



KZD.430.007.2022  
Nr ewid. 161/2022/P/22/047/KZD

Informacja o wynikach kontroli

## ZASOBY KADRY MEDYCZNEJ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

DEPARTAMENT ZDROWIA

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

### Informacja o wynikach kontroli

#### Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia



Marcin Stolarczyk

#### Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 30. 03. 2023.

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

# SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA .....	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	10
4. WNIOSKI.....	20
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....	22
5.1. Minister Zdrowia .....	22
5.1.1. Planowanie i rozwój kadr medycznych.....	22
5.1.2. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego .....	30
5.2. Uczelnie.....	47
5.2.1. Funkcjonowanie systemów rekrutacyjnych uczelni .....	49
5.2.2. Realizacja programu kształcenia w zakresie obowiązujących standardów i wymogów jakościowych.....	53
5.2.3. Zapewnienie wysokiej jakości kształcenia .....	55
5.3. Podmioty lecznicze .....	61
5.3.1. Zarządzanie personelem medycznym.....	63
5.3.2. Organizacja i warunki pracy personelu medycznego .....	83
6. ZAŁĄCZNIKI .....	95
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	95
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	101
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	108
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	109
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli .....	110
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra .....	124

## Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

<b>CKPPIp</b>	Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych;
<b>Kodeks cywilny lub kc</b>	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. <i>Kodeks cywilny</i> (Dz.U. z 2022 r. poz. 1360, ze zm.);
<b>Kodeks pracy lub kp</b>	ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. <i>Kodeks pracy</i> (Dz.U. z 2022 r. poz. 1510, ze zm.);
<b>Osoba wykonująca zawód medyczny</b>	osoba uprawniona na podstawie przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 pkt 2 ustawy <i>o działalności leczniczej</i> );
<b>PKA – Polska Komisja Akredytacyjna</b>	instytucja działająca niezależnie na rzecz doskonalenia jakości kształcenia. Członkowie PKA powoływani są przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki. Do zadań PKA należy m.in.: wyrażanie opinii w sprawie spełnienia warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku, poziomie i profilu oraz związku studiów ze strategią uczelni: przeprowadzanie oceny programowej, kompleksowej; a także prowadzenie działalności analitycznej, szkoleniowej oraz upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie jakości kształcenia;
<b>Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce</b>	ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – <i>Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 574, ze zm.);
<b>Standard kształcenia</b>	zbiór reguł i wymagań w zakresie kształcenia dotyczących sposobu organizacji kształcenia, osób prowadzących to kształcenie, ogólnych i szczegółowych efektów uczenia się, a także sposobu weryfikacji osiągniętych efektów uczenia się (art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. <i>Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce</i> );
<b>Studia stacjonarne</b>	forma studiów wyższych w ramach których co najmniej połowa punktów ECTS objętych programem studiów jest uzyskiwana w ramach zajęć z bezpośrednim udziałem nauczycieli akademickich lub innych osób prowadzących zajęcia i studentów;
<b>Studia niestacjonarne</b>	forma studiów wyższych, w ramach których mniej niż połowa punktów ECTS objętych programem studiów może być uzyskiwana z bezpośrednim udziałem nauczycieli akademickich lub innych osób prowadzących zajęcia i studentów;
<b>System punktów ECTS (European Credit Transfer System)</b>	pozwała na ujednoczenie przyznawania punktów zaliczeniowych i tym samym studiowania na europejskich uczelniach. Liczba przyznanych punktów ECTS jest adekwatna do nakładu pracy studenta;
<b>Uczelnia medyczna</b>	publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy <i>o działalności leczniczej</i> ), uczelnia medyczna jest nadzorowana przez Ministra Zdrowia (art. 433 ust. 1 pkt 4 <i>Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce</i> );
<b>Ustawa o działalności leczniczej</b>	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. <i>o działalności leczniczej</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.);
<b>Ustawa o konsultantach w ochronie zdrowia</b>	Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. <i>o konsultantach w ochronie zdrowia</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 2524);

<b>Ustawa o świadczeniach</b>	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.);
<b>Ustawa o zawodzie lekarza</b>	ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. <i>o zawodach lekarza i lekarza dentysty</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm.);
<b>Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej</b>	ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. <i>o zawodach pielęgniarstwa i położnej</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 2702, ze zm.);
<b>Zarządzanie zasobami ludzkimi</b>	zbiór działań dotyczących ludzi, które zmierzają do realizowania celów organizacji i równocześnie do zaspokajania potrzeb oraz rozwoju pracowników.

# 1. WPROWADZENIE

## Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy zasoby, sposób kształcenia oraz organizacja pracy wybranych grup zawodowych kadry medycznej pozwalają na zaspokojenie potrzeb podmiotów leczniczych i pacjentów?

## Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy zapewniono warunki dla przygotowania odpowiedniej liczby personelu medycznego w wybranych grupach zawodowych?
2. Czy stworzono rozwiązania umożliwiające efektywne planowanie i rozwój kadr medycznych?
3. Czy systemy rekrutacyjne uczelni funkcjonują prawidłowo?
4. Czy programy kształcenia były zgodne z obowiązującymi przepisami, zapewniały odpowiednią jakość kształcenia, a także podlegały systematycznej ocenie i doskonaleniu?
5. Czy wprowadzone w uczelni rozwiązania organizacyjne, procedury i baza dydaktyczna zapewniały wysoką jakość kształcenia?
6. Czy w szpitalu zatrudniano właściwą liczbę personelu medycznego oraz czy zapewniono odpowiednie warunki dla rozwoju zawodowego pracowników i podnoszenia ich kwalifikacji?
7. Czy w szpitalu zapewniono sprawną organizację i odpowiednie warunki pracy personelu medycznego?

## Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia  
28 uczelni wyższych  
31 podmiotów leczniczych

## Okres objęty kontrolą

2018–2022 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem

Deficyt kadr medycznych to problem uniwersalny, występujący w wielu krajach świata<sup>1</sup>. Postępujący obecnie proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe skutkują zwiększeniem popytu na świadczenia zdrowotne, a tym samym większym zapotrzebowaniem na personel medyczny. Sytuację w Polsce dodatkowo pogarszają konsekwencje kształcenia niewystarczającej liczby osób w zawodach medycznych w przeszłości, a także emigracja części wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych (szczególnie po akcesji Polski do Unii Europejskiej). Podaż zasobów kadrowych jest bowiem wypadkową – z jednej strony – napływu nowych kadr, uwarunkowanego liczbą osób kończących kształcenie na kierunkach medycznych i obcokrajowców podejmujących pracę w naszym kraju, a z drugiej strony – naturalnych ubytków związanych z odchodzeniem roczników starszych, czy też podejmowaniem pracy za granicą.

W konsekwencji poza niedoborem kadr medycznych w naszym kraju mamy również niekorzystną strukturę wiekową personelu medycznego, co skutkuje brakiem zastępowalności pokoleń w najliczniejszych grupach zawodów medycznych, szczególnie wśród pielęgniarek. W „Polityce wieloletniej państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”<sup>2</sup> wskazano, że dla zapewnienia zastępowalności pokoleń<sup>3</sup> konieczne jest, aby w latach 2018–2033 dodatkowo 69 886 osób rozpoczęło wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej. Oznacza to, że rocznie oprócz 4487 osób ówczasnie uzyskujących prawo wykonywania zawodu (średnia z lat 2014–2016) dodatkowo powinno je uzyskać średnio 4368 osób rocznie. W 2021 r. prawo wykonywania zawodu uzyskały jedynie 6952 pielęgniarki i położne.

W ostatnich latach wzrosła liczba uczelni prowadzących kształcenie przeddyplomowe kadr medycznych oraz miejsc odbywania specjalizacji. Biorąc jednak pod uwagę długi cykl przygotowania zawodowego, szczególnie w przypadku lekarzy, zmiany te mogą przynieść poprawę sytuacji dopiero w dłuższej perspektywie czasowej. System kształcenia kadr medycznych powinien jednak zapewniać nie tylko zwiększenie liczby specjalistów, ale także sprzyjać podnoszeniu jakości kształcenia i w efekcie świadczonych usług zdrowotnych, które będą zaspokajać potrzeby społeczeństwa w tym zakresie. Efektywność systemu ochrony zdrowia i jakość realizowanych świadczeń medycznych uzależnione są bowiem w głównej mierze od wiedzy, umiejętności i motywacji kadr medycznych.

<sup>1</sup> W Komisji Europejskiej w 2008 r. przygotowano raport pt. *Green Paper on the European Workforce for Health*, prognozujący skalę przyszłego deficytu kadr, a w latach 2012–2014 realizowano specjalny projekt badawczy (NEUJOBS) poświęcony szacowaniu potrzeb w zakresie kształcenia i zatrudniania lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych. Deficyt kadr medycznych w państwach UE szacowano na poziomie 1 mln zatrudnionych (UE-27), a prognozowana skala deficytu była najwyższa w nowych krajach członkowskich UE.

<sup>2</sup> Załącznik nr 3 „Analiza dotycząca liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych nabywających uprawnienia emerytalne oraz wchodzących do zawodu w latach 2018–2033”.

<sup>3</sup> Z analizy danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (stan na 11 grudnia 2017 r.), w przedziale wiekowym 41–60 było 172 706 pielęgniarek i położnych, a przedział 21–40 lat, mający zastąpić ww. przedział, to tylko 32 993 pielęgniarek i położnych.

W bardzo niewielkim stopniu niedobory kadry wyrównywał dotychczas napływ obcokrajowców podejmujących pracę w naszym kraju. Zawód medyczny w Polsce wykonywało: 3529 lekarzy, 799 lekarzy dentystów, 994 pielęgniarki oraz 78 położnych, posiadających obywatelstwo inne niż polskie<sup>4</sup>. Stanowiło to odpowiednio 2,4%; 2,9%; 0,3%; oraz 0,2% osób czynnie wykonujących dany zawód.

Trudna sytuacja kadrowa w ochronie zdrowia wymaga zarówno działań strategicznych, podejmowanych centralnie, jak i lokalnych, na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych.

<sup>4</sup> Dane Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych, wrzesień 2022 r.

## 2. OCENA OGÓLNA

### Niezapewnienie optymalnego planowania i przygotowania kadr medycznych dla potrzeb systemu ochrony zdrowia i pacjentów

Brak wystarczających zasobów kadry medycznej utrudniał zaspokojenie potrzeb podmiotów leczniczych i pacjentów. W ocenie NIK, podejmowane przez Ministra Zdrowia działania miały charakter doraźny i nie zapewniały efektywnego planowania i rozwoju kadr medycznych. Nie powstała długookresowa strategia dotycząca zabezpieczenia kadr medycznych, oparta na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych. Jedynie w odniesieniu do pielęgniarek i położnych opracowano rządowy dokument strategiczny *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce*<sup>5</sup>. Jednak, jak wskazują ustalenia kontroli NIK, niektóre zadania przewidziane w *Polityce* nie były realizowane zgodnie z przyjętym harmonogramem prac.

Skuteczność działań Ministra Zdrowia, w zakresie planowania i rozwoju kadr medycznych, obniżało nieprzygotowanie odpowiedniego modelu analitycznego umożliwiającego rzetelne szacowanie zapotrzebowania na kadrę medyczną, brak pełnych danych dotyczących osób wykonujących zawody medyczne oraz przewlekłość prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia prac legislacyjnych, dotyczących niektórych regulacji prawnych istotnych dla pracowników ochrony zdrowia.

Nieskuteczne były działania podejmowane przez Ministra Zdrowia w celu zwiększenia zainteresowania mniej popularnymi specjalizacjami lekarskimi, istotnymi z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Liczba lekarzy przyjętych na specjalizację w trybie rezydenckim w 2022 r. była niższa niż w 2020 r. i 2021 r., mimo wprowadzenia przepisów mających na celu zwiększenie naboru.

Minister Zdrowia nie zrealizował wniosku NIK dotyczącego ogłaszania limitów przyjęć na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym przed rozpoczęciem postępowania rekrutacyjnego w uczelniach. W związku z deficytem lekarzy, Minister, w kolejnych latach akademickich, zwiększał limity przyjęć na kierunku lekarskim. Dynamika tego wzrostu była znacznie wyższa w przypadku studiów niestacjonarnych niż stacjonarnych. Minister Zdrowia nie analizował wpływu przekraczania limitów przyjęć na jakość kształcenia.

Systemy rekrutacyjne uczelni kształcących na kierunkach medycznych nie zawsze działały prawidłowo. W niektórych uczelniach nie przestrzegano wewnętrznych regulacji dotyczących procesu rekrutacji oraz nie zapewniono rzetelności gromadzonej dokumentacji. Wystąpiły również przypadki wydawania sprzecznych ze sobą regulacji, które mogły wprowadzać w błąd kandydatów ubiegających się o przyjęcie. Dochodziło także do przekraczania limitów przyjęć, co stwarzało ryzyko pogorszenia jakości kształcenia.

Programy kształcenia, realizowane przez kontrolowane uczelnie, były na ogół zgodne z obowiązującymi standardami, podlegały także systematycznej ocenie i doskonaleniu. Niewystarczające zasoby kadrowe niektórych uczelni, skutkujące m.in. naruszeniem art. 73 ust. 2 w związku z art. 120 ust. 2 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*, stanowiły jednak zagrożenie dla ich prawidłowej realizacji. Problem ten dotyczył przede wszystkim nowo utworzonych kierunków w uczelniach, które nie miały doświadczenia w prowadzeniu kształcenia kadr medycznych.

Wprowadzono odpowiednie rozwiązania organizacyjne i procedury, a także rozwijano bazę dydaktyczną w celu zapewnienia wysokiej jakości kształcenia. Kontrola NIK ujawniła jednak przypadki przekraczania ustalonej liczby godzin zajęć, wynikającej z wewnętrznych przepisów, nierównomiernego ich rozłożenia powodującego w niektórych dniach nadmierne obciążenie studentów,

<sup>5</sup> Dalej również *Polityka* – przyjęta uchwałą Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15 października 2019 r.



a także niewłaściwego funkcjonowania systemu zapewnienia jakości kształcenia. Dochodziło do nieprawidłowości przy zawieraniu umów z podmiotami leczniczymi, na podstawie których udostępniono uczelniom jednostki organizacyjne do prowadzenia działalności dydaktycznej.

Wszystkie kontrolowane szpitale miały trudności z zapewnieniem właściwej liczby personelu medycznego, w niektórych przypadkach skutkujące czasowym zaprzestaniem udzielania świadczeń przez poszczególne oddziały lub poradnie. Jednak kierownicy części badanych podmiotów leczniczych nie podejmowali skutecznych działań w celu ograniczenia skali problemów występujących w tym obszarze. Nie przeprowadzono rzetelnych analiz stanu i struktury zatrudnienia personelu medycznego, nie identyfikowano istotnych ryzyk dotyczących polityki kadrowej, a motywacyjne rozwiązania w systemie wynagradzania stosowano w ograniczonym zakresie. Nie stworzono również optymalnych warunków dla rozwoju zawodowego pracowników, nie funkcjonowały sformalizowane programy podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Wystąpiły liczne przypadki niezapewnienia personelowi medycznemu co najmniej 11 godzin nieprzerwanego wypoczynku w każdej dobie, jak również przekroczenia maksymalnej tygodniowej normy czasu pracy (48 godzin). W ocenie NIK, z powodów związanych z bezpieczeństwem lub zdrowiem pracowników oraz pacjentów, a także z uwagi na konieczność zapewnienia właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych, niewskazane jest wydłużanie tygodniowego wymiaru czasu pracy personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych, powyżej norm obowiązujących dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

Dochodziło do zawierania umów cywilnoprawnych z pracownikami realizującymi świadczenia zdrowotne, na podstawie których świadczyli oni taką samą rodzajowo pracę na rzecz kontrolowanych podmiotów leczniczych, jak w ramach etatu. W ocenie NIK, realizacja takich umów stanowiła obejście przepisów regulujących stosunek pracy, przepisów dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne, a także przepisów regulujących czas pracy pracowników medycznych.

NIK zwraca uwagę na brak systemowych rozwiązań odnoszących się do wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, co powoduje liczne napięcia wśród zatrudnionego tam personelu<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Wcześniejsze kontrole NIK wskazywały na konsekwencje tego stanu m.in. na problemy wynikające z braku stabilności systemu, częstych zmian przepisów w tym obszarze oraz niejednoznaczności i nieprecyzyjności przyjmowanych regulacji dotyczących wynagrodzeń (np. w odniesieniu do przyznawania świadczeń pieniężnych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 – kontrole D/21/507, P/21/057).

### 3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

#### Nieprzygotowanie strategii rozwoju kadr medycznych

Minister Zdrowia nie przygotował długookresowej strategii rozwoju kadr medycznych opartej na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych. Dokument ten m.in. uzasadniałby decyzje o liczbie kształconych lekarzy, czy tworzeniu nowych zawodów/specjalizacji medycznych. Na brak takiej strategii NIK wskazywała już w 2016 r.<sup>7</sup> Odpowiadając na potrzeby związane z brakami kadrowymi m.in. zwiększono limity przyjęć na kierunek lekarski, wprowadzono zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne i regulacje, które przewidują wsparcie, ze środków budżetu państwa, osób odbywających odpłatne studia na kierunku lekarskim z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w publicznej ochronie zdrowia. Nie kwestionując celowości wspomnianych rozwiązań, NIK wskazuje, iż powinny one wynikać z długookresowej strategii dotyczącej rozwoju kadr medycznych. [str. 22–23]

#### Brak wystarczających danych dotyczących personelu medycznego

Skuteczność działań Ministra Zdrowia, w zakresie planowania i rozwoju kadr medycznych, obniżał brak pełnych danych dotyczących osób wykonujących zawody medyczne. W przypadku zawodów, dla których prowadzone są rejestry osób posiadających prawo ich wykonywania, np. w odniesieniu do pielęgniarek i położnych, osoby objęte rejestrem nie zawsze wywiązywały się z obowiązków aktualizacji danych dotyczących sytuacji zawodowej. W odniesieniu do zawodów, dla których nie stworzono dotychczas takich rejestrów braki informacyjne były jeszcze większe, np. w przypadku ratowników medycznych brakowało bieżącej informacji o liczbie ratowników medycznych oraz sposobach wykonywania zawodu ratownika, jak również o potrzebach kadrowych w tym zawodzie w poszczególnych rejonach kraju. [str. 26–27]

#### Brak odpowiedniego modelu analitycznego dotyczącego szacowania zapotrzebowania na kadrę medyczną

Minister Zdrowia nie określił pożądanej liczebności kadry medycznej dla poszczególnych zawodów medycznych w odniesieniu do liczby mieszkańców. Utrudniało to ocenę, czy liczba specjalistów w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia jest odpowiednia do potrzeb i liczby świadczeniobiorców. Liczebność kadry dla poszczególnych zawodów medycznych zostanie określona za pomocą modelu popytowego, który jest dopiero w trakcie tworzenia. Prace te nie zostały ukończone do czasu zakończenia kontroli NIK. [str. 27–28]

#### Niepełna realizacja zadań przewidzianych w *Polityce Wieloletniej Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa*

Określone w *Polityce* cele: zmiany w systemie kształcenia podyplomowego oraz określenie ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia – nie były realizowane zgodnie z założonym harmonogramem prac.

Nie wprowadzono zasadniczych zmian w programach kształcenia podyplomowego oraz realizowano w niewystarczającym stopniu inne działania w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych określone w *Polityce*. Nie przygotowano również systemu akredytacji organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w odniesieniu do wszystkich jego rodzajów, mimo że w *Polityce* zaplanowano wypracowanie akredytacji dla wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych do realizacji w latach 2018–2022. [str. 25–26]

<sup>7</sup> Informacja o wynikach kontroli P/15/060 „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych” Warszawa, marzec 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli uznaje za niecelowe utrzymywanie CKPPIp, jako odrębnej jednostki zajmującej się kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych. W ocenie NIK, zadania w tym zakresie powinno realizować Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (dalej: „CMKP”), które odpowiada za to kształcenie w przypadku innych zawodów medycznych. W Ministerstwie Zdrowia przygotowano projekt ustawy zakładający przekazanie zadań CKPPIp do CMKP z dniem 1 stycznia 2023 r. Termin ten nie został dotrzymany. W piśmie z 27 grudnia 2022 r. podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował Prezesa NIK, iż: „Zakłada się, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2023 r.” [str. 24–25]

Niecelowe utrzymywanie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPIp)

Nieskuteczne były działania podejmowane przez Ministra Zdrowia w celu zwiększenia zainteresowania mniej popularnymi specjalizacjami lekarskimi<sup>8</sup>, istotnymi z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Natomiast znaczne ograniczenie liczby przyznaných rezydentur przez Ministra Zdrowia, w stosunku do propozycji wojewodów w dziedzinach priorytetowych<sup>9</sup>, stwarzało ryzyko niezakwalifikowania się wszystkich lekarzy zainteresowanych tymi specjalizacjami. W ocenie NIK, może to utrudnić osiągnięcie odpowiedniej liczebności kadry medycznej, tym bardziej, że Minister Zdrowia, w związku ze zmianą przepisów, nie ma już możliwości przyznawania dodatkowych miejsc osobom niezakwalifikowanym. W pierwszym naborze centralnym, przeprowadzonym jesienią 2022 r., na specjalizacje w trybie rezydenckim zakwalifikowało się mniej lekarzy niż w latach ubiegłych, wzrosła natomiast liczba lekarzy przyjętych na specjalizacje prowadzone w trybie pozarezydenckim<sup>10</sup>.

Nieskuteczne działania na rzecz zwiększenia zainteresowania mniej popularnymi i priorytetowymi specjalizacjami

Dodatkowo NIK podkreśla, iż zmniejszyła się finansowa motywacja do wyboru specjalizacji priorytetowych, bowiem przy wzroście ogółem wynagrodzenia w okresie objętym kontrolą o 51%, rezydenci wybierający takie specjalizacje w 2022 r. zarabiali o 303 zł więcej, tj. 4%, niż wybierający pozostałe specjalizacje. W 2019 r. różnica ta wynosiła 750 zł, tj. 16%. [str. 40–44]

W procesie przygotowania postępowań kwalifikacyjnych do specjalizacji w trybie rezydentury Minister Zdrowia wykorzystywał w ograniczonym stopniu opinie konsultantów krajowych o potrzebach kadrowych w zawodach lekarza i lekarza dentystry, wskazane w art. 10 ust. 1 pkt 5 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia. Ponadto wskazywał konsultantom krajowym termin przekazania ww. opinii późniejszy niż 45 dni przed rozpoczęciem postępowania<sup>11</sup>

Ograniczony zakres wykorzystania opinii konsultantów w procesie przygotowania postępowań kwalifikacyjnych do specjalizacji

<sup>8</sup> Takich jak np. medycyna ratunkowa, choroby zakaźne, geriatria, medycyna paliatywna, czy patomorfologia. Istniejące zachęty finansowe były niewystarczające, natomiast niechęć do podejmowania przez lekarzy szkolenia specjalizacyjnego w ramach tych specjalizacji wynikała z różnych przyczyn: brak bezpośredniego kontaktu z pacjentem i możliwości leczenia (patomorfologia), konieczność posiadania indywidualnych predyspozycji, a także ograniczone możliwości prowadzenia indywidualnej praktyki lekarskiej.

<sup>9</sup> Takich jak psychiatria, pediatria, medycyna rodzinna czy anestezjologia i intensywne terapie.

<sup>10</sup> Specjalizacja może odbywać się w trybie rezydentury lub w trybie pozarezydenckim. Różnicę między tymi dwoma trybami stanowi źródło finansowania. Osoby którym udało się rozpocząć specjalizację w trybie rezydentury zostają zatrudnione w oparciu umowę o pracę, a ich wynagrodzenie jest wypłacane przez państwo. W przypadku specjalizacji odbywanej w trybie pozarezydenckim pensja jest wypłacana bezpośrednio z budżetu placówki medycznej.

<sup>11</sup> Wskazany w art. 13 ust. 3 pkt 1 lit. b ww. ustawy.

oraz nie wykorzystywał przewidzianych w zawartych umowach cywilnoprawnych instrumentów dyscyplinowania konsultantów krajowych, w sytuacji gdy opinie nie były przekazywane lub następowało to z opóźnieniem.

W celu ograniczenia i tak już licznych zadań konsultantów krajowych Minister Zdrowia planuje<sup>12</sup> zmianę ustawy *o konsultantach w ochronie zdrowia* poprzez rezygnację z obowiązku osobnego składania przez konsultantów krajowych opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych. Będzie ona składową rocznych raportów, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 7 ww. ustawy. [str. 39–40]

Brak analiz dotyczących oszacowania skali emigracji personelu medycznego

Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło analiz dotyczących oszacowania skali emigracji personelu medycznego. Z danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską, wynika, że w latach 2018–2022 (do końca września) wydano łącznie 4884 zaświadczenia potwierdzające uzyskanie w Polsce kwalifikacji zawodowych (w tym lekarzom, lekarzom dentystom oraz specjalistom)<sup>13</sup>. Jednakże liczba wydanych zaświadczeń przez samorządy zawodowe nie jest jednoznaczna z liczbą osób, które faktycznie wyjechały za granicę i podjęły pracę w zawodzie medycznym. [str. 32–33]

Przewlekłość prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia prac legislacyjnych, dotyczących niektórych regulacji prawnych istotnych dla pracowników ochrony zdrowia

Prace nad projektem ustawy *o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych* były prowadzone w sposób przewlekły. Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy trzy lata później niż pierwotnie planowano, a na przekroczenie terminu wpłynął przede wszystkim prawie dwuletni okres rozpatrywania uwag zgłoszonych przez podmioty zewnętrzne w Ministerstwie Zdrowia.

W Ministerstwie Zdrowia, do czasu zakończenia kontroli, nie zakończono rozpatrywania uwag zgłoszonych do projektu ustawy *o niektórych zawodach medycznych* przez podmioty zewnętrzne oraz nie przygotowano projektów rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla funkcjonowania ustawy<sup>14</sup>. [str. 44–47]

Brak ocen stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem metodologii określonej w ustawie o działalności leczniczej

Minister Zdrowia nie dokonywał oceny stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem metodyki określonej w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*. Opierał on swoją ocenę wyłącznie na wynikach kontroli przeprowadzanych przez terenowe wydziały kontroli NFZ, wojewodów oraz konsultantów wojewódzkich, nie uzyskując odpowiednich danych od podmiotów leczniczych. Ponadto w analizach dotyczących lat 2019–2020, w których dokonywano oceny, nie podano łącznej liczby kontroli przeprowadzonych w tym zakresie oraz liczby kontroli, w których stwierdzono nieprawidłowości dotyczące stosowania minimalnych norm zatrudnienia, co pozwoliłoby określić skalę zjawiska. Jednocześnie kontrolującym nie przedłożono analizy dotyczącej 2021 r. [str. 29–30]

<sup>12</sup> Pismo Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych z 8 listopada 2022 r.

<sup>13</sup> Liczba zaświadczeń wydanych tylko lekarzom (z wyłączeniem lekarzy specjalistów) od momentu wejścia Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej (UE), tj. od 1 maja 2004 r. do 2019 r., wyniosła ok. 16 tys.

<sup>14</sup> Minister Zdrowia poinformował Prezesa NIK, pismem z 27 grudnia 2022 r., iż projekt ustawy wraz z projektami rozporządzeń został skierowany do rozpatrzenia przez Stały Komitet Rady Ministrów w dniu 2 grudnia 2022 r.

Nie podjęto prac zmierzających do przygotowania regulacji prawnych w zakresie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, mimo iż takie uregulowania zostały wprowadzone w odniesieniu do innych zawodów medycznych. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż znaczna część lekarzy nie złożyła dokumentów poświadczających dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego. [str. 28–29]

Brak regulacji prawnych w zakresie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie przeprowadził kompleksowych analiz procesu realizacji stażu podyplomowego na podstawie zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu podyplomowego przekazywanych Ministrowi Zdrowia przez Okręgowe Rady Lekarskie (dalej: „ORL”) co, w ocenie NIK, w szczególności w sytuacji uzyskania opinii wskazującej na potrzebę zniesienia obowiązkowego stażu dla lekarzy było uzasadnione<sup>15</sup>. [str. 38–39]

Brak kompleksowej analizy procesu realizacji stażu podyplomowego

Wydawanie decyzji administracyjnych przez Ministra Zdrowia w sprawach dotyczących udzielenia zgody na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry lub zawodu pielęgniarki albo położnej w trybie tzw. uproszczonej procedury, odbywało się z przekroczeniem terminu wynikającego z art. 35 § 3 ustawy *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>16</sup>. Przewlekłość postępowania stwierdzono w 21 spośród 25 zbadanych spraw. [str. 33–36]

Wydawanie decyzji administracyjnych z naruszeniem terminów określonych w kpa

Minister Zdrowia nie zrealizował wniosku NIK dotyczącego ogłoszenia limitów przyjęć na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym przed rozpoczęciem postępowania rekrutacyjnego w uczelniach. W przypadku roku akademickiego 2019/2020 proces ten rozpoczął się 15 stycznia 2019 r., roku 2020/2021 – 20 stycznia 2020 r., zaś roku 2021/2022 – 19 marca 2021 r. i trwał odpowiednio sześć, sześć i cztery miesiące. Dopiero od roku akademickiego 2021/2022 proces ten został usprawniony w zakresie współpracy z Ministrem Edukacji i Nauki. W celu przyspieszenia procesu uzgadniania treści rozporządzenia, oprócz oficjalnej korespondencji pisemnej, komunikacja odbywała się również w trybie roboczym (pocztą elektroniczną oraz telefonicznie). [str. 36–37]

Niezrealizowanie wniosku NIK dotyczącego ogłoszenia limitów przyjęć na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym przed rozpoczęciem postępowania rekrutacyjnego w uczelniach

Ministerstwo Zdrowia nie analizowało przyczyn przekroczenia limitów przyjęć w niektórych uczelniach na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w latach akademickich 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022 i jego wpływu na jakość kształcenia w poszczególnych uczelniach. Biorąc pod uwagę ograniczone możliwości dydaktyczne uczelni, zjawisko to może wpływać na jakość kształcenia. [str. 37–38]

Brak analizy przyczyn przekraczania limitów i jego wpływu na jakość kształcenia

Ustalany przez Ministra Zdrowia limit przyjęć na jednolite studia magisterskie na kierunku lekarskim prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim w roku akademickim 2021/2022 wzrósł o 8,5% w stosunku do roku 2019/2020. W przypadku studiów niestacjonarnych na tym samym kierunku wzrost wyniósł 40,5%. W niektórych przypadkach,

Wyższa dynamika wzrostu limitu przyjęć na studia niestacjonarne w porównaniu do studiów stacjonarnych na kierunku lekarskim

<sup>15</sup> Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (dalej: „KRAUM”) 26 października 2021 r. wystąpiła w sprawie zniesienia obowiązkowego podyplomowego stażu zawodowego dla lekarzy i lekarzy dentystry.

<sup>16</sup> Zgodnie z powołanym przepisem załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego powinno nastąpić nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania.

uczelnie podejmowały decyzje o niewypełnieniu limitu miejsc na studiach niestacjonarnych w celu ograniczenia przyjęć osób z gorszymi wynikami matur. W kontrolowanych uczelniach liczba osób przyjętych na pierwszy rok studiów stacjonarnych na kierunku lekarskim w roku akademickim 2021/2022 była o 1,5% większa niż w roku akademickim 2019/2020, natomiast liczba osób przyjętych na studia niestacjonarne na tym samym kierunku była większa o 15,3%. [str. 50]

Przypadki nieprzestrzegania wewnętrznych regulacji w procesie rekrutacji oraz niezapewnienia rzetelności gromadzonej dokumentacji

Uczelnie prowadziły rekrutację na ogół z zachowaniem przepisów *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce* oraz wewnętrznych regulacji przyjętych w tym zakresie. Jednak w przypadku siedmiu uczelni (25% kontrolowanych) wystąpiły nieprawidłowości. Nie przestrzegano wewnętrznych regulacji dotyczących procesu rekrutacji, a niekiedy nie zapewniono rzetelności gromadzonej dokumentacji. Dochodziło również do wydawania sprzecznych ze sobą regulacji, które mogły wprowadzać w błąd kandydatów ubiegających się o przyjęcie. Przypadki przekraczania limitów przyjęć ustalanych przez Ministra Zdrowia na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny wystąpiły w trzech jednostkach (19% kontrolowanych uczelni prowadzących kształcenie na tych kierunkach).

Spośród wszystkich analizowanych kierunków<sup>17</sup>, największym zainteresowaniem cieszyły się studia stacjonarne na kierunku lekarskim, gdzie liczba kandydatów na jedno miejsce w kontrolowanych uczelniach wyniosła średnio 16,7 w roku akademickim 2019/2020 i 16,8 w roku akademickim 2021/2022. Najwięcej kandydatów na ten kierunek odnotował Uniwersytet Zielonogórski, gdzie w latach akademickich 2019/2020 i 2020/2021 na jedno miejsce przypadało 42 kandydatów. [str. 51–52]

Problemy z rekrutacją na kierunku lekarskim

Rekrutacja na kierunek lekarski była złożonym procesem, nie tylko z uwagi na bardzo dużą liczbę osób zainteresowanych, ale również na fakt, iż kandydaci składali wnioski o przyjęcie na wielu uczelniach, nie zawsze informując potem o rezygnacji z miejsca, co utrudniało wypełnienie limitów przyjęć. W każdym roku konieczne było prowadzenie rekrutacji uzupełniającej, trwającej czasem do końca października, co niekorzystnie wpływa na proces dydaktyczny. [str. 52–53]

Prawidłowe ustalenie wysokości opłaty za przeprowadzenie rekrutacji

Opłaty za przeprowadzenie rekrutacji na analizowane kierunki były pobierane w wysokości zgodnej z § 38 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów<sup>18</sup>.

W ośmiu uczelniach (29%) nie określono jednak trybu zwolnień z opłat rekrutacyjnych, co stanowiło naruszenie art. 79 ust. 3 w zw. z ust. 2 pkt 1 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*<sup>19</sup>. [str. 53]

Programy kształcenia na ogół zgodne ze standardami kształcenia

Przyjęte programy kształcenia były na ogół zgodne z wymogami wynikającymi z rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego

<sup>17</sup> Lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarstwo, położnictwo.

<sup>18</sup> Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (Dz. U. z 2021 r. poz. 661 ze zm.). Dalej: rozporządzenie w sprawie studiów.

<sup>19</sup> Stosownie do art. 79 ust. 3 w zw. z ust. 2 pkt 1 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce* uczelnia publiczna ustala warunki i tryb zwalniania z opłat, w tym m.in. za przeprowadzenie rekrutacji.

do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego<sup>20</sup>. W programach tych uwzględniano odpowiedni wymiar godzin zajęć z przedmiotów obowiązkowych oraz tych pozostawionych do wyboru przez studentów. Przewidziano również właściwy zakres zajęć kształtujących umiejętności praktyczne. [str. 53–54]

W przypadku ośmiu uczelni (29%) stwierdzono jednak nieprawidłowości w przygotowaniu programów kształcenia polegające na zaplanowaniu zbyt małej liczby godzin lub punktów ECTS dla niektórych przedmiotów albo naruszeniu wewnętrznej procedury ich tworzenia. [str. 54–55]

W czterech uczelniach (14%) wystąpiły przypadki przekraczania wymiaru zajęć kształtujących umiejętności praktyczne prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość<sup>21</sup>. [str. 54–55]

Zagrożeniem dla prawidłowej realizacji programów kształcenia były niewystarczające zasoby kadrowe niektórych uczelni. Problem ten dotyczył przede wszystkim nowo utworzonych kierunków w uczelniach, które nie miały doświadczenia w kształceniu kadr medycznych. W sześciu uczelniach (21%) nie przestrzegano art. 73 ust. 2 w związku z art. 120 ust. 2 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*, w przypadku niektórych kierunków studiów, nie zapewniając wskazanego w tym przepisie udziału godzin zajęć prowadzonych przez nauczycieli akademickich zatrudnionych w danej uczelni jako podstawowym miejscu pracy. [str. 55–57]

**Braki kadrowe stanowiące zagrożenie dla prawidłowej realizacji programów kształcenia**

Nauczyciele akademicy kontrolowanych uczelni podlegali ocenie okresowej, której dokonywano z uwzględnieniem zasad określonych w statutach i zarządzeniach rektorów poszczególnych uczelni, wykorzystując w nich m.in. oceny studentów. W sześciu uczelniach (21%) w procesie tym nie udało się uniknąć nieprawidłowości polegających na niedotrzymywaniu przyjętych terminów dokonywania oceny oraz naruszeniu zasad jej przeprowadzania. [str. 58]

**Uchybienia w okresowej ocenie nauczycieli akademickich**

W celu nadzoru nad przebiegiem kształcenia tworzone uczelniane systemy zapewnienia jakości kształcenia, w ramach których działały zespoły wydziałowe. Stosowano ankietywanie studentów, prowadzono hospitacje zajęć dydaktycznych, a także dokonywano okresowej oceny jakości kształcenia. W przypadku czterech uczelni (14%) stwierdzono nieprawidłowości w systemie nadzoru nad jakością kształcenia związane z niepełną realizacją zadań w tym zakresie bądź ich niewłaściwym sprawozdawaniem. [str. 58]

**Uczelniane systemy ds. zapewnienia jakości kształcenia na ogół funkcjonujące prawidłowo**

Zapewnieniu odpowiedniej jakości kształcenia nie sprzyjały także stwierdzone w siedmiu uczelniach (25%) przypadki przekroczenia ustalonej w wewnętrznych przepisach dziennej liczby godzin zajęć oraz nierównomierne ich rozłożenie powodujące w niektórych dniach nadmierne obciążenie studentów. [str. 58–59]

**Przypadki przekraczania dziennej liczby godzin oraz nierównomiernego ich rozłożenia**

<sup>20</sup> Dz. U. z 2021 r., poz. 755, ze zm. (dalej: rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia).

<sup>21</sup> W roku akademickim 2019/2020 zgodnie z § 1b rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia, student mógł uzyskać w ramach zajęć prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość część efektów uczenia się przypisanych do zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, w tym zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, umożliwiających uzyskanie nie więcej niż 40% liczby punktów ECTS określonej dla tych zajęć w programie studiów dla danego roku studiów. W przypadku roku akademickiego 2020/2021 próg ten wyniósł 20%.

Umowy zawierane z podmiotami nie zawierały wszystkich wymaganych elementów

Niektóre umowy cywilnoprawne zawierane pomiędzy kontrolowanymi uczelniami a podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, dotyczące prowadzenia kształcenia, w blisko połowie kontrolowanych uczelni nie zawierały wszystkich elementów wymaganych przez art. 89 ust. 5 ustawy o *działalności leczniczej*. [str. 59]

Prawidłowa reakcja na uwagi i zalecenia instytucji zewnętrznych

Jakość kształcenia kontrolowanych uczelni podlegała ocenie instytucji zewnętrznych, przede wszystkim Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Na formułowane w toku postępowań oceniających (opiniujących) uwagi i zalecenia, uczelnie odpowiednio reagowały, dokonując stosownych zmian w programach, udzielając wyjaśnień i wykonując zalecenia. [str. 60–61]

Słabość kontroli zarządczej w podmiotach leczniczych

Ograniczone zasoby kadrowe oraz sytuacja na rynku pracy spowodowała, że kontrolowane szpitale miały trudności z zapewnieniem odpowiedniej liczby personelu medycznego, a efektywne zarządzanie zasobami kadrowymi było znacząco utrudnione. Standardy kontroli zarządczej oraz zarządzania ryzykiem w obszarze zarządzania kadrami nie były stosowane lub stosowano je w ograniczonym zakresie w 15 podmiotach leczniczych (z 31 skontrolowanych), w tym 10 samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W siedmiu podmiotach nie przeprowadzono rzetelnych analiz stanu i struktury zatrudnienia personelu medycznego. W znacznej części szpitali motywacyjne rozwiązania w systemie wynagradzania były stosowane w ograniczonym zakresie, a pozapłacowe instrumenty motywowania pracowników nie były wprowadzane. [str. 63–66]

Skutki niedoborów kadrowych dla zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Niedobory kadrowe skutkowały w przypadku 18 podmiotów leczniczych (59%) koniecznością czasowego ograniczenia, a w skrajnych przypadkach zakończenia, działalności oddziałów szpitalnych i/lub poradni. W ośmiu podmiotach leczniczych zredukowana została liczba łóżek w celu dostosowania się do wymogów określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* dotyczących zapewnienia odpowiedniej liczby etatów pielęgniarskich, a w siedmiu podmiotach stwierdzono nieprawidłowości polegające na niezapewnieniu etatów pielęgniarskich w liczbie wynikającej z tego rozporządzenia. [str. 66–69]

Presja płacowa i problemy z rekrutacją personelu

W 18 z 31 podmiotów leczniczych (59%) poszczególne grupy zawodowe wywierały presję na kierownictwo szpitala domagając się podwyżki wynagrodzeń. Działania te przybierały formę: sporów zbiorowych, negocjacji ze związkami zawodowymi, spotkań, pism, odmowy pełnienia dyżurów medycznych, wypowiedzenia klauzuli *opt-out*<sup>22</sup>, jak również składania wypowiedzeń umów o pracę i cywilnoprawnych. Ponieważ, z uwagi na brak zgłoszeń potencjalnych kandydatów, prowadzenie skutecznej rekrutacji było utrudnione, żądania płacowe były najczęściej spełniane w przypadkach, gdy odejście personelu stanowiłoby zagrożenie dla ciągłości udzielania świadczeń. [str. 72–74, 91–92]

Niestosowanie norm czasu pracy personelu medycznego

W 21 podmiotach leczniczych (68%) wystąpiły przypadki niezapewnienia co najmniej 11 godzin nieprzerwanego wypoczynku dobowego<sup>23</sup> personelowi medycznemu zatrudnionemu na podstawie umów o pracę i jednocze-

<sup>22</sup> Przez klauzulę *opt-out* rozumie się pisemne oświadczenie pracownika dyżurującego o wyrażeniu zgody na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

<sup>23</sup> Art. 97 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*.



śnie na podstawie umów cywilnoprawnych lub wyłącznie na podstawie umów cywilnoprawnych. Ponadto w ośmiu podmiotach leczniczych wystąpiły przypadki przekroczenia maksymalnej tygodniowej normy czasu pracy wynoszącej przeciętnie 48 godzin na tydzień<sup>24</sup>. W ocenie NIK, to, że lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych nie dotyczą gwarantowane w *Kodeksie pracy* i w *ustawie o działalności leczniczej* minimalne normy odpoczynku pracowników nie oznacza, że ich możliwości psychofizyczne są większe niż lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Przepisy o czasie pracy powinny mieć zastosowanie do wszystkich form zatrudnienia<sup>25</sup>. Nadzorem nad przestrzeganiem tych przepisów powinni być objęci nie tylko sami pracodawcy, lecz także osoby wykonujące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, bowiem przekroczenie dopuszczalnego czasu pracy generuje ryzyko dla życia i zdrowia. [str. 83–90]

Powyższe przekroczenia norm czasu pracy wynikały m.in. z trudnej sytuacji na rynku pracy. O sposobie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia decyduje wiele czynników, w tym dostępność kadr medycznych i zasady wykonywania pracy. Prawidłowe funkcjonowanie całego systemu wymaga stworzenia takich zasad zatrudniania, które umożliwią prawidłowe i efektywne wykonywanie powierzanych zadań z zakresu opieki zdrowotnej. W *ustawie o działalności leczniczej*, z uwagi na specyfikę realizowanych zadań, w tym konieczność zabezpieczenia interesów pacjentów oraz związane z tym nietypowe godziny pracy, wprowadzono liczne modyfikacje w zakresie prawnej regulacji czasu pracy. Jednakże zasady te dotyczą jedynie osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę, co ma szczególne znaczenie biorąc pod uwagę dynamiczny rozwój niepracowniczych form zatrudnienia. Obie grupy zatrudnionych wykonują pracę zbliżoną, a nawet taką samą – ale nie stosowane są wobec nich jednakowe normy prawne.

Dochodziło do zawierania umów cywilnoprawnych z pracownikami realizującymi świadczenia zdrowotne, na podstawie których świadczyli oni taką samą rodzajowo pracę na rzecz kontrolowanych podmiotów leczniczych, jak w ramach etatu. W ocenie NIK, łączenie tych form zatrudnienia stanowiło obejście przepisów regulujących stosunek pracy, przepisów dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne, a także przepisów regulujących pracę w godzinach nadliczbowych oraz czas pracy pracowników medycznych.

Ze względu na niedobór personelu medycznego, częstą praktyką jest zawieranie dwóch umów pomiędzy tym samym podmiotem leczniczym i lekarzem – np. obok zawartej umowy o pracę, strony zawierają dodatkową umowę o świadczenie dyżurów lekarskich (bezpośrednio z pracownikiem lub za pośrednictwem podmiotu zewnętrznego). Budzi to istotne wątpliwości w kwestii uwzględniania przychodów z takich umów w podstawie wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne oraz ubezpieczenie zdro-

**Konsekwencje  
łączenia różnych form  
zatrudnienia personelu  
medycznego**

<sup>24</sup> Art. 131 § 1 *Kodeksu pracy*.

<sup>25</sup> W ocenie NIK, takie jest też *ratio legis* przepisów ustawy o działalności leczniczej.

wotne (art. 8 ust. 2a ustawy o *systemie ubezpieczeń społecznych*). Ponadto w przypadku łączenia różnych form zatrudnienia najczęściej dochodzi do przekroczeń czasu pracy personelu medycznego, o czym mowa wyżej.

Należy zwrócić uwagę, że istniejąca swoboda wyboru stosunku prawnego łączącego podmioty lecznicze oraz personel medyczny, powoduje rażące różnicowanie statusu personelu w zależności od formy zatrudnienia (pracownicze, niepracownicze). Szerokiej ochronie przepisów prawa pracy w pierwszym przypadku towarzyszy niemal absolutny jej brak w drugim, choć sposób wykonywania pracy w każdej formie zatrudnienia pozostaje taki sam. Kwestie te wymagają doprecyzowania w stosownych przepisach. [str. 86-88]

Brak definicji podwykonawcy w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej

NIK zwraca również uwagę na problemy interpretacyjne wynikające m.in. z braku zdefiniowania pojęcia podwykonawcy, na potrzeby ustalenia stosunku prawnego pomiędzy świadczeniodawcą a osobami wymienionymi w art. 132 ust. 3 ustawy o *świadczeniach* oraz posługiwania się przez ustawodawcę różną terminologią.

