



Minister Zdrowia

RKLU.050.4.2026.AC
Warszawa, 20 marca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
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 przekazuję odpowiedzi na pytania zawarte w zapytaniu Pani Poseł Olgi Ewy Semeniuk-Patkowskiej (zapytanie nr 3087) w sprawie sytuacji kadrowej w placówkach ochrony zdrowia w woj. warmińsko-mazurskim dotyczące niedoborów lekarzy, pielęgniarek oraz ratowników medycznych.

Ad.1

Tabela 1. Liczba lekarzy i pielęgniarek na 100 tys. ludności w województwie warmińsko-mazurskim na tle wartości krajowej w 2024 roku

Zawód	Liczba kadry medycznej na 100 tys. ludności w województwie warmińsko-mazurskim	Liczba kadry medycznej na 100 tys. ludności w Polsce
Lekarze	296,6	395,3
Pielęgniarki	568,6	615,5

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>

Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi działania analityczne z zakresu kadry medycznej. W tym celu opracowana została aplikacja kadrowa, w której gromadzone są analizy i statystyki dotyczące zawodów medycznych takich jak diagności laboratoryjni, farmaceuci, fizjoterapeuci, lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, wraz z informacjami dotyczącymi zastosowanej metodyki oraz źródeł danych:

<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>.

W odniesieniu do lekarzy wskaźnik w województwie wynosi 296,6 na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy wartość dla Polski kształtuje się na poziomie 395,3. Różnica wynosi 98,7 na 100 tys. ludności, co wskazuje na wyraźne odchylenie od wartości krajowej. W przypadku pielęgniarek w województwie warmińsko-mazurskim odnotowano 568,6 na

100 tys. mieszkańców, natomiast wartość krajowa wynosi 615,5. Różnica wynosi 46,9 na 100 tys. ludności.

Ad.2

Tabela 2. Zastępowalność pokoleniowa lekarzy specjalistów dla wybranych dziedzin w województwie warmińsko-mazurskim, w których nie jest prognozowane zapewnienie zastępowalności pokoleniowej.

Dziedzina	Liczba lekarzy na 100 tys. ludności w 2024 r.	Liczba lekarzy w 2024 r.	Maksymalny rok ukończenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, którzy są w trakcie specjalizacji	Prawdopodobna, sumaryczna liczba nowych lekarzy specjalistów w horyzoncie do maksymalnego roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego (A)	Liczba lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny w maksymalnym roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego (B)	Zmiana w liczbie lekarzy, którzy prawdopodobnie wejdą na rynek pracy i osiągną wiek emerytalny w maksymalnym roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego (C = A - B)
Choroby wewnętrzne	54,92	741	2029	49	111	-62
Neurologia	9,64	130	2029	8	25	-17
Chirurgia ogólna	19,12	258	2030	31	47	-16
Medycyna pracy	6,15	83	2029	2	17	-15
Położnictwo i ginekologia	15,94	215	2029	29	39	-10
Rehabilitacja medyczna	5,56	75	2029	6	16	-10

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>

Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia opracowało wskaźnik zastępowalności pokoleniowej w oparciu o analizę zmian w liczbie lekarzy, którzy prawdopodobnie wejdą na rynek pracy, oraz tych, którzy osiągną wiek emerytalny w maksymalnym roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego.

Przyjęta metodyka polega na zestawieniu prognozowanej, sumarycznej liczby nowych lekarzy specjalistów w horyzoncie do maksymalnego roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego z liczbą lekarzy, którzy w tym samym czasie osiągną wiek emerytalny. Różnica między tymi wartościami odzwierciedla przewidywaną zmianę liczby specjalistów w danej dziedzinie.

W tabeli powyżej (Tabela 2) przedstawiono wybrane specjalizacje, w których prognozowana zmiana ma wartość ujemną, co oznacza spadek liczby lekarzy w analizowanym okresie. Największą ujemną różnicę odnotowano w specjalizacji choroby wewnętrzne (-62), następnie neurologia (-17), chirurgia ogólna (-16), medycyna pracy (-15), a także położnictwo i ginekologia oraz rehabilitacja medyczna (po -10).

