

Prawie czterech na pięciu dyrektorów badanych szpitali uznaje problemy z zatrudnieniem lekarzy za poważne lub bardzo poważne. W ponad jednej trzeciej badanych placówek braki specjalistów wymusiły w ostatnich dwóch latach zmiany w kontraktach z NFZ. Raport Think Tanku SGH dla Ochrony Zdrowia pokazuje, dlaczego rosnąca liczba lekarzy i wyższe wynagrodzenia nie zapewniają proporcjonalnej poprawy dostępności świadczeń. Autorzy wskazują też, co można zmienić już w najbliższych miesiącach.

Wakaty w szpitalach mają konsekwencje daleko wykraczające poza kłopoty z ułożeniem grafiku. Oznaczają dostępność świadczeń, obniżają przychody placówek i przesuwają pacjentów do innych ośrodków, co z kolei sprzyja dalszemu odpływowi kadry. Publikacja „Braki kadry lekarskiej – strategia działań w różnych horyzontach czasowych” z 2026 roku opisuje mechanizmy, które utrwalają ten problem. Raport powstał pod redakcją dr hab. Moniki Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH, przy współpracy m.in. z Fundacją Zdrowie i Rozwój.

Badanie przeprowadzono od 4 lutego do 20 marca 2026 roku. Odpowiedzi udzieliło 181 placówek ze wszystkich województw. Aż 79 proc. respondentów oceniło trudności z zatrudnieniem lekarzy jako poważne lub bardzo poważne, a 89 proc. dostrzegło zagrożenie związane z zastępowaniem odchodzących lekarzy przez młodsze pokolenie. W 176 podmiotach, których dane wykorzystano do podsumowania wakatów, zgłoszono ponad 2,1 tys. nieobsadzonych stanowisk specjalistów.

Braki dotyczą przede wszystkim dziedzin, na których opiera się codzienna praca szpitala. Niedobór internistów wskazało 62 proc. badanych placówek. Kolejne miejsca zajęły anestezjologia, chirurgia ogólna i radiologia. Bez odpowiedniej obsady w tych obszarach trudniej zapewnić zarówno leczenie planowe, jak i pomoc w stanach zagrożenia życia.

Skutki są już widoczne w zakresie oferowanej opieki. W ciągu dwóch lat poprzedzających badanie brak specjalistów wymusił zmiany w kontrakcie z NFZ lub innym płatnikiem w 37 proc. ankietowanych podmiotów. „Brak lekarzy dotyka pacjentów – to ograniczanie świadczeń, odkładanie zabiegów, opóźnienia w diagnostyce” – mówi prof. Monika Raulinajtys-Grzybek w omówieniu raportu opublikowanym przez Gazetę SGH.

Osobna analiza terminów leczenia, zebranych w grudniu 2025 i styczniu 2026 roku, pokazuje znaczne różnice między lokalizacjami. Objęła 15 wybranych świadczeń i 54 miasta. W skrajnym przypadku termin przyjęcia na oddział kardiologiczny w Gorzowie Wielkopolskim dla pacjenta w stanie stabilnym był odległy o 1067 dni.

Szczególnie trudną sytuację zgłaszają mniejsze ośrodki. Wśród badanych szpitali w miastach do 100 tys. mieszkańców 86 proc. uznało problem zatrudnienia za poważny lub bardzo poważny. W miastach liczących od 100 do 500 tys. mieszkańców odsetek wynosił 47 proc. Z kolei autorski model porównujący podaż lekarzy z zapotrzebowaniem na ich pracę wskazał największe deficyty w województwach warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim, wielkopolskim, podkarpackim i kujawsko-pomorskim.

Na obecne trudności nakłada się struktura wieku lekarzy. Według danych przytoczonych w raporcie ponad 40 proc. czynnych zawodowo lekarzy ma co najmniej 55 lat. Jednocześnie starzenie się społeczeństwa i wielochorobowość zwiększają zapotrzebowanie na opiekę. Większy nabór na studia medyczne przyniesie efekty dopiero po wielu latach, a system specjalizacji musi pomóc kierować nowe kadry do dziedzin i regionów, w których są najbardziej potrzebne.

