



# Minister Zdrowia

DSZ.050.1.2024.AD  
Warszawa, 01 lutego 2024

Pan  
**Szymon Hołownia**  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 369 w sprawie czasu pracy lekarzy z dnia 10 stycznia 2024 r. Państwa Posłów Anny Gembickiej i Jarosława Sachajko uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.), a także ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, z późn. zm.) dopuszczają zatrudnianie w podmiocie leczniczym lekarzy oraz innych osób wykonujących zawody medyczne, zarówno na podstawie umów o pracę, jak i umów cywilnoprawnych. Ustawodawca nie wskazał preferowanej formy zatrudnienia, stąd też, zgodnie z zagwarantowaną w Konstytucji RP zasadą wolności wyboru i wykonywania zawodu oraz zasadą swobody zawierania umów, decyzja i wybór nie tylko w zakresie miejsca pracy, ale również podstawy zatrudnienia pozostawiona została woli stron danego stosunku prawnego. Przepis art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowi, że lekarz może wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska. Wykonywanie zawodu lekarza w podmiocie leczniczym jest zatem możliwe zarówno na podstawie stosunku pracy jak i umowy cywilnoprawnej. Lekarz może ponadto wykonywać zawód nie pozostając w stosunku prawnym z podmiotem leczniczym np. w sytuacji gdy jako przedsiębiorca prowadzi praktykę lekarską i udziela świadczeń opieki zdrowotnej zgłaszającym się do niego pacjentom. Takie uregulowanie zasad wykonywania zawodu lekarza, ale również np. pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapeuty wynika z uznania tych zawodów za wolne zawody zaufania publicznego. Z faktu wykonywania zawodu zaufania publicznego wynika w szczególności obowiązek kierowania się przy jego wykonywaniu zasadami etyki, nakazującymi lekarzowi kierowanie się przede wszystkim dobrem chorego oraz dbałością o dobro zawodu rozumiane jako działanie niepodważające zaufania do zawodu lekarza.

Należy jednocześnie podkreślić, że odpowiedzialność za kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z lekarzami i innymi osobami wykonującymi zawód medyczny, w sposób który pozwoli należycie dbać o dobro pacjenta, spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego. Umowa cywilnoprawna zawarta przez dyrektora szpitala z lekarzem lub inną osobą wykonującą zawód medyczny, której przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, powinna zapewniać nie tylko prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego, ale przede wszystkim gwarantować bezpieczeństwo zarówno pacjentom jak i zatrudnionemu personelowi. Przepracowany lekarz bez wątplenia nie daje rękojmi zapewnienia należytej opieki nad pacjentami. Jednakże również lekarz, pielęgniarz,

położna, fizjoterapeuta (wykonujący tzw. wolny zawód zaliczany do grupy zawodów zaufania publicznego), których oświadczenie woli jest tak samo ważne przy zawieraniu umowy cywilnoprawnej jak oświadczenie woli kierownika szpitala, powinien mieć na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej. Obowiązujący każdego lekarza Kodeks Etyki Lekarskiej wskazuje dobro chorego jako nadrzędną zasadę wykonywania zawodu i stanowi, że z przestrzegania tej zasady nie zwalniają lekarza wymagania administracyjne, naciski społeczne czy też mechanizmy rynkowe.

Mając na względzie powyższe oraz odnosząc się do kwestii zbyt dużej liczby godzin pracy lekarzy należy stwierdzić, że przyczyną powyższego są nie tyle niewystarczające zabezpieczenia zawarte w przepisach prawa, ale przede wszystkim nienależyte stosowanie obowiązujących regulacji. Czynnikiem mającym wpływ na opisywane niekorzystne zjawiska jest obserwowany od lat deficyt kadr medycznych.

Odpowiadając na zawarte w interpelacji pytania uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nieustannie podejmuje działania w zakresie zapewnienia na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy i lekarzy dentyków. Działania te mają na celu zniwelowanie do minimum niekorzystnego obrazu demograficznego kadr lekarskich.

Najważniejsze działania mające na celu zwiększenie liczby osób wykonujących zawody medyczne (lekarzy i lekarzy dentyków):

- wyodrębnienie dziedzin najważniejszych z punktu widzenia epidemiologicznego kraju i ustanowienie dla nich specjalnych zasad - główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest wyższe wynagrodzenie przysługujące lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach w trybie rezydentur (finansowanym przez Ministra Zdrowia). Zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje corocznie (od lipca) przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom w trybie specjalizacji rezydentur, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydentur w stosunku do pozostałych dziedzin.

Od 1 lipca 2023 roku wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego specjalizację z grupy specjalizacji priorytetowych wynosi:

- w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury 8 308 zł (wzrost o 4 706 zł w stosunku do lipca 2016 r. (stan na lipiec 2016 r.: 3 602 zł),
- a po dwóch latach zatrudnienia w tym trybie 9 063 zł (wzrost o 5 173 zł w stosunku do lipca 2016 r. (stan na lipiec 2016 r.: 3 890 zł).
- 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 lat w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.
- Należy również wskazać, że począwszy od 2016 r. Minister Zdrowia znacznie zwiększył limity przyjęć na kierunek lekarski. Limity na studia na kierunku lekarskim i liczba studentów tego kierunku:
  - w roku akademickim 2023/2024 w porównaniu z rokiem akademickim 2015/2016 limit przyjęć na studia na kierunku lekarskim zostały zwiększone o 4 101 miejsc. Limit przyjęć na rok akademicki 2023/2024 na

