



SERIA: NOŚNOŚĆ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA · ARTYKUŁ 23

Zanim system się ugnie

Stabilność kadr jako wskaźnik nośności
ochrony zdrowia

Autor: Michał P. Dybowski

założyciel i współzarządzający Fundacją Healthcare Poland
architekt systemowy i twórca polityk zdrowotnych

· stan na 12 czerwca 2026 ·

Healthcare Poland Foundation

Zanim system się ugnie. Stabilność kadr jako wskaźnik nośności ochrony zdrowia

Autor: Michał P. Dybowski — założyciel i współzarządzający Fundacją Healthcare Poland; architekt systemowy i twórca polityk zdrowotnych. Fundacja Healthcare Poland tworzy ekosystem zdrowia transgranicznego (m.in. CM-KLARA, Poliversum, Global Healthcare Systems Hub, Just Council, CyberC4HE). · stan na 12 czerwca 2026

W inżynierii lądowej nośność konstrukcji ocenia się po jej najsłabszym elemencie. Most nie zawala się dlatego, że całość była źle policzona, lecz dlatego, że jedno przęsło, jeden węzeł, jedna spoina przestały przenosić obciążenie. W systemie ochrony zdrowia takim węzłem nośnym nie jest budynek, kontrakt ani serwer. Jest nim człowiek na dyżurze. Pierwszy tydzień czerwca 2026 roku przyniósł trzy wydarzenia, które — czytane razem — mówią o stanie tego węzła więcej niż niejedna strategia rządowa. Czwartego i piątego czerwca w Rydze ministrowie zdrowia państw Inicjatywy Małych Krajów WHO przyjęli Deklarację Ryską (Riga Outcome Statement), uznając wprost, że silne kadry medyczne są fundamentem bezpieczeństwa zdrowotnego, a Europie do 2030 roku zabraknie blisko miliona pracowników ochrony zdrowia. Ósmego czerwca polskie Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który ma zatrzymać młodych lekarzy w regionach dotkniętych największymi niedoborami — i który środowisko rezydentów nazwało „cyrografem na pięć lat”. Jedenastego czerwca opinia publiczna poznała rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie corocznych, lipcowych podwyżek dla medyków: około 9 miliardów złotych w skali roku, przy luce w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia szacowanej na około 16 miliardów złotych.

Trzy wydarzenia, trzy języki: język wartości i długofalowego planowania w Rydze, język administracyjnego przymusu w projekcie resortu, język księgowej rozpaczki w rekomendacji płacowej. Wszystkie trzy dotyczą tego samego pytania, którego w Polsce wciąż nie zadajemy systemowo: ile naprawdę wynosi nośność kadrowa naszego systemu ochrony zdrowia, kto ją mierzy, kto na podstawie tego pomiaru decyduje — i kto za jej utratę odpowiada.

Pomiar, którego nie prowadzimy

Zacznijmy od liczb, bo seria „Nośność systemu ochrony zdrowia” konsekwentnie trzyma się sekwencji pomiar → decyzja → wdrożenie → rozliczenie. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w Regionie Europejskim do 2030 roku zabraknie blisko miliona pracowników zdrowia — niedobór napędzany starzeniem się populacji, rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę, starzeniem się samych kadr oraz trudnościami w przyciąganiu i zatrzymywaniu lekarzy, pielęgniarek i pozostałych zawodów medycznych. Paradoks polega na tym, że Europa kształci dziś więcej lekarzy niż kiedykolwiek. Według danych Eurostatu przywołanych przez Euronews w 2023 roku dyplom lekarza uzyskało w Unii Europejskiej ponad 66 tysięcy osób, co odpowiada około piętnastu absolwentom na 100 tysięcy mieszkańców, a liczba absolwentów kierunków lekarskich wzrosła w ciągu dekady w niemal wszystkich państwach członkowskich. Mimo to niedobory się pogłębiają. Strumień na wejściu rośnie, a poziom wody w zbiorniku opada — co oznacza, że problemem nie jest dopływ, lecz odpływ. W języku nośności: nie pojemność projektowa, lecz utrata nośności eksploatacyjnej.

