



Minister
Zdrowia



PLR2.050.55.2024.MK
Warszawa, 08 grudnia 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 6165, Pani Posłanki Joanny Wicha w sprawie dostępu do podskórnej terapii skojarzonej chorych na raka piersi, Minister Zdrowia uprzejmie informuje co następuje.

Kwestie związane z refundacją reguluje ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930), dalej jako „ustawa o refundacji”. Na podstawie przepisów art. 37 ww. ustawy Minister Zdrowia ogłasza co do zasady raz na 3 miesiące, w drodze obwieszczenia wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

Zgodnie z zapisami powyżej wskazanej ustawy, objęcie refundacją produktu leczniczego jest dokonywane w drodze decyzji administracyjnej Ministra Zdrowia w oparciu o wniosek przedłożony przez podmiot odpowiedzialny (producenta leku, jego przedstawiciela lub importera). Złożony wniosek jest poddawany ocenie formalno-prawnej, a następnie konsultowana jest treść programu lekowego, jeśli wnioskowaną kategorią dostępności jest program lekowy, następnie wniosek przesyłany do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Prezes AOTMiT, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, jakość dostępnych dowodów naukowych oraz wiarygodność porównań i wyników przeprowadzonych analiz, wydaje rekomendację w sprawie objęcia refundacją wnioskowanego leku w danym wskazaniu. Następnie prowadzone są negocjacje z Komisją Ekonomiczną, która prowadzi z podmiotami odpowiedzialnymi negocjacje w zakresie ustalenia ceny zbytu netto oraz wskazań, w którym lek ma być refundowany. Minister Zdrowia, mając na uwadze uzyskanie jak największych

efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, wydaje decyzję administracyjną o objęciu refundacją i ustaleniu ceny zbytu netto, przy uwzględnieniu następujących kryteriów:

- 1) stanowiska Komisji Ekonomicznej, o której mowa w art. 17,
- 2) rekomendacji Prezesa Agencji, o której mowa w art. 35 ust. 6,
- 3) istotności stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją,
- 4) skuteczności klinicznej i praktycznej,
- 5) bezpieczeństwa stosowania,
- 6) relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania,
- 7) stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym,
- 8) konkurencyjności cenowej,
- 9) wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców,
- 10) istnienia alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania,
- 11) wiarygodności i precyzji oszacowań kryteriów, o których mowa w pkt 3-10,
- 12) mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach,
- 13) wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz.U. z 2021 r. poz. 151), a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu - koszt uzyskania dodatkowego roku życia,
- 14) zobowiązania do zapewnienia ciągłości dostaw, o którym mowa w art. 25 pkt 4.

Biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 12 ustawy o refundacji oraz inne możliwe do zastosowania w danym stanie klinicznym procedury medyczne, które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek, Minister Zdrowia odmówił objęcia

refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu leku Phesgo (trastuzumabum + pertuzumabum) – do podań podskórnych końcem czerwca 2022 r.

Niezależnie od powyższego, Wnioskodawca ponownie złożył wniosek o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku Phesgo (trastuzumab + pertuzumab) we wskazaniu, tj. leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe), wczesnego HER2-dodatniego raka piersi trastuzumabem + pertuzumabem i chemioterapią oraz leczenie przerzutowego HER2- dodatniego raka piersi w I linii leczenia trastuzumabem + pertuzumabem z docetakselem w ramach programu lekowego B.9.FM. LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI (ICD-10: C50).

Postępowanie zakończyło się ponownie wydaniem decyzji Ministra Zdrowia o odmowie objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu leku Phesgo końcem marca 2024 r. Należy wskazać, że Podmiot odpowiedzialny w terminie ustawowym złożył wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy dla leku Phesgo. Wobec powyższego aktualnie ww. procesie administracyjnym toczy się proces odwoławczy w II instancji. Minister Zdrowia wyda decyzję w niniejszej sprawie (pozytywną lub negatywną) niezwłocznie po zakończeniu rozpatrzenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy leku Phesgo w ramach programu lekowego B.9. FM. LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI (ICD-10: C50).

Należy wskazać, iż zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2024 r., aktualnie pacjenci zmagający się z rakiem piersi mają dostęp do leczenia skutecznymi i bezpiecznymi terapiami w ramach programu lekowego B.9. FM. LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI (ICD-10: C50) m.in. pertuzumabem do podań dożylnych oraz trastuzumabem do podań podskórnych w preparatach jednoskładnikowych. Zgodnie z danymi w poniższej tabeli.