Umowy cywilnoprawne o wykonywanie świadczeń zdrowotnych stały się popularną formą prawną angażowania do pracy personelu medycznego przez podmioty lecznicze. Stanowią one często subkontrakty wobec umów zawieranych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia. Umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne jest umową nazwaną, a jej zawarcie wymaga zgłoszenia podwykonawców w odpowiednim załączniku do umowy z NFZ.

Z dniem 1 października 2017 r. z rozporządzenia Ministra Zdrowia usunięta została definicja podwykonawcy<sup>26</sup>, co doprowadziło do przypisywania tej roli wszystkim osobom, które świadczą pracę w podmiocie leczniczym na podstawie innej niż umowa o pracę. Wątpliwości pogłębia terminologia, jaką posługuje się ustawa o *działalności leczniczej* i ustawa o *świadczeniach*. Zgodnie z art. 26 ustawy o *działalności leczniczej* podmiot leczniczy może udzielić zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, tj. również lekarzowi lub pielęgniarce wykonującym działalność leczniczą w ramach indywidualnej praktyki zawodowej.

Jednocześnie art. 132 ust. 3 ustawy o *świadczeniach* stanowi, że nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem<sup>27</sup>, pielęgniarzką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, a na mocy art. 133 osoby takie nie mogą być również podwykonawcami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Sąd Najwyższy, orzekając w sprawach dotyczących składek na ubezpieczenie

<sup>26</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2017 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1809, ze zm.).

<sup>27</sup> Przepisy te nie rozstrzygają czy termin „lekarz” należy odnosić również do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, gdy jest nim lekarz prowadzący indywidualną praktykę zawodową.

społeczne, uważa zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pracodawcę z zatrudnionym przez siebie lekarzem za niedopuszczalne<sup>28</sup>. Według SN istnieje adresowany do pracodawców będących świadczeniodawcami zakaz zawierania z własnymi pracownikami odrębnych umów (subkontraktów) na udzielanie świadczeń zdrowotnych, jako podwykonawców umowy zawartej z NFZ.

Powyższe problemy ze stosowaniem przepisów powodują, że trudno ustalić jakie były intencje ustawodawcy. Ma to konsekwencje m.in. w sprawach sądowych dotyczących ustalenia wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne. [str. 85–86]

<sup>28</sup> Post. SN z: 22 czerwca 2015 r., I UZ 3/15 i 22 lipca 2015 r., I UZ 6/15. Pogląd ten jest utrwalony w orzecznictwie SN – zob. np. wyr. SN z 27 kwietnia 2017 r., I UK 182/16; wyr. SN 21 września 2017 r., I UK 383/16; post. SN z 25 maja 2018 r., I UK 441/17; post. SN z 28 lutego 2019 r., I UK 211/18.

## 4. WNIOSKI

### Minister Zdrowia

- 1) Przygotowanie strategii rozwoju kadr medycznych wyznaczającej pożądane kierunki zmian systemowych oraz zawierającej mechanizmy monitorowania i okresowej oceny jej wdrażania.
- 2) Zapewnienie pełnej i terminowej realizacji działań przewidzianych w dokumencie strategicznym *Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*.
- 3) Dokonanie, we współpracy z Ministrem Edukacji i Nauki, analizy przebiegu rekrutacji na kierunek lekarski i rozważenie wprowadzenia rozwiązań, które usprawniłyby ten proces, np. poprzez przygotowanie aplikacji umożliwiającej tworzenie wspólnej listy osób przyjętych na poszczególne uczelnie z uwzględnieniem preferencji kandydatów.
- 4) Przeprowadzenie analizy przebiegu dotychczasowych postępowań kwalifikacyjnych na specjalizację w trybie rezydenckim i wprowadzenie rozwiązań zwiększających efektywność prowadzonego naboru.
- 5) Wydawanie rozporządzeń w sprawie limitów przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym przed rozpoczęciem procesu rekrutacji przez uczelnie medyczne.
- 6) Przygotowanie, we współpracy z samorządami zawodowymi, skutecznych rozwiązań w zakresie poświadczania dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego pielęgniarzek, położnych, lekarzy i lekarzy dentyków.
- 7) Przeprowadzenie kompleksowej analizy procesu realizacji stażu podyplomowego na podstawie zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu podyplomowego przekazanych przez Okręgowe Rady Lekarskie.

### Minister Zdrowia – wnioski *de lege ferenda*

- 1) Wprowadzenie systemu akredytacji organizatorów kształcenia obejmującego wszystkie rodzaje kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych.
- 2) Przygotowanie projektu zmiany przepisów o konsultantach w ochronie zdrowia, tak aby zmniejszyć liczbę przekazywanych przez konsultantów krajowych opinii i raportów. Zmianom legislacyjnym powinno towarzyszyć lepsze wykorzystanie materiałów przesyłanych obecnie przez konsultantów.
- 3) Zainicjowanie zmiany obowiązującego stanu prawnego w taki sposób, by normy czasu pracy oraz prawo do odpoczynku było ustalane w odniesieniu do pracownika (osoby) i uwzględniało łączny czas wykonywania obowiązków u świadczeniodawców w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od liczby i formy zawartych umów<sup>29</sup>. W ocenie NIK, niezbędne jest również podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach ustawy *o działalności leczniczej* maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu medycznego, w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> Wniosek ten NIK sformułowała już w 2015 r. w Informacji o wynikach kontroli P/14/065 *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, a następnie w 2016 r. w Informacji o wynikach kontroli P/15/068 *Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne*. Wniosek ten dotychczas nie został zrealizowany.

<sup>30</sup> Wniosek ten NIK sformułowała już w Informacji o wynikach kontroli *Funkcjonowanie szpitali powiatowych* w 2022 r.

4) Zainicjowanie zmian legislacyjnych mających na celu uzupełnienie regulacji ustawy *o świadczeniach* o definicję podwykonawcy umowy o udziale świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 133 tejże ustawy. Jednocześnie przepis art. 133 powinien wyjaśniać, czy obejmuje swoją treścią wszystkie stosunki prawne łączące osoby wymienione w art. 132 ust. 3 ustawy ze świadczeniodawcą, czy też dotyczy on szczególnych kategorii tych osób.

1) Wyeliminowanie przypadków nieprzestrzegania ustalonych zasad rekrutacji.

2) Podjęcie działań służących spełnieniu normy art. 73 ust. 2 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*, w zakresie liczby godzin zajęć prowadzonych przez nauczycieli akademickich, dla których uczelnia jest podstawowym miejscem pracy.

3) Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania wszystkich elementów uczelnianych i wydziałowych systemów zarządzania jakością kształcenia.

4) Dokonanie przeglądu umów zawartych z podmiotami leczniczymi o udostępnienie komórek organizacyjnych w celu prowadzenia kształcenia w zawodach medycznych i uzupełnienie ich o postanowienia wymagane przez art. 89 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej*.

1) Wyeliminowanie sytuacji niezapewnienia lekarzom bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego w ramach umów cywilnoprawnych, zwłaszcza gdy jest on łączony z zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę, 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego lub 35 godzin odpoczynku tygodniowego w przypadkach, w których szpital współdecyduje o grafikach ich pracy.

2) Sporządzenie dokumentów stanowiących o identyfikacji oraz oszacowaniu ryzyka w obszarze zarządzania personelem medycznym w odniesieniu do celów i zadań, a także o analizie stanu ilościowego i jakościowego tego personelu i opracowanie planu zatrudnienia, zgodnie z wymogami wynikającymi ze standardów kontroli zarządczej.

Rektorzy uczelni kształcących na kierunkach medycznych

Kierownicy podmiotów leczniczych

## 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### 5.1. Minister Zdrowia

Brak systemowego podejścia do przygotowania kadr medycznych i tworzenia warunków dla ich rozwoju

Planowanie rozwoju kadr medycznych nie było oparte na długookresowej strategii uwzględniającej analizę trendów demograficznych i dane epidemiologiczne. Brak zdefiniowanej strategii obejmującej wszystkie grupy zawodowe nie sprzyjał zapewnieniu stabilności systemu i rozwiązaniu problemu deficytu kadr medycznych. Jedynie w odniesieniu do pielęgniarek i położnych opracowano rządowy dokument strategiczny *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce*. Jednak, jak wskazują ustalenia kontroli NIK, niektóre zadania przewidziane w *Polityce* nie były realizowane zgodnie z przyjętym harmonogramem prac. Skuteczność działań Ministra Zdrowia, w zakresie planowania i rozwoju kadr medycznych, obniżało nieprzygotowanie odpowiedniego modelu analitycznego dotyczącego szacowania zapotrzebowania na kadrę medyczną, brak pełnych danych dotyczących osób wykonujących zawody medyczne oraz przewlekłość prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia prac legislacyjnych, dotyczących niektórych regulacji prawnych istotnych dla pracowników ochrony zdrowia.

Nieskuteczne były działania podejmowane przez Ministra Zdrowia w celu zwiększenia zainteresowania mniej popularnymi specjalizacjami lekarskimi, istotnymi z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W ograniczonym zakresie wykorzystywano opinie konsultantów krajowych o potrzebach kadrowych w zawodach lekarza i lekarza dentystry w procesie przygotowania postępowań kwalifikacyjnych do specjalizacji w trybie rezydentury.

Nie analizowano wpływu przekraczania limitów przyjęć na jakość kształcenia oraz nie przeprowadzano kompleksowych analiz zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu podyplomowego przekazywanych Ministrowi Zdrowia przez okręgowe rady lekarskie.

#### 5.1.1. Planowanie i rozwój kadr medycznych

Brak planowania kadr medycznych w wymiarze strategicznym

W ocenie NIK, planowanie kadr medycznych w skali kraju powinno mieć wymiar strategiczny, ukierunkowany na dostosowanie jej zasobów do obecnych i przyszłych potrzeb, tak aby przeciwdziałać sytuacji niedoboru lub nadmiaru personelu<sup>31</sup>. Błędy w procesie planowania kadr medycznych skutkują poważnymi konsekwencjami dla systemu przez wiele kolejnych lat.

Minister Zdrowia nie przygotował jednak długookresowej strategii rozwoju kadr medycznych opartej na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych. Strategia ta byłaby podstawą do podejmowania decyzji o liczbie kształconych lekarzy czy tworzeniu nowych zawodów/specjalizacji medycznych.

<sup>31</sup> Pogląd ten podzielają eksperci zajmujący się ochroną por. m.in. Alicja Domagała *Planowanie kadr medycznych – potrzeba czy konieczność?* Zdrowie Publiczne i Zarządzanie z 2013 r. nr 11(2) str. 148–158.

Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia<sup>32</sup>: *W czasie tak dużej zmienności gospodarczej i epidemiologicznej prace Ministerstwa Zdrowia skupiały się na rozwiązywaniu priorytetowych problemów związanych z dostępnością do kadr medycznych wynikłych głównie w związku z epidemią. Nie opracowano jednego strategicznego dokumentu, gdyż Minister odpowiada na bieżąco na poszczególne potrzeby związane z brakiem lekarzy podejmując m.in. poniższe działania strategiczne.*

Jako przykład takich działań dyrektor Departamentu Rozwoju podała wyodrębnienie dziedzin najważniejszych z punktu widzenia epidemiologicznego (dziedziny priorytetowe) i ustanowienie dla nich specjalnych zasad; wprowadzenie rozwiązania, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wyższe wynagrodzenie zasadnicze; znaczne zwiększenie limitów przyjęć na kierunek lekarski począwszy od 2016 r.; wprowadzenie, pod koniec 2021 r., regulacji, które przewidują wsparcie, ze środków budżetu państwa, osób odbywających odpłatne studia w języku polskim na kierunku lekarskim z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w publicznej ochronie zdrowia oraz wprowadzenie zmian w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne, dzięki którym większa liczba miejsc szkoleniowych zostanie wykorzystana.

Nie kwestionując celowości wprowadzenia wspomnianych rozwiązań, NIK wskazuje, iż powinny one wynikać z długookresowej strategii dotyczącej rozwoju kadr medycznych. Taki dokument strategiczny powstał jedynie w odniesieniu do pielęgniarek i położnych w postaci *Polityki Wieloletniej Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa*. W ocenie NIK, uwzględnienie innych grup zawodowych, w tym lekarzy, w dokumencie strategicznym dotyczącym kadr medycznych pozwoliłoby na diagnozę i zidentyfikowanie najważniejszych problemów dotyczących tego obszaru oraz wskazanie pożądanych kierunków zmian systemowych. Wprowadzenie mechanizmów monitorowania i okresowej oceny wdrażania strategii poprawiłoby efektywność realizowanych zadań.

Rada Ministrów przyjęła *Politykę wieloletnią państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018*. Jako cel główny *Polityki* wskazano zapewnienie wysokiej jakości, bezpieczeństwa i dostępności do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów i społeczeństwa. Celem pośrednim miało być zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej i powstrzymanie emigracji zarobkowej oraz zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie i utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek/położnych, w tym nabywających uprawnienia emerytalne. Zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych zamierzano osiągnąć m.in. poprzez wzrost liczby studentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo przy uwzględnieniu jakości kształcenia.

Nierealizowanie  
przyjętego w *Polityce*  
harmonogramu prac

<sup>32</sup> Dalej również „dyrektor Departamentu Rozwoju”.

Dla każdego z celów szczegółowych przewidzianych w *Polityce* zdefiniowano konkretne działania w każdym z obszarów priorytetowych, termin realizacji, podmioty odpowiedzialne i współpracujące oraz harmonogram prac.

W ramach przewidzianego w *Polityce* celu *Zmiany w systemie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych* zaplanowano dziewięć działań<sup>33</sup>. Nie były one jednak realizowane zgodnie z przyjętym harmonogramem.

Minister Zdrowia, powołał Zespół<sup>34</sup>, do zadań którego należało opracowanie głównych kierunków zmian systemowych w zakresie kształcenia podyplomowego, zaproponowanie składów podzespołów merytorycznych do opracowania szczegółowych rozwiązań w poszczególnych obszarach tego kształcenia, a także przygotowanie i przedłożenie propozycji nowelizacji aktów prawnych regulujących system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Zespół zakończył swoją działalność 31 grudnia 2019 r., przygotowując dokument *Główne kierunki zmian w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych*. Jak wskazała dyrektor Departamentu Rozwoju: *Zawarte w nim propozycje rozwiązań nie są rozstrzygające co do przyszłego modelu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, a stanowią jedynie kierunek do dalszych prac w tym zakresie*.

Minister Zdrowia powołał też podzespoły merytoryczne<sup>35</sup>, które miały opracować założenia do zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych.

W toku prac nad kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych uznano za uzasadnione przeniesienie zadań dotychczas realizowanych przez CKPPIP do CMKP. Jak wskazała dyrektor Departamentu Rozwoju: *Integracja tych jednostek została uznana jako zadanie nadrzędne nad zmianami merytorycznymi*. CMKP realizuje kształcenie podyplomowe lekarzy, lekarzy dentyistów, farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych oraz innych osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych, które wykonują zawody mające zastoso-

<sup>33</sup> Zmniejszenie liczby dziedzin specjalizacji (do 10), kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych – do realizacji w latach 2017–2025; wyodrębnienie dziedzin specjalizacji przeznaczonych wyłącznie dla magistrów pielęgniarstwa i magistrów położnictwa – do realizacji w latach 2017–2025; przebudowa programów kształcenia podyplomowego (e-learning do 50% kształcenia teoretycznego, weryfikacja liczby godzin kształcenia, kształcenie modułowe, mentor) – do realizacji w latach 2018–2025; podejmowanie działań zmierzających do utworzenia na poziomie CKPPIP platformy do zamieszczania materiałów edukacyjnych dla uczestników szkoleń – do realizacji w latach 2018–2025; dofinansowanie specjalizacji ze środków publicznych zgodnej z profilem zatrudnienia – do realizacji w latach 2020–2031; podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia dofinansowania specjalizacji ze środków budżetowych – do realizacji w latach 2018–2025; podejmowanie działań na rzecz finansowania ze środków budżetowych innych form kształcenia podyplomowego, np. kursów kwalifikacyjnych – do realizacji w latach 2018–2025; wypracowanie akredytacji dla wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych – do realizacji w latach 2018–2022; prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych wyłącznie przez uczelnie prowadzące kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na pierwszym i drugim stopniu, instytuty badawcze prowadzące działalność kliniczną, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, pod warunkiem posiadania akredytacji – do realizacji w latach 2018–2022.

<sup>34</sup> Zarządzenie z dnia 19 września 2019 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania zmian w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. Urz. MZ. z 2019 r. poz. 78).

<sup>35</sup> Zarządzenie z dnia 12 lutego 2020 r. w sprawie powołania Podzespołów merytorycznych do spraw opracowania zmian w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. Urz. MZ. z 2020 r. poz. 10, ze zm.).



wanie w ochronie zdrowia, a przeniesienie zadań związanych z kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych z CKPPIP do CMKP, ma na celu skoncentrowanie ich w jednym podmiocie. Przewidywano, że działanie to przyczyni się do integracji ww. zawodów medycznych, stworzenia równych warunków do dalszego kształcenia i rozwoju oraz wymiany doświadczeń pomiędzy tymi zawodami, a w efekcie do poprawy jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych.

W Ministerstwie przygotowano projekt ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw, który zakładał integrację CKPPIP z CMKP. Projekt wprowadzał również m.in. konieczność uzyskania przez organizatorów kształcenia akredytacji dyrektora CMKP na prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych oraz zmianę katalogu organizatorów kształcenia.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia 11 marca 2022 r. poinformował 56 podmiotów, iż projekt tej ustawy został udostępniony w BIP Rządowego Centrum Legislacji (dalej: „RCL”) i zwrócił się z prośbą o przekazywanie ewentualnych uwag w terminie 30 dni od dnia otrzymania niniejszego pisma. Ustawa powinna była wejść w życie 1 stycznia 2023 r., a w Ministerstwie do czasu zakończenia kontroli trwały prace nad analizą zgłoszonych uwag do projektu ustawy, co spowodowało, iż termin ten nie został dotrzymany.

W ramach przewidzianego w *Polityce celu Określenie ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia* zaplanowano realizację dwóch działań:

- dookreślenie kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych do poszczególnych poziomów studiów (do realizacji w latach 2018–2022);
- opracowanie standardów organizacyjnych z określeniem roli i kompetencji zawodowych pielęgniarki i położnej w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej/poszczególnych dziedzinach specjalizacji pielęgniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów priorytetowych (do realizacji w latach 2018–2023).

W ramach dookreślenia kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych podjęto działania związane z aktualizacją programów szkoleń specjalizacyjnych<sup>36</sup>.

Minister Zdrowia, zarządzeniem z 18 maja 2022 r., powołał *Zespół do spraw opracowania zmian w standardach kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej*<sup>37</sup>. Celem prac Zespołu było przygotowanie zmian obszarów kompetencyjnych absolwentów studiów I i II stopnia ww. kierunków oraz upraktycznienie kształcenia tak, aby było dostosowane do aktualnych potrzeb rynku pracy. Zespół 31 lipca 2022 r. przedłożył Ministrowi propozycje zmian standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

<sup>36</sup> M.in. 5 kwietnia 2022 r. Minister Zdrowia zatwierdził *Aktualizację programów szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych*, 29 kwietnia 2022 r. zatwierdził aktualizację programu kursu specjalistycznego *Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji*.

<sup>37</sup> Dz. Urz. MZ. z 2022 r. poz. 47.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Nie opracowano standardów organizacyjnych z określeniem ról i kompetencji zawodowych pielęgniarki i położnej w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

Nieprzygotowanie systemu akredytacji organizatorów wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

W dokumencie *Główne kierunki zmian w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych* z grudnia 2019 r., w odniesieniu do kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, podano: *Wprowadzona przez obowiązujące regulacje prawne bardzo duża demokratyzacja procesu nabywania uprawnień do prowadzenia kształcenia podyplomowego (uczelnie wyższe, instytuty, podmioty lecznicze, samorząd zawodowy, podmioty gospodarcze, organizacje pozarządowe) spowodowała dynamiczny, lecz praktycznie trudny do kontrolowania rozwój oferty szkoleniowej o nieznaną i często niską jakością. Aktualny model kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych umożliwia dużej grupie przedstawicieli tych zawodów ukończenie kształcenia, w tym uzyskanie tytułu specjalisty w danej dziedzinie bez korelacji z potrzebami systemu oraz często bez możliwości pełnego wykorzystania tych kwalifikacji na zajmowanym stanowisku pracy (...). Wprowadzenie akredytacji w obszarze kształcenia podyplomowego tej grupy zawodowej może znacząco wpłynąć na poprawę jakości kształcenia podyplomowego.*

Nie przygotowano systemu akredytacji organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w odniesieniu do wszystkich jego rodzajów, mimo że w *Polityce* zaplanowano wypracowanie akredytacji dla wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych do realizacji w latach 2018–2022. W Ministerstwie przygotowano przepisy wprowadzające akredytację, nie zakończono jednak jeszcze analizy uwag zgłoszonych do projektu. Planowana akredytacja dotyczy jedynie organizatorów kształcenia realizujących szkolenie specjalizacyjne.

Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Rozwoju rozszerzenie systemu akredytacji na pozostałe rodzaje kształcenia podyplomowego jest przedmiotem dodatkowej analizy i dyskusji ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych.

NIK zauważa, iż w *Polityce* zaplanowano wypracowanie akredytacji dla wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych do realizacji w latach 2018–2022.

Brak pełnych danych dotyczących osób wykonujących zawody medyczne

Skuteczność działań Ministra Zdrowia, w zakresie planowania i rozwoju kadr medycznych, obniżał brak pełnych danych dotyczących osób wykonujących zawody medyczne. W przypadku zawodów, dla których prowadzone są rejestry osób posiadających prawo ich wykonywania, osoby objęte rejestrem nie zawsze wywiązywały się z obowiązków aktualizacji danych dotyczących sytuacji zawodowej.

W przypadku pielęgniarek i położnych podstawowym źródłem danych jest Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych (dalej: „CRPiP”), prowadzony przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Gromadzone są w nim dane o pielęgniarkach oraz położnych posiadających prawo wykonywania zawodu. Minister Zdrowia dofinansowuje koszty związane z prowadzeniem CRPiP<sup>38</sup>. Pielęgniarki i położne wpisane do rejestru, są obowiązane do nie-

<sup>38</sup> Dane w CRPiP są gromadzone i aktualizowane na podstawie danych wpisanych do rejestrów prowadzonych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych i przekazywanych na podstawie art. 48 ust. 7 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Jak m.in. podano w *Polityce: ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa nakłada na pielęgniarstwo i położnictwo obowiązek przekazywania danych do okręgowych rejestrów, dotyczących ich aktualnej sytuacji zawodowej, jednak w praktyce nie jest on wypełniany przez wszystkie pielęgniarstwo i położnictwo (...).*

Wypracowanie przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych systemowych działań zmierzających do aktualizowania danych znajdujących się w rejestrach izb okręgowych przez zarejestrowane pielęgniarstwo i położnictwo (czynne zawodowo) zostało zaplanowane w *Polityce* i miało być realizowane w latach 2018–2022.

Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Rozwoju: (...) *Okręgowe izby pielęgniarek i położnych na bieżąco w ramach prowadzonej działalności informują swoich członków o konieczności aktualizacji danych zawartych w rejestrach pielęgniarek i położnych. W latach 2019–2022, z uwagi na konieczność realizacji wielu priorytetowych zadań związanych z epidemią oraz konfliktem zbrojnym na Ukrainie, nie podejmowano działań legislacyjnych mających na celu wypracowanie rozwiązań systemowych obligujących pielęgniarstwo i położnictwo do aktualizacji swoich danych. Niemniej problematyka ta będzie poddana szczegółowej analizie.*

W odniesieniu do zawodów, dla których nie stworzono dotychczas takich rejestrów braki informacyjne były jeszcze większe i dotyczyły np. bieżącej informacji o liczbie ratowników medycznych oraz sposobach wykonywania zawodu ratownika.

W ocenie skutków regulacji dla przygotowanego w Ministerstwie projektu nowej ustawy *o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych* podano szacowaną liczbę ratowników jedynie w oparciu o dane przekazane przez NFZ dotyczące ratowników medycznych wykonujących swoją pracę w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne w szpitalach lub wykonujących zawód w zespołach ratownictwa medycznego. Nie uwzględniono osób pracujących poza systemem ochrony zdrowia w ramach różnego rodzaju służb, mimo iż wykonują czynności uznawane przez ustawę za wykonywanie zawodu ratownika medycznego.

Dopiero utworzenie na mocy wspomnianej ustawy rejestru ratowników medycznych pozwoli na uzyskanie bieżącej informacji o liczbie ratowników, jak również o potrzebach kadrowych w tym zawodzie w poszczególnych rejonach kraju.

Planowanie rozwoju kadr medycznych utrudniało również nieprzygotowanie odpowiedniego modelu analitycznego dotyczącego szacowania zapotrzebowania na kadrę medyczną. W konsekwencji Minister nie określił pożądanej liczebności kadry medycznej dla poszczególnych zawodów medycznych w odniesieniu do liczby mieszkańców. Utrudniało to ocenę, czy liczba specjalistów w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia jest odpowiednia do potrzeb i liczby świadczeniobiorców.

Nieprzygotowanie odpowiedniego modelu analitycznego dotyczącego szacowania zapotrzebowania na kadrę medyczną

Jak wskazała dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia pożądana liczebność kadry dla poszczególnych zawodów medycznych zostanie określona za pomocą modelu popytowego, który jest w trakcie tworzenia. Ponadto wyjaśniła, iż: *Departament Analiz i Strategii przygotował model podażyowy dotyczący poszczególnych zawodów medycznych. W ramach Map Potrzeb Zdrowotnych powstała aplikacja dot. kadr medycznych, która umożliwi weryfikację liczby specjalistów, również w odniesieniu regionalnym. Poza tym obrazuje zachodzące w systemie zmiany liczby lekarzy i trendy, dot. np. wymienialności pokoleniowej lekarzy. Analizy zostały wykonane m.in. na podstawie rekomendacji konsultantów krajowych poszczególnych dziedzin lekarskich (...).*

*Od I kwartału 2021 roku w Departamencie Analiz i Strategii trwają intensywne prace nad rozwojem modelu popytowego dotyczącego kadry lekarskiej. Prace nie zostały zakończone, ze względu na złożoność procesu. Konieczne są liczne konsultacje z ekspertami w zakresie systemu ochrony zdrowia, statystyki i ekonometrii. W trakcie prac realizowane są analizy ilościowe, testy scenariuszowe, przeglądy literatury.*

Jak wskazują eksperci w modelach zapotrzebowania i prognozowania personelu medycznego uwzględnia się przede wszystkim zmienne popytowe, których ilościowym wskaźnikiem jest korzystanie z usług. Szczególnie wnikliwie analizowany jest wzrost korzystania z usług zdrowotnych pod wpływem zmian demograficznych, a przede wszystkim starzenia się populacji<sup>39</sup>.

23 grudnia 2022 r., a więc po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego NIK, Minister Zdrowia podpisał zarządzenie w sprawie Zespołu ds. modelowania i prognozowania zapotrzebowania na kadrę medyczną w celu podejmowania działań umożliwiających optymalne wykorzystanie i rozwój jej potencjału. Do zadań Zespołu należy przedstawianie rekomendacji dotyczących metodologii szacowania zapotrzebowania na przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, w tym w szczególności lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych.

**Nieprzygotowanie regulacji prawnych w zakresie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych**

Nie podjęto prac zmierzających do przygotowania regulacji prawnych w zakresie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, mimo iż takie uregulowania zostały wprowadzone w odniesieniu do innych zawodów medycznych. Obowiązek ciągłego doskonalenia zawodowego wynika z art. 61 ust. 1 ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej*, który wskazuje, że pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Rozwoju, ewentualne zmiany dotyczące sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego będą przedmiotem rozważań podczas planowanych merytorycznych prac nad systemem kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

<sup>39</sup> Por. Stanisława Golinowska, Ewa Kocot, Agnieszka Sowa *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013 r., 11(2), 125–147.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W przypadku lekarzy, pomimo istnienia regulacji prawnych w zakresie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego<sup>40</sup>, większość z nich nie udokumentowała wywiązania się z tego zadania.

### Przykład

W przypadku lekarzy i lekarzy dentystów należących do **Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie** – w roku 2019 okres rozliczeniowy dotyczący doskonalenia zawodowego zakończyło 942 lekarzy i lekarzy dentystów zarejestrowanych w okręgowym rejestrze. Dokumenty poświadczające dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego złożyło 10 lekarzy, którzy dopełnili obowiązku zawodowego.

W roku 2020 okres rozliczeniowy dotyczący doskonalenia zawodowego zakończyło 8766 lekarzy i lekarzy dentystów zarejestrowanych w okręgowym rejestrze. Dokumenty poświadczające dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego złożyło 47 lekarzy, którzy dopełnili obowiązku zawodowego.

W roku 2021 okres rozliczeniowy dotyczący doskonalenia zawodowego zakończyło 1470 lekarzy i lekarzy dentystów zarejestrowanych w okręgowym rejestrze. Dokumenty poświadczające dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego złożyło 14 lekarzy, którzy dopełnili obowiązku zawodowego.

Jednocześnie nie odnotowywano niedopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza. Jak wyjaśnił Prezes ORL *Ponieważ w latach 2019–2021, ze względu na panującą sytuację epidemiologiczną, liczba kursów szkoleniowych oraz przepływ informacji uzyskiwanych od lekarzy, w tym dokumentów związanych z doskonaleniem zawodowym lekarzy był znacznie ograniczony, aktualnie Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie jest w trakcie wyjaśniania i analizy danych pozwalających na ustalenie spełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy i lekarzy dentystów. Dodatkowo wyjaśnić należy, że dokonywana jest przebudowa rejestru lekarzy w celu dostosowania go do nowych wymogów prawnych.*

Minister Zdrowia nie dokonywał oceny stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek przez kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>41</sup> w latach 2019–2021, z wykorzystaniem

Nierealizowanie przez lekarzy obowiązku poświadczania dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego

Niedokonywanie ocen stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek zgodnie z obowiązującymi przepisami

<sup>40</sup> W odniesieniu do lekarzy obowiązek ten został sformalizowany rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2017 r., poz. 1923) wydanym na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza. Zgodnie z § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia lekarz i lekarz dentysta dopełniał obowiązku doskonalenia zawodowego, jeżeli w okresie rozliczeniowym uzyskał minimum 200 punktów edukacyjnych, a okres rozliczeniowy obejmował 48 miesięcy. Dla lekarzy i lekarzy dentystów posiadających dokument *Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza/Lekarza Dentysty* przed oraz w momencie wejścia w życie rozporządzenia pierwszy okres zakończył się 5 listopada 2008 r. Dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy uzyskali dokument *Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza/Lekarza Dentysty* po 6 listopada 2004 roku okres rozliczeniowy rozpoczynał się odpowiednio od daty uzyskania *Prawa* i trwał 48 miesięcy. Kolejne okresy rozliczeniowe następowały bezpośrednio po sobie. Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia dopełnienie obowiązku zawodowego lekarza okręgowa rada lekarska potwierdzała przez dokonanie wpisu w okręgowym rejestrze lekarzy oraz w dokumencie *Prawo wykonywania zawodu lekarza* albo *Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty*.

Niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza i lekarza dentysty powinno być, zgodnie z § 8 pkt 3 wspomnianego rozporządzenia Ministra Zdrowia, odnotowywane w okręgowym rejestrze lekarzy. Aktualnie w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy/lekarzy dentystów obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2022 r. poz. 454).

<sup>41</sup> Z wyjątkiem tych, dla których podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych.

metodyki określonej w art. 50 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Oparł swoją ocenę wyłącznie na wynikach kontroli przeprowadzanych przez terenowe wydziały kontroli NFZ, wojewodów oraz konsultantów wojewódzkich, nie uzyskując odpowiednich danych od podmiotów leczniczych, do czego zobowiązywały obowiązujące przepisy. Ponadto w analizach dotyczących lat 2019–2020, w których dokonywano oceny, nie podano łącznej liczby kontroli przeprowadzonych w tym zakresie oraz liczby kontroli, w których stwierdzono nieprawidłowości dotyczące stosowania minimalnych normy zatrudnienia, co pozwoliłoby określić skalę zjawiska. Jednocześnie, do czasu zakończenia niniejszej kontroli, kontrolującym nie przedłożono analizy dotyczącej 2021 r.

NIK zwraca uwagę, iż w 2019 r. liczba kontroli przeprowadzonych przez NFZ dotyczących ustalania tych norm (94) wahała się od 0 (woj. wielkopolskie) do 28 (woj. łódzkie) i na terenie sześciu województw była niższa od trzech. W ocenie NIK wielkość próby, na znacznym obszarze kraju, była niewystarczająca dla sformułowania rzetelnej oceny.

Podjęcie prac nad nowymi dziedzinami szkolenia specjalizacyjnego

Od 26 listopada 2021 r. wprowadzono w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia nowe szkolenie specjalizacyjne „chirurgiczna asysta lekarza”<sup>42</sup>, pozwalające wykonywać określone czynności przedoperacyjne, którymi nie musiałyby się zajmować już lekarz, m.in. wsparcie intensywnej terapii w czynnościach chirurgii ogólnej, asystowanie przy stole operacyjnym, a także wykonywanie określonych czynności po zabiegach chirurgicznych. Od 6 kwietnia 2022 r. wprowadzono kolejne szkolenie specjalizacyjne „psychoterapia uzależnień”<sup>43</sup>, przygotowujące do prowadzenia psychoterapii osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, zaburzeniami nawyków i popędów oraz do prowadzenia psychoterapii bliskich tych osób.

### 5.1.2. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego

Wysoka średnia wieku w niektórych zawodach medycznych

Liczba osób posiadających prawo do wykonywania poszczególnych zawodów medycznych<sup>44</sup> i średni wiek osób je wykonujących we wrześniu 2022 r. kształtowały się następująco:

- lekarze: 161 996, w tym czynnych zawodowo 148 036 (91,4%). Liczba czynnych zawodowo lekarzy w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 423,4. Średni wiek lekarza wynosił 52,3 lat;

<sup>42</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 2131).

<sup>43</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 744).

<sup>44</sup> Dane Centrum e-Zdrowia, pochodzące z Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych, stan na wrzesień 2022 r. Podczas przygotowywania danych zostały przyjęte poniższe założenia:

- dane pochodzą z systemu RPM (Rejestr Pracowników Medycznych) stanowiących źródło danych dla Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych (CWPM);
- w wykazie zostały uwzględnione tylko osoby żyjące;
- wiek pracowników medycznych do średniej został wyliczony z dokładnością do dnia;
- dane w przeliczeniu na 100 tys. ludności zostały wyliczone w oparciu o liczbę ludności z GUS z 2020 r.;
- w systemie źródłowym brak jest historyzacji, co uniemożliwia umiejscowienie danych w czasie (podział na lata), istnieje możliwość wyliczenia takich danych, ale wyniki mogą być obciążone błędem w związku z dużą ingerencją w jakość informacji.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- lekarze dentyści: 45 177, w tym czynnych zawodowo 27 835 (61,6%). Liczba czynnych zawodowo lekarzy dentystów w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 118,1. Średni wiek lekarza wynosił 51,2 lat;
- pielęgniarki: 315 284, w tym czynnych zawodowo 315 186. Liczba czynnych zawodowo pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 823,7. Średni wiek pielęgniarki wynosił 52,9 lat;
- położne: 41 627, w tym czynnych zawodowo 41 608. Liczba czynnych zawodowo położnych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 108,7. Średni wiek pielęgniarki wynosił 50,3 lat;
- diagnosty laboratoryjni: 20 125, w tym czynnych zawodowo 17 247 (85,7%). Liczba czynnych zawodowo diagnostów w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 45,1. Średni wiek diagnosty laboratoryjnego wynosił 48,1 lat;
- fizjoterapeuci: 73 499, w tym czynnych zawodowo 73 499. Liczba czynnych zawodowo fizjoterapeutów w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 192,1. Średni wiek fizjoterapeuty wynosił 38,5 lat.

Zawód medyczny w Polsce wykonywało: 3529 lekarzy, 799 lekarzy dentyistów, 994 pielęgniarki oraz 78 położnych posiadających obywatelstwo inne niż polskie<sup>45</sup>.

Liczba cudzoziemców wśród osób wykonujących zawody medyczne

Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało danymi dotyczącymi liczby i kwalifikacji cudzoziemców przebywających na terytorium Polski, niewykonywujących zawodów medycznych wyuczonych w kraju swojego pochodzenia<sup>46</sup>. Osoby te nie są ujmowane w rejestrach publicznych, w tym prowadzonych przez właściwe samorzady zawodowe.

Dziedzinami medycyny najbardziej dotkniętymi niedoborem lekarzy, według analiz przeprowadzonych przez Departament Analiz i Strategii<sup>47</sup>, na podstawie danych za 2020 r., pochodzących z Centralnego Rejestru Lekarzy, NFZ oraz rekomendacji konsultantów krajowych były:

Niedobór lekarzy specjalistów w istotnych dziedzinach medycyny

- choroby wewnętrzne – wskaźnik rekomendowany to 108,6 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 72,0 (różnica 36,6, tj. 33,7% wskaźnika rekomendowanego);
- medycyna rodzinna – wskaźnik rekomendowany to 44,3 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 28,7 (różnica 15,6, tj. 35,2% wskaźnika rekomendowanego);

<sup>45</sup> Dane Centrum e-Zdrowia, pochodzące z Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych, stan na wrzesień 2022 r.

<sup>46</sup> Minister Zdrowia pozyskuje dane na temat liczby i kwalifikacji cudzoziemców wykonujących zawód lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki lub położnej na podstawie :

- danych własnych pozyskanych w związku z uznawaniem przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów odbytego za granicą,
- danych własnych pozyskanych w związku z uznawaniem przez Ministra Zdrowia tytułu specjalisty lekarza/lekarza dentyisty uzyskanego poza UE,
- danych własnych pozyskanych w związku z wydawaniem zgody na wykonywanie zawodu lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki albo położnej w ramach tzw. procedury uproszczonej dla osób, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej (art. 7 ust. 2a–2k i ust. 9–22 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz art. 35a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej),
- z Centralnego Rejestru Lekarzy,
- z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych.

<sup>47</sup> Dane opublikowane w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW). <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/>

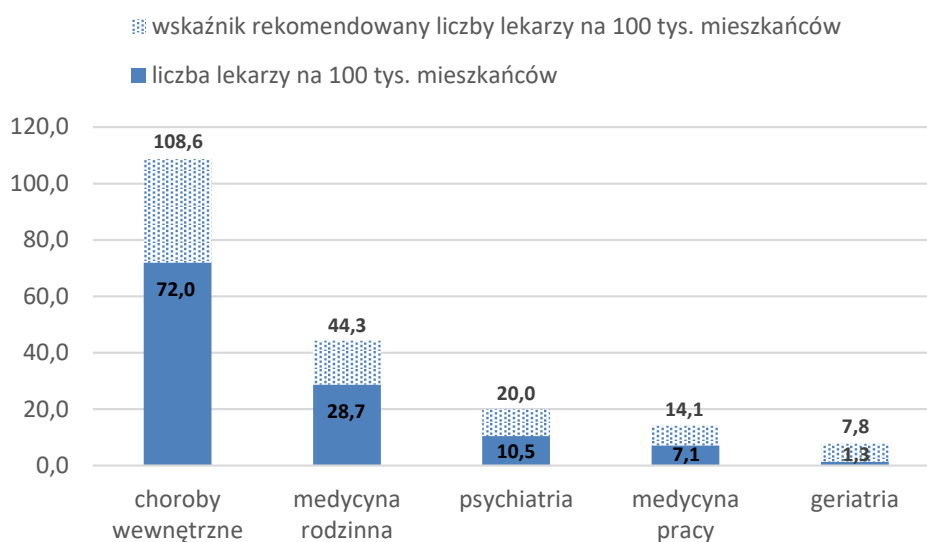
## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- psychiatria – wskaźnik rekomendowany to 20,0 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 10,5 (różnica 9,5, tj. 49,0% wskaźnika rekomendowanego);
- medycyna pracy – wskaźnik rekomendowany to 14,1 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 7,1 (różnica 7,0, tj. 49,6% wskaźnika rekomendowanego);
- geriatryka – wskaźnik rekomendowany to 7,8 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 1,3 (różnica 6,5, tj. 83,3% wskaźnika rekomendowanego).

Wszystkie te dziedziny, z wyjątkiem medycyny pracy, zostały uwzględnione zarówno w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny<sup>48</sup>, jak i w poprzednio obowiązującym rozporządzeniu z 30 czerwca 2020 r. w tej samej sprawie<sup>49</sup>.

Wykres nr 1

Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców w wybranych dziedzinach medycyny, w porównaniu do wskaźnika rekomendowanego (2020 r.)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli, pochodzących z Centralnego Rejestru Lekarzy, NFZ oraz rekomendacji konsultantów krajowych.

### Brak analiz dotyczących skali emigracji personelu medycznego

W Ministerstwie Zdrowia nie prowadzono analiz dotyczących oszacowania skali emigracji personelu medycznego, natomiast dane w tym zakresie pozyskiwane są z rejestrów, jak też ze strony internetowej Komisji Europejskiej<sup>50</sup>, gdzie wskazane są informacje o liczbie osób, które wystąpiły o uznanie kwalifikacji zawodowych w poszczególnych krajach.

Dane dotyczące liczby wydanych zaświadczeń gromadzone były odpowiednio w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych oraz Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej. Jednakże liczba wydanych zaświadczeń przez samorządy zawodowe nie jest jedno-

<sup>48</sup> Dz. U. poz. 2814.

<sup>49</sup> Do 18 grudnia 2022 r. obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, Dz. U. poz. 1156.

<sup>50</sup> <http://ec.europa.eu/growth/toolsdatabases/regprof/index.cfm>



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

znaczna z liczbą osób, które faktycznie wyjechały za granicę i podjęły pracę w zawodzie medycznym, ponieważ ww. rejestry obejmują wyłącznie osoby, które zamierzają podjąć pracę na terytorium UE. Z danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej wynika, że w latach 2018–2022 (do końca września) wydano łącznie 4884 zaświadczenia (w tym lekarzom, lekarzom dentystom oraz specjalistom)<sup>51</sup>.

W latach 2018–2022 w Ministerstwie Zdrowia nie prowadzono na forum międzynarodowym działań zmierzających do regulacji kwestii migracji personelu medycznego (np. poprzez zawieranie odpowiednich porozumień z państwami trzecimi).

Według szacunków Ministerstwa Zdrowia, koszt kształcenia obejmujący okres 6-letnich studiów na kierunku lekarskim w Polsce wynosi, w zależności od uczelni, od 200 tys. zł do 250 tys. zł. Przy założeniu, iż wszyscy lekarze, którzy ukończyli nieodpłatne studia w kraju, a także pobrali zaświadczenie oraz wyjechali do pracy w UE, koszt dla budżetu państwa, a więc również polskiego podatnika, w latach 2004–2019 r., wyniósł ok. 4 mld zł.

Z inicjatywy Ministra Zdrowia, do *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce* (art. 103a–103f) wprowadzono rozwiązania mające na celu wsparcie, ze środków budżetu państwa, osób podejmujących i odbywających odpłatne studia w języku polskim na kierunku lekarskim z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w publicznej ochronie zdrowia. Począwszy od lipca 2022 r., o kredyt na studia medyczne mogą ubiegać się studenci odbywający studia na tym kierunku na warunkach odpłatności w polskich uczelniach wyższych.

Finansowe zachęty dla młodych lekarzy do pozostania w kraju

Większość lekarzy rezydentów korzystała z możliwości otrzymywania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 700 zł lub 600 zł miesięcznie w zamian za zobowiązanie do wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu. Liczba zarejestrowanych deklaracji/zobowiązań wynosiła:

- 16 714 w 2019 r., co stanowiło 88,6% liczby rezydentów ogółem;
- 15 871 w 2020 r., co stanowiło 81,5% liczby rezydentów ogółem;
- 19 923 w 2021 r., co stanowiło 87,0% liczby rezydentów ogółem;
- 19 388 w 2022 r. (do 30 czerwca), co stanowiło 90,1% liczby rezydentów ogółem.

Procedura uznania kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentystów oraz pielęgniarzy i położnych cudzoziemców uregulowana jest na podstawie wymogów prawa UE, tj. *Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (2005/36/WE)*<sup>52</sup>. W okresie objętym kon-

Działania na rzecz pozyskania kadr medycznych z innych krajów

<sup>51</sup> Liczba zaświadczeń wydanych tylko lekarzom (z wyłączeniem lekarzy specjalistów) od momentu wejścia Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej (UE), tj. od 1 maja 2004 r. do 2019 r., wyniosła ok. 16 tys.

<sup>52</sup> Dz.U.UE.L.2005.255, str. 22, ze zm.

trolą wprowadzona została możliwość uzyskania zgody na wykonywanie zawodu w tak zwanej procedurze uproszczonej, równoległe do uznania kwalifikacji zgodnie z wymogami UE.

W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego oraz stanu epidemii, w celu wsparcia systemu ochrony zdrowia w przeciwdziałaniu epidemii COVID-19, Ministerstwo Zdrowia podjęło działania mające na celu zapewnienie kadr medycznych, w tym pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentyków:

- od 30 grudnia 2020 r. wprowadzono przepisy umożliwiające zatrudnienie, w trybie uproszczonym, pielęgniarek i położnych, posiadających kwalifikacje uzyskane poza terytorium UE, po spełnieniu niezbędnych warunków wynikających z art. 35a ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej* i uzyskaniu właściwej zgody Ministra Zdrowia<sup>53</sup>. Prawo wykonywania zawodu na powyższych zasadach, przyznawane jest pielęgniarce lub położnej na okres nie dłuższy niż 5 lat, bez możliwości jego przedłużenia;
- na podstawie art. 7 ust. 2a–2k i ust. 9–22 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, osoby, które uzyskały kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej mają możliwość uzyskania czasowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry w jednym z trzech trybów, w ramach tzw. procedury uproszczonej (m.in. przejawiającej się w braku wymogu nostryfikacji dyplomu ukończenia studiów wyższych), w zależności od kwalifikacji uzyskanych przez nich poza UE<sup>54</sup>.

Ponadto w związku z wybuchem konfliktu zbrojnego na Ukrainie, wprowadzono przepisy ułatwiające podjęcie pracy obywatelom Ukrainy w tych zawodach w Polsce – na podstawie art. 61–64 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. *o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa*<sup>55</sup>.

