



DLR.050.32.2024.AK
Warszawa, 28 czerwca 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na interpelację nr 3112 Pana Posła Daniela Milewskiego w sprawie dostępności usług opieki zdrowotnej i stanu kadry medycznej w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Jakie konkretnie działania podejmuje rząd w celu poprawy dostępności do usług opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę spadek liczby łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców?

Działania zaplanowane przez Ministerstwo Zdrowia na najbliższe lata skupiają się na zmianach systemowych, które pozwolą na stworzenie warunków prawno-organizacyjnych do odwrócenia tzw. „piramidy świadczeń”, czyli przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Pozwoli to na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliżej miejsca pobytu pacjenta oraz odciążenie szpitali z procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach systemu ochrony zdrowia.

Ponadto, na obszarach pozbawionych odpowiedniej diagnostyki planowane jest utworzenie Powiatowych Centrów Zdrowia zapewniające powszechny i równy dostęp do diagnostyki, leczenia ambulatoryjnego i świadczeń specjalistycznych. Przeprowadzono wstępną analizę rozwiązań. Celem jest wzmocnienie roli szpitala powiatowego poprzez rozszerzenie jego możliwości diagnostycznych i zakresu świadczeń ambulatoryjnych. Na etapie późniejszym zapewnienie dostępu do świadczeń w powiatach, w których nie ma szpitala powiatowego. Określenia wymaga w pierwszej kolejności zakres świadczeń, do których zapewniony będzie dostęp na poziomie powiatu.

Proponowane rozwiązania mają charakter zmiany systemowej i w związku z powyższym wymagają przygotowania kompleksowych rozwiązań uwzględniających wszystkie uwarunkowania obecnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Wskazany projekt usprawni proces decyzyjny odnoszący się do sposobu kontraktowania świadczeń przez NFZ z uwzględnieniem podstawowych potrzeb pacjentów. Przyczyni się także do zniwelowania tzw. „białych plam” w podstawowych zakresach świadczeń z jednoczesnym tworzeniem warunków zapewniających ich wysoką jakość. Konieczne jest także uwzględnienie kosztów, jakie wiążą się z takim rozwiązaniem i ich wpływu na budżet, którym dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. Jakie programy wsparcia są planowane, aby zwiększyć liczbę łóżek w szpitalach ogólnych w Polsce w budżecie na rok 2024?

3. Jakie środki finansowe są przewidziane na rozwój infrastruktury szpitalnej oraz zatrudnienie personelu medycznego w budżecie na rok 2024?

Ze środków budżetu państwa części 46-Zdrowie ze względu na obecnie obowiązujące przepisy, co do zasady Minister Zdrowia przyznaje na inwestycje (w tym mające na celu zwiększenie liczby łóżek oraz dotyczące rozwoju infrastruktury) dla jednostek, dla których podmiotem tworzącym lub nadzorującym jest on sam lub uczelnia medyczna. Ze środków budżetu państwa części 46-Zdrowie mogą być finansowane inwestycje państwowych jednostek budżetowych oraz udzielane dotacje celowe na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji budowlanych i zakupów inwestycyjnych realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia lub uczelnie medyczne, zgodnie ze zgłoszonymi przez te podmioty potrzebami. Zgodnie z ustawą budżetową w części 46 – Zdrowie na 2024 r. na realizację ww. zadań są zabezpieczone środki w wysokości 2,15 mld zł.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że środki finansowe przeznaczone na rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych i kształcenie personelu medycznego zabezpieczone są także w ramach poszczególnych programów i funduszy.

