



RKLU.050.15.2025.AC  
Warszawa, 18 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.), poniżej przekazuje odpowiedzi na pytania zawarte w Interpelacji (K10INT10914) Posła Jarosława Sachajko i Anny Gembickiej w sprawie dramatycznego deficytu lekarzy i pielęgniarek oraz działań Ministerstwa Zdrowia pogarszających sytuację kadrową w systemie ochrony zdrowia.

**Odpowiedź na pytanie 1 „Dlaczego Ministerstwo Zdrowia przy rosnącym zapotrzebowaniu na lekarzy ustanowiło zerowe limity przyjęć w wielu uczelniach regionalnych?”**

Uprzejmie informuję, że w roku akademickim 2024/2025 Rząd polski zdecydował o zmianie strategii i konieczności wprowadzenia bardziej jakościowego systemu kształcenia na kierunku lekarskim. W związku z tym założono, że limit będzie wzrastał, ale już nie tak szybko jak w poprzednich latach.

- Limit w 2024/2025 na studia na kierunku lekarskim wyniósł 10 065 miejsc (w tym 8 226 były to miejsca w języku polskim) zaś na kierunku lekarsko-dentystycznym 1 457 miejsc (w tym 1 169 to miejsca w języku polskim). Liczba uczelni w roku akademickim 2024/2025: zwiększyła się zaś do 38 (w roku akademickim rozpoczęły kształcenie dodatkowo 2 uczelnie: Akademia Tarnowska i Politechnika Bydgoska).

W 2024 rozpoczęto zaś działania mające na celu weryfikację wydanych uprzednio zgód na kształcenie na kierunku lekarskim i rozpoczęto procesy kontroli. Działania które toczyły się w roku 2024 tzw. doraźne oceny programowe studiów - w trybie art. 242 ust. 3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (PSWN) przez Polską Komisję Akredytacyjną (PKA) w: Uniwersytecie Kaliskim, Uniwersytecie w Siedlcach, Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Politechnice Wrocławskiej, Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I, Społecznej Akademii Nauk z siedzibą w Łodzi, Akademii WSB, oraz Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach - filii w Bielsku-Białej, spowodowały że 1 roku akademickiego nie otworzyło 5 uczelni.

W efekcie kontroli następujące uczelnie nie uzyskały limitu na 1 rok akademicki 2024/2025: Uniwersytet w Siedlcach, Poznańska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych

im. Księcia Mieszka I, Społeczna Akademia Nauk z siedzibą w Łodzi, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu.

Kontynuacja prac PKA odbyła się zaś w pierwszej połowie 2025 roku (ponowne kontrole). W wyniku tej kontroli następujące uczelnie nie uzyskały pozytywnego wyniku: Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu. W związku z powyższym uczelnie te nie otrzymały również limitu na 1 rok studiów na rok akademicki 2025/2026.

### **Odpowiedź na pytanie 2 „Czy Ministerstwo planuje zrekompensować samorządom i uczelniom koszty inwestycji w infrastrukturę kierunków lekarskich?”**

Na wstępie pragnę wskazać, że uczelnie działają na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2024 r. poz. 1571 z późn. zm.) zwane dalej PSWiN. Zgodnie z tą ustawą podstawą systemu szkolnictwa wyższego i nauki jest wolność nauczania, twórczości artystycznej, badań naukowych i ogłaszania ich wyników oraz autonomia uczelni na zasadach określonych w ustawie. Co oznacza, że uczelnie posiadają pełną autonomię w podejmowaniu decyzji o uruchomieniu nowych kierunków. Mimo, że uruchomienie kształcenia na kierunku lekarskim wymaga zgody Ministra Zdrowia, to uczelnia autonomicznie podejmuje decyzję o rozpoczęciu tego procesu i związanego z tym przygotowania bazy dydaktycznej, klinicznej oraz zapewnienia odpowiedniej kadry oraz zwiększania liczby miejsc na już istniejących kierunkach co pozostaje w zgodzie z obowiązującym stanem prawnym.