Spośród 3618 wniosków o wydanie w trybie tzw. uproszczonej procedury zgody na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry, które wpłynęły do Ministra Zdrowia w okresie do września 2022 r., decyzje administracyjne wydane zostały w 2416 sprawach (67%), w tym liczba wniosków złożonych przez obywateli Ukrainy od 24 lutego 2022 r. wynosiła 1331, zaś liczba wydanych decyzji 630 (47%). Ponadto spośród 1259 wniosków

<sup>53</sup> Tryb 1 – prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej na określony zakres czynności, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Tryb 2 – warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej (dla osób bez doświadczenia zawodowego), tylko obywatele Ukrainy. Tryb 3 – warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej (dla osób posiadających 3-letnie doświadczenie zawodowe uzyskane w ostatnich 5 latach), tylko dla obywateli Ukrainy.

<sup>54</sup> Tryb 1 – prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia, przeznaczony dla osób, które uzyskały kwalifikacje poza UE i posiadają trzyletnie doświadczenie zawodowe jako specjalista, w okresie trzech lat z ostatnich pięciu. Tryb 2 – warunkowe prawo wykonywania zawodu – dla lekarzy bez specjalizacji, obecnie dotyczy tylko obywateli Ukrainy. Tryb 3 – warunkowe prawo wykonywania zawodu – dla lekarzy ze specjalizacją, obecnie dotyczy tylko obywateli Ukrainy.

<sup>55</sup> Dz. U. poz. 583, ze zm.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

o wydanie w trybie tzw. uproszczonej procedury zgody na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej decyzje administracyjne wydane zostały w 750 sprawach (59%), w tym liczba wydanych decyzji na podstawie wniosków złożonych przez obywateli Ukrainy od 24 lutego 2022 r. wynosiła 456.

Wydawanie decyzji administracyjnych przez Ministra Zdrowia w sprawach dotyczących udzielenia zgody na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry lub zawodu pielęgniarki albo położnej w trybie tzw. uproszczonej procedury, odbywało się z przekroczeniem terminu wynikającego z art. 35 § 3 ustawy *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>56</sup>.

Wydawanie decyzji w trybie tzw. uproszczonej procedury z naruszeniem obowiązujących przepisów

Przewlekłość postępowania stwierdzono w 21 spośród 25 zbadanych spraw:

- pięć decyzji administracyjnych zostało wydanych po upływie od 30 do 60 dni od daty wpływu wniosku, a 10 po upływie 60 dni (maksymalnie po 174 dniach);
- sześć spraw była wciąż w toku, wnioski w tych sprawach wpłynęły od 112 do 184 dni przed datą przeprowadzenia badania.

W 16 sprawach odnotowano w systemie elektronicznego zarządzania dokumentacją podjęcie czynności – wysłanie monitu o uzupełnienie wniosku i/lub wypożyczenie dokumentacji ze składu chronologicznego – dopiero po upływie 30 dni lub więcej od daty wpływu wniosku.

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych wyjaśniła, że powodem opóźnień była: znaczna liczba wniosków kierowanych do Ministra Zdrowia w krótkim czasie, co skutkuje tym, że jeden pracownik resortu zdrowia prowadzi średnio od kilkudziesięciu do kilkuset postępowań administracyjnych jednocześnie (dla części pracowników jest to jedno z wielu wykonywanych zadań, wynikających z zakresu obowiązków)<sup>57</sup>; obszerność dokumentacji załączanej do wniosków, którą trzeba poddać szczegółowej analizie; konieczność uzupełniania braków formalnych przez wnioskodawców<sup>58</sup>, w tym konieczność korekt/uzupełnień tłumaczeń przez przysięgłych; zmiany treści wniosków przez wnioskodawców, w ramach trzech wariantów ubiegania się o wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu lekarza na terytorium RP, co skutkuje umorzeniem lub odmową wszczęcia postępowań administracyjnych oraz prowadzi do rozpatrzenia wniosków w ramach nowego postępowania administracyjnego.

<sup>56</sup> Zgodnie z powołanym przepisem załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego powinno nastąpić nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania.

<sup>57</sup> Największy napływ wniosków od obywateli Ukrainy, uciekających przed działaniami wojennymi, zbiegł się z okresem, w którym lekarze i pielęgniarki z państw trzecich, którzy uzyskali zgody na pracę w podmiocie udzielającym świadczeń pacjentom chorym na COVID-19, występowali o zmianę dotychczasowych decyzji.

<sup>58</sup> Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia zamieszczono instrukcję składania wniosków oraz ich wzory w języku polskim i ukraińskim.  
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/praca-dla-personelu-med-z-ukrainy>

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W celu przyspieszenia procesu rozpatrywania wniosków Minister Zdrowia delegował dodatkowych pracowników oraz zatrudniał osoby na podstawie umów zlecenia<sup>59</sup>.

W ocenie NIK, Minister Zdrowia był zobowiązany do takiego zorganizowania obsługi wniosków, aby dochować terminów rozpatrywania spraw wynikających z ustawy *Kodeks postępowania administracyjnego*.

Ogłaszanie przez Ministra Zdrowia limitów przyjęć po rozpoczęciu postępowania rekrutacyjnego w uczelniach

Limity przyjęć na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, które Minister Zdrowia określa w rozporządzeniu, były ogłaszane po rozpoczęciu postępowania rekrutacyjnego w uczelniach.

W przypadku roku akademickiego 2019/2020 proces ten rozpoczął się 15 stycznia 2019 r., roku 2020/2021 – 20 stycznia 2020 r., zaś roku 2021/2022 – 19 marca 2021 r. i trwał odpowiednio 6, 6 i 4 miesiące. Dopiero od roku akademickiego 2021/2022 proces ten został usprawniony w zakresie współpracy z Ministrem Edukacji i Nauki. W celu przyspieszenia procesu uzgadniania treści rozporządzenia, oprócz oficjalnej korespondencji pisemnej, komunikacja odbywała się również w trybie roboczym (pocztą elektroniczną oraz telefonicznie).

Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym były ogłaszane w dniach: 18 lipca 2019 r. – na rok akademicki 2019/2020<sup>60</sup>, 21 lipca 2020 r. – na rok akademicki 2020/2021<sup>61</sup>, 26 lipca 2021 r. – na rok akademicki 2021/2022<sup>62</sup>, 5 sierpnia 2022 r. – na rok akademicki 2022/2023<sup>63</sup>.

Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* nie precyzuje terminu wydania rozporządzenia, jednak determinuje go rekrutacja na studia medyczne, w przypadku której brak jest jednego dla wszystkich uczelni terminu przeprowadzania rekrutacji, która ma się odbywać na uczelniach od marca do września. Uczelnie, jako podmioty zgłaszające propozycje, dysponują wiedzą w tym zakresie, umożliwiającą prowadzenie rekrutacji na studia bez ryzyka, że limit przyjęć na studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym mógłby przekroczyć możliwości dydaktyczne uczelni.

<sup>59</sup> Liczba osób, do których obowiązków należało rozpatrywanie wniosków o wydanie zgody na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentyści wg tzw. procedury uproszczonej:

- od stycznia 2021 r. pięciu pracowników Wydziału Kształcenia Lekarzy i Uznawania Kwalifikacji, z czego jedna dołączyła w połowie 2021 r., natomiast jedna z tych osób od czerwca br. jest na zwolnieniu lekarskim. Trzy z tych pięciu osób realizują także inne zadania;
- ośmiu pracowników oddelegowanych z innych departamentów w różnych okresach;
- trzy osoby zatrudnione w różnych okresach na podstawie umowy zlecenia.

Natomiast w przypadku rozpatrywania wniosków złożonych przez pielęgniarki i położne były to:

- od stycznia 2021 r. czterech pracowników Wydziału Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, z czego jedna dołączyła w maju 2021 r. Od marca 2022 do czerwca 2022 r. dołączono jeszcze jedną osobę z Wydziału Kształcenia Pielęgniarek i Położnych. Wszystkie te osoby realizują także inne zadania;
- dwóch pracowników oddelegowanych z innych departamentów w różnych okresach;
- jedna osoba zatrudniona na podstawie umowy zlecenia.

<sup>60</sup> Dz. U. poz. 1344, ze zm.

<sup>61</sup> Dz. U. poz. 1272.

<sup>62</sup> Dz. U. poz. 1359.

<sup>63</sup> Dz. U. poz. 1655.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W ocenie NIK, ogłaszanie limitów przyjęć z odpowiednim wyprzedzeniem jest istotne również dla samych kandydatów na studia, którzy m.in. na podstawie tej informacji, analizując wysokość przyznanych limitów, mogą dokonywać wyboru konkretnych uczelni. Należy podkreślić, że Najwyższa Izba Kontroli już dwukrotnie występowała do Ministra Zdrowia z wnioskiem o ogłaszanie limitów przyjęć na dany rok akademicki z odpowiednim wyprzedzeniem, tak aby były powszechnie znane w okresie poprzedzającym rekrutację<sup>64</sup>.

W roku akademickim 2019/2020 na kierunku lekarskim w dwóch z dziewięciu uczelni medycznych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia przekroczone limity<sup>65</sup> przyjęć:

Przekraczanie  
limitów przyjęć

- 1) Uniwersytet Medyczny w Łodzi: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski, liczba osób przyjętych wyniosła 115, przy limicie 104 (limit przekroczony o 10,6%);
- 2) Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim, liczba osób przyjętych wyniosła 29, przy limicie 20 (limit przekroczony o 45%).

W roku akademickim 2020/2021 limity przyjęć przekroczone na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim, liczba osób przyjętych wyniosła 787, przy limicie 680 (limit przekroczony o 15,7%) i jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski, liczba osób przyjętych wyniosła 106, przy limicie 104 (limit przekroczony o 1,9%).

W roku akademickim 2021/2022 limity przyjęć przekroczone w dwóch uczelniach:

- 1) Uniwersytet Medyczny w Łodzi: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski; liczba osób przyjętych wyniosła 120, przy limicie 104 (limit przekroczony o 15,4%);
- 2) Gdański Uniwersytet Medyczny: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski o 22%.

Na kierunku lekarsko-dentystycznym w latach akademickich 2019/2020 i 2020/2021 limit przekroczone w jednej uczelni – Uniwersytecie Medycznym w Łodzi; w roku 2020/2021 jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim liczba osób przyjętych wyniosła 144, przy limicie 122 (limit przekroczony o 18%).

<sup>64</sup> 1. Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania systemu przygotowania kandydatów do zawodu lekarza. Warszawa, nr ewid. KPZ – 41008 – 2005, Warszawa, luty 2006 r.; 2. Informacja o wynikach kontroli kształcenia i przygotowania zawodowego kadr medycznych, nr ewid. 220/2015/P/15/060/KZD, Warszawa, luty 2016 r.

<sup>65</sup> Dane pochodzą z systemu POL-on. Dane o liczbie osób przyjętych w poszczególnych uczelniach na I rok jednolitych studiów magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej w języku polskim nie uwzględniają podziału na obywateli polskich i cudzoziemców.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### Brak analiz przyczyn przekroczenia limitów przyjęć

Ministerstwo Zdrowia nie analizowało przyczyn przekroczenia limitów przyjęć w poszczególnych uczelniach na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w latach akademickich 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022 i jego wpływu na jakość kształcenia w poszczególnych uczelniach.

Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że jeśli odstępstwa dotyczące przekroczenia limitu dla danego roku akademickiego nie są znaczące, Minister Zdrowia nie analizuje powodów przekroczenia limitów.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w badanych przypadkach przekroczenia limitów przyjęć osiągały wartość nawet 45%, więc należy je uznać za znaczące. Biorąc pod uwagę ograniczone możliwości dydaktyczne uczelni, zjawisko to może wpływać na jakość kształcenia.

### Brak danych dotyczących odsetka absolwentów podejmujących pracę w wyuczonym zawodzie

Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało danymi wskazującymi jaki odsetek absolwentów poszczególnych kierunków studiów w nadzorowanych uczelniach podejmuje pracę w wyuczonym zawodzie. Minister Zdrowia analizował zjawisko aktywności zawodowej absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, biorąc pod uwagę dane dotyczące liczby absolwentów tych kierunków oraz liczby wydanych praw wykonywania zawodu przez organy samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych.

### Brak kompleksowej analizy procesu realizacji stażu podyplomowego na podstawie analizy zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu podyplomowego

W latach 2018–2022 (lipiec) okręgowe rady lekarskie przesyłały do Ministra Zdrowia oceny stażu podyplomowego i zbiorcze wyniki ankiet w 30 przypadkach na 77 wymaganych, tj. 39,0%<sup>66</sup>. Minister Zdrowia nie podejmował działań w stosunku do podmiotów, które nie przekazywały ww. dokumentów. Dyrektor Departamentu Rozwoju poinformowała, że to wojewoda sprawuje nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego i posiada odpowiednie uprawnienia w tym zakresie (art. 15n ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*).

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie przeprowadził kompleksowej analizy procesu realizacji stażu podyplomowego na podstawie analizy zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu podyplomowego przekazywanych przez ORL. 26 października 2021 r. Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (dalej: „KRAUM”) wystąpiła w sprawie zniesienia obowiązkowego podyplomowego stażu zawodowego dla lekarzy i lekarzy dentystów. Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że Minister Zdrowia nie przeprowadza analizy powyższych dokumentów, poza wpływającymi niepokojącymi sygnałami związanymi z realizacją stażu podyplomowego, np. skargami lekarzy dotyczącymi stażu. Również w przypadku rozważanych zmian w kształceniu podyplomowym, zapoczątk-

<sup>66</sup> Na podstawie § 15 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 2014 r. poz. 474, ze zm. (obowiązującego do 28 grudnia 2022 r.) ORL na podstawie wypełnionych ankiet, o których mowa w § 4 ust. 4 pkt 3 i 4 rozporządzenia, dokonywała oceny stażu i przekazywała tę ocenę oraz zbiorcze wyniki ankiet marszałkowi województwa, wojewodzie oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Po wysłaniu w dniach 7–8, 11–13 oraz 15 lipca 2022 r. monitów przez Ministerstwo Zdrowia do ORL w sprawie przesłania oceny stażu podyplomowego i zbiorczych wyników ankiet na potrzeby kontroli NIK, do dnia zakończenia kontroli żadna z ORL nie uzupełniła braków.

kowanych wystąpieniem KRAUM postulującym zniesienie stażu podyplomowego, nie zachodziła taka potrzeba, ponieważ nie miały one związku z kwestiami dotyczącymi realizacji stażu podyplomowego<sup>67</sup>.

Dwa razy do roku przeprowadzane jest postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje w trybie rezydentury (wiosną rozpoczynające się 1 marca i jesienią 1 października). Minister Zdrowia określa liczbę miejsc na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów, uwzględniającego wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa<sup>68</sup>.

W latach 2018–2022 konsultanci krajowi byli zobowiązani przekazywać Ministrowi Zdrowia, wskazane w art. 10 ust. 1 pkt 5 ustawy *o konsultantach w ochronie zdrowia* opinie o potrzebach kadrowych w zawodach lekarza i lekarza dentystry w danej specjalizacji, w terminie określonym w art. 13 ust. 3 pkt 1 lit. b tej ustawy, tj. 45 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego. Departament Rozwoju Kadr Medycznych występował do konsultantów krajowych o przekazanie ww. opinii, wyznaczając termin ich przekazania późniejszy niż wskazany w ww. artykule, tj. zamiast wymaganych 45 dni przed datą rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego było to od 27 do 39 dni.

W latach 2018–2022 konsultanci krajowi w 721 przypadkach na 737 opinii (97,8%) przekazali je z przekroczeniem 45 dniowego terminu, w tym w 115 przypadkach (15,6%) przekazali je po terminie rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (od 2 dni do 325 dni)<sup>69</sup>, a w 76 postępowaniach kwalifikacyjnych (10,3%) konsultanci w ogóle nie przekazali ww. opinii<sup>70</sup>.

Konsultanci krajowi sugerowali się terminem podawanym w prowadzonej korespondencji przez Departament Rozwoju Kadr Medycznych, ponieważ 60,3% opinii złożonych w latach 2019–2022 została przekazana w terminie +/- 3 dni od dnia określanego przez DRKM<sup>71</sup>. Natomiast w terminie określonym w art. 13 ust. 3 pkt 1 lit. b ww. ustawy opinii złożonych zostało jedynie 1,5% opinii<sup>72</sup>. W przypadku opinii konsultantów krajowych dotyczących oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz związanych z realizacją zadań

Nieprawidłowości w przekazywaniu przez konsultantów opinii na potrzeby postępowania kwalifikacyjnego na specjalizację w trybie rezydentury

<sup>67</sup> Zniesienie stażu uzasadniano wysokim poziomem kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym; bardzo dobrym przygotowaniem absolwentów tych kierunków do rozpoczęcia pracy i kształcenia specjalizacyjnego, zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej; odejściem większość krajów europejskich od obowiązkowego stażu podyplomowego. Dyplom lekarza powinien w pełni upoważniać do wykonywania zawodu lekarza, a roczny staż podyplomowy niepotrzebnie wydłuża okres rozpoczęcia i zakończenia specjalizacji. [https://kraum.org.pl/wp-content/uploads/2021/10/Uchwala-KRAUM-nr-26\\_2021-ws.-zniesienia-stazu-podyplomowego.pdf](https://kraum.org.pl/wp-content/uploads/2021/10/Uchwala-KRAUM-nr-26_2021-ws.-zniesienia-stazu-podyplomowego.pdf)

<sup>68</sup> Art. 16e ust. 1 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*.

<sup>69</sup> Ponadto 240 opinii na 594 złożonych, tj. 40,4% w latach 2019–2022 konsultanci krajowi przekazywali również po terminie wyznaczonym przez Ministra Zdrowia.

<sup>70</sup> Według stanu na 9 września 2022 r.

<sup>71</sup> 359 opinii na 595 opinii złożonych, w tym 136 opinii (22,9%) zostało złożonych w dniu określonym przez Departament Rozwoju Kadr Medycznych.

<sup>72</sup> Dziewięć opinii na 595 opinii złożonych.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

istotnych dla obronności kraju (art. 10 ust. 1 pkt 5 oraz art. 11 pkt 1 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia), których termin sporządzenia, zgodnie z art. 13 ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy przypadają na 30 listopada każdego roku, Minister wyznaczał termin ich przekazania na 31 marca kolejnego roku, tj. 4 miesiące późniejszy.

W ocenie NIK, Minister Zdrowia nie może, bez zmian legislacyjnych, decydować, które obligatoryjne obowiązki i w jakim terminie konsultanci krajowi mają realizować, tym bardziej, że w zawartych z nimi umowach cywilnoprawnych określił środki dyscyplinujące wobec konsultantów, pozwalające należycie zabezpieczyć interes Ministra Zdrowia.

Brak działań  
dyscyplinujących  
w stosunku  
do konsultantów

W umowach cywilnoprawnych zawieranych z konsultantami na wykonanie zadań określonych w ustawie o konsultantach w ochronie zdrowia zawarto postanowienia umożliwiające niewypłacenie 10% wynagrodzenia za nieprzedstawienie przez konsultanta krajowego opinii dotyczącej zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w terminie określonym w art. 13 ust. 3 pkt 1 ww. ustawy<sup>73</sup>.

Minister Zdrowia nie dyscyplinował konsultantów krajowych w zakresie wypełniania obowiązków określonych w art. 10 ust. 1 pkt 5 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia w terminie określonym w art. 13 ust. 3 pkt 1 ustawy.

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych wyjaśniła, że Minister Zdrowia wykorzystuje wspomniane opinie konsultantów: przy ustalaniu metodologii rozdziału miejsc rezydenckich (stopień zaspokojenia zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów); udzielaniu odpowiedzi na pytania dotyczące sytuacji kadrowej; przy określaniu priorytetowych dziedzin medycyny oraz przy sporządzaniu analiz i strategii, np. na podstawie opinii konsultantów krajowych określono rekomendowaną (docelową) liczbę lekarzy specjalistów przedstawioną w ramach map potrzeb zdrowotnych.

Minister Zdrowia planuje zmianę ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia poprzez rezygnację z osobnego obowiązku składania przez konsultantów krajowych opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych. W celu ograniczenia i tak już licznych zadań konsultantów krajowych, nowe rozwiązania będą przewidywać, że ocena zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych będzie składową rocznych raportów, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 7 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia. Planowane jest również doprecyzowanie jakie informacje powinien zawierać raport w zakresie oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych.

<sup>73</sup> Postanowienia do umów dodano w związku z realizacją wniosku pokontrolnego NIK: *Wprowadzenie do umów cywilnoprawnych zawieranych z konsultantami krajowymi postanowień umożliwiających egzekwowanie realizacji zleconych zadań oraz składanie raportów w zakresie zrealizowanych zadań z całego roku*, sformułowanego w wystąpieniu pokontrolnym NIK z 27 listopada 2017 r., po kontroli przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia P/17/058 – *Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym*.



W latach 2019–2022<sup>74</sup> Minister Zdrowia przyznawał większą liczbę rezydentur niż zaplanowana w budżecie<sup>75</sup>, od 1,7% (jesień 2022 r.) do ponad 200% (wiosna 2019 r. i 2020 r.), z wyjątkiem wiosennego postępowania w 2022 r., gdzie przyznano liczbę miejsc równą zaplanowanej. W 2022 r. zwiększono liczbę rezydentur możliwych do sfinansowania ponieważ Ministerstwo Zdrowia zakładało zakwalifikowanie się większej liczby osób ze względu na wprowadzenie centralnego naboru na specjalizacje. Pierwsze centralne postępowanie miało się odbyć na wiosnę 2022 r., jednak w wyniku epidemii i konieczności realizacji nieplanowanych zadań, Centrum e-Zdrowia miało opóźnienia w budowaniu systemu i dla bezpieczeństwa przesunięto je na jesień 2022 r.<sup>76</sup>

Ogłaszając liczbę zaplanowanych miejsc rezydenckich, Minister Zdrowia ograniczał ich liczbę w stosunku do zgłoszonych przez wojewodów zapotrzebowań<sup>77</sup>. Przykładowo w dziedzinie priorytetowej psychiatria, gdzie rzeczywista liczba lekarzy była blisko o połowę niższa niż rekomendowana przez konsultantów krajowych<sup>78</sup>, relacja przyznanych rezydentur w stosunku do propozycji wojewodów wahała się od 20,8% (jesień 2020 r. – Ministerstwo ogłosiło 46 miejsc, a wojewodowie 221 miejsc) do 78,7% (jesień 2022 r. odpowiednio 263 i 334). Podobna sytuacja występowała m.in. w medycynie rodzinnej, pediatrii czy anestezjologii i intensywnej terapii.

Liczba rezydentur przyznawanych przez Ministra Zdrowia znacznie przekraczała liczbę rezydentur, która została zaplanowana do sfinansowania, ponieważ działanie to miało na celu przyznanie większej liczby rezydentur w dziedzinach, w których liczba chętnych jest za mała w stosunku do potrzeb. Ministerstwo Zdrowia zauważyło tendencję, że lekarze chętniej wybierają dziedziny, w których przyznano więcej miejsc szkoleniowych, ponieważ to zwiększa ich szansę na kwalifikację. Liczbę przyznawanych rezydentur szacowano tak, aby ostateczna liczba lekarzy zakwalifikowanych nie przekraczała liczby rezydentur zaplanowanych do sfinansowania. Minister Zdrowia przyznając „nadmiarowe” rezydentury, brał pod uwagę

Planowanie miejsc na realizację specjalizacji lekarskich w trybie rezydenckim

Ograniczenie liczby przyznanych rezydentur w stosunku do propozycji wojewodów

<sup>74</sup> W postępowaniach kwalifikacyjnych, łącznie z wiosennym w 2022 r., lekarz ubiegający się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim mógł być, w danym terminie, dopuszczony do postępowania kwalifikacyjnego w jednej dziedzinie medycyny i w jednym województwie.

<sup>75</sup> Zgodnie z zaleceniami Departamentu Budżetu i Finansów i Inwestycji Ministerstwa Zdrowia z 1 lutego 2017 r. znak: IK: 846975/BFR/EŁ z uwagi na nierozdysponowanie całej przyznanej puli miejsc w każdym postępowaniu kwalifikacyjnym możliwe jest rozdysponowanie większej liczby rezydentur, pod warunkiem właściwego jej oszacowania, tak aby ostatecznie pozostały do sfinansowania rezydentury w liczbie zaplanowanej w budżecie.

<sup>76</sup> Pierwotny termin – ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291, ze zm.). Przesunięcie rozwiązań dotyczących prowadzenia naboru – ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2232, ze zm.).

<sup>77</sup> Minister Zdrowia w wiosennych postępowaniach uwzględnił zapotrzebowanie zgłoszone przez wojewodów od 37,7% w 2019 r. (zgłoszono zapotrzebowanie na 4463 miejsc) do 42,9% w 2022 r. (odpowiednio 5310 miejsc), a w jesiennych od 71,4% w 2019 r. (5775 miejsc) do 58,7% w 2022 r. (7185 miejsc).

<sup>78</sup> Mapy potrzeb zdrowotnych <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/>. Wskaźnik rekomendowanej liczby lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności w 2019 i 2020 określono na 20,0, wskaźnik rzeczywistej liczby wyniósł w 2019 r. – 10,2, a w 2020 – 10,5, różnica między ww. wskaźnikami w 2019 r. wynosiła 9,9, a w 2020 r. – 9,6.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

liczbę osób biorących udział w poprzednim postępowaniu kwalifikacyjnym odpowiednio jesiennym lub wiosennym, liczbę rezydentur niewykorzystanych w poprzednich postępowaniach oraz zainteresowanie poszczególnymi dziedzinami medycyny. Od 2016 r. zostali zakwalifikowani wszyscy lekarze i lekarze dentyści, którzy złożyli wniosek w danym postępowaniu i dla których było wolne miejsce szkoleniowe na terenie województwa.

Po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego Minister Zdrowia przyznawał lekarzom i lekarzom denty stom, którzy nie zakwalifikowali się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, dodatkowe miejsca rezydentur, jeżeli w danym województwie pozostały niewykorzystane miejsca szkoleniowe<sup>79</sup>.

### Ograniczenie liczby przyznanych rezydentur w pierwszym centralnym naborze na specjalizację

W pierwszym centralnym naborze na specjalizację w ramach rezydentury (jesień 2022 r.) umożliwiono lekarzom ubieganie się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i województwo w preferowanej kolejności wskazanej we wniosku. Minister Zdrowia ograniczył, w niektórych specjalizacjach, w tym priorytetowych, liczbę miejsc rezydentur w stosunku do zgłoszonych przez wojewodów zapotrzebowań, mimo iż w poprzednim porównywalnym naborze (jesień 2021 r.) odnotowano większe wykorzystanie miejsc rezydentur. Przykładowo w specjalizacjach priorytetowych: psychiatria w naborze jesiennym 2022 r. Minister Zdrowia do 80% ograniczył propozycje wojewodów, natomiast w naborze jesiennym 2021 r. po przyznaniu dodatkowych miejsc rezydentur wykorzystanie miejsc w stosunku do zapotrzebowań wskazanych przez wojewodów wyniosło 91,3%; pediatria odpowiednio – 85% i 98,9%; medycyna rodzinna – 65% i 87,5%; anestezjologia i intensywne leczenie – 63% i 82,8%.

Zdaniem NIK, ograniczenie w postępowaniu jesiennym 2022 r. liczby miejsc rezydentur w stosunku do propozycji wojewodów w ważnych dziedzinach priorytetowych takich jak psychiatria, pediatria, medycyna rodzinna czy anestezjologia i intensywne leczenie, stwarzało ryzyko niezakwalifikowania się wszystkich lekarzy zainteresowanych rozpoczęciem specjalizacji z tych dziedzin<sup>80</sup>, co może utrudnić osiągnięcie odpowiedniej liczebności kadry medycznej.

### Finansowe zachęty wyboru specjalizacji priorytetowych

W celu zachęcenia lekarzy do wyboru specjalizacji priorytetowych Minister Zdrowia przyznawał wyższe wynagrodzenie rezydentom wybierającym te specjalizacje. Jednakże NIK podkreśla, iż w okresie objętym kontrolą znacznie zmniejszyła się finansowa motywacja do wyboru specjalizacji priorytetowych, bowiem przy wzroście ogółem wynagrodzenia w latach 2019–2022 o 51%, rezydenci wybierający takie specjalizacje w 2022 r. zarabiali jedynie 4% (303 zł) więcej niż wybierający pozostałe specjalizacje, a w 2019 r. różnica ta wynosiła 16% (750 zł).

<sup>79</sup> Na podstawie art. 16e ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty stom w brzmieniu obowiązującym do 31 lipca 2022 r.

<sup>80</sup> Przy corocznie rosnącej liczbie absolwentów na kierunkach medycznych – na uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia na kierunkach lekarskim i lekarsko-denty stycznym od 4835 osób w 2019 r. do 5357 w 2021 r. tj. o 10,8%.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2019 r. (do 30 czerwca) w przypadku specjalizacji priorytetowych wynagrodzenie wynosiło 4700 zł<sup>81</sup>, a po dwóch latach specjalizacji 5300 zł i było odpowiednio o 17,5% (700 zł) oraz o 15,1% (800 zł) wyższe niż przypadku dziedzin niepriorytetowych. Od 1 lipca 2022 r. wynagrodzenie rezydentów w przypadku specjalizacji priorytetowych wzrosło o 50,6% do 7076 zł, a po dwóch latach specjalizacji o 36,1% do 7211 zł i było odpowiednio jedynie o 5,0% (337 zł) oraz o 3,9% (269 zł) wyższe niż w przypadku specjalizacji niepriorytetowych<sup>82</sup>.

Liczba niewykorzystanych miejsc rezydenckich, których sfinansowanie zaplanowano w budżecie Ministra Zdrowia w poszczególnych postępowaniach kwalifikacyjnych w okresie 2019–2022 wynosiła od 125 na 3700, tj. 3,4% (jesień 2021 r.) do 972 na 2000, tj. 48,6%, (wiosna 2022 r.). Natomiast w przypadku jednego postępowania (wiosna 2020 r.) zakwalifikowano 728 lekarzy na 600 zaplanowanych miejsc, tj. o 21% więcej. Ponadplanowe miejsca przyznano w ramach dodatkowych miejsc rezydenckich po uzgodnieniach z Departamentem Budżetu i Finansów.

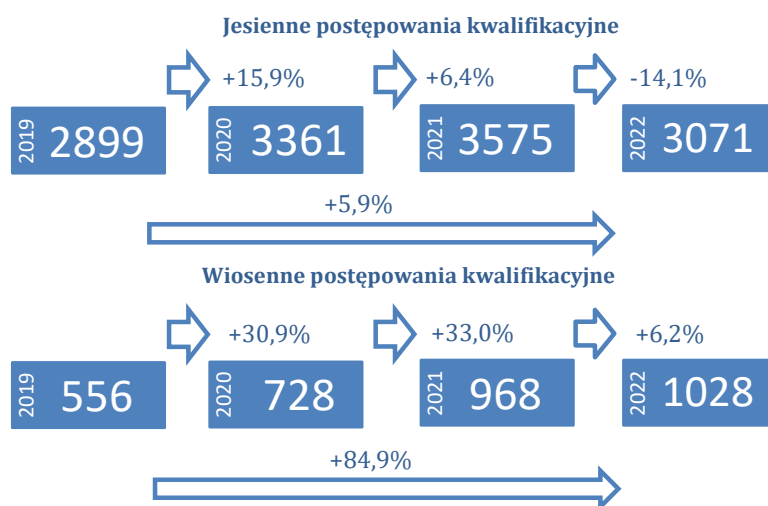
W pierwszym naborze centralnym, przeprowadzonym jesienią 2022 r., zakwalifikowało się znacznie mniej lekarzy niż w latach ubiegłych. Przyjęto 3071 osób, tj. o 504 osoby mniej niż w 2021 r. (tj. 14,1%) i 290 osób w 2020 r. (tj. 8,6%), oraz o 172 osoby więcej niż w 2019 r. (tj. 5,9%). Natomiast znacznie zwiększyła się w 2022 r. liczba lekarzy zakwalifikowanych w trybie pozarezydenckim. W 2022 r. w postępowaniu jesiennym przyjęto 1109 lekarzy, tj. o 263 osób więcej niż w 2021 r. (tj. 31,1%), o 219 osób więcej niż w 2020 r. (tj. 24,6%) i o 257 osób więcej niż w 2019 r. (tj. 30,2%).

Stopień wykorzystania zaplanowanych miejsc rezydenckich

Rekrutacja w ramach pierwszego centralnego naboru na specjalizację – jesień 2022

Infografika nr 1

Liczba lekarzy zakwalifikowanych w ramach miejsc rezydenckich w naborach jesiennych i wiosennych w latach 2019–2022



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli.

<sup>81</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 1737, ze zm.).

<sup>82</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2022 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 1579).

W przypadku analizowanych czterech dziedzin priorytetowych, cieszących się największą popularnością wśród lekarzy w skali kraju, nie wykorzystano wszystkich miejsc, jednakże w anesteziologii i intensywnej terapii w 10 województwach zostały rozdysponowane wszystkie ogłoszone miejsca<sup>83</sup>, pediatrii w ośmiu województwach<sup>84</sup>, psychiatrii w sześciu województwach<sup>85</sup> oraz medycynie rodzinnej w czterech<sup>86</sup> co wskazuje, że przy większej liczbie miejsc możliwe byłoby przyjęcie większej liczby chętnych na te specjalizacje priorytetowe.

### Liczba lekarzy odbywających specjalizację

Liczba osób odbywających specjalizację w 2022 r. (30 czerwca) wyniosła 27 944, co stanowiło wzrost o 12,7% w stosunku do 2019 r., w tym w trybie rezydentury 21 933 osób, wzrost o 17,6% od 2019 r., a w trybie pozarezydenturkim 6011 osób, spadek o 2,1% w tym samym okresie.

### Opóźnienia w przygotowaniu projektów aktów prawnych regulujących kwestie przygotowania i rozwoju kadr medycznych

1. Projekt ustawy *o medycynie laboratoryjnej*. 24 lipca 2020 r. Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia przekazała udostępniony w BIP RCL projekt do opiniowania z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag. 26 listopada 2021 r. projekt ustawy (uwzględniający uzgodnienia i konsultacje publicznych, które odbyły się w terminie 24 lipca–25 sierpnia 2020 r.) został skierowany do ponownych uzgodnień międzyresortowych z 7-dniowym terminem zgłaszania uwag. 27 stycznia 2022 r. Stały Komitet Rady Ministrów przyjął projekt ustawy i rekomendował go Radzie Ministrów. 28 czerwca 2022 r. projekt ustawy został przyjęty przez Radę Ministrów, a 12 lipca został przekazany Sejmowi RP. Przedmiotowa ustawa została uchwalona w dniu 15 września 2022 r.<sup>87</sup> Art. 165 ww. ustawy uchylił, z dniem 10 grudnia 2022 r., dotychczas obowiązującą ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej.

Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, iż: (...) *opóźnienie w procedowaniu projektu ustawy spowodowane było przedłużonymi uzgodnieniami i konsultacjami publicznymi ww. projektu ustawy. W toku uzgodnień i konsultacji publicznych wpłynęło bardzo dużo uwag (niektóre z podmiotów przekazały ponad 100) (...) Podkreślenia wymaga fakt, iż duża ilość uwag, które zostały przekazane zarówno w toku uzgodnień, jak i konsultacji publicznych, wykluczała się nawzajem.*

2. Projekt ustawy *o niektórych zawodach medycznych*. Celem ustawy jest uregulowanie warunków i zasad wykonywania zawodów medycznych<sup>88</sup>, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących ustawicznego rozwoju zawodowego

<sup>83</sup> Dolnośląskie, Kujawsko-Pomorskie, Lubelskie, Lubuskie, Łódzkie, Mazowieckie, Podlaskie, Pomorskie, Wielkopolskie, Zachodniopomorskie.

<sup>84</sup> Dolnośląskie, Łódzkie, Małopolskie, Mazowieckie, Opolskie, Pomorskie, Śląskie, Wielkopolskie.

<sup>85</sup> Dolnośląskie, Kujawsko-Pomorskie, Łódzkie, Mazowieckie, Podlaskie, Wielkopolskie.

<sup>86</sup> Łódzkie, Podkarpackie, Podlaskie, Śląskie.

<sup>87</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2280.

<sup>88</sup> Projekt ustawy zawierał regulacje odnoszące się do 17 zawodów medycznych m.in. asystentki medycznej, dietetyka, masażysty, logopedy, opiekuna medycznego.

oraz odpowiedzialności zawodowej tych osób<sup>89</sup>. 21 stycznia 2022 r. podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia przekazał, udostępniony w BIP RCL projekt do opiniowania, wskazując 30-dniowy termin zgłaszania uwag.

W Ministerstwie Zdrowia, do czasu zakończenia czynności kontrolnych, nie zakończono rozpatrywania uwag zgłoszonych do projektu ustawy *o niektórych zawodach medycznych* przez podmioty zewnętrzne oraz nie przygotowano projektów rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla funkcjonowania ustawy<sup>90</sup>.

Zgodnie z § 13 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”<sup>91</sup> jednocześnie z projektem ustawy przygotowuje się projekty rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla jej funkcjonowania.

Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, iż: (...) *Aktualnie uwagi i propozycje, które wpłynęły do resortu zdrowia w ramach uzgodnień i konsultacji publicznych są przedmiotem szczegółowej analizy. W związku z powyższym aktualnie nie jest możliwe przekazanie ww. projektu ustawy w wersji po uzgodnieniach i konsultacjach publicznych.*

Już po zakończeniu kontroli w Ministerstwie Zdrowia, projekt został skierowany do rozpatrzenia przez Stały Komitet Rady Ministrów w dniu 2 grudnia 2022 r., wraz z projektami rozporządzeń do ustawy, a 12 stycznia 2023 r. projekt został przyjęty przez Komitet i trafił do Komisji Prawniczej. W ocenie NIK, pomimo przyśpieszenia prac legislacyjnych po kontroli NIK, nadal istnieje ryzyko nieuchwalenia ustawy w bieżącej kadencji Sejmu. Oznaczałoby to trzecią nieudaną próbę przyjęcia przepisów regulujących kwestie wielu istotnych zawodów medycznych.

**3. Projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.** Celem tej regulacji jest wprowadzenie do systemu prawnego przepisów regulujących w sposób kompleksowy wykonywanie zawodu ratownika medycznego, utworzenie ram prawnych dla działania samorządu ratowników medycznych oraz zasad odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych. Nową, istotną regulacją, w stosunku do obecnie funkcjonujących rozwiązań, jest także możliwość kształcenia ratowników medycznych na studiach drugiego stopnia, co pozwoli na uzyskanie tytułu zawodowego magistra.

<sup>89</sup> W V kadencji Sejmu RP Projekt ustawy *o niektórych zawodach medycznych* skierowano do Sejmu 14 marca 2007 r. (druk 1553). Projekt nie został jednak uchwalony z uwagi na skrócenie kadencji. W trakcie VI kadencji Sejmu w Ministerstwie Zdrowia został opracowany projekt ustawy *o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia*, który regulował zasady uzyskiwania kwalifikacji i wykonywania 16 zawodów medycznych. Projekt ustawy w 2010 r. został przyjęty i rekomendowany Radzie Ministrów przez Komitet Stały Rady Ministrów, jednakże zgodnie z decyzją Prezesa Rady Ministrów, projekt został zwrócony Ministerstwu Zdrowia z uwagi na brak możliwości zakończenia prac ustawodawczych nad tym aktem prawnym w ówczesnej kadencji Sejmu i Senatu.

<sup>90</sup> Według stanu na dzień 1 lipca 2022 r.

<sup>91</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 283.

19 września 2019 r. projekt został skierowany do uzgodnień i konsultacji publicznych z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag od dnia otrzymania pisma kierującego projekt do uzgodnień. 23 lipca 2021 r. projekt został ponownie skierowany do uzupełniających uzgodnień z terminem na nadsyłanie uwag do 29 lipca 2021 r. 15 kwietnia 2022 r. Stały Komitet Rady Ministrów przyjął projekt ustawy i rekomendował go Radzie Ministrów, która przyjęła projekt ustawy 20 września 2022 r. Sejm RP uchwalił ustawę 1 grudnia 2022 r. Oczekuje ona na wejście w życie z dniem 22 czerwca 2023 r.<sup>92</sup>

W wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów na 2019 r., do którego wpisano projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, planowany termin przyjęcia projektu ustawy przez rząd określono na III kwartał 2019 r.

NIK zwraca uwagę, iż Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy trzy lata później niż pierwotnie planowano, a na przekroczenie terminu wpłynął przede wszystkim prawie dwuletni okres rozpatrywania przez Ministerstwo Zdrowia uwag zgłoszonych przez podmioty zewnętrzne.

Jak wyjaśnił dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego zakres zagadnień i obszarów regulowanych projektowaną ustawą wymagał bardzo szerokich konsultacji i uzgodnień, zważywszy że materia objęta projektem dotyczy właściwości kilku ministrów. Ponadto prace nad projektem zbiegły się z epidemią COVID-19 w Polsce.

NIK dostrzega problemy wynikające z szerokiego zakresu zagadnień normowanych projektowanymi przepisami, czego konsekwencją były liczne uwagi zgłoszone do projektu. Zwraca jednak uwagę na dysproporcję pomiędzy 30-dniowym terminem, jaki mają podmioty zewnętrzne na przesłanie swoich propozycji, a bardzo długim czasem analizowania zgłoszonych uwag przez Ministerstwo Zdrowia. Prowadzi to do sytuacji, w których ze względu na zachodzące w tym czasie zmiany prawne i organizacyjne konieczne staje ponowne opiniowanie projektu.

**4. Rozporządzenie określające rodzaje umiejętności zawodowych wraz z ich kodami, w których można uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej, oraz kwalifikacje lekarzy stanowiące warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej (niezrealizowana delegacja ustawowa zawarta w art. 17 ust. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty).**

Projekt rozporządzenia w sprawie umiejętności zawodowych został skonsultowany z wybranymi konsultantami krajowymi oraz przekazany w ramach prekonsultacji do OIL w Warszawie, NRL i CMKP. Projekt przeszedł również konsultacje wewnętrzne i został przekazany do konsultacji publicznych i międzyresortowych.

W ocenie NIK, wprowadzenie umiejętności jako określonych kwalifikacji i kompetencji zawodowych obejmujących część zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będących umiejętnością udzie-

<sup>92</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2705.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

lania określonego świadczenia zdrowotnego jest uzasadnione koniecznością zapewnienia odpowiednio wykształconych kadr lekarskich w sytuacji braku wystarczającej liczby specjalistów.

### 5.2. Uczelnie

Systemy rekrutacyjne uczelni kształcących na kierunkach medycznych nie zawsze działały prawidłowo. Programy kształcenia realizowane przez kontrolowane uczelnie były na ogół zgodne z obowiązującymi standardami, ale niewystarczające zasoby kadrowe stanowiły zagrożenie dla ich prawidłowej realizacji. Problem ten dotyczył przede wszystkim nowo utworzonych kierunków w uczelniach, które nie miały doświadczenia w prowadzeniu kształcenia kadr medycznych. Wprowadzano odpowiednie rozwiązania organizacyjne i procedury, a także rozwijano bazę dydaktyczną w celu zapewnienia wysokiej jakości kształcenia. Kontrola NIK ujawniła jednak przypadki przekraczania ustalonej liczby godzin zajęć, wynikającej z wewnętrznych przepisów, nierównomiernego ich rozłożenia powodującego w niektórych dniach nadmierne obciążenie studentów, a także niewłaściwego funkcjonowania niektórych elementów systemu zapewnienia jakości kształcenia.

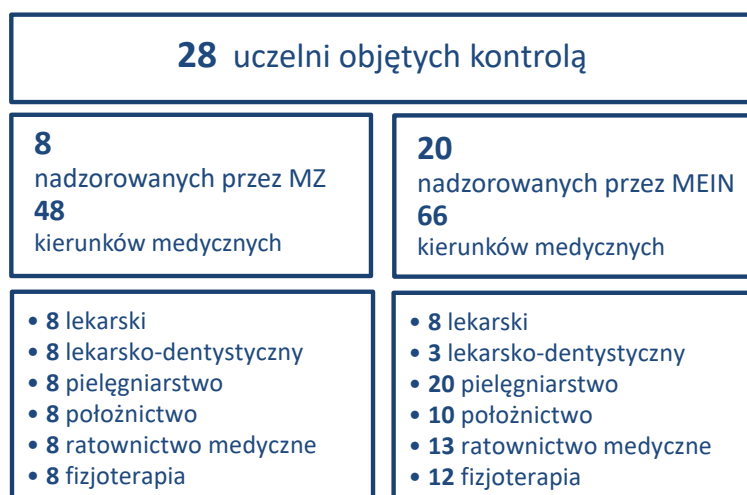
Do kontroli zostało wytypowanych 28 uczelni kształcących na kierunkach medycznych, zlokalizowanych we wszystkich województwach, w tym osiem nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 20 nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki. Kontrolą objęto łącznie 114 kierunków medycznych.

Zagrożenia dla wysokiej jakości kształcenia przeddyplomowego kadr medycznych

Charakterystyka uczelni objętych kontrolą

Infografika nr 2

Liczba uczelni objętych kontrolą w podziale na organ nadzorujący z wyszczególnionymi kierunkami medycznymi



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli.

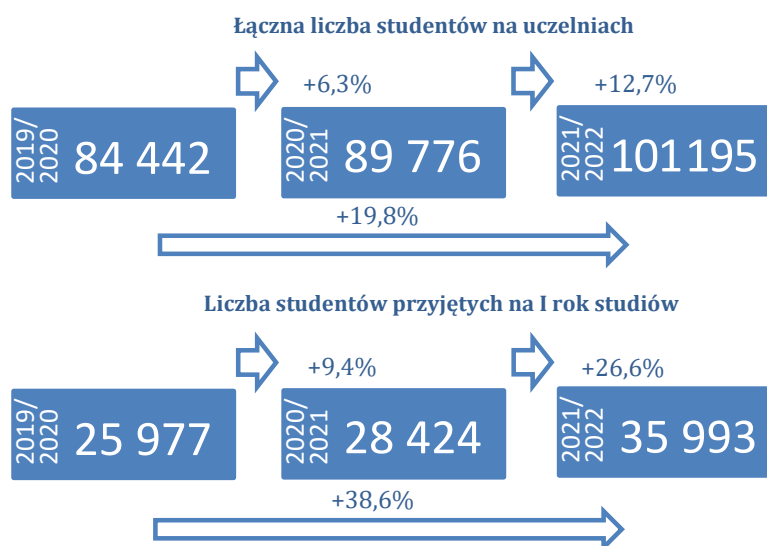
## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Łączna liczba studentów w roku akademickim 2021/2022<sup>93</sup> na kierunkach medycznych: lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne wyniosła 101 195 studentów (45 242 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 55 953 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki), w tym w jednostkach objętych kontrolą 56 886 studentów (18 390 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 38 496 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki).