Wsparcie w ramach Programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat i Środowisko 2021-2027 (FEnIKS) na lata 2021-2027 obejmuje inwestycje w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie w następujących obszarach:

1. Podstawowa Opieka Zdrowotna – wsparcie infrastrukturalne na rzecz przygotowania podmiotów leczniczych do rozszerzonych funkcji medycznych, tj. podstawowa opieka fizjoterapeutyczna, nowe badania diagnostyczne, nowe zakresy świadczeń (np. dietetyk) i obejmą roboty budowlane, wzmocnienie cyfryzacji w POZ (m.in. dalszy rozwój telemedycyny), zakup sprzętu medycznego i wyposażenia wspomagających proces udzielania świadczeń zdrowotnych;
2. Ratownictwo medyczne – wsparcie przeznaczone na infrastrukturę i wyposażenie dyspozytorni medycznych, w tym rozwój infrastruktury łączności oraz na zakup i instalację pełnego symulatora lotów wraz z wybudowaniem zaplecza szkoleniowego dla kadry Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR);
3. Psychiatria – inwestycje w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie w ramach wsparcia obszaru psychiatrii dzieci i młodzieży (wszystkie III poziomy referencyjności), obszaru psychiatrii dorosłych (wsparcie nowych i istniejących Centrów Zdrowia Psychicznego) oraz relokacji oddziałów psychiatrycznych ze szpitali monospecjalistycznych do szpitali wielospecjalistycznych;
4. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – wsparcie dla jednostek zlokalizowanych przy szpitalach ponadregionalnych w celu wzmocnienia odwracania tzw. „piramidy świadczeń” i rozwoju opieki jednego dnia.

Łączna alokacja przewidziana na realizację inwestycji w ww. obszarach wynosi ponad 3,5 mld zł.

Wsparcie w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS) na lata 2021-2027, przewidziane jest w ramach działania nr FERS.01.12 pn. *Kształcenie podyplomowe lekarzy, pielęgniarek i położnych*. Planowane jest m.in. wspierane kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych, w szczególności lekarzy geriatrów i psychiatrów dziecięcych oraz kursy z zakresu medycyny rodzinnej dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Przewidziano też wsparcie węższych umiejętności lekarskich w związku z

potrzebą zwiększenia dostępu do deficytowych świadczeń medycznych istotnych z punktu widzenia demograficznego i epidemiologicznego. Wysokość alokacji na przedmiotowe działanie wynosi ok. 574 mln zł.

W ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO) zaplanowany został nabór dotyczący m. in. inwestycji D1.1.1 - *Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów* oraz D1.2.1 - *Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym*. Przedmiotem wsparcia będzie m.in. modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych oraz zakup sprzętu medycznego. O objęcie wsparciem ze środków KPO w ww. inwestycjach będą mogły ubiegać się szpitale, które zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023 poz. 991 ze zm.) są zakładem leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Wsparcie obejmie wyłącznie zakres działań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia – nie obejmie działalności komercyjnej. Każde przedsięwzięcie będzie musiało być zgodne z realizowanymi reformami. Dokładny zakres przedsięwzięć jaki będzie mógł uzyskać wsparcie z KPO zostanie określony w ogłoszeniu o naborze, zatem na obecnym etapie nie jest możliwe wskazanie jaka kwota środków KPO ostatecznie trafi na rozwój infrastruktury szpitalnej oraz na działania związane z zatrudnieniem personelu medycznego. W chwili obecnej alokacja środków dla inwestycji D1.1.1 wynosi 9,1 mld zł, natomiast dla D1.2.1 jest to 0,7 mld zł. Jednocześnie należy zaznaczyć, że obecnie trwają prace oraz uzgodnienia związane z II rewizją KPO, a więc alokacja środków na poszczególne inwestycje może ulec zmianie. Wszelkie szczegóły oraz termin składania wniosków wraz z informacją o dostępnych do rozdysponowania środkach zostaną podane do publicznej wiadomości z odpowiednim wyprzedzeniem na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/planodbudowy>, na której są dostępne również wszystkie inne bieżące informacje dotyczące KPO.

Z kolei, ze środków Funduszu Medycznego w ramach Subfunduszu infrastruktury strategicznej (SIS), kierowane jest wsparcie do podmiotów leczniczych (lub podmiotów je tworzących) udzielających świadczeń wysokospecjalistycznych lub uczestniczących w procesie kształcenia przyszłych kadr medycznych, pełniących w systemie rolę strategiczną. Ze środków SIS dofinansowywane są inwestycje realizowane przez podmioty zakwalifikowane do najwyższych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. „sieci szpitali”) oraz podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii. Celem SIS jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wspieranie rozwoju systemu kształcenia kadr medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę strategiczną ochrony zdrowia.