Autorzy podkreślają też ograniczenia konkurencji między placówkami. Lekarzy jest za mało, a ich liczby

nie da się szybko zwiększyć. W takiej sytuacji nawet bardziej atrakcyjne warunki w jednej placówce nie zmieniają łącznej liczby specjalistów w regionie, a jedynie przesuwają ich między podmiotami. Według raportu wzrost wynagrodzeń przekłada się głównie na wyższe koszty placówek, a nie na większą liczbę świadczeń. Dlatego autorzy wskazują na potrzebę zmian w organizacji pracy oraz polityki kadrowej uwzględniającej regionalny wymiar problemu.

Autorzy raportu wskazują, że strategia ograniczania niedoboru lekarzy musi łączyć działania o różnym czasie oddziaływania. W horyzoncie do 18 miesięcy priorytetem jest wsparcie regionów o krytycznym deficycie m.in. przez dodatki stabilizacyjne dla lekarzy. Interwencji wymagają świadczenia o najgorszej dostępności: endokrynologia i diabetologia, psychiatria dziecięca, geriatria i ginekologia w wybranych regionach. Autorzy proponują zmianę ustawy o minimalnym wynagrodzeniu, tak aby płace w ochronie zdrowia rosły w tempie zbliżonym do innych sektorów, a waloryzacja następowała na początku roku zamiast 1 lipca. Postulują też ujednolicenie stawek za świadczenia w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych, co ma ograniczyć windowanie stawek w konkurencji o kadry. Wśród propozycji są ponadto przejrzyste zachęty dla lekarzy z zagranicy, połączone z nauką języka i adaptacją zawodową, oraz odciążenie lekarzy z obowiązków administracyjnych dzięki asystentom dokumentacji medycznej i sekretarkom medycznym.

W perspektywie dwóch do czterech lat raport proponuje reformę systemu specjalizacji i rezydentur uwzględniającą potrzeby regionów i dziedzin deficytowych. Postuluje też przekazanie części zadań pielęgniarcom, farmaceutom, fizjoterapeutom i innym zawodom medycznym. Integracja danych medycznych i standaryzacja ścieżek klinicznych mają ograniczyć dublowanie badań i konsultacji. Ważną rolę ma odegrać silniejsza podstawowa opieka zdrowotna, z szerszą diagnostyką na miejscu i opieką koordynowaną. Część wynagrodzeń lekarzy miałaby zależeć od dostępności świadczeń, m.in. od czasu oczekiwania i obsady oddziałów.

Działania na pięć do piętnastu lat obejmują redukcję nierówności dochodowych i regionalnych w systemie, tworzenie warunków rozwoju zawodowego lekarzy w kraju oraz stopniowe wiązanie finansowania placówek z jakością opieki. Inwestycje w profilaktykę i wczesną diagnostykę mają z kolei zmniejszyć zapotrzebowanie na czas pracy lekarzy, zwłaszcza w obszarach wysokospecjalistycznych.

Wyniki ankiety wymagają ostrożnej interpretacji: udział był dobrowolny, próba nie była reprezentatywna, a dominowały w niej szpitale publiczne i mniejsze ośrodki. Podanych odsetków nie można więc przenosić na wszystkie polskie placówki. Raport łączy jednak perspektywę dyrektorów z analizą terminów leczenia i danych o rynku pracy. Dzięki temu pomaga wskazać, gdzie kierować działania i jakie mechanizmy mogą poprawić dostępność opieki.

Dla pacjenta miarą powodzenia proponowanych zmian będzie możliwość uzyskania potrzebnej pomocy w odpowiednim czasie i blisko miejsca zamieszkania. To z tej perspektywy należy oceniać zarówno zwiększanie liczby lekarzy, jak i sposób wykorzystania ich pracy.

Pełny raport jest dostępny bezpłatnie: [TUTAJ](#).