W roku akademickim 2021/2022 na I rok studiów na kierunki medyczne: lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne przyjęto 35 993 osoby (10 855 uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 25138 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki), w tym w jednostkach objętych kontrolą 15 859 (9165 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 6694 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki).

### Infografika nr 3

Liczba studentów na kierunkach medycznych: lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne w latach 2019/2020-2021/2022



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli.

### Dane dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego

Łączna liczba studentów w roku akademickim 2021/2022 na kierunkach lekarski i lekarsko-dentystyczny wyniosła 44 527 (34 424 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 10 103 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki), w tym w jednostkach objętych kontrolą 38 173 (29 483 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 8690 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki).

W roku akademickim 2021/2022 na I rok studiów na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny przyjęto 7683 osoby (5275 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 2408 w uczelniach nadzorowanych

<sup>93</sup> Dane z Zintegrowanego Systemu Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce POL-on przygotowane przez Ośrodek Przetwarzania Informacji (w zakresie uczelni nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki stan na 2 stycznia 2023 r., w zakresie uczelni nadzorowanych przez Ministra Zdrowia dane o liczbie studentów stan na 17 stycznia 2023 r., dane o osobach przyjętych na pierwszy rok studiów i absolwentach – stan na 26 lipca 2022 r.)



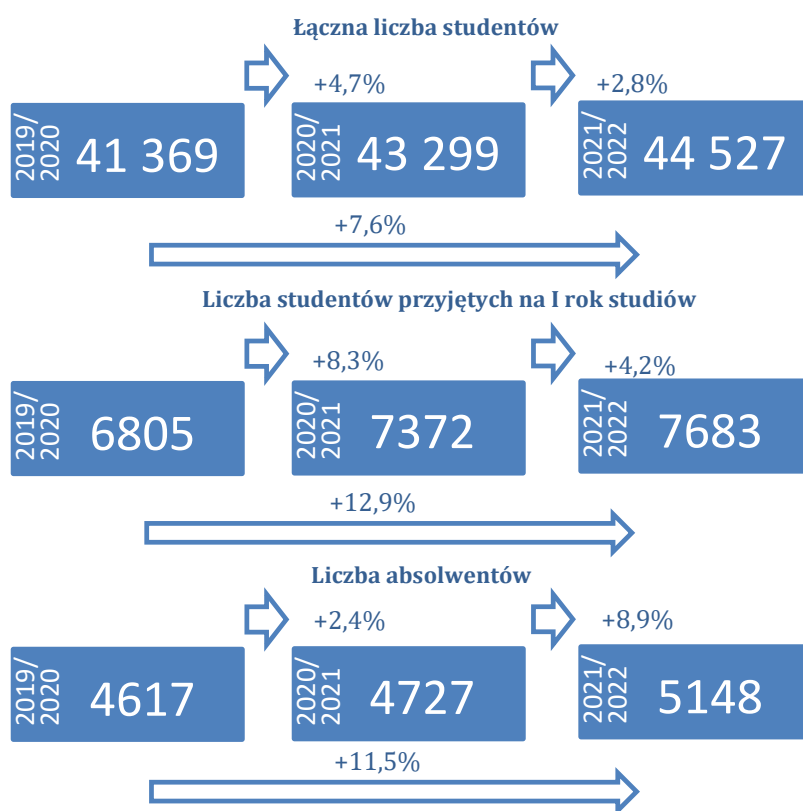
## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

przez Ministra Edukacji i Nauki), w tym w jednostkach objętych kontrolą 6475 osób (4499 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 1976 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki).

Liczba absolwentów w roku akademickim 2021/2022 kierunków lekarski i lekarsko-dentystyczny wyniosła 5148 osób (4251 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 897 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki), w tym w jednostkach objętych kontrolą 4432 osób (3535 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 897 w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki).

Infografika nr 4

Liczba studentów i absolwentów na kierunkach lekarski i lekarsko-dentystyczny w latach 2019/2020–2021/2022



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli.

### 5.2.1. Funkcjonowanie systemów rekrutacyjnych uczelni

Uczelnie posiadały dane pozwalające na ocenę zapotrzebowania na absolwentów uczelni. Ustalając limity przyjęć uczelnie uwzględniały także swoje możliwości dydaktyczne. W przypadku kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, na które limity ustalane są przez ministra właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego i nauki<sup>94</sup>, na ogół uwzględniano propozycje limitów składane przez uczelnie. Poczynając od roku akademickiego 2021/2022 zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Ministerstwa Edukacji i Nauki sugerowały

Procedura ustalania limitów przyjęć

<sup>94</sup> Stosownie do postanowień art. 444 ust. 2 Prawa o szkolnictwie wyższym.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

uczelniom zwiększenie limitów na studiach prowadzonych w formie niestacjonarnej na kierunku lekarskim z uwagi na możliwość uzyskania kredytów przez studentów odbywających kształcenie w tym trybie.

### Przykład

Na **Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu (UMP)**, w roku akademickim 2021/2022 limit został zwiększony do 140 miejsc (ze 104 tj. o 35%) w następstwie pisemnej prośby skierowanej przez dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia, o ponowne przeanalizowanie zaproponowanego limitu, pod kątem jego zwiększenia na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie niestacjonarnej w języku polskim, na kierunku lekarskim, z uwagi na zwiększoną dostępność studiów poprzez możliwość uzyskania kredytów przez studentów odbywających kształcenie w tym trybie. W piśmie zostało podane, że powyższe zwiększenie limitu mogłoby odbyć się kosztem niepodwyższania limitu na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż język polski na kierunku lekarsko-dentystycznym, o który wnioskował Uniwersytet.

Po ponownej analizie dostępności bazy dydaktyczno-klinicznej oraz podjętej przez Senat UMP uchwały w przedmiotowej sprawie Rektor zwrócił się z prośbą o wyrażenie zgodny na zwiększenie limitu przyjęć na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie niestacjonarnej w języku polskim, na kierunku lekarskim ostatecznie do 134 miejsc. Minister Zdrowia ustanowił ww. limit na poziomie 140 miejsc.

W ocenie NIK, zwiększanie limitów przyjęć bez odpowiedniej rozbudowy bazy dydaktycznej i zapewnienia kadry dla kształcenia zwiększonej liczby studentów stanowi zagrożenie dla jakości kształcenia.

### Przykład

W 2021 r., na prośbę Ministerstwa Edukacji i Nauki, limit przyjęć na jednolite studia stacjonarne na kierunku lekarskim prowadzone w języku polskim na **Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie** w roku akademickim 2021/2022 został zwiększony ze 120 osób do 150 osób. Dziekan Wydziału Lekarskiego wskazał, że zwiększeniu limitu przyjęć osób nie towarzyszyło zwiększenie dostępnej bazy dydaktycznej i kadry naukowo-dydaktycznej.

Rektor uczelni, w piśmie z 17 czerwca 2021 r. kierowanym do sekretarza stanu w Ministerstwie Edukacji i Nauki, wskazał, że zwiększenie limitu przyjęć na pierwszy rok studiów na kierunek lekarski może w przyszłości skutkować trudnościami w kształceniu studentów co związane jest z finansowaniem wydziału lekarskiego, ograniczeniami związanymi z dostępną infrastrukturą oraz brakiem wystarczającej kadry badawczo-dydaktycznej.

Wysoka dynamika wzrostu limitów przyjęć na studia prowadzone w formie studiów niestacjonarnych na kierunku lekarskim

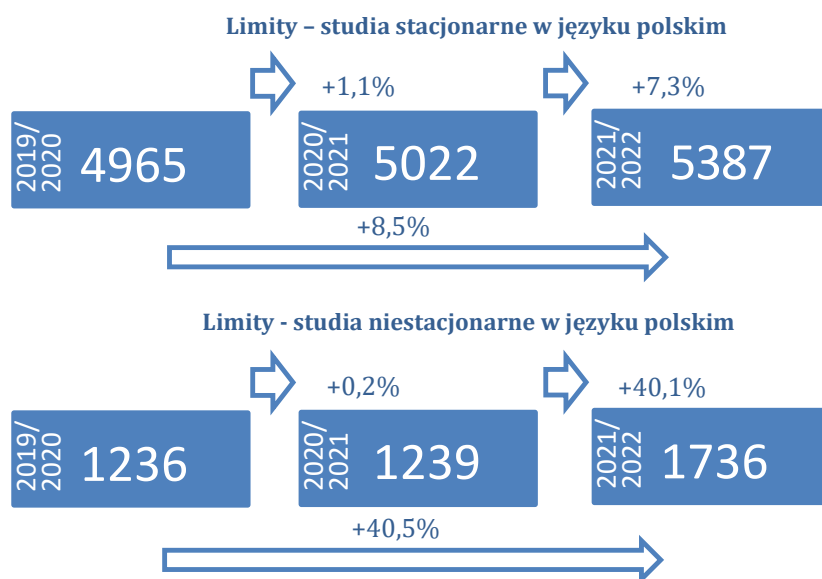
Przyznany limit przyjęć na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim na studia na kierunku lekarskim został określony na: 4965 osób na rok akademicki 2019/2020, 5022 na rok 2020/2021, 5387 na rok 2021/2022<sup>95</sup>; z kolei limit przyjęć na studia prowadzone w formie studiów niestacjonarnych został określony kolejno na: 1236, 1239 i 1736. Dynamika tego wzrostu była więc znacznie wyższa w przypadku studiów niestacjonarnych niż stacjonarnych (wzrost wysokości limitu w przypadku studiów stacjonarnych wyniósł 8,5%, a w przypadku studiów niestacjonarnych 40,5%).

<sup>95</sup> W tym 150 miejsc na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi finansowanych corocznie przez Ministra Obrony Narodowej.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 5

Limity przyjęć na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych i niestacjonarnych w języku polskim w latach 2019/2020-2021/2022



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli.

### Przykład

W roku akademickim 2021/2022 na kierunek lekarski prowadzony w formie stacjonarnej na **Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu** przyjęto 126 osób. Próg punktowy wyniósł 362 punkty. W przypadku formy niestacjonarnej przyjęto 21 osób. Próg punktowy wyniósł 220 punktów.

W obawie przed przyjmowaniem gorzej przygotowanych kandydatów niektóre uczelnie przyjmowały mniejszą liczbę osób niż ustalone limity przyjęć na studia niestacjonarne na kierunku lekarskim.

### Przykład

Zgodnie z wyjaśnieniami Rektora **Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**, niewypełnienie limitu miejsc na studia niestacjonarne wiązało się z koniecznością zapewnienia przez Uczelnię wysokiej jakości kształcenia. Ze względu na różnice w poziomie wyników matur kandydatów aplikujących na studia stacjonarne i niestacjonarne, obniżenie progu punktowego celem wypełnienia limitu miejsc na studiach niestacjonarnych wiązałoby się z zakwalifikowaniem do przyjęcia na te studia osób z bardzo niskimi wynikami egzaminu maturalnego. W celu zminimalizowania różnicy poziomu wiedzy studentów pierwszego roku, zapadły decyzje o niewypełnianiu limitu miejsc.

W kontrolowanych uczelniach liczba osób ubiegających się o przyjęcie na pierwszy rok studiów stacjonarnych na kierunku lekarskim w języku polskim, w roku akademickim 2021/2022, wyniosła 50 062 i była o 5,4% wyższa niż w roku akademickim 2019/2020 (47 491). Liczba osób przyjętych, w przypadku studiów stacjonarnych na kierunku lekarskim w roku akademickim 2021/2022, wyniosła 4181 i była o 1,5% większa niż w roku akademickim 2019/2020 (4119), natomiast liczba osób przyjęta na studia niestacjonarne na tym samym kierunku była większa o 15,3% (wzrost z 1017 do 1173).

Nieprawidłowości  
w procesie rekrutacji

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Warunki oraz tryb rekrutacji na I rok studiów, prowadzonej w okresie objętym kontrolą, określone były – stosownie do wymogu art. 28 ust 1 pkt 10 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce* – w uchwałach senatów kontrolowanych uczelni<sup>96</sup>. W przypadku siedmiu uczelni (25% kontrolowanych) wystąpiły nieprawidłowości w procedurze rekrutacji<sup>97</sup>. Nie przestrzegano wewnętrznych regulacji dotyczących tego procesu, a niekiedy nie zapewniono rzetelności gromadzonej dokumentacji. Dochodziło również do wydawania sprzecznych ze sobą regulacji, które mogły wprowadzać w błąd kandydatów ubiegających się o przyjęcie.

### Przykład

W **Akademii Pomorskiej w Słupsku**, w uchwale w sprawie zasad i trybu przyjęć na studia w roku akademickim 2020/2021 wykazano rozbieżne dane o kryteriach przyjęć na studia pierwszego stopnia na kierunek pielęgniarstwo w zakresie wyniku z egzaminu maturalnego z biologii. W załączniku nr 1 do ww. uchwały, zawierającym szczegółowe kryteria przyjęć na kierunki studiów stacjonarnych i niestacjonarnych, określono, że osoby kandydujące na ten kierunek, które zdały maturę z biologii otrzymują dodatkowe punkty (przedmiot preferowany). Natomiast w załączniku nr 2 pt. Wykaz przedmiotów branych pod uwagę przy tworzeniu rankingów nie wykazano biologii jako przedmiotu branego pod uwagę przy tworzeniu rankingów na ww. studiach. W elektronicznym systemie do rejestracji kandydatów na ww. studia nie umożliwiono kandydatom wpisania danych o wyniku egzaminu maturalnego z biologii.

Z wyjaśnień Prorektor ds. Studentów wynikało, że rozbieżność danych w załącznikach do uchwały spowodowana była przeoczeniem i niedopatrzeniem. Techniczne dostosowanie systemu e-rekrutacji przygotowano na podstawie załącznika nr 2 do ww. uchwały, w związku z czym wyniki maturalne z przedmiotu biologia nie zostały uwzględnione w opcjach kierunku pielęgniarstwo, a tym samym nie przyznano kandydatom dodatkowych punktów preferowanych.

### Problemy w rekrutacji na kierunek lekarski

Rekrutacja na kierunek lekarski była złożonym procesem, nie tylko z uwagi na bardzo dużą liczbę osób zainteresowanych, ale również fakt, iż kandydaci składali wnioski o przyjęcie na wielu uczelniach, nie zawsze informując potem o rezygnacji z miejsca, co utrudniało wypełnienie limitów przyjęć. Skutkiem rezygnacji pierwotnie przyjętych kandydatów była konieczność uzupełnienia listy o osoby które uzyskały mniejszą liczbę punktów i zajmowały dalsze pozycje na liście rankingowej. W każdym roku prowadzono rekrutację uzupełniającą, czasem do końca października, co niekorzystnie wpływało na proces dydaktyczny. Proces rekrutacji dodatkowo komplikowała konieczność uwzględnienia sytuacji osób, dla których wynik egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów został podwyższony w wyniku weryfikacji sumy punktów przez okręgową komisję egzaminacyjną.

<sup>96</sup> Uchwały Senatu określały m.in.: etapy postępowania rekrutacyjnego; warunki przystąpienia do postępowania rekrutacyjnego; zasady rekrutacji w zależności od formy, stopnia i kierunku studiów; dokumenty wymagane w prowadzonym w PUM postępowaniu rekrutacyjnym; ustalanie wyników postępowania; terminy rozpoczęcia i zakończenia rekrutacji.

<sup>97</sup> Akademia Pomorska w Słupsku, Uniwersytet Opolski, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach., Uniwersytet Zielonogórski, Akademia Białska Nauk Stosowanych w Białej Podlaskiej, Akademia Kaliska w Kaliszu, Pomorski Uniwersytet Medyczny.

### Przykład

Prorektor ds. **Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu** wskazała m.in., że przez cały wrzesień i pierwsze tygodnie października lista osób, które deklarowały chęć podjęcia studiów na kierunku lekarskim zmieniała się codziennie. Sekretarze uczelnianej komisji rekrutacyjnej telefonicznie pytali kandydatów o realną chęć podjęcia studiów (wiele osób podejmowało ostateczną decyzję dopiero w październiku, trzymając wcześniej dokumenty na kilku uczelniach).

Oplaty za przeprowadzenie rekrutacji na analizowane kierunki były pobierane w wysokości zgodnej z § 38 rozporządzenia w sprawie studiów.

W ośmiu uczelniach (29%) nie określono jednak trybu zwolnień z opłat rekrutacyjnych, co stanowiło naruszenie art. 79 ust. 3 w zw. z ust. 2 pkt 1 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*<sup>98</sup>.

Oplaty  
za przeprowadzenie  
rekrutacji

### Przykład

W **Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim** Rektor określił wysokość oraz warunki pobierania opłat rekrutacyjnych na pierwszy rok studiów w latach akademickich 2020/2021 i 2021/2022, lecz nie określił warunków i trybu zwalniania z tych opłat, stosownie do obowiązku wynikającego z art. 79 ust. 3 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*.

Dopiero w dniu 12 lipca 2022 roku, w trakcie kontroli NIK, Rektor wydała zarządzenie Nr 61/0101/2022<sup>99</sup> zmieniające zasady pobierania opłat za świadczone usługi edukacyjne oraz warunki zwalniania z opłat za usługi edukacyjne lub stosowanie ulg, stanowiące załącznik do zarządzenia nr 14/0101/2020 Rektora z dnia 11 lutego 2020 r., w którym dodano Rozdział IV. Warunki i tryb udzielania zwolnień w innych opłatach.

### 5.2.2. Realizacja programu kształcenia w zakresie obowiązujących standardów i wymogów jakościowych.

Objęte badaniem kontrolnym programy studiów prowadzonych w uczelniach na kierunkach: pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia oraz lekarskim odpowiadały na ogół wymogom określonym przepisami rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia oraz rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów<sup>100</sup>. Programy przyjmowano stosownymi uchwałami senatów kontrolowanych uczelni. Zgodnie z wymogami ww. przepisów, ustalano w nich ogólną liczbę godzin, łączną liczbę punktów ECTS, kierunkowe, ogólne i szczegółowe efekty uczenia się, treści kształcenia w ramach grup zajęć i przedmiotów z przypisaniem do nich efektów uczenia się, zakres zajęć praktycznych wraz z ich wymiarem, liczbę punktów ECTS, jaką student musi uzyskać w ramach zajęć prowadzonych z bezpośrednim udziałem nauczycieli akademickich lub innych osób prowadzących zajęcia, liczbę godzin i punktów ECTS w zakresie nauczania praktycznego, zakres i liczbę

Programy studiów  
na ogół zgodne  
z obowiązującymi  
standardami

<sup>98</sup> Uniwersytet Zielonogórski, Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Uniwersytet Opolski, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Nysie, Karpacka Państwowa Uczelnia w Krośnie.

<sup>99</sup> Zarządzenie weszło w życie z dniem podpisania.

<sup>100</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 661 ze zm., dalej także: rozporządzenie w sprawie studiów.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

godzin praktyk zawodowych, ćwiczeń i zajęć klinicznych, zasady i formy odbywania tych zajęć, liczbę punktów ECTS, którą student uzyskuje w ramach zajęć prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, zajęcia podlegające wyborowi studenta i ich wymiar w punktach ECTS oraz sposoby weryfikacji i oceny efektów uczenia się osiągniętych przez studenta.

Ustalony w programach czas trwania studiów, liczba godzin (w tym praktycznego nauczania), praktyk oraz liczba punktów ECTS były na ogół równe lub wyższe od wartości minimalnych określonych przepisami rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia.

Jednak we wspomnianym zakresie stwierdzono nieprawidłowości.

Nieprawidłowości  
w realizacji programów  
studiów

### Przykłady

Na **Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu** w programie studiów dla kierunku fizjoterapia<sup>101</sup> na rok akademicki 2020/2021 liczba punktów ECTS określona dla modułów C, D, E i F nie odpowiadała wymogom określonym w tym zakresie w załączniku nr 7 do rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia. Przyjęte w powyższym programie oraz wskazane, jako minimalne liczby punktów ECTS wg standardu kształcenia dla tego kierunku wynosiły odpowiednio dla poszczególnych modułów: C – podstawy fizjologii 41 zamiast 45, D – fizjoterapia kliniczna 80 zamiast 99, E – metodologia badań naukowych – 24 zamiast 25, F – praktyki fizjoterapeutyczne 57 zamiast 58. Razem 259 punktów ECTS zamiast 270.

W **Akademii Białskiej Nauk Stosowanych** zaplanowano zbyt małą liczbę godzin w grupie zajęć D. Fizjoterapia kliniczna, w ramach studiów na kierunku: fizjoterapia, rozpoczynających się w roku akademickim 2020/2021. Zgodnie ze standardem nr 3 kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, zawartym w rozporządzeniu w sprawie standardów kształcenia, minimalna liczba godzin zajęć w grupie zajęć D. Fizjoterapia kliniczna, winna wynosić 1670 godzin, natomiast Uczelnia zaplanowała 1665 godzin tych zajęć. Rektor Akademii nie wyjaśnił przyczyn zaplanowania zbyt małej liczby godzin w powyższej grupie zajęć natomiast zadeklarował, że na najbliższym posiedzeniu Senatu Uczelni, na podstawie § 7 ust. 5 pkt 2 lit. b rozporządzenia w sprawie studiów, zostaną wprowadzone zmiany do ww. programu studiów – dodanych zostanie 15 godzin wykładów w semestrze VI z przedmiotu Fizjoterapia kliniczna w ginekologii i położnictwie.

Na **Uniwersytecie Medycznym w Łodzi**, w obowiązującym od roku akademickiego 2019/2020 programie studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, w jednej z dziewięciu grup zajęć, w ramach których osiąga się szczegółowe efekty kształcenia, tj. w grupie *H. Praktyczne nauczanie kliniczne*, nie zapewniono możliwości uzyskania dostatecznej liczby punktów ECTS. W ramach tej grupy przewidziano bowiem osiągnięcie maksymalnie 56 punktów ECTS<sup>102</sup>, w sytuacji gdy zgodnie z zasadami określonymi w cz. I pkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia, wartość punktów uzyskanych w tym bloku zajęć powinna wynieść co najmniej 60.

W czterech uczelniach (14%) wystąpiły przypadki przekraczania wymiaru zajęć kształtujących umiejętności praktyczne prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość<sup>103</sup>.

<sup>101</sup> Załącznik nr 1 (studia stacjonarne) i załącznik nr 2 (studia niestacjonarne) do uchwały Nr 54 Senatu UMK z 28 września 2021 r. zmieniającej uchwałę Nr 39 Senatu UMK z 23 czerwca 2020 r. w sprawie zmian programów studiów rozpoczynających się od roku akademickiego 2020/2021.

<sup>102</sup> Liczba godzin w tej grupie była wystarczająca – wynosiła 909, przy minimalnej wartości 900.

<sup>103</sup> Uniwersytet Zielonogórski, Akademia Pomorska w Słupsku, Uniwersytet Opolski, Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy.

### Przykład

Na **Uniwersytecie Zielonogórskim**, w roku akademickim 2020/2021 dla kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa nie został spełniony warunek wynikający z § 1d rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia, zgodnie z którym student mógł uzyskać w ramach zajęć prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość część efektów uczenia się przypisanych do zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, w tym zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, umożliwiających uzyskanie nie więcej niż 20% liczby punktów ECTS określonej dla tych zajęć w programie studiów dla danego roku studiów. Wymiar tych zajęć wyniósł dla kierunku lekarskiego w formie stacjonarnej 40% i niestacjonarnej 50%, dla pielęgniarstwa I st. – 40%, pielęgniarstwa II st. – 27%.

W kontrolowanych uczelniach na ogół przestrzegane były postanowienia art. 63 ust. 2 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*, stanowiące, iż zajęcia na studiach stacjonarnych są prowadzone odrębnie od zajęć na studiach niestacjonarnych. Nieprawidłowości w tym zakresie wystąpiły w czterech uczelniach (14%).

### Przykład

W latach akademickich 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022 na prowadzonym przez **Pomorski Uniwersytet Medyczny** na Wydziale Medycyny i Stomatologii kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym zajęcia praktyczne dla studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych były realizowane łącznie, co było niezgodne z brzmieniem art. 63 ust. 2 wspomnianej ustawy.

Respektowany był wymóg wynikający z art. 63 ust. 3 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*, zgodnie z którym w uczelni publicznej liczba studentów studiujących na studiach stacjonarnych nie może być mniejsza od liczby studentów studiujących na studiach niestacjonarnych.

### 5.2.3. Zapewnienie wysokiej jakości kształcenia

W celu zapewnienia wysokiej jakości kształcenia kontrolowane uczelnie wprowadziły rozwiązania umożliwiające nadzór nad jakością różnych elementów procesu dydaktycznego. Programy studiów podlegały systematycznej ocenie i doskonaleniu w ramach uczelnianych systemów zarządzania jakością kształcenia.

W ocenie NIK, zagrożeniem dla prawidłowej realizacji programów kształcenia, zapewniającej wysoką jakość kształcenia, były niewystarczające zasoby kadrowe niektórych uczelni. W sześciu uczelniach (21%) nie przestrzegano art. 73 ust. 2 w związku z art. 120 ust. 2 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*, w przypadku niektórych kierunków studiów, nie zapewniając wskazanego w tym przepisie udziału godzin zajęć prowadzonych przez nauczycieli akademickich zatrudnionych w danej uczelni jako podstawowym miejscu pracy<sup>104</sup>. Problem ten dotyczył przede wszystkim nowo utworzonych kierunków w uczelniach, które nie miały doświadczenia w prowadzeniu kształcenia kadr medycznych. Uczelnie te nie były w stanie zatrudnić specjalistów dla danego kierunku w sytuacji, kiedy nie zrealizowały jeszcze pełnego cyklu kształcenia i nie były w stanie zapewnić odpowiedniej liczby godzin w ramach etatów poszczególnym pracownikom.

Niespełnianie wymagań wynikających z art. 73 ust. 2 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*

<sup>104</sup> Uniwersytet Zielonogórski, Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Akademia Nauk Stosowanych w Łomży, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

### Przykłady

W Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim wymiar zajęć prowadzonych w roku akademickim 2020/2021 przez nauczycieli akademickich na kierunku pielęgniarstwo i zatrudnionych w Akademii jako podstawowym miejscu pracy stanowił 46,1% wszystkich godzin. Z kolei wymiar zajęć prowadzonych w roku akademickim 2021/2022 przez nauczycieli akademickich na kierunku ratownictwo medyczne i zatrudnionych w Akademii jako podstawowym miejscu pracy stanowił 16,2% wszystkich godzin. W związku z tym w ww. latach akademickich nie spełniono wymogów wynikających z art. 73 ust. 2 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*, zgodnie z którym w ramach programu studiów o profilu praktycznym – co najmniej 50% godzin zajęć prowadzonych jest przez nauczycieli akademickich zatrudnionych w tej uczelni jako podstawowym miejscu pracy.

Na Uniwersytecie Zielonogórskim dla kierunku lekarskiego w całym badanym okresie oraz dla pielęgniarstwa I stopnia w roku 2021/2022 nie spełniono wymagań wynikających art. 73 ust. 2 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*, zgodnie z którymi w ramach programu studiów o profilu praktycznym – co najmniej 50% godzin zajęć prowadzonych jest przez nauczycieli akademickich zatrudnionych w tej uczelni jako podstawowym miejscu pracy<sup>105</sup>; natomiast w ramach programu studiów o profilu ogólnoakademickim – co najmniej 75% godzin zajęć prowadzonych jest przez nauczycieli akademickich zatrudnionych w tej uczelni jako podstawowym miejscu pracy. Dla kierunku lekarskiego relacja wyniosła w kolejnych latach objętych kontrolą: 51,7%, 47,1% i 44,1%, natomiast dla pielęgniarstwa I stopnia (profil praktyczny) w roku 2021/2022 – 47,8%.

Przy wyliczaniu normy wynikającej z art. 73 ust. 2 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce* opierano się na rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 6 marca 2019 r. w sprawie danych przetwarzanych w Zintegrowanym Systemie Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce POL-on<sup>106</sup>, zgodnie z którym w systemie POL-on należy wykazać łączną liczbę godzin zajęć określonych w programie studiów oraz liczbę godzin zajęć określonych w programie studiów realizowanych przez nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelni jako podstawowym miejscu pracy oraz komunikacie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 7 stycznia 2020 r. w którym wskazano m.in., że program studiów jest jeden dla kierunku, poziomu i profilu. Dlatego nie należy odnosić łącznej liczby godzin zajęć do formy studiów ani do liczby godzin zajęć faktycznie realizowanych (w przypadku większej liczby grup).

NIK zwraca uwagę, iż gdyby dla wyliczenia normy wynikającej z art. 73 ust. 2 ustawy zastosować inne podejście, biorąc pod uwagę pełną liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych, uwzględniającą godziny zrealizowane we wszystkich grupach, wyliczone wskaźniki kształtowałyby się jeszcze mniej korzystnie dla poszczególnych uczelni.

<sup>105</sup> Zgodnie z art. 120 ust. 2 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* warunkiem wskazania uczelni jako podstawowego miejsca pracy jest zatrudnienie w niej w pełnym wymiarze czasu pracy. Nauczyciel akademicki może mieć jednocześnie tylko jedno podstawowe miejsce pracy.

<sup>106</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 700.



### Przykład

W **Akademii Białskiej Nauk Stosowanych**, w latach akademickich 2019/2020, 2020/2021 oraz 2021/2022, na kierunku: pielęgniarstwo (studia stacjonarne I stopnia) nauczycielom akademickim zatrudnionym w Akademii jako podstawowym miejscu pracy zaplanowano w programach studiów odpowiednio: 2940, 3030 i 3405 godzin zajęć, co stanowiło odpowiednio: 70,5% (4172), 70,2% (4317) i 71,1% (4786) łącznej liczby godzin zajęć zaplanowanych w programach studiów na te lata na tym kierunku. Na kierunku pielęgniarstwo (studia II stopnia) było to odpowiednio: 896, 1145 i 1030 godzin zajęć, co stanowiło odpowiednio: 75,9% (1180), 76,6% (1495) i 78,1% (1319) łącznej liczby zajęć przeprowadzonych w tych latach na tym kierunku.

Przyjmując jednak pełną liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych, uwzględniając godziny zrealizowane we wszystkich grupach, nauczyciele akademicki, dla których Uczelnia stanowiła podstawowe miejsce pracy, na kierunku pielęgniarstwo (I stopień) zrealizowali w kolejnych latach akademickich odpowiednio: 7444, 8752 i 9698 godzin zajęć, co stanowiło odpowiednio: 47,8% (15 573), 54,2% (16 137) i 52,7% (18 417) wszystkich godzin zajęć zrealizowanych na tym kierunku. W przypadku kierunku pielęgniarstwo II stopnia było to kolejno: 1789, 1455 i 1623 oraz stanowiło odpowiednio: 78% (2295), 70% (2078) i 68,1% (2385) wszystkich godzin zajęć zrealizowanych na tym kierunku.

Przyjmując do obliczeń przepisy ww. rozporządzenia oraz objaśnienia zawarte w przywołanym komunikacie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, wymóg wynikający z art. 73 ust. 2 pkt 1 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce* został spełniony. Uwzględniając natomiast godziny zajęć zrealizowane we wszystkich grupach i odnosząc je do wszystkich zrealizowanych godzin, udział zajęć prowadzonych przez nauczycieli akademickich dla których Uczelnia była podstawowym miejscem pracy w roku akademickim 2019/2020 na studiach pielęgniarstwa (I stopnia) wyniósł 47,8%, co oznacza w tym przypadku niespełnienie ustawowego wymogu.

Nauczyciele akademicki kontrolowanych uczelni podlegali ocenie okresowej, której dokonywano z uwzględnieniem zasad określonych w statutach i zarządzeniach rektorów poszczególnych uczelni, wykorzystując w nich m.in. oceny studentów.

Oceny okresowe  
nauczycieli  
akademickich

NIK zwraca uwagę, iż w przypadku niektórych uczelni zainteresowanie wypełnianiem ankiet przez studentów było niskie, co utrudniało formułowanie miarodajnych wniosków.

### Przykład

Na **Uniwersytecie Opolskim** zwrotność ankiet studentów zawierających oceny realizacji zajęć przez nauczycieli akademickich na studiach na Wydziale Lekarskim i na Wydziale Nauk o Zdrowiu<sup>107</sup> w poszczególnych semestrach lat akademickich okresu objętego kontrolą mieściła się w przedziale od 2,1% do 14,6% (średnio: 6,3% w przypadku Wydziału Lekarskiego i 10,4% w przypadku Wydziału Nauk o Zdrowiu). Wyniki badań ankietowych studentów były prezentowane w różnych przekrojach w przygotowywanych przez Biuro Dydaktyki i Spraw Studenckich raportach semestralnych, przekazywanych władzom Uczelni (wyniki dla poszczególnych wydziałów przekazywano władzom wydziałów). Wyniki te wykorzystywano w Uczelni m.in. do dokonywania okresowych ocen nauczycieli akademickich.

<sup>107</sup> System USOS, w którym gromadzone były dane m.in. o wynikach badań ankietowych agregował je w podziale na poszczególne Wydziały. Uczelnia nie dysponowała danymi o wynikach badania w podziale na kierunki studiów w ramach wydziałów.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W sześciu uczelniach (21%) w procesie oceny nauczycieli akademickich nie udało się uniknąć nieprawidłowości polegających na niedotrzymywaniu przyjętych terminów dokonywania oceny oraz naruszeniu zasad jej przeprowadzania<sup>108</sup>.

### Przykład

Na **Uniwersytecie Zielonogórskim**, zgodnie z § 6 ust. 8 zarządzenia Rektora nr 142 z 29 września 2021 r. w sprawie zasad i trybu przeprowadzania oceny okresowej nauczycieli akademickich w roku 2021, w przypadku uzyskania przez nauczyciela akademickiego oceny niższej niż 5 komisja dokonująca oceny zobowiązana była do sformułowania zaleceń dotyczących poprawy w wykonywaniu obowiązków pracowniczych. Komisja nie sformułowała takich zaleceń w żadnym przypadku uzyskania oceny niższej niż 5 (70% ocenianych nauczycieli).

### Ewaluacja procesu kształcenia

Ewaluacja procesu kształcenia w kontrolowanych uczelniach obejmowała m.in. ocenę prowadzących zajęcia dokonywaną przez studentów nie rzadziej niż raz w roku, ocenę zadowolenia studentów z warunków studiowania, opinię nauczycieli akademickich na temat warunków prowadzenia studiów, ocenę praktyk zawodowych przewidzianych programami studiów, okresową ocenę programu studiów i jego realizacji, okresową ocenę infrastruktury. Nauczyciele akademicy oraz osoby prowadzące zajęcia na podstawie umowy cywilnoprawnej i doktoranci podlegali hospitacjom zajęć.

W przypadku czterech uczelni (14%) stwierdzono nieprawidłowości w systemie nadzoru nad jakością kształcenia związane z niepełną realizacją zadań w tym zakresie bądź ich niewłaściwym sprawozdawaniem<sup>109</sup>.

### Przykład

Na **Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie** nie hospitowano zajęć dydaktycznych w roku akademickim: 2019/2020 na kierunkach: pielęgniarstwo, położnictwo oraz lekarskim, a także 2020/2021 na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, co było niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 9 ust. 2 uchwały Senatu nr 134/2019<sup>110</sup> oraz § 1 ust. 3 oraz 4 Procedury hospitacji zajęć, stanowiącej załącznik do zarządzenia nr 61/2016.

### Warunki realizacji zajęć dydaktycznych

Zapewnieniu jakości i efektywności kształcenia nie sprzyjały także stwierdzone w siedmiu uczelniach (25%) przypadki nadmiernej liczby godzin w ciągu dnia, niekiedy przekraczającej normy ustalone w wewnętrznych przepisach oraz nierównomierne ich rozłożenie powodujące w niektórych dniach nadmierne obciążenie studentów<sup>111</sup>.

<sup>108</sup> Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Uniwersytet Zielonogórski, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego w Skierniewicach, Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy.

<sup>109</sup> Pomorski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Uniwersytet Zielonogórski.

<sup>110</sup> Do 18 grudnia 2019 r. obowiązek przeprowadzania hospitacji zajęć dydaktycznych wynikał z § 9 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 10 ust. 2 uchwały nr 149/2015 Senatu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie z 16 grudnia 2015 r. w sprawie doskonalenia USZJK Kształcenia w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie.

<sup>111</sup> Akademia Bialska Nauk Stosowanych w Białej Podlaskiej, Karpacka Państwowa Uczelnia w Krośnie, Uniwersytet Opolski, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Akademia Nauk Stosowanych w Łomży, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego w Skierniewicach.

### Przykłady

W **Akademii Biańskiej Nauk Stosowanych** stwierdzono planowanie dziennej liczby godzin zajęć dydaktycznych w wymiarze przekraczającym zalecaną liczbę godzin. Zgodnie z wydziałowym systemem zarządzania jakością kształcenia dzienna liczba realizowanych stacjonarnych zajęć dydaktycznych nie powinna przekraczać ośmiu godzin. Przeprowadzona analiza wykazała przypadki, w których zaplanowany dzienny wymiar zajęć dydaktycznych przekraczał 10 godzin.

Na **Uniwersytecie Opolskim**, w przypadku kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, z reguły zajęcia rozpoczynano o godz. 8:00, a kończono o godz. 20:00 (w jednostkowych przypadkach zajęcia rozpoczynano o 6:45, a kończono o 21:00). Nie zapewniono jednak zrównoważonego obciążenia studentów zajęciami dydaktycznymi. W skrajnych przypadkach zajęcia dydaktyczne trwały 17 godzin lekcyjnych w ciągu dnia, a udział dni, w których wymiar zajęć dydaktycznych był wyższy niż 12 godzin lekcyjnych w łącznej liczbie dni zajęć w semestrze wynosił 45,2%. Znaczące było także zróżnicowanie obciążeń studentów zajęciami w ciągu tygodnia (w skrajnych przypadkach od 5 do 62 godzin zajęć w tygodniu).

W celu poprawy jakości procesu dydaktycznego kontrolowane uczelnie podejmowały systematyczne działania w celu rozbudowy bazy dydaktycznej. Realizowane projekty były na ogół współfinansowane ze środków Unii Europejskiej m.in. w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. Rozwój bazy dydaktycznej nie zawsze jednak w pełni nadążał za rosnącą liczbą studentów.

### Przykład

Jak podała Prorektor ds. Medycznych **Uniwersytetu Jana Kochanowskiego** w Kielcach: *Pomimo nowoczesnej infrastruktury dydaktycznej coraz mocniej odczuwany jest problem zapewnienia odpowiedniej liczby sal wykładowych, ćwiczeniowych i laboratoryjnych i dostępu do klinik. Trwają rozmowy z władzami miasta na temat przekazania działki/działek budowlanych, które mogą być wykorzystane na budowę budynków dydaktycznych. (...) Intensywne starania dotyczą uzyskania statusu właściciela lub podmiotu tworzącego szpital kliniczny. Własna baza kliniczna gwarantuje ciągłość kształcenia kadr medycznych.*

Niektóre umowy cywilnoprawne zawierane pomiędzy kontrolowanymi uczelniami, a podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, dotyczące prowadzenia kształcenia, w blisko połowie kontrolowanych uczelni<sup>112</sup> nie zawierały wszystkich elementów wymaganych przez art. 89 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowy zawierane z podmiotami leczniczymi dotyczące prowadzenia kształcenia

### Przykład

Na **Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim** siedem umów z podmiotami leczniczymi, które udostępniały swoje komórki organizacyjne w celu prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w zawodach medycznych, nie zawierało wszystkich elementów określonych w art. 89 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej – brakowało zapisów dotyczących zasad prowadzenia kontroli przez uczelnię medyczną w zakresie wykonywania zadań dydaktycznych w podmiotach leczniczych, które udostępniały swoje komórki organizacyjne.

<sup>112</sup> Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Uniwersytet Zielonogórski, Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Gdański Uniwersytet Medyczny, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego w Skierniewicach, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Uniwersytet Opolski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Ocena realizacji standardów kształcenia dokonywana przez podmioty zewnętrzne

Realizacja przez uczelnie standardów kształcenia była przedmiotem kontroli i ocen przeprowadzanych przez Polską Komisję Akredytacyjną<sup>113</sup> i Krajową Radę Akredytacyjną Szkół Pielęgniarek i Położnych<sup>114</sup>. Na formułowane w toku postępowań oceniających (opiniujących) uwagi i zalecenia, uczelnie odpowiednio reagowały, dokonując stosownych zmian w programach, udzielając wyjaśnień i wykonując zalecenia.

Oceny programowe jakości kształcenia

W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 6 października 2022 r. Prezydium PKA wydało 74 oceny programowe jakości kształcenia dla następujących kierunków prowadzonych w uczelniach nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki:

- lekarskiego 13 pozytywnych, sześć pozytywnych z okresem obowiązywania skróconym do 2 lat<sup>115</sup>, jedna pozytywna na okres jednego roku<sup>116</sup> oraz dwie negatywne<sup>117</sup>;
- lekarsko-dentystycznego cztery pozytywne;
- pielęgniarstwa 27 pozytywnych, siedem pozytywnych z okresem obowiązywania skróconym do 2 lat<sup>118</sup> i jedną negatywną<sup>119</sup>;
- położnictwa: 11 pozytywnych i dwie pozytywne z okresem obowiązywania skróconym do 2 lat<sup>120</sup>.

Minister Zdrowia, w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2022 r., nie kierował wniosków do PKA o przeprowadzenie oceny programowej jakości kształcenia na kierunkach studiów w nadzorowanych uczelniach medycznych na podstawie art. 242 ust. 3 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*.

Departament Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia w trakcie kontroli NIK informował, że w ostatnim okresie żadna z nadzorowanych przez Ministra Zdrowia uczelni medycznych nie otrzymała oceny warunkowej lub negatywnej, jednakże w przypadku otrzymania z PKA informacji o innym niż pozytywny wyniku oceny programowej, Ministerstwo Zdrowia podjęłoby kroki związane z weryfikacją kształcenia prowadzonego na uczelni w odniesieniu do negatywnie ocenionego kierunku kształcenia. W przypadku negatywnej oceny jakości kształcenia sformułowanej przez PKA, Minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki mógł, ale nie musiał cofnąć pozwolenie na utworzenie studiów na określonym kierunku<sup>121</sup>. Mógł również zawiesić uprawnienie do kształcenia na danym kierunku studiów i poziomie

<sup>113</sup> Dalej także: „PKA”.

<sup>114</sup> Dalej także: „KRASZPIP”.

<sup>115</sup> W 2022 r. Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach, w 2021 r. Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Uczelnia Łazarskiego, Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie oraz w 2020 r. Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach.

<sup>116</sup> W 2020 r. Uniwersytet Zielonogórski.

<sup>117</sup> W 2021 r. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz w 2019 r. Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu.

<sup>118</sup> W 2021 r. Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach (studia I stopnia i II stopnia), Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Filia w Warszawie oraz Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie, w 2020 r. Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie.

<sup>119</sup> W 2021 r. Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie.

<sup>120</sup> W 2021 r. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach (studia I stopnia i II stopnia)

<sup>121</sup> Na podstawie art. 56 ust. 1 pkt 1 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*.

kształcenia. W okresie zawieszenia uprawnień jednostka nie dokonuje rekrutacji oraz powinna przeprowadzić działania naprawcze w zakresie stwierdzonych naruszeń. Do takiej sytuacji doszło w przypadku uczelni nadzorowanej przez Ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki na Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, objętym kontrolą NIK, na kierunku lekarskim po negatywnej ocenie PKA z 2019 roku (w 2021 roku kierunek oceniono już pozytywnie, jednak z okresem obowiązywania skróconym do 2 lat). W przypadku innej uczelni, również nadzorowanej przez Ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki, nieobjętej kontrolą NIK, pomimo negatywnej oceny kierunku lekarskiego sformułowanej przez PKA w 2021 r. nie cofnięto pozwolenia, ani nie zawieszono uprawnień – uczelnia nadal prowadziła rekrutację na kierunek lekarski. W ocenie NIK, taka sytuacja może stanowić zagrożenie dla jakości kształcenia na tym kierunku. Ministerstwo Edukacji i Nauki wyjaśniało, iż na bieżąco monitorowało funkcjonowanie uczelni, reagując na stwierdzone nieprawidłowości, natomiast sposób reakcji wynikał z odmiennego stanu faktycznego poszczególnych spraw.

W latach 2018–2022 (lipiec) Minister Zdrowia udzielił 191 akredytacji na prowadzenie studiów na kierunkach pielęgniarstwo (158) i położnictwo (33), trzy razy odmówił udzielenia akredytacji (raz w przypadku pielęgniarstwa i dwa razy położnictwa), a w jednym przypadku uchylił decyzję w sprawie odmowy wydania akredytacji (położnictwo)<sup>122</sup>. Dodatkowo po przeprowadzeniu przez KRASPiP 17 wizyt monitoringowych w uczelniach na kierunku pielęgniarstwo w jednym przypadku Minister, zgodnie z uchwałą KRASPiP, cofnął akredytację dla uczelni<sup>123</sup>.

### 5.3. Podmioty lecznicze

Kontrolowane szpitale miały trudności z zapewnieniem właściwej liczby personelu medycznego, w niektórych przypadkach skutkujące koniecznością likwidacji łóżek lub czasowym zaprzestaniem udzielania świadczeń przez poszczególne oddziały lub poradnie. Ograniczone zasoby kadrowe oraz sytuacja na rynku pracy spowodowała, że kontrolowane szpitale miały trudności z efektywnym zarządzaniem zasobami kadrowymi, wspieraniem ich rozwoju zawodowego i zapewnieniem właściwej organizacji czasu pracy.

Do podstawowych instrumentów wpływania na funkcjonowanie i równowagę rynku pracy w sektorze zdrowotnym należą regulacje dotyczące zatrudniania, wynagradzania, organizacji i czasu pracy. Regulacje te stanowią fundament dla efektywnego funkcjonowania całego sektora zdrowotnego, w tym podmiotów leczniczych<sup>124</sup>, ale jednocześnie powinny satysfakcjonować pracowników tego sektora. Zbudowanie systemu zatrud-

Niedobory personelu medycznego, utrzymywanie się problemów związanych z organizacją oraz warunkami pracy

<sup>122</sup> Zgodnie z treścią uchwały KRASPiP.

<sup>123</sup> W 14 przypadku ocena była pozytywna, w dwóch negatywna (KRASPiP wydała zalecenia, które uczelnia przyjęła do realizacji).

<sup>124</sup> Zasoby kadrowe szpitala tworzą przedstawiciele wielu grup zawodowych m.in.: lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, asystenci medyczni, psychologowie, terapeuci zawodowi, farmaceuci, fizjoterapeuci, logopedzi, diagnosty laboratoryjni, laboranci, dietetycy, edukatorzy, prawnicy, informatycy, księgowi, statystycy medyczni, pracownicy socjalni, pracownicy zabezpieczenia technicznego (np. konserwatorzy urządzeń, elektrycy, portierzy).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

niania i wynagradzania, który byłby efektywny ze względu na wszystkie z wymienionych potrzeb, jest w praktyce zadaniem trudnym. Ograniczone zasoby kadrowe oraz utrzymywanie się napięć związanych z czasem pracy i wysokością wynagrodzeń stwarzają poważne zagrożenie pogłębiania sytuacji kryzysowej w ochronie zdrowia.