W tym kontekście należy wskazać, że podstawowym źródłem przychodów uczelni publicznych jest subwencja, o której mowa w art. 365 pkt 1 i 2 ww. ustawy PSWiN. Subwencja jest określana dla poszczególnych uczelni na podstawie rozporządzenia wydawanego przez Ministra nadzorującego uczelnię. Z subwencji uczelnie pokrywają wydatki bieżące związane z kształceniem oraz badaniami, ale także mogą finansować działania inwestycyjne związane z uruchamianiem nowych kierunków, w tym kierunku lekarskiego.

Ponadto uczelnie mogą wystąpić, do ministra nadzorującego o dotacją celową na inwestycje w dydaktyce, o których mowa w art. 365 pkt 4 lit a ustawy PSWiN. Szczegółowy sposób przyznawania tej dotacji określa rozporządzenie wydane przez ministra właściwego do spraw nauki i szkolnictwa wyższego.

Należy także wskazać, że w ramach realizacji Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności Ministerstwo Zdrowia realizuje działania inwestycyjne mające na celu modernizację i doposażenie obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne w ramach:

- Komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”
- Inwestycji D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”
- Wskaźnika D31G „Liczba zmodernizowanych obiektów dydaktycznych do celów kształcenia przedklinicznego (w tym centrów symulacji medycznych), dostosowanych obiektów bazy klinicznej wykorzystywanych do kształcenia w centralnych szpitalach klinicznych, zmodernizowanych infrastruktur bibliotek i akademików na uniwersytetach medycznych”

Zgodnie z tymi założeniami ogłoszono 4 konkursy na inwestycje w dydaktyce na łączną kwotę ponad 2,4 mld zł. Wsparcie otrzymają uczelnie nadzorowane przez Ministra Zdrowia oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego kształtujące na kierunku lekarskim.

Dodatkowo w ramach puli środków budżetu państwa z części 46 – Zdrowie przeznaczonych na wydatki majątkowe (środki krajowe), Minister Zdrowia co do zasady

przyznaje środki na inwestycje dla jednostek, dla których podmiotem tworzącym lub nadzorującym jest on sam lub uczelnia medyczna.

Środki te mogą być udzielane jako dotacje celowe na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji budowlanych i zakupów inwestycyjnych realizowanych przez uczelnie medyczne, służących do realizacji zadań związanych z kształceniem.

Natomiast brak jest podstaw przyznania dofinansowania dla samorządów. Ponadto, mając na uwadze szczególne zasady udzielania dotacji, nie ma podstaw do przekazania środków samorządom oraz uczelniom w formie rekompensat kosztów inwestycyjnych w infrastrukturę kierunków lekarskich.

Jednocześnie informujemy, że nie są prowadzone dedykowane nabory wniosków w celu ubiegania się o środki budżetu państwa z części 46 – Zdrowie ukierunkowane na konkretne, działania. Składając wnioski o finansowanie/dofinansowanie zadań inwestycyjnych z budżetu państwa z części 46-Zdrowie podmioty uprawnione, w tym uczelnie medyczne, same określają potrzeby inwestycyjne zgodnie ze swoimi priorytetami.

**Odpowiedź na pytanie 3 „Jakie konkretne działania podejmuje Ministerstwo, aby zwiększyć liczbę lekarzy i pielęgniarek realnie dostępnych w systemie publicznym ?”**

#### **Lekarze i lekarze dentyści:**

Uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia podejmuje liczne działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów posiadających kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej we wszystkich specjalizacjach.

