

Polanica-Zdrój, dnia 14 sierpnia 2026 r.

UUP/25/08/2026

Szanowna Pani
Jolanta Sobierańska-Grenda
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Uwagi i wnioski do projektu z dnia 24 lipca 2026 r. „ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw”

Szanowne Pani Minister,

Stowarzyszenie Unia Zdrowisk Polskich, jako organizacja branżowa reprezentująca największe zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (spółki i podmioty uzdrowiskowe) w ramach konsultacji publicznych, przedstawia uwagi i wnioski do projektu ustawy z 24 lipca 2026 r. Jako branża nie kwestionujemy potrzeby uporządkowania zasad zatrudniania personelu medycznego, zwiększenia przejrzystości finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz eliminowania przypadków nadmiernego czasu pracy (często fikcyjnego) i nieuzasadnionych, bulwersujących społeczeństwo/pacjentów „kominów płacowych”.

Zwracamy jednak uwagę, że projektowana regulacja jako rozwiązanie horyzontalne może wywołać skutki szczególnie dotkliwe w tych obszarach medycyny/systemu, które już obecnie (tak jak lecznictwo uzdrowiskowe) funkcjonują na trudnym rynku pracy i ma bardzo ograniczoną zdolność konkurowania o lekarzy.

I. Projektowane rozwiązania ustawowe versus specyfika rynku pracy

Z analizy treści zapisów projektu ustawy wynika, że przewiduje on m.in. maksymalny łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich świadczeniodawców, nieprzekraczający równowartości dwóch pełnych wymiarów czasu pracy, obowiązek wskazania głównego miejsca zatrudnienia w podmiocie posiadającym umowę z NFZ oraz uzyskiwania zgody na dodatkowe zatrudnienie, a także mechanizmy ograniczające maksymalną stawkę godzinową i maksymalne miesięczne wynagrodzenie. Projekt ma obejmować zarówno zatrudnienie pracownika jak i kontraktowe, a przestrzeganie nowych regulacji ma podlegać rozszerzonemu nadzorowi i kontroli NFZ.

Naszym zdaniem każde z proponowanych rozwiązań może być racjonalne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i gospodarowania środkami publicznymi na zdrowie. **Problem powstaje wtedy, kiedy identyczny model/rozwiązanie zastosuje się do podmiotów o całkowicie odmiennej strukturze świadczeń, poziomie finansowania (lecznictwo uzdrowiskowe najmniej finansowany obszar), lokalizacji i możliwości przyciągnięcia personelu medycznego.** Regulacje płac i czasu pracy

nie działają w próżni: to zmienia zachowania pracowników na całym rynku pracy i może przesunąć deficytową kadrę pomiędzy obszarami/segmentami ochrony zdrowia.

II. Lecznictwo uzdrowiskowe konkuruje o tę samą kadrę lekarską z silniejszymi finansowo obszarami/segmentami systemu

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego funkcjonują na tym samym rynku pracy „ochrony zdrowia”. O lekarza specjalistę konkurują ze szpitalami, ambulatoryjną opieką specjalistyczną, podstawową opieką zdrowotną oraz z sektorem prywatnym. Jednocześnie ich przychody w części finansowanej ze środków publicznych są w wysokim stopniu zależne od wyceny świadczeń i wartości umów z NFZ. Oznacza to znacznie mniejszą możliwość reagowania na gwałtowne zmiany oczekiwań płacowych niż w podmiotach mogących przesunąć środki pomiędzy wysokowycenionymi procedurami.

Wyrażamy uzasadnioną obawę, że lekarz rozważający dodatkowe miejsce pracy (w lecznictwie uzdrowiskowym), może dokonać wyboru nie tylko według stawki, ale również według możliwości rozwoju zawodowego, dostępu do nowoczesnej diagnostyki i procedur, prestiżu ośrodka, perspektywy specjalizacyjnej oraz lokalizacji. Małe miejscowości uzdrowiskowe z natury rzeczy nie zawsze mogą zaoferować warunki porównywalne z dużym szpitalem klinicznym lub rynkiem prywatnym w dużych aglomeracjach. Jeżeli dodatkowo projektodawca ograniczy swobodę łączenia miejsc pracy i nada szczególne znaczenie „głównemu” świadczeniodawcy (pracodawcy), to zakład lecznictwa uzdrowiskowego może stać się dla lekarzy miejscem zatrudnienia dalszego wyboru lub rezygnacji.