Do czynników warunkujących dostępność zasobów kadrowych należą:

- relatywnie trudne warunki pracy w opiece zdrowotnej, w tym: duży nakład pracy i zaangażowanie, jakie jest wymagane przy wykonywaniu zawodu medycznego; długie godziny pracy i wysoki poziom gotowości; ograniczona autonomia zawodowa; podporządkowanie standardom i procedurom; niebezpieczne miejsca pracy (zagrożenie infekcjami i chorobami); niedostatecznie określona ścieżka kariery zawodowej (szczególnie w przypadku pielęgniarek) oraz ograniczony lub całkowity brak wsparcia dla rozwoju zawodowego; relatywnie niskie płace i brak motywacji dochodowych;
- ogólne warunki otoczenia i funkcjonowania opieki zdrowotnej takie jak: zaniedbanie sektora zdrowotnego pod względem regulacji i rozwiązań instytucjonalnych; nieefektywność wprowadzanych reform; zaniedbane planowanie i zarządzanie zasobami pracy.

### Charakterystyka podmiotów leczniczych objętych kontrolą

Do kontroli zostało wytypowanych 31 podmiotów leczniczych (szpitali), zlokalizowanych w 15 województwach, w tym osiem spółek prawa handlowego<sup>125</sup> oraz 23 samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Skontrolowane podmioty dysponowały łącznie 7815 łóżkami oraz zatrudniały 20 769 osób, a łączna wartość zawartych przez nie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2022 r. wynosiła 2 613 324,9 tys. zł.

Infografika nr 6

Charakterystyka podmiotów leczniczych objętych kontrolą



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli.

<sup>125</sup> Zgodnie z art. 9 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, ze zm.) podmioty te są wyłączone z sektora finansów publicznych.

### 5.3.1. Zarządzanie personelem medycznym

Podmioty lecznicze należące do sektora finansów publicznych zobowiązane są do stosowania standardów kontroli zarządczej<sup>126</sup> jak również do planowania i zarządzania ryzykiem. Kwestie te zostały określone w: komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych<sup>127</sup> oraz w komunikacie Nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem<sup>128</sup>. W pozostałych podmiotach (spółkach) stosowanie tych narzędzi jest uznawane za dobrą praktykę.

Identyfikacja i szacowanie ryzyka w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi

W toku kontroli ustalono, iż standardy kontroli zarządczej oraz zarządzania ryzykiem w obszarze zarządzania kadrami nie były stosowane lub stosowano je w ograniczonym zakresie w 10 podmiotach leczniczych<sup>129</sup> spośród 23 skontrolowanych SPZOZ. Stwierdzone nieprawidłowości przeważnie dotyczyły:

- nieprowadzenia analizy ryzyka lub braku identyfikacji i oszacowania ryzyka w odniesieniu do celów i zadań jednostki w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi<sup>130</sup>;
- nierzetelnego prowadzenia analizy ryzyka, w tym powielania lub nieaktualizowania dokumentów przygotowanych w latach wcześniejszych lub nieszacowania zdarzeń kwalifikowanych jako ryzyka prowadzonej działalności w drodze sporządzenia formularzy oceny szczegółowych ryzyk lub braku oceny skuteczności działań korygujących<sup>131</sup>;
- niesporządzania sprawozdań z funkcjonowania kontroli zarządczej i nieskładania oświadczeń o stanie kontroli zarządczej<sup>132</sup>.

Standardy kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem nie były stosowane w pięciu z ośmiu skontrolowanych spółek<sup>133</sup>.

<sup>126</sup> Kontrola zarządcza – w myśl ustawy o finansach publicznych (art. 68 ust. 1) – to ogół działań i czynności zapewniających realizację celów i zadań jednostki w sposób: zgodny z prawem, terminowy, efektywny i oszczędny.

<sup>127</sup> Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15 poz. 84.

<sup>128</sup> Dz. Urz. Min. Fin. poz. 56.

<sup>129</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie, Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

<sup>130</sup> Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie.

<sup>131</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie, Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

<sup>132</sup> Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie.

<sup>133</sup> Szpital Miejski sp. z o.o. w Zabrze, Szpital w Pyskowicach Spółka z o.o., Szpital Barlinek Spółka z o.o., Szpital w Kamieniu Pomorskim Spółka z o.o., Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z o.o.

### Planowanie zasobów ludzkich

Zróżnicowaniu zawodowemu pracowników podmiotów leczniczych towarzyszy odmienność ich sytuacji na rynku pracy. Szczególnie istotnym problemem jest niedobór specjalistów w niektórych zawodach medycznych (lekarzy, pielęgniarek), co wpływa na funkcjonowanie podmiotów leczniczych i znacząco ogranicza możliwość efektywnego zarządzania personelem. Rynek pracy lekarzy oraz pielęgniarek i położnych jest rynkiem pracownika, przez co należy rozumieć z jednej strony łatwość w znalezieniu lub zmianie pracy, a z drugiej – możliwość skutecznego negocjowania lepszych warunków zatrudnienia przez pracowników oraz wywieranie przez nich presji płacowej. Zarówno planowanie zasobów ludzkich jak i kształtowanie systemów motywacyjnych, będących istotnym elementem zarządzania zasobami ludzkimi, jest w tych warunkach szczególnie utrudnione.

### Przykłady

W programie naprawczym **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego** na lata 2022–2024 wśród diagnoz przyczyn trudnej sytuacji finansowej Szpitala wskazano na rosnący z roku na rok udział kosztów osobowych w kosztach ogółem. Głównym działaniem dotyczącym ograniczenia kosztów osobowych miały być negocjacje warunków płacowych umów cywilno-prawnych oraz kształtowanie grafików pracy w sposób optymalny dla Szpitala. Autorzy programu naprawczego uznali, że wskazane jest wprowadzenie zatrudnienia w formie umów cywilno-prawnych, uzależniających wynagrodzenie od efektywnej liczby wykonanych świadczeń, a także dążenie do lepszego wykorzystania miejsc specjalizacyjnych i stażowych i korzystanie z innych możliwych form dofinansowania kosztów pracy.

W programie naprawczym zwrócono uwagę na tzw. rynek pracownika, jeśli chodzi o kadry medyczne. Autorzy programu naprawczego uznali, że pracownik Szpitala powinien być postrzegany jako kluczowy interesariusz, który przyczynia się do tworzenia wartości dodanej Szpitala. Podjęto działania zmierzające do uruchomienia większej liczby miejsc specjalizacyjnych oraz miejsc stażowych dla lekarzy w pierwszym roku pracy. Zabieg taki miał na celu pokazanie Szpitala jako atrakcyjnego miejsca pracy, z możliwością rozwoju. Odnośnie personelu pielęgniarskiego wskazano, że na bieżąco podpisywane są porozumienia dotyczące kształcenia zawodowego pielęgniarek, Szpital współpracuje z innymi jednostkami, uczestniczy w szkoleniu pracowników wszystkich szeroko rozumianych zawodów medycznych, prowadzi praktyki studenckie oraz wolontariat.

W celu zachowania kadry, umacniania relacji z pracownikami, w programie naprawczym przewidziano zadanie (do realizacji w latach 2021–2026) pn. „Umacnianie relacji z pacjentami i pracownikami poprzez: CRM – Customer Relationship Management (zarządzanie relacjami z klientami), CSR – Corporate Social Responsibility (odpowiedzialność przedsiębiorstw za ich wpływ na społeczeństwo) i strategię komunikacji w mediach społecznościowych”. Spodziewanym efektem tych działań – według autorów programu naprawczego – mają być m.in.: podniesienie kultury organizacyjnej Szpitala, kształtowanie pozytywnego wizerunku placówki wśród samych pracowników i łatwiejsza możliwość pozyskania i utrzymania w Szpitalu najlepszych pracowników.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyciąganie najlepszych pracowników wiąże się z ich adekwatnym wynagradzaniem i wymaga ogromnej dyscypliny finansowej całego Szpitala, poprzez optymalizację wszystkich procesów w organizacji, tak aby praca w niej była nie tylko „opłacalna”, ale i możliwie najbardziej pożądana. Według Dyrektora Szpitala, ta optymalizacja procesów sprawiła, że SP ZOZ został zakwalifi-



kowany do szpitali grupy A, co pozwala ocenić swoją sytuację jako dobrą. Szpital ponownie zgłosił swój udział w procedurze akredytacyjnej Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia by odnowić akredytację, co zdaniem Dyrektora Szpitala przekłada się na postrzeganie SP ZOZ w regionie jako pożądanego pracodawcy. Dodała również, że Szpital jest małą jednostką, w której szczególnie nacisk stawia się na prawidłową i skuteczną komunikację, a ta z kolei umożliwia sprawne podejmowanie decyzji i unikanie konfliktów pomiędzy wszystkimi uczestnikami procesów. Jednocześnie wdrożone procedury pozwalają na skuteczne unikanie potencjalnych błędów, co przyczynia się do postrzegania Szpitala jako przyjaznego miejsca pracy, czego dowodem jest często wieloletnia współpraca z pracownikami – wyjaśniła Dyrektorka Szpitala.

Plany zatrudnienia w **Pałuckim Centrum Zdrowia Spółce z o.o. w Żninie** opracowywano biorąc pod uwagę m.in. profil, specyfikę oraz intensywność pracy komórek organizacyjnych, liczbę i bieżące wykorzystanie łóżek, wielkość i warunki lokalowe komórek organizacyjnych, wysokość kontraktów zawartych z NFZ. W protokołach z posiedzeń Rady Nadzorczej PCZ wskazano na problemy:

- braki kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i ratowników medycznych;
- zatrudnianie pielęgniarek w wieku emerytalnym;
- redukcję liczby łóżek;
- utrudnienia w obstawianiu dyżurów lekarskich, głównie w SOR oraz w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej;
- zwiększenie kosztów pracy w związku z przystąpieniem do PPK, wzrostem płacy minimalnej, podwyżkami dla lekarzy SOR oraz dla ratowników medycznych;
- nieuruchomienie poradni Leczenia Bólu od 1 lutego 2021 r. ze względu na niski kontrakt z NFZ i brak lekarzy;
- zmniejszenie liczby hospitalizowanych w 2020 r. i 2019 r. w porównaniu do 2018 r. oraz zmniejszenie liczby porodów;
- zmniejszenie liczby porad w poradniach specjalistycznych w związku z epidemią COVID-19 i związane z nią ograniczenia liczby przyjmowanych pacjentów;
- konieczność zrealizowania poleceń Ministra Zdrowia poprzez zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Dyrektor PCZ ponadto wskazał, że braki personelu medycznego na rynku pracy uniemożliwiają planowanie w ww. zakresie. Dodał, że problemy wynikające z braku kadry medycznej rozwiązywane są na bieżąco.

Co do zasady, w większości kontrolowanych podmiotów leczniczych wdrożono procedury planowania zasobów ludzkich, jak również analizowano stan zatrudnienia i strukturę personelu medycznego pod kątem zabezpieczenia kadrowego realizowanych zadań. Do analiz wykorzystywano pochodzące z systemów kadrowych, jak również przekazywane przez kierowników oddziałów i pielęgniarki oddziałowe dane o zatrudnieniu w poszczególnych grupach zawodowych, a także o przewidywanych potrzebach wynikających m.in. z odejść z pracy, długich zwolnień lekarskich, urlopów rodzicielskich, przesunięć kadrowych, zmian formy zatrudnienia, nabywania uprawnień do świadczenia emerytalnego. Wyniki konfrontowano z kosztami wynagrodzeń, zakresem i wartością umów zawartych z OOWNFZ oraz wymaganiami wynikającymi z § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>134</sup>, tj. liczby i kwalifikacji personelu niezbędnego dla zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej

<sup>134</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

skiej z uwzględnieniem liczby i bieżącego wykorzystania łóżek, profili, specyfiki i intensywności pracy oddziałów szpitalnych oraz ich wielkości i warunków lokalowych.

W siedmiu<sup>135</sup> z 31 skontrolowanych podmiotów leczniczych nie sporządzano udokumentowanych, kompleksowych analiz stanu i struktury zatrudnienia personelu medycznego (jakościowego i ilościowego), które pozwoliłyby kierownictwu Szpitala na identyfikację ryzyk w obszarze zasobów kadrowych i stanowiłyby podstawę zarządzania tymi zasobami w ujęciu strategicznym. Planowanie zatrudnienia w tych jednostkach odbywało się m.in. na podstawie bieżącego rozpoznawania potrzeb.

### Dobre praktyki

**W Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Szpitalu Zachodnim im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim** w 2017 r., w celu poprawy organizacji pracy i zwiększenia bezpieczeństwa opieki nad pacjentami, utworzono Zespół Wczesnego Reagowania. W jego skład wchodził lekarz anesteziolog oraz pielęgniarka. Zadaniem tego zespołu była m.in. pomoc w leczeniu pacjentów, których stan jest cięższy niż innych chorych na danym oddziale lub gdy intensywność leczenia znacznie przekracza rutynowy poziom opieki w tym oddziale lub gdy nastąpi pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Zespół miał za zadanie pomagać w nadzorze i leczeniu pacjentów przekazanych z Oddziału Intensywnej Terapii na inny oddział szpitalny przez okres 48 godzin, a także formułować zalecenia przekazania pacjenta na inny oddział – zgodnie z jego stanem zdrowia i wymaganym leczeniem. Zgodnie z założeniami, mobilność Zespołu Wczesnego Reagowania, a także jego dostępność dyżurowa, oznaczała większe bezpieczeństwo pacjentów, lepszą komunikację pomiędzy personelem medycznym, krótszy czas wdrożenia modyfikacji leczenia, gdy jest tego wymagana, lepszą koordynację interdyscyplinarnego leczenia chorych, a także skracająca czas i usprawniała udzielanie skoordynowanej fachowej pomocy pacjentom.

### Niedobory personelu medycznego

W 26 spośród 31 skontrolowanych podmiotów leczniczych w okresie objętym kontrolą wystąpiły niedobory personelu medycznego. Trudności w pozyskaniu kadry medycznej skutkowały:

- w przypadku 18 podmiotów leczniczych<sup>136</sup> koniecznością czasowego ograniczenia, a w skrajnych przypadkach zakończenia, działalności oddziałów szpitalnych i/lub poradni;

<sup>135</sup> Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Szpital w Pyskowicach Spółka z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, Szpital Barlinek Spółka z o.o., Szpital w Kamieniu Pomorskim Spółka z o.o.

<sup>136</sup> Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Pałuckie Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Żninie, Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o., 7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku, Szpital w Pyskowicach Spółka z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie, Szpital Barlinek Spółka z o.o., Szpital w Kamieniu Pomorskim Spółka z o.o., Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w przypadku ośmiu podmiotów leczniczych<sup>137</sup> koniecznością ograniczenia liczby łóżek w poszczególnych oddziałach, wynikającą z potrzeby spełnienia wymogów zapewnienia odpowiedniej liczby etatów pielęgniarskich w stosunku do liczby łóżek, określonych w Załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Z uwagi na stosowanie różnych form zatrudnienia personelu (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), jak również różny sposób opracowywania harmonogramów pracy (praca w systemie równoważnym, dyżury medyczne) oraz różny stopień stosowania tzw. *klauzuli opt-out*, w poszczególnych podmiotach leczniczych ustalenie rzeczywistej skali niedoboru personelu było znacznie utrudnione.

### Przykłady

W Szpitalu Barlinek Spółka z o.o. niedobory kadrowe występowały na stanowiskach lekarskich (diabetolog, okulista, endokrynolog, kardiolog, internista, chirurg, pediatra) oraz pielęgniarek i położnych (anestezjologicznych, instrumentariuszek oraz pielęgniarek odcinkowych). Prezes Spółki nie wskazał szacunkowej liczby brakujących osób lub etatów, wyjaśniając ten fakt ciągłą rotacją pracowników. Spowodowane brakami kadrowymi zmniejszenia liczby łóżek dotyczyły oddziałów: od 1 stycznia 2019 r. w Oddziale Chorób Wewnętrznych z 41 na 37 (o pięć łóżek) i w Oddziale Chirurgii Ogólnej z 26 na 21 (o pięć łóżek); od 20 marca 2019 r. w Oddziale Chorób Wewnętrznych z 37 na 30 (o siedem łóżek), w Oddziale Ginekologii i Położnictwa z 29 na 26 (o trzy łóżka).

Wojewoda Zachodniopomorski wyraził zgodę na czasowe zaprzestanie działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne w Oddziale Chorób Wewnętrznych w okresach: od 14 czerwca do 31 lipca 2019 r., od 1 do 5 sierpnia 2019 r., od 22 czerwca do 19 lipca 2022 r. oraz w Oddziale Pediatriczno-Neonatologicznym (na odcinku Pediatria) w okresach od 1 października do 31 grudnia 2019 r., od 1 stycznia do 31 marca 2020 r., od 6 kwietnia do 6 lipca 2020 r. Uchwałą Zarządu Spółki Nr 14/2020 z dnia 15 lipca 2020 r. działalność lecznicza Oddziału na odcinku Pediatria została zlikwidowana. Powodem czasowego zaprzestania działalności obu Oddziałów oraz likwidacji odcinka Pediatрії był brak personelu lekarskiego.

Ponadto z powodu braku personelu, za pisemną zgodą ZOW NFZ:

- w zmniejszonej liczbie godzin udzielano świadczeń zdrowotnych: w Poradni Kardiologicznej w Barlinku w wymiarze pięciu godzin tygodniowo (pismo z 22 marca 2022 r.), w wymiarze sześciu godzin tygodniowo (pismo z 23 czerwca 2022 r.); w Poradni Diabetologicznej, dwukrotnie w tygodniu (pismo z 2 grudnia 2019 r.), dwukrotnie w miesiącu w wymiarze sześciu godzin (pismo z 25 marca, 3 lipca i 16 października 2020 r. oraz 25 stycznia i 2 lipca 2021 r.), zaś działalność Poradni zawieszono za zgodą ZOW NFZ wyrażoną w pismach z 8 marca i 24 czerwca 2022 r.;

<sup>137</sup> Szpital w Pyskowicach Spółka z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Szpital Barlinek Spółka z o.o., Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu. Ponadto w Szpitalu Miejskim im. Franciszka Raszei w Poznaniu zmniejszono liczbę łóżek na oddziałach w celu racjonalizacji zatrudnienia personelu w związku z liczbą hospitalizowanych pacjentów oraz planowanymi remontami sal.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- całkowicie zaprzestano udzielania świadczeń zdrowotnych: w filii Poradni Kardiologicznej w Myśliborzu od 11 lipca 2019 r. (pismo z 18 października 2019 r.); w Poradni Okulistycznej od 1 stycznia do 3 sierpnia 2020 r. oraz od 1 stycznia 2021 r. (pismo z 9 stycznia, 27 marca i 2 lipca 2020 r., 25 stycznia 2021 r. oraz 17 stycznia, 4 kwietnia i 24 czerwca 2022 r.). W okresie od 1 listopada 2021 r. do 31 stycznia 2022 r. Spółka zaprzestała także udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w gminach Myślibórz i Nowogródek Pomorski (działalność wznowiono za zgodą ZOW NFZ wyrażoną w piśmie z 28 stycznia 2022 r.).

Na stronie internetowej Spółki na stałe opublikowane były ogłoszenia o naborze personelu medycznego, na które jednak nikt nie złożył oferty. Próbując pozyskać pracowników Spółka zawarła dwie umowy o świadczenie usług rekrutacyjnych oraz trzy umowy z podmiotami zewnętrznymi o świadczenie usług medycznych. Przedmiotem tych umów było odpowiednio wyszukanie i wyselekcjonowanie kandydata spełniającego wymagania wskazane przez Spółkę oraz zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki, położne i opiekunów medycznych zgodnie z ustalonym harmonogramem.

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie** czasowo ograniczał działalność leczniczą zawieszając funkcjonowanie Oddziału Chorób Wewnętrznych w okresie:

- od 1 lutego do 31 lipca 2020 r. – przerwa w udzielaniu świadczeń spowodowana była modernizacją oddziału w związku ze złym stanem technicznym pomieszczeń skutkującym koniecznością dostosowania warunków do obowiązujących przepisów prawnych;
- od 1 sierpnia do 31 sierpnia 2021 r. – w związku z rozwiązaniem umów cywilno-prawnych przez dwóch lekarzy dotychczas pracujących na oddziale;
- od 1 kwietnia do 30 września 2022 r. – konieczność zawieszenia działalności oddziału spowodowana była problemami kadrowymi związanymi z brakiem lekarzy.

Dyrektor SP ZOZ MSWiA wyjaśniła, że w 2022 r. planowany okres wstrzymania pracy oddziału miał wynosić dwa miesiące. Wycofanie się z deklaracji powrotu do pracy lekarza kierującego Oddziałem nie pozwoliło wznowić pracy Oddziału w planowanym terminie. Kolejny zespół lekarski, pomimo wcześniejszych deklaracji, ostatecznie nie podjął zatrudnienia od lipca 2022 r. W wyniku szeregu następných starań rekrutacyjnych we wrześniu 2022 r. została podpisana umowa z dwójką lekarzy pracujących już wcześniej w Oddziale do lipca 2021 r.

Zawieszenie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych spowodowało zmniejszenie przychodów SP ZOZ MSWiA za ten okres oraz uniemożliwiło opiekę nad pacjentami w formie leczenia szpitalnego na miejscu. Okres zawieszenia wykorzystywano na generalne remonty i modernizację przestrzeni lokalowej tego oddziału. Personel pozostający do dyspozycji SP ZOZ MSWiA przekierowany był celem wzmocnienia zasobów innych komórek organizacyjnych (tj. ZPO, Poradnie, Oddział Chirurgii Jednego Dnia).

Na koniec kolejnych lat 2018–2021 w **Specjalistycznym Szpitalu im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** wystąpiły niedobory kadry medycznej na stanowiskach:

- lekarskich, odpowiednio: 24, 28, 33 i sześć wakatów;
- pielęgniarskich, odpowiednio: 103, 93, 99 i 94 wakaty;
- fizjoterapeutów: pięć wakatów (2019 r.);
- diagnostów laboratoryjnych: pięć wakatów (2020 r.).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Z dniem 1 czerwca 2018 r., z uwagi na utrzymujące się niedobory kadrowe zarówno wśród personelu lekarskiego, jak i pielęgniarskiego, doszło do połączenia Oddziału Chorób Zakaźnych i Oddziału Chorób Wewnętrznych II. Baza łóżkowa nowo powstałego Oddziału Chorób Internistyczno-Infekcyjnych wynosiła 32 łóżka, w tym 16 łóżek z przeznaczeniem na przypadki zakaźne. W związku z tą zmianą przestała funkcjonować Izba Przyjęć B, a wszystkie przyjęcia osób dorosłych w trybie nagłym odbywały się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Od 1 lipca 2019 r., ze względu na braki w kadrze lekarskiej, przestała funkcjonować Poradnia Chorób Zakaźnych i Infekcyjnych. Od 1 sierpnia 2019 r., ze względu na braki kadrowe i problemy finansowe Szpitala przeniesiono Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych do budynku Oddziału Psychiatrycznego, co wiązało się ze zmniejszeniem liczby łóżek w obu oddziałach. Z dniem 30 września 2021 r., z powodu zwolnienia się z pracy kilku lekarzy zatrudnionych w Oddziale Chorób Wewnętrznych I, oddział ten został czasowo zamknięty, a ponowne jego uruchomienie nastąpiło 25 października 2021 r.

W wyniku przeprowadzonych zmian restrukturyzacyjno-organizacyjnych opisanych wyżej, baza łóżkowa Szpitala została zmniejszona z 648 łóżek w 2018 r. do 593 łóżek w 2021 r. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, braki kadrowe wśród personelu lekarskiego i pielęgniarskiego były głównym powodem podejmowania przez dyrekcję Szpitala decyzji o zamknięciu niektórych oddziałów i poradni specjalistycznych, co skutkowało zmniejszeniem dostępności do świadczeń, jak również zmniejszeniem wielkości kontraktu z NFZ.

Poziom zatrudnienia w poszczególnych oddziałach szpitalnych powinien być zgodny z wymogami określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zapisami umów o udzielanie świadczeń, zawartych z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. W toku kontroli szczegółowemu badaniu poddano w każdym podmiocie leczniczym stan zatrudnienia na dwóch oddziałach szpitalnych o najtrudniejszej sytuacji kadrowej<sup>138</sup>. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w siedmiu podmiotach kontrolowanych<sup>139</sup>.

Spełnianie wymogów  
Ministra Zdrowia

### Przykłady

**W 7 Szpitalu Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku**, na Oddziale Okulistycznym nie zapewniono całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia – specjaliści okulistyki lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w okulistyce lub lekarza w trakcie specjalizacji z okulistyki. W szczególności:

- w dniach 10, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 27 i 29 czerwca 2022 r. pełniono jedynie dyżur pod telefonem (tzw. pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń);

<sup>138</sup> Badanie przeprowadzono dla okresów jednego miesiąca z lat: 2019 i 2022 r.

<sup>139</sup> 7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, Szpital w Kamieniu Pomorskim Spółka z o.o., Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie, Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z o.o.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w dniach 10, 17, 20, 23, 27, 29 czerwca 2022 r. zapewniono opiekę ww. lekarzy jedynie w godzinach od 7:00 do 14:35, natomiast potem tj. w godzinach od 14:35 do 7:00 (przez 16 godzin i 25 minut) zapewniono jedynie gotowość do udzielania świadczeń;
- w dniach 16, 18, 19, 25 czerwca 2022 r. zapewniono jedynie gotowość do udzielania świadczeń w godzinach od 7:00 do 7:00 (przez 24 godziny).

Z uwagi na problemy kadrowe (brak trzech lekarzy) oddział nie był w stanie pełnić wszystkich dyżurów w sposób stacjonarny. Celem zachowania całodobowej opieki lekarskiej, część dyżurów pełniona była niestacjonarnie (pod telefonem). W tym czasie lekarz pozostawał w gotowości do udzielania świadczeń i w razie potrzeby był wzywany celem udzielania świadczeń przez personel Izby Przyjęć. W sytuacjach nagłych w Szpitalu obowiązuje procedura OP 2.2 „Postępowanie w przypadku zatrzymania oddychania i krążenia” – na jej podstawie z Oddziału AiIT wzywany jest zespół reanimacyjny.

W Szpitalu zatrudnienie pielęgniarek na Oddziale Otolaryngologicznym było niezgodne z Załącznikiem nr 3 (część Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Część I. Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Zatrudnienie było niższe niż wymagane 14 etatów, tj. w czerwcu 2019 r. wynosiło 11,5 etatu a w czerwcu 2022 r. – 12,1 etatu, nie został zatem spełniony warunek zapewnienia równoważnika co najmniej 0,7 etatu pielęgniarskiego na 1 łóżko.

Pomimo podejmowanych prób: ogłoszeń rekrutacyjnych, współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, a także z Uczelniami kształcącymi pielęgniarki w celu pozyskania pracowników, nie udało się uzupełnić niedoborów. Zainteresowanie było znikome z uwagi na bardzo dużą konkurencję na rynku pracy oraz brak pielęgniarek w regionie. W wyżej wymienionym okresie pacjenci zawsze mieli zapewnioną opiekę pielęgniarską, w razie potrzeby pielęgniarki z innych oddziałów kierowane były do zabezpieczenia ciągłości opieki w oddziale otolaryngologicznym.

**W Szpitalu w Kamieniu Pomorskim Spółce z o.o.** wystąpiły niedobory personelu medycznego, skutkujące trudnościami w zapewnieniu opieki nad pacjentami, skutkiem czego Oddział Pediatryczny nie prowadził działalności leczniczej od dnia zawiązania Spółki. Głównym powodem występowania niedoboru personelu medycznego w Szpitalu na tym Oddziale w okresie od 1 maja 2022 r. do 31 października 2022 r. była niemożność pozyskania specjalistów w dziedzinie pediatrii.

W załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy nr 16-00-06211-21-01/03-08-21-028 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy NFZ, a Spółką (następnie aneksach do niej) wskazywano, jako miejsce udzielania świadczeń m.in. Oddział Pediatryczny wraz z personelem (13 osób) i sprzętem, pomimo że od początku działalności Spółki nie prowadzono działalności leczniczej w zakresie Oddziału Pediatrycznego. Zawarta z NFZ umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w zakresie Oddziału Pediatrycznego, została przeniesiona umową cesji w dniu 1 marca 2021 r.

Wskutek powyższego, w kwietniu 2021 r. w Szpitalu obowiązywały umowy o pracę i cywilnoprawne z personelem medycznym (13 osób), który nie świadczył usług medycznych: cztery osoby w Oddziale Internistycznym (trzech lekarzy i jedna pielęgniarka) oraz osiem osób w Oddziale Pediatrycznym (pięciu lekarzy i trzy pielęgniarki). Analogicznie w kwietniu 2022 r. były to: cztery osoby w Oddziale Internistycznym (trzech lekarzy i jedna pielęgniarka) oraz dziewięć osób w Oddziale Pediatrycznym (sześciu lekarzy i trzy pielęgniarki).

Problemy kadrowe oraz rotacja personelu przekładały się również na zgodność zgłoszonych do OW NFZ harmonogramów pracy personelu ze stanem faktycznym. Zgodnie z brzmieniem § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>140</sup>, zmiany w harmonogramie dotyczące osób wykonujących zawody medyczne, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. W okresie trwania epidemii lub stanu epidemicznego zawieszono stosowanie wymogu bieżącego zgłaszania zmian harmonogramów, stosownie do § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>141</sup>. W wyniku szczegółowego badania ustalono, że faktyczny stan zatrudnienia odpowiadał liczbie lekarzy i pielęgniarek zgłoszonych do NFZ, wykazanej w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy w przypadku 63,8% zbadanych oddziałów szpitalnych w 2019 r. oraz w 53,2% w 2022 r.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, o których mowa w art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>142</sup>, nie zostały ustalone przez kierowników pięciu kontrolowanych podmiotów niebędących przedsiębiorcą<sup>143</sup>. W podmiotach tych stosowano jedynie wymogi dotyczące zapewnienia liczby etatów pielęgniarskich w przeliczeniu na 1 łóżko, wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, o których mowa wyżej.

### Przykład

W Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu nie zachowano najwyżej trzyletniego okresu pomiędzy ustalaniem norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynikającego § 7 rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. W Szpitalu obowiązywały normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ustalone w 2018 r. przez ówczesnego Dyrektora Szpitala, na podstawie ustnego zatwierdzenia danych przedłożonych mu 10 grudnia 2018 r. przez Przełożonego Pielęgniarek i Położnych. Dyrektor Szpitala przyznał, że kolejne wyliczenie norm powinno nastąpić w 2021 r. Jednakże w jego ocenie podjęcie tego działania nie było nicelowe z uwagi na epidemię COVID, która w istotny sposób zmieniła organizację pracy większości oddziałów, w tym Oddziału Chorób Wewnętrznych pracującego w tym okresie na zdecydowanie większej liczbie łóżek. Duża absencja chorobowa wśród personelu wymuszała oddelegowanie kolejnych osób do pracy na tzw. oddziale covidowym, co uniemożliwiało określenie wiarygodnych norm na kolejne trzy lata. Przyjęto, że kolejna analiza zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostanie wykonana dopiero po zakończeniu pandemii, na podstawie danych za II półrocze 2022 r., a nowe normy zatrudnienia zostaną wprowadzone na przełomie roku 2022/2023.

<sup>140</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm.

<sup>141</sup> Dz. U. poz. 696.

<sup>142</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 1545.

<sup>143</sup> Szpital Powiatowy w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce, Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie.

### Rekrutacja personelu medycznego

W kontrolowanych podmiotach leczniczych personel medyczny zatrudniany był na podstawie:

- umowy o pracę – zasady zawierania oraz rozwiązywania umów o pracę zostały określone w rozdziale II *Kodeksu pracy* (art. 25–67), rekrutacja prowadzona głównie na podstawie regulacji wewnętrznych kontrolowanego podmiotu (o ile zostały określone);
- umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. kontrakt cywilnoprawny) – zamówienie udzielone z uwzględnieniem przepisów art. 26–27 ustawy o *działalności leczniczej*,
- umowy zlecenia – zamówienie udzielone z uwzględnieniem przepisów rozdziału XXI *Kodeksu cywilnego* (art. 734–751) oraz ustawy z dnia 11 września 2019 r. *Prawo zamówień publicznych*<sup>144</sup>.

Szczegółową kontrolą objęto procesy rekrutacji personelu medycznego zatrudnianego na podstawie umowy o pracę. Jak ustalono, w kontrolowanych szpitalach znacząco utrudnione było zachowanie podstawowych celów procesu rekrutacji pracowników, tj.: zgromadzenie jak największej liczby kandydatów do pracy, zgromadzenie wiedzy o nich oraz jej weryfikacja, a zwłaszcza zapewnienie skuteczności procesu rekrutacji. Podstawowym problemem był brak zgłoszeń w odpowiedzi na publikowane oferty pracy.

#### Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Szpitalu Zachodnim im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim** przeprowadzono następujące postępowania rekrutacyjne na umowę o pracę:

- w 2018 r. 41 postępowań na łącznie 413 stanowisk, w wyniku których zatrudniono 42 osoby, bez rozstrzygnięcia zakończyło się 13 postępowań;
- w 2019 r. 25 postępowań na łącznie 205 stanowisk, w wyniku których zatrudniono 23 osoby, bez rozstrzygnięcia zakończyło się 10 postępowań;
- w 2020 r. 21 postępowań na łącznie 160 stanowisk, w wyniku których zatrudniono 18 osób, bez rozstrzygnięcia zakończyło się 10 postępowań;
- w 2021 r. 17 postępowań na 162 stanowiska, w wyniku których zatrudniono 28 osób.

W 10 przeanalizowanych postępowaniach rekrutacyjnych dotyczących zatrudnienia na umowę o pracę (cztery postępowania zakończone zatrudnieniem i pięć bez rozstrzygnięć) oraz jednym poprzedzającym zawarcie umowy cywilnej (zakończony podpisaniem umowy) nie stwierdzono nieprawidłowości w przebiegu rekrutacji na umowę o pracę. Ze względu na uwarunkowania na rynku pracy w Szpitalu funkcjonuje uproszczony proces rekrutacyjny. Nie sporządza się dodatkowej dokumentacji z poszczególnych czynności rekrutacyjnych, takich jak np.: analiza dokumentacji, rozmowa kwalifikacyjna. W wyniku pięciu postępowań objętych kontrolą zatrudniono: trzy pielęgniarki na 26 poszukiwanych osób (rekrutacja przeprowadzona w kwietniu 2018 r.); dwóch lekarzy na 14 poszukiwanych osób (październik 2019 r.); jedną położną na jedno ogłoszone stanowisko (sierpień 2020 r.) oraz jednego lekarza na 14 poszukiwanych osób (październik 2021 r.).

W **Szpitalu Barlinek Spółce z o.o.** nie obowiązywały regulacje wewnętrzne dotyczące procesu rekrutacji na stanowiska medyczne. Za przeprowadzanie poszczególnych etapów rekrutacji odpowiedzialnymi osobami byli: Prezes i Dyrektor ds. Lecznictwa przy zatrudnieniu lekarzy oraz Naczelna Pielęgniarka przy zatrudnieniu pielęgniarek i położnych.

<sup>144</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1710, ze zm.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W latach 2018–2021 Spółka przeprowadziła 17 postępowań rekrutacyjnych na zatrudnienie personelu medycznego, z tego osiem dla lekarzy, siedem dla pielęgniarek i położnych oraz dwa dla pozostałych grup zawodowych. Ogłoszenia o rekrutacji były zamieszczane przez Kierownika Działu Medyczno-Organizacyjnego na stronie internetowej Spółki, w serwisie społecznościowym, w piśmie specjalistycznym „Gazeta Lekarska”, w biuletynie VOX MEDICI oraz w formie zgłoszeń do Okręgowych Izb Lekarskich w Szczecinie i w Gorzowie Wielkopolskim oraz w Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych.

Postępowania rekrutacyjne na zatrudnienie: lekarza chorób wewnętrznych, lekarza na stanowisku ordynatora oddziału chirurgicznego – koordynatora, lekarza pediatrę lub neonatologa, lekarza radiologa, lekarzy do obsługi dyżurów w Opiece Nocnej i Świątecznej były nieskuteczne, gdyż na ogłoszenia o naborze nie wpłynęły żadne oferty. Ogłoszenia o naborze lekarzy zawierały adnotację o negocjacji warunków pracy i płacy, nie zawierały stawianych wymogów wobec kandydatów. W przypadku naboru na stanowisko lekarza chorób wewnętrznych Spółka w ogłoszeniu wskazała dodatkowo, że zapewniała mieszkanie służbowe.

Do działań mających na celu zwiększenie zainteresowania podjęciem zatrudnienia przez lekarzy i pielęgniarki w kontrolowanych podmiotach należały w szczególności:

- ogłoszenia o wakatach udostępniane na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych;
- ogłoszenia w prasie lokalnej, pismach branżowych izb lekarskich i pielęgniarskich, w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych oraz na portalach medycznych;
- współpraca z urzędami pracy, branżowymi izbami, uczelniami wyższymi prowadzącymi kształcenie na kierunkach medycznych i szkołami średnimi;
- prowadzenie praktyk studenckich dla poszczególnych zawodów medycznych (lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, dietetyków), a także staży podyplomowych i szkoleń specjalizacyjnych;
- kontakty osobiste z potencjalnymi kandydatami do pracy;
- angażowanie podmiotów zewnętrznych zajmujących się rekrutacją.

### Przykłady

Dyrektor **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie** wyjaśniła, że: „(...) Z naszych doświadczeń wynika, że ogłoszenie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, aby postępowanie rekrutacyjne było skuteczne, tj. nastąpił wpływ dokumentów ofertowych, musi zostać poprzedzone pracą przygotowawczą mającą na celu nakłonienie potencjalnych kandydatów do wykonania dodatkowego wysiłku administracyjnego w formie wypełnienia formularza ofertowego i skompletowania kompletu dokumentów aplikacyjnych. Kadra medyczna świadoma dziś swojej wyjątkowo korzystnej sytuacji na rynku pracy bardzo rzadko przychylnie podchodzi do zbędnych w ich opinii formalności „papierowych”. Samo ogłoszenie konkursu ofert nie stanowi zatem w dzisiejszych realiach żadnego wyznacznika skutecznie prowadzonego postępowania rekrutacyjnego personelu medycznego. W maju 2022 r., kiedy trwały jeszcze rozmowy z dotychczasową szefową Oddziału Chorób Wewnętrznych o powrocie do pracy, nie został taki konkurs ogłoszony z uwagi na wcześniejszą deklarację Pani Doktor o powrocie pod warunkiem zatrudnienia dodatkowego lekarza. Niestety kiedy w ostatnich dniach maja br. pomimo pozyskania nowego lekarza, Pani Doktor

(...) odmówiła dalszego prowadzenia Oddziału i pracy w Oddziale. Okazało się, że jedynym możliwym wyjściem z sytuacji jest dalsze zawieszenie pracy oddziału i rozpoczęcie pracy od podstaw w celu zorganizowania nowej kadry lekarskiej prowadzącej oddział. Konkurs został ogłoszony w lipcu 2022 r. w wyniku rozmów rekrutacyjnych zachęcających nowy personel medyczny do podjęcia pracy w oddziale. Pomimo to w konkursie nie zostały złożone żadne oferty, a lekarze zainteresowani pracą wyrazili swój akces ostatecznie tylko ustnie pod warunkiem spełnienia przez nas określonych warunków (niemożliwych do spełnienia w warunkach publicznego podmiotu leczniczego). Oddział Chorób Wewnętrznych pomimo wydawało się pełnej gotowości nie rozpoczął pracy od sierpnia 2022 r. Ostatnie dwa miesiące zawieszenia (sierpień–wrzesień 2022 r.) pracy oddziału to kolejny nowy proces rekrutacyjny, tym razem zakończony zawarciem umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chorób Wewnętrznych. W tym przypadku ogłoszony 26 sierpnia 2022 r. nabór skutkowało złożeniem dwóch ofert i zawarciem umów cywilno-prawnych z dwoma lekarzami, w tym z nowym lekarzem kierującym oddziałem”.

W ramach istniejącej procedury naboru nowych pracowników w **Szpitalu Powiatowym w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego** przyjęto zasadę, że kierownik oddziału szpitalnego lub komórki organizacyjnej zgłasza wniosek o zatrudnienie nowego pracownika wraz z opisem stanowiska, zakresem obowiązków oraz wymaganiami. Następnie potencjalnych kandydatów poszukuje się w bazie wcześniej przesłanych ofert. W przypadku braku odpowiednich kandydatów w bazie Szpitala zamieszcza się ogłoszenia w prasie lub Internecie. Dyrektor wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą Szpital poszukiwał personelu medycznego poprzez publikowanie ogłoszeń na portalach internetowych oraz w branżowej prasie lekarskiej w sposób ciągły. Szpital nie prowadzi postępowań rekrutacyjnych wzorowanych na tych, które przeprowadza się w urzędach i innych instytucjach publicznych, a rekrutacja personelu medycznego (w szczególności lekarzy) odbywa się głównie w oparciu o bezpośrednie kontakty personelu kierowniczego Szpitala.

### Rozwój zawodowy personelu medycznego

W toku kontroli za stan pożądanym uznano opracowanie przez kierownictwo podmiotu leczniczego programu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, zawierającego informacje dotyczące potrzeb edukacyjnych wszystkich grup zawodowych, niezbędnych dla realizacji określonej przez szpital strategii oraz corocznego planu szkoleń. Plan powinien obejmować regularnie realizowane szkolenia wewnętrzne dla wszystkich grup zawodowych, a także szkolenia zewnętrzne. W przypadkach, gdy jednostka planowała środki finansowe z przeznaczeniem na szkolenia, jest wskazane sporządzanie rocznego planu (harmonogramu) szkoleń w celu zapewnienia racjonalnego wykorzystania środków.

Zgodnie ze standardem kontroli zarządczej<sup>145</sup>: *A Środowisko wewnętrzne*, pkt 2 *Kompetencje zawodowe*, należy zapewnić rozwój kompetencji zawodowych pracowników jednostki i osób zarządzających. Ponadto przedstawiciele poszczególnych zawodów medycznych mają prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, i tak:

- zgodnie z art. 61 ust. 1 ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej*, pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego;
- zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego.

<sup>145</sup> Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Z ustaleń kontroli wynika, że, co do zasady, w kontrolowanych podmiotach nie funkcjonowały sformalizowane programy podnoszenia kwalifikacji zawodowych, a szkolenia były realizowane na podstawie rocznych planów szkoleń ogólnozakładowych i wewnątrzoddziałowych, obejmujących szkolenia specjalistyczne związane ze specyfiką udzielanych świadczeń medycznych w danej komórce organizacyjnej.

### Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA im. Mariana Zyndrama-Kościółkowskiego w Białymstoku** nie opracowano program podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala – programy szkoleń zawodowych podyplomowych dla lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, psychoterapeutów są ściśle związane z kierunkiem ich specjalizacji, a te są zatwierdzane przez Ministra Zdrowia – nie zachodziła zatem potrzeba tworzenia dodatkowych opisów dla tych grup zawodowych. Z kolei realizowane w Szpitalu szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne odbywały się zgodnie z planami cząstkowymi na dany rok.

W okresie objętym kontrolą pracownicy **Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Spółce z o.o.** mieli możliwość rozwoju swoich kwalifikacji zawodowych na poziomie studiów pierwszego i drugiego stopnia, studiów podyplomowych, specjalizacji oraz kursów kwalifikacyjnych, a także w ramach szkoleń wewnętrznych o tematyce wynikającej z oceny bieżących potrzeb, w tym związanych m.in. z sytuacją epidemiologiczną, czy modernizacją i restrukturyzacją Szpitala. W latach 2018–2021 swoje kwalifikacje zawodowe doskonaliło w ramach:

- studiów pierwszego i drugiego stopnia, odpowiednio: dwóch, jeden, pięciu i ośmiu pracowników personelu medycznego Szpitala;
- studiów podyplomowych: po jednej osobie w latach 2018 i 2019;
- specjalizacji: jedna, 10, dwie i 11 osób;
- kursów kwalifikacyjnych: dwie osoby w 2020 r. i cztery w 2021 r.

Ponadto w ww. latach w Szpitalu przeprowadzono odpowiednio: 50, 25, 39 i 39 szkoleń wewnętrznych dla personelu medycznego (łącznie 153), dotyczących m.in.: procedur epidemiologicznych, zasad stosowania przymusu bezpośredniego, gospodarki krwią i jej składnikami, higieny rąk, pobierania krwi w systemie aspiracyjno-próżniowym, prowadzenia dokumentacji medycznej, praw pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej, obsługi sprzętu medycznego, organizacji czasu pracy w Szpitalu w okresie epidemii COVID-19, przetaczania krwi i środków krwiopochodnych, wypalenia zawodowego i innych. Koszty tych szkoleń w latach 2019–2022 (do 30 czerwca) wynosiły odpowiednio: 14,8 tys. zł, 10,8 tys. zł, 25,9 tys. zł i 17,6 tys. zł.

W **Szpitalu Miejskim sp. z o.o. w Zabrze** nie funkcjonował sformalizowany program podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Pracownicy Szpitala uczestniczyli w szkoleniach zewnętrznych, jednak były one przeważnie związane z realizowanymi specjalizacjami lekarskimi oraz specjalizacjami i kursami kwalifikacyjnymi, o których mowa w art. 67 i 71 ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej*, w tym obowiązkowymi szkoleniami (podstawowymi i uzupełniającymi) dla pielęgniarek i położnych w zakresie zasad krwiodawstwa i krwiolęcznictwa, uprawniającymi do przetaczania krwi i jej składników.