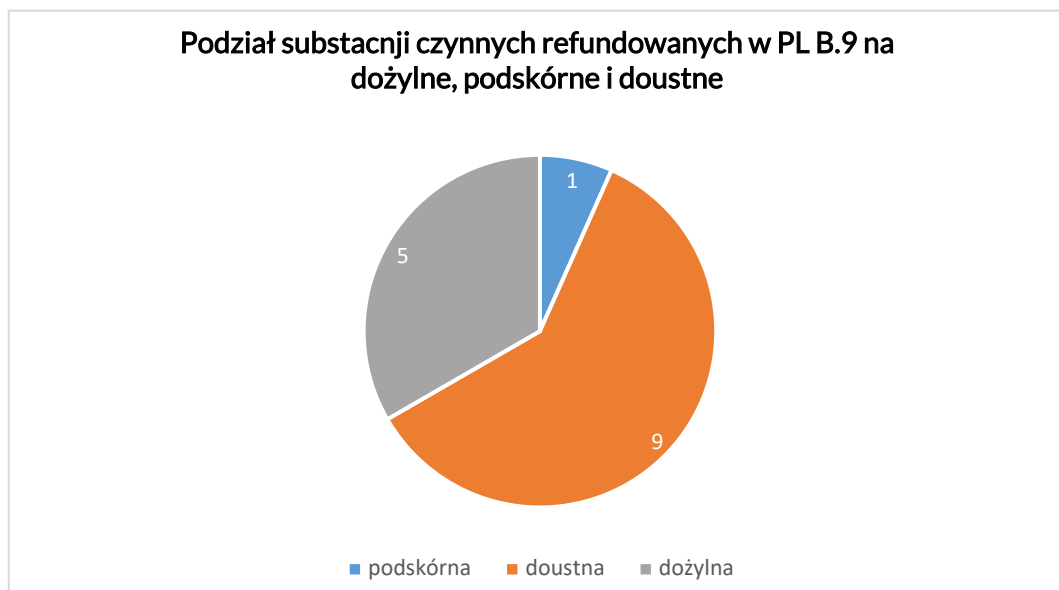
Nazwa	Substancja czynna	Postać	Dawka	Jednostka dawki	Wielkość opakowania	Program lekowy
Herceptin	Trastuzumabum	roztwór do wstrzykiwań	600	mg/5 ml	1 fiol. po 5 ml	B.9.FM.
Perjeta	Pertuzumabum	koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji	420	mg	1 fiol.	B.9.FM.
Kadcyla	Trastuzumabum emtansinum	proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji	100	mg	1 fiol. proszku	B.9.FM.

Kadcyla	Trastuzumabum emtansinum	proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji	160	mg	1 fiol. proszku	B.9.FM.
Enhertu	Trastuzumab deruxtecan	proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji	100	mg	1 fiol.	B.9.FM.
Keytruda	Pembrolizumabum	koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji	25	mg/ml	1 fiol. 4 ml	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.9.FM.; <4>B.10.; <5>B.52.; <6>B.58.; <7>B.59.; <8>B.148.; <9>B.159.
Lynparza	Olaparibum	tabl. powl.	150	mg	56 szt.	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.
Lynparza	Olaparibum	tabl. powl.	100	mg	56 szt.	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.
Ibrance	Palbociclibum	tabl. powl.	125	mg	21 szt.	B.9.FM.
Ibrance	Palbociclibum	tabl. powl.	100	mg	21 szt.	B.9.FM.
Ibrance	Palbociclibum	tabl. powl.	75	mg	21 szt.	B.9.FM.
Kisqali	Ribociclibum	tabl. powl.	200	mg	63 szt.	B.9.FM.
Verzenio	Abemaciclibum	tabl. powl.	150	mg	70 szt.	B.9.FM.
Verzenio	Abemaciclibum	tabl. powl.	100	mg	70 szt.	B.9.FM.
Verzenio	Abemaciclibum	tabl. powl.	50	mg	70 szt.	B.9.FM.
Talzenna	Talazoparibum	kapsułki twarde	0,25	mg	30 szt.	B.9.FM.
Talzenna	Talazoparibum	kapsułki twarde	1	mg	30 szt.	B.9.FM.
Piqray	Alpelisibum	tabl. powl.	150	mg	56 szt.	B.9.FM.
Piqray	Alpelisibum	tabl. powl.	50+200	mg	56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg)	B.9.FM.
Piqray	Alpelisibum	tabl. powl.	200	mg	28 szt.	B.9.FM.
Trodelyv	Sacituzumabum govitecanum	proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji	200	mg	1 fiol. proszku	B.9.FM.
Tukysa	Tucatinibum	tabl. powl.	50	mg	88 szt.	B.9.FM.
Tukysa	Tucatinibum	tabl. powl.	150	mg	84 szt.	B.9.FM.

Leki refundowane w PL B.9.FM Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2024 r.