Dane o strukturze wieku potwierdzają tę diagnozę. W 2023 roku blisko jedna trzecia lekarzy w krajach Unii Europejskiej miała ponad 55 lat — to pokolenie,

które w ciągu dekady odejdzie z zawodu, a w wielu krajach tylko jego gotowość do pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego chroni systemy przed znacznie głębszym kryzysem. Jednocześnie zmienia się struktura specjalizacji: w krajach UE zaledwie około jeden na pięciu lekarzy jest lekarzem rodzinnym, a absolwenci — jak relacjonuje prezydent Europejskiej Unii Lekarzy Rodzinnych Tiago Villanueva — wybierają specjalizacje dające przewidywalny tryb życia, omijając medycynę rodzinną i dziedziny dyżurowe. System produkuje lekarzy, ale nie tam, gdzie pęka konstrukcja.

Polska wpisuje się w ten obraz z całą wyrazistością. Rządowy Barometr Zawodów na 2026 rok ponownie wskazuje lekarzy, pielęgniarki i położne wśród zawodów deficytowych. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w projekcie rozporządzenia z lutego 2026 roku wyodrębniło 329 zawodów deficytowych, w których cudzoziemcy mają otrzymywać priorytetowe rozpatrywanie wniosków wizowych i zezwoleń na pracę — na liście znaleźli się lekarze wielu specjalności, pielęgniarki, położne i personel opiekuńczy, a resort wprost przyznał w uzasadnieniu, że zapotrzebowanie na pracowników medycznych i opiekuńczych będzie rosło co najmniej do 2050 roku. To dokument o dużej wadze symbolicznej: państwo polskie formalnie uznało, że własnymi siłami demograficznymi nie odtworzy kadr medycznych i otwiera kanał importu kompetencji. Tym bardziej zdumiewa, że równolegle nie istnieje publicznie raportowany, jednolity wskaźnik stabilności kadrowej, który pozwalałby obywatelowi, dyrektorowi szpitala i ministrowi spojrzeć na tę samą liczbę i wyciągnąć wnioski.

A jest co mierzyć — także poza arytmetyką etatów. Najnowsze badanie WHO/Europe dotyczące zdrowia psychicznego pielęgniarek i lekarzy (MeND), największe tego typu w Europie, pokazuje, że poziomy depresji i lęku wśród lekarzy i pielęgniarek są pięciokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej, a średnio jedna trzecia z nich doświadczyła w miejscu pracy przemocy lub gróźb. To nie są dane z kategorii „dobrostan” — to dane o nośności. Wyczerpany, zastraszone lub wypalony zespół przenosi mniejsze obciążenie, popełnia więcej błędów i szybciej opuszcza konstrukcję. Dyrektor Regionalny WHO na Europę dr Hans Henri P. Kluge ujął to w Rydze zdaniem, które powinno wisieć nad biurkiem każdego decydenta: „Żadna kampania rekrutacyjna sama w sobie nie rozwiąże kryzysu zatrzymywania pracowników zdrowia”. Kraje, które zrozumieją to najwcześniej — dodał — będą miały najsilniejsze systemy zdrowia w nadchodzących latach.

Stabilność kadr jako wskaźnik, nie slogan

Czym właściwie miałby być wskaźnik stabilności kadrowej w logice nośności? Seria proponuje cztery dźwignie nośności systemu: przychód, efektywność, odporność i pojemność. Stabilność kadr jest dźwignią pojemności w najczystszej postaci — bo pojemność systemu zdrowia to nie liczba łóżek, lecz liczba bezpiecznie obsadzonych godzin pracy klinicznej, jaką system jest w stanie wystawić w danym tygodniu, w danym województwie, w danej dziedzinie. Łóżko bez zespołu jest meblem. Tomograf bez radiologa jest rzeźbą. Kontrakt z NFZ bez kadry jest obietnicą bez pokrycia.

Mierzalna stabilność kadrowa składa się z kilku warstw, z których każda jest dostępna dla rzetelnego pomiaru już dziś. Pierwsza to retencja: jaki odsetek

personelu pozostaje w danej placówce i w publicznym systemie rok do roku, ile trwa obsadzenie wakatu, jaki jest median wieku w poszczególnych dziedzinach i jak wygląda piramida wieku na tle krzywej odejść emerytalnych. Druga to rozkład terytorialny: różnice w dostępie do specjalistów między województwami bywają w Polsce ponad dwukrotne nawet w medycynie rodzinnej — co oznacza, że średnia krajowa jest statystycznym złudzeniem, a nośność systemu wyznacza najłabszy region, nie najmocniejszy. Trzecia to kondycja zespołów: wskaźniki absencji, rotacji na oddziałach dyżurowych, zgłoszeń zdarzeń niepożądanych związanych z przeciążeniem, wyniki cyklicznych, anonimowych badań klimatu bezpieczeństwa — dokładnie tych, które w lotnictwie od dziesięcioleci stanowią rutynę, a w polskich szpitalach wciąż są wyjątkiem. Czwarta wreszcie to zamiary: deklarowana skłonność do odejścia z zawodu lub wyjazdu, mierzona zanim stanie się faktem, bo exodus widać w danych ankietowych na dwa-trzy lata przed tym, jak zobaczy go kadrowa.