Z punktu widzenia podmiotów uzdrowiskowych w warunkach niedoboru lekarzy, uzależnienie dodatkowej aktywności zawodowej lekarza od zgody głównego świadczeniodawcy wzmocni pozycję dużych szpitali i podmiotów miejskich. To te ośrodki najczęściej będą „głównym miejscem pracy”, natomiast lecznictwo uzdrowiskowe ulegnie marginalizacji prawno-systemowej.

W wielu zakładach model organizacyjny opiera się na łączeniu zatrudnienia lekarzy w kilku podmiotach. Nie jest to zjawisko patologiczne przy właściwym nadzorze rozliczania czasu pracy, lecz racjonalna odpowiedź na geograficzne rozproszenie świadczeniodawców i ograniczoną podaż specjalistów.

Naszym zdaniem, ustawowe ograniczenie tej elastyczności bez równoczesnego stworzenia mechanizmu zabezpieczającego świadczenia w miejscowościach o trudnej dostępności kadrowej (w uzdrowiskach) może spowodować likwidację/wykluczenie świadczeń gwarantowanych z tego obszaru.

Dodatkowo podnosimy, że projektowany limit wynagrodzenia paradoksalnie może podnieść oczekiwania płacowe w tzw. „słabszych” (z uwagi na finansowanie przez NFZ) segmentach. W lecznictwie uzdrowiskowym, gdzie możliwość kompensowania kosztów przychodami z wysokospecjalistycznych procedur jest niemożliwe, problem może wystąpić szybciej niż w innych rodzajach świadczeń. Ustawowa stawka maksymalna, nawet jeżeli została pomyślana jako ograniczenie wynagrodzeń skrajnie wysokich, może stać się rynkowym punktem odniesienia, skutkiem czego może być presja na wzrost stawek, a nie ich ustabilizowanie.

III. Brak personelu medycznego (lekarza) wpływ na dostępność świadczenia gwarantowanego

Kontraktowe wymogi dotyczące kwalifikacji i liczebności personelu są elementem warunków realizacji świadczeń gwarantowanych. Niedobór kadry może prowadzić do nie tylko do trudności

organizacyjnych, ale do niemożności spełnienia warunków kontraktowych, ograniczenia liczby miejsc, czasowego wstrzymania działalności albo koniecznej rezygnacji z umowy z NFZ.

Z perspektywy pacjenta konsekwencją będzie ograniczenie realnego dostępu do lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, pomimo tego, że świadczenia te formalnie pozostają w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Z uwagi na przytoczoną argumentację, ocena projektu ustawy nie może ograniczać się do oceny, czy maksymalna stawka lub maksymalny czas pracy są co do zasady właściwe. Ustawodawca powinien zbadać, czy po zmianie przepisów i reguł, system ochrony zdrowia będzie dysponował wystarczającą liczbą lekarzy, którzy mogą pracować poza dużymi ośrodkami oraz czy finansowanie świadczeń pozwoli realizować świadczenia gwarantowane w rodzaju lecznictwa uzdrowiskowego i konkurować o kadrę medyczną.

IV. Lecznictwo uzdrowiskowe, uzdrowisko jako lokalny ekosystem gospodarczy

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (spółki uzdrowiskowe, podmioty lecznicze) w małych miejscowościach nie są wyłącznie jednym z wielu pracodawców medycznych. Podmioty, które reprezentujemy stanowią często podstawowy element lokalnego ekosystemu gospodarczego: tworzą bezpośrednio i pośrednio miejsca pracy dla personelu medycznego, rehabilitantów, pielęgniarek, pracowników administracji i obsługi, a pośrednio generują popyt na usługi hotelarskie, gastronomiczne, transportowe, handlowe i komunalne.

Ograniczenie działalności leczniczej w uzdrowiskach może mieć efekt mnożnikowy wykraczający poza system ochrony zdrowia.