- kierunek lekarski wynosi łącznie 10 289 miejsc (w tym 1 829 to limit na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż język polski).
- dla porównania w roku akademickim 2015/2016 limit ten wynosił łącznie 6 188 miejsc (w tym 1 551 to limit na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż język polski).
  - Wzrost limitów spowodowany jest zwiększeniem liczby uczelni kształcących na tych kierunkach i działaniami Ministra Zdrowia mającymi na celu, zwiększenie w przyszłości liczebności kadr lekarskich i lekarsko dentystrycznych. Należy jednak wspomnieć, że limit na uczelniach jest uwarunkowany możliwościami lokalowymi, dydaktycznymi i finansowymi danej uczelni.
- Dodatkowo aby ułatwić podejmowanie kształcenia na studiach odpłatnych w języku polskim na kierunku lekarskim pod koniec 2021 r. wprowadzono dodatkowe regulacje, które przewidują wsparcie finansowe dla osób podejmujących tego typu studia. Wsparcie finansowe wiąże się jednak z obowiązkiem późniejszego odpracowania kwoty uzyskanej od państwa w publicznej służbie zdrowia. Zgodnie z treścią ww. regulacji, o kredyt na studia medyczne mogą ubiegać się studenci odbywający studia na kierunku lekarskim prowadzone w języku polskim na warunkach odpłatności w polskich uczelniach wyższych począwszy od roku akademickiego 2021/2022. Studenci, którzy zdecydują się na skorzystanie z kredytu na studia medyczne, uzyskają możliwość całkowitego lub częściowego sfinansowania kosztu kształcenia na tych studiach ze środków pochodzących z budżetu państwa, a następnie po spełnieniu warunków określonych w ustawie, jego częściowego lub całkowitego umorzenia. Umorzenie kredytu w całości, na kierunku lekarskim, będzie możliwe, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących warunków:
    1. obowiązku odpracowania studiów po ich ukończeniu przez okres nie krótszy niż 10 lat w okresie 12 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
    2. obowiązku uzyskania tytułu specjalisty w wyżej wskazanym okresie, w dziedzinie medycyny uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego.

Przewiduje się, że wyżej wspomniane rozwiązania spowodują znaczny wzrost liczby młodych lekarzy, a szczególnie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach priorytetowych. Warto również wskazać, że wprowadzono też zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne (tzw. Nabór Centralny), w tym możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności. W przypadku niezakwalifikowania się przez lekarza do odbywania specjalizacji w preferowanym województwie lub w preferowanej dziedzinie będzie on mógł zostać zakwalifikowany na jeden z kolejnych „wyborów” wskazanych we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, co do tej pory nie mogło mieć miejsca. Powyższe rozwiązanie ma na celu zwiększenie liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach, które cieszą się mniejszym zainteresowaniem lekarzy, poprzez umożliwienie im zakwalifikowania się do odbywania danej specjalizacji w przypadku jeżeli lekarz nie zakwalifikuje się na preferowaną przez niego dziedzinę. Zakłada się, że dzięki temu rozwiązaniu zostanie wykorzystana znacznie większa liczba miejsc w dziedzinach priorytetowych.

Inne działania mające na celu zwiększanie liczebności kadr medycznych:

1. W celu zwiększenia potencjału dydaktycznego uczelni medycznych, zarówno w aspekcie personalnym, jak również inwestycyjnym (laboratoria, biblioteki, domy studenckie, centra symulacji, baza kliniczna) w Krajowym Programie Odbudowy przewidziane zostały środki w wysokości ponad 700 mln EUR dla uczelni publicznych prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa. Przy zachowaniu troski o jakość kształcenia, dopuszczona zostanie możliwość prowadzenia kierunku lekarskiego np. w uczelniach, które obecnie prowadzą kształcenie na kierunku pielęgniarstwa. Pozwoli to wygenerować kolejne miejsca szkoleniowe dla osób chcących wykonywać zawód lekarza.
2. Od lipca 2020 r. wprowadzono wiele rozwiązań poprawiających proces kształcenia lekarzy, które w przyszłości zaowocują zwiększeniem liczby specjalistów i zmniejszeniem czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Najważniejsze z nich to:
  - o umożliwienie przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do LEK i LDEK lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok studiów, co skraca lukę czasową oczekiwania na egzamin, który jest jednym z niezbędnych warunków do spełnienia przy otrzymaniu PWZ,
  - o umożliwienie przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do PES lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego,
  - o wprowadzenie rozwiązania zgodnie, z którym lekarze dentyści w czasie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego mogą udzielać świadczeń zdrowotnych zarezerwowanych dotąd dla lekarzy,
  - o wprowadzenie przepisów umożliwiających uzyskiwanie uprawnień do wykonywania zawodu lekarzom i lekarzom denty stom, którzy uzyskali swoje dyplomy poza krajami UE poprzez zaliczenie Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego sprawdzającego wiedzę na poziomie określonym wymogami unijnymi.
3. Wprowadzenie działań mających 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.

Odnosząc się do pytań nr 1 i 4 zawartych w interpelacji pragnę wyjaśnić, że organem powołanym do sprawowania nadzoru i kontroli przestrzegania prawa pracy, w szczególności przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów dotyczących legalności zatrudnienia i innej pracy zarobkowej jest Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1614, z późn. zm.). Minister Zdrowia nie gromadzi i nie dysponuje danymi na temat lekarzy z największą liczbą przepracowanych godzin. Prowadzenie ewidencji czasu pracy jest jednym z najważniejszych obowiązków pracodawcy, a wynikającym z art. 149 Kodeksu pracy. Dodatkowo należy podkreślić, że wynikające z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej maksymalne dobowe i tygodniowe normy czasu pracy, wymagane okresy odpoczynku oraz zasady pełnienia dyżurów medycznych odnoszą się wyłącznie do pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy i nie mają zastosowania w odniesieniu do lekarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Marek Kos  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/