Do końca 2023 r. zakończono dwa nabory na wybór propozycji projektów strategicznych:

1. W ramach konkursu nr FM-SIS.01.PED.2021 na wybór propozycji projektów strategicznych w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci, wyłoniono do realizacji 16 inwestycji. Podpisano umowy na udzielenie dotacji celowej na finansowanie/dofinansowanie realizacji programów inwestycyjnych na kwotę ponad 3,1 mld zł.
2. W ramach konkursu FM-SIS.02.ONKO.2023 na wybór propozycji projektów strategicznych w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej

podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych, wyłoniono do dofinansowania 19 propozycji projektów strategicznych na łączną kwotę 4,2 mld zł. Obecnie trwa procedura legislacyjna, w ramach której przedstawione zostanie Radzie Ministrów 19 programów inwestycyjnych w celu ustanowienia w drodze uchwał.

Obecnie trwa nabór w ramach konkursu nr FM-SIS.03.PSYCH.2024 na wybór propozycji projektów strategicznych w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Nabór wniosków rozpoczął się w dniu 06.05.2024 r. i trwa do 31.08.2024 r. Zgodnie z § 7 ust. 2 Regulaminu ww. konkursu, propozycję projektu strategicznego mogą złożyć wnioskodawcy będący podmiotami leczniczymi wykonującymi, na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, o których mowa w art. 13 ust. 2 pkt 3 ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym w zakresie: psychiatria dzieci i młodzieży, psychiatria dorosłych. Łączna alokacja SIS na powyższe zadanie wynosi 3 mld zł.

Ponadto, w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych (dalej: „SMPL”) wyodrębnionego z Funduszu Medycznego realizowane są działania w obszarach:

- wsparcia rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, świadczeń z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych,
- wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego,
- wymiany łóżek szpitalnych,
- wsparcia centrów zdrowia 75+, o których mowa w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. 2023 r., poz. 1831).

Planowane wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych i działania ukierunkowane na wsparcia centrów zdrowia 75+ skierowane będzie do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie: leczenia szpitalnego – geriatryka oraz świadczenia opieki geriatrycznej udzielanej poza oddziałami geriatrycznymi, opieki długoterminowej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych, a także leczenia ambulatoryjnego i dziennego – w ramach centrów zdrowia 75+.

Podejmowane działania w ramach powyższych obszarów będą realizowane poprzez przekształcanie obecnych łóżek szpitalnych w miejsca opieki długoterminowej i geriatryki oraz poprzez tworzenie nowych miejsc opieki. Konieczne jest również zapewnienie wysokiej jakości świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz świadczeń z zakresu geriatryki w już działających podmiotach przez ich budowę, przebudowę, modernizację oraz doposażenie w sprzęt medyczny. W ramach SMPL o wsparcie mogą ubiegać się podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dofinansowanie odbywa się w formie dotacji celowej. Dofinansowanie podmiotów realizowane jest w ramach procedury konkursowej na wnioski złożony przez Wnioskodawcę w zakresie konkretnego obszaru wsparcia wskazanego przez Ministra Zdrowia i nie ma możliwości przekazywania środków poza trybem konkursowym. Obecnie trwają prace nad aktualizacją uchwały Rady Ministrów nr 173 z dnia 16 sierpnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”, która jest dokumentem wdrożeniowym Subfunduszu

modernizacji podmiotów leczniczych. W ramach aktualizacji uchwały planuje się urealnienie harmonogramu realizacji poszczególnych zadań Programu, ram finansowych (środków przeznaczonych na poszczególnej obszarzy wsparcia) oraz wskaźników realizacji Programu, np. liczba miejsc opieki długoterminowej do utworzenia.