Ad.3

Uprzejmie informuję, że „głównymi przyczynami trudności kadrowych” jest nierównomierne rozmieszczenie personelu medycznego oraz ujemna zastępowalność pokoleniowa w wybranych specjalizacjach.

W wielu powiatach występują niedobory lekarzy specjalistów, szczególnie poza dużymi ośrodkami miejskimi. Dodatkowo w takich dziedzinach jak choroby wewnętrzne, neurologia, chirurgia ogólna i medycyna pracy liczba lekarzy osiągających wiek emerytalny przewyższa liczbę nowych specjalistów.

Ad.4

Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie posiada informacji w zakresie odpływu kadry medycznej z regionu do innych województw lub za granicę.

Ad.5 i Ad.6 i Ad.8

Uprzejmie informuję, że wszystkie działania Ministerstwa Zdrowia, które są prowadzone w skali całego kraju są prowadzone również dla województw. Programy zachęt finansowych lub organizacyjnych, są zadaniami administracji rządowej na terenie województw oraz bezpośrednio pracodawców.

a) Lekarze i lekarze dentyści:

W celu zapewnienia kadr lekarskich w regionach, gdzie występują największe niedobory, w ramach najbliższej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (planowane jest skierowanie projektu ustawy do konsultacji społecznych w I kwartale 2026 r.) przewiduje się wprowadzenie zmian w zakresie naboru na szkolenie specjalizacyjne. Zmiany te będą dotyczyć w szczególności kierowania lekarzy i lekarzy dentystów do odbywania szkolenia specjalizacyjnego do jednostek akredytowanych, które znajdują się na obszarach danego województwa, gdzie występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

Ponadto począwszy od 2016 roku Minister Zdrowia sukcesywnie zwiększa limit przyjęć na kierunek lekarski. W związku z systematycznym zwiększaniem limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim, z roku na rok będzie rosła liczba absolwentów tego kierunku, a co za tym idzie nastąpi wzrost liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.

Od postępowania kwalifikacyjnego jesień 2022 r. wprowadzono zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów. Dzięki temu rozwiązaniu większa liczba miejsc szkoleniowych zostanie wykorzystana (tzw. nabór centralny). Nabór centralny na specjalizację daje lekarzom i lekarzom dentystom możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności. W przypadku niezakwalifikowania się przez lekarza do odbywania specjalizacji w preferowanym województwie lub w preferowanej dziedzinie może on zostać zakwalifikowany na jeden z kolejnych „wyborów” wskazanych we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, co wcześniej nie mogło mieć miejsca. Wprowadzenie tego rozwiązania miało na celu wykorzystanie większej liczby miejsc szkoleniowych.

Dotychczasowe działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz zwiększenia liczby lekarzy przynoszą już efekty. W związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim z roku na rok rośnie liczba absolwentów tego kierunku oraz liczba lekarzy podejmujących szkolenie specjalizacyjne. Od kilku lat znacznie zwiększono też liczbę przyznawanych miejsc rezydenckich. Obecnie szkolenie specjalizacyjne odbywa

31 431 lekarzy (stan na 31 grudnia 2025 r.), to o 7 849 lekarzy więcej niż pod koniec 2015 r. Rośnie również liczba lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny. W grudniu 2015 r. liczba lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny wykonujących zawód wynosiła 114 606, obecnie liczba ta zwiększyła się do 138 978 (stan na 31.12.2025), czyli o ponad 21%.

b) Pielęgniarki i położne

Mając na uwadze poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne, wprowadzane są rozwiązania systemowe mające na celu rozwój kompetencji i uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych, 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 i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać skierowania. Od 1 lipca 2025 r. uprawnione pielęgniarki i położne mogą ordynować kolejne leki oraz kierować na nowe badania diagnostyczne, co umożliwi im realizację nowego świadczenia pn. Moje zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej.