Tak rozumiany wskaźnik stabilności powinien być publikowany cyklicznie — per placówka, per powiat, per dziedzina — i powinien mieć właściciela. W logice pomiar → decyzja → wdrożenie → rozliczenie każda z faz wymaga adresata: pomiar prowadzi instytucja niezależna od bieżącej polityki (w Polsce naturalnym kandydatem są zasoby map potrzeb zdrowotnych i AOTMiT, których dane placowe z maja 2026 roku pokazały, że państwo potrafi zbierać precyzyjne dane o wynagrodzeniach — mediana pensji lekarza specjalisty na etacie to 23 660 zł brutto, na kontrakcie 25 595 zł); decyzję alokacyjną podejmuje płatnik i wojewoda na podstawie tych samych, jawnych liczb; wdrożenie należy do zarządów placówek; a rozliczenie — i tu jest sedno — musi obejmować także odpowiedzialność za utratę kadr. Dyrektor szpitala, z którego w ciągu dwóch lat

odeszła jedna trzecia pielęgniarek anestezjologicznych, powinien być z tego rozliczany tak samo poważnie, jak z wyniku finansowego. Dziś odejście trzydziestu pielęgniarek nie jest w Polsce zdarzeniem raportowalnym. Pęknięcie przeszła — jest.

Pieniądz konieczny, ale niewystarczający

Polska od lat odpowiada na kryzys kadrowy przede wszystkim pieniądzem — i trzeba uczciwie powiedzieć, że ta odpowiedź przyniosła wymierne skutki. Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych podnosi płace minimalne co roku 1 lipca, indeksując je do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. Od 1 lipca 2026 roku minimalne wynagrodzenie lekarza specjalisty na etacie wyniesie 12 910,16 zł brutto, magister pielęgniarstwa ze specjalizacją otrzyma co najmniej 11 485,59 zł, a wzrost płac w całym sektorze sięgnie 8,82 procent. AOTMiT rekomenduje wariant podwyżek kosztujący publicznego płatnika około 9 miliardów złotych rocznie — 4,5 miliarda w drugiej połowie 2026 roku. Zawody medyczne przestały być w Polsce nisko opłacane względem gospodarki; mediana wynagrodzeń lekarzy specjalistów kilkakrotnie przekracza przeciętne wynagrodzenie krajowe.

A jednak ten sam tydzień, w którym ogłoszono rekomendację płacową, przyniósł dane o 16-miliardowej luce w NFZ i pytanie bez odpowiedzi: skąd wziąć pieniądze na podwyżki, które ustawa gwarantuje niezależnie od stanu kasy płatnika. To jest klasyczny mechanizm utraty nośności finansowej, który opisywaliśmy w pierwszym artykule serii: zobowiązania sztywne rosną szybciej niż przychody, więc system finansuje płace kosztem dostępności świadczeń — czyli kosztem tego, po co płace w ogóle istnieją. Ale jest i drugi wniosek,

ważniejszy dla tego tekstu: skoro płace rosną dynamicznie od lat, a deficyt kadr, wypalenie i emigracja wewnętrzna (z systemu publicznego do prywatnego, z dziedzin dyżurowych do ambulatoryjnych) nie ustępują, to znaczy, że pieniądź przestał być wąskim gardłem retencji. Doświadczenie europejskie mówi to samo. Rumunia, która w 2012 roku traciła rocznie półtora tysiąca lekarzy na rzecz emigracji, ograniczyła ten odpływ do 461 osób w 2021 roku — i owszem, kluczowe były podwyżki, ale w pakiecie z poprawą warunków szkolenia i pracy. Łotwa, gospodarz spotkania w Rydze, przedstawiła strategię rozwoju kadr na lata 2025–2029, w której obok finansowania są planowanie rezydentur, wsparcie finansowe dla profesjonalistów pracujących poza dużymi miastami i ustawowe wzmocnienie roli pielęgniarek zaawansowanej praktyki. Minister zdrowia Łotwy Hossam Abu Meri podsumował to trzeźwo: kształcenie większej liczby lekarzy i pielęgniarek jest konieczne, ale to tylko część rozwiązania — trzeba jeszcze stworzyć warunki, w których pracownicy zdrowia mogą budować trwałe kariery i pozostać zmotywowani przez całe życie zawodowe.