#### **W czasie kształcenia przeddyplomowego – studia:**

- począwszy od 2016 r. Minister Zdrowia znacznie zwiększył limity przyjęć na kierunek lekarski;
- pod koniec 2021 r. wprowadzono wsparcie finansowe - kredyt na studia medyczne dla osób podejmujących studia odpłatne na kierunku lekarskim prowadzonym w języku polskim;
- umożliwiono przystąpienie o rok wcześniej do egzaminów LEK i LDEK I przez osoby, które ukończyły przedostatni rok studiów, co ma to za zadanie, skrócenie czasu oczekiwania na egzamin (wcześniejsze otrzymanie PWZ).

#### **W czasie szkolenia specjalizacyjnego:**

- wyodrębniono dziedziny najważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego kraju (dziedziny priorytetowe) i ustanowiono dla nich specjalne zasady. Główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest wyższe wynagrodzenie przysługujące lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach w trybie rezydentur (finansowanym przez Ministra Zdrowia). Zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje corocznie (od lipca) przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom w trybie specjalizacji rezydentur, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydentur w stosunku do pozostałych dziedzin;
- w celu zachęcenia młodych lekarzy do pracy w polskich podmiotach leczniczych, finansowanych ze środków publicznych, po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, wprowadzono rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej). Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego;

- wprowadzono 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):
  - dzięki temu rozwiązaniu umożliwiono zakwalifikowanie się do odbywania pokrewnej specjalizacji w przypadku nie zakwalifikowania się na preferowaną dziedzinę. Zakłada się, że dzięki temu rozwiązaniu zostanie wykorzystana znacznie większa liczba miejsc w dziedzinach priorytetowych;

#### W czasie pracy:

- po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, umożliwiono otrzymanie wyższego wynagrodzenia zasadniczego o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej):
  - warunek: przepracowanie łącznie 2 lata w publicznym podmiocie leczniczym w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego;
- przeprowadzono 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.

Powyżej opisane działania, które prowadziło i prowadzi Ministerstwo Zdrowia, w zakresie zwiększenia liczebności personelu medycznego wydają się działaniami skutecznymi, choć nie są działaniami już nowymi. O sukcesie ich świadczy wzrost liczby lekarzy i lekarzy dentyistów na przestrzeni lat.

### **Pielęgniarki i położne**

Wychodząc naprzeciw potrzebom zdrowotnym społeczeństwa oraz mając na uwadze poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki, w Ministerstwie Zdrowia podejmowane są działania mające na celu zwiększenie liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej oraz zachęcenie do podejmowania kształcenia przygotowującego do wykonywania tego zawodu.

Wprowadzane są rozwiązania systemowe, które mają na celu rozwój kompetencji i uprawnień zawodowych pielęgniarek, niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych zabezpieczających bieżące potrzeby zdrowotne społeczeństwa, a jednocześnie przyczyniających się do większej samodzielności zawodowej, w tym m.in. rozszerzenie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki oraz wykazu badań diagnostycznych, na które pielęgniarki mają prawo wystawiać skierowania. Od 1 lipca 2025 r. uprawnione pielęgniarki mogą ordynować kolejne leki oraz kierować na nowe badania diagnostyczne, co umożliwi pielęgniarkom i położnym realizację nowego świadczenia pn. Moje zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej.

Ministerstwo Zdrowia wspiera także rozwój zawodowy pielęgniarek poprzez coroczne dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych.

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 – standardy wejdą 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, w tym również na kierunku pielęgniarstwo, w ramach którego przyznano m.in. stypendia oraz bezzwrotne wsparcie dla studentów tego kierunku. Wsparcie to będzie kontynuowane w drugiej edycji.

Uruchomiono mentoring dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Również planowane jest uruchomienie mentoringu dla studentów kierunku pielęgniarstwo. Przedmiotowe wsparcie realizowane jest zgodnie z przepisami polityki publicznej przyjętej uchwałą nr 251 Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2022 r. (M.P. z 2022 r., poz. 1237 oraz z 2024 r. poz. 367) pn. „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026”.