W celu wzmocnienia roli pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej wprowadzone zostały zmiany do standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania tych zawodów, mające na celu upracticznienie kształcenia tak, aby było dostosowane do aktualnych potrzeb rynku pracy – standardy weszły w życie od roku akademickiego 2025/2026.

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

Ponadto w ramach środków europejskich realizowane jest wsparcie m.in. dla pielęgniarek i położnych w zakresie dofinansowania kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających – Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS). Projekt ten o wartości ponad 80 mln zł jest realizowany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych i ma na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w dziedzinach deficytowych, poprzez organizację kształcenia podyplomowego oraz utworzenie platformy szkoleniowej.

Ministerstwo Zdrowia podejmuje szereg działań mających na celu wzmocnienie pozycji zawodów medycznych, w tym pielęgniarek i położnych, ukierunkowanych na wykorzystanie kompetencji nabytych w toku kształcenia zarówno przed, jak i podyplomowego, w szczególności:

- trwają prace nad nową ustawą o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, w której m.in. wprowadzane będą, jako nowe rozwiązanie, 3 poziomy kompetencji, uwzględniające poziom wykształcenia i przypisane do niego czynności zawodowe, pielęgniarka i położna zaawansowanej praktyki (APN), punkty edukacyjne w ramach zmian w obszarze kształcenia podyplomowego, rozszerzenie katalogu czynności zawodowych wykonywanych przez pielęgniarki m. in. o wystawianie orzeczenia o niezdolności do pracy (L4) oraz możliwość stwierdzania zgonu w opiece długoterminowej i paliatywnej przez pielęgniarki o najwyższych kompetencjach i odpowiednim doświadczeniu zawodowym;
- prace są też ukierunkowane na wzmocnienie jakości kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, którego ważny etap, czyli integracja tego kształcenia z innymi zawodami już teraz dokonuje się w ramach CMKP. Jest to zgodne z oczekiwaniem środowiska pielęgniarek i położnych.

Dodatkowo odnosząc się do **pytań nr 5 i 6** należy zauważyć, iż jednym z kierunków działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia jest poprawa finansowania i organizacji podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w szczególności dla placówek POZ działających w obszarach o niskiej gęstości zaludnienia, co ma rekompensować większe koszty funkcjonowania oraz ułatwiać zatrudnianie personelu w gminach wiejskich. Takie rozwiązanie ma zwiększyć dostępność lekarzy rodzinnych i pielęgniarek w mniejszych miejscowościach oraz stabilność funkcjonowania lokalnych przychodni.

Zgodnie z przepisami zarządzenia nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (Biul. Inf. NFZ z 2025 r. poz. 22, z późn. zm.) finansowanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej odbywa się w oparciu o stawki kapitałowe, porady i ryczałty. Należy zauważyć, iż zgodnie z pkt 1.8 załącznika Nr 1 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ – *Wartości stawek kapitałowych, porad i ryczałtów* – przewidziano dodatkowy ryczałt miesięczny dla świadczeń lekarza POZ związany z zapewnieniem dostępności do świadczeń na terenach o małej gęstości zaludnienia w wysokości 6540,80 zł.

Ponadto w ww. regulacji przewidziano szczególny mechanizm zwiększający elastyczność kadrową na obszarach o niskiej dostępności do świadczeń. Zgodnie z § 22 ust. 8 Zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ przewidziano rozwiązanie umożliwiające zapewnienie ciągłości świadczeń na terenach wiejskich o bardzo niskiej gęstości zaludnienia (gdy gęstość zaludnienia nie przekracza 50 mieszkańców/km²). W sytuacji zagrożenia dostępności świadczeń na takich obszarach dopuszczono możliwość udzielania świadczeń przez dodatkowo zatrudnionego lekarza bez specjalizacji, który zdał Lekarski Egzamin Końcowy, ale nie rozpoczął jeszcze szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury. Powyższe rozwiązanie stanowi szczególny wyjątek organizacyjny pozwalający na włączenie do udzielania świadczeń lekarzy bez specjalizacji w celu zapewnienia dostępności opieki na terenach wiejskich.

