



DLD.050.23.2024.SR  
Warszawa, 19 grudnia 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 6601 z dnia 27 listopada 2024 r., złożoną przez Pana Posła Marcina Romanowskiego w sprawie pogłębiającego się kryzysu w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

**1. Zwiększenie finansowania systemu ochrony zdrowia:**

**Jakie konkretne działania podejmuje Ministerstwo Zdrowia w celu zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia oraz optymalizacji alokacji środków? Proszę o przedstawienie harmonogramu planowanych działań.**

Na wstępie należy wskazać, że minimalna wysokość środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia w relacji do PKB jest zdeterminowana ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146, z późn. zm.). Aktualnie, w art.131c ust. 1 ww. ustawy, ścieżka systemowego zwiększania poziomu nakładów na ochronę zdrowia w kolejnych latach została określona zgodnie z poniższym:

2024 r. – 6,20% PKB,

2025 r. – 6,50% PKB,

2026 r. – 6,80% PKB,

aż do osiągnięcia w 2027 r. oczekiwanego poziomu 7% PKB.

W 2025 r. zaplanowane nakłady na ochronę zdrowia w wysokości 222,2 mld zł są o 30,1 mld zł wyższe niż nakłady zaplanowane w roku 2024 (192,1 mld) i o 56,7 mld zł wyższe niż nakłady zaplanowane w roku 2023 (165,5 mld zł). Ponadto są one o blisko 0,6 mld zł wyższe od minimalnego poziomu nakładów wynikającego z ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (221,6 mld zł) i wynoszą 6,52% PKB, przy ustawowej wartości referencyjnej określonej na poziomie 6,50% PKB.

W 2025 r., zgodnie z projektem planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2025, pozytywnie zaopiniowanym przez Komisję Sejmu RP: Zdrowia i Finansów Publicznych oraz Radę NFZ, wysokość dotacji podmiotowej z budżetu państwa dla NFZ wyniesie 18 300 000 tys. zł.

Pragnę zapewnić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, systematycznie podejmuje działania mające na celu zwiększanie środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, pozwalających na zapewnienie stabilności finansowej podmiotów leczniczych.

W 2024 r. zostały podjęte następujące działania:

- Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ rozliczyli i sfinansowali świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w 2023 r. ponad limit umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zabezpieczono w tym celu środki finansowe w kwocie 2 237 597 tys. zł.

- Minister Finansów wyemitował i przekazał NFZ obligacje skarbowe o wartości 3 mld zł z przeznaczeniem na konkretne obszary świadczeń, m.in. leczenie onkologiczne i diagnostykę onkologiczną dzieci i dorosłych, psychiatrię dziecięcą, leczenie i diagnostykę chorób rzadkich dzieci.
- Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ przedstawili świadczeniodawcom aneksy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, implementujące wariant nr 3 rekomendacji Nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W efekcie niniejszego procesu aneksowaniem objęto 35 687 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwiększając ich wartość na II półrocze 2024 r. o 7 856 969 981,23 zł.
- Decyzją Minister Zdrowia, NFZ otrzymał wyższą dotację celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń – łączne zwiększenie środków przeznaczonych na zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. wyniosło dotychczas blisko 4 mld zł. Ponadto, zidentyfikowane w części 83 - Rezerwy celowe, naturalne oszczędności powstałe w związku z upływem ustawowego terminu ich podziału, pozwoliły na przekierowanie tych środków do części 46 - Zdrowie i zwiększenie planu wydatków w tej części o 1,2 mld zł z przeznaczeniem na dotację podmiotową dla NFZ, umożliwiającą dalsze sfinansowanie nadwykonań za III kwartał 2024 r.

## 2. Zwiększenie liczby miejsc na studiach medycznych :

**Czy rząd planuje zwiększyć liczbę miejsc na kierunkach medycznych oraz podjąć działania zachęcające młodych lekarzy i pielęgniarki do pozostania w kraju? Jeśli tak, jakie są konkretne kroki i terminy ich realizacji?**

Na wstępie informuję, że w przypadku lekarzy i lekarzy dentystów na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat ich liczba zwiększyła się. Według danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską, liczba aktywnych zawodowo lekarzy i lekarzy dentystów systematycznie wzrasta – wg stanu na dzień 31 grudnia 2023 r. wynosiła 155 833 lekarzy i 41 144 lekarzy dentystów (stan na 31 grudnia 2010 r.- 121 621 lekarzy i 32 462 lekarzy dentystów, stan na 31 grudnia 2015 r.- 131 076 lekarzy i 35 461 lekarzy dentystów). Wzrost przedstawia poniższy wykres:



W Ministerstwie Zdrowia sukcesywnie realizowane są działania mające na celu zwiększenie w systemie opieki zdrowotnej liczby aktywnych zawodowo lekarzy i lekarzy dentystów, uatrakcyjnienie oraz zwiększenie prestiżu tych zawodów, a także zachęcenie do podejmowania kształcenia w tych zawodach. Poniżej wskazano główne działania: w trakcie kształcenia przeddyplomowego – studia:

- 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)
- wprowadzenie wsparcia finansowego (tzw. kredytu) dla osób podejmujących studia odpłatne na kierunku lekarskim prowadzonym w języku polskim  
Zgodnie z art. 103a ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2024 poz. 1571) „student odbywający studia na kierunku lekarskim w języku polskim na warunkach odpłatności może ubiegać się o kredyt na pokrycie opłat za usługi edukacyjne na tych studiach, zwany dalej kredytem na studia medyczne”.

Ww. przepisy umożliwią zatem ubieganie się o kredyt na studia medyczne również przez studentów cudzoziemców pod warunkiem, że realizują kształcenie na studiach niestacjonarnych na warunkach odpłatności w języku polskim. Należy podkreślić, że to w interesie przede wszystkim polskich pacjentów jest dążenie do tego, aby lekarze, wykształceni z pieniędzy polskiego podatnika, po ukończeniu studiów oraz szkolenia specjalizacyjnego w Polsce, służyli polskim pacjentom, w szczególności w podmiotach realizujących świadczenia ze środków publicznych. Bez wątpienia instytucja kredytu na studia medyczne stanowi jeden z niezwykle istotnych rozwiązań zmierzających do poprawy dostępności pacjentów do wysokiej klasy specjalistów.

Warto nadmienić, że umorzenie kredytu na studia medyczne przez Ministra Zdrowia, co do zasady, jest możliwe w przypadku spełnienia przez studenta łącznie dwóch następujących warunków:

- 1) wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach praktyki zawodowej lub w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w oparciu o kontrakt z płatnikiem publicznym, czyli NFZ), przez 10 lat w okresie 12 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu, oraz
- 2) uzyskania w okresie, o którym mowa w punkcie 1., tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 16g ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2024 poz. 1287). Maksymalna wysokość kredytu na studia medyczne rozpoczęte w roku akademickim 2024/2025 wynosi 22 000 zł na jeden semestr studiów przez okres objęty kredytowaniem. W przypadku studentów, którzy skorzystają z kredytu na studia medyczne w pełnym wymiarze, tj. począwszy od pierwszego semestru roku akademickiego 2024/2025 aż do ich ukończenia, dzięki dopłatom z Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych, zasilanego dotacją Ministra Zdrowia (część 46 - Zdrowie), z kredytu na studia medyczne zostaną sfinansowane im opłaty za studia w maksymalnej wysokości 264 000 zł.

W wyniku podjętej ww. interwencji legislacyjnej, należy oczekiwać następujących efektów:

- ograniczenia zjawiska emigracji absolwentów polskich uczelni, którzy zrealizowali kształcenie na kierunku lekarskim w języku polskim na warunkach odpłatności,
- wzrostu liczby lekarzy specjalistów, w szczególności w dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe,
- wsparcia budżetów domowych w związku z brakiem obowiązku ponoszenia kosztów opłat za usługi edukacyjne na studiach odpłatnych w języku polskim lub tylko częściowym zaangażowaniem środków prywatnych z uwagi na znaczne dopłaty do studiów z budżetu państwa,
- zwiększenia liczby lekarzy, którzy po ukończeniu studiów zasilą polski system opieki zdrowotnej.

w trakcie szkolenia specjalizacyjnego:

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

w trakcie wykonywania zawodu:

- możliwość otrzymania wyższego wynagrodzenia zasadniczego po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego – o 600 zł miesięcznie w dziedzinie niepriorytetowej lub o 700 zł miesięcznie w dziedzinie priorytetowej, pod warunkiem przepracowania łącznie 2 lat w publicznym podmiocie leczniczym w ciągu kolejnych 5 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.

W przedmiotowym zakresie wskazać należy również na działania podjęte w ramach Krajowego Planu Odbudowy (KPO). Działania mające na celu odpowiedź na problem niedoboru wykwalifikowanego personelu medycznego były głównym przesłaniem związanym z określeniem założeń dla inwestycji D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”, realizowanej w ramach celu szczegółowego D2. „Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych”. Celem inwestycji D2.1.1 jest zwiększenie potencjału obiektów dydaktycznych z obszaru medycyny oraz wsparcie studentów podejmujących studia medyczne, szczególnie w odniesieniu do kierunków medycznych określonych w art. 68 ust. 1 pkt 1-8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (kierunki: lekarski, lekarsko-dentystyczny, farmacja, pielęgniarstwo, położnictwo, diagnostyka laboratoryjna, fizjoterapia, ratownictwo medyczne). Składa się ona z uzupełniających się subinwestycji, których celem jest:

- 1) stworzenie tymczasowego systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych,
- 2) modernizacja bazy dydaktycznej na potrzeby kształcenia przedklinicznego,
- 3) wdrożenie nowych rozwiązań w zakresie kształcenia z wykorzystaniem technologii cyfrowych,
- 4) dostosowanie i udoskonalenie bazy klinicznej na potrzeby nauczania w centralnych szpitalach.

W ramach inwestycji D2.1.1 KPO realizowanych jest szereg zadań wpływających na zwiększenie liczby absolwentów wszystkich kierunków medycznych oraz wspierających zatrudnienie w podmiotach leczniczych absolwentów kończących te studia, co pozwala na zatrzymanie w kraju osób, które właśnie uzyskały kwalifikacje do pracy w zawodach medycznych.

Należy również dodać, że aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad modelem popytowym i podażowym dla lekarzy oraz pozostałej kadry medycznej, który pozwoli dokładniej odpowiedzieć na pytanie dotyczące popytu na kadrę medyczną w Polsce. Część analiz została już opublikowana w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (<https://basiw.mz.gov.pl/mapyinformacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/>). Należy podkreślić, że wiele ze wspomnianych powyżej działań przyniesie efekty w okresie 5-10 lat, co należy uwzględnić oceniając ich efektywność i planując dalsze działania. Dla przykładu, analizy dokonane przez Departament Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia oraz niezależne analizy Naczelnej Izby Lekarskiej wskazują, że utrzymanie obecnego limitu przyjęć na kierunki lekarskie spowoduje nadmiar lekarzy w Polsce w przeciągu następnych 10 lat. W związku z powyższym, pomimo iż nadal odczuwane są braki w dostępie do specjalistów, konieczne jest odejście od dalszego zwiększania liczby kształconych lekarzy.

W odniesieniu do pielęgniarek, wprowadzane są rozwiązania systemowe mające na celu rozwój kompetencji i uprawnień zawodowych pielęgniarek, co przyczynia się do większej samodzielności zawodowej, ale też powoduje większą odpowiedzialność. W celu wzmocnienia roli pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej wprowadzone zostały zmiany do standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu pielęgniarki, mające na celu upracticznienie kształcenia tak, aby było dostosowane do aktualnych potrzeb rynku pracy, który wejdzie w życie od roku akademickiego 2025/2026.

W ramach Krajowego Planu Odbudowy realizowany jest „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026”, w ramach którego przyznano stypendia oraz bezzwrotne wsparcie dla studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Wsparcie to będzie kontynuowane w kolejnych edycjach.

Planowane jest również uruchomienie mentoringu dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.

Ponadto poszerzony został wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, na które pielęgniarki będą mogły wystawiać recepty oraz wykaz badań diagnostycznych, na które będą miały prawo wystawiać skierowania.

Ministerstwo Zdrowia wspiera także rozwój zawodowy pielęgniarek poprzez dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych. W tym roku zaplanowano na ten cel 10 mln zł. Ustawą o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw, uchwaloną na 21 posiedzeniu Sejmu w dniu 8 listopada 2024 r. i przekazaną do podpisu Prezydenta RP, do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadzono przepis umożliwiający 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 Ministerstwo 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 I 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.

### **3. Skrócenie czasu oczekiwania na wizyty u specjalistów :**

**Jakie kroki są podejmowane, aby skrócić czas oczekiwania na wizyty u specjalistów oraz dostęp do procedur diagnostycznych i terapeutycznych? Proszę o przedstawienie planu działań wraz z terminami ich wdrożenia.**

Ministerstwo Zdrowia nieustannie podejmuje działania w zakresie zapewnienia na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających kwalifikacje specjalisty, które wskazano w odpowiedzi na pytanie 2. niniejszej interpelacji, czego skutkiem ma być m.in. zmniejszenie czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty.

Ponadto rozważane jest wprowadzenie zmian w zasadach rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej oraz określenie minimalnego wymaganego poziomu świadczeń pierwszorazowych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS). Jednocześnie planowany jest dalszy rozwój opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Objęcie pacjenta opieką koordynowaną umożliwi lekarzowi rodzinnemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty oraz zapewnienie wybranych konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania go do poradni specjalistycznych. Przekłada się to na zmniejszenie obciążenia poradni specjalistycznych i skrócenie czasu oczekiwania. Liczba zawieranych umów w ramach opieki koordynowanej stale rośnie –

według danych na dzień 24 września 2024 r. w skali kraju podpisano 2 272 takich umów, co stanowi 37% ogółu umów zawartych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Ministerstwo Zdrowia stale analizuje również warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w kontekście liberalizacji minimalnych wymagań stawianych podmiotom leczniczym, które chcą realizować świadczenia finansowane ze środków publicznych z jednoczesnym zachowaniem wysokiego poziomu udzielanych świadczeń. Ponadto Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizy mające na celu potwierdzenie zasadności poszerzania zakresu personelu uprawnionego do udzielania poszczególnych świadczeń, co powinno spowodować zwiększenie liczby udzielanych świadczeń oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.

Celem Ministerstwa Zdrowia jest również zapewnienie większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne przez m.in. rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt. Obecnie prowadzone są prace mające na celu zapewnienie optymalnego wykorzystania terminów świadczeń oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców, w tym zwalniających się także w ostatniej chwili. Wprowadzenie jednej centralnej listy i Centralnej e-Rejestracji, umożliwiającej pacjentowi wybór świadczeniodawcy z najkrótszym czasem oczekiwania spośród wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczenia z danego zakresu, przyspieszy termin uzyskania świadczenia. Ponadto system ten ma na celu ułatwienie pacjentowi odwołania (i zmiany) terminu świadczenia, w ramach systemu Centralnej e-Rejestracji. Zgodnie z założeniami, system e-Rejestracji zapewni możliwość samodzielnego umawiania się na wybrane świadczenia – w każdej chwili przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP) lub przez Infolinię Centralnej e-Rejestracji oraz wygodną możliwość odwołania wizyty lub zmiany terminu. Ponadto Centralna e-Rejestracja ułatwi sprawdzanie na bieżąco terminów wizyt i będzie przypominała o terminie wizyty przez konsultanta, IKP, SMS albo e-mail, w sposób wskazany przez pacjenta. Rozwiązania w tym zakresie są obecnie testowane w formie pilotażu, m.in. w odniesieniu do umawiania porad specjalistycznych z zakresu kardiologii. Zaawansowane są także prace nad projektem ustawy, która ma na celu powszechne stosowanie e-Rejestracji.

Ministerstwo Zdrowia planuje również zapewnienie większego dostępu do poradni specjalistycznych, poprzez poprawę jakości diagnostyki i leczenia w ramach AOS oraz wyrównywanie różnic w dostępności. Służyć temu będzie wsparcie inwestycji w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie AOS w ponadregionalnych podmiotach leczniczych (dla których organem założycielskim lub prowadzącym jest minister lub wojewoda).

Jednocześnie informuję, że aktualnie nie jest możliwe dokładne określenie terminów wdrożenia planowanych zmian.

#### **4. Wsparcie dla personelu medycznego :**

**Czy Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzenie mechanizmów wsparcia dla lekarzy i pielęgniarek, takich jak lepsze warunki pracy, systemy motywacyjne czy wsparcie psychologiczne? Jeśli tak, jakie są szczegóły tych działań i kiedy zostaną one wprowadzone?**

W pierwszej kolejności należy wskazać, że minister właściwy do spraw zdrowia nie pełni funkcji pracodawcy w stosunku do pracowników podmiotów leczniczych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przede wszystkim ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 poz. 799), obowiązki pracodawcy w stosunku do pracowników danego podmiotu leczniczego wykonuje kierownik/ dyrektor tego podmiotu. To jego obowiązkiem jest m.in. dbałość o warunki, atmosferę pracy i właściwą organizację pracy w danym podmiocie. To zaś, że dany podmiot leczniczy bądź podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w żadnym razie nie nakłada na Ministra Zdrowia obowiązku przyjęcia na siebie obowiązków i uprawnień przysługujących pracodawcy bądź tzw. podmiotowi tworzącemu dany podmiot leczniczy.

Jednocześnie wskazania wymaga, że w przypadku pracowników podmiotów leczniczych wykonujących zawody medyczne i okołomedyczne (tzw. działalności podstawowej), podstawowym aktem prawnym regulującym poziom minimalnych wynagrodzeń nie jest ustawa z dnia 10 stycznia 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. 2024 poz. 1773), lecz ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. 2022 poz. 2139), wprowadzająca m.in. coroczną waloryzację, począwszy od dnia 1 lipca 2024 r., wynagrodzeń zasadniczych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę pracowników tzw. działalności podstawowej podmiotów leczniczych (a więc także lekarzy i pielęgniarek), w oparciu o wskaźnik wzrostu kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzednim, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

## 5. Reformy strukturalne w systemie ochrony zdrowia :

**Jakie konkretne reformy strukturalne są obecnie przygotowywane w celu poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia? Proszę o przedstawienie harmonogramu ich realizacji.**

W Ministerstwie Zdrowia od kilku miesięcy trwają prace legislacyjne nad projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD71), zawierającej szereg rozwiązań reformujących system szpitalny w naszym kraju. W dniu 20 listopada 2024 r. została skierowana do konsultacji publicznych kolejna wersja tego projektu, przewidująca:

### 1) reformę struktury oraz zasad kwalifikacji do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ/ sieć szpitali)

Proponuje się odejście od dotychczasowego wyodrębnienia w PSZ 6 poziomów zabezpieczenia. Dotychczasowe kryteria kwalifikacji do poszczególnych poziomów były skomplikowane i mało przejrzyste, a sam podział na poziomy zabezpieczenia w istocie nie przynosił żadnej wartości dodanej dla pacjentów, stwarzając jednocześnie mylne wrażenie, że chodzi o rodzaj poziomów referencyjnych. Do nowej „sieci szpitali” – która rozpocznie działanie od dnia 1 lipca 2027 r. – zostaną zakwalifikowane wszystkie szpitale mające przynajmniej jeden profil w zakresie leczenia szpitalnego (oddział szpitalny) w trybie pełnej hospitalizacji, objęty dotychczasową umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres co najmniej 2 lat. Kwalifikacji, na terenie danego województwa, będzie dokonywał właściwy wojewoda, po zasięgnięciu opinii zespołu złożonego z przedstawicieli: podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ)/ podmiotów leczniczych w formie spółek działających na terenie województwa, dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, wojewody i właściwego konsultanta wojewódzkiego albo krajowego, kierując się m.in. potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, określaną w szczególności w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych oraz krajowy i wojewódzki plan transformacji, oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający wysoką jakość tych świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów.

Proponuje się także:

- uproszczenie i złagodzenie zasad regulujących objęcie umową o udzielanie świadczeń w ramach PSZ wybranych dodatkowych rodzajów świadczeń,
- wprowadzenie regulacji umożliwiającej, na wniosek świadczeniodawcy i za zgodą NFZ, dokonanie w umowie o udzielanie świadczeń w ramach PSZ zmiany polegającej na:
  - wykreśleniu danych profili świadczeń, z jednoczesnym zawarciem dodatkowej umowy (bez konkursu) na odpowiadające tym profilom zakresy realizowane w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia,
  - całkowitej rezygnacji z udzielania świadczeń w danym profilu,
  - zamianie szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) na izbę przyjęć (IP) lub IP na SOR;

- uelastycznienie i racjonalizację zasad udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach PSZ (obowiązek udzielania tych świadczeń tylko dla szpitali posiadających SOR).

Proponowane zmiany w PSZ powinny przyczynić się do koncentracji świadczeń szpitalnych zabiegowych w ośrodkach dysponujących większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, a jednocześnie do lepszego wykorzystania ograniczonych zasobów, w tym poprzez zmniejszenie liczby szpitali utrzymujących stałą gotowość do udzielania świadczeń w trybie ostrym.

2) wdrożenie rozwiązań umożliwiających konsolidację podmiotów leczniczych oraz wzmocnienie nadzoru podmiotów tworzących nad tworzeniem i realizacją programów restrukturyzacyjnych

Projekt wprowadza możliwość tworzenia i prowadzenia SPZOZ oraz podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych przez związki jednostek samorządu terytorialnego (JST). Dzięki temu rozwiązaniu, JST będą mogły łączyć podmioty lecznicze, co umożliwi tworzenie większych i bardziej efektywnych jednostek. Jednocześnie projekt uszczegóławia przepisy dotyczące programów naprawczych, które dotyczą zarówno SPZOZ, jak i podmiotów w formie spółek. Sporządzenie programu poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Program ma uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych.

Przewiduje się, że ww. projekt ustawy powinien zostać przyjęty przez Radę Ministrów i skierowany do Sejmu w styczniu 2025 r.

## 6. Wprowadzenie bonu stomatologicznego:

### **Kiedy planowane jest wprowadzenie tego bonu i jakie będą jego główne założenia?**

Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace analityczne ukierunkowane na zagwarantowanie szerokiego dostępu do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Rozważane są różne scenariusze, komplementarne do istniejącego systemu i umożliwiające korzystanie z bezpłatnych świadczeń niezależnie od miejsca zamieszkania i możliwości lokalnego transportu, w tym również w szkołach. Dodatkowo, pod uwagę brane są kampanie ukierunkowane na podkreślenie znaczenia stomatologii dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Działania w tym obszarze wymagają szerokiego i kompleksowego podejścia. Warto jednocześnie zaznaczyć, że kierunkowe działania i decyzje, dotyczące między innymi zmian w opiece stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą będą podejmowane sukcesywnie w ramach wspólnego dialogu na rzecz ochrony zdrowia.

## 7. Zapewnienie opieki stomatologicznej w szkołach :

### **Jaki jest harmonogram wdrożenia tego programu i jakie środki zostaną na niego przeznaczone?**

Wskazania wymaga, że zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078), obowiązek zapewnia uczniom możliwości korzystania z gabinetu dentystycznego spoczywa na organie prowadzącym szkołę (najczęściej jest to jednostka samorządu terytorialnego).

W odniesieniu do sposobu realizacji tego zadania, ustawa przewiduje elastyczne rozwiązania umożliwiające organom prowadzącym szkoły dostosowanie organizacji miejsca i warunków udzielania świadczeń do poszczególnych placówek. Może to być utworzenie gabinetu dentystycznego na terenie szkoły, a w przypadku braku gabinetu w szkole, organ prowadzący szkołę zawiera porozumienie z podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającym świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży finansowanych ze środków publicznych, w którym określa się sposób organizacji udzielania świadczeń.

Tworzenie gabinetu w szkole nie zawsze jest rozwiązaniem optymalnym, dlatego organ prowadzący ma możliwość wyboru alternatywnych sposobów zapewnienia uczniom

możliwości korzystania z gabinetu dentystycznego. Stąd możliwość zawarcia porozumienia z tzw. gabinetem współpracującym ze szkołą, w którym uczniowie korzystają ze świadczeń stomatologicznych poza kolejnością. Uzupełniającym sposobem zapewnienia uczniom opieki dentystycznej jest dentobus.

#### **8. Zniesienie limitów w leczeniu szpitalnym :**

**Kiedy planowane jest zniesienie tych limitów i jakie będą tego konsekwencje dla pacjentów?**

Obecnie nie są prowadzone prace w zakresie zniesienia limitów w leczeniu szpitalnym. Ministerstwo Zdrowia nie jest w stanie określić przybliżonego terminu przedmiotowych prac.

#### **9. Poprawa dostępności do znieczuleń podczas porodów :**

**Jakie działania są podejmowane w tym zakresie i kiedy pacjentki mogą spodziewać się realnych zmian?**

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2023 poz. 1324), rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie.

W celu poprawy dostępu do znieczulenia okołoporodowego w przypadku wszystkich porodów zakończonych drogami natury, wprowadzono finansowe zachęty dla szpitali. Zgodnie z zarządzeniem nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresach położnictwo i ginekologia na poszczególnych poziomach referencyjnych związanych z porodem drogami natury z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego, wartość dedykowanych produktów rozliczeniowych jest korygowana w zależności od udziału porodów zakończonych drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – w znieczuleniu podpajęczynówkowym, do wszystkich porodów zakończonych drogami natury, współczynnikiem o wartości:

- 1) udział < 5% – 0,95,
- 2) udział > 10% – 1,12,
- 3) udział > 20% – 1,19,
- 4) udział > 35% – 1,21.

Szpitalne są premiowane, jeśli zapewnią znieczulenie zewnątrzoponowe lub znieczulenie podpajęczynówkowe (w uzasadnionych przypadkach), przy co najmniej 10% wszystkich porodów naturalnych. Efekt wprowadzonej z dniem 1 lipca 2024 r. premii finansowej za znieczulenia zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe już jest widoczny – zgodnie z danymi NFZ, w miesiącach od stycznia do września 2024 r. było 21 555 porodów ze znieczuleniem na 96 228 porodów drogami natury, co daje średnio 22,4% znieczulanych porodów (z tendencją rosnącą – sierpień 24,55%, dane za wrzesień niepełne), podczas gdy w 2023 r. takich porodów było 17%.

Wskaźniki dotyczące porodów i opieki okołoporodowej w latach 2019-2023 prezentuje interaktywny raport dostępny pod adresem :

<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/porody-opieka-okoloporodowa>

W raporcie wskazano informację o liczbie porodów ze znieczuleniem w konkretnych podmiotach leczniczych. Powyższe ułatwia ciężarnym wybór szpitala, w którym będą chciały urodzić.

Pomimo istotnej poprawy sytuacji na polskich porodówkach w ostatnim czasie, wiele obszarów wymaga dalszych zmian, dlatego w resorcie zdrowia trwają prace nad rozporządzeniem podnoszącym standardy okołoporodowe na wyższy poziom. Kwestia

poprawy dostępności do znieczuleń przy porodach była w Ministerstwie Zdrowia tematem prac grupy roboczej, składającej się z ekspertów i praktyków, w tym z lekarzy anestezjologów i położników, która zaproponowała zmiany w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej polegające m.in. na:

- wprowadzeniu obowiązku dla podmiotów leczniczych polegającego na publikowaniu informacji o dostępnych w podmiocie metodach łagodzenia bólu porodowego na swojej stronie internetowej i regularna jej aktualizacja. Pozwoli to na komfortowe podjęcie przez rodzicą wcześniejszej decyzji, co do wyboru miejsca porodu, jak również zagwarantuje większą konkurencję podmiotów o zdobycie odpowiednio wysokiej liczby rodzących, zapewniając jak najszerszy wachlarz metod łagodzenia bólu porodowego,
- doprecyzowaniu sposobu podawania opioidów w metodach farmakologicznych łagodzenia bólu porodowego, w celu wykluczenia stosowania petydyny, która podawana domięśniowo może powodować wiele działań niepożądanych, zarówno u matki, jak i dziecka, z uwagi na jej długi okres półtrwania w organizmie,
- wprowadzeniu przepisów umożliwiających wykonywanie przez lekarza więcej niż jednej analgezji rodzącej jednocześnie, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzącym oraz gwarantując efektywne wykorzystanie kadry medycznej i zwiększając dostęp do tej metody łagodzenia bólu porodowego,
- zwiększeniu udziału położnych anestezjologicznych w opiece nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej poprzez doprecyzowanie, że położna anestezjologiczna, która sprawuje opiekę nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej, nie będzie jednocześnie prowadzić porodu.

Nowelizacja standardów opieki okołoporodowej ma na celu zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentkom oraz personelowi medycznemu, a także poprawę funkcjonowania szpitali.

W tej chwili projekt jest w uzgodnieniach wewnętrznych i w najbliższym czasie będzie skierowany do uzgodnień zewnętrznych i konsultacji społecznych.

#### **10. Konsolidacja szpitali:**

##### **Jakie są plany dotyczące konsolidacji szpitali i jaki jest harmonogram tych działań?**

Procedowany obecnie projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadza możliwość prowadzenia podmiotów leczniczych przez związki jednostek samorządu terytorialnego. W aktualnym stanie prawnym podmiotami tworzącymi dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mogą być jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast nie mogą nimi być związki jednostek samorządu terytorialnego, co utrudnia konsolidację tych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz uniemożliwia efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich i materialnych. Projekt ustawy przewiduje możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a także podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych, również przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące. Dzięki temu rozwiązaniu, jednostki samorządu będą mogły łączyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, co umożliwi tworzenie większych i bardziej efektywnych podmiotów leczniczych. Tworzenie ww. będzie fakultatywne, co oznacza, że to jednostki samorządu terytorialnego będą podejmowały decyzje w tym zakresie. A zatem proces konsolidacji będzie miał charakter oddolny i dobrowolny.

Przewiduje się, że ww. projekt ustawy powinien zostać przyjęty przez Radę Ministrów i skierowany do Sejmu w styczniu 2025 r.

Z wyrazami szacunku,  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Jerzy Szafranowicz  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/