4. Jakie inicjatywy są podejmowane w celu poprawy dystrybucji personelu medycznego w różnych regionach kraju, szczególnie w tych, gdzie wskaźnik liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców jest najniższy?

Działaniem, które może potencjalnie zachęcić młodych lekarzy do podejmowania pracy w mniejszych ośrodkach poza metropoliami jest wprowadzony w nowych programach specjalizacji wymóg 6-miesięcznego stażu podstawowego w module podstawowym (choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna) w szpitalu o niższym poziomie referencyjnym (powiatowym). Jednak to od kadry zarządzającej tymi szpitalami będzie zależało, czy pobyt lekarza w danym szpitalu wywoła efekt zachęcający czy też zniechęcający do późniejszego powrotu. Z punktu widzenia walki z tzw. „białymi plamami” na mapie dostępności kadry medycznej istotną rolę odgrywa obecność uczelni kształcącej na kierunku lekarskim w każdym województwie. W ostatnich latach otworzono takie kierunki w Olsztynie, Rzeszowie, Opolu i Zielonej Górze. Tym samym obecnie we wszystkich województwach są ośrodki akademickie, które ogniskują kadry medyczne. Jednak na pełne efekty oddziaływania nowoutworzonych kierunków trzeba będzie poczekać kilkanaście lat.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, Minister Zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych obejmującą: analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, oraz wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw. Ponadto, Minister Zdrowia opracowuje, ustala, monitoruje i aktualizuje krajowy plan transformacji, uwzględniający rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Natomiast wojewódzki plan transformacji ustala wojewoda. Plany dla poszczególnych województw zawierają określone rekomendacje m.in. dotyczące zapewnienia optymalnej liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, jak również wynikające z tych rekomendacji działania wymagające skoordynowania na poziomie województwa i wskazują podmioty odpowiedzialne za ich realizację.

5. Jakie działania podejmuje rząd w celu promowania zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowotnej w społeczeństwie, aby zmniejszyć obciążenie systemu opieki zdrowotnej?

Dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, wskazującym grupy czynników ryzyka dla zdrowia populacji oraz katalog zadań dla instytucji w Polsce, jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025, stanowiący kontynuację Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Obecna edycja Programu wskazuje 5 obszarów strategicznych (tzw. celów operacyjnych) oraz zadania wspierające, które mają doprowadzić do osiągnięcia ww. celu. Działania związane z profilaktyką zdrowia, promowaniem zdrowego stylu życia, utrzymywania prawidłowej wagi ciała, aktywności fizycznej realizowane są głównie w ramach celu operacyjnego nr 1. W ramach tych zadań prowadzone są różnorodne działania edukacyjne, promujące zachowania prozdrowotne oraz profilaktyczne, skierowane do zróżnicowanych grup społecznych.

Obecnie prowadzona jest kampania „Planuję Długie Życie”: <https://planujedlugiezycie.pl/> Ponadto, uruchomiony został program pilotażowy „Recepta na Ruch”, który stanowi odpowiedź na obserwowane w Polsce trendy, w tym niezahamowany dotychczas wzrost nadwagi i otyłości oraz zbyt niski poziom aktywności fizycznej lub niewłaściwe jej spersonalizowanie. Celem programu jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców diagnostyką i profilaktyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych, w przypadku których jest zalecana aktywność fizyczna, uzupełniona o realizację indywidualnych programów treningowych i żywieniowych dostosowanych do możliwości i potrzeb świadczeniobiorcy z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi teleinformatycznych.

Należy dodać, iż na etapie końcowym są prace nad przedłużeniem realizacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” do dnia 31 grudnia 2024 r. Celem programu jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców w wieku od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Pacjent może skorzystać z pakietu badań diagnostycznych w ramach programu pilotażowego bez skierowania od lekarza. Program pilotażowy zakłada realizację badań diagnostycznych w formie pakietów dedykowanych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn oraz pakietu wspólnego. Uczestnictwo w programie pilotażowym jest dobrowolne.

