



PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
Marian Banaś

KZD.410.005.01.2022

Pan  
Adam Niedzielski  
Minister Zdrowia  
Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/22/047 Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa  
T +48 22 444 50 00, F +48 22 444 57 93  
[NIK@NIK.gov.pl](mailto:NIK@NIK.gov.pl)  
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Niedzielski, Minister Zdrowia, od 26 sierpnia 2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Łukasz Szumowski, od 9 stycznia 2018 r. do 20 sierpnia 2020 r. oraz Konstanty Radziwiłł, od 16 listopada 2015 r. do 9 stycznia 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Planowanie i rozwój kadr medycznych. 2. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018 – 2022 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Piotr Wasilewski, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/40/2022 z 21 czerwca 2022 r. 2. Małgorzata Szczęsna, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/37/2022 z 21 czerwca 2022 r. 3. Agnieszka Kalita, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/39/2022 z 21 czerwca 2022 r. 4. Justyna Justyńska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/38/2022 z 21 czerwca 2022 r.

(akta kontroli str. 1-4)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK”.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia fakt, że Minister Zdrowia nie przygotował długookresowej strategii rozwoju kadr medycznych opartej na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych<sup>3</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. Dokument ten stanowiłby podstawę m.in. do podejmowania decyzji o liczbie kształconych lekarzy, czy tworzeniu nowych zawodów/specjalizacji medycznych.

Jedynie w odniesieniu do pielęgniarek i położnych opracowano rządowy dokument strategiczny *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce*<sup>4</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 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.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż z uwagi na stopień zaawansowania prac legislacyjnych prowadzonych w Ministerstwie istnieje ryzyko nieuchwalenia w IX kadencji Sejmu *ustawy o niektórych zawodach medycznych*. Oznaczałoby to trzecią, nieudaną próbę przyjęcia przepisów regulujących wiele istotnych zawodów medycznych<sup>5</sup>. Brak regulacji umożliwia dostęp do tych zawodów osobom nieposiadającym określonych przepisami prawa powszechnie obowiązującego kwalifikacji zawodowych i ścieżki rozwoju zawodowego.

Najwyższa Izba Kontroli uznaje za niecelowe utrzymywanie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (dalej: „CKPPIP”), jako odrębnej jednostki zajmującej się kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych. W Ministerstwie Zdrowia przygotowano projekt ustawy zakładający przekazanie zadań CKPPIP do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (dalej: „CMKP”) z dniem 1 stycznia 2023 r. W ocenie NIK termin ten jest zagrożony z uwagi na dotychczasowe zaawansowanie prac legislacyjnych.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak systemu akredytacji szkolenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, w sytuacji gdy z analiz dostępnych w Ministerstwie wynika, że niektóre podmioty oferują szkolenie w tym zakresie o niskiej jakości. Przygotowano projekt przepisów wprowadzających akredytację, nie zakończono jednak jeszcze analizy uwag zgłoszonych do projektu. Planowana akredytacja będzie dotyczyła jedynie organizatorów kształcenia realizujących

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>3</sup> Na brak takiej strategii NIK wskazywała już w 2016 r. w informacji o wynikach kontroli „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych”.

<sup>4</sup> Dalej również *Polityka* - przyjęta uchwałą Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15 października 2019 r.

<sup>5</sup> Ustawy nie udało się uchwalić w V oraz VI kadencji Sejmu pomimo przygotowania w Ministerstwie stosownych projektów.

szkolenie specjalizacyjne, tymczasem w *Polityce* zaplanowano wypracowanie akredytacji dla wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Limity przyjęć na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym były ogłaszane po rozpoczęciu postępowania rekrutacyjnego w uczelniach. Nie analizowano wpływu przekraczania limitów przyjęć na jakość kształcenia oraz nie przeprowadzono kompleksowych analiz zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu podyplomowego przekazywanych Ministrowi Zdrowia przez Okręgowe Rady Lekarskie (dalej: „ORL”).

Nieskuteczne były działania podejmowane przez Ministra Zdrowia w celu zwiększenia zainteresowania mniej popularnymi specjalizacjami lekarskimi, istotnymi z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Natomiast znaczne ograniczenie liczby przyznanych rezydentur przez Ministra Zdrowia w stosunku do propozycji wojewodów w dziedzinach priorytetowych<sup>6</sup>, stwarza 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 latach 2019-2021 Minister Zdrowia nie dokonywał oceny stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem metodologii określonej w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*<sup>7</sup>.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>8</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

#### 1. Planowanie i rozwój kadr medycznych

1.1. W Ministerstwie Zdrowia, poza zawodami pielęgniarki i położnej, nie powstał dotychczas projekt długookresowej strategii dotyczącej rozwoju kadr medycznych, opartej na analizie trendów demograficznych oraz danych epidemiologicznych, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1484-1493)

Rada Ministrów przyjęła *Politykę wieloletnią państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018*.

Podstawowym źródłem danych o pielęgniarkach i położnych 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>9</sup>.

