnym i publicznym nie jest tożsamy. Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje przy tym danymi dot. liczby lekarzy pracujących jedynie w publicznej oraz jedynie w prywatnej służbie zdrowia, jak też „łączących te dwa modele”. Należy przy tym zwrócić uwagę na pominięty przez Interpelantów fakt, że lekarz zatrudniony w podmiocie prywatnym może udzielać świadczeń w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach kontraktu zawartego przez jego pracodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z modelu popytowo-podażowego opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że w 2030 r. prognozowana liczba lekarzy pracujących ogółem w Polsce wyniesie 167 tys. osób. Zakładając, że udział lekarzy pracujących w publicznym sektorze ochrony zdrowia się nie zmieni oraz biorąc pod uwagę przewidywaną liczbę wszystkich lekarzy w 2030 r. prognozuje się, że liczba lekarzy w publicznym systemie ochrony zdrowia wyniesie ok. 145 tys. osób. Metodologia modelu bierze pod uwagę aspekty związane z odchodzeniem lekarzy na emeryturę, zmianami demograficznymi i epidemiologicznymi.

Zgodnie z danymi Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych prowadzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych liczba zatrudnionych pielęgniarek według stanu na dzień 31 grudnia 2024 r. wynosi 242 509 osób.

Jednocześnie informuję, że dane statystyczne dotyczące liczby lekarzy i lekarzy dentystów, jak również pielęgniarek i położnych, są powszechnie dostępne w Centralnym Rejestrze Lekarzy prowadzonym przez Naczelną Izbę Lekarską i Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych prowadzonym przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Dostęp do ww. rejestrów jest możliwy ze stron – odpowiednio – www.nil.org.pl i www.nipip.pl.

Ad. 11. Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje danymi, które obejmuje pytanie Interpelantów. Także zakres danych, którymi operuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej jako „AOTMiT” lub „Agencja”) nie pozwala na udzielenie odpowiedzi. Wynika to z ograniczeń, jakimi obarczone są gromadzone przez nią dane, tzn.:

- a) brak uprawnienia do przetwarzania numerów PESEL oraz numerów prawa wykonywania zawodu powoduje brak możliwości identyfikacji lekarzy pracujących w więcej niż jednym podmiocie, a nawet pracujących w tym samym podmiocie na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej,
- b) w przypadku umów cywilnoprawnych zastosowanie mają zróżnicowane formy rozliczeń, takie jak za godzinę, za zrealizowaną procedurę, ryczałt, procent od wyceny świadczenia albo od ceny jednostki rozliczeniowej, a także formy mieszane;

jednocześnie nie ma przepisów mówiących o obowiązku prowadzenia ewidencji przepracowanych godzin,

- c) zakres danych przekazywanych Agencji ma obejmować informacje wyłącznie w odniesieniu realizacji zadań finansowanych ze środków publicznych, jeżeli dana osoba realizuje również świadczenia komercyjne, takie informacje nie zostają przekazane.

Należy ponadto zauważyć, że liczba godzin pracy może być zróżnicowana pomiędzy lekarzami w zależności od miejsca pracy, posiadanej specjalizacji, a także w poszczególnych okresach, co wynika z różnej liczby godzin dyżurów (w przypadku umów o pracę) bądź zmiennej liczby usług świadczonych na podstawie umowy cywilnoprawnej w poszczególnych miesiącach.

Ad. 12. Według danych z Naczelnej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych liczba wyszczególnionych poniżej kadr medycznych na 100 000 mieszkańców wynosi:

Liczba personelu medycznego na 100 000 populacji					
Rok	Demografia w Polsce	Lekarze	Lekarze dentyści	Pielęgniarki	Położne
2015	38 437 000	341	92	575	67
2023	37 637 000	554	146	636	79
2024	37 500 000	418	110	647	82
lipiec 2025	37 490 000	418	110	645	81

Ad. 13. W poniższej tabeli AOTMiT zestawiała wysokość minimalnego wynagrodzenia zasadniczego lekarzy, zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych⁶. Agencja nie dysponuje danymi za rok 2015. Należy przy tym pamiętać, że wspomniane przepisy regulują wysokość wynagrodzeń wyłącznie w odniesieniu do umów o pracę. Dodatkowo, w przypadku braku jakichkolwiek dodatków do wynagrodzenia, kwota ta jest równoznaczna z wynagrodzeniem brutto.

