



Minister Zdrowia

RKLU.050.14.2025.MK
Warszawa, 04 sierpnia 2025

Pan Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
na podstawie art. 115 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.) oraz art. 193 Regulaminu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. (M.P. z 2022 r. poz. 990, z późn. zm.), przekazuję poniżej odpowiedzi na zapytanie nr 2588 Pani Poseł Anny Schmidt, w sprawie niedoborów kadry medycznej w szpitalach powiatowych w woj. podkarpackim.

Na wstępie należy zaznaczyć, iż w Polsce liczba lekarzy aktywnych zawodowo w odniesieniu do liczby mieszkańców nie odbiega od wielkości obserwowanych w krajach europejskich. Według danych Eurostatu (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians) w 2023 liczba ta była w Polsce większa niż we Francji lub Belgii i nieznacznie niższa niż w Holandii, Włoszech i Hiszpanii. Co istotniejsze, Polska zanotowała największy przyrost liczby lekarzy w okresie pomiędzy 2017 a 2022 rokiem. Jest to związane przede wszystkim ze znaczną intensyfikacją szkolenia kadry lekarskiej w Polsce: na przestrzeni lat 2005-2023 zwiększono limity przyjęć na kierunku lekarskim prowadzonym w języku polskim dla obywateli RP o ok. 182% (czyli niemal trzykrotnie). W konsekwencji, przyrost liczby lekarzy będzie kontynuowany przy założeniu utrzymania wspomnianych limitów na niezmiennym poziomie przez kolejne lata. W takim scenariuszu, w horyzoncie czasowym do 2034 r. liczba lekarzy wzrośnie do 182 tys. (z 143,26 tys. w 2023 r.). Należy zauważyć, że dynamiczny przyrost kadry lekarskiej jest odczuwany z dużym opóźnieniem, szczególnie z punktu widzenia dostępności wysoko wykwalifikowanych specjalistów, z uwagi na kilkunastoletni okres ich kształcenia.

Niezależnie od optymistycznych danych dotyczących łącznej liczby aktywnych zawodowo lekarzy, w Polsce obserwuje się duże zróżnicowanie regionalne liczby pracujących w zawodzie lekarzy. W 2023 r. liczba lekarzy na 100 tys. ludności była najwyższa w województwach mazowieckim (571,9) oraz łódzkim (473,0), a najniższa w lubuskim (276,5), warmińsko-mazurskim (281,4) i opolskim (284,5). Wskaźnik ten w województwie mazowieckim był o 106% większy niż w województwie lubuskim. Na tym tle województwo podkarpackie ze średnio 305,8 lekarza na 100 tys. mieszkańców zalicza się do grona regionów z niską liczbą lekarzy.

Minister Zdrowia zidentyfikował ten problem. Jednym ze środków zaradczych jest obecność ośrodka akademickiego kształcącego na kierunku lekarskim w stolicy każdego z regionów (województw). Istotnie, lista regionów z najniższym dostępem do lekarzy pokrywa się z listą regionów, w których przez kilkadziesiąt lat od zakończenia II wojny światowej nie istniały uczelnie kształcące przyszłych lekarzy. Obecnie w każdej ze stolic województw funkcjonuje taka uczelnia. Prężny rozwój kierunku lekarskiego w Rzeszowie

ma swój udział w poprawiającej się sytuacji kadrowej na Podkarpaciu. Województwo podkarpackie wyróżnia się trzecim najszybszym przyrostem kadry lekarskiej na przestrzeni lat 2020-2023 (po województwie lubuskim i opolskim) – 13,9 lekarza na 100 tys. mieszkańców (z 268,5 do 305,8). Jednak nie wszyscy absolwenci uczelni rzeszowskiej pozostają po studiach w regionie. Spośród absolwentów narodowości polskiej kierunku lekarskiego, którzy ukończyli studia w 2020/2021 r. w województwie podkarpackim pracowało w 2023 r. jedynie 53,1%, a kolejne 18,4% pracowało w kilku województwach, w tym podkarpackim. Dane te wskazują, że miejsce kształcenia jest tylko jednym z czynników oddziałujących na dostępność lekarzy w regionie.