Jak m.in. podano w *Polityce: ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na pielęgniarki i położne obowiązek przekazywania danych do okręgowych rejestrów, dotyczących ich aktualnej sytuacji zawodowej, jednak w praktyce nie jest on wypełniany przez wszystkie pielęgniarki i położne (...)*.

Wypracowanie przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych systemowych działań zmierzających do aktualizowania danych znajdujących się rejestrach izb

<sup>6</sup> Takich jak psychiatria, pediatria, medycyna rodzinna czy anestezjologia i intensywne terapie.

<sup>7</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 633.

<sup>8</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>9</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 z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551, ze zm.).

okręgowych przez zarejestrowane pielęgniarki i położne (czynne zawodowo) zostało zaplanowane w *Polityce* i miało być realizowane w latach 2018 – 2022.

(akta kontroli str. 1494-1563)

Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia<sup>10</sup>: (...) *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 pielęgniarki i położne do aktualizacji swoich danych. Niemniej problematyka ta będzie poddana szczegółowej analizie.*

(akta kontroli str. 1564-1569)

1.2. Dla każdego z celów 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 realizację dziewięciu działań<sup>11</sup>.

(akta kontroli str. 1526-1529)

Minister Zdrowia, w ramach realizacji wspomnianego celu, powołał Zespół<sup>12</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>13</sup>, które miały opracować założenia do zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych.

<sup>10</sup> Dalej również „dyrektor Departamentu Rozwoju”.

<sup>11</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 zgodnie 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>12</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>13</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.).

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.*

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.

(akta kontroli str. 1570-1574)

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 wejść w życie 1 stycznia 2023 r., a w Ministerstwie do czasu zakończenia kontroli trwały prace nad analizą zgłoszonych uwag do projektu ustawy, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli str. 1575-1605)

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 ról 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>14</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>15</sup>. Celem prac Zespołu było przygotowanie zmian obszarów kompetencyjnych absolwentów studiów I i II stopnia ww. kierunków oraz uprzątnięcie 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.

Nie opracowano standardów organizacyjnych z określeniem ról i kompetencji zawodowych pielęgniarki i położnej w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli str. 1606-1608)

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*

<sup>14</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>15</sup> Dz. Urz. MZ. z 2022 r. poz. 47.

pozarządowe) spowodowała dynamiczny, lecz praktycznie trudny do kontrolowania rozwój oferty szkoleniowej o nieznaną i często niską jakość. 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.

W wyżej powołanym dokumencie, w odniesieniu do doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych podano również: *Obowiązek ciągłego doskonalenia zawodowego wynika z art. 61 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku, 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.(...)* W obecnym stanie prawnym brak uregulowań w zakresie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych. Takie uregulowania zostały wprowadzone w odniesieniu do innych zawodów medycznych(..). Zespół proponuje opracowanie przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych założeń stanowiących podstawę wydania przez Ministra Zdrowia stosownej regulacji prawnej.

(akta kontroli str. 1609-1673)

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.

(akta kontroli str. 1569)

Na podstawie art. 50 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej Minister Zdrowia był zobowiązany do corocznego dokonywania oceny stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek przez kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (z wyjątkiem tych, dla których podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych)<sup>16</sup>. Pismem z 23 sierpnia 2018 r. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia zwróciła się do dyrektorów podmiotów leczniczych o przekazanie informacji dotyczących minimalnych norm zatrudnienia w kierowanych przez nich podmiotach leczniczych. Informacje miały być przekazane według załączonego wzoru ankiety, do której link został przekazany drogą elektroniczną na adres podmiotu leczniczego, a jej wypełnienie miało nastąpić do 30 listopada 2018 r.

(akta kontroli str. 1674-1678)

Z analizy ankiet wynikało, iż spośród 4524 oddziałów, w których ustalono minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>17</sup>, w 2883 zatrudnienie było wyższe niż ustalona minimalna norma zatrudnienia, co stanowiło 63,7% ogółu oddziałów, w których ustalono normy zatrudnienia. Natomiast w 863 oddziałach (19,1%) zatrudnienie było niższe niż

<sup>16</sup> Zgodnie z art. 50 ust. 3 pkt 1 wspomnianej ustawy oceny powinien dokonywać na podstawie danych przekazanych przez te podmioty lecznicze w zakresie, terminie i w sposób wskazany przez Ministra. Natomiast jeżeli dane przekazane w ten sposób okażą się niewystarczające dla oceny realizacji tego obowiązku, Minister powinien wykorzystać wyniki kontroli przeprowadzonej w trybie art. 119 (pkt 2).

<sup>17</sup> Dz.U. z 2012 r. poz. 1545.

ustalona minimalna norma zatrudnienia, zaś w 244 oddziałach (5,3%) zatrudnienie było równe tej normie<sup>18</sup>.

W 2019 r. Minister Zdrowia dokonał oceny stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na podstawie wyników kontroli przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ (dalej: „OW NFZ”), wojewodów oraz konsultantów wojewódzkich<sup>19</sup>.