Przymus jako fałszywa dźwignia

Na tym tle warto uważnie, bez taniej publicystyki, przeczytać czerwcowy projekt polskiego Ministerstwa Zdrowia. Problem, który resort próbuje rozwiązać, jest rzeczywisty i poważny: ponad dwukrotne różnice między województwami w dostępie do specjalistów oznaczają, że konstytucyjna równość dostępu do świadczeń jest w części kraju fikcją, a mapa potrzeb zdrowotnych rozjeżdża się z mapą rezydentur. Intencja wyrównania tej dysproporcji zasługuje na wsparcie. Wątpliwości budzi dobór narzędzia. Projekt przewiduje, że listę jednostek szkoleniowych ustalać będzie wojewoda według potrzeb kadrowych regionu, a

rezydent straci możliwość przeniesienia rezydentury między jednostkami — miejsce szkoleniowe pozostanie tam, gdzie zostało przyznane. Lekarz, który nie przyjmie przyznanego miejsca, może zostać wykluczony z dwóch kolejnych postępowań kwalifikacyjnych.

Porozumienie Rezydentów OZZL nazwało to rozwiązanie „cyrografem na pięć lat” i trudno tę metaforę zbyć wzruszeniem ramion, jeśli zestawimy ją z danymi, które ta sama organizacja publikuje o jakości szkolenia: według jej raportu aż 90 procent rezydentów psychiatrii ma dyżury zorganizowane niezgodnie z programem specjalizacji, ponad 80 procent ankietowanych nie czuje się bezpiecznie podczas dyżurów całodobowych, a co trzeci nie ma podczas dyżuru nawet telefonicznego kontaktu z doświadczonym specjalistą. Prezeska Fundacji Matki Lekarki Maria Kłosińska dodaje wymiar, który w debacie o kadrach bywa wstydliwie pomijany: ponad 63 procent lekarzy w wieku 26–40 lat to kobiety, więc każda regulacja utrudniająca godzenie specjalizacji z rodzicielstwem uderza przede wszystkim w nie — czyli w największą grupę wchodzącą właśnie do zawodu.

W kategoriach Just Culture — sprawiedliwej kultury organizacyjnej, która jest osią wartości tej serii — projekt popełnia błąd fundamentalny: przenosi koszt naprawy systemu na jego najsłabsze ogniwo, nie naprawiając mechanizmów nadzoru. Jeżeli placówka źle szkoli, toleruje mobbing lub łamie program specjalizacji, to sprawiedliwa odpowiedź systemowa polega na egzekwowaniu odpowiedzialności wobec placówki — odbieraniu akredytacji szkoleniowej, uzależnianiu finansowania od wyników audytu warunków pracy — a nie na zamykaniu rezydentowi drogi ewakuacji. Przywiązanie młodego lekarza do

jednostki, wobec której nadzór jest nieskuteczny, nie zwiększa nośności systemu w regionie; zwiększa jedynie ciśnienie w najśłabszym punkcie konstrukcji. Inżynier, który tak „wzmacnia” most, traci uprawnienia. Co więcej, rachunek behawioralny jest łatwy do przewidzenia i środowisko formułuje go otwarcie: skoro przyjęcie miejsca szkoleniowego stanie się nieodwracalne, kandydaci będą wybierać ostrożniej — czyli omijać szerokim łukiem regiony i szpitale o złej reputacji, dokładnie te, którym reforma miała pomóc. Przymus administracyjny w systemach opartych na ludziach wykwalifikowanych i mobilnych nie zatrzymuje odpływu; zmienia tylko jego kierunek, często na emigrację zewnętrzną, wobec której wojewoda jest bezradny. Retencja jest pochodną warunków, nie zakazów. To nie jest teza ideologiczna, lecz empiryczna — potwierdzona rumuńskim i łotewskim doświadczeniem oraz wprost wyrażona w Deklaracji Ryskiej, w której państwa zobowiązują się rozwiązywać problem mobilności pracowników zdrowia „poprzez współpracę i zrównoważone podejścia”, a nie przez ograniczanie wolności wykonywania zawodu.