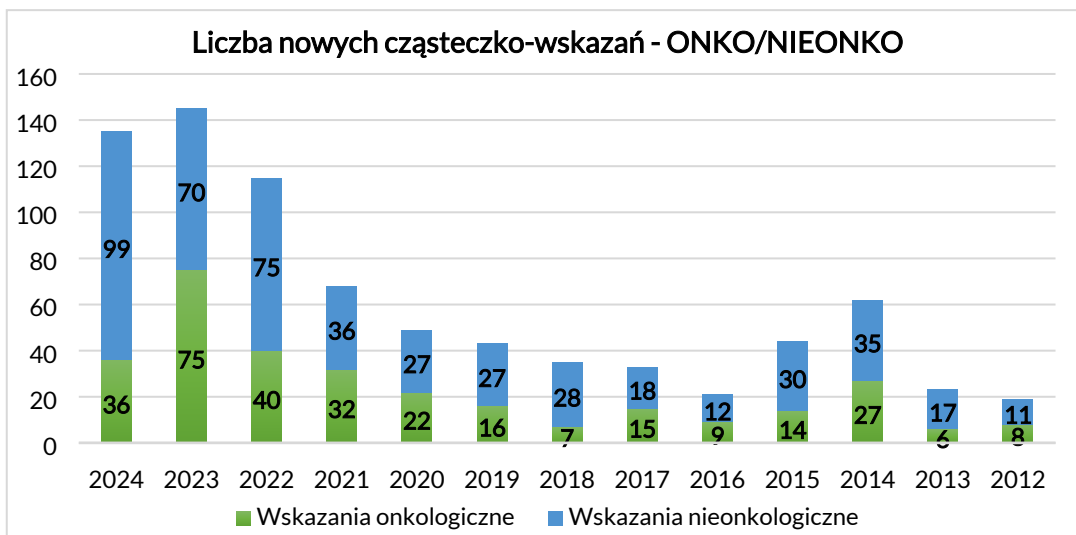
Ponadto należy wyjaśnić, iż pacjenci stosujący lek Phesgo będą musieli otrzymać skojarzoną chemioterapię drogą dożylną, co nie wyeliminuje całkowicie konieczności dożylnego podania leku w tej grupie chorych, a jedynie ograniczy ich ilość.

Biorąc pod uwagę terapie objęte refundacją w programie lekowym B.9.FM. LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI (ICD-10: C50), podział refundowanych substancji czynnych na dożylne, podskórne i doustne, przedstawia się następująco.

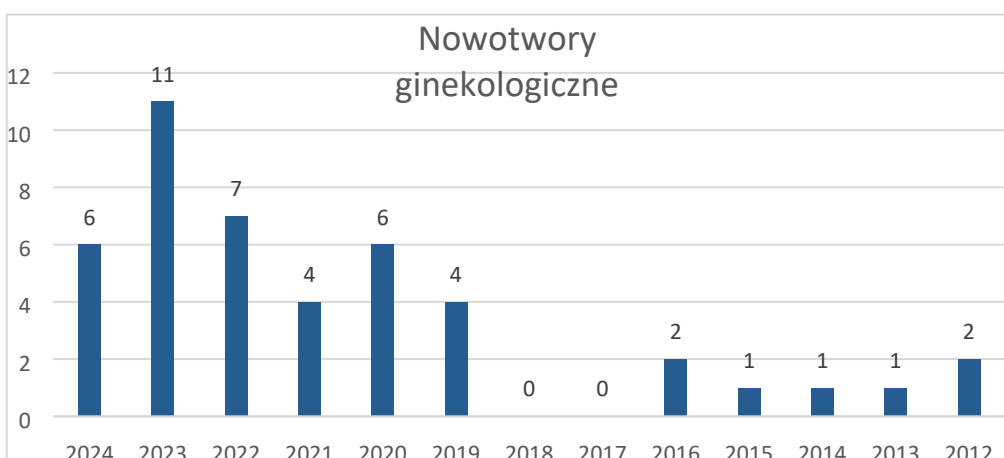


Należy wskazać, że 67 % substancji czynnych dostępnych w programie lekowym stosowanych jest przez pacjentów doustnie i podskórnie.

Ponadto należy wskazać, iż ostatnie lata stanowiły przełom w liczbie nowych terapii obejmowanych refundacją. Ministerstwo Zdrowia nieustająco rozwija listę leków refundowanych, a każde obwieszczenie przynosi dobre wiadomości dla pacjentów oczekujących na refundację produktów w schorzeniu, na które cierpią. Zwiększająca się liczba nowych objęć jest obserwowana szczególnie od 2019 r., gdzie wyraźnie zauważalny jest wzrost obejmowania refundacją wskazań onkologicznych. Na szczególną uwagę zasługuje rok 2022, w którym zrefundowanych zostało 115 innowacyjnych terapii, z czego 40 dotyczyło onkologii. Do historii przechodzi rok 2023, w którym refundacją objęto aż 145 innowacyjnych terapii (w tym 75 onkologicznych). Od początku istnienia ustawy refundacyjnej to właśnie w 2023 r. zaoferowano polskim pacjentom najwięcej możliwości w dostępie do innowacyjnych terapii. Obwieszczenia w roku 2024 r. to kolejne 135 nowych cząsteczko-wskazań (w tym 36 cząsteczko-wskazań onkologicznych).