(akta kontroli str. 1679-1741)

W 2020 r. Minister dokonał oceny stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na podstawie wyników kontroli przeprowadzonych przez OW NFZ, wojewodów oraz konsultantów wojewódzkich<sup>20</sup>. We wnioskach zawartych w analizie podano, iż niezbędne jest ciągle monitorowanie przez Ministra Zdrowia obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez podmioty lecznicze, niezależnie od sytuacji epidemicznej w Polsce. Minister, dokonując analiz stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych za 2019 r. i 2020 r., nie pozyskiwał danych od podmiotów leczniczych na potrzeby ich sporządzenia. Jednocześnie do czasu zakończenia kontroli nie przedłożono analizy dotyczącej 2021 r. Szczegóły w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1742-1769)

**1.3.** Departament Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia opracowywał analizy z zakresu monitorowania systemu kształcenia oraz zasobów kadry medycznej. Zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów oparto o rekomendacje konsultantów krajowych, opracowywano również prognozy zapotrzebowania miejsc na szkolenia specjalizacyjne oraz analizowano dysproporcje rozmieszczenia kadr medycznych w regionach. Sporządzono także analizę danych z systemu POL-on, dotyczącą liczby studentów i absolwentów kierunków medycznych, z uwzględnieniem przebiegu studiów i ścieżki kariery zawodowej. Analizy zaprezentowane zostały na platformie Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostępna na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia) oraz w Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026<sup>21</sup>, opracowanej na podstawie art. 95a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>22</sup>.

(akta kontroli str. 768, 781, 1296-1314)

**1.4.** 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.

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 podażowy dotyczący poszczególnych zawodów medycznych. W ramach Map Potrzeb Zdrowotnych*

<sup>18</sup> Na podstawie otrzymanych do końca 2018 r. ankiet od 461 podmiotów leczniczych, w tym 313 podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji i 148 podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji - *Analiza w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez podmioty lecznicze w 2018 roku z czerwca 2020 r.*

<sup>19</sup> *Analiza w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez podmioty lecznicze w 2019 roku z 30 października 2020 r.* – uwzględniono zmiany wynikające z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2012).

<sup>20</sup> *Analiza w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez podmioty lecznicze w 2020 roku z grudnia 2020 r.*

<sup>21</sup> *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych* (Dz. Urz. MZ poz. 69).

<sup>22</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.



*powstała aplikacja dot. kadr medycznych, która umożliwia 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.*

*(akta kontroli str. 1770-1772)*

**1.5.** Od 26 listopada 2021 r. wprowadzono nową dziedzinę szkolenia specjalizacyjnego „chirurgiczna asysta lekarza”<sup>23</sup>, pozwalającą 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 kolejną dziedzinę szkolenia specjalizacyjnego „psychoterapia uzależnień”<sup>24</sup>, przygotowującą 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.

*(akta kontroli str. 179-184, 378-380)*

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

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

*Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Rozwoju: 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 m.in.: 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 cdpracowania w publicznej ochronie

<sup>23</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>24</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).

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 pożądaných kierunków zmian systemowych. Wprowadzenie mechanizmów monitorowania i okresowej oceny wdrażania strategii poprawiłoby efektywność realizowanych zadań.

(akta kontroli str. 1486)

2. 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.

Dyrektor Departamentu Rozwoju jako przyczyny opóźnienia prac wskazała m.in. zaplanowaną integrację jednostek zajmujących się kształceniem podyplomowym CKPPIP i CMKP oraz konieczność realizacji wielu priorytetowych zadań związanych z epidemią oraz konfliktem zbrojnym na Ukrainie.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż prace te mogą ulec dalszemu opóźnieniu z uwagi na dotychczasowe zaawansowanie prac legislacyjnych nad projektem ustawy zakładającej przekazanie zadań CKPPIP do CMKP.

Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, iż zakres projektowanych zmian, jak również kierunek zgłoszonych w toku konsultacji uwag, spowodowały konieczność ponownego przedyskutowania projektowanych rozwiązań ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych.

W ocenie NIK połączenie jednostek zajmujących się kształceniem podyplomowym jest celowe, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia równych warunków dla dalszego kształcenia i integracji różnych zawodów medycznych. NIK zwraca jednocześnie uwagę, iż termin wejścia ustawy w życie – 1 stycznia 2023 r. – jest zagrożony.

(akta kontroli str. 1566)

3. 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.

(akta kontroli str. 1567)

4. Minister Zdrowia nie dokonywał oceny stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez kierowników podmiotów leczniczych

niebędących przedsiębiorcami<sup>25</sup> w latach 2019-2021 z wykorzystaniem metodologii 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. 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 ustalania 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.

(akta kontroli str. 1717-1769)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Ministerstwie Zdrowia nie przygotowano długookresowej strategii rozwoju kadr medycznych opartej na analizie trendów demograficznych oraz danych epidemiologicznych. Jedynie w przypadku pielęgniarek i położnych opracowano rządowy dokument strategiczny *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa*, ale niektóre zadania przewidziane w *Polityce* nie były realizowane zgodnie z przyjętym harmonogramem prac.

Najwyższa Izba Kontroli uznaje za niecelowe utrzymywanie CKPPIP jako odrębnej jednostki zajmującej się kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych oraz wskazuje na brak systemu akredytacji organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w odniesieniu do wszystkich jego rodzajów, Minister Zdrowia nie dokonywał oceny stosowania minimalnych normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w latach 2019-2021 z wykorzystaniem metodologii określonej w obowiązujących przepisach.

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

## 2. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego

2.1. Minister Zdrowia, przygotowując rozwiązania prawne dotyczące kadr medycznych, korzystał z danych pochodzących z:

- rejestrów: Centralnego Rejestru Lekarzy, Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów, Centralnego Rejestru Farmaceutów Rzeczypospolitej Polskiej, a także z listy diagnostów laboratoryjnych prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych,
- Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych prowadzonej przez Departament Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia,
- Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych,
- statystyk prowadzonych przez Centrum Egzaminów Medycznych,
- danych własnych o postępowaniach kwalifikacyjnych na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne,
- opinii konsultantów krajowych dotyczących potrzeb kadrowych w zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- z zapotrzebowania na miejsca rezydenckie, zgłaszanego przez wojewodów na podstawie opinii konsultantów wojewódzkich przed postępowaniem kwalifikacyjnym na specjalizacje.

<sup>25</sup> Z wyjątkiem tych, dla których podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych.

Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało danymi dotyczącymi liczby i kwalifikacji cudzoziemców przebywających na terytorium Polski, niewykonujących zawodów medycznych wyuczonych w kraju swojego pochodzenia<sup>26</sup>.

(akta kontroli str. 722, 725-730, 767-769, 773-781, 785-788, 895-1125, 1226-1323)

Dziedziny medycyny najbardziej dotknięte niedoborem kadry medycznej (lekarzy), według analiz przeprowadzonych przez Departament Analiz i Strategii<sup>27</sup>, na podstawie danych za 2020 r., pochodzących z CRL, NFZ oraz rekomendacji konsultantów krajowych to:

- choroby wewnętrzne – wskaźnik rekomendowany to 108,6 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 72,0 (różnica 36,6),
- medycyna rodzinna – wskaźnik rekomendowany to 44,3 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 28,7 (różnica 15,6),
- psychiatria – wskaźnik rekomendowany to 20,0 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 10,5 (różnica 9,5),
- medycyna pracy – wskaźnik rekomendowany to 14,1 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 7,1 (różnica 7,0),
- geriatryka – wskaźnik rekomendowany to 7,8 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, zaś faktyczny wynosił 1,3 (różnica 6,5).

Wszystkie te dziedziny, z wyjątkiem medycyny pracy, zostały uwzględnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny<sup>28</sup>.

(akta kontroli str. 1300-1304)

**2.2.** Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło analiz dotyczących oszacowania skali emigracji personelu medycznego, natomiast dane w tym zakresie pozyskiwane są z rejestrów publicznych<sup>29</sup>, jak też ze strony internetowej Komisji Europejskiej<sup>30</sup>, gdzie wskazane są informacje o liczbie osób, które wystąpiły o uznanie kwalifikacji zawodowych w krajach UE.

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

(akta kontroli str. 722, 730-740, 743-766, 769, 785-786, 1235, 1288-1289)

Z inicjatywy Ministra Zdrowia, do ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*<sup>31</sup> (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

<sup>26</sup> Minister Zdrowia pozyskuje dane na temat liczby i kwalifikacji cudzoziemców wykonujących zawód lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki lub położnej na podstawie:

- danych własnych pozyskanych w związku z uznawaniem przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystrów odbytego za granicą oraz tytułu specjalisty lekarza/lekarza dentystry uzyskanego poza UE
- danych własnych pozyskanych w związku z wydawaniem zgody na wykonywanie zawodu lekarza, lekarza dentystry, 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 dentystry oraz art. 35a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej),
- Centralnego Rejestru Lekarzy (CRL),
- Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych.

<sup>27</sup> Dane opublikowane w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medycznej/>

<sup>28</sup> Dz. U. poz. 1156.

<sup>29</sup> Dane dotyczące liczby wydanych zaświadczeń gromadzone są odpowiednio w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych prowadzonym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystrów Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Naczelną Izbę Lekarską.

<sup>30</sup> <http://ec.europa.eu/growth/toolsdatabases/regprof/index.cfm>

<sup>31</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 574, ze zm.

2022 r., o kredyt na studia medyczne mogą ubiegać się studenci odbywający studia na tym kierunku na warunkach odpłatności w polskich uczelniach wyższych.

Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych, celem wprowadzenia kredytu na studia medyczne było m.in.:

- ograniczenie zjawiska emigracji absolwentów polskich uczelni,
- wzrost liczby lekarzy specjalistów, w szczególności w dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe,
- zwiększenie liczby lekarzy, którzy po ukończeniu studiów zasila polski system opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 722, 730-739)

Liczba zarejestrowanych deklaracji/zobowiązań 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, w zamian za otrzymywanie zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego w wysokości 700 zł lub 600 zł miesięcznie 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.

(akta kontroli str. 767, 777-778)

**2.3.** Procedura uznania kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentyków oraz pielęgniarek 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>32</sup>. W okresie objętym kontrolą 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>33</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 dentyka*<sup>34</sup>, osoby, które uzyskały kwalifikacje lekarza lub lekarza dentyka poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej mają możliwość uzyskania czasowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyka w jednym z trzech trybów, w ramach tzw. procedury uproszczonej (m.in. przejawiającej się

<sup>32</sup> Dz. U. UE. L. 2005.255.22.

<sup>33</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>34</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm.

w braku wymogu nostryfikacji dyplomu ukończenia studiów wyższych), w zależności od kwalifikacji uzyskanych przez nich poza UE<sup>35</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>36</sup>.

(akta kontroli str. 722, 726-730, 767-769, 778-4785, 786-788, 790-792)

Spośród 3618 wniosków, które wpłynęły do Ministra Zdrowia o wydanie w trybie tzw. uproszczonej procedury zgody na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry 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 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.

(akta kontroli str. 767-768, 778-781, 790-792, 1324-1475)

W wyniku badania próby 25 wniosków zarejestrowanych w systemie EKD w 2022 r.<sup>37</sup>, o wydanie decyzji administracyjnej przez Ministra Zdrowia w trybie tzw. uproszczonej procedury stwierdzono m.in. wydanie 15 decyzji administracyjnych z przekroczeniem miesiąca, o którym mowa w art. 35 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>38</sup> oraz niewydanie decyzji w sprawie sześciu wniosków, które wpłynęły do Ministra Zdrowia ponad 60 dni przed datą przeprowadzenia badania, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1324-1481)

**2.4.** Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego i nauki określał w drodze rozporządzenia limit przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w poszczególnych uczelniach<sup>39</sup>. Ustalając limity brano pod uwagę możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów tych kierunków studiów.

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>40</sup>, 21 lipca 2020 r. – na rok akademicki 2020/2021<sup>41</sup>, 26 lipca 2021 r. – na rok akademicki 2021/2022<sup>42</sup>, 5 sierpnia 2022 r. – na rok akademicki 2022/2023<sup>43</sup>, zmienione 28 września 2022 r., tj. trzy dni przed rozpoczęciem roku

<sup>35</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>36</sup> Dz. U. poz. 583, ze zm.

<sup>37</sup> W tym 20 wniosków złożonych przez lekarzy i lekarzy dentystry oraz pięć złożonych przez pielęgniarki i położne. Numery spraw w EKD: RKP.8603.285.2022, RKP.8603.377.2022, RKP.8603.74.2022, RKP.8603.133.2022, RKP.8603.42.2022, RKL.861.830.2022, RKL.861.1266.2022, RKL.861.415.2022, RKL.861.294.2022, RKL.861.1619.2022, RKL.861.75.2022, RKL.861.2377.2022, RKL.861.2080.2022, RKL.861.681.2022, RKL.861.827.2022, RKL.861.1706.2022, RKL.861.355.2022, RKL.861.2474.2022, RKL.861.2667.2022, RKL.861.2590.2022, RKL.861.1297.2022, RKL.861.2431.2022, RKL.861.830.2022, RKL.861.1389.2022.

<sup>38</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2000.

<sup>39</sup> Na podstawie art. 444 ust. 2 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*.

<sup>40</sup> Dz. U. poz. 1344, ze zm.

<sup>41</sup> Dz. U. poz. 1272.

<sup>42</sup> Dz. U. poz. 1359.

<sup>43</sup> Dz. U. poz. 1655.

akademickiego<sup>44</sup>. Limitów tych nie ogłaszano przed rozpoczęciem procesu rekrutacji w uczelniach. Szczegóły w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 11-21, 565, 578, 603, płyta CD poz. 001-004, 266-278)

W roku akademickim 2019/2020 na kierunku lekarskim w czterech z dziewięciu uczelni medycznych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia przekroczono limity<sup>45</sup> przyjęć.:

- 1) Uniwersytet Medyczny w Łodzi: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski o 10,6%;
- 2) Gdański Uniwersytet Medyczny: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim o 36,7%;
- 3) Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim o 45%;
- 4) Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski o 2,7%.

W roku akademickim 2020/2021 w dwóch uczelniach:

- 1) Uniwersytet Medyczny w Łodzi: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim o 15,7% i jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski o 1,9%;
- 2) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim o 4,8%.

W roku akademickim 2021/2022 w dwóch uczelniach:

- 1) Uniwersytet Medyczny w Łodzi: jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski 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 przekroczono w jednej uczelni – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, w roku 2019/2020 jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski o 2,8%; w roku 2020/2021 jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim o 18%.

Przyznany 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%.

Ministerstwo Zdrowia nie analizowało przyczyn przekroczenia limitów przyjęć w poszczególnych uczelniach i jego wpływu na jakość kształcenia. Szczegóły w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 107-135)

---

<sup>44</sup> Dodano uczelnię Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (Dz. U. poz. 2023).

<sup>45</sup> Dane pochodzą z systemu POL-on. Dane o liczbie osób przyjętych w poszczególnych uczelniach na rok jednolitych studiów magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej w języku polskim nie uwzględniają podziału na obywateli polskich i cudzoziemców.

Minister Zdrowia nie powołał zespołu koordynującego prace ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki w obszarze ustalania limitów przyjęć w latach 2019/2020 - 2021/2022 na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Współpraca pomiędzy resortami była oparta, w latach akademickich 2019/2020 i 2020/2021, na oficjalnej korespondencji. Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Rozwoju, w roku akademickim 2021/2022 proces został usprawniony i oprócz oficjalnej korespondencji pisemnej, w celu przyspieszenia procesu uzgadniania treści rozporządzenia, komunikacja odbywała się również w trybie roboczym (drogą emaliową oraz telefoniczną).

(akta kontroli str. 11-21, 565, 578, 603, płyta CD poz. 001-004, 266-278)

**2.5.** W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2022 r. Minister Zdrowia przeprowadził jedną kontrolę dotyczącą zgodności działalności uczelni medycznych z przepisami prawa oraz prawidłowości wydatkowania środków publicznych na podstawie art. 427 ust. 1, art. 426 ust. 1 pkt 1 i art. 433 ust. 1 pkt 4 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*. Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że z ww. przepisów wynika, że minister nadzorujący uczelnie nie jest zobowiązany do przeprowadzania przedmiotowych kontroli w ustawowo określonych terminach, a jedynie posiada uprawnienie do przeprowadzania takich kontroli. Decyzja o przeprowadzeniu kontroli w danej uczelni należy każdorazowo do nadzorującego ministra. W przypadku uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia nie zidentyfikowano konieczności czy potrzeby przeprowadzania kontroli uczelni.

(akta kontroli str. 59-63, 74-81, 107-125)

W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2022 r. Prezydium Polskiej Komisji Akredytacyjnej wydało 67 ocen programowych jakości kształcenia dla kierunków prowadzonych w uczelniach nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki: 17 pozytywnych i dwie negatywne<sup>46</sup> dla kierunku lekarskiego, trzy pozytywne dla kierunku lekarsko-dentystycznego, 32 pozytywne i jedną negatywną<sup>47</sup> dla pielęgniarstwa, 12 pozytywnych dla położnictwa. Minister Zdrowia, w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2022 r., nie kierował wniosków do Polskiej Komisji Akredytacyjnej o przeprowadzenie oceny programowej jakości kształcenia na kierunkach studiów w nadzorowanych uczelniach medycznych na podstawie art. 242 ust. 3 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*.

(akta kontroli str. 22-58, 64-73, 141-144)

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>48</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>49</sup>.

(akta kontroli str. 194-210)

<sup>46</sup> Uchwała nr 761/2019 z 10 października 2019 r. (Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu), Uchwała nr 1054/2021 z 4 listopada 2021 r. (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie).

<sup>47</sup> Uchwała nr 1121/2021 z 6 grudnia 2021 r. (Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie).

<sup>48</sup> Zgodnie z treścią uchwał Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (dalej: KRASPiP)- art. 59 ust. 2 oraz art. 58 ust. 1 pkt 1 ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej*.

<sup>49</sup> Art. 58 ust. 1 pkt 2 ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej*. W 14 przypadku ocena była pozytywna, w dwóch negatywna i KRASPiP wydała zalecenia, które uczelnie przyjęła do realizacji.



Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało danymi wskazującymi jaki odsetek absolwentów poszczególnych kierunków studiów w nadzorowanych uczelniach podejmuje pracę w wyuczonym zawodzie. Minister Zdrowia analizuje 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.

(akta kontroli str. 22-24, 141-144)

2.6. W latach 2018 – 2022 (lipiec) ORL przesyłały do Ministra Zdrowia oceny stażu podyplomowego i zbiorcze wyniki ankiet w 30 przypadkach na 77 wymaganych, tj. 39,0%<sup>50</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, zapoczątkowanych wystąpieniem KRAUM postulującym zniesienie stażu podyplomowego, nie zachodziła taka potrzeba, ponieważ nie miały one związku z kwestiami dotyczącymi realizacji stażu podyplomowego<sup>51</sup>.

(akta kontroli str. 159-184, 211-214, 604-690)

Dwa razy do roku Minister Zdrowia przeprowadzał postępowanie kwalifikacyjne na specjalizację w trybie rezydentury (wiosną rozpoczynające się 1 marca i jesienią 1 października), określając 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>52</sup>.

W latach 2018 – 2022 konsultanci krajowi byli zobowiązani przekazywać Ministrowi Zdrowia, wskazane w art. 10 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o konsultantach w ochronie zdrowia*<sup>53</sup> opinie o potrzebach kadrowych w zawodach lekarza i lekarza dentysty w danej specjalizacji, w terminie określonym w art. 13 ust.

<sup>50</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. ORL na podstawie wypełnionych ankiet, o których mowa w § 4 ust. 4 pkt 3 i 4 rozporządzenia, dokonuje oceny stażu i przekazuje 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.

<sup>51</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 większości 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-KRALM-nr-26\\_2021-ws.-zniesienia-stazu-podyplomowego.pdf](https://kraum.org.pl/wp-content/uploads/2021/10/Uchwala-KRALM-nr-26_2021-ws.-zniesienia-stazu-podyplomowego.pdf).

<sup>52</sup> Art. 16e ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

<sup>53</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 886, ze zm.

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>54</sup>, a w 76 postępowaniach kwalifikacyjnych (10,3%) konsultanci nie przekazali ww. opinii<sup>55</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 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 przypadał na 30 listopada każdego roku, Minister wyznaczał termin ich przekazania na 31 marca kolejnego roku, tj. 4 miesiące późniejszy.

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>56</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. Ww. zagadnienia zostały szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

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

(akta kontroli str. 159-184, 215-426, 436-457, 565-638, 692-708, 1824-1828)

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.

W latach 2019-2022 Minister Zdrowia przyznawał większą liczbę rezydentur niż zaplanowana w budżecie<sup>57</sup>, od 1,7% (jesień 2022 r.) do ponad 200% (wiosna 2019 r.

<sup>54</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>55</sup> Według stanu na 9 września 2022 r.

<sup>56</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*.

<sup>57</sup> Zgodnie z zaleceniami Departamentu Budżetu i Finansów i Inwestycji Ministerstwa Zdrowia z 1 lutego 2017 r. znak: IK: 846975/BFR/EL 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.

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 ze względu na wprowadzenie centralnego naboru na specjalizacje. Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że Ministerstwo zakłada zakwalifikowanie się większej liczby osób. 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>58</sup>

Ogłaszając liczbę zaplanowanych miejsc rezydenckich, Minister Zdrowia ograniczał ich liczbę w stosunku do zgłoszonych przez wojewodów zapotrzebowań<sup>59</sup>. Przykładowo w dziedzinie priorytetowej psychiatria, gdzie rzeczywista liczba lekarzy była blisko o połowę niższa niż rekomendowana przez konsultantów krajowych<sup>60</sup>, relacja przyznaczonych 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.

Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że zgodnie z zaleceniami Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji, liczba rezydentur przyznawanych przez Ministra Zdrowia znacznie przekraczała liczbę rezydentur, która została zaplanowana do sfinansowania. Działanie to miało na celu przyznanie większej liczby rezydentur w dziedzinach, w których liczba chętnych jest za mała w stosunku do potrzeb. Zauważono 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. Zatem przyznając „nadmiarowe” rezydentury, brano po uwagę liczbę osób biorących udział w poprzednim postępowaniu kwalifikacyjnym odpowiednio jesiennym lub wiosennym, liczbę rezydentur niewykorzystanych w poprzednich postępowaniach oraz zainteresowanie poszczególnymi dziedzinami medycyny. Jednocześnie podkreślono, że 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, zatem jedynym przypadkiem, w którym lekarz/lekarz dentysta nie został zakwalifikowany (pomijając przypadki rezygnacji z udziału w postępowaniu), była sytuacja kiedy w danym województwie nie było wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny, a więc nie było miejsca na którym dany lekarz/lekarz dentysta mógłby odbywać szkolenie specjalizacyjne.

Po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego Minister Zdrowia przyznawał lekarzom i lekarzom denty stom, którzy nie zakwalifikowali się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, dodatkowe miejsca rezydenckie, jeżeli w danym województwie pozostały niewykorzystane miejsca szkoleniowe<sup>61</sup>.

<sup>58</sup> Pierwotny termin - ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty stom 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>59</sup> Minister Zdrowia w wiosennych postępowaniach uwzględnił zapotrzebowanie zgłoszone przez wojewodów od 42,9 % w 2019 r. (zgłoszono zapotrzebowanie na 4463 miejsc) do 37,7% w 2022 r. (odpowiednio 5 310 miejsc), a w jesiennych od 71,4% w 2019 r. (5 775 miejsc) do 58,7% w 2022 r. (7185 miejsc).

<sup>60</sup> Mapy potrzeb zdrowotnych <https://basiw.mz.gov.pl/napy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medycznej/>. 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.

<sup>61</sup> Na podstawie art. 16e ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty stom (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, ze zm.) w brzmieniu obowiązującym do 31 lipca 2022 r.

W pierwszym centralnym naborze na specjalizacje 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 rezydenckich w stosunku do zgłoszonych przez wojewodów zapotrzebowań, mimo iż w poprzednim porównywalnym naborze (jesień 2021 r.) odnotowano większe wykorzystanie miejsc rezydenckich. 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 rezydenckich 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 terapię – 63% i 82,8%.

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.

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 pozarezydenckim 6011 osób, spadek o 2,1% w tym samym okresie.

(akta kontroli str. 159-193, 258-434, 470-564, 604-619, 639-689, 702-706)

W celu zachęcenia lekarzy do wyboru specjalizacji priorytetowych Minister Zdrowia przyznawał wyższe wynagrodzenie rezydentom wybierającym te specjalizacje. W 2019 r. (do 30 czerwca) w przypadku specjalizacji priorytetowych wynagrodzenie wynosiło 4700 zł<sup>62</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>63</sup>. Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że wzrost liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach priorytetowych jest przewidywany m.in. w związku z korzystniejszymi warunkami kredytu na studia medyczne dla lekarzy wybierających te specjalizacje, w tym możliwości umorzenia kredytu w całości.

(akta kontroli str. 454, 604-619, 709)

W przypadku mniej popularnych specjalizacji priorytetowych, np. medycyny ratunkowej, chorób zakaźnych, geriatry, medycyny paliatywnej, patomorfologii, czy niepriorytetowych, jak rehabilitacja medyczna, mikrobiologia lekarska, choroby płuc dzieci, transfuzjologia kliniczna, mimo podejmowanych przez Ministra Zdrowia działań, w większości postępowaniach kwalifikacyjnych nabór wynosił poniżej 10% zaplanowanych miejsc. Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że centralny nabór spowoduje lepsze wykorzystanie miejsc w tych dziedzinach, ponieważ lekarz

<sup>62</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 1737, ze zm.).

<sup>63</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2022 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 1579).

w przypadku niezakwalifikowania do odbywania specjalizacji stanowiącej pierwszy wybór, może zostać zakwalifikowany na kolejne dziedziny do tej pory pomijane.

(akta kontroli str. 159-189, 258-377, 402-434, 604-619, 662-689)

2.7. W okresie objętym kontrolą przygotowywano m.in. poniższe akty prawne regulujące kwestie rozwoju kadr medycznych:

1) Projekt ustawy *o medycynie laboratoryjnej*<sup>64</sup>. 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 br. został przekazany Sejmowi RP.

Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, iż: (...) *opóźnienie w procedowaniu projektu ustawy spowodowane jest przedłużczymi 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.*

(akta kontroli str. 1771-1782)

2) Projekt ustawy *o niektórych zawodach medycznych*. Celem ustawy jest uregulowanie warunków i zasad wykonywania zawodów medycznych<sup>65</sup>, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących ustawicznego rozwoju zawodowego oraz odpowiedzialności zawodowej tych osób<sup>66</sup>. 21 stycznia 2022 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia przekazał, udostępniony w BIP RCL projekt do opiniowania, wskazując 30-dniowy termin zgłaszania uwag.

(akta kontroli str. 1783-1788)

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.

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.

<sup>64</sup> Ustawa ma zastąpić obecnie obowiązujące regulacje, tj. ustawę z 27 lipca 2001 r. *o diagnostyce laboratoryjnej* (Dz. U. z 2022 r. poz. 2162, ze zm.).

<sup>65</sup> Projekt ustawy zawierał regulacje odnoszące się do 17 zawodów medycznych m.in. asystentki medycznej, dietetyka, masażyści, logopedy, opiekuna medycznego.

<sup>66</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 Stały Komitet 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.

15 kwietnia 2022 r. Stały Komitet Rady Ministrów przyjął projekt ustawy i rekomendował go Radzie Ministrów, która przyjęła projekt ustawy 20 września 2022 r.

(akta kontroli str. 1789-1791)

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.

(akta kontroli str. 1792-1793)

Odnosząc się do podanej w Ocenie Skutków Regulacji liczby ratowników, dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego wyjaśnił: *Szacowana liczba ratowników medycznych obejmuje tylko dane przekazane przez NFZ z uwagi na fakt, że są to ratownicy medyczni wykonujący swoją pracę w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne w szpitalach lub wykonują zawód w zespołach ratownictwa medycznego, co oznacza, że pracują wyłącznie w podmiotach leczniczych lub tylko na rzecz tych podmiotów. Jeśli natomiast chodzi o ratowników wykonujących swoją pracę poza systemem ochrony zdrowia np. w przypadku danych pochodzących z MSWiA znaczną większość stanowią np. strażacy, którzy jedynie dodatkowo, w ramach swoich obowiązków na stanowisku strażaka, wykonują czynności uznawane przez ustawę za wykonywanie zawodu ratownika medycznego. Podobnie jest jeśli chodzi o inne służby w ramach których pracują osoby, które wprawdzie wykonują zawód ratownika medycznego, ale nie pracują bezpośrednio na rzecz systemu ochrony zdrowia.*

*Podkreślenia wymaga, że utworzenie na mocy projektowanej ustawy rejestru ratowników medycznych pozwoli na uzyskanie informacji bieżącej o liczbie ratowników medycznych oraz sposobach wykonywania zawodu ratownika, jak również o potrzebach kadrowych w tym zawodzie w poszczególnych rejonach kraju.*

(akta kontroli str. 1797-1801)

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).

Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Rozwoju decyzją Ministra Zdrowia tematyka ta miała być wcześniej dogłębnie przedyskutowana i uzgodniona ze środowiskiem lekarskim. Dwa powołane przez Ministra Zdrowia zespoły ekspertów dyskutowały nad weryfikacją obecnego katalogu specjalizacji oraz propozycji powiązania z nim katalogu