6. Jakie kroki podejmuje rząd w celu zwiększenia liczby praktykujących lekarzy w Polsce, aby zbliżyć się do średniej dla krajów UE?

7. Jakie programy edukacyjne są oferowane, aby zwiększyć liczbę absolwentów kierunków medycznych i podnieść jakość kształcenia w tym obszarze?

W celu zwiększenia liczby lekarzy zostały podjęte następujące działania:

I. W zakresie kształcenia przeddyplomowego – studia:

- od 2016 r. zwiększenie limitów przyjęć na kierunek lekarski; w roku akademickim 2023/2024 w porównaniu z rokiem 2015/2016 limit przyjęć na studia na kierunku lekarskim został zwiększony o 30% (z 6 188 na 9 804 miejsc),
- pod koniec 2021 r. wprowadzono wsparcie finansowe (tzw. kredyt) dla osób podejmujących studia odpłatne na kierunku lekarskim prowadzonym w języku polskim, z obowiązkiem odpracowania kwoty uzyskanej od państwa w publicznej służbie zdrowia (możliwość całkowitego lub częściowego umorzenia kosztu kształcenia po spełnieniu warunków określonych w ustawie),
- w ramach KPO zaplanowano działanie „D2.1.1 Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne” na które zaplanowano ponad 700 mln EUR. Celem inwestycji jest zwiększenie potencjału obiektów dydaktycznych z obszaru medycyny oraz wsparcie studentów podejmujących studia medyczne. Sfinansowane zostaną stypendia dla studentów kierunków medycznych, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1-8 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz dofinansowanie do studiów na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne. Ponadto z tych środków sfinansowana zostanie budowa, przebudowa oraz doposażenie bazy dydaktycznej na potrzeby kształcenia na kierunkach medycznych a także dostosowanie i udoskonalenie bazy klinicznej na potrzeby nauczania w centralnych szpitalach klinicznych.

II. W zakresie szkolenia specjalizacyjnego:

- wyodrębnienie dziedzin najważniejszych z punktu widzenia epidemiologicznego kraju i ustanowienie dla nich specjalnych zasad dotyczących kształcenia (dotyczy tylko trybu rezydentury). Liczba przyznawanych miejsc szkoleniowych rezydenckich w dziedzinach priorytetowych jest wyższa w stosunku do pozostałych dziedzin. Główna zachęta to wyższe wynagrodzenie miesięczne dla osób podejmujących kształcenie w dziedzinach priorytetowych,

- możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności (tzw. Nabór Centralny) oraz możliwość zakwalifikowania się do odbywania pokrewnej specjalizacji w przypadku niezakwalifikowania się na preferowaną dziedzinę. Zakłada się, że dzięki temu rozwiązaniu zostanie wykorzystana znacznie większa liczba miejsc w dziedzinach priorytetowych,
- umożliwienie przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do PES lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego.

III. W zakresie zachęt dla personelu medycznego, m.in.:

- możliwość otrzymania wyższego wynagrodzenia zasadniczego o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej) pod warunkiem przepracowania łącznie 2 lata w publicznym podmiocie leczniczym w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego,
- działania mające 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,
- 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.

Powyżej opisane działania, które prowadzi Ministerstwo Zdrowia w zakresie zwiększenia liczebności personelu medycznego są działaniami skutecznymi, o czym świadczy wzrost liczby lekarzy i lekarzy denty stom na przestrzeni lat. Poniższa tabela pokazuje ten wzrost:

Naczelna Izba Lekarska w Warszawie								
uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu								
Stan na	Liczba wszystkich aktualnych członków izby				Liczba lekarzy i lek. denty stom wykonujących zawód			
	Lekarze	Dentyści	Podwójne Prawo Wykonywania Zawodu	RAZEM	Lekarze	Dentyści	Podwójne Prawo Wykonywania Zawodu	RAZEM
31.12.2015	143 157	40 197	605	183 959	131 076	35 461	447	166 984
31.12.2016	145 738	40 913	609	187 260	133 513	36 055	447	170 015
31.12.2017	147 252	41 396	614	189 262	135 487	36 649	449	172 585
31.12.2018	149 103	41 963	612	191 678	137 580	37 315	447	175 342
31.12.2019	151 315	42 425	608	194 348	140 137	37 916	447	178 500
31.12.2020	153 270	42 876	605	196 751	142 269	38 440	442	181 151
31.12.2021	156 507	43 634	601	200 742	145 659	39 183	444	185 286
31.12.2022	161 900	44 730	607	207 237	150 994	40 200	449	191 643
31.12.2023	165 906	45 416	610	211 932	155 833	41 144	457	197 434
WZROST W 2023 ROKU w stosunku do 2015 ROKU	22 749	5 219	5	27 973	24 757	5 683	10	30 450

źródło: Naczelna Izba Lekarska

Ponadto, w zakresie zwiększenia liczby absolwentów kierunków medycznych i podniesienia jakości kształcenia w tym obszarze, uprzejmie informuję, iż jedną z najbardziej diskutowanych kwestii dotyczących kształcenia przeddyplomowego lekarzy i lekarzy denty stom stały się w ostatnim czasie zagadnienia dotyczące wymogów prawnych i jakościowych dopuszczenia uczelni do kształcenia na danym kierunku studiów (w tym przypadku na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym). Głównym aktem prawnym regulującym obszar kształcenia w tzw. zawodach sektorowych, a jest nim m. in. zawód lekarza i lekarza denty sty, jest Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z

30.09.2005, str. 22, ze zm.), która określa minimalne wymogi kształcenia obywatelom państw członkowskich UE.

Ścieżkę ubiegania się o uzyskanie uprawnień do prowadzenia kształcenia wskazuje art. 54 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2023 r. poz. 742). Zgodnie z powyższą regulacją uczelnia nie później niż 6 miesięcy przed planowanym rozpoczęciem prowadzenia studiów występuje z wnioskiem o pozwolenie na utworzenie studiów na określonym kierunku, poziomie i profilu, a Minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki wydaje pozwolenie po zasięgnięciu opinii:

- Polskiej Komisji Akredytacyjnej w sprawie spełnienia warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku, poziomie i profilu oraz związku studiów ze strategią uczelni;
- ministra nadzorującego uczelnię;
- ministra właściwego do spraw zdrowia - w przypadku studiów na kierunkach lekarskim, lekarsko-dentystycznym i farmacji.

Wymogiem prowadzenia przez podstawową jednostkę organizacyjną uczelni studiów na kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym jest spełnienie warunków określonych w § 9 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (Dz. U. z 2021 r. poz. 661 ze zm.) oraz posiadanie przez tę jednostkę programów studiów, w tym planów studiów dla tych kierunków, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755 i z 2022 r. poz. 157).

Aktualnie priorytetem jest:

- zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia (uczelnia ma obowiązek uwzględnienia w programie studiów standardów kształcenia, a wymagania te stanowią bezwzględne minimum, które uczelnia musi zrealizować),
- zapewnienie odpowiednio wykwalifikowanej kadry oraz określonej bazy dydaktycznej i naukowej (uczelnia musi dysponować odpowiednią kadrami oraz infrastrukturą (w tym laboratoria, pracownie, sprzęt i wyposażenie), które są niezbędne do prowadzenia kształcenia na danym kierunku). Dotychczasowa procedura wnioskowania o utworzenie kierunku lekarskiego lub lekarsko-dentystycznego oraz wszelkie szczegółowe wymagania, przewidziane w przepisach, o których mowa powyżej, muszą zostać obowiązkowo spełnione przez uczelnię starającą się o utworzenie kierunku lekarskiego lub lekarsko-dentystycznego.