Ponadto w ramach środków europejskich realizowane będzie wsparcie m.in. dla pielęgniarek w zakresie dofinansowania kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających – Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS). Umowa o wartości ponad 80 mln zł na dofinansowanie projektu na kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych została podpisana przez Minister Zdrowia oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Trwają też prace powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia Zespołu do spraw określenia obszarów, w tym czynności zawodowych, w których może być realizowana zaawansowana praktyka pielęgniarek. Celem Zespołu jest określenie obszarów, w tym czynności zawodowych, w których może być realizowana zaawansowana praktyka pielęgniarek. Zespół zakończy swoją działalność z dniem przedłożenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji obszarów, w tym czynności zawodowych, w których może być realizowana zaawansowana praktyka pielęgniarek, nie później jednak niż do dnia 30 stycznia 2026 r.

Trwają także prace legislacyjne nad projektem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej - przygotowano projekt ww. ustawy, w którym m.in. uregulowano poziomy kompetencyjne pielęgniarek.

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 pierwszego stopnia oraz zwiększa się także liczba studentów na kierunku pielęgniarstwo I stopnia. Ponadto według danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, prowadzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, systematycznie wzrasta liczba pielęgniarek aktywnych zawodowo.

**Odpowiedź na pytanie 4 „Jakie są prognozy dotyczące liczby lekarzy w systemie publicznym do 2030 roku, z uwzględnieniem przejść na emeryturę i migracji?”, odpowiedź na pytanie 7 „Ilu lekarzy, a ile pielęgniarek pracuje w publicznej służbie zdrowia, a ile w prywatnej?” oraz odpowiedź na pytanie 8 „Ilu lekarzy i pielęgniarek łączy pracę w publicznej i prywatnej służbie zdrowia?”**

Liczba lekarzy pracujących ogółem w 2023 r. to 143,3 tys., z czego ok. 134,1 tys. pracuje w podmiotach leczniczych, w tym w publicznym systemie ochrony zdrowia pracowało 124,7 tys. W 2019 r. według modelu popytowo-podażowego w sektorze prywatnym pracowało 98 tys. lekarzy (ok. 75% wszystkich lekarzy). Należy jednak zauważyć, że czas pracy lekarzy w sektorze prywatnym i publicznym nie jest tożsamy.

Z modelu popytowo-podażowego opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że w 2030 r. prognozowana liczba lekarzy pracujących ogółem w Polsce wyniesie 167 tys. Zakładając, że udział lekarzy pracujących w publicznym sektorze ochrony zdrowia się nie zmieni oraz biorąc pod uwagę przewidywaną liczbę wszystkich lekarzy w 2030 r. prognozuje się, że liczba lekarzy w publicznym systemie ochrony zdrowia wyniesie ok. 145 tys. Metodologia modelu bierze pod uwagę aspekty związane z odchodzeniem lekarzy na emeryturę, zmianami demograficznymi i epidemiologicznymi.

Liczba pielęgniarek pracujących ogółem w 2023 r. to 228,5 tys., z czego ok. 207,5 tys. pracuje w podmiotach leczniczych, w tym w publicznym systemie ochrony zdrowia pracowało 196,9 tys.

**Odpowiedź na pytanie 5 „Jakie zachęty finansowe lub systemowe planuje rząd, by zatrzymać kadry medyczne w kraju i skłonić do pracy w publicznym systemie?”**

W odniesieniu do kwestii atrakcyjności finansowej podejmowania zatrudnienia przez kadry medyczne w krajowych podmiotach leczniczych należy wskazać, że na mocy mechanizmu waloryzacyjnego określonego w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139) gwarantowane poziomy wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych i okołomedycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych w latach 2022-2025 rosły w następującym tempie:

- od lipca 2022 r. w stosunku do poziomu z 2021 r. o średnio 30%;
- od lipca 2023 r. w stosunku do poziomu z 2022 r. o 12,07%;
- od lipca 2024 r. w stosunku do poziomu z 2023 r. o 12,75%;
- od lipca 2025 r. w stosunku do poziomu z 2024 r. o 14,34%.