Projektowane zmiany ustawowe powinny również uwzględniać ustawowy i konstytucyjny wymiar równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zmiany przepisów nie powinny prowadzić do sytuacji, w której dostępność do świadczeń zdrowotnych zależy faktycznie od atrakcyjności lokalizacji dla personelu medycznego. W takim razie pacjenci oraz mieszkańcy mniejszych miejscowości poniosą koszty zmian zaprojektowanych z perspektywy problemów wynikających z nieprawidłowości w największych podmiotach.

V. Wnioski, uwagi i postulaty Unii Uzdrowisk Polskich

1. Uprzejmie prosimy i wnosimy, aby w ocenie skutków regulacji wyodrębnić analizę wpływu projektu na poszczególne rodzaje świadczeń gwarantowanych ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej.

Analiza powinna obejmować co najmniej: liczbę lekarzy zatrudnionych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, strukturę wymiaru zatrudnienia, skalę łączenia pracy u kilku świadczeniodawców, udział kosztów personelu w kosztach NFZ, strukturę wieku lekarzy oraz estymację, w kosztach nowych ograniczeń na możliwość spełnienia warunków realizacji świadczeń.

2. Przeprowadzenie analizy wpływu projektu na lecznictwo uzdrowiskowe oraz podmioty działające w małych miejscowościach uzdrowiskowych.

3. Takie ukształtowanie przepisów o głównym miejscu zatrudnienia i dodatkowym zatrudnieniu, aby nie uniemożliwiały elastycznej pracy lekarzy, w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w ograniczonym wymiarze, jeżeli łączny czas pracy pozostaje bezpieczny.
4. rozważenie wyjątku albo szczególnego mechanizmu dla świadczeniodawców działających w obszarze o udokumentowanym niedoborze lekarzy, w tym w miejscowościach uzdrowiskowych.
5. Ustanowienie odpowiednio długiego okresu przejściowego oraz mechanizmu monitorowania skutków kadrowych po wejściu w życie ustawy, z możliwością szybkiej korekty regulacji.
6. Włączenie reprezentatywnych organizacji lecznictwa uzdrowiskowego i uzdrowisk do dalszych konsultacji projektu oraz do prac nad rozwiązaniami wykonawczymi i mechanizmami kompensującymi ryzyka kadrowe.

Unia Uzdrawisk Polskich popiera działania Ministerstwa Zdrowia zmierzające do racjonalizacji wydatkowania środków publicznych, zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów, eliminowania nieprawidłowości na rynku pracy medyków. Zmiany przepisów jednak powinny w swoim rozwiązaniu uwzględniać „słabsze” obszary ochrony zdrowia ze względu na ich specyfikę i finansowanie. Lecznictwo uzdrowiskowe jest świadczeniem gwarantowanym, którego rzeczywista dostępność zależy od możliwości utrzymania wymaganej przepisami kadry medycznej w miejscowościach często oddalonych od dużych ośrodków akademickich i klinicznych. Jeżeli projektowane przepisy ograniczą elastyczność zatrudnienia, zwiększą przewagę negocjacyjną największych świadczeniodawców lub podniosą rynkowy poziom oczekiwań płacowych, skutkiem może być redukcja potencjału zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i utrata realnego dostępu pacjentów do tej części świadczeń gwarantowanych.

Wnosimy i prosimy o uwzględnienie w dalszych pracach legislacyjnych zasady proporcjonalności i zróżnicowania rozwiązań odpowiednio do rodzaju świadczeń, lokalizacji świadczeniodawcy i sytuacji kadrowej.

Z wyrazami szacunku

Prezes Zarządu Stowarzyszenia
Unia Uzdrawisk Polskich
Jerzy Szynkarczyk
Radca Prawny

Otrzymują:

- 1 x Adresat – Pani Minister Zdrowia
- 1 x Poseł na Sejm RP, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu na rzecz wspierania rozwoju uzdrowisk i gmin uzdrowiskowych – Pani Zofia Czernow
- 1 x Poseł na Sejm RP, Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Lecznictwa Uzdrawiskowego, Mundurowej Służby Zdrowia, Rehabilitacji i Gmin Uzdrawiskowych – Pan Patryk Wicher
- 1 x Konsultant Krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej – Pani Aleksandra Sędziak
- 1 x Wszyscy członkowie/spółki Stowarzyszenia Unia Uzdrawisk Polskich
- 1 x a/a