Ścieżka rozwoju zawodowego pracowników Szpitala, nie została również określona w sformalizowanym dokumencie. W praktyce wyglądała następująco (wybrane przykłady):

- Oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii onkologicznej i leczenia chorób piersi: pracownica rozpoczęła pracę na stanowisku opiekuna medycznego – następnie ukończyła studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo;

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

pracownik rozpoczynał pracę na stanowisku ratownika medycznego – następnie ukończył studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo; pielęgniarka ukończyła kurs endoskopii dla pielęgniarek i została zatrudniona w pracowni endoskopii; początkujący lekarz stażysta, został zatrudniony jako młodszy, a następnie starszy asystent na umowie kontraktowej; lekarz stażysta awansowała na młodszego asystenta, po czym została zatrudniona na stanowisku rezydent;

- Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej: pracownica rozpoczynała pracę na stanowisku opiekuna medycznego, następnie zatrudniona na stanowisku pielęgniarka; opiekun medyczny, następnie zatrudniony na stanowisku pielęgniarza; pielęgniarka po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ochrony zdrowia pracujących, została awansowana do poradni medycyny pracy; początkujący lekarz stażysta, później młodszy asystent, finalnie został zatrudniony na stanowisku rezydent; lekarz stażysta rozpoczynający pracę, po uzupełnieniu wykształcenia i stażu został zatrudniony jako starszy asystent na umowie kontraktowej i w trakcie zatrudnienia w Szpitalu uzyskał stopień doktora.

Kontrolowane podmioty lecznicze w latach 2018–2022 (I półrocze) wydatkowały na szkolenia pracowników łącznie 7692,42 tys. zł, co stanowiło 0,10% kosztów wynagrodzeń z tytułu umów o pracę, umów zlecenia, umów o dzieło oraz pozostałych umów cywilnoprawnych, podwykonawstwa medycznego (dyżury) oraz składek na ubezpieczenie społeczne (7 913 313,51 tys. zł).

### Adaptacja nowo zatrudnionych pracowników

Do podstawowych celów tworzenia programów adaptacji zawodowej należy zapewnienie nowym pracownikom informacji o funkcjonowaniu szpitala oraz przeszkolenie ich z zakresu specyfiki pracy na zajmowanym przez nich stanowisku pracy. Adaptacja obejmuje także: wprowadzenie w misję, zakres procedur szpitala i oferowanych świadczeń, zapoznanie z zakresem odpowiedzialności i uprawnień, zapoznanie z programem poprawy jakości, zapoznanie z topografią szpitala, zapoznanie z systemem oceniania i nagradzania personelu, opanowanie procedur postępowania w przypadkach zdarzeń mnogich masowych i katastrof, zaznajomienie z wytycznymi ochrony i bezpieczeństwa osobistego. Programy adaptacji zawodowej (sformalizowane lub „zwyczajowe”) były stosowane w 22 spośród 31 skontrolowanych podmiotów<sup>146</sup>. Obejmowały one m.in. wprowadzenie w środowisko pracy, niezbędne szkolenia (BHP, RODO) oraz praktyczne przystosowanie (zapoznanie z zespołem, obowiązującymi procedurami, miejscem pracy itp.). Adaptacja zazwyczaj kończyła się oceną przebiegu przystosowania do pracy na danym stanowisku.

<sup>146</sup> Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. Mariana Zyndramy-Kościółkowskiego w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Szpital Miejski sp. z o.o. w Zabrzu, Szpital w Pyskowicach Spółka z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Szpital Powiatowy w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego, Uniwersytecki Szpital Dzieciątka w Krakowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie, Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie, 7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce.

### Przykład

W **Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Szpitalu Zachodnim im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim**, zgodnie z obowiązującym Standardem, okres adaptacji nowego pracownika w Szpitalu trwał trzy miesiące (długość okresu adaptacji mogła być dostosowana do czasu trwania umowy wstępnej lub pierwszej umowy okresowej, na podstawie decyzji kierownika komórki organizacyjnej). Proces adaptacji składał się z dwóch części: wstępnej i właściwej. Część wstępna trwała minimum dwa tygodnie i obejmowała: poznanie współpracowników, poznanie organizacji szpitala, ogólne zapoznanie się z obowiązującym w Szpitalu systemem regulaminów, procedur i standardów, a także szkolenie na stanowisku pracy. Osobą odpowiedzialną za jej przygotowanie, przeprowadzenie i ocenę był bezpośredni przełożony. Część właściwa trwała dłużej niż trzy miesiące, a osobą odpowiedzialną za jej przygotowanie, przeprowadzenie i ocenę był opiekun adaptacyjny. Opiekuna wyznaczał bezpośredni przełożony. Część właściwa obejmowała: poznanie regulaminów, procedur i standardów obowiązujących na stanowisku pracy, poznanie praw i obowiązków wynikających z zajmowanego stanowiska, poznanie zadań zawodowych oraz wdrożenie w organizację pracy obowiązującą na stanowisku. Proces adaptacji kończył się wystawieniem oceny ogólnej osoby nowo zatrudnionej. Proces adaptacji dokumentowany był za pomocą karty adaptacji nowego pracownika.

Wśród czynników niezwiązanych z organizacją systemu opieki zdrowia, ale jednocześnie mających istotny wpływ na niewystarczającą podaż zasobów kadrowych, można wymienić: niską kulturę współpracy, występowanie konfliktów i słabą koordynację. Znaczenie czynników związanych z przyjaznym środowiskiem pracy podnosi się w analizach i rekomendacjach dotyczących pozafinansowych bodźców zachęcających do pracy w zawodzie medycznym<sup>147</sup>.

### System motywacyjny

Za stan oczekiwany przyjęto wdrożenie w kontrolowanym podmiocie systemu motywacyjnego, który by zachęcał do korzystnych zachowań oraz zniechęcał do negatywnych działań. Brak takiego systemu powoduje ograniczenie aktywności w pracy, gdyż nie ma jakiegokolwiek zachęty czy motywacji, a głównym celem pracownika staje się tylko terminowe pobieranie pensji. Jednakże przyjęte w objętych kontrolą podmiotach leczniczych systemy motywacyjne ograniczały się przede wszystkim do możliwości uzyskania dodatków do wynagrodzenia i nagród motywacyjnych. Jednakże, w związku z trudną sytuacją finansową szpitali, korzystano z tych narzędzi w ograniczonym zakresie.

### Przykład

System motywacyjny w **Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Spółce z o.o.** oparty był na:

- premiowaniu za dodatkowe czynności i obciążenie pracą osób zastępujących kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala podczas ich nieobecności;
- przyznawaniu premii za wykonywanie, poza podstawowym zakresem czynności, zadań powstałych w wyniku szczególnych okoliczności;

<sup>147</sup> Stanisława Golinowska, *Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania*, Polityka Społeczna nr 7/2008.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- zawieraniu umów o pracę i umów cywilnoprawnych na czas nieokreślony po zastosowaniu wstępnego okresu pracy i dokonaniu oceny jakości pracy. W przypadku umów cywilnoprawnych przedłużane są również okresy wypowiedzenia i wprowadzane płatne przerwy w wykonywaniu świadczeń medycznych;
- zapewnieniu sprzętu medycznego o wysokim standardzie, używanego do pracy z pacjentem oraz bezpiecznych i higienicznych warunków w miejscu pracy;
- stosowaniu przez kierownictwo Spółki modelu pracy polegającego na przekazywaniu uznania pracownikom za wykonywaną pracę, tworzeniu atmosfery w której mogą rozwijać indywidualne zdolności podczas wykonywania czynności zawodowych i pracy z pacjentem, budowaniu właściwych stosunków międzyludzkich.

**W 7 Szpitalu Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku** obowiązywał czasowo-premiowy system wynagradzania. W regulacjach wewnętrznych wskazano, że na system motywacyjny pracowników składa się wiele czynników, zarówno finansowych, jak i potrzeby osiągnięć, odpowiedzialności i rozwoju własnej kariery. Wynagrodzenie jest trwałym mechanizmem motywującym pracowników do wzrostu jakości i efektywności świadczonej pracy. Łączy się także z motywacją do uzyskiwania wyższych kwalifikacji zawodowych i związanym z tym awansem i uzyskaniem wyższego wynagrodzenia. Według Regulaminu wynagradzania, oprócz wynagrodzenia zasadniczego pracownikowi mogły przysługiwać: dodatek funkcyjny, rekompensata/dodatek za pracę w porze nocnej i święta, wynagrodzenie za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, dodatek za godziny nadliczbowe, dodatek za wysługę lat, dodatek za tytuł/stopień naukowy, kwartalna premia uznaniowa oraz dodatek kwotowy.

Kwartalna premia uznaniowa przyznawana była w zależności od możliwości finansowych Szpitala. Miała charakter uznaniowy i motywacyjny a jej wysokość była uzależniona od oceny pracy przez przełożonego. O jej wysokości i przyznaniu decydował każdorazowo Komendant i nie mogła przewyższać 20% wynagrodzenia przysługującego pracownikowi. Dodatek kwotowy przysługiwał pracownikowi z tytułu okresowego zwiększenia obowiązków służbowych lub powierzenia dodatkowych zadań. Jego kwotę każdorazowo określał Komendant po zasięgnięciu opinii Głównego Księgowego.

W okresie objętym kontrolą 56 lekarzy specjalistów złożyło zobowiązania wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej, u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ, o których mowa w art. 5 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*. Komendant wyjaśnił, że w Szpitalu nie stosowano narzędzi lojalnościowych, zakładających dodatkową gratyfikację dla pracowników w zamian za stałe związanie się z placówką. Wyjaśnił, że miał wiedzę o umowach zawartych przez personel medyczny 7 Szpitala MW w zakresie w jakim wynika to z regulacji ustawowych, tj. w stosunku do żołnierzy zawodowych, którzy są zobowiązani do uzyskiwania zgody Komendanta na pracę w innych placówkach. Z uwagi na brak analogicznych przepisów prawa w stosunku do personelu cywilnego kwestia ta nie była nadzorowana przez Komendanta.

Według Regulaminu wynagradzania pracowników **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach** w Szpitalu powinien być tworzony fundusz premiowy w wysokości 0,5% uposażeń zasadniczych pracowników na dany rok, przeznaczony na premie zadaniowe dla pracowników za wykonywanie przez nich określonych zadań: wykraczających poza zakres obowiązków, dodatkowych bądź zadań doraźnych w sytuacjach

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

awaryjnych, przysparzających zakładowi oszczędności, dodatkowych dochodów lub prowadzących do istotnych usprawnień organizacyjnych w funkcjonowaniu zakładu. Jak wyjaśnił Dyrektor SP ZOZ, w badanym okresie fundusz premii nie był tworzony i zaznaczył, że z inicjatywą wznowienia działalności funduszu premiowego nie wychodziły organizacje związkowe.

W kontrolowanych podmiotach, nie stosowano rozwiązań lojalnościowych przewidujących dodatkową gratyfikację dla pracowników medycznych w zamian za stałe związanie się z daną placówką<sup>148</sup>. Kierownicy podmiotów wyjaśniali, że ze względu na braki kadrowe pracownicy Spółki zawierają umowy również w innych placówkach i nie ma możliwości stosowania takich rozwiązań. Zdaniem kierowników podmiotów leczniczych, jest to zjawisko bardzo często występujące, warunkujące ciągłość opieki medycznej w ochronie zdrowia. Dotyczy ono wielu grup zawodowych: lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, opiekunów medycznych.

W toku kontroli przeprowadzono badanie ankietowe (pytania zamknięte) wśród pracowników medycznych dwóch największych oddziałów oraz jednej poradni poszczególnych podmiotów leczniczych. Zwrotnie otrzymano 1860 ankiet (8,7% pracowników kontrolowanych podmiotów).

Wyniki badania  
ankietowego  
pracowników

Skuteczność systemu motywacyjnego 46,0% osób oceniło jako słabą, 34,0% osób jako średnią, 14,6 jako odpowiednią. Jako czynniki najbardziej demotywujące w pracy (można było zaznaczyć kilka odpowiedzi): 51,8% ankietowanych wskazało dużą odpowiedzialność i codzienny stres, 37,9% niski poziom wynagrodzenia, 28,5% złą komunikację między osobami, komórkami organizacyjnymi, 24,4% niezorganizowanie.

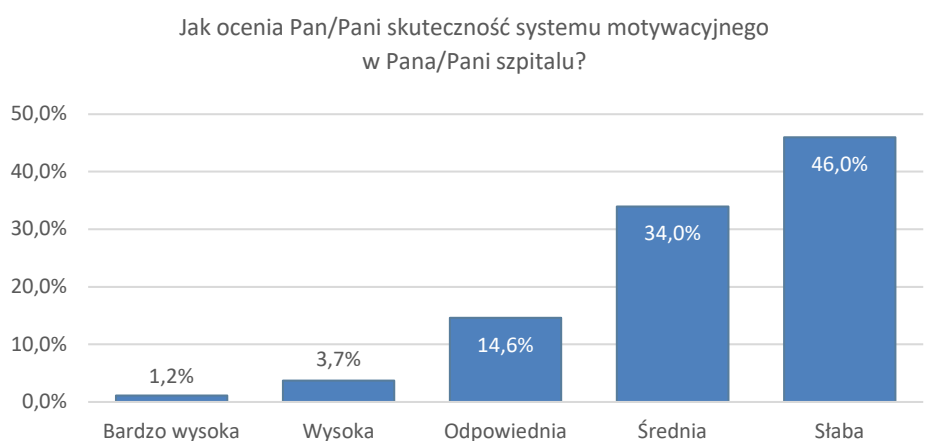
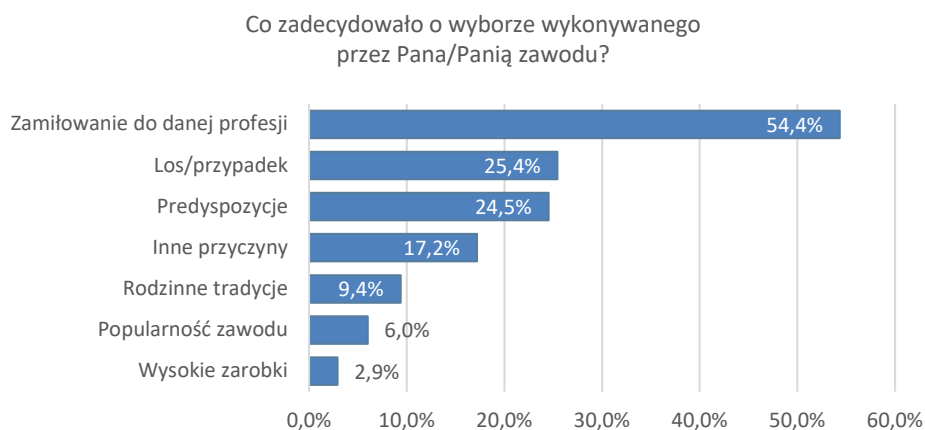
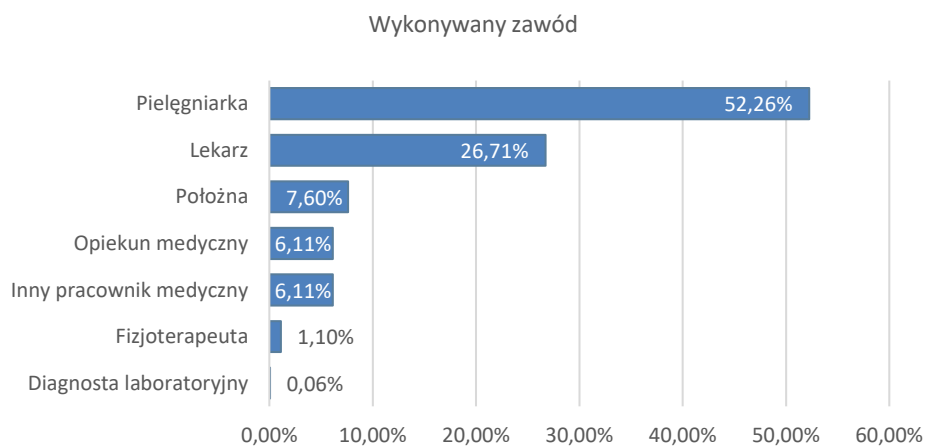
Z wysokości aktualnie otrzymywanego wynagrodzenia zdecydowanie niezadowolonych było 29,5% osób, 31,9% osób – raczej nie, 24,3 osób – raczej tak, 3,2% – zdecydowanie tak (10,7% osób odpowiedziało, że trudno powiedzieć). Odpowiadając na pytanie, od czego powinna zależeć wysokość wynagrodzenia w jej/jego grupie zawodowej (można było wskazać kilka czynników), 54,1% osób wskazało na staż pracownika, zaś 51,4% – na zakres obowiązków, 49,4% na wykształcenie, 45,3% na dużą odpowiedzialność.

Ankietowani najczęściej wskazywali, że na ich zadowolenie z pracy wpływa satysfakcja z wykonywanego zawodu (57,3%), wdzięczność pacjentów (56,8%) oraz dobre relacje z przełożonymi i współpracownikami (41,4%). Wskazując na elementy i zachowania, które najlepiej wpływają na podwyższenie ich motywacji, większość ankietowanych najczęściej wybierała odpowiedzi: wysokość wynagrodzenia (57,7%), w tym premia i nagroda (30,1%), atmosfera w miejscu pracy (52,5%) oraz sprawiedliwe traktowanie wszystkich pracowników (29,5%).

<sup>148</sup> Poza możliwością podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów w zamian za zobowiązanie się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ, na mocy art. 4 i 5 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532, ze zm.). W planie finansowym NFZ zostały zagwarantowane środki finansowe na okres od 1 stycznia 2018 r. do 1 lipca 2021 r., z przeznaczeniem na podwyżkę wynagrodzeń zasadniczych do wysokości 6750 zł brutto miesięcznie w przeliczeniu na pełny etat dla lekarzy i lekarzy dentyków posiadających specjalizację.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

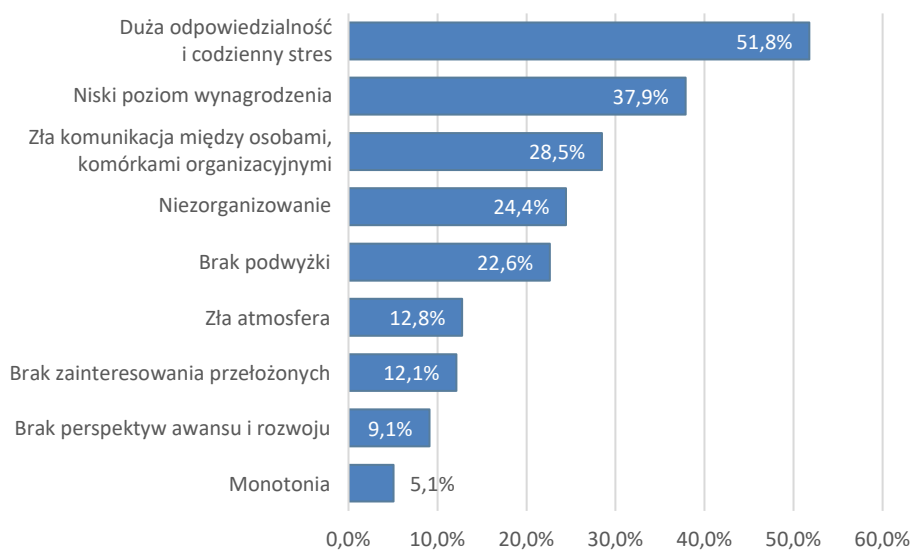
Wykres nr 2  
Wyniki badania ankietowego personelu medycznego



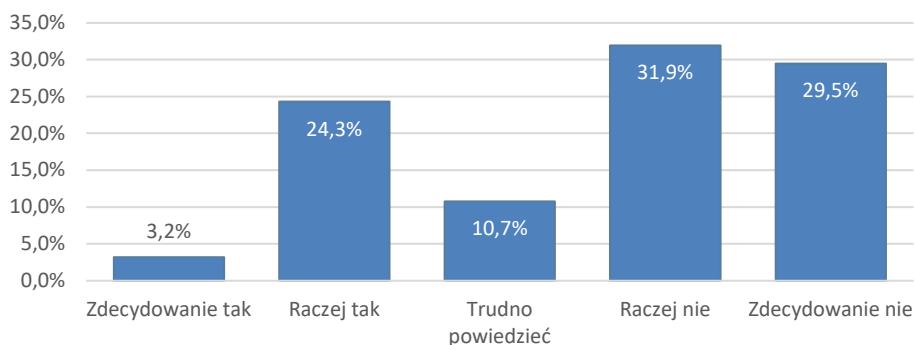


## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

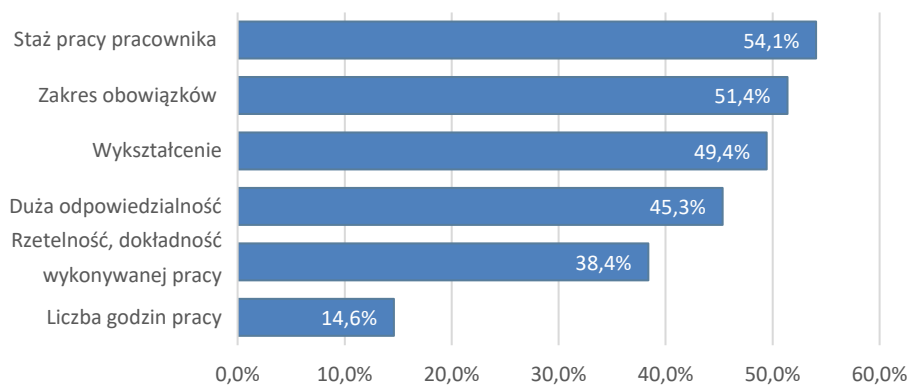
Co Pana/Panią najbardziej demotywuje w pracy?



Czy jest Pani/Pan zadowolony z wysokości aktualnie otrzymywanego wynagrodzenia?

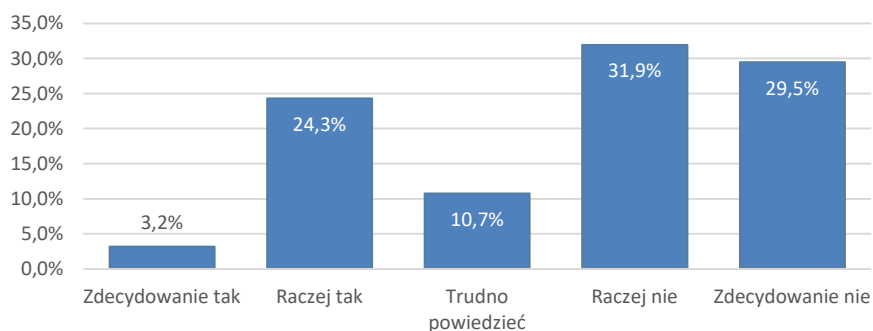


Od czego powinna zależeć wysokość wynagrodzenia w Pana/Pani grupie zawodowej?

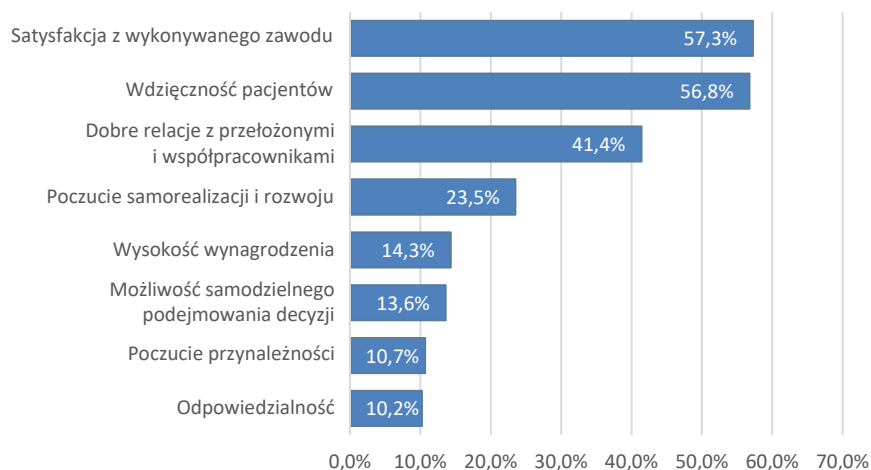


## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

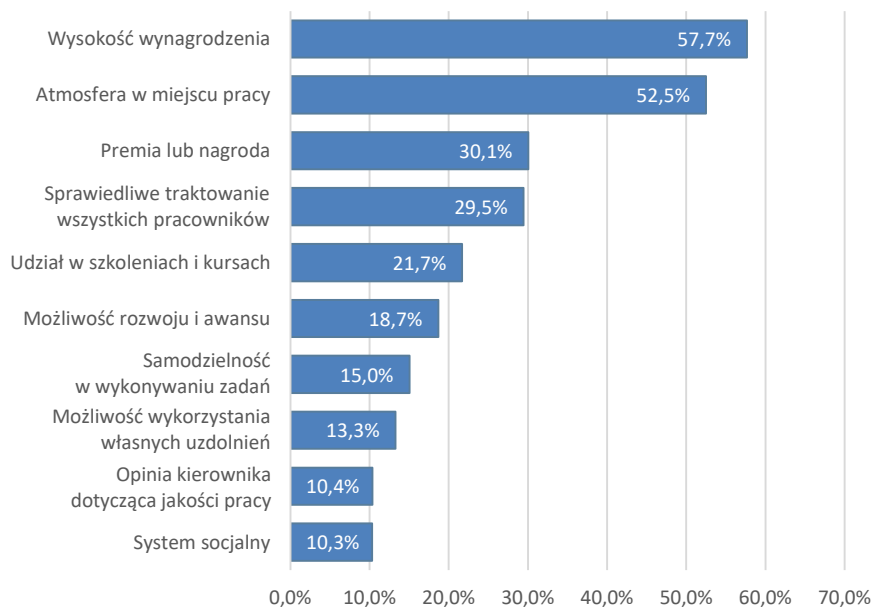
Czy jest Pani/Pan zadowolony z wysokości aktualnie otrzymywanego wynagrodzenia?



Co najbardziej wpływa na Pana/Pani zadowolenie z wykonywanej pracy?



Jakie elementy i zachowania najlepiej wpływają na podwyższenie Pana/Pani motywacji?



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych ankietowych uzyskanych w toku kontroli.

### 5.3.2. Organizacja i warunki pracy personelu medycznego

Jak wskazują wyniki niniejszej kontroli, istotnym problemem jest łączenie etatu z dyżurami wykonywanymi na podstawie udzielonego zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym samym podmiocie leczniczym, udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podmiot leczniczy może zobowiązać swoich pracowników do pełnienia dyżurów na podstawie art. 95 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, przy wykorzystaniu pracy w wymiarze do 48h tygodniowo (a w przypadku podpisania klauzuli *opt-out* – powyżej tego limitu), lub też ogłosić konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich. W ustawie o działalności leczniczej nie ma przepisów, które by z góry pozbawiały pracowników podmiotu leczniczego możliwości wzięcia udziału w takim konkursie i w razie jego wygrania zawarcia umowy.

Łączenie zatrudnienia na podstawie wielu umów

Charakter umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 26 ustawy o działalności leczniczej, wyklucza zakwalifikowanie jej wykonawcy jako pracownika, na podstawie art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>149</sup>. Przepis ten rozszerza – dla celów ubezpieczeń społecznych – pojęcie pracownika na osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło, jeżeli ta osoba zawarła umowę z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy. Umowa o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne, o której mowa w art. 26 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z utrwalonym w orzecznictwie poglądem, jest pozako-deksową umową nazwaną, do której nie stosuje się przepisów o zleceniu.

Jednakże Sąd Najwyższy, orzekając w sprawach dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne, uważa zawieranie takich umów przez podmiot leczniczy z zatrudnionym przez siebie lekarzem za niedopuszczalne<sup>150</sup>. Według SN, w art. 133 w zw. z art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach, istnieje adresowany do pracodawców będących świadczeniodawcami zakaz zawierania z własnymi pracownikami odrębnych umów (subkontraktów) na udzielanie świadczeń zdrowotnych, jako podwykonawców umowy zawartej z NFZ. W konsekwencji świadczeniodawcy, którzy takie umowy zawierają, mają – według SN – „status płatników składek od łącznych przychodów ze stosunku pracy oraz od wynagrodzenia za pełnienie dyżurów medycznych uzyskiwanych ze spornych umów”.

Artykuł 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach stanowi, że nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub z psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy,

<sup>149</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1009, ze zm.

<sup>150</sup> Post. SN z: 22 czerwca 2015 r., I UZ 3/15 i 22 lipca 2015 r., I UZ 6/15. Pogląd ten jest utrwalony w orzecznictwie SN – zob. np. wyr. SN z 27 kwietnia 2017 r., I UK 182/16; wyr. SN 21 września 2017 r., I UK 383/16; post. SN z 25 maja 2018 r., I UK 441/17; post. SN z 28 lutego 2019 r., I UK 211/18.

który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ. Przepis ten ma – na podstawie odesłania zawartego w art. 133 zd. 2 ustawy o świadczeniach – odpowiednie zastosowanie do przypadków zlecenia wymienionym osobom jako podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ. Celem tych regulacji jest niedopuszczenie do realizowania przez te same osoby – raz działające na rzecz świadczeniodawcy, z którym są związane umową, a kiedy indziej na własny rachunek – równolegle dwóch umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Należy zwrócić uwagę na to, że sam art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach nie realizowałby w pełni tego celu, bo zakaz w nim wyrażony odnosi się do zawierania przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów bezpośrednio z przedstawicielami zawodów medycznych, wykluczając możliwość ich zawarcia w przypadku, gdyby mieli równolegle udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zawartej przez NFZ z innym podmiotem. Artykuł 133 zd. 2 w zw. z art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach dopełnia tę regulację, ponieważ dotyczy sytuacji, w których to świadczeniodawca chciałby powierzyć wykonywanie świadczeń zdrowotnych, jako podwykonawcom, lekarzowi, pielęgniarkom, położnym, innym osobom wykonującym zawód medyczny lub psychologowi, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

Celem omówionych przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest ograniczenie nieuczciwej konkurencji o środki publiczne między osobami wykonującymi zawód medyczny a ich pracodawcą<sup>151</sup>. Niemniej w orzecznictwie przyjmowany jest pogląd, że umowa o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne jest umową nazwaną i dlatego nie stosuje się do niej art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ale jednocześnie sądy podkreślają, że nie można takiej umowy zawrzeć z własnym pracownikiem (o czym mowa wyżej). W konsekwencji dochodzi do problemów z identyfikacją płatnika składek na ubezpieczenie społeczne oraz ich wymiaru. Ich źródłem jest terminologia używana w ustawie o działalności leczniczej oraz ustawie o świadczeniach oraz brak definicji podwykonawcy umowy z NFZ.

Definicja podwykonawcy umowy z NFZ określona była w § 1 pkt 18 załącznika do rozporządzenia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>152</sup>. Zgodnie z przywołanym przepisem, przez podwykonawcę należało rozumieć podmiot, który wykonuje część umowy, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności. Usługi personelu medycznego udzielającego świadczeń określonego rodzaju na rzecz szpitala, pod jego kierownictwem oraz w miejscu i w czasie przez niego wyznaczonym, nie spełniały warunku samodzielności w organizacji świadczeń, a tym samym przywołanej definicji podwykonawcy. Definicja, o której mowa

<sup>151</sup> W literaturze podnosi się, że artykuł 133 zd. 2 w zw. z art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach nie dotyczy problemu wykonywania świadczeń zdrowotnych u jednego pracodawcy na podstawie różnych umów, zatem z przepisów tych nie można wprost wyprowadzić generalnego zakazu zawierania przez świadczeniodawców umów cywilnoprawnych z własnymi pracownikami.

<sup>152</sup> Dz. U. Nr 81 poz. 484, ze zm.

została usunięta przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 września 2017 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>153</sup>.

W toku kontroli przeprowadzonej w 15 z 31 podmiotów leczniczych<sup>154</sup> stwierdzono przypadki łączenia różnych form zatrudnienia (udzielania świadczeń zdrowotnych) w tym samym miejscu i tego samego rodzaju, na podstawie kilku stosunków prawnych, w tym umowy cywilnoprawnej zawartej z podmiotem zewnętrznym świadczącym usługi dla podmiotu leczniczego i/lub umów cywilnoprawnych zawartych przez podmiot z własnymi pracownikami lub jednoosobowymi praktykami lekarskimi bądź pielęgniarskimi prowadzonymi przez tych pracowników.

### Przykład

W toku kontroli przeprowadzonej w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie** stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Zawarcie 30 umów z pięcioma podmiotami trzecimi, w wykonaniu których, w latach 2018–2021, łącznie 134 pracowników medycznych jednocześnie zatrudnionych w SP ZOZ na podstawie umów o pracę, realizowało świadczenia medyczne w SP ZOZ. Przedmiotem tych umów było wykonywanie takiej samej pracy, jak ta świadczona w ramach umów o pracę zawartych z SP ZOZ, w pomieszczeniach SP ZOZ, z użyciem sprzętu, leków i innego wyposażenia należącego do SP ZOZ, w czasie określanym przez SP ZOZ, pod kierownictwem pracowników i Dyrekcji SP ZOZ. Wykonywanie świadczeń medycznych przez pracowników SP ZOZ na podstawie tych umów stanowiło tzw. pozorny outsourcing pracowniczy, a wykonywanie tych świadczeń – zgodnie ugruntowanym orzecznictwem sądów – było faktycznie kontynuacją świadczenia pracy w ramach umów o pracę zawartych z SP ZOZ.

Powyższe stanowiło obejście przepisów regulujących stosunek pracy, w tym art. 22 § 1 *Kodeksu pracy*, przepisów dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne, w tym art. 18 i art. 20 *o systemie ubezpieczeń społecznych*, a także przepisów regulujących czas pracy, w tym czas pracy pracowników medycznych, tj. art. 93 ust. 1, art. 94 ust. 1, art. 96 ust. 1 i art. 97 ust. 1, 3 i 4 *ustawy o działalności leczniczej*. Zawarcie tych umów stanowiło również obejście przepisu art. 133 w zw. z art. 132 ust. 3 *ustawy o świadczeniach*. Tytułem wykonania opisanych 30 umów, SP ZOZ wypłacił pięciu podmiotom trzecim kwotę 3 434 122,96 zł.

2. Naliczenie i odprowadzenie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych składek na ubezpieczenia społeczne dot. 30 lekarzy zatrudnionych w SP ZOZ, wykonujących jednocześnie w SP ZOZ świadczenia medyczne w ramach umów z podmiotami trzecimi, przyjmując jako podstawę obliczenia składek jedynie przychód ze stosunku pracy, tj. w wysokości zaniżonej, co stanowiło naruszenie przepisu art. 8 ust. 2a *ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych*. Czyn ten, w myśl

<sup>153</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 1809, ze zm.

<sup>154</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. Mariana Zyndramo-Kościółkowskiego w Białymstoku, Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o., 7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. kontradmirala profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku, Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, Szpital w Pyskowicach Spółka z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu, Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie

art. 14 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. *odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych*<sup>155</sup>, stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Przy założeniu, że pracownicy uzyskaliby przychód równy wynikającemu z umowy zawartej między SP ZOZ a podmiotami trzecimi, wyliczona wartość zaniżenia wyniosłaby 523 499,16 zł.

3. Zawarcie 11 umów cywilnoprawnych, których przedmiotem było pełnienie dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć SP ZOZ z czterema lekarzami, którzy jednocześnie byli zatrudnieni w SP ZOZ w ramach umów o pracę. Lekarze ci w ramach wskazanych umów świadczyli taką samą rodzajowo pracę na rzecz SP ZOZ, w tym samym miejscu, co potwierdza fakt, iż ich zakresy czynności w ramach etatu obejmowały również kwalifikowanie pacjentów w Izbie Przyjęć. Stanowiło obejście przepisów regulujących stosunek pracy, w tym art. 22 § 1 *Kodeksu pracy*, przepisów dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne, w tym art. 18 i art. 20 ustawy *o systemie ubezpieczeń społecznych*, a także przepisów regulujących czas pracy, w tym czas pracy pracowników medycznych, tj. art. 93 ust. 1 i art. 97 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*. Zawarcie tych umów stanowiło również obejście przepisów art. 133 w zw. z art. 132 ust. 3 ustawy *o świadczeniach*. Tytułem wykonania opisanych 11 umów, SP ZOZ wypłacił w okresie objętym kontrolą czterem lekarzom kwotę 940 089,60 zł.
4. Naliczenie i odprowadzenie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych składek na ubezpieczenia społeczne dot. czterech lekarzy zatrudnionych w SP ZOZ, wykonujących jednocześnie w SP ZOZ świadczenia medyczne w ramach umów cywilnoprawnych, przyjmując jako podstawę obliczenia składek jedynie przychód ze stosunku pracy, tj. w wysokości zaniżonej o 148 233,74 zł, co stanowiło naruszenie przepisu art. 8 ust. 2a ustawy *o systemie ubezpieczeń społecznych*. Czyn ten, w myśl art. 14 pkt 1 ustawy *o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych*, stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Odnosnie przyczyn powstania powyższych nieprawidłowości, Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: przyczyną zawarcia 30 umów z podmiotami trzecimi była potrzeba zapewnienia obsady dyżurów medycznych. SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie nie może potwierdzić, aby owe 134 osób przybranych przez podmioty trzecie (dalej: podwykonawcy) wyłonione w drodze konkursu w celu wykonania zawartych umów, było pracownikami tychże podmiotów trzecich. Wedle wiedzy posiadanej przez SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie wszyscy podwykonawcy świadczyli, także na rzecz podmiotów trzecich, usługi w ramach prowadzonej przez nich działalności gospodarczej, jako przedsiębiorcy. Podwykonawcy przybierani przez podmioty trzecie do wykonania umów zawartych z SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie, wiązali się z podmiotami trzecimi na podstawie relacji o nieznannej treści. Podkreślenia wymaga, że SP ZOZ jest w posiadaniu wyroków Sądu Okręgowego w Rzeszowie oraz utrzymujących je w mocy wyroków Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie, w których sądy nie tylko orzekały o konieczności obliczania składek na ubezpieczenie społeczne łącznie z przychodów z umów o pracę i z umów pozornego outsourcingu, ale wskazywały, że realizacja takich umów odpowiadała pracy wykonywanej na podstawie stosunku pracy i była świadczona na rzecz SP ZOZ.

### Normy czasu pracy personelu medycznego

Już w toku wcześniejszych kontroli przeprowadzonych przez NIK<sup>156</sup>, dyrektorzy szpitali wskazywali, że jedną z głównych korzyści zlecenia usług medycznych na zewnątrz był brak konieczności przestrzegania norm czasu pracy, w tym obowiązku zachowania 11-godzinnego odpoczynku dobowego.

<sup>155</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 289.

<sup>156</sup> Informacja o wynikach kontroli: P/15/068 *Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne* (str. 8–9, 21, 40–42, 44–47), <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/068/> [dostęp 19 stycznia 2023 r.].

P/14/065 *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej* (str. 11, 18, 22–24), <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/14/065/> [dostęp 19 stycznia 2023 r.].

Zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej* czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym trzech miesięcy. Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku (art. 97 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*), a w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego (art. 97 ust. 3 ustawy *o działalności leczniczej*).

Artykuł 131 § 1 *Kodeksu pracy* wprowadza tzw. maksymalną tygodniową normę czasu pracy – 48 godzin, obejmującą zarówno normalne godziny pracy, jak i godziny nadliczbowe. Zgodnie z art. 96 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej* pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, mogą zostać zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Stosowanie klauzuli *opt-out* ułatwia organizację pracy i zapewnienie odpowiedniej obsady personalnej w poszczególnych placówkach, ale jednocześnie stwarza zagrożenie znacznego obciążenia pracą pracownika.

Nieprawidłowości w zakresie przestrzegania norm czasu pracy personelu medycznego stwierdzono w 23 spośród 31 skontrolowanych podmiotów<sup>157</sup>. I tak:

- w ośmiu podmiotach leczniczych<sup>158</sup> wystąpiły przypadki przekroczenia maksymalnej tygodniowej normy czasu pracy – przeciętnie 48 godzin na tydzień,
- w 21 podmiotach leczniczych<sup>159</sup> wystąpiły przypadki niezapewnienia personelowi w każdej dobie co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku i/lub w każdym tygodniu co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku (w skrajnych przypadkach dochodziło nawet do pracy przez dziewięć dób z rzędu).

<sup>157</sup> W każdym podmiocie kontrolowanym badaniem szczegółowym objęto harmonogramy czasu pracy oraz ewidencję czasu pracy pracowników dwóch oddziałów szpitalnych: z jednego okresu rozliczeniowego z 2019 r. oraz jednego okresu rozliczeniowego z 2022 r.

<sup>158</sup> Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z o.o. w Warszawie, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, Szpital Barlinek Spółka z o.o., Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

<sup>159</sup> Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z o.o. w Warszawie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego w Białymstoku, Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Szpital Powiatowy w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu, Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie, Szpital Barlinek Spółka z o.o., Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Do nieprawidłowości najczęściej dochodziło, gdy poszczególni pracownicy zatrudnieni na podstawie umów o pracę pełnili dyżury medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych, jak również w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (indywidualnych lub za pośrednictwem podmiotu zewnętrznego). Jednocześnie wyniki badania szczegółowego, o którym mowa wyżej wskazują, że klauzula *opt-out*, pozwalająca na pracę w wymiarze powyżej 48 godzin tygodniowo, w ramach zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, jest stosowana w ograniczonym zakresie. W 2019 r. około 10,7% objętych kontrolą pracowników medycznych (lekarzy, pielęgniarek) podpisało klauzulę *opt-out*, zaś w 2022 r. było to 16,4%.

Zdaniem NIK, z powodów związanych z bezpieczeństwem lub zdrowiem pracowników oraz pacjentów, a także z uwagi na konieczność zapewnienia właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych, niewskazane jest wydłużanie tygodniowego wymiaru czasu pracy personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych, powyżej norm obowiązujących dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Przepisy o czasie pracy powinny mieć zastosowanie do wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, niezależnie od formy zatrudnienia.

### Przykład

**W Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II**, sześciu lekarzom zatrudnionym na podstawie umów cywilnoprawnych: w maju 2019 r. oraz pięciu w maju 2022 r. zorganizowano pracę w ten sposób, że udzielali oni świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie w czasie dłuższym niż 24 godziny. Jakkolwiek przepisy ustawy o *działalności leczniczej* i *Kodeksu pracy* nie mają zastosowania w przypadku lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych, ich celem jest zapewnienie bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych.

Dyrektor wyjaśnił: maj 2019 r. to szczególny czas w pracy Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. ZOZ we Włoszczowie borykał się z brakiem lekarzy anestezjologów, zagrażało widmo braku ciągłości udzielania świadczeń medycznych. ZOZ wystąpił do Oddziału Świętokrzyskiego NFZ w Kielcach o zastosowanie art. 8 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o *zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, o umieszczenie w wykazie jako podmiot z realnym zagrożeniem niespełnienia warunków wymaganych rozporządzeniem „koszykowym”, skutkującym zawieszeniem/wstrzymaniem pracy komórki organizacyjnej. Umieszczenie w wykazie ZOZ we Włoszczowie pozwoliło nawiązać współpracę z lekarzem, który złożył u swego pracodawcy tzw. „lojalkę” – czyli deklarację pracy tylko u jednego pracodawcy. W maju 2022 r. zwiększenie liczby zabiegów chirurgicznych i ortopedycznych powodowało konieczność obsady anestezjologów w zwiększonym wymiarze godzin, a dyspozycyjność pozostałych specjalistów była mniejsza. Dłuższa praca lekarzy nie jest niezgodna z obowiązującymi przepisami, a wynikała z absencji innych, zatrudnionych lekarzy i jednoczesnej konieczności zabezpieczenia ciągłości udzielania świadczeń medycznych.

Analogiczne sytuacje wykazała analiza grafików i list obecności w kwietniu 2019 r. oraz kwietniu 2022 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

- pracownik A: 14–15 kwietnia 2022 r.;
- pracownik B: (1–2, 4–5, 7–10, 11–12, 14–22, 25–26, 28–30 kwietnia 2019 r.; 4–7, 8–12, 16–19, 24–26, 27–28 kwietnia 2022 r.);



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- pracownik C: (4–5, 11–12, 18–19, 25–26 kwietnia 2019 r.; 29–30 kwietnia 2022 r.);
- pracownik D: (5–9, 10–11, 15–16, 17–18, 23–24, 26–30 kwietnia 2019 r.);
- pracownik E: W.K. (2–3, 9–10, 16–17 kwietnia 2019 r.);
- pracownik F: (5–8 kwietnia 2019 r.);
- pracownik G: (12–13 kwietnia 2019 r., 20–21 i 27–28 kwietnia 2022 r.);
- pracownik H: (17–18 kwietnia 2022 r.), E.M. (1–2, 5–7, 12–14, 18–20, 22–25 kwietnia 2022 r.);
- pracownik I: (1–3 kwietnia 2022 r.).

Dyrektor wyjaśnił, że sytuacja ta była wynikiem zmniejszonej liczby lekarzy anestezyjologów. Nieprzerwana praca lekarzy w miesiącach IV.2019 r. i IV.2022 r. wynikała z potrzeb udzielającego zamówienia w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń w oddziale, jak również w oddziałach zabiegowych (konsultacje anestezyjologiczne, przeprowadzane zabiegi operacyjne w Bloku Operacyjnym). Część lekarzy, w poczuciu spełnienia obowiązku wobec udzielającego zamówienia w warunkach ograniczonej liczby specjalistów, udzielała świadczeń zdrowotnych w czasie dłuższym niż 24 h.

W ocenie NIK, stwierdzone w trakcie kontroli przypadki ciągłego, długotrwałego świadczenia pracy przez personel medyczny na Bloku Operacyjnym oraz na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii stwarzały ryzyko dla bezpieczeństwa zdrowotnego zarówno pacjentów, jak i samych lekarzy.

**W Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z o.o. w Warszawie** w kwietniu 2019 r. dwie pielęgniarki, a w kwietniu 2022 r. dwóch lekarzy i 11 pielęgniarek świadczyło pracę w wymiarze przekraczającym dopuszczalny czas pracy w danym okresie rozliczeniowym.

Badaniem objęto czas świadczenia pracy w kwietniu 2019 r. przez 21 lekarzy i 53 pielęgniarki, a w kwietniu 2022 r. przez 17 lekarzy i 49 pielęgniarek. Stwierdzono przekroczenie normy czasu pracy, wynikającej z art. 131 § 1 *Kodeksu pracy*:

- w kwietniu 2019 r., gdzie w przypadku dwóch pielęgniarek przekroczenie wyniosło dwie godziny i 24 minuty w każdym przypadku, przy maksymalnym dopuszczalnym czasie pracy wynoszącym 201 godzin i 36 minut;
- w kwietniu 2022 r., gdzie w przypadku 11 pielęgniarek przekroczenie wynosiło od 9 godzin i 30 minut do 113 godzin oraz dwóch lekarzy, u których przekroczenie wyniosło odpowiednio 11 godzin i 25 minut, 17 godzin, przy maksymalnym dopuszczalnym czasie pracy wynoszącym 192 godziny.

Według stanu na kwiecień 2019 r. i kwiecień 2022 r. żadna z ww. pielęgniarek oraz żaden z ww. dwóch lekarzy nie podpisali klauzuli *opt-out*.