Jednocześnie należy wskazać, że wzrost najniższych wynagrodzeń zasadniczych od lipca 2022 r. wskazany został jako wartość średnia na poziomie 30%. Stało się to tak, ponieważ w związku nowelizacją ustawy wprowadzoną ustawą 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 (dz. U. z 2022 r. poz. 1352) od lipca 2022 r. obowiązywać zaczęły podwyższone współczynniki pracy dla poszczególnych grup zawodowych oraz dokonane zostały zmiany w grupach zawodowych przypisanych do poszczególnych współczynników pracy. Skutkowało to różnymi poziomami wzrostów najniższych wynagrodzeń zasadniczych od 17% w przypadku pracowników niemedycejskiej działalności podstawowej z wymaganym średnim wykształceniem do 41% w przypadku pielęgniarek i położnych z wymaganym średnim wykształceniem.

**Odpowiedź na pytanie 6 „Czy Pani Minister uważa obecne działania resortu za zgodne z interesem publicznym i bezpieczne z punktu widzenia pacjenta?”**

Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami powołanymi do tego celu na bieżąco monitoruje proces udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzi prace służące do usprawnienia, podwyższenia jakości oraz stopniowego poszerzania katalogu usług zdrowotnych świadczonych w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie informuję, że oddziały wojewódzkie wraz z Centralą Narodowego Funduszu Zdrowia aktywnie reagują w przypadku jakichkolwiek trudności z dostępem pacjentów do świadczeń zdrowotnych i jednocześnie wypracowują odpowiednie mechanizmy pozwalające na zapewnienie odpowiedniego finansowania świadczeń udzielanych na każdym etapie opieki medycznej.

Należy wskazać, że w Ministerstwie Zdrowia przygotowano projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (druk nr 1483). Projekt w dniu 7 lipca 2025 r. wpłynął do Sejmu RP. Znajduje się obecnie na etapie prac parlamentarnych. Celem regulacji zawartej w projekcie jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu lecznictwa szpitalnego, przede wszystkim przez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności oraz przez koncentrację świadczeń i profilowanie szpitali. Przewiduje się, że projekt przyniesie wzmocnienie systemu szpitalnego przez konsolidację zasobów oraz racjonalizację kosztów po stronie podmiotów leczniczych w sytuacji, gdy występuje nakładanie się lub nieefektywne rozproszenie potencjału zwłaszcza kadrowego w stosunku do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych na danym terenie.

Ponadto proponowane zmiany 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 przez zmniejszenie liczby szpitali utrzymujących stałą gotowość do udzielania świadczeń w trybie ostrym. Efektem wejścia w życie regulacji powinno być uwolnienie zasobów kadrowych, bowiem zmniejszona liczba oddziałów utrzymujących stałą gotowość wpłynie na ograniczenie potrzeb kadrowych. Powyższe odbywać się będzie zgodnie z interesem publicznym i jednocześnie zapewnić bezpieczeństwo z punktu widzenia pacjenta.

#### **Odpowiedź na pytanie 9 „Jakie jest stanowisko Ministerstwa na temat pracy pielęgniarek i lekarzy przekraczającej 12 godzin dziennie?”**

Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na obowiązujące normy ochronne w zakresie czasu pracy pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Normy te oraz obowiązujące okresy odpoczynku zostały określone w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 93 te same ustawy o działalności leczniczej czas pracy pracowników:

- 1) zatrudnionych w podmiocie leczniczym, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym,
- 2) technicznych, obsługi i gospodarczych, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym,
- 3) niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 6 godzin na dobę i przeciętnie 30 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Ponadto w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wyższe wykształcenie, którzy zostali zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego, łączny czas pracy nie może przekroczyć przeciętnie 48 godzin na tydzień (art. 95). Pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, którzy wyrazili na piśmie zgodę na objęcie ich tzw. klauzulą opt-out, mogą zostać zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Ich maksymalny tygodniowy czas pracy nie może jednak przekraczać 78 godzin (art. 96).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej określa ponadto minimalne okresy odpoczynku dobowego i tygodniowego, wynoszące odpowiednio 11 i 24 godziny (art. 97). Na mocy art. 97 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności

leczniczej, pracownikowi przysługuje prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego oraz w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego (art. 97 ust. 2). W przypadku uzasadnionym organizacją pracy, pracownikowi zobowiązanemu do pełnienia dyżuru medycznego, przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni (art. 97 ust. 4).

Jednocześnie należy podkreślić, że kierownik podmiotu leczniczego i osoba wykonująca zawód medyczny (m.in. lekarz, pielęgniarka), zawierając umowę o pracę czy też umowę cywilnoprawną na realizację świadczeń zdrowotnych, są zobowiązani do przestrzegania powszechnie obowiązujących w tym zakresie a przywołanych wyżej przepisów prawa, normujących w szczególności czas pracy pracowników podmiotów leczniczych, ale również są zobowiązani do respektowania obowiązujących lekarzy i pielęgniarki zasad wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej.

Obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności, a także ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.), dopuszczają zatrudnianie w podmiocie leczniczym lekarzy oraz innych osób wykonujących zawody medyczne, zarówno na podstawie umów o pracę, jak i umów cywilnoprawnych. Decyzja i wybór nie tylko w zakresie miejsca pracy, ale również podstawy zatrudnienia, została pozostawiona woli stron danego stosunku prawnego. Nie oznacza to oczywiście, że obecne przepisy prawa umożliwiają zupełną dowolność w kształtowaniu stosunków prawnych łączących osoby wykonujące zawód medyczny (np. lekarzy, pielęgniarki) z podmiotami leczniczymi. Należy podkreślić, że zawód lekarza należy do grupy zawodów zaufania publicznego, co powoduje, iż osoby go wykonujące są zobowiązane do szczególnej dbałości o prawidłowe wykonywanie czynności zawodowych. Lekarz – niezależnie od podstawy świadczenia pracy – zawierając umowę z podmiotem leczniczym powinien mieć przede wszystkim na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy, na której zawarciu wyraża zgodę, zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej. Kodeks Etyki Lekarskiej, do którego przestrzegania jest zobowiązany każdy lekarz, wskazuje – jako nadrzędną zasadę wykonywania zawodu – dobro chorego. Określa przy tym, że z przestrzegania tej zasady nie zwalniają lekarza wymagania administracyjne, naciski społeczne czy też mechanizmy rynkowe.

Również kierownik podmiotu leczniczego, który decyduje się na zawarcie z lekarzem, ale także inną osobą wykonującą zawód medyczny, umowy, na podstawie której będzie wykonywana praca, powinien w taki sposób kształtować postanowienia tej umowy, aby z jednej strony zapewnić prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego (np. ciągłość dostępu do świadczeń), z drugiej zaś – umożliwić osobie wykonującej zawód medyczny takie wykonywanie pracy, aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjentów, jak i osób świadczących pracę. Kierownik podmiotu leczniczego (szpitala) jest bowiem, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, odpowiedzialny za właściwe całościowe zarządzanie podległym mu podmiotem, w tym za takie kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z lekarzami, pielęgniarkami oraz pozostałym personelem medycznym, które pozwoli zabezpieczyć przede wszystkim dobro pacjenta (przepracowany lekarz bez wątplenia nie daje rękami zapewnienia należytej opieki nad pacjentami).

**Odpowiedź na pytanie 10 „Ilu lekarzy i pielęgniarek po przepracowanych 8 godzinach na etacie, kontynuuje pracę w tej samej placówce na kontrakcie cywilnoprawnym lub umowie cywilnoprawnej?”**

Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje danymi wskazanymi w pytaniu nr 10.

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