W procedurze wnioskowania uczelnia musi przedstawić stosowne dokumenty potwierdzające spełnianie określonych przepisami wymagań m.in.: umowy lub porozumienia zawarte z podmiotami zewnętrznymi, w których będzie odbywać się praktyczne nauczanie kliniczne i praktyki zawodowe, również z wykorzystaniem symulowanych warunków klinicznych, oraz dokumenty potwierdzające dysponowanie uczelni odpowiednią infrastrukturą (np. prosektorium, pracownią mikroskopową, która umożliwia prowadzenie zajęć we wszystkich specjalnościach klinicznych oraz Centrum Symulacji Medycznej, które podnosi skuteczność i jakość praktycznego nauczania studentów).

Ponadto, przyjmowanie studentów na 1 rok studiów na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny jest uzależnione od określonych limitów przyjęć. Reguluje je rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Rozporządzenie określa limit przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w poszczególnych uczelniach na studia stacjonarne i niestacjonarne w języku polskim oraz języku innym niż polski.

W ostatnich latach zanotowano zwiększenie limitu przyjęć na studia na kierunku lekarskim z 3 788 w 2010 r. do 10 289 w 2023 r. oraz kierunku lekarsko-dentystycznym z 960 w 2010 roku do 1 338 w 2023 roku, w tym:

- wzrost liczby studentów odbywających studia na kierunku lekarskim w j. polskim z 3 023 w 2010 r. do 8 460 w 2023 roku (stanowi to wzrost o 279%);
- wzrost liczby studentów odbywających studia na kierunku lekarsko-dentystycznym w j. polskim z 748 w 2010 r. do 1 040 w 2023 roku (stanowi to wzrost o 39%);

Zwiększenie limitów nie oznacza jednak, że taka sama liczba studentów zakończy studia co je rozpoczęła. Z obserwacji wynika, że studia kończy:

- 93% studentów studiów nieodpłatnych na kierunku lekarskim
- i 91% studentów studiów nieodpłatnych na kierunku lekarsko-dentystycznym.

Należy jednak wziąć pod uwagę, że studia odpłatne kończy zdecydowanie mniej osób.

Pomiędzy rokiem akademickim 2010/2011 a 2023/2024 nastąpiło niezwykle znaczące zwiększenie liczby uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim, odpowiednio z 12 do 36 - stanowi to wzrost o 300%.

W odniesieniu do zawodu pielęgniarek i położnych, uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia realizowane są działania mające na celu zwiększenie liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej, uatrakcyjnienie oraz zwiększenie prestiżu tych zawodów, a także zachęcenie do podejmowania kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo lub położnictwo, jak też w ramach kształcenia podyplomowego w specjalizacjach i kursach w różnych dziedzinach pielęgniarstwa. Dokładane są starania, aby we współpracy z przedstawicielami środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, wypracować korzystne rozwiązania.

Systematycznie wprowadzane są rozwiązania systemowe mające na celu rozwój kompetencji i uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych, powodując większą samodzielność zawodową, ale także większą odpowiedzialność. Sukcesywnie rozszerzany jest katalog kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych. Co więcej, poszerzony został również wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, na które pielęgniarki i położne mogą wystawiać recepty oraz wykaz badań diagnostycznych, na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać skierowania, w rezultacie od 15 czerwca br. pielęgniarki i położne mogą ordynować kolejne leki oraz kierować na nowe badania diagnostyczne.

Dodatkowo, w celu wzmocnienia roli pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej, prowadzone są obecnie prace nad zmianą standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Wsparcie widoczne jest również poprzez rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych w zakresie dofinansowania szkoleń specjalizacyjnych dla tych grup zawodowych. W tym roku zaplanowane zostały na ten cel 10 mln zł.

Zaplanowany został także system zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych, w tym pielęgniarstwo i położnictwo, co pozwoli na uruchomienie wsparcia planowanego dla pielęgniarek i położnych w ramach Krajowego Planu Odbudowy (stypendia, współfinansowanie studiów odpłatnych, mentoring).

Co istotne, dotychczasowe działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz pielęgniarek i położnych mają pozytywny wpływ na zwiększenie zainteresowania młodych osób do podejmowania kształcenia w tych zawodach, a tym samym sukcesywny wzrost liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia.