Wysokość minimalnego wynagrodzenia zasadniczego zgodnie z ustawą o wynagrodzeniach	Od 1 lipca 2022	Od 1 lipca 2023	Od 1 lipca 2024	Od 1 lipca 2025
Lekarze				
grupa 1 - lekarz ze specjalizacją	8 211 zł	9 202 zł	10 375 zł	11 863 zł
grupa 3 - lekarz bez specjalizacji	6 738 zł	7 552 zł	8 515 zł	9 736 zł
Pielęgniarki				
grupa 2 - pielęgniarka z tytułem magistra i specjalizacją	7 305 zł	8 187 zł	9 231 zł	10 554 zł
grupa 5 - pielęgniarka z wyższym albo średnim wykształceniem i specjalizacją	5 776 zł	6 473 zł	7 299 zł	8 345 zł
grupa 6 - pielęgniarka ze średnim wykształceniem	5 323 zł	5 965 zł	6 726 zł	7 691 zł

⁶ Dz.U. z 2022 r., poz. 2139, dalej jako „ustawa o wynagrodzeniach”.

Ad. 14. W poniższej tabeli zamieszczono zebrane przez AOTMiT informacje o liczbie lekarzy i pielęgniarek, pozyskane z danych przekazanych przez szpitale należące do sieci podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej jako „PSZ”), zatrudnionych na umowie o pracę, dla których wykazano wynagrodzenie zasadnicze w wysokości niższej od wynikającej z ustawy o wynagrodzeniach, przy przeliczeniu na wymiar pełnego etatu. Dodatkowo, wskazano odsetek osób kwalifikujących się do zwiększenia wynagrodzenia, w ogólnej liczbie sprawozdanych lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych na umowę o pracę. Należy przy tym pamiętać, że minimalne wynagrodzenie zasadnicze wynikające z umowy o pracę w większości przypadków nie jest równoznaczne z całkowitym wynagrodzeniem brutto danego pracownika ani z całkowitym wynagrodzeniem ogólnie, w przypadkach dodatkowego posiadania innych form zatrudnienia.

Liczba lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych na umowę o pracę kwalifikujących się do zwiększenia minimalnego wynagrodzenia zasadniczego	Od 1 lipca 2023	Od 1 lipca 2024	Od 1 lipca 2025
Lekarze			
grupa 1 - lekarz ze specjalizacją	11 955	11 469	12 477
odsetek wszystkich lekarzy z grupy 1 zatrudnionych na umowę o pracę	70%	67%	65%
grupa 3 - lekarz bez specjalizacji	6 023	14 858	10 637
odsetek wszystkich lekarzy z grupy 3 zatrudnionych na umowę o pracę	59%	99%	54%
Pielęgniarki			
grupa 2 - pielęgniarka z tytułem magistra i specjalizacją	20 595	28 597	39 726
odsetek wszystkich pielęgniarek z grupy 2 zatrudnionych na umowę o pracę	97%	98%	98%
grupa 5 - pielęgniarka z wyższym albo średnim wykształceniem i specjalizacją	39 063	37 724	41 534
odsetek wszystkich pielęgniarek z grupy 5 zatrudnionych na umowę o pracę	91%	88%	90%
grupa 6 - pielęgniarka ze średnim wykształceniem	46 183	43 368	43 791
odsetek wszystkich pielęgniarek z grupy 6 zatrudnionych na umowę o pracę	95%	94%	94%

Ad. 15. W poniższej tabeli Agencja zestawiała wysokość minimalnego wynagrodzenia zasadniczego lekarzy i pielęgniarek, zgodnie z ustawą o wynagrodzeniach, a także mediany wynagrodzeń tych grup personelu. Agencja nie dysponuje danymi za rok 2015.

Wynagrodzenie brutto obejmuje: wynagrodzenie zasadnicze, dodatki - stażowy, funkcyjny, wyrównawcze i pozostałe, dodatki nocne i świąteczne, wynagrodzenie za dyżury medyczne (łącznie dni powszednie, niedziele, święta), dodatek za dyżur pod telefonem i za gotowość, nagrody pieniężne plus premie pozostałe, wynagrodzenie za nadgodziny, pozostałe koszty wynagrodzeń. Nie obejmuje natomiast składek oraz wpłat na PPK ponoszonych przez pracodawcę. W przypadkach, gdy dany pracownik nie otrzymuje żadnego z wymienionych dodatków, wynagrodzenie brutto jest równe wynagrodzeniu zasadniczemu.

Jednocześnie pragnę raz jeszcze zaznaczyć, że w przypadku umów zlecenia oraz umów o podwykonawstwo, 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. Ponadto należy mieć na względzie, że wymiar zaangażowania poszczególnych osób w danym podmiocie może znacząco się różnić (od wykonania dwóch konsultacji w miesiącu po pełnienie 24-godzinnego dyżuru pod telefonem). Dodatkowo, w przypadku umów o podwykonawstwo, ich ewidencja i rozliczenie w podmiocie leczniczym sprowadzają się najczęściej do zaksięgowania rachunku złożonego przez podwykonawcę, nie ma prawnego

obowiązku ewidencjonowania jego czasu pracy, zatem nie można też obowiązkowi takiego narzucić podwykonawcy.