Jednocześnie podkreśla się, że rozwój POZ jest kluczowy dla systemu ochrony zdrowia, ponieważ to właśnie w podstawowej opiece zdrowotnej rozpoczyna się proces diagnostyki i koordynacji leczenia pacjenta.

Odnosząc się do **pytania nr 8** uprzejmie wskazuje, iż w dniu 17 września 2025 r. weszła w życie ustawa z 5 sierpnia 2025 r., zmieniająca przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1211), która wyznaczyła nowe kierunki porządkowania struktury szpitalnictwa. Otworzyła dwie drogi prowadzące do konsolidacji świadczeń szpitalnych. Pierwsza z nich polega na świadomym, opartym o mapy potrzeb zdrowotnych, wycofywaniu się części szpitali z określonych profili w ramach PSZ. W efekcie inne placówki przejmują większą odpowiedzialność za dane zakresy świadczeń, stopniowo zwiększając skalę swojej działalności. Druga droga prowadzi przez procesy łączeniowe – konsolidację oddziałów i całych podmiotów, wspieraną m.in. nowymi rozwiązaniami zapisanymi w przepisach o działalności leczniczej oraz programem inwestycyjnym.

Rozwiązania konsolidacyjne, będące efektem reformy, umożliwią tworzenie większych i bardziej efektywnych podmiotów leczniczych, co przyczyni się do koncentracji świadczeń szpitalnych wykonywanych w trybie ostrym i w warunkach gotowości całodobowej w ośrodkach, które dysponują większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, co niewątpliwie przyczyni się do podniesienia jakości udzielanych świadczeń. Dzięki zmianom, oferta szpitali zostanie lepiej dostosowana do lokalnych potrzeb, w tym do zmian demograficznych. Ma to przede wszystkim zwiększyć efektywność wykorzystania personelu medycznego i infrastruktury w szpitalach. Podmioty tworzące (np. powiat, województwo) będą mogły połączyć np. dwa szpitale w ramach jednej jednostki i podzielić szpitalne oddziały o określonych profilach, aby się nie powielaly. Rozwiązania te umożliwią lepszą koordynację działalności placówek funkcjonujących na danym obszarze, w tym odpowiednie rozmieszczenie oddziałów o określonych profilach medycznych pomiędzy szpitalami realizującymi procesy konsolidacji. Pozwoli to ograniczyć dublowanie tych samych zakresów świadczeń w kilku placówkach oraz skoncentrować świadczenia wymagające całodobowej gotowości i większego doświadczenia w ośrodkach dysponujących odpowiednim potencjałem kadrowym.

7. W jaki sposób Ministerstwo monitoruje wpływ braków kadrowych na bezpieczeństwo pacjentów i ciągłość udzielania świadczeń?

Należy zauważyć, iż monitorowanie wpływu braków kadrowych na bezpieczeństwo pacjentów oraz ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się m.in. poprzez działania realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który, jako publiczny płatnik, prowadzi bieżący nadzór nad dostępnością świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 97 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia należy w szczególności monitorowanie oraz ocena dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, także w zakresie zasobów kadrowych i ich wpływu na bezpieczeństwo pacjentów i ciągłość udzielania świadczeń.

Dodatkowo, jednym z kluczowych działań systemowych odpowiadających na wyzwania wskazane w pytaniu jest rozwój opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Model ten skraca ścieżkę dostępu pacjenta do lekarza oraz umożliwia bardziej efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych poprzez lepszą organizację procesu diagnostyczno-terapeutycznego. W konsekwencji przyczynia się to do poprawy ciągłości opieki nad pacjentem oraz zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/