Spośród nowych objęć u pacjentów zmagających się z nowotworami ginekologicznymi, w leczeniu raka piersi w 2024 r. rozszerzono dostęp refundacyjny dla 1 cząsteczko – wskazania, w 2023 r. objęto refundacją 7 nowych cząsteczko-wskazań (2 cząsteczko- wskazania dla pacjentek zmagających się z wczesnym rakiem piersi), a w 2022 r. objęto refundacją 5 nowych cząsteczko- wskazań (1 cząsteczko- wskazanie dedykowane pacjentkom z wczesnym rakiem piersi).



Mając na uwadze powyższe należy podkreślić, iż udostępnianie polskim pacjentom innowacyjnych i zróżnicowanych terapii o różnych drogach podania jest jednym z priorytetów Ministerstwa Zdrowia.

Odnosząc się do pozostałych pytań należy wskazać, iż rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z poszczególnych zakresach świadczeń nie określają norm zatrudnienia natomiast określają minimalne

warunki dla personelu medycznego realizującego świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń, w tym także z zakresu onkologii, ustalone na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Jednocześnie zgodnie z art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą stosuje minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek. Minimalne normy ustala kierownik podmiotu leczniczego po zasięgnięciu opinii: kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotów. Niemniej jednak wiadomym jest, że przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia personelu medycznego w podmiotach leczniczych uwzględnia się szereg różnych czynników, co powinno się przekładać na zróżnicowane zatrudnienie personelu medycznego.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace związane z realizacją reformy szpitalnictwa i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mające na celu wypracowanie mechanizmów umożliwiających stworzenie nowych warunków prawno - organizacyjnych do odwrócenia piramidy świadczeń, w tym także uelastyczenia procesu zarządzania kadrą medyczną z uwzględnieniem przesunięcia niezbędnych zasobów kadrowych w obszary o największych deficytach kadrowych lub rozszerzeniu wymaganego wachlarza kompetencji personelu medycznego, celem dopuszczenia do realizacji świadczeń osób o innych lub komplementarnych kwalifikacjach.

Planowane zmiany wiążą się z transformacją systemu szpitalnego, których elementem może okazać się modyfikacja warunków m.in. dla personelu medycznego niezbędnego do realizacji poszczególnych świadczeń gwarantowanych w procesie przenoszenia ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej, co powinno doprowadzić do efektywniejszego zarządzania zasobami posiadanymi przez podmioty lecznicze jak i zwiększenia dostępności do świadczeń. W ramach trzech planowanych faz związanych z transformacją systemu przewiduje się m.in. deregulację w ramach której uproszczone zostaną procedury administracyjne dla szpitali i zredukowane obowiązkowe wymogi, także w zakresie większej swobody kreowania polityki zatrudnienia personelu medycznego wobec

niedoboru osób posiadających określone kompetencje wymagane do realizacji świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach. Zmiany te będą przebiegały stopniowo.

Oczekiwanym wynikiem prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia prac będzie zmiana struktury udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego, a jednocześnie koszty opieki powinny zostać zredukowane poprzez wyeliminowanie bodźców do wykonania badań diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym w ramach świadczeń szpitalnych. Zwiększy się też dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej i poprawi się sytuacja grup szczególnie wrażliwych. W procesie tym możliwe będzie określenie nowych minimalnych warunków realizacji świadczeń, także w zakresie personelu medycznego niezbędnego do realizacji tych świadczeń.

Odzwierciedleniem przedstawionych koncepcji są m.in. równolegle prowadzone w Ministerstwie Zdrowia prace związane z rozszerzeniem katalogu świadczeń opieki koordynowanej w POZ m.in. w zakresie follow-up pacjenta po zakończonym leczeniu onkologicznym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Aktualnie trwa proces uzgadniania ze środowiskiem zainteresowanych lekarzy specjalistów onkologów listy nowotworów (wraz z przypisanymi badaniami kontrolnymi oraz standardami udzielania i sprawozdawania świadczeń), po wyleczeniu których świadczeniobiorcy mogą zostać objęci opieką lekarza POZ.

Należy jednocześnie wskazać, że warunki realizacji świadczeń gwarantowanych zostały przygotowane na podstawie opracowań analitycznych Prezesa AOTMiT we współpracy z ekspertami klinicznymi. Ewentualne zmiany w obszarze onkologicznych świadczeń gwarantowanych powinny przebiegać w zgodzie z kluczowymi zaleceniami w zakresie opieki onkologicznej, dotyczącej organizacji i postępowania klinicznego dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mając na względzie ujednoczenie postępowania w praktyce klinicznej i poprawę jakości tej opieki. Kluczowe zalecenia są opracowywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie postępowania diagnostyczno – leczniczego w onkologii, zgodnie z art. 24 ust 4 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.