Tarcza dla obywateli: dlaczego pacjent powinien się tym przejmować

Debata kadrowa bywa przedstawiana jako spór branżowy o pieniądze i przywileje. To optyka fałszywa i szkodliwa. Stabilność kadr jest tarczą dla obywateli w sensie najzupełniej dosłownym: zespół, który pracuje razem długo, zna swoje procedury, swój sprzęt i swoje słabości, popełnia mniej błędów; oddział, na którym dyżur obsadza wypożyczony z agencji lekarz widzący szpital pierwszy raz w życiu, jest statystycznie groźniejszym miejscem dla pacjenta przy identycznym wyposażeniu i identycznym kontrakcie. Kiedy badanie MeND raportuje pięciokrotnie podwyższone poziomy depresji i lęku wśród personelu,

to nie jest komunikat o samopoczuciu lekarzy — to komunikat o ryzyku klinicznym, na które eksponowany jest każdy z nas. Komisarz UE ds. zdrowia Olivér Várhelyi powiedział w Rydze, że bezpieczny i odporny system zdrowia zaczyna się od ludzi, którzy dzień w dzień opiekują się pacjentami. Obywatel ma prawo wiedzieć, jaka jest stabilność kadrowa szpitala, w którym będzie rodzić jego żona i operowany będzie jego ojciec — tak samo, jak ma prawo znać wyniki kontroli sanitarnej restauracji. Jawny wskaźnik stabilności kadr to nie biurokratyczny gadżet, lecz element prawa do informacji o bezpieczeństwie.

Jest i druga strona tej tarczy: bezpieczeństwo państwa. Deklaracja Ryska wprost łączy kadry medyczne z przygotowaniem na pandemię, zmianę klimatu, niestabilność geopolityczną, ryzyka cybernetyczne i zakłócenia łańcuchów dostaw. W kraju frontowym NATO, jakim jest Polska, rezerwa kadrowa systemu zdrowia jest komponentem odporności obronnej tak samo realnym jak zapasy krwi i amunicji. System, który w czasie pokoju jedzie na oparach — latając dyżury nadgodzinami i kontraktami emerytów — nie ma żadnej rezerwy na zdarzenie masowe. O tym wymiarze nośności będzie mowa w dalszych artykułach serii poświęconych zdolnościom dual-use; tu wystarczy odnotować, że stabilność kadr to wskaźnik podwójnego zastosowania.

Co świat oferuje Polsce — i co Polska może zaoferować światu

Perspektywa serii jest zawsze dwustronna. Co zatem najlepsze praktyki świata oferują Polsce? Po pierwsze metodę: Deklaracja Ryska zobowiązuje sygnatariuszy do wzmocnienia zarządzania kadrami i planowania długoterminowego, lepszego wykorzystania danych do przewidywania potrzeb,

adaptacji kształcenia do zmieniających się potrzeb zdrowotnych, poprawy warunków pracy i rozwoju kariery, ochrony zdrowia psychicznego profesjonalistów oraz odpowiedzialnego zarządzania mobilnością. To gotowa rama dla polskiej strategii kadrowej — wystarczy ją przyjąć i, co trudniejsze, oprzyrządzić wskaźnikami i kalendarzem rozliczeń. Po drugie laboratorium: małe kraje Inicjatywy SCI, od Islandii po Maltę, testują rozwiązania — zaawansowaną praktykę pielęgniarstwa, zachęty dla pracy poza metropoliami, planowanie rezydentur pod mapę potrzeb — w skali, w której efekty widać szybko. Polska, z dwudziestoma kilkoma milionami pacjentów w systemie publicznym, może te przetestowane rozwiązania skalować, zamiast eksperymentować na żywym organizmie własnymi, nieprzetestowanymi narzędziami przymusu. Po trzecie ostrzeżenie: wschodnia i południowa Europa od dwóch dekad zasila kadrowo północ i zachód kontynentu. Polska była i bywa dawcą; wraz z rosnącą zamożnością staje się też biorcą — m.in. dla lekarzy i pielęgniarek zza wschodniej granicy. Lutowe rozporządzenie o zawodach deficytowych włącza nas formalnie do globalnej konkurencji o personel medyczny i nakłada obowiązek prowadzenia tej rekrutacji etycznie, zgodnie z kodeksem WHO, tak byśmy nie drenowali systemów słabszych od naszego — czego sami przez lata byliśmy ofiarą.