Dyrektor ds. Pielęgniarek i Położnych wyjaśniła, że przyczyną przekroczenia normy czasu pracy pielęgniarek były trudności związane z pozyskaniem pracowników, zaplanowanymi urlopami wypoczynkowymi pracowników etatowych i zwolnieniami lekarskimi oraz rezygnacją pracowników zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych, ze względu na likwidację dodatków covidowych (kwiecień 2022 r.).

**W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie** w trzech przypadkach (z 18 badanych) osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych udzielały w półrocznym okresie rozliczeniowym świadczeń odpowiednio przez 2291,5 godziny (od 296 do 443,5 godziny miesięcznie), 1612,5 godziny (od 246 do 285,5 godziny miesięcznie) oraz 1427,5 godziny (od 193 do 270,5 godzin miesięcznie). Dodatkowo osoby świadczące pracę w wymiarze 2291,5 godziny oraz 1427,5 godziny były w tym czasie zatrudnione odpowiednio na stanowisku zastępcy dyrektora ds. lecznictwa oraz dyrektora na podstawie umowy o zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Dyrektor wyjaśnił, że było to spowodowane koniecznością zabezpieczenia ciągłości udzielanych świadczeń.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### Zapewnienie obsady pielęgniarskiej na dyżurach nocnych

Zarówno w 2019 r., jak i w 2022 r., w trzech podmiotach leczniczych<sup>160</sup> wystąpiły przypadki niezapewnienia minimalnej obsady pielęgniarskiej na dyżurach nocnych. Dla potrzeb tej kontroli przyjęto za minimum dwuosobową obsadę pielęgniarską na dyżurze nocnym. Zapewnienie takiej obsady stanowi dobrą praktykę postulowaną zarówno przez środowisko pielęgniarek i położnych, jak i przez NIK we wcześniejszych kontrolach<sup>161</sup>.

### Poziom wynagrodzeń

Zgodnie z art. 77<sup>2</sup> § 4 *Kodeksu pracy* regulamin wynagradzania ustala pracodawca. Jeżeli u danego pracodawcy działa zakładowa organizacja związkowa, pracodawca uzgadnia z nią ten regulamin. Zgodnie z art. 78 *Kodeksu pracy* wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. W celu określenia wynagrodzenia za pracę ustala się, w trybie przewidzianym w art. 77<sup>1</sup>–77<sup>3</sup>, wysokość oraz zasady przyznawania pracownikom stawek wynagrodzenia za pracę określonego rodzaju lub na określonym stanowisku, a także innych (dodatkowych) składników wynagrodzenia, jeżeli zostały one przewidziane z tytułu wykonywania określonej pracy.

### Przykład

**W Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Spółce z o.o. w Warszawie** w Regulaminie wynagradzania określono między innymi: stawki wynagrodzenia zasadniczego oraz kategorie zaszeregowania personelu, zasady wynagradzania za pracę w godzinach nadliczbowych, zasady udzielania premii. Wynagrodzenie pracowników składało się z wynagrodzenia zasadniczego, dodatków uzależnionych od zajmowanego stanowiska, stażu pracy oraz posiadanych stopni naukowych, dodatków innych za wykonywanie pracy w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedzielę, święta i w dni wolne od pracy. Wysokość premii uznaniowej w Regulaminie wynagradzania określono do wysokości 50% wynagrodzenia zasadniczego.

W latach 2018–2022 (I półrocze) najwyższe tempo wzrostu przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego, wśród personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umowy o pracę, odnotowano w przypadku ratowników medycznych. Na koniec 2018 r. wynosiło ono 2265,33 zł, zaś na koniec I półrocza 2022 r. 3772 zł, co oznacza wzrost o 66,5%. Dla diagnostów laboratoryjnych wzrost wynosił 47,0%, a przeciętne wynagrodzenie zasadnicze 2549,51 zł na koniec 2018 r. i 3772 zł na koniec I półrocza 2022 r. Dla położnych odpowiednio 44,0%, 3040,83 zł i 4377,61 zł, fizjoterapeutów odpowiednio 42,8%, 2892,86 zł i 4130,19 zł, pielęgniarek odpowiednio 37,8%, 2982,50 zł i 4111,06 zł, a lekarzy odpowiednio 17,2%, 6184,03 zł i 7248,42 zł. Wysokość maksymalnych zasadniczych wynagrodzeń wynikała z szerszego zakresu obowiązków niż u pozostałych pracowników tej samej grupy zawodowej (ordynator, p.o. pielęgniarki oddziałowej, p.o. położnej oddziałowej, kierownik), a także z wyższych kwalifikacji zawodowych niż pozostali pracownicy danej grupy.

Wysokość wynagrodzenia osób świadczących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych uzależniona była od: stawki za godzinę pracy, liczby i wartości punktów za udzielone świadczenia, dni i godzin objętych udzielaniem świadczeń, wysokości ryczałtu.

<sup>160</sup> Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o., 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach.

<sup>161</sup> Por. Informacja o wynikach kontroli P/14/065 *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, str. 10.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 18 z 31 podmiotów leczniczych<sup>162</sup> poszczególne grupy zawodowe (zbiorowo jak również indywidualnie) wywierały presję na kierownictwo szpitala domagając się podwyżki wynagrodzeń. Protesty przybierały formę: sporów zbiorowych i negocjacji ze związkami zawodowymi, spotkań, pism, odmowy pełnienia dyżurów medycznych, wypowiedzenia klauzuli *opt-out*, odmowę realizacji niektórych zadań, rezygnacji z określonych funkcji, jak również składania wypowiedzeń umów o pracę i cywilnoprawnych. W skrajnych przypadkach dochodziło do czasowego zawieszenia udzielania świadczeń poszczególnych komórkach organizacyjnych, jak i likwidacji poszczególnych komórek.

Głównymi grupami zawodowymi, które wywierały presję na kierownictwie podmiotów w zakresie wzrostu wynagrodzeń byli lekarze, pielęgniarki i położne oraz ratownicy medyczni. Wynagrodzenia były podwyższone głównie w przypadkach, gdy odejście personelu stanowiłoby zagrożenie dla funkcjonowania oddziału/poradni.

### Przykłady

**W Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Spółce z o.o.** w okresie objętym kontrolą w spory zbiorowe ze Spółką wchodził Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego:

- 23 stycznia 2019 r. powyższy związek zawodowy wystąpił z postulatem podwyżki wynagrodzeń; w ocenie Spółki brak było możliwości realizacji przedstawionych żądań finansowych, w wyniku czego został wszczęty spór zbiorowy i sporządzony protokół rozbieżności; 19 kwietnia 2021 r. związek wniósł o zakończenie sporu zbiorowego;
- w sierpniu 2021 r. ratownicy medyczni zatrudnieni w Spółce przyłączyli się do protestów prowadzonych na terenie całego kraju, przedstawiając propozycje istotnego wzrostu wysokości wynagrodzeń (16 i 17 sierpnia 2021 r. spośród czterech zespołów wyjazdowych trzy nie udzielały świadczeń); w związku z brakiem porozumienia ratownicy zaprzestali pracy na początku października 2021 r. (wszystkie cztery zespoły wyjazdowe nie pracowały w dniach 1, 2 i 3 października 2021 r., dwa zespoły nie pracowały również 4 października 2021 r., jeden zespół nie pracował 5 października 2021 r.); 5 października 2021 r. zostało zawarte porozumienie, określające wzrost wynagrodzeń od 1 października 2021 r.

Przedstawiciele innych zawodów medycznych zgłaszali swoje żądania płacowe indywidualnie:

- we wrześniu 2019 r., w związku z oczekiwaniami dotyczącymi zwiększenia wynagrodzenia, lekarz internista złożył wypowiedzenie; po podwyższeniu wynagrodzenia wypowiedzenie to zostało wycofane; odejście z pracy lekarza internisty skutkowałoby zaburzeniem pracy Oddziału Chorób Wewnętrznych;

<sup>162</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Państwkie Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Żninie, Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o., Szpital Miejski sp. z o.o. w Zabrzcu, Szpital w Pyskowicach Spółka z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Szpital Powiatowy w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie, Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w maju 2020 r. oraz w grudniu 2021 r. chirurdzy poinformowali o braku możliwości obsadzenia dyżurów, wnosząc o zwiększenie stawek wynagrodzeń (stawki te porównywali z wysokością wynagrodzenia za dyżury w innych placówkach); dla utrzymania ciągłości wykonywanych świadczeń stawki wynagrodzeń podniesiono;
- lekarze anestezjolodzy, zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych, nie akceptowali wysokości otrzymywanego wynagrodzenia, uzasadniając to znacznym obciążeniem pracą oraz relatywnie niższą stawką wynagrodzenia w porównaniu z innymi jednostkami ochrony zdrowia; podwyżki ich wynagrodzeń miały miejsce 1 listopada i 1 grudnia 2021 r. oraz 1 czerwca 2022 r.;
- pielęgniarki Oddziału Wewnętrznego, zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych, żądały zwiększenia wynagrodzenia w listopadzie 2018 r. i w marcu 2021 r., uzasadniając to zbyt małą jego różnicą w porównaniu z wysokością wynagrodzeń personelu niemedycznego; w miarę możliwości finansowych Spółki, wzrost stawek wynagrodzenia pielęgniarek miał miejsce w latach 2019–2021;
- w marcu 2021 r. pielęgniarki anestezjologiczne oraz pielęgniarki Oddziału Chirurgii, zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych, zażądały podwyższenia wynagrodzeń, uzasadniając to uciążliwymi warunkami pracy z pacjentami zakaźnymi oraz licznymi ofertami pracy poza prowadzonymi przez Spółkę zakładami leczniczymi; ich wynagrodzenia zostały podniesione od 1 kwietnia 2021 r.;
- żądania płacowe zgłaszały również pielęgniarki oddziałowe, wskazując na brak różnicy wysokości wynagrodzeń pielęgniarek oddziałowych i odcinkowych (spowodowany sposobem ustalania najniższego wynagradzania zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych); wzrost ich wynagrodzeń nastąpił od 1 listopada 2021 r.;
- w sierpniu 2021 r. podwyżki wynagrodzeń zażądali elektroradiolodzy, jednocześnie informując, że rozważają przeniesienie się do pracy w jednostkach oferujących wyższe wynagrodzenie; pracownicy ci otrzymali podwyżki od 1 października 2021 r.;
- w marcu 2020 r. dwóch diagnostów laboratoryjnych złożyło wypowiedzenia z pracy (wskazując na wyższe wynagrodzenia w innych podmiotach leczniczych); w ślad za tym, technicy analityki medycznej wnieśli o podwyższenie wynagrodzenia, wskazując na niewielką różnicę ich wynagrodzeń w porównaniu do wynagrodzenia minimalnego; dwóch techników złożyło wypowiedzenia umów o pracę; w wyniku negocjacji od 1 lipca 2020 r. podniesiono wynagrodzenia w tej grupie, a trzech pracowników laboratorium analitycznego wycofało swoje wypowiedzenia.

### Stosowanie przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego

Wysokość minimalnego wynagrodzenia personelu medycznego pracowników podmiotów leczniczych (innych niż jednostki budżetowe) wynika z art. 3, 3a oraz art. 7 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych*<sup>163</sup>. Z badania szczegółowego przeprowadzonego w toku kontroli wynika, że co do zasady prawidłowo stosowano przepisy o najniższym wynagrodzeniu. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w dwóch podmiotach leczniczych<sup>164</sup>, jednak ich skala była niewielka.

<sup>163</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2139, ze zm.

<sup>164</sup> Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim.

### Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Szpitalu Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim** w okresie objętym kontrolą stwierdzono 18 przypadków nienaliczenia podwyżek wynagrodzenia zasadniczego do wysokości określonej w art. 3 ust. 1 ustawy *o sposobie ustalenia minimalnego wynagrodzenia*, tj.:

- w 2018 r. należnych podwyżek nie naliczono trzem lekarzom i jednej pielęgniarce (łączna różnica w zakresie miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wyniosła 325,25 zł);
- w 2019 r. należnych podwyżek nie naliczono sześciu lekarzom (łączna różnica w zakresie miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wyniosła 380,52 zł);
- w 2020 r. należnych podwyżek nie naliczono ośmiu lekarzom (łączna różnica w zakresie miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wyniosła 1082,53 zł).

Dyrektor Szpitala Zachodniego wyjaśniła, że wykazane różnice były niezamierzonym oczywistym błędem w wyliczeniach. W trakcie kontroli dokonano wyrównania powstałych różnic wraz z odsetkami.

Analiza dokumentów księgowych za lipiec 2018, 2019 i 2020 roku wykazała, że **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim** dla części pielęgniarek i jednego lekarza zatrudnionych na umowę o pracę na oddziałach: Wewnętrzny oraz Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej naliczył kwotę wynagrodzenia zasadniczego niezgodnie z art. 3 ust. 1 i 2 oraz 7 ust. 1 i 2 ustawy *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego*, co doprowadziło do zaniżenia kwoty wynagrodzeń zasadniczych za te miesiące ogółem odpowiednio o: 12,4 tys. zł, 16, 4 tys. zł oraz 46,7 tys. zł. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: trudno jest określić dlaczego w latach 2018–2020 ówczesny Dyrektor ustalał wynagrodzenie zasadnicze dla części personelu medycznego niezgodnie z zasadami określonymi w ustawie. W oparciu o przeprowadzoną analizę ówczesnego budżetu Szpitala można wnioskować, iż wynikało to z ograniczonych środków finansowych.

Jednocześnie w toku kontroli stwierdzono przypadki niedochowania należytej staranności przy zawieraniu umów cywilnoprawnych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- zaniechania szacowania wartości zamówienia przy przedłużaniu umów zlecenia o udzielanie świadczeń medycznych zawartych na czas określony, co naruszało art. 29 ust. 1 i 2, art. 35 ust. 3 pkt 1 w związku z art. 5b ust. 2 ustawy *Prawo zamówień publicznych*<sup>165</sup>,
  - zawierania umów o udzielanie świadczeń medycznych z pominięciem trybu wynikającego z art. 26 ust. 3 ustawy *o działalności leczniczej*<sup>166</sup>,
  - podniesienia stawki wynagrodzenia w drodze aneksu do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, mimo że nie wystąpiły nieprzewidziane okoliczności o których mowa w art. 27 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej*<sup>167</sup>,
  - nieokreślenia w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych wszystkich elementów określonych w art. 27 ust. 4 pkt 2 ustawy *o działalności leczniczej*<sup>168</sup>,

Zawieranie umów cywilnoprawnych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

<sup>165</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim.

<sup>166</sup> Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II.

<sup>167</sup> Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o., Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie.

<sup>168</sup> Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czas nieoznaczony, tj. wbrew postanowieniom art. 27 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*, który nakazuje zawieranie takich umów na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony<sup>169</sup>.

### Przykłady

**W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim** w pięciu umowach zlecenia (z 36 analizowanych), obowiązujących w latach 2018–2022 o udzielanie świadczeń medycznych, zawartych na czas określony, nie szacowano wartości zamówienia przy ich przedłużeniu na 2022 rok. Naruszało to art. 29 ust. 1 i 2, art. 35 ust. 3 pkt 1 w związku z art. 5b ust. 2 ustawy *Prawo zamówień publicznych*. Przy realizowaniu wydatków w ramach każdej z nich przekroczone kwotę wymienianą w art. 2 ust. 1 pkt 1 tej ustawy. Wartość wypłaconych w ramach poszczególnych umów środków wyniosła ogółem: 145,45 tys. zł, 197,13 tys. zł, 139,4 tys. zł, 162,77 tys. zł oraz 160,34 tys. zł. Według Dyrektora Szpitala spowodowane to było przeoczeniem ww. przepisów.

**W Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II** w okresie objętym kontrolą większość umów cywilnoprawnych z lekarzami na udzielanie świadczeń medycznych była zawierana z pominięciem trybu wynikającego z art. 26 ust. 3 ustawy o *działalności leczniczej*. Dotyczyło to umów zawartych z 102 lekarzami, na podstawie których w latach 2018–2022 (do czerwca) wypłacono wynagrodzenie w łącznej kwocie 32 629,5 tys. zł. Jak wyjaśniono: „(...) preferowanym przez Dyрекcję ZOZ trybem zawierania umów z lekarzami jest prowadzenie konkursów ofert w trybie ustawy o działalności leczniczej. Niejednokrotnie ogłaszane przez Dyрекcję ZOZ konkursy ofert unieważniane były jednak z powodu braku ofert. Brak rozstrzygnięć postępowań konkursowych w zestawieniu z koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń medycznych skutkuje koniecznością prowadzenia przez Dyрекcję ZOZ negocjacji z lekarzami i zawierania umów/aneksów z pominięciem trybu konkursowego. Z różnych względów (w tym powołując się w rozmowach na względy biurokratyczne) lekarze nie przystępują do organizowanych konkursów. Bez ich udziału w procesie diagnostyczno-leczniczym Dyрекcja nie byłaby w stanie zapewnić ciągłości udzielania świadczeń. Dyрекcja ZOZ we Włoszczowie pomimo iż nie wszystkie umowy zawierane są w trybie konkursowym dokłada wszelkich możliwych starań, by zapewnić w pełni realizację wymogów ustawowych w tak zawieranych umowach”.

<sup>169</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie.

## 6. ZAŁĄCZNIKI

### 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy zasoby, sposób kształcenia oraz organizacja pracy wybranych grup zawodowych kadry medycznej pozwalają na zaspokojenie potrzeb podmiotów leczniczych i pacjentów?

Cel główny kontroli

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

Cele szczegółowe

1. Czy zapewniono warunki dla przygotowania odpowiedniej liczby personelu medycznego w wybranych grupach zawodowych<sup>170</sup>?
2. Czy stworzono rozwiązania umożliwiające efektywne planowanie i rozwój kadr medycznych?
3. Czy systemy rekrutacyjne<sup>171</sup> uczelni funkcjonują prawidłowo?
4. Czy programy kształcenia były zgodne z obowiązującymi przepisami, zapewniały odpowiednią jakość kształcenia, a także podlegały systematycznej ocenie i doskonaleniu?
5. Czy wprowadzone w uczelni rozwiązania organizacyjne, procedury i baza dydaktyczna zapewniały wysoką jakość kształcenia?
6. Czy w szpitalu zatrudniano właściwą liczbę personelu medycznego oraz czy zapewniono odpowiednie warunki dla rozwoju zawodowego pracowników i podnoszenia ich kwalifikacji?
7. Czy w szpitalu zapewniono sprawną organizację i odpowiednie warunki pracy personelu medycznego?

Kontrolą objęto 60 jednostek, w tym: Ministerstwo Zdrowia, 28 uczelni oraz 31 podmiotów leczniczych.

Zakres podmiotowy

Kontrolę przeprowadzono w:

Kryteria kontroli

- Ministerstwie Zdrowia, uczelniach oraz w podmiotach leczniczych podlegających Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji lub Ministrowi Obrony Narodowej oraz w szpitalach uniwersyteckich (klinikach) na podstawie art. 2 ust. 1 oraz art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności, celowości i gospodarności;
- w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SPZOZ) podlegających jednostce samorządu terytorialnego oraz w spółkach kapitałowych, których jedynym udziałowcem lub akcjonariuszem jest jednostka samorządu – na podstawie art. 2 ust. 2 oraz art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności i gospodarności.

Kontrolą objęto:

Okres objęty kontrolą

- w Ministerstwie Zdrowia i podmiotach leczniczych: lata 2018–2022 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem,

<sup>170</sup> Lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci.

<sup>171</sup> Przyjęte przez uczelnie rozwiązania organizacyjne w procesie rekrutacji, które powinny zapewniać jej prowadzenie zgodnie z ustalonymi warunkami, trybem oraz terminem jej rozpoczęcia i zakończenia.

## ZAŁĄCZNIKI

- w uczelniach: lata 2019–2022 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem (lata akademickie 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022).

### Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

W ramach przygotowania przedkontrolnego w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o NIK, uzyskano informacje dotyczące doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów od trzech Okręgowych Rad Lekarskich.

### Pozostałe informacje

Kontrola *Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia* (P/22/047) została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. Poprzedziły ją analizy przedkontrolne prowadzone dla zidentyfikowanych obszarów (problemów) oraz kluczowych ryzyk związanych z kształceniem i dostępnością kardy medycznej. Wykorzystano również wyniki kontroli rozpoznawczej R/22/004 *Zasoby kadrowe szpitala* oraz problemowej I/21/004/KZD *Funkcjonowanie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*.

Uczelnie w poszczególnych województwach dobrano do kontroli kierując się kryteriami:

- jeden uniwersytet realizujący kształcenie na kierunku lekarskim i/lub lekarskim dentyistycznym i/lub pielęgniarstwie i/lub położnictwem oraz
- jedna inna uczelnia publiczna realizująca kształcenie na kierunku lekarskim i/lub lekarskim dentyistycznym i/lub pielęgniarstwie i/lub położnictwem.

Podmioty lecznicze zostały dobrane z uwzględnieniem następujących kryteriów:

- skargi dotyczące kwestii zatrudnienia wpływające do JONIK i/lub informacje medialne o możliwych problemach kadrowych szpitala,
- podmiot nie był kontrolowany przez NIK w okresie od 1 stycznia 2021 r. do 31 maja 2022 r.

Kontrolę przeprowadzono od 1 czerwca 2022 r. do 29 listopada 2022 r. (podpisanie ostatniego wystąpienia pokontrolnego).

W 60 wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników skontrolowanych jednostek sformułowano ogółem 191 wniosków pokontrolnych. Adresaci wystąpień pokontrolnych, zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, poinformowali Najwyższą Izbę Kontroli o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Według stanu na 15 lutego 2023 r. zrealizowano 97 wniosków pokontrolnych (51,0%) oraz podjęto działania w celu realizacji kolejnych 36 wniosków (18,8%).

Kierownicy 54 jednostek nie skorzystali z prawa do zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, zgodnie z art. 54 ustawy o NIK. Zastrzeżenia do treści zawartych w wystąpieniu złożyli: Minister Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWIA w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWIA w Rzeszowie.

Kolegium NIK, w odniesieniu do zastrzeżeń złożonych przez Ministra Zdrowia, oddaliło zastrzeżenia w całości.



## ZAŁĄCZNIKI

Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w odniesieniu do zastrzeżeń złożonych przez:

- Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku – uwzględnił w całości jedno zastrzeżenie oraz uwzględnił w części dwa zastrzeżenia;
- Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Białymstoku – uwzględnił w części jedno zastrzeżenie oraz oddalił zastrzeżenia w pozostałym zakresie;
- Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach – uwzględnił w części jedno zastrzeżenie oraz oddalił zastrzeżenia w pozostałym zakresie;
- Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie – uwzględnił w części jedno zastrzeżenie oraz oddalił zastrzeżenia w pozostałym zakresie;
- Dyrektor Delegatury NIK w Rzeszowie, na podstawie art. 54 ust. 4 ustawy o NIK, odmówił przyjęcia zastrzeżeń złożonych przez Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, jako wniesionych po upływie terminu określonego w art. 51 ust. 1 ustawy. Prezes NIK utrzymał zaskarżone postanowienie w mocy.

Finansowe rezultaty kontroli wyniosły łącznie: 66 527 910,06 zł<sup>172</sup>, w tym:

- kwoty nienależnie uzyskane: 3 628 811,34 zł,
- kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa: 42 667 140,34 zł,
- kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa: 3252,31 zł,
- sprawozdawcze skutki nieprawidłowości: 20 228 706,07 zł.

Finansowe rezultaty kontroli

W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia oraz piętnaście Delegatur NIK.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia	Adam Niedzielski Uprzednio: Łukasz Szumowski, Konstanty Radziwiłł
2.		Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim	Krystyna Płukis
3.		Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z o.o. w Warszawie	Andrzej Golimont
4.		Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu	Sławomir Bukowski Uprzednio: Zbigniew Łukasik

<sup>172</sup> Akademia Białka Nauk Stosowanych im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Szpital w Kamieniu Pomorskim Spółka z o.o., Szpital Barlinek sp. z o.o., 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku.

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
5.	Delegatura NIK w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego w Białymstoku	Alicja Skindzielewska Uprzednio: Jarosław Tałałaj Ewa Zubrycka-Klecz
6.		Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Adam Jacek Krętowski
7.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	Mirosław Reczko Uprzednio: Bożena Grotowicz Arsalan Azzaddin
8.		Akademia Nauk Stosowanych w Łomży	Dariusz Surowik
9.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu	Andrzej Sokala Uprzednio: Andrzej Tretyn
10.		Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku	Robert Musiałkiewicz Uprzednio: Małgorzata Legiędź-Gałuszka
11.		Pałuckie Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Żninie	Marek Gotowała Uprzednio: Roman Pawłowski
12.		Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o.	Mariusz Trojanowski
13.	Delegatura NIK w Gdańsku	Gdański Uniwersytet Medyczny	Marcin Gruchała
14.		Akademia Pomorska w Słupsku	Zbigniew Osadowski
15.		7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	Krzysztof Szabat Uprzednio: Dariusz Juszcak
16.	Delegatura NIK w Katowicach	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Tomasz Szczepański Uprzednio: Przemysław Jałowiecki
17.		Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej	Jacek Nowakowski Uprzednio: Jarosław Janicki
18.		Szpital Miejski sp. z o.o. w Zabrze	Mariusz Kazimierz Wójtowicz
19.		Szpital w Pyskowicach sp. z o.o. w Pyskowicach	Leszek Kubiak
20.	Delegatura NIK w Kielcach	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach	Stanisław Głuszek Uprzednio: Jacek Semaniak
21.		Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II	Rafał Krupa Uprzednio: Sławomir Sobański, Adrian Bochnia, Sławomir Sobański
22.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju	Grzegorz Lasak
23.		Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach	Milena Witczak Uprzednio: Katarzyna Arent, Dariusz Kopania, Grzegorz Kaleta, Jolanta Kręcka

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
24.	Delegatura NIK w Krakowie	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie	Jacek Popiel Uprzednio: Wojciech Nowak
25.		Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie	Małgorzata Kolpa Uprzednio: Jadwiga Laska, Józef Kania
26.		Szpital Powiatowy w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego	Marcin Radzięta
27.		Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	Wojciech Cyrul Uprzednio: Krzysztof Fyderek
28.	Delegatura NIK w Lublinie	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	Wojciech Załuska Uprzednio: Andrzej Drop
29.		Akademia Białska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej	Jerzy Nitychoruk Uprzednio: Agnieszka Smarzewska, Józef Bergier
30.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	Piotr Rybak
31.	Delegatura NIK w Łodzi	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	Radziśław Kordek
32.		Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego w Skierniewicach	Elżbieta Stokowska-Zagdan Uprzednio: Daniel Stos
33.	Delegatura NIK w Olsztynie	Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie	Jerzy Andrzej Przyborowski Uprzednio: Ryszard Józef Górecki
34.		Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie	Katarzyna Kopiczko
35.		Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce	Roman Lewandowski
36.		Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	Maciej Kamiński Uprzednio: Radosław Borysiuk, Łukasz Grabarczyk, Andrzej Włodarczyk
37.	Delegatura NIK w Opolu	Uniwersytet Opolski	Marek Masnyk
38.		Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Nysie	Przemysław Malinowski
39.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu	Jacek Bartosz
40.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie	Andrzej Prochota
41.	Delegatura NIK w Poznaniu	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Andrzej Tykarski
42.		Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu	Andrzej Wojtyła

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
43.	Delegatura NIK w Poznaniu	Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu	Elżbieta Wrzesińska-Żak
44.		Szpital Wojewódzki w Poznaniu	Piotr Nowicki Uprzednio: Karol Chojnacki, Małgorzata Piotrowska-Błochowiak
45.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach	Tomasz Baran Uprzednio: Adam Pachlita, Karolina Dziasek-Medrygał, Mirosław Leśniewski
46.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie	Zbigniew Widomski Uprzednio: Anna Lubas
47.		Karpacka Państwowa Uczelnia w Krośnie	Zbigniew Barabasz Uprzednio: Grzegorz Przebinda
48.		Uniwersytet Rzeszowski w Rzeszowie	Sylwester Czopek
49.	Delegatura NIK w Szczecinie	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	Bogusław Machaliński
50.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie	Elżbieta Czeszewska
51.		Szpital Barlinek Spółka z o.o.	Marek Stankiewicz Uprzednio: Arkadiusz Cysek
52.		Szpital w Kamieniu Pomorskim Spółka z o.o.	Agnieszka Borzęcka Uprzednio: Beata Mazur
53.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Piotr Ponikowski Uprzednio: Marek Ziętek
54.		Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy	Andrzej Panasiuk Uprzednio: Ryszard Kazimierz Pisarski
55.		Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu	Mariusz Misiuna Uprzednio: Mariola Dudziak, Adriana Tomusiak, Dominik Łoziński
56.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	Dominik Krzyżanowski Uprzednio: Janusz Jerzak, Michał Rataj
57.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze	Wojciech Strzyżewski Uprzednio: Tadeusz Kuczyński
58.		Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim	Elżbieta Skorupska-Raczyńska
59.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie	Beata Kucuń
60.		Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z o.o.	Katarzyna Lebiotkowska

## 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Aktualne przepisy prawne nie zawierają jednoznacznej definicji zawodu medycznego ani nie określają pełnego katalogu tych zawodów. Zawody medyczne

Przepis art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy *o działalności leczniczej* definiuje osobę wykonującą zawód medyczny jako osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Definicja ta ma zastosowanie na użytek ww. ustawy, jednak w literaturze wyrażane są wątpliwości dotyczące możliwości jej stosowania także w sytuacjach nieobjętych przedmiotową ustawą, w celu oceny czy dany zawód jest zawodem medycznym.

Na podstawie powyższej definicji można wyróżnić dwie grupy zawodów medycznych:

- osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych – dla ich wykonywania konieczne jest nie tylko posiadanie określonych kwalifikacji, potwierdzonych odpowiednimi dokumentami, ale także niezbędne jest uzyskanie uprawnienia do wykonywania danego zawodu, zgodnie z przepisami szczególnymi (lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, fizjoterapeuta, ratownik medyczny); przepisy określają m.in.: wykonywanie danego zawodu (zakres przedmiotowy, przedmiot zawodu), zasady związane z uzyskiwaniem kwalifikacji do wykonywania zawodu, zasady związane z prawem wykonywania zawodu, zasady i formy wykonywania zawodu, szkolenie podyplomowe (i specjalizacyjne);
- osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, w stosunku do których brakuje szczególnych uregulowań prawnych (np. dietetyk, technik dentystyczny, logopeda); w stosunku do ww. zawodów nie zostały uregulowane zasady zdobywania kwalifikacji, prawa wykonywania zawodu, kształcenia podyplomowego, zasad wykonywania zawodu, staży podyplomowych, nie istnieją podstawy prawne pozwalające na odpowiednie stosowanie do tych zawodów regulacji zawartych w ustawie o zawodzie lekarza, ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, czy innych.

Zgodnie z art. 433 ust. 1 pkt 4 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce*, uczelnia medyczna jest uczelnią publiczną nadzorowaną przez ministra właściwego ds. zdrowia. Natomiast nadzór nad pozostałymi uczelniami prowadzącymi kierunki medyczne sprawuje minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki. Stosownie do postanowień art. 426 ust. 1 pkt 1 *Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce* nadzór ten jest sprawowany w zakresie zgodności działania z przepisami prawa oraz prawidłowości wydatkowania środków publicznych. Uczelnie

Kształcenie przeddyplomowe na kierunkach będących przedmiotem kontroli odbywało się na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. *w sprawie standardów*

*kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.*

Zgodnie ze *standardami kształcenia* studia na kierunku lekarskim trwają 12 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 5700 (liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 360). Kierunek lekarski jest przyporządkowany do dyscypliny naukowej – nauki medyczne, jako dyscypliny wiodącej.

Zgodnie ze *standardami kształcenia* studia na kierunku lekarsko-dentystycznym trwają 10 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 5000 (liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 300). Kierunek lekarsko-dentystyczny jest przyporządkowany do dyscypliny naukowej – nauki medyczne, jako dyscypliny wiodącej.

Zgodnie z obowiązującymi *standardami kształcenia*, studia pierwszego stopnia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 4720 (liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 180). Natomiast studia drugiego stopnia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo trwają nie krócej niż 4 semestry, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300 (liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 120). Kierunki pielęgniarstwo i położnictwo są przyporządkowane do dyscypliny naukowej – nauki medyczne albo dyscypliny naukowej – nauki o zdrowiu, jako dyscypliny wiodącej.

Zgodnie z art. 63 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* studia mogą być prowadzone w dwóch formach: stacjonarnej i niestacjonarnej.

W przypadku studiów prowadzonych w formie stacjonarnej co najmniej połowa punktów ECTS musi być uzyskiwana w ramach zajęć bezpośrednio prowadzonych przez nauczycieli akademickich lub inne osoby prowadzące zajęcia. W ramach studiów niestacjonarnych wymóg taki nie obowiązuje. Prowadzenie studiów z bezpośrednim udziałem nauczycieli akademickich lub innych osób prowadzących zajęcia może odbywać się również przy wykorzystaniu środków komunikacji zdalnej, ale zajęcia muszą być prowadzone w czasie rzeczywistym. Ustęp 2 wspomnianego artykułu zakazuje łącznego prowadzenia zajęć na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych. Zgodnie z art. 63 ust. 3 w uczelni publicznej liczba studentów studiujących na studiach stacjonarnych nie może być mniejsza od liczby studentów studiów niestacjonarnych. Wskazane ograniczenie nie dotyczy uczelni niepublicznych.

Na podstawie art. 444 ust. 2 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego i nauki określa, w drodze rozporządzenia, limit przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w poszczególnych uczelniach, uwzględniając możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów tych studiów.

Określenie limitu przyjęć na studia na ww. kierunkach następuje w podziale na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim, jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim oraz jednolite studia magi-

sterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski, z podziałem na uczelnie posiadające uprawnienia do kształcenia na studiach na danym kierunku.

Uczelnia medyczna zawiera umowy cywilnoprawne z podmiotami leczniczymi, które udostępniają swoje komórki organizacyjne w celu prowadzenia kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie art. 89 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej. Art. 89 ust. 5 ustawy wskazuje niezbędne elementy takiej umowy.

Do podstawowych formuł świadczenia pracy w podmiotach leczniczych należą:

- stosunek pracy (zatrudnienie pracownicze) oraz
- umowy cywilnoprawne o udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 26 ustawy o działalności leczniczej (zatrudnienie niepracownicze).

Obie grupy zatrudnionych wykonują pracę zbliżoną lub taką samą, jak również pozostają w stosunkach prawnych z tymi samymi podmiotami. Treść umów będących podstawą nawiązania stosunku zatrudnienia, w tym treść stosunku pracy, w ochronie zdrowia odzwierciedla właściwości placówek medycznych. Pierwszeństwo znajdują tu przepisy dotyczące wykonywania poszczególnych zawodów medycznych oraz organizacji i funkcjonowania podmiotów leczniczych. W sprawach nieuregulowanych stosuje się przepisy ogólne – w zależności od charakteru zatrudnienia *Kodeksu pracy* albo *Kodeksu cywilnego*. Uprawnienia i obowiązki osób zatrudnionych wynikają nie tylko z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, lecz również z postanowień aktów autonomicznych (układów i innych porozumień zbiorowych, regulaminów i statutów)<sup>173</sup>.

Podstawą nawiązania stosunku pracy jest umowa o pracę (na okres próbny, na czas określony oraz na czas nieokreślony). Zasady zawierania oraz rozwiązywania umów o pracę zostały określone w rozdziale II *Kodeksu pracy* (art. 25–67). Elementy, które konstytuują stosunek pracy, zostały wymienione w art. 22 § 1 *Kodeksu pracy*.

Podstawą świadczenia pracy może być także umowa cywilna, zawierana na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej. W praktyce może być ona określana jako: umowa zlecenia, umowa o świadczenie usług lub inna umowa, np. umowa o współpracy.

Co do zasady możliwe jest zawarcie między tymi samymi podmiotami więcej niż jednej umowy, np. umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej. Taka sytuacja jest dopuszczalna pod warunkiem, że przedmiot pracy wykonywanej w ramach tych umów jest różny<sup>174</sup>. W przeciwnym razie działanie

Podstawy zatrudnienia  
w podmiotach  
leczniczych

<sup>173</sup> Akty autonomiczne obejmują swoim zakresem stosowania przede wszystkim pracowników. Niektóre z nich, np. układy zbiorowe pracy, mogą jednak kształtować sytuację również niepracowników, por. art. 21 ust. 3 ustawy o związkach zawodowych, który stanowi, że przepisy działu jedenastego *Kodeksu Pracy Układy zbiorowe pracy* stosuje się odpowiednio do innych niż pracownicy osób wykonujących pracę zarobkową oraz ich pracodawców (podmiotów zatrudniających), a także do organizacji zrzeszających te podmioty.

<sup>174</sup> Wyr. SN z 30.6.2000 r., II UKN 523/99; E. Suknarowska-Drzewiecka, w: *Kodeks pracy* (red. K. Walczak), 2018.

stron może zostać uznane za próbę obejścia prawa (np. przepisów o pracy w godzinach nadliczbowych lub czasu pracy oraz przepisów o ubezpieczeniu społecznym<sup>175</sup>).

Ze względu na niedobór personelu medycznego, częstą praktyką jest zawieranie dwóch umów pomiędzy tym samym podmiotem leczniczym i lekarzem (np. obok zawartej umowy o pracę, strony zawierają dodatkową umowę o świadczenie dyżurów lekarskich). Budzi to istotne wątpliwości w praktyce m.in. ze względu na jej ocenę z perspektywy ubezpieczeń społecznych. Świadczenie pracy podczas dyżuru lekarskiego/pielęgniarskiego może odbywać się na podstawie umowy cywilnoprawnej, a to rodzi konsekwencje w zakresie uwzględniania przychodów z takich umów w podstawie wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne oraz ubezpieczenie zdrowotne (art. 8 ust. 2a ustawy o *systemie ubezpieczeń społecznych*).

### Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek

Charakterystycznym aspektem zatrudnienia podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami jest stosowanie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. Minimalne normy ustala kierownik tego podmiotu po zasięgnięciu opinii: 1) kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym; 2) przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu (art. 50 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*). Celem ustalenia norm jest zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Kwestie te reguluje szczegółowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 grudnia 2012 r. w *sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*<sup>176</sup>.

Zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o *działalności leczniczej* minister właściwy do spraw wewnętrznych w odniesieniu do podmiotów leczniczych, dla których jest podmiotem tworzącym, a minister właściwy do spraw zdrowia w odniesieniu do pozostałych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami dokonuje corocznej oceny realizacji obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, na podstawie:

- 1) danych przekazanych przez te podmioty lecznicze w zakresie, terminie i w sposób wskazany przez tych ministrów;
- 2) wyników kontroli przeprowadzonej w trybie art. 119 wspomnianej ustawy, jeżeli dane przekazane w sposób określony w pkt 1 okażą się niewystarczające dla oceny realizacji wspomnianego obowiązku.

### Czas pracy w podmiotach leczniczych

Problematyce czasu pracy został poświęcony dział III (art. 93–99b) ustawy o *działalności leczniczej*, zatytułowany *Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych*. Do spraw nieuregulowanych przepisami tej ustawy znajdują zastosowanie przepisy *Kodeksu Pracy* dotyczące czasu pracy (art. 131, 150, 151).

<sup>175</sup> Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o *systemie ubezpieczeń społecznych*, Dz. U. z 2022 r. poz. 1009 ze zm. Zob. np. wyr. SN z 13.2.2014 r., I UK 323/13; post. SN z 22.6.2015 r., I UZ 3/15; wyr. SN z 22.7.2015 r., I UZ 6/15; wyr. SN z 21.9.2017 r., I UK 383/16; wyr. SN z 27.4.2018 r., I UK 182/16.

<sup>176</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 1545.



Normalnymi godzinami pracy lekarza są godziny wyznaczone mu w harmonogramie do przepracowania w ramach konkretnej doby, a dyżurem medycznym – czas poza tak określonymi normalnymi godzinami pracy. Obowiązująca lekarza przeciętna tygodniowa norma czasu pracy może być dopełniana przez godziny dyżuru medycznego planowane przez pracodawcę. Za część dyżuru dopełniającą godziny do obowiązującej lekarza przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy przysługują jedynie dodatki wynikające odpowiednio z przepisu art. 151<sup>1</sup> § 1–3 *Kodeksu pracy*.

Zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej* czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Artykuł 131 § 1 *Kodeksu pracy* wprowadza tzw. maksymalną tygodniową normę czasu pracy – 48 godzin, obejmującą zarówno normalne godziny pracy, jak i godziny nadliczbowe.

Przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy jest dopuszczalne w systemie równoważnego czasu pracy (art. 94 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*). Jeśli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których jest dopuszczalne przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę – w takim przypadku zmianie (wydłużeniu) nie ulega jednak przeciętna norma tygodniowa (37 godzin 55 minut bądź 40 godzin). Oznacza to, że przedłużony wymiar czasu pracy w danym dniu powinien być zrównoważony krótszym wymiarem czasu pracy w innym dniu/innych dniach bądź – w zależności od okoliczności – dniem wolnym (system równoważnego czasu pracy). Praca w ramach przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy nie stanowi pracy w godzinach nadliczbowych. Okres rozliczeniowy w równoważnym systemie czasu pracy wynosi 1 miesiąc, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach może być przedłużony do 4 miesięcy.

System równoważnego czasu pracy może być wprowadzony, jeśli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją. Najczęściej jest stosowany w komórkach, które zapewniają całodobową opiekę medyczną, gdzie praca wykonywana jest na 12-godzinne zmiany. Rozkład czasu pracy powinien być stosowany na podstawie harmonogramów pracy ustalanych dla przyjętego okresu rozliczeniowego, określających dla poszczególnych pracowników dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy (art. 94 ust. 3 ustawy *o działalności leczniczej*).

Systemy czasu pracy wprowadza się w układzie zbiorowym lub w regulaminie pracy, a jeśli u pracodawcy nie obowiązuje żaden z tych aktów, to wobwieszczeniu (art. 150 § 1 *Kodeksu pracy*).

Przepisy ustawy *o działalności leczniczej* nie zawierają kompleksowej regulacji zasad wykonywania pracy w godzinach nadliczbowych. Oznacza to, że należy stosować zasady wynikające z *Kodeksu Pracy*. Pracą w godzinach nadliczbowych jest praca wykraczająca poza normę lub poza przedłużony dobowy wymiar czasu pracy (art. 151 § 1 *Kodeksu pracy*). W przypadku zawodów medycznych praca nadliczbowa rozpoczyna się

po przekroczeniu obniżonych norm czasu pracy (7 godzin i 35 minut na dobę oraz 37 godzin i 55 minut przeciętnie tygodniowo w okresie rozliczeniowym).

Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku (art. 97 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*), a w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego (art. 97 ust. 3 ustawy o *działalności leczniczej*).

#### Dyżur medyczny

W stosunku do pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wyższe wykształcenie, którzy są zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, została przewidziana szczególna instytucja dyżuru medycznego. Jego istotą jest zobowiązanie do wykonywania poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych w podmiocie leczniczym świadczącym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Konstrukcja dyżuru odzwierciedla zmienne zapotrzebowanie na pracę w ciągu doby, umożliwiając zagwarantowanie przedłużonej (często ciągłej) opieki medycznej. Charakterystyczną cechą dyżuru jest przeplatanie się godzin efektywnej pracy, godzin odpoczynku oraz godzin gotowości do pracy<sup>177</sup>. Obowiązek pełnienia dyżuru medycznego, nie wymaga zawarcia dodatkowej umowy, a pracownik ma obowiązek pełnić dyżur na podstawie polecenia<sup>178</sup>.

Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy<sup>179</sup>. Jednak dyżur może być planowany również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (nie dłuższym niż 3 miesiące). Wreszcie praca w ramach dyżuru może być planowana ponad maksymalną normę 48-godzinną, ale wyłącznie w przypadku pracowników, którzy wyrazili zgodę na związanie ich klauzulą *opt-out* o czym niżej).

Do pracy w ramach dyżuru medycznego nie stosuje się art. 151 § 1, art. 151<sup>3</sup> oraz art. 151<sup>4</sup> *Kodeksu Pracy*. To oznacza, że po pierwsze, do pełnienia dyżuru medycznego nie stosuje się ograniczenia dotyczącego rocznej liczby godzin nadliczbowych dla pracownika w związku z koniecznością wykonywania pracy w razie szczególnych potrzeb pracodawcy, która nie może przekroczyć 150. Po drugie, pracownikowi, który pełnił dyżur medyczny

<sup>177</sup> D. Karkowska, *Zawody medyczne*, s. 430; M. Bąba, *Dyżur medyczny*, s. 12. Zob. szerzej: wyr. TSWE z 3.10.2000 r. w sprawie C-303/98, *Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (Simap) v. Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana*, EU:C:2000:528; wyr. TSWE z 9.09.2003 r. w sprawie C-151/02, *Landeshauptstadt Kiel v. Norbert Jaeger*, EU:C:2003:437.

<sup>178</sup> T. Rek, w: *Prawo publiczne ochrony zdrowia* (red. M. Dercz), s. 242.

<sup>179</sup> Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy począwszy od 1 stycznia 2008 r., kiedy to zmieniony został art. 32j ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o *zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2007 r. Nr 14 poz. 89, ze zm.). Przedmiotowa zmiana była konsekwencją dyskusji dotyczącej tego, czy zasada, zgodnie z którą czas dyżuru medycznego nie stanowi czasu pracy jest zgodna z prawem europejskim i z definicją czasu pracy wynikającą kolejno z dyrektywy Rady 93/104/WE z 23 listopada 1993 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L Nr 307, s. 18, ze zm.) oraz dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L Nr 299, s. 9).

i w związku z tym wykonywał pracę nadliczbową w dniu wolnym od pracy wynikającym z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, nie przysługuje w zamian inny dzień wolny od pracy. Po trzecie, nie stosuje się zasad dotyczących pracy nadliczbowej pracowników na stanowiskach kierowniczych. Wyłączenie stosowania przywołanych przepisów jest rekompensowane korzystniejszymi rozwiązaniami w zakresie wynagradzania wynikającymi z art. 99 ustawy *o działalności leczniczej*.

Ograniczeniem w ustaleniu dyżuru medycznego jest obowiązek pracodawcy do zapewnienia dobowego odpoczynku w wymiarze 11 godzin w każdej dobie. Wskazuje się, że osoby pełniące dyżur medyczny mogą być zobowiązane do skorzystania z odpoczynku dopiero po dyżurze medycznym, który wraz z pracą może trwać maksymalnie 24 godziny. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej* należy w każdej dobie udzielić pracownikowi 11 godzin odpoczynku, a jednocześnie odpoczynek powinien zostać udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego (art. 97 ust. 2 ustawy). Kolejnym ograniczeniem w ustaleniu dyżuru medycznego jest obowiązek zapewnienia tygodniowego odpoczynku wynoszącego w tym przypadku co najmniej 24 godziny (art. 97 ust. 4 ustawy). Odpoczynek tygodniowy powinien być udzielony w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni, co oznacza, że mogą wystąpić tygodnie pracy, w których taki odpoczynek nie zostanie udzielony.