Ponadto należy wskazać że rozliczanie i finansowanie ze środków publicznych świadczeń gwarantowanych odbywa się w ramach systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) obejmującego większość powtarzalnych i typowych zjawisk chorobowych, wymagających hospitalizacji. Produktem rozliczeniowym jest więc grupa, która ma przypisaną ryczałtowaną wartość rozliczeniową. Grupa wyróżniona jest na podstawie stosowanych procedur medycznych lub diagnozy schorzenia (schorzeń) o zbliżonej kosztowności, rozumianej jako zużycie podobnych zasobów szpitala, w tym zastosowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Niemniej jednak są odstępstwa od wskazanego mechanizmu, a przypadki wyraźnie wykraczające poza JGP i charakter ryczałtowy danej JGP, rozliczane są np. w trybie indywidualnej zgody płatnika na rozliczenie. Ostateczna decyzja o wyrażeniu indywidualnej zgody na sposób rozliczenia świadczeń należy do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie czy liczba kadry medycznej w Polsce jest wystarczająca – tym samym trudno jest zdefiniować niedobór bądź nadwyżkę lekarzy. Na kształtowanie się potrzebnej liczby kadry medycznej wpływa szereg czynników takich jak:

- 1) organizacja systemu ochrony zdrowia,
- 2) kompetencje i uprawnienia kadry medycznej,
- 3) optymalne rozmieszczenie kadry medycznej w regionach biorąc pod uwagę potrzeby społeczeństwa,
- 4) czas pracy i jego optymalizacja (poziom biurokracji, kwestia zatrudnienia asystentów medycznych, rozwój systemów informatycznych),
- 5) analizy dziedzinowe oraz możliwość zastępowania wybranych specjalistów przez dziedziny pokrewne,
- 6) dostępność miejsc szkoleniowych w regionach oraz zainteresowanie daną specjalizacją.

Jednocześnie, ze względu na złożoność tematu, niemożliwym jest określenie jakie będzie dokładne zapotrzebowanie na nią w przyszłości. Koncentrowanie się w dyskusji publicznej jedynie na liczebności kadry medycznej jest błędne, dlatego jako Ministerstwo Zdrowia staramy się patrzeć na ochronę zdrowia szerzej i kompleksowo.

1. Podstawowe statystyki dotyczące lekarzy z dziedziny onkologii w Polsce

W 2022 r. w Polsce było 1 114 pracujących lekarzy z dziedziny onkologii klinicznej. Większość pracowała w podmiocie leczniczym. Analizując lata 2019-2022 zaobserwowano wzrost liczby lekarzy onkologów (Tabela 1).

Tabela 1. Liczba pracujących lekarzy z dziedziny onkologii w wartościach bezwzględnych oraz 100 tys. ludności w latach 2019-2022 w Polsce.

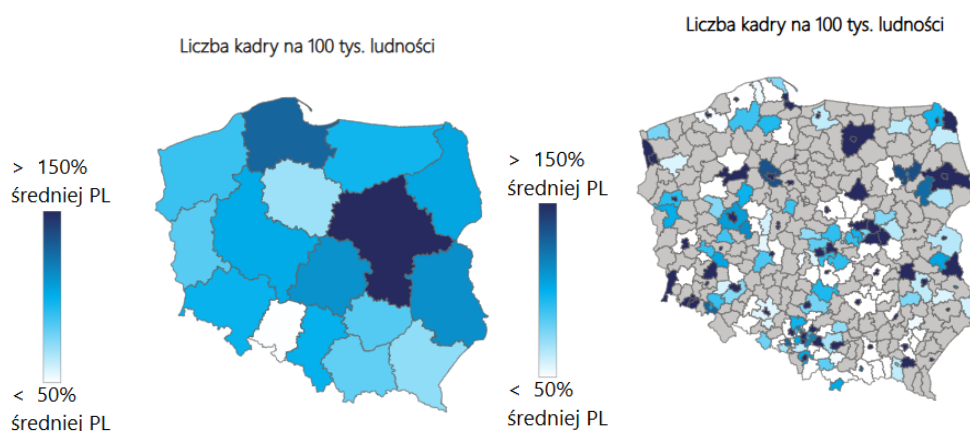
Rok	Liczba pracujących lekarzy z dziedziny onkologii		Liczba pracujących lekarzy z dziedziny onkologii na 100 tys. ludności		Liczba pracujących lekarzy z dziedziny onkologii w podmiocie leczniczym		Liczba pracujących lekarzy z dziedziny onkologii na 100 tys. ludności w podmiocie leczniczym	
	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Lekarze	982	1 114	2,6	2,9	939	1 082	2,4	2,9

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych CRL, NFZ, GUS.

2. Rozmieszczenie lekarzy onkologów w latach 2019-2022 w podziale na województwa

Liczba lekarzy onkologów w Polsce jest zróżnicowana regionalnie (na 100 tys. ludności) - Tabela 2. W przeliczeniu na 100 tys. ludności najwięcej lekarzy specjalistów z dziedziny onkologii pracuje w województwie mazowieckim (9,6 na 100 tys. ludności). Najmniej lekarzy onkologów jest w województwie opolskim (1,5 na 100 tys. ludności). W większości województw nastąpił wzrost liczby lekarzy w 2022 r. w porównaniu do 2019 r. Największy wzrost kadry lekarskiej obserwowany jest w województwie pomorskim, mazowieckim oraz lubelskim, a najmniejszy w województwie dolnośląskim a województwie kujawsko-pomorskim obserwowany jest spadek liczby lekarzy onkologów.

Mapa 1 Liczba lekarzy z dziedziny onkologii klinicznej w 2022 r. w Polsce (rozmieszczenie wg województw i powiatów)



Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych CRL, NFZ, GUS.

Tabela 2. Liczba lekarzy onkologów klinicznych w Polsce w 2019 r. i w 2022 r. w podziale na województwa.

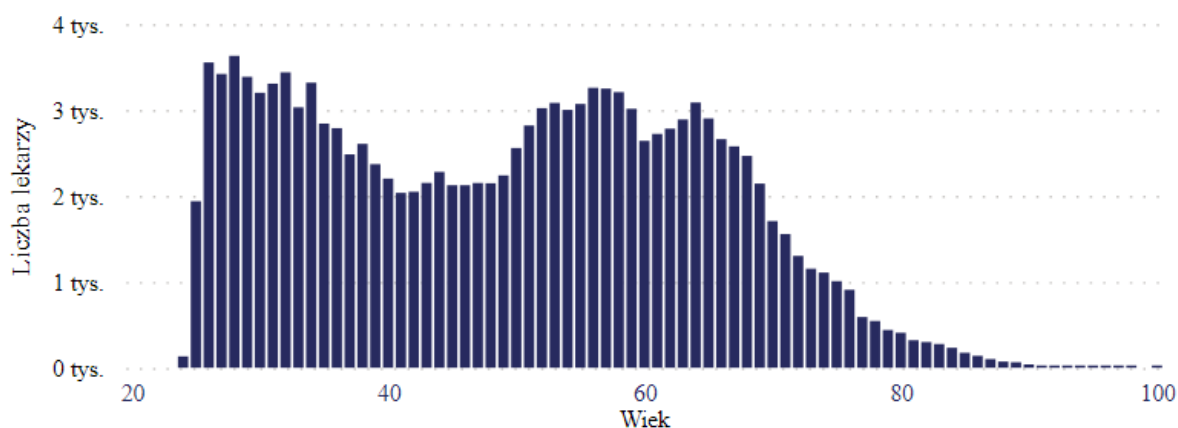
Województwo	2019 r.		2022 r.		Różnica pomiędzy liczbą lekarzy w 2022 r. i 2019 r. na 100 tys. ludności
	Liczba pracujących	na 100 tys. ludności	Liczba pracujących	na 100 tys. ludności	
dolnośląskie	80	2,8	84	2,9	0,1
kujawsko-pomorskie	43	2,1	41	2	-0,1
lubelskie	51	2,4	67	3,3	0,9
lubuskie	19	1,9	24	2,4	0,5
łódzkie	74	3	78	3,3	0,3
małopolskie	75	2,2	82	2,4	0,2
mazowieckie	453	8,4	527	9,6	1,2
opolskie	12	1,2	14	1,5	0,3
podkarpackie	40	1,9	44	2,1	0,2
podlaskie	30	2,5	35	3,1	0,6
pomorskie	62	2,6	89	3,8	1,2
śląskie	109	2,4	127	2,9	0,5
świętokrzyskie	23	1,9	29	2,5	0,6
warmińsko-mazurskie	38	2,7	39	2,9	0,2
wielkopolskie	98	2,8	105	3	0,2
zachodniopomorskie	34	2	43	2,6	0,6

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych CRL, NFZ, GUS.

3. Struktura wiekowa lekarzy specjalistów z dziedziny onkologii

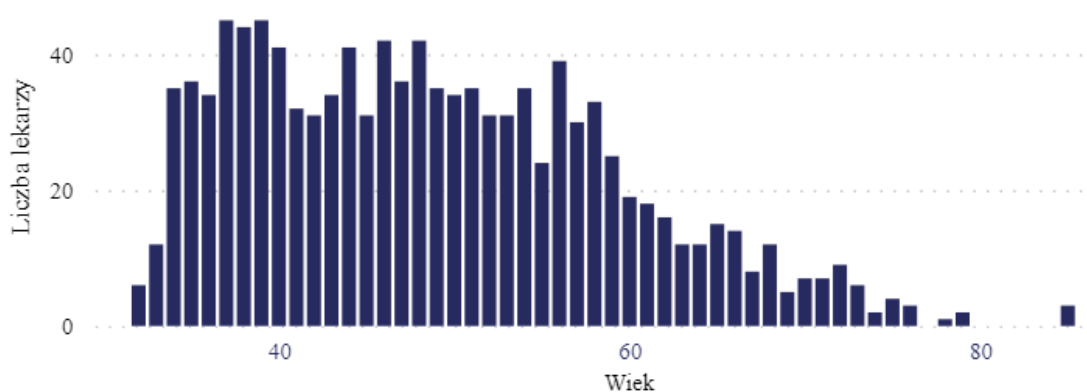
Struktura wiekowa lekarzy ogółem (bez podziału na dziedziny medycyny) charakteryzuje się przewagą osób w młodszych grupach wiekowych. Średni wiek lekarza pracującego w Polsce to 51 lat (Wykres 1). Średni wiek lekarza z dziedziny onkologii w 2022 r. to 48 lat. – również mamy wielu młodych lekarzy (Wykres 2).

Wykres 1. Rozkład wieku lekarzy pracujących ogółem w 2022 r. w Polsce.



Źródło: Opracowanie DAIŚ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS.

Wykres 2. Rozkład wieku pracujących lekarzy z *dziedziny onkologii* w 2022 r. w Polsce.



Źródło: Opracowanie DAIŚ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS, ZUS

4. Kształcenie lekarzy specjalistów

Liczba lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne stabilnie wzrasta wraz ze zwiększaniem liczby miejsc specjalizacyjnych w latach 2019 – 2023 (Tabela 3). Nie są jednak zapełniane wszystkie miejsca specjalizacyjne.

Liczba lekarzy kształcących się w dziedzinie onkologii spada na przestrzeni lat 2019-2023 pomimo zwiększania liczby miejsc specjalizacyjnych – duży wpływ na spadek ma zmniejszająca się liczba miejsc w trybie pozarezydenckim.

Tabela 3. Liczby lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w latach 2019 – 2023 z uwzględnieniem trybu szkolenia ze szczególnym uwzględnieniem dziedzin onkologii klinicznej.

	specjalizacja	31.12.2019	31.12.2020	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023
liczba lekarzy w trakcie specjalizacji	onkologia	433	423	439	430	407
	<i>tryb rezydencki</i>	327	328	343	340	323
	<i>tryb pozarezydencki</i>	106	95	96	90	84

liczba miejsc specjalizacyjnych	onkologia	666	700	737	767	782
---------------------------------	-----------	-----	-----	-----	-----	-----

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Liczba rezydentur przyznawanych przez Ministra Zdrowia oraz liczba osób zakwalifikowanych w trybie rezydenckim w ujęciu rocznym w latach 2016-2023 (Tabela 4) w dziedzinie onkologii klinicznej systematycznie rośnie. Liczba zakwalifikowanych kształtowała się od 42 osób w 2016 r. do 67 osób w 2023 r. Warto dodać, iż nie wszystkie miejsca na kierunku onkologia kliniczna są wykorzystywane - na przestrzeni lat 2016-2023 średni stosunek osób zakwalifikowanych w trybie rezydenckim do liczby miejsc rezydenckich wynosił 25,7%.

Tabela 4. Liczba rezydentur przyznawanych przez Ministra Zdrowia oraz liczba osób zakwalifikowanych w trybie rezydenckim w ujęciu rocznym w latach 2016-2023

Dziedzina medycyny	Rok	Liczba rezydentur przyznawanych przez Ministra Zdrowia (rocznie)	Liczba osób zakwalifikowanych w trybie rezydenckim (rocznie)	Udział procentowy liczby osób zakwalifikowanych (w trybie rezydenckim) w ogólnej liczbie rezydentur przyznawanych przez Ministra Zdrowia w danym roku (rocznie)
Onkologia kliniczna	2016	149	42	28,2%
Onkologia kliniczna	2017	178	56	31,5%
Onkologia kliniczna	2018	198	44	22,2%
Onkologia kliniczna	2019	169	41	24,3%
Onkologia kliniczna	2020	211	52	24,6%
Onkologia kliniczna	2021	234	64	27,4%
Onkologia kliniczna	2022	224	66	29,5%
Onkologia kliniczna	2023	371	67	18,1%

Źródło: opracowanie DAiS na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

5. Wymienialność lekarzy specjalistów, z uwzględnieniem specjalistów z dziedziny onkologii

Przewaga liczby lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie onkologii klinicznej nad liczbą lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, którzy za 4 lata osiągną wiek emerytalny świadczy o dobrym stanie zastępowalności tej grupy.

Tabela 3. Zastępowalność lekarzy onkologów w 2022 r.

Dziedzina specjalizacji	Liczba lekarzy na 100 tys. ludności w 2022 r.	Liczba lekarzy w 2022 r.	Maksymalny rok ukończenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, którzy są w trakcie	Prawdopodobna, sumaryczna liczba nowych lekarzy specjalistów w horyzoncie do maksymalnego	Liczba lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny w maksymalnym roku ukończenia szkolenia	Zmiana w liczbie lekarzy, którzy prawdopodobnie wejdą na rynek pracy i osiągną wiek emerytalny w maksymalnym roku

			specjalizacji	roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego (A)	specjalizacyjnego (B)	ukończenia szkolenia specjalizacyjnego (C = A - B)
Onkologia kliniczna	2,9	1114	2028	372	157	215

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych CRL, NFZ, ZUS, Ministerstwa Zdrowia

Liczba lekarzy w trakcie kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie onkologii była w 2022 r. znacznie wyższa niż liczba osób, które osiągną wiek emerytalny w przeciągu 4 lat. Można więc przypuszczać, że w Polsce oraz w każdym z województw nie istnieje ryzyko spadku liczby lekarzy onkologów poniżej wartości z 2022 r.

Uzupełniając powyższe leczenie raka piersi jest interdyscyplinarną domeną nowoczesnej medycyny i powinno opierać się o specjalistyczne ośrodki, które są w stanie zapewnić pacjentom właściwe rozpoznanie, pełną diagnostykę oraz optymalną terapię. Współpraca w tym zakresie odbywa się najczęściej pomiędzy lekarzami specjalistami w dziedzinach: onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej oraz patomorfologii.

Liczba lekarzy posiadających specjalizację i wykonujących zawód w poszczególnych dziedzinach:

- onkologii klinicznej – 261 lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji – 427,
- radioterapii onkologicznej – 875, w tym z I st. specjalizacji - 152 oraz lekarzy w trakcie specjalizacji -138,
- chirurgii onkologicznej – 1 073 lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji – 311,
- radiologii i diagnostyki obrazowej- 4 444 w tym z I st. specjalizacji - 478 oraz lekarzy w trakcie specjalizacji 1539,
- patomorfologii – 830, w tym z I st. specjalizacji - 167 oraz lekarzy w trakcie specjalizacji -150,

Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne stanowią dodatkowa kadrę lekarską i sukcesywnie, po zaliczeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, powiększają grono lekarzy specjalistów.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zapewnia całodobową opiekę lekarską. Liczba i kwalifikacje personelu niezbędnego dla zapewnienia tej opieki są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem: profili i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych, liczby i bieżącego wykorzystania łóżek oraz wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.

Należy podkreślić, że każdy lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Udzielanie świadczeń specjalistycznych wymaga jednak zdobycia specjalistycznej wiedzy i doświadczenia zawodowego po okiem lekarzy specjalistów. Zgodnie bowiem z art. 2 ust.1 i art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287) wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych,

w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wskazują, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Każdy zatem lekarz, który podjął pracę na oddziale specjalistycznym i oczekuje na uzyskanie wolnego miejsca specjalizacyjnego jest dodatkowym wsparciem lekarskim w pracy tych oddziałów wspomagając realizację kontraktu zawartego z NFZ

Jednocześnie, opiekę nad pacjentami z chorobami onkologicznymi mogą sprawować również pielęgniarki z kwalifikacjami specjalistycznymi, a także pielęgniarki, które w toku kształcenia przed dyplomowego zostały przygotowane do sprawowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z różnymi problemami zdrowotnymi. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia

przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.), absolwent studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo uzyskuje wiedzę i umiejętności m.in. w zakresie zasad diagnozowania, planowania, realizowania i oceniania opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową oraz przygotowania i podawania pacjentowi leków różnymi drogami zgodnie z uprawnieniami zawodowymi pielęgniarki lub pisemnym zleceniem lekarskim w określonych stanach klinicznych oraz produktów leczniczych z zestawów przeciwwstrząsowych ratujących życie.

Minister Zdrowia podejmuje wiele działań, które mają na celu zwiększenie liczby wykwalifikowanych pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia oraz zachęcenie do podejmowania kształcenia przygotowującego do wykonywania tego zawodu. Wprowadzane są rozwiązania systemowe mające na celu rozwój kompetencji i uprawnień zawodowych pielęgniarek, co przyczynia się do większej samodzielności zawodowej, ale też większej odpowiedzialności. W celu wzmocnienia roli pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej wprowadzone zostały zmiany do standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu pielęgniarki, mające na celu uprządkowanie kształcenia tak, aby było dostosowane do aktualnych potrzeb rynku pracy, który wejdzie w życie od roku akademickiego 2025/2026. Ponadto, Minister Zdrowia wspiera także rozwój zawodowy pielęgniarek poprzez dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych. W tym roku zaplanowano na ten cel 10 mln zł.

Zostały także przygotowane rozwiązania, wynikające z uchwalonej w dniu 8 listopada 2024 r. ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (UD 195), mające na celu umożliwienie położnym, w uzasadnionych przypadkach wynikających z braku możliwości podjęcia zatrudnienia jako położna, realizację świadczeń zdrowotnych wobec wszystkich pacjentów - niezależnie od płci i wieku, pod warunkiem ukończenia kursu uzupełniającego w zakresie pielęgniarstwa dla położnych. Dotychczasowe działania podejmowane przez Ministra Zdrowia na rzecz pielęgniarek mają pozytywny wpływ na zwiększenie zainteresowania młodych osób podejmowaniem kształcenia w tym zawodzie, a tym samym sukcesywny wzrost liczby pielęgniarek zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia. Wzrasta

liczba uczelni posiadających akredytację Ministra Zdrowia do prowadzenia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo na poziomie pierwszego stopnia oraz zwiększa się także liczba studentów na kierunku pielęgniarstwo I stopnia. Według danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, prowadzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, systematycznie wzrasta liczba pielęgniarek aktywnych zawodowo.

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