



Minister Zdrowia

PLPR.050.13.2026.PR
Warszawa, 17 marca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na zapytanie numer 3279 złożone 9 marca 2026 r. przez Panią Poseł Iwonę Krawczyk i grupę Posłów w sprawie minimalnych norm zatrudnienia farmaceutów w aptekach szpitalnych oraz działach farmacji szpitalnej, Minister Zdrowia przedstawia następujące stanowisko.

Wprowadzenie minimalnych norm zatrudnienia do ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750, z późn. zm.) w kwietniu 2021 r. miało swą podstawę we wnioskach z kontroli przeprowadzonych przez Naczelną Izbę Kontroli, z których wynikało, że jednym z zasadniczych powodów powstawania nieprawidłowości w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w zakresie farmakoterapii w podmiotach leczniczych była nienależyta, w tym niedostatecznie liczebna, obsada kadrowa, w szczególności obejmująca farmaceutów szpitalnych. Zmiana w powyższym zakresie miała przelożyć się na ogólną poprawę jakości świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych.

Ustalenie minimalnych norm zatrudnienia było bowiem jedną z rekomendacji NIK i musiało ono dojść do skutku po dwudziestu latach braku takich unormowań w analizowanej ustawie. Rozwiązanie to musiało zostać zaimplementowane niezależnie od oczywistych skutków finansowych.

Przy czym, na potrzeby przedmiotowej nowelizacji Minister Zdrowia nie analizował zagadnienia skutków finansowych zatrudnienia dodatkowych farmaceutów w podmiotach leczniczych posiadających w strukturze aptekę szpitalną albo dział farmacji szpitalnej, na tle całościowej sytuacji wszystkich podmiotów leczniczych, których obowiązek ten dotyczy.

W kwestii liczby podmiotów leczniczych, które są zobowiązane utrzymywania etatów farmaceutów z uwagi na omawiane normy zatrudnienia, należy mieć na uwadze, że dotyczy to przypadków, w których liczba farmaceutów ustanowionych w dziale farmacji szpitalnej

albo aptecę szpitalnej jest większa niż 1. Nikt bowiem nie ma wątpliwości, że w ww. komórkach organizacyjnych musi być ustanowiony farmaceuta będący kierownikiem tej komórki.

Przypadki, w których aktualizuje się obowiązek dodania kolejnego farmaceuty, odnoszą się do liczby łóżek począwszy od 100. Co do zasady w podmiotach leczniczych dysponujących 100 łózkami (albo więcej), tworzy się aptekę szpitalną. Aktualnie, zgodnie ze stosownym rejestrem, funkcjonuje ok. 290 aktywnych aptek szpitalnych.

W odniesieniu do pytania o możliwość bardziej elastycznego ukształtowania wymagań w zakresie omawianych minimalnych norm zatrudnienia należy wskazać, że aktualnie art. 87 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne stanowi, że:

1. Zapewnia się minimalną normę zatrudnienia w:

1) aptecę szpitalnej:

a) równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin kierownika tej apteki,
b) równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin co najmniej jednego farmaceuty na każde 100 łóżek lub stanowisk dializacyjnych zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zakładu leczniczego zaopatrywanego przez tę aptekę;

2) dziale farmacji szpitalnej:

a) równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin kierownika tego działu,
b) równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin co najmniej jednego farmaceuty w przypadku podmiotów posiadających co najmniej 100 łóżek lub stanowisk dializacyjnych zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zakładu leczniczego zaopatrywanego przez ten dział.

Tak przedstawiający się wymóg został już zliberalizowany w porównaniu do zapisu pierwotnie wprowadzonego we wspomnianym wyżej 2021 r. W listopadzie 2023 r. zaczęło obowiązywać obecne – wyżej cytowane rozwiązanie. Zmniejszenie wymagań nastąpiło w związku ze zgłaszanymi postulatami w tym zakresie. Dalsze rozluźnianie omawianych wymagań może ostatecznie prowadzić do sytuacji wyjściowej, która była kwestionowana przez Najwyższą Izbę Kontroli z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów.

Należy mieć na uwadze, że aktualnie wymóg ustanowienia każdego dodatkowego farmaceuty w aptecę szpitalnej ziszcza się w momencie osiągnięcia liczby łóżek na poziomie 100 (a także w każdym przypadku jego wielokrotności). Dotyczy to zatem każdych „skończonych” łóżek, a nie jak wcześniej – każdych rozpoczętych 100 łóżek. W gruncie więc rzeczy wcześniejsze rozwiązanie wymagało już „na starcie” ustanowienia dwóch albo więcej farmaceutów szpitalnych.

Zmniejszenie wymagań objęło również działy farmacji szpitalnej, gdyż w ich przypadku dodatkowy farmaceuta podlega włączaniu w momencie osiągnięcia liczby 100 łóżek (zasadniczo w podmiotach leczniczych posiadających od 100 łóżek tworzy się już apteki szpitalne, a nie działy farmacji), podczas gdy wcześniej był to wymóg odnoszący się do każdych rozpoczętych 50 łóżek.

Dodatkowo w 2023 r. wprowadzono możliwość wystąpienia do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o wrazenie zgody na nie uwzględnianie na potrzeby ww. przeliczników łóżek w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w niektórych wymienionych w art. 87a ust. 1a omawianej ustawy zakresach świadczeń opieki zdrowotnej, z którymi farmakoterapia wiąże się w ograniczonym stopniu (np. w rehabilitacji leczniczej, opiece paliatywnej i hospicyjnej, opiece długoterminowej, opiece psychiatrycznej i terapii uzależnień).

W ocenie Ministra Zdrowia wymagania, których dotyczy zapytanie, zostały już w zdecydowanym stopniu obniżone.

W odpowiedzi na pytanie o to, czy nie rozważa się umożliwienia modelu „współdzielonego” w świadczeniu usług farmaceuty w aptekach szpitalnych, Minister Zdrowia wskazuje, że jedną z przyczyn stanu, który doprowadził do konieczności wprowadzenia do porządku prawnego minimalnych norm zatrudnienia, było rozproszenie farmaceutów pomiędzy podmiotami leczniczymi. Dany farmaceuta obsługując kilka podmiotów leczniczych często w danej aptece szpitalnej przebywał krótkotrwale w danym dniu i w nieliczne dni tygodnia. Uznano to za stan niewystarczający. W związku z powyższym, Minister Zdrowia nie przewiduje powrotu do tamtego stanu rzeczy.

Minister Zdrowia nie przewiduje także w żadnym z opisanych wyżej zakresów działań legislacyjnych, w tym deregulacyjnych.

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