Zgodnie z art. 96 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej* pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, mogą zostać zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (nie stosuje się przepisu art. 151 § 3 *Kodeksu pracy*, dotyczącego rocznej maksymalnej liczby godzin nadliczbowych). Stosowanie klauzuli *opt-out* ułatwia organizację pracy i zapewnienie odpowiedniej obsady personalnej w poszczególnych placówkach, ale jednocześnie stwarza zagrożenie znacznego obciążenia pracą pracownika. Pracodawca ma obowiązek prowadzić i przechowywać ewidencję czasu pracy pracowników, którzy wyrazili zgodę na związanie klauzulą *opt-out* oraz udostępniać ją organom właściwym do sprawowania nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem prawa pracy (art. 96 ust. 8 ustawy).

### 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2702, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. 2139).
7. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1360, ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1530).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1566, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474, ze zm.), obowiązywał do 28 grudnia 2022 r.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2017 r. poz. 19230), obowiązywał do 28 lutego 2022 r.
15. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755, ze zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (Dz. U. z 2021 r. poz. 661, ze zm.).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2012 r. w sprawie Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1017).

#### **6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli**

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej (KOP)
8. Sejmowa Komisja Zdrowia (ZDR)
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
12. Rzecznik Praw Pacjenta

## 6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister  
Zdrowia

NKM.0910.60.2022.24.KCZ  
Warszawa, 19 kwietnia 2023

Pan  
Marian Banaś  
Prezes  
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) P/22/047 „Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia”, która została przekazana przy piśmie z dnia 31 marca 2023 r. o znaku: KZD.430.007.2022, stosownie do uprawnienia wynikającego z art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK<sup>1</sup>, przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

W polskim porządku prawnym, co do zasady, przepisy określające normy czasu pracy oraz okresy odpoczynku dobowego i tygodniowego dotyczą pracowników, czyli osób, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy<sup>2</sup>. Normy czasu pracy oraz minimalne okresy odpoczynku nie są natomiast określone dla osób prowadzących działalność gospodarczą czy też świadczących pracę na podstawie innych niż umowa o pracę umów cywilnoprawnych.

Obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>3</sup> określają normy czasu pracy oraz minimalne okresy odpoczynku dobowego i tygodniowego pracowników podmiotów leczniczych. Regulacje te odnoszą się jednak tylko do pracowników.

Ustawa o działalności leczniczej oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>4</sup> dopuszczają zatrudnianie w podmiocie leczniczym osób wykonujących zawód medyczny, zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i umowy cywilnoprawnej. Ustawodawca nie wskazał preferowanej formy zatrudnienia, stąd też, zgodnie zagwarantowaną w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasadą wolności wyboru i wykonywania zawodu oraz zasadą swobody zawierania umów, decyzja i wybór nie tylko w zakresie miejsca pracy, ale również podstawy zatrudnienia zostały pozostawione woli stron danego stosunku prawnego.

<sup>1</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1510, z późn. zm.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.

Przepis art. 5 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że lekarz może wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska. Wykonywanie zawodu lekarza jest zatem możliwe zarówno na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej czy też w ramach kontraktu zawartego z praktyką zawodową. Lekarz może ponadto wykonywać zawód nie pozostając w stosunku prawnym z innym podmiotem leczniczym, np. w sytuacji, gdy jako przedsiębiorca prowadzi prywatną praktykę i w ramach kontraktu zawartego bezpośrednio z Narodowym Funduszem Zdrowia (zwanym dalej „NFZ”) lub nie posiadając umowy z płatnikiem publicznym, udziela świadczeń opieki zdrowotnej zgłaszającym się do niego pacjentom. Takie uregulowanie zasad wykonywania zawodu lekarza, ale również np. pielęgniarki i położnej wynika z uznania tych zawodów za wolne zawody zaufania publicznego. Z faktu wykonywania zawodu zaufania publicznego wynika w szczególności obowiązek kierowania się przy jego wykonywaniu zasadami etyki nakazującymi lekarzowi kierowanie się przede wszystkim dobrem chorego oraz dbałością o dobro zawodu rozumianą jako działanie niepodważające zaufania do zawodu lekarza.

Należy podkreślić, że w sytuacji, gdy kierownik podmiotu leczniczego decyduje się na zawarcie z lekarzem lub innym pracownikiem medycznym umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem będzie udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to wówczas postanowienia tej umowy powinny z jednej strony zapewniać prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego (w szczególności gwarantować ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i odpowiednią dostępność do tych świadczeń), z drugiej jednak strony winny w taki sposób regulować wykonywanie pracy przez lekarza, aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjentów, jak i samego lekarza. Kierownik szpitala jest bowiem, zgodnie z art. 46 ustawy o działalności leczniczej, odpowiedzialny za zarządzanie podległą mu placówką, w tym za takie kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z lekarzami, które pozwoli przede wszystkim dbać o dobro pacjenta (przepracowany lekarz bez wątplenia nie daje rękojmi zapewnienia należytej opieki nad pacjentami). Również lekarz, pielęgniarka, położna (wykonujący tzw. wolny zawód zaliczany do grupy zawodów zaufania publicznego), których oświadczenie woli jest tak samo ważne przy zawieraniu umowy cywilnoprawnej, jak oświadczenie woli kierownika szpitala, powinien mieć na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej. Przykładowo można wskazać na Kodeks Etyki Lekarskiej, do którego przestrzegania każdy lekarz jest zobowiązany pod groźbą kary (do odebrania prawa wykonywania zawodu włącznie), a który wskazuje dobro chorego jako nadrzędną zasadę wykonywania zawodu. Stanowi przy tym, że z przestrzegania tej zasady nie zwalniają lekarza wymagania administracyjne, naciski społeczne czy też mechanizmy rynkowe.

#### **Część IV. Wnioski, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia, str. 16.**

Jak już wcześniej informował Minister Zdrowia, 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. W pierwszej kolejności model będzie skupiał się na kadrze lekarskiej i pozwoli na określenie liczby potrzebnych lekarzy i lekarzy specjalistów, w tym miejsc na studiach, oraz miejsc specjalizacyjnych. Model będzie uwzględniał prognozę epidemiologiczną, a analizy zostaną wykonane w bieżącym roku. Wyniki zostaną opublikowane na stronie internetowej: [www.basiw.mz.gov.pl](http://www.basiw.mz.gov.pl).

Ponadto, w dniu 23 grudnia 2022 r. powołano Zespół do spraw modelowania i prognozowania zapotrzebowania na kadre medyczną, m.in. na lekarzy<sup>5</sup>. Celem Zespołu jest podejmowanie działań umożliwiających optymalne wykorzystanie i rozwój potencjału kadry medycznej.

Należy zatem przyjąć, że połączenie tych dwóch aktywności będzie prowadzić zarówno do ustalenia faktycznej podaży i popytu, jak również określenia przez ekspertów strategicznych kierunków działań mających na celu zapewnienie i utrzymanie na rynku pracy właściwej liczby personelu medycznego. Takie podejście gwarantuje z jednej strony kompleksowe podjęcie tematyki zasobów kadrowych w ochronie zdrowia, z drugiej elastyczność niezbędną w dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości.

Dodatkowo, uprzejmie informuję, że są wdrażane zmiany, których celem ma być właśnie zaspokojenie potrzeb społecznych na kadry lekarską i lekarsko-dentystyczną. Przykładowe działania, które mogą być elementami strategii (szczegółowe zadania) znajdują się poniżej:

- 1) wyodrębnienie dziedzin najważniejszych z punktu widzenia epidemiologicznego kraju i ustanowienie dla nich specjalnych zasad;
- 2) zwiększenie wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy i lekarzy dentystów w trakcie specjalizacji w trybie rezydenckim;
- 3) wprowadzenie rozwiązania, 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). Rozwiązanie to ma na celu zachęcenie młodych lekarzy do pracy w polskich podmiotach leczniczych, finansowanych ze środków publicznych;
- 4) znaczne zwiększenie limitów przyjęć na kierunek lekarski na uczelniach;
- 5) wprowadzenie możliwości uzyskania kredytu na studiach odpłatnych w języku polskim na kierunku lekarskim dla studentów, z możliwością całkowitego lub częściowego umorzenia kosztów tego kredytu po spełnieniu warunków określonych w ustawie;
- 6) wprowadzenie zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne (tzw. Nabór Centralny), w tym 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;
- 7) wprowadzenie od lipca 2020 r. wielu rozwiązań poprawiających proces kształcenia lekarzy, które w przyszłości zaowocują zwiększeniem liczby specjalistów i zmniejszeniem czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Najważniejsze z nich to:
  - umożliwienie przystąpienia lekarzom, którzy ukończyli przedostatni rok studiów, o rok wcześniej niż dotychczas do Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, co skraca lukę czasową oczekiwania na egzamin, który jest jednym z niezbędnych warunków do spełnienia przy otrzymaniu prawa wykonywania zawodu (PWZ),
  - umożliwienie lekarzom, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego, przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego,
  - wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym lekarze dentyści, w czasie stanu zagrożenia epidemicznego, mogą udzielać świadczeń zdrowotnych zarezerwowanych dotąd dla lekarzy,
  - wprowadzenie przepisów umożliwiających uzyskiwanie uprawnień do wykonywania zawodu lekarzom i lekarzom dentystom, którzy uzyskali swoje dyplomy poza krajami Unii Europejskiej, poprzez zaliczenie Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego sprawdzającego wiedzę na poziomie określonym wymogami unijnymi;

<sup>5</sup> Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw modelowania i prognozowania zapotrzebowania na kadre medyczną (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 135).



- 8) wprowadzenie działań mających na celu poprawę atrakcyjności zawodów medycznych i warunków pracy pracowników medycznych dotyczących aktualizacji najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w Polsce.

### **Część IV. Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 16.**

W odniesieniu do wniosku nr 2 dotyczącego zapewnienia pełnej i terminowej realizacji działań przewidzianych w dokumencie strategicznym *Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*, uprzejmie informuję, że dokument ma charakter planistyczny (strategiczny), określa cele i działania istotne dla pielęgniarstwa i położnictwa, ujęte w perspektywie do 2031 r., które są sukcesywnie realizowane przez Ministerstwo Zdrowia.

W ramach obszaru I., dotyczącego kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych są podejmowane działania mające na celu zwiększenie liczby studentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo przy uwzględnieniu jakości kształcenia, tj. m.in.:

- 1) realizacja programów rozwojowych w uczelniach medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych, ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa (stypendia dla studentów) oraz poprawę jakości kształcenia praktycznego na tych kierunkach (tworzenie centrów symulacji medycznej);
- 2) zmiana w standardach kształcenia pielęgniarek i położnych – w celu harmonizacji efektów uczenia się absolwentów studiów I i II stopnia w celu uniknięcia powtarzania nabytej wiedzy i umiejętności w toku kształcenia podyplomowego, dokonano w 2019 r. przeglądu standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej. Od 2022 r. są kontynuowane prace dotyczące dalszych zmian w tych standardach, ukierunkowane na uprządkowanie kształcenia tak, aby było dostosowane do aktualnych potrzeb rynku pracy oraz regulacji Unii Europejskiej. Zarządzeniem Ministra Zdrowia powołano zespół ekspertów, który przygotował zmiany obszarów kompetencyjnych absolwentów studiów I i II stopnia ww. kierunków. Zróznicowano kompetencje zawodowe licencjata pielęgniarstwa i położnictwa oraz magistra pielęgniarstwa i położnictwa. Projekt ww. standardów został przekazany do Ministerstwa Edukacji i Nauki w celu rozpoczęcia procedury legislacyjnej;
- 3) system zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych, w tym pielęgniarstwo i położnictwo – uchwała nr 251 Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą „*System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026*”<sup>6</sup>, co pozwoli na uruchomienie wsparcia planowanego dla pielęgniarek i położnych w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności. Dla studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo są przewidziane stypendia dla osób podejmujących studia, bezzwrotne dofinansowanie kształcenia studentów oraz mentoring w formie praktyk studenckich. Natomiast dla absolwentów tych kierunków, w celu ułatwienia podjęcia pracy w zawodach pielęgniarstwa i położnej, są planowane działania pilotażowe, polegające na zapewnieniu w pierwszej pracy opieki mentora, tj. osoby wprowadzającej w nowe obowiązki zawodowe;
- 4) w celu poprawy jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo podjęto prace merytoryczne w obszarze modelu współpracy uczelni z podmiotami leczniczymi w zakresie realizacji kształcenia praktycznego oraz dokonano weryfikacji kryteriów akredytacyjnych.

Działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych przekładają się realnie na wzrost liczby szkół kształcących pielęgniarstwa i położnictwa na poziomie I stopnia oraz zwiększenie liczby studentów

---

<sup>6</sup>M.P. poz. 1237.

kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Realizacja działań w tym obszarze wpływa również na systematyczny wzrost liczby pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych w systemie opieki zdrowotnej oraz wzrost wskaźnika liczby pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce.

W zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych są prowadzone działania mające na celu zmiany w systemie tego kształcenia, w tym w szczególności, opracowano główne kierunki zmian w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

- 1) w celu wsparcia rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych, Minister Zdrowia corocznie dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne w priorytetowych dziedzinach pielęgniarstwa, w ramach posiadanych środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa – w 2023 r. przeznaczono 10 mln zł;
- 2) trwają prace dotyczące połączenia Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – przygotowano projekt ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (UD 195), który zapewni pielęgniarkom i położnym łatwiejszy dostęp do prowadzenia działalności naukowej, dydaktycznej oraz uczestnictwa w inicjowaniu i wspólnym prowadzeniu badań naukowych, a także ułatwi wymianę doświadczeń przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych. Po zintegrowaniu ww. podmiotów będą prowadzone dalsze prace nad merytorycznymi zmianami w systemie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Projekt ww. ustawy wpisuje się w cele określone w dokumencie *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce*, dotyczące utworzenia zaplecza naukowo-eksperckiego dla Ministra Zdrowia w zakresie przygotowywania propozycji rozwiązań systemowych w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa, w tym kształcenia zawodowego oraz określenie priorytetowych działań, w tym kierunków badań naukowych;
- 3) w ramach inicjatywy REACT-EU dla obszaru zdrowia, jest realizowany projekt pozakonkursowy pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych”, który przewiduje wsparcie finansowe kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych na kwotę 112 mln zł;
- 4) są planowane też środki na wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w wysokości 84 mln zł w ramach Nowej Perspektywy Finansowej 2021-2027 – Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS).

W ramach obszaru II. Określenie roli i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, należy wskazać, że przedsięwzięcia mające na celu określenie ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia są ściśle związane z działaniami podejmowanymi w obszarze kształcenia pielęgniarek i położnych, a także realizacji świadczeń zdrowotnych.

Obowiązujące od roku akademickiego 2019/2020 standardy kształcenia przygotowujące do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, nadały nowe kompetencje absolwentom studiów pierwszego stopnia kierunku pielęgniarstwo (wykonywanie szczepień przeciw grypie, WZW i tężcowi) oraz położnictwo (wykonywanie szczepień przeciwko grypie, WZW i HPV), bez konieczności odbywania kształcenia podyplomowego z zakresu szczepień ochronnych:

- 1) wprowadzono przepisy nadające pielęgniarkom w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej (AOS) uprawnienia do wypisywania recept na bezpłatne leki 75+ oraz umożliwiające wystawianie recept kobietom w ciąży na bezpłatne leki przez położną POZ lub położną AOS wykonującą świadczenia opieki zdrowotnej w poradni położniczo-ginekologicznej;
- 2) umożliwiono pielęgniarkom, posiadającym tytuł magistra, rozszerzanie swoich kompetencji w ramach nowych dziedzin specjalizacji: „chirurgiczna asysta lekarza” oraz „psychoterapia uzależnień”. W tej ostatniej dziedzinie mogą także rozwijać się położne z

tytułem magistra położnictwa. Obecnie jest realizowany projekt „*Pilotażowy program szkolenia specjalizacyjnego dla ratowników medycznych i pielęgniarek oraz fizjoterapeutów – chirurgiczna asysta lekarza*”, który ma na celu częściowe finansowanie ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie;

- 3) nadano pielęgniarkom systemu – pełniącym funkcję kierownika zespołu ratownictwa medycznego – uprawnienia do stwierdzania zgonu w ramach czynności ratunkowych;
- 4) trwają prace dotyczące dalszego zwiększania kompetencji pielęgniarek i położnych, m.in. poprzez:
  - rozszerzenie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne, co m.in. umożliwi realizację świadczeń, w szczególności z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia – projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia jest po konsultacjach publicznych i opiniowaniu,
  - umożliwienie pielęgniarkom i położnym kwalifikowania do wszystkich zalecanych szczepień u osób dorosłych oraz wykonywania tych szczepień.

Ponadto podkreślam, że rola i kompetencje pielęgniarek i położnych są obszarem priorytetowym dla Ministra Zdrowia w kontekście toczących się prac nad ww. standardami kształcenia pielęgniarek i położnych oraz planowanej kontynuacji działań dotyczących redefinicji uprawnień specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa.

W ramach obszaru III. Normy zatrudnienia – określenie liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń należy wskazać, że od 1 stycznia 2019 r. weszły w życie przepisy, które zobowiązują placówki medyczne do stosowania wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze 0,6 na łóżko na oddziałach o profilu zachowawczym i 0,7 na łóżko na oddziałach o profilu zabiegowym. Dla oddziałów, na których leczy się dzieci, wprowadzono odpowiednio wskaźnik zatrudnienia 0,8 dla oddziałów zachowawczych oraz 0,9 dla oddziałów zabiegowych. Dotyczą one wszystkich oddziałów stacjonarnych całodobowych. Każdy świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń.

Ponadto, odnosząc się do kwestii norm zatrudnienia w pozostałych zakresach świadczeń zdrowotnych, uprzejmie informuję, że obecnie trwają prace dotyczące opracowania koncepcji określania tych norm, tak aby w sposób adekwatny do potrzeb wskazywały na niezbędne zabezpieczenie pielęgniarek i położnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na poziomie gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

W ramach realizacji obszaru IV., dotyczącego warunków pracy, wynagrodzeń i promocji zawodów pielęgniarek i położnych, należy wskazać, że są sukcesywnie wprowadzane rozwiązania legislacyjne, które gwarantują stopniowe podwyższanie najniższych wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne, w tym też pielęgniarek i położnych:

- 1) od 1 lipca 2022 r. zostały podwyższone poziomy gwarantowanych wynagrodzeń zasadniczych m.in. we wszystkich grupach zawodowych pielęgniarek i położnych pracujących w podmiotach leczniczych:
  - pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia: 7 304 zł, co stanowi wzrost o 33% w stosunku do wcześniej obowiązującej kwoty gwarantowanego najniższego wynagrodzenia,
  - pielęgniarka, położna z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim; pielęgniarka, położna z wymaganym wyższym wykształceniem (studia

- I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją: 5 775 zł, co stanowi wzrost o 38%,
- pielęgniarka, położna z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie studiów I stopnia; pielęgniarka albo położna z wymaganym średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia: 5 322 zł, co stanowi wzrost odpowiednio o 27 i 41%;
- 2) mając na uwadze poprawę pozapłacowych warunków pracy pielęgniarek i położnych zrealizowano pilotaż standaryzacji opieki pielęgniarstwiej (dokumentacja elektroniczna) w wybranych podmiotach leczniczych. Celem pilotażu było stworzenie warunków do praktycznego wdrożenia i wykorzystania Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (Słownika ICNP®) w dokumentowaniu pracy pielęgniarki w formie elektronicznej oraz weryfikowaniu realizowanych planów opieki, w tym interwencji pielęgniarstwiej wykonywanych przez pielęgniarki w bezpośredniej opiece nad pacjentem;
  - 3) w ramach promocji zawodów pielęgniarki i położnej realizowano ogólnopolską kampanię medialną #STAWIAM NA PRZYSZŁOŚĆ (spoty filmowe, filmy wiralowe, ulotki, strona internetowa, wystawa w przestrzeni miejskiej, ilustrująca pracę pielęgniarek na przestrzeni dziesięcioleci);
  - 4) obecnie trwają prace mające na celu wypracowanie ostatecznego brzmienia przepisów dotyczących kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w tym m.in. pielęgniarek i położnych. Projektowane przepisy mają na celu dostosowanie wymagań kwalifikacyjnych na poszczególnych stanowiskach pracy do zarówno zmieniającego się dynamicznie rynku pracy w ochronie zdrowia, jak i systemu kształcenia kadr medycznych, a także ustalenie ścieżki awansu zawodowego pielęgniarek i położnych.

W ramach realizacji obszaru V. - Nowy zawód medyczny jako zawód pomocniczy dla zawodu pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej, mając na uwadze wykorzystanie istniejącego potencjału zawodu opiekuna medycznego, który ma znacząco wesprzeć pielęgniarki i położne w ich zadaniach zawodowych, wprowadzono nowe dodatkowe umiejętności zawodowe do podstawy programowej, określone w rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 28 maja 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego<sup>7</sup>.

Dotychczasowa kwalifikacja *MED.03. Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej* została zastąpiona kwalifikacją *MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej*. Zmiana nazwy kwalifikacji łączy się z rozszerzeniem zakresu efektów kształcenia i kryteriów weryfikacji tych efektów, m. in. w obrębie wykonywania wybranych czynności z zakresu opieki medycznej.

Absolwent szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie opiekun medyczny od roku szkolnego 2021/2022 jest przygotowany do wykonywania następujących zadań zawodowych:

- 1) rozpoznawania problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- 2) świadczenia usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- 3) współpracy z pielęgniarkami i lekarzami oraz innym personelem;
- 4) wykonywania czynności z zakresu pobierania krwi żyłnej i tętniczkowej oraz innych materiałów do badań laboratoryjnych;

---

<sup>7</sup>Dz.U.poz. 1087.

- 5) wykonywania czynności z zakresu gimnastyki osiowo-symetrycznej w trzech płaszczyznach jednocześnie SOS 3D – metoda Hoppe;
- 6) wykonywania wybranych czynności medycznych w podmiotach leczniczych, w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w środowisku domowym.

### **Część IV. Wnioski, wniosek nr 3 do Ministra Zdrowia, str. 16.**

W odniesieniu do wniosku nr 3 dotyczącego dokonania, we współpracy z Ministrem Edukacji i Nauki, analizy przebiegu rekrutacji na kierunek lekarski i rozważenia wprowadzenia rozwiązań, które usprawniłyby ten proces, np. poprzez przygotowanie aplikacji umożliwiającej tworzenie wspólnej listy osób przyjętych na poszczególne uczelnie z uwzględnieniem preferencji kandydatów, uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia od roku akademickiego 2021/2022 zwraca się do Uczelni o podanie liczby osób, które zostały przyjęte na 1 rok studiów. Poza tym w Zintegrowanym Systemie Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauki POL-on (zwanym dalej „Systemem POL-on”), prowadzonym przez Ministra Edukacji i Nauki, Uczelnie mają obowiązek złożenia sprawozdań o liczbie kandydatów i przyjętych na studia stacjonarne i niestacjonarne w podziale na kierunki i profil studiów (formularze statystyczne EN-1) w postępowaniu rekrutacyjnym na nowy rok akademicki. W 2022 r. terminem złożenia sprawozdania był 5 października 2022 r. Ponadto do końca 1 kwartału Uczelnie składają w Systemie POL-on sprawozdania statystyczne dotyczące m.in. liczby studentów na poszczególnych kierunkach i latach studiów w bieżącym roku akademickim wg stanu na 31 grudnia roku poprzedniego (druki statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego S-10).

Dodatkowo, zgodnie z art. 444 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce<sup>8</sup> (zwaną dalej „ustawą PSWN”), rekrutacja na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym odbywa się w ramach limitu przyjęć. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego i nauki corocznie określa, w drodze rozporządzenia, limit przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w poszczególnych Uczelniach. Rozwiązanie to ma na celu niedopuszczenie do przeciążenia systemu szkolnictwa wyższego i nauki oraz jest uzależnione od możliwości dydaktycznych Uczelni (w tym w zakresie kadry i infrastruktury), zapotrzebowania na absolwentów tych studiów, a także zmian zachodzących w otoczeniu społeczno-gospodarczym i potrzeb systemu ochrony zdrowia.

Natomiast, warunki, tryb oraz termin rozpoczęcia i zakończenia rekrutacji oraz sposób jej przeprowadzenia, Uczelnie ustalają samodzielnie, zgodnie z art. 70 ust. 1 ustawy PSWN. Każda Uczelnia ustala również, jakie wyniki z egzaminu maturalnego lub egzaminu dojrzałości będą stanowiły podstawę przyjęcia na studia i w jaki sposób będzie dokonywane przeliczanie ocen/punktów (udział procentowy ocen z poszczególnych przedmiotów w końcowym wyniku). Uczelnie mogą przeprowadzać dodatkowo egzaminy wstępne wyłącznie w przypadku konieczności sprawdzenia uzdolnień artystycznych, sprawności fizycznej lub szczególnych predyspozycji do podejmowania studiów, niesprawdzanych w trybie egzaminu maturalnego (art. 70 ust. 4 ustawy PSWN). Takie uregulowanie kwestii rekrutacji na studia pozwala na dostosowanie wymogów, jakie muszą spełniać kandydaci na studia, do specyfiki poszczególnych kierunków studiów. Informacje o warunkach rekrutacji na studia w danym roku akademickim Uczelnie podają do wiadomości publicznej na rok przed rozpoczęciem rekrutacji (w przypadku utworzenia Uczelni lub studiów na określonym kierunku, poziomie i profilu – niezwłocznie). Ma to stanowić gwarancję dla kandydatów, że ustalone wcześniej reguły nie ulegną zmianom i umożliwić podjęcie przemyślanej decyzji co do wyboru Uczelni oraz kierunku studiów.

---

<sup>8</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 574, z późn. zm.

Należy podkreślić, że uprawnienie do określania szczegółowych zasad rekrutacji, wiąże się z odpowiedzialnością Uczelni za transparentne i sprawiedliwe przeprowadzenie przyjęć na studia. Uczelnie mają obowiązek ustalania takich przeliczników wyników matur, aby wszyscy kandydaci na studia mieli równe szanse w trakcie rekrutacji, a jedynym kryterium wstępu na studia była ocena wiedzy i umiejętności kandydata. Uczelnie w procesie rekrutacji otrzymuje dokumenty, na których są stosowane różne skale ocen, wydane w różnych latach, dlatego musi we własnym zakresie opracować algorytm uwzględniający te wszystkie elementy, żeby móc dokonać sprawiedliwego porównania wyników osiągniętych przez kandydatów na studia. Każdy przypadek jest rozpatrywany indywidualnie w zależności od tego, jakie przedmioty były zdawane na maturze oraz jakie przedmioty są brane pod uwagę przy rekrutacji na konkretny kierunek studiów. Wyniki postępowania w sprawie przyjęcia na studia są jawne (art. 72 ust. 5 ustawy PSWN).

Należy wskazać, że Uczelnie są autonomiczne we wszystkich obszarach swojego działania na zasadach określonych w ustawie PSWN. Uczelnie mają w szczególności prawo do prowadzenia kształcenia zgodnie z przysługującymi im uprawnieniami, w tym do ustalania warunków przyjęcia na studia. Wszelkie regulacje w tym zakresie mają charakter wewnętrzuczelniany i ostateczne decyzje leżą po stronie władz Uczelni. Minister Edukacji i Nauki nie posiada kompetencji do ingerowania w proces przyjęć na studia w uczelniach, o ile nie narusza on obowiązujących przepisów. Wstęp na studia jest wolny i każdy kandydat ma możliwość aplikowania na nieograniczoną liczbę kierunków, w tej samej lub różnych Uczelniach, o ile spełni wymagania przewidziane w uchwale rekrutacyjnej. Każda Uczelnia przeprowadza rekrutację samodzielnie, a po jej zakończeniu samodzielnie tworzy listę osób przyjętych na studia. Dla każdego kierunku studiów Uczelnie określają limity przyjęć, za wyjątkiem kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, dla których to minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego i nauki określa corocznie limity przyjęć. Ponadto, zgodnie z art. 70 ust. 2 ustawy PSWN Uczelnia uwzględnia możliwość przeprowadzania rekrutacji uzupełniającej dla osób, które ubiegały się o przyjęcie na studia pierwszego stopnia lub jednolite studia magisterskie na danym kierunku studiów na rok akademicki, na który jest przeprowadzana rekrutacja, oraz których wynik egzaminu maturalnego z danego przedmiotu lub przedmiotów został podwyższony w wyniku weryfikacji sumy punktów lub odwołania, o których mowa w art. 44z ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty<sup>9</sup>.

Mając powyższe na uwadze brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia rozwiązania w postaci aplikacji umożliwiającej tworzenie wspólnej listy osób przyjętych na poszczególne uczelnie z uwzględnieniem preferencji kandydatów.

Jednocześnie należy wskazać, że Minister Edukacji i Nauki prowadzi Systemem POL-on, który obejmuje m.in. wykaz studentów (art. 342 ust. 3 pkt 2 ustawy PSWN). Do wykazu studentów dane wprowadzają rektorzy Uczelni, którzy jednocześnie mają dostęp do danych w zakresie dotyczącym studentów kształcących się w kierowanych przez nich Uczelniach (art. 344 ust. 2 i ust. 3 pkt 2 ustawy PSWN). Ponadto, Uczelnie są zobowiązane do corocznego składania w Systemie POL-on formularzy statystycznych EN-1 – sprawozdania o liczbie kandydatów i przyjętych na pierwszy rok studiów pierwszego stopnia, jednolitych studiów magisterskich oraz studiów drugiego stopnia, na poszczególnych kierunkach studiów. Jest zatem możliwe wygenerowanie z Systemu POL-on danych dotyczących wyników rekrutacji w danym roku akademickim w poszczególnych Uczelniach oraz informacji dotyczących liczby studentów, którzy rozpoczynają studia na określonym kierunku (np. lekarskim, lekarsko-dentystycznym) na pierwszym roku studiów.

#### **Część IV. Wnioski, wniosek nr 4 do Ministra Zdrowia, str. 16.**

---

<sup>9</sup>Dz. U. z 2022 r. poz. 2230.

Uprzejmie informuję, iż w odpowiedzi na wniosek dotyczący wprowadzenia rozwiązań zwiększających efektywność prowadzonego naboru na specjalizacje w trybie rezydenckim, należy wskazać, że od postępowania kwalifikacyjnego jesień 2023 r. zostanie wprowadzony dodatkowy etap postępowania kwalifikacyjnego (wprowadzony art. 41 pkt 3 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej<sup>10</sup>), który ma na celu zakwalifikowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach priorytetowych w trybie rezydenckim jak największej liczbie lekarzy. W dodatkowym etapie postępowania kwalifikacyjnego będą brały udział osoby niezakwalifikowane w postępowaniu kwalifikacyjnym, które wskazały chociaż jeden wariant wyboru, obejmujący tryb rezydencki i priorytetową dziedzinę medycyny oraz nie zostały zakwalifikowane na wcześniejszych etapach postępowania na ten wariant. W ramach przeprowadzanego dodatkowego etapu postępowania, zostaną uruchomione wszystkie miejsca szkoleniowe, które nie zostały wykorzystane w ramach trybu rezydenckiego i pozarezydenckiego. Do przeprowadzania dodatkowego etapu postępowania kwalifikacyjnego będą mieć zastosowanie odpowiednio zasady dotyczące pierwszego i drugiego etapu postępowania kwalifikacyjnego. W ramach dodatkowego etapu postępowania kwalifikacyjnego będzie można zakwalifikować lekarzy w liczbie odpowiadającej liczbie niewykorzystanych miejsc rezydenckich, pozostałych po ogłoszeniu ostatecznych list lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Przewiduje się, że wprowadzenie dodatkowego etapu postępowania kwalifikacyjnego znacząco zwiększy liczbę lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach priorytetowych.

Ponadto, w związku z tym, że jesienią 2023 r. staże podyplomowe będą kończyć lekarze, którzy rozpoczęli studia w ramach pierwszego dużego zwiększenia limitów w 2016 r., Minister Zdrowia na 2023 r. zaplanował znaczne zwiększenie liczby miejsc rezydenckich. Na postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne wiosną 2023 r., które rozpoczęło się 1 marca 2023 r. Minister Zdrowia przyznał 4178 miejsc rezydenckich (w tym 2998 miejsc w dziedzinach priorytetowych), tj. o 2178 miejsc rezydenckich więcej niż w postępowaniu wiosną 2022 r. Ponadto na postępowanie jesień 2023 r. również zaplanowano znaczne zwiększenie liczby przyznanych miejsc rezydenckich.

#### **Część IV. Wnioski, wniosek nr 5 do Ministra Zdrowia, str. 16.**

W odniesieniu do wniosku nr 5 dotyczącego wydawania rozporządzeń w sprawie limitów przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym przed rozpoczęciem procesu rekrutacji przez Uczelnie Medyczne (strony nr 11, 18-19 Informacji o wynikach kontroli NIK), informuję, iż Minister Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby rozporządzenie w sprawie limitów przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym było wydawane przed rozpoczęciem procesu rekrutacji przez Uczelnie Medyczne. Na rok akademicki 2023/2024 prace nad rozporządzeniem rozpoczęły się już 23 stycznia 2023 r. Tego dnia zostały rozesłane do Uczelni pisma zawierające prośbę o przygotowanie propozycji limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, uwzględniając możliwości dydaktyczne Uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów tych studiów.

Ponadto Minister Zdrowia planuje już na przełomie kwietnia i maja 2023 r. (oraz w latach kolejnych) przeprowadzić konsultacje zewnętrznie przedmiotowego rozporządzenia.

#### **Część V. Wnioski, wniosek, nr 6 do Ministra Zdrowia, str. 16.**

W odniesieniu do wniosku dotyczącego przygotowania, we współpracy z samorządami zawodowymi, skutecznych rozwiązań w zakresie poświadczania dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentystów, uprzejmie informuję, że obecnie obowiązuje przepis rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego

<sup>10</sup> Dz. U. poz. 650.

lekarzy i lekarzy dentyistów dnia<sup>11</sup>, które Minister Zdrowia opracowuje, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, biorąc pod uwagę konieczność określenia zakresu stałej aktywności lekarzy w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia. Dodatkowo, w kwestii doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, uprzejmie informuję, że możliwe rozwiązania w tym zakresie są przedmiotem analiz dotyczących systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, w porozumieniu z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych.

#### **Część IV. Wnioski, wniosek nr 7 do Ministra Zdrowia, str. 16.**

W odniesieniu do wniosku dotyczącego przeprowadzenia kompleksowej analizy procesu realizacji stażu podyplomowego na podstawie zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu podyplomowego przekazanych przez Okręgowe Rady Lekarskie (strona nr 10 Informacji o wynikach kontroli NIK), uprzejmie informuję, iż ankiety oceny stażu podyplomowego wpływały do Ministerstwa Zdrowia na podstawie § 15 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty<sup>12</sup>, zgodnie z którym:

*„§ 15. 4. Okręgowa rada lekarska na podstawie wypełnionych ankiet, o których mowa w § 4 ust. 4 pkt 3 i 4, dokonuje oceny stażu i przekazuje tę ocenę oraz zbiorcze wyniki ankiet marszałkowi województwa, wojewodzie oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.”*

W związku z faktem, iż za ocenę jednostek stażowych i ich kontrolę jest odpowiedzialny Urząd Marszałkowski, głównym odbiorcą ankiet jest właśnie ta instytucja. Ponadto aktualnie zostało wydane nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2023 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty<sup>13</sup>, które w § 9 ust. 1 i 2 przewiduje: *„Lekarz stażysta uzyskuje zaliczenie stażu podyplomowego po zrealizowaniu programu stażu podyplomowego oraz po złożeniu kolokwiiów i sprawdzianów, o których mowa w § 7 i § 8, a także po wypełnieniu, za pomocą SMK, odpowiednio anonimowej ankiety „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza stażystę”, określonej w załączniku nr 5 do rozporządzenia, albo anonimowej ankiety „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza dentyistę stażystę”, określonej w załączniku nr 6 do rozporządzenia. Właściwa okręgowa rada lekarska potwierdza za pomocą SMK zaliczenie stażu podyplomowego.”*

Niemniej, mając na uwadze fakt, że to Ministerstwo Zdrowia podejmuje kluczowe decyzje odnośnie do kształtu stażu podyplomowego, jego przebiegu i finansowania, zasadnym wydaje się podjęcie działań analitycznych także po stronie Ministerstwa Zdrowia. A zatem analiza taka będzie wykonywana w styczniu każdego roku, w stosunku do ankiet, które wpłynęły w roku poprzednim.

#### **Część IV. Wnioski, wniosek *de lege ferenda* nr 1 do Ministra Zdrowia, str. 16.**

W odniesieniu do wniosku dotyczącego wprowadzenia systemu akredytacji organizatorów kształcenia obejmującego wszystkie rodzaje kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, uprzejmie informuję, że rozwiązania mające na celu zapewnienie wysokiej jakości we wszystkich rodzajach tego kształcenia zostały wypracowane w projekcie ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (UD 195). Zgodnie z ww. projektem specjalizacja będzie mogła być prowadzona przez organizatorów kształcenia wyłącznie po uzyskaniu akredytacji na prowadzenie specjalizacji w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, udzielonej przez Rektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego analogicznie, jak w przypadku innych zawodów medycznych.

<sup>11</sup> Dz. U. poz. 464.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 474, z późn. zm.

<sup>13</sup> Dz. U. poz. 377.



Zgodnie z projektowanymi rozwiązaniami, podmioty ubiegające się o prowadzenie pozostałych rodzajów kształcenia podyplomowego (tj. kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne i kursy dokształcające), będą również objęte standaryzacją, poprzez szczegółową weryfikację, prowadzoną przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (zwaną dalej „NRPiP”) na etapie wpisów do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego. Organ rejestrowy, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości kształcenia, już na etapie uzyskiwania wpisu do rejestru będzie mógł weryfikować organizatorów kształcenia, posiadanie bazy dydaktycznej do realizacji staży określonych w programie kształcenia, w tym będzie posiadał uprawnienia do żądania dodatkowych wyjaśnień i dokumentów dotyczących zapewnienia kadry dydaktycznej oraz miejsca prowadzenia kształcenia teoretycznego i praktycznego.

Projekt ustawy wprowadza również delegację do wydania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. W związku z czym został przygotowany projekt aktu wykonawczego, który określa m.in. szczegółowy tryb postępowania w sprawach dokonywania wpisu podmiotów zamierzających wykonywać działalność w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz sposób dokumentowania przez wnioskodawcę spełnienia warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego. Projektowane rozwiązania zakładają również zwiększenie uprawnień nadzorczych nad prowadzonym kształceniem dla NRPiP. Osoby przeprowadzające czynności kontrolne, będą posiadały uprawnienia m.in. do oceny zgodności realizacji zajęć z programem kształcenia, dokumentacji przebiegu kształcenia, zapewnienia odpowiedniej jakości kształcenia, spełniania warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego. Projektowane regulacje mają na celu zagwarantowanie wysokich standardów prowadzenia wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, tj. specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych i kursów dokształcających w Polsce.

#### **Część IV. Wnioski, wniosek *de lege ferenda* nr 4 do Ministra Zdrowia, str. 16.**

Odnosząc się do wniosku o zainicjowanie zmian legislacyjnych mających na celu uzupełnienie regulacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>14</sup> o definicję podwykonawcy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Przyjęty przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kontraktowy system organizowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym opiera się o zasadę zakupu przez publicznego płatnika (NFZ) świadczeń opieki zdrowotnej od podmiotów leczniczych (szpitali/przychodni/lekarzy).

Oznacza to, że sam sposób organizacji procesu udzielania świadczeń, w tym zapewnienia dostępu do wymaganych umową świadczeń, spoczywa na świadczeniodawcy, który pozostaje w tym zakresie samodzielny, jako podmiot prowadzący na własną odpowiedzialność działalność gospodarczą.

Świadczeniodawca może zapewniać dostęp do świadczeń w oparciu o wyłącznie własne struktury (własne przedsiębiorstwo), ale może także zlecać wykonanie części świadczeń podwykonawcom.

Przepis art. 133 ww. ustawy dopuszcza, by świadczeniodawca, który zawarł umowę z NFZ, mógł zlecać podwykonawcom udzielanie części świadczeń objętych umową o udzielanie

---

<sup>14</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.

świadczeń opieki zdrowotnej (zawartą pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą), o ile taka możliwość została przewidziana w tej umowie.

Ustawa nie reguluje formy i trybu zawierania oraz zasad rozliczania umowy o podwykonawstwo – zawieranej przez świadczeniodawcę z podwykonawcą. Relacje pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą są regulowane na poziomie innych aktów prawnych, tj. m.in. na gruncie ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny<sup>15</sup> i ustawy o działalności leczniczej.

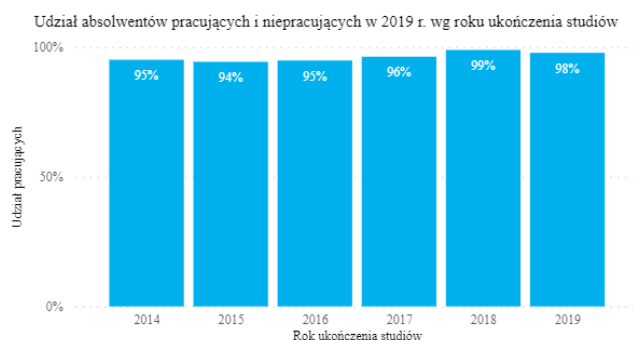
Dlatego też z punktu widzenia realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zabezpieczenia dostępu do nich, jest niezasadnym wprowadzenie do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definicji podwykonawcy i ograniczanie jej do określonych form i kategorii osób.

### **Część V. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1.2. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego, str. 27.**

W odniesieniu do fragmentu Informacji o wynikach ww. kontroli NIK, iż: „*W Ministerstwie Zdrowia nie prowadzono analiz dotyczących oszacowania skali emigracji personelu medycznego, natomiast dane w tym zakresie pozyskiwane z rejestrów, jak też ze strony internetowej Komisji Europejskiej gdzie wskazane informacje o liczbie osób, które wystąpiły o uznanie kwalifikacji zawodowych w poszczególnych krajach.*”, uprzejmie informuję, co następuje.

Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia przygotował ogólnodostępną aplikację z danymi dotyczącymi studentów i absolwentów wybranych kierunków medycznych (link do aplikacji: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/studenci-i-absolwenci-kierunkow-medycznych/>). Aplikacja została przygotowana na podstawie danych z Systemu POL-on i przedstawia podstawowe statystyki, w tym m.in. informacje dotyczące przebiegu studiów oraz ścieżkę kariery zawodowej absolwentów. Na podstawie poniższego wykresu znajdującego się w ww. aplikacji (Wykres 1) widać, iż w 2019 r. przeważająca liczba absolwentów kierunku lekarskiego z lat 2014-2019 (ponad 90%) pracowała na terenie Polski.

Wykres 1. Udział absolwentów pracujących w 2019 roku wg roku ukończenia studiów



Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych POL-on, ZUS, CRL.

### Z wyrazami szacunku

<sup>15</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1360, z późn. zm.

## ZAŁĄCZNIKI

z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Piotr Bromber  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/

## 6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

MARIAN BANAS

KZD.430.007.2022  
P/22/047

Warszawa, 08 maja 2023 r.

OPINIA

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli  
do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r.  
o Najwyższej Izbie Kontroli do informacji o wynikach kontroli  
„Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia”

Najwyższa Izba Kontroli wyraża zaniepokojenie dotychczasowym tempem prac związanych z tworzeniem narzędzi pozwalających na prognozowanie zapotrzebowania na kadre medyczną oraz strategicznych kierunków działań mających na celu zapewnienie i utrzymanie na rynku pracy właściwej liczby personelu medycznego. NIK już w 2015 r. sygnalizowała konieczność podjęcia działań w tym obszarze<sup>1</sup>, a jak wynika z ustaleń kontroli „Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia” nadal brak jest odpowiedniej strategii oraz modelu analitycznego pozwalającego na szacowanie zapotrzebowania na kadre medyczną. Samo powołanie kolejnego Zespołu, o którym wspomina Minister w swoim stanowisku nie gwarantuje rozwiązania wskazanych problemów. Brak zdefiniowanej strategii obejmującej wszystkie grupy zawodowe nie sprzyja zapewnieniu stabilności systemu i rozwiązaniu problemu deficytu kadr medycznych.

Najwyższa Izba Kontroli dostrzega działania podejmowane przez Ministra Zdrowia w ramach wdrażania *Polityki wieloletniej państwa na rzecz pielęgniarstw i położnictwa z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018*, o których Minister wspomina w stanowisku. Nie wskazano jednak, iż termin realizacji tych zadań, w wielu przypadkach, odbiega od przyjętego w *Polityce* harmonogramu, a uzależnienie wprowadzania zmian merytorycznych w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych od zakończenia przekształceń organizacyjnych oddala perspektywę ich skutecznego wdrożenia.

NIK podziela wyrażony w stanowisku pogląd, iż uczelnie są autonomiczne we wszystkich obszarach swojego działania na zasadach określonych w ustawie *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*, w tym także w odniesieniu do procesu rekrutacji. Nie oznacza to jednak, iż Minister Zdrowia oraz Minister Edukacji i Nauki nie mogą podejmować działań, które usprawniłyby ten proces, w tym także poprzez wydawanie rozporządzeń w sprawie limitów przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym przed rozpoczęciem procesu rekrutacji przez uczelnie medyczne.

Minister Zdrowia nie dostrzega potrzeby uzupełnienia regulacji ustawy o świadczeniach o definicję podwykonawcy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 133 te same ustawy. NIK zwraca jednak uwagę, iż stan taki prowadzi niekiedy do przypisywania tej roli wszystkim osobom, które świadczą pracę w podmiocie leczniczym na podstawie innej niż umowa o pracę.

NIK z satysfakcją przyjmuje zapewnienia o podjęciu działań analitycznych m.in. w zakresie przebiegu stażu podyplomowego. Za rzetelną analizę w zakresie skali emigracji personelu medycznego trudno jednak uznać zaprezentowanie odsetka absolwentów kierunku lekarskiego z lat 2014 – 2019, którzy w 2019 r. pracowali na terenie Polski.

PREZES  
Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banas

<sup>1</sup> Informacja „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych”, marzec 2016 r.