Zwiększa się również liczba szkół posiadających akredytację Ministra Zdrowia na kształcenie pielęgniarek i położnych na poziomie pierwszego stopnia - w 2024 roku wynosi 121 uczelni. W roku akademickim 2023/2024 liczba studentów na kierunku pielęgniarstwo I stopnia wynosiła - 12 376, a kierunku położnictwo I stopnia - 1 378.

Według danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, prowadzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych systematycznie wzrasta - wg stanu na dzień 31 grudnia 2023 r. wynosi 239 257 pielęgniarek i 29 911 położnych.

Ponadto należy zwrócić uwagę, iż w również w odniesieniu do farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych i ratowników medycznych Ministerstwo Zdrowia podejmuje wiele inicjatyw, w tym inicjatyw legislacyjnych, mających na celu wprowadzanie także innych niż finansowa zachęt do podejmowania kształcenia w tych zawodach medycznych. W 2023 r. opracowany został nowy projekt standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu farmaceuty, ratownika medycznego, fizjoterapeuty. Zespoły ekspertów powołane zarządzeniem Ministra Zdrowia przygotowały zmiany standardów kształcenia dla poszczególnych zawodów. Wypracowane przez Zespół propozycje zmian standardów kształcenia zostały w przekazane do Ministerstwa Edukacji i Nauki celem procedowania. Rozporządzenie to jest fazy analizy uwag z konsultacji zewnętrznych.

Nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, wprowadzono nowe dziedziny szkolenia:

- chirurgiczna asysta lekarza,
- psychoterapia uzależnień,
- medyczna genetyka molekularna,
- psychoterapia.

Natomiast ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej wprowadza dofinansowanie kształcenia specjalizacyjnego diagnostów laboratoryjnych ze środków publicznych.

Ponadto należy podkreślić, iż w resorcie realizowany jest projekt pn. „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty” w ramach perspektywy FERS EU (w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027). W ramach tego projektu przewiduje się finansowanie szkolenia specjalizacyjnego m. in. dla fizjoterapeutów. Celem głównym projektu jest podniesienie kompetencji 704 fizjoterapeutów i fizjoterapeutek oraz 794 farmaceutów i farmaceutek poprzez sfinansowanie szkolenia specjalizacyjnego dla uczestników projektu, a tym samym możliwość uzyskania tytułu specjalisty. Wartość projektu: 40 144 280,00 zł.

8. Jakie są plany rządu dotyczące monitorowania i oceny skuteczności działań na rzecz poprawy dostępności do usług opieki zdrowotnej oraz zatrudnienia personelu medycznego w Polsce?

Kluczowe jest opracowywanie analiz i interaktywnych narzędzi (w tym model podaży-popytu), które dają możliwość rozpoznawania problemów związanych ze strukturą kadry medycznej w Polsce. Narzędzia te wskazują kierunki zmian i stanowią wsparcie w decyzjach z zakresu planowania kadry medycznej, monitorowania i oceny skuteczności działań na rzecz poprawy dostępności do usług opieki zdrowotnej. W zasobach platformy Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych opublikowano szereg interaktywnych aplikacji prezentujących rezultaty analiz, których celem była identyfikacja problemów związanych ze strukturą kadry medycznej w Polsce. Szczególnej uwadze należy polecić aplikację „Kadry medyczne” (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>), prezentującą podstawowe parametry opisujące kadrę medyczną wraz z pogłębioną analizą lekarzy. Aplikacja zawiera informacje dotyczące liczebności kadry, zastępowalności pokoleniowej oraz kształcenia z uwzględnieniem województw i poszczególnych powiatów. Opracowany model popytowo-podażowy dla lekarzy (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry->

[medyczne/model-popytowo-podazowy-lekarzy/](#)) prezentuje natomiast zestawienie prognoz zapotrzebowania i dostępności liczb lekarzy wraz z ich czasem pracy do roku 2034. W ramach modelu opublikowano również analizę scenariuszową obrazującą ewentualny wpływ zmiany wymiaru czasu pracy lekarzy na ich dostępność w prognozowanych latach.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/