W związku z powyższym, w formularzach służących przekazaniu danych o wynagrodzeniach do Agencji podanie wymiaru zatrudnienia w ujęciu etatowym nie było obligatoryjne, świadczeniodawcy zaś najczęściej nie uzupełniali tych informacji. Dodatkowo, od zbiorki danych za luty 2025 roku przeformułowany został zakres danych dotyczących umów podwykonawstwa tak, aby uprościć przekazanie danych w tym obszarze. Wszystko powyższe powoduje bardzo duże rozbieżności, niewspółmierność i nieporównywalność względem siebie oraz względem umów o pracę, kwot wypłacanych podwykonawcom. Z tego też powodu poniższe dane odnoszą się wyłącznie do umów o pracę. Wszystkie wynagrodzenia zostały przeliczone do wymiaru pełnego etatu.

Wysokość wynagrodzenia - w odniesieniu do pełnego etatu	Zbiorka za luty 2023	Zbiorka za luty 2024	Zbiorka za luty 2025
Lekarze			
grupa 1 - lekarz ze specjalizacją			
liczba przekazanych danych lekarzy na umowie o pracę	17 041	17 212	19 096
minimalne wynagrodzenie zasadnicze do 30 czerwca wskazanego roku, zgodnie z ustawą	8 211 zł	9 202 zł	10 375 zł
mediana wynagrodzenia brutto dla umowy o pracę	15 579 zł	17 649 zł	19 890 zł
grupa 3 - lekarz bez specjalizacji			
liczba przekazanych danych lekarzy na umowie o pracę	10 198	15 053	19 678
minimalne wynagrodzenie zasadnicze do 30 czerwca wskazanego roku, zgodnie z ustawą	6 738 zł	7 552 zł	8 515 zł
mediana wynagrodzenia brutto dla umowy o pracę	11 749 zł	13 904 zł	15 591 zł
Pielęgniarki			
grupa 2 - pielęgniarka z tytułem magistra i specjalizacją			
liczba przekazanych danych pielęgniarek na umowie o pracę	21 205	29 198	40 512
minimalne wynagrodzenie zasadnicze do 30 czerwca wskazanego roku, zgodnie z ustawą	7 305 zł	8 187 zł	9 231 zł
mediana wynagrodzenia brutto dla umowy o pracę	10 688 zł	11 977 zł	13 464 zł
grupa 5 - pielęgniarka z wyższym albo średnim wykształceniem i specjalizacją			
liczba przekazanych danych pielęgniarek na umowie o pracę	43 106	42 963	46 259
minimalne wynagrodzenie zasadnicze do 30 czerwca wskazanego roku, zgodnie z ustawą	5 776 zł	6 473 zł	7 299 zł
mediana wynagrodzenia brutto dla umowy o pracę	8 598 zł	9 664 zł	10 908 zł
grupa 6 - pielęgniarka ze średnim wykształceniem			
liczba przekazanych danych pielęgniarek na umowie o pracę	48 762	46 312	46 563
minimalne wynagrodzenie zasadnicze do 30 czerwca wskazanego roku, zgodnie z ustawą	5 323 zł	5 965 zł	6 726 zł
mediana wynagrodzenia brutto dla umowy o pracę	7 792 zł	8 732 zł	9 826 zł

Podsumowując, należy podkreślić (raz jeszcze), że:

- zaprezentowane powyższej dane zostały przekazane przez świadczeniodawców podczas zbiórek danych o wynagrodzeniach za luty w poszczególnych latach,

- uwzględniono wyłącznie dane przekazane przez szpitale zakwalifikowane do sieci PSZ,
- wartości minimalnego wynagrodzenia zasadniczego wskazane zostały zgodnie z ustawą o wynagrodzeniach i dotyczą wyłącznie zatrudnienia na umowie o pracę,
- dane, jakimi dysponuje Agencja, dotyczą pojedynczych pracowników w danej formie zatrudnienia i w danym podmiocie; nie ma zatem możliwości wskazania całkowitego wynagrodzenia danej osoby w przypadku pracy w więcej niż jednym podmiocie albo dodatkowo w innych formach zatrudnienia niż umowa o pracę,
- z uwag na duże rozbieżności, niewspółmierność i nieporównywalność umów cywilnoprawnych względem siebie oraz względem umów o pracę, dane ograniczono do osób zatrudnionych na umowę o pracę,
- wszystkie dane sprowadzone zostały do wymiaru pełnego etatu.

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