A co Polska może zaoferować światu? Więcej, niż podpowiada narodowy odruch samokrytyki. Mamy jeden z najmłodszych zasobów absolwentów kierunków medycznych w regionie i rosnącą bazę dydaktyczną. Mamy — czego dowodzą dane AOTMiT — system płac minimalnych w ochronie zdrowia indeksowany ustawowo do wzrostu gospodarczego: rozwiązanie, które przy wszystkich swoich napięciach fiskalnych jest studiowane jako jeden z najdalej idących

mechanizmów antydumpingowych w Europie. Mamy wreszcie infrastrukturę federacyjną środowiska szpitalnego, w której wykuwa się praktyka zarządzania kadrami: Polska Federacja Szpitali, zrzeszająca pracodawców szpitalnych wszystkich form własności, prowadzi w ramach kompetencji Government & Public Affairs systematyczny dialog regulacyjny — od opiniowania projektów ustaw kadrowych po transfer standardów Europejskiej Federacji Szpitali HOPE i Międzynarodowej Federacji Szpitali IHF do polskiej praktyki zarządczej. Fundacja Healthcare Poland, współpracująca z PFSz w ramach swojego ekosystemu, traktuje stabilność kadr jako jeden z fundamentów projektowanych wskaźników nośności systemu: bez wiarygodnego pomiaru retencji, struktury wieku i kondycji zespołów żadna debata o finansowaniu, cyfryzacji czy odporności nie ma podstawy faktograficznej. To jest dokładnie ten typ pracy — żmudnej, pomiarowej, niefotogenicznej — którego polski system potrzebuje bardziej niż kolejnej rewolucji legislacyjnej: zbudowania tablicy wskaźników, na którą minister, wojewoda, dyrektor i obywatel patrzą razem, widząc te same liczby i te same trendy.

Rozliczenie: kto odpowiada za utracone ręce

Na koniec sekwencji pomiar → decyzja → wdrożenie → rozliczenie musi paść pytanie o odpowiedzialność — zadane w duchu Just Culture, a więc bez polowania na winnych, lecz z twardym oczekiwaniem rozliczalności ról. Za pomiar stabilności kadrowej powinno odpowiadać państwo — i dziś ta odpowiedzialność jest rozproszona między rejestry izb zawodowych, sprawozdawczość NFZ, mapy potrzeb zdrowotnych i badania ankietowe organizacji zawodowych, których nikt nie składa w jeden obraz. Za decyzje

alokacyjne — minister i wojewodowie, którzy powinni je podejmować na podstawie jawnych wskaźników, nie intuicji. Za wdrożenie warunków pracy, które zatrzymują ludzi — zarządy placówek, rozliczane z retencji tak samo jak z bilansu. Za rozliczenie całości — parlament i opinia publiczna, którym należy się coroczny, publiczny raport o stabilności kadr ochrony zdrowia, tak jak należy im się raport o stanie finansów państwa. Deklaracja Ryska dowodzi, że można to zorganizować na poziomie międzyrządowym; polskie dane AOTMiT dowodzą, że potrafimy mierzyć precyzyjnie, gdy chcemy; protest rezydentów dowodzi, że młode pokolenie lekarzy nie odejdzie od stołu, przy którym traktuje się je po partnersku — ale nie da się przykuć do stołu, przy którym się je lekceważy.

Nośność systemu ochrony zdrowia mierzy się jego najstabszym dyżurem. Wszystko inne — kontrakty, ustawy, strategie, miliardy — jest tylko obciążeniem, które ten dyżur musi przenieść. Polityka, która chce być poważna, zaczyna od policzenia ludzi, zanim policzy pieniądze; od zapytania ich, dlaczego odchodzą, zanim zakaże im odejść; i od wzięcia odpowiedzialności za warunki, zanim zażąda lojalności. Tak buduje się konstrukcje, które nie pękają. I tak buduje się tarczę, która naprawdę chroni obywateli.

Przypisy i źródła

1. WHO Regional Office for Europe, „European Region's smallest countries lead with commitment to stronger, more sustainable health workforce”, 9 czerwca 2026 — komunikat o przyjęciu Riga Outcome Statement na 12. spotkaniu wysokiego szczebla Small Countries Initiative (Ryga, 4–5 czerwca 2026); dane o niedoborze ok. 1 mln pracowników zdrowia do 2030 r., wynikach badania MeND (poziomy depresji i lęku 5× wyższe niż w populacji ogólnej; średnio 1/3 lekarzy i pielęgniarek doświadczyła przemocy lub gróźb w pracy), cytaty H. Kluge, O. Várhelyiego i H. Abu Meriego, strategia kadrowa Łotwy 2025–2029. <https://www.who.int/europe/news/item/09-06-2026-european-region-s-smallest-countries-lead-with-commitment-to-stronger--more-sustainable-health-workforce> (dostęp: 12 czerwca 2026).
2. Euronews Health, „Europe is training more doctors than ever — yet patients struggle to access one”, 31 grudnia 2025 — dane Eurostat o 66 tys. absolwentów medycyny w UE w 2023 r. (ok. 15/100 tys. mieszkańców), prognoza WHO o brakach 950 tys. pracowników do 2030 r., dane OECD o

ok. 1/3 lekarzy w UE w wieku 55+, udział lekarzy rodzinnych ok. 1/5, przypadek Rumunii (spadek emigracji lekarzy z ok. 1500 w 2012 r. do 461 w 2021 r.), wypowiedzi T. Villanuevy. <https://www.euronews.com/health/2025/12/31/europe-is-training-more-doctors-than-ever-yet-patients-struggle-to-access-one> (dostęp: 12 czerwca 2026). 3. Rynek Zdrowia (B. Pieniążek-Osińska), „Nowe przywileje dla cudzoziemców. Tak chcą ratować ochronę zdrowia”, 3 lutego 2026 — projekt rozporządzenia MRPiPS w sprawie wykazu zawodów deficytowych (329 zawodów, w tym lekarze, pielęgniarki, położne, personel opiekuńczy), priorytetowe wizy i zezwolenia na pracę, uzasadnienie resortu o wzroście potrzeb kadrowych co najmniej do 2050 r. <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Cudzoziemcy-z-tymi-zawodami-z-pierwszenstwem-po-wizy-i-zezwozenia-na-prace-Na-liscie-piellegniarki-i-lekarze,280662,1.html> (dostęp: 12 czerwca 2026). 4. Rynek Zdrowia (M. Chruścińska-Dragan), „Lekarze kontra reforma Ministerstwa Zdrowia. «To będzie cyrograf na pięć lat»”, 11 czerwca 2026 — projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 8 czerwca 2026 r. (kierowanie rezydentur wg potrzeb regionów, zakaz przenoszenia rezydentury, rola wojewody, wykluczenie z dwóch postępowań), stanowiska S. Goncerza (Porozumienie Rezydentów OZZL) i M. Kłosińskiej (Fundacja Matki Lekarki), dane o 63% kobiet wśród lekarzy 26–40 lat, raport o nieprawidłowościach szkoleniowych w psychiatrii (90% dyżurów niezgodnych z programem, ponad 80% rezydentów bez poczucia bezpieczeństwa na dyżurach). <https://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Lekarze-kontra-reforma-Ministerstwa-Zdrowia-To-bedzie-cyrograf-na-piec-lat,285341,2.html> (dostęp: 12 czerwca 2026). 5. Rynek Zdrowia (A. Szczepańska, E. Grzela), „9 mld zł na podwyżki dla medyków. Zapłaci Narodowy Fundusz Zdrowia”, 11 czerwca 2026 — rekomendacja AOTMiT (ok. 9 mld zł rocznie, 4,5 mld zł na II półrocze 2026), luka w budżecie NFZ ok. 16 mld zł, wzrost płac o 8,82%, minimalne wynagrodzenia od 1 lipca 2026 (lekarz specjalista 12 910,16 zł, pielęgniarka gr. 2 — 11 485,59 zł), mediany wynagrodzeń lekarzy specjalistów (etat 23 660 zł, kontrakt 25 595 zł), przeciętne wynagrodzenie GUS za 2025 r. 8 903,56 zł. <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/9-mld-zl-na-podwyzki-dla-medykow-Zaplaci-Narodowy-Fundusz-Zdrowia,285313,1.html> (dostęp: 12 czerwca 2026).