Oprócz, co naturalne, aktywnej polityki regionalnej zachęcającej do osiedlenia się wysoko wykwalifikowanej kadry, istotny w omawianym kontekście jest również sposób funkcjonowania systemu szkolenia podyplomowego lekarzy. W ocenie Ministra Zdrowia jego obecny kształt sprzyja koncentracji kadry specjalistycznej w dużych ośrodkach akademickich. Taka koncentracja jest w pewnym stopniu nieunikniona, a nawet pożądana, jednak niewątpliwie jej stopień jest obecnie nadmierny. Próby przeciwdziałania temu zjawisku zostały już podjęte: 1 stycznia 2023 weszły w życie przepisy, zgodnie z którymi co najmniej 6 miesięcy stażu podstawowego ujętego w module podstawowym z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii lekarz musi zrealizować w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Z założenia przepis ten miał skierować rezydentów do szpitali powiatowych i potencjalnie zachęcić ich do powrotu do nich po zakończonej specjalizacji. Jest jeszcze za wcześnie na pełną ocenę efektywności tego rozwiązania, jednak nie wydaje się ono skuteczne. Szpitale pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego znajdują się także w dużych miastach oraz bezpośrednim sąsiedztwie wielkich aglomeracji. Ponadto, rozwiązanie to zakłóca właściwy rytm szkolenia w module podstawowym. Dlatego też Ministerstwo Zdrowia aktualnie pracuje nad nowymi rozwiązaniami, które pozwolą na prowadzenie skuteczniejszej polityki przeciwdziałania „białym plamom” dostępności do kadry lekarskiej, a także pozwolą na aktywną politykę w zakresie kształcenia lekarzy w poszczególnych dziedzinach medycyny – opartą na danych wynikających z map potrzeb zdrowotnych.

Odnosząc się do kwestii związanej z planowanymi zmianami w systemie finansowania szpitali powiatowych, które uwzględniałyby ich specyficzne potrzeby i trudności, w tym związane z zatrudnieniem personelu medycznego, należy zauważyć, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w ramach prac związanych z przygotowaniem raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniającym we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw, monitoruje i analizuje sytuację finansową podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym w szczególności szpitali z uwzględnieniem ich kategorii i poziomu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Jednym z działań w tym zakresie są prowadzone przez AOTMiT analizy danych sprawozdawanych w formularzach MZ-BFA, na podstawie których w okresach kwartalnych monitorowana jest sytuacja finansowo ekonomiczna podmiotów. Analizowane są przede wszystkim: struktura i dynamika zmian w zakresie przychodów oraz kosztów działalności z uwzględnieniem takich elementów jak: koszty osobowe (wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych), czy koszty zużycia materiałów i energii. Analizie podlegają również cyklicznie gromadzone informacje o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Mając na względzie powyższe, Minister Zdrowia zatwierdziła do realizacji rekomendację nr 72/2025

z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w wariantcie nr 3, tj.: uwzględniającym we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw, oraz uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ wzrostu inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, określenie współczynników dla wybranych JGP dotyczących kompleksowych świadczeń onkologicznych, zmianę współczynników korygujących dla szpitali zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego poziomu sieci PSZ oraz współczynników dla wybranych JGP w przypadku ich realizacji przez szpitale od trzeciego poziomu w sieci PSZ, uwzględnienie taryf dla świadczeń w obszarze chorób układu nerwowego, żeńskiego układu rozrodczego i rehabilitacji stacjonarnej oraz dodatkowe zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych w obszarach o największym potencjale do wzrostu liczby realizowanych świadczeń, co do których jednocześnie wystąpiły największe różnice pomiędzy wartością zawartych umów na okres styczeń-marzec 2025, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie. Podkreślenia wymaga, że przyjęty wariant rekomendacji jest najkorzystniejszy dla placówek medycznych i wiąże się ze wzrostem wydatków płatnika o 16,9 mld zł w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie rekomendacji, co stanowi 11,17% wzrostu wartości umów NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii). Jednocześnie informuję, że przekazanie dodatkowych środków dla NFZ następuje na podstawie art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ. Zaplanowana dotacja podmiotowa dla Narodowego Funduszu Zdrowia na 2025 r. wynosi aktualnie 27,45 mld zł, co oznacza dotychczasowy wzrost w stosunku do pierwotnie zaplanowanej kwoty dotacji o 9,1 mld zł. Jednocześnie należy wskazać, że poza ww. środkami, dzięki decyzji Ministra Finansów z dnia 1 lipca 2025 r., zostały przyznane środki finansowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia w kwocie 1 576 000 000 zł, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego NFZ. Ponadto podejmowane są działania systemowe, mające na celu umożliwienie utrzymania płynności finansowej szpitalom. Aktualnie procedowany jest projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD71), wprowadzający szereg zmian, mających na celu umożliwienie podejmowania działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej szpitali. Rozwiązania uelastyczniające funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) polegają na tym, że świadczeniodawcy uzyskają, za zgodą Prezesa NFZ, możliwość: – zamiany danego profilu w trybie hospitalizacji na hospitalizację planową/leczenie jednego dnia; – rezygnacji z danego profilu. Takie zmiany powinny przyczynić się do koncentracji świadczeń szpitalnych, udzielanych w warunkach pełnej gotowości całodobowej, w ośrodkach dysponujących większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, a zatem również do lepszego wykorzystania ograniczonych zasobów, zwłaszcza kadrowych. Wskazany projekt przewiduje również możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej również przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące. Zmiany obejmują także proces sporządzania, opiniowania i zatwierdzania programów naprawczych mające na celu podniesienie jakości ich przygotowania oraz zwiększenie nadzoru podmiotów tworzących w procesie ich przyjmowania. Należy zatem podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, systematycznie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, w tym szpitali powiatowych, uwzględniając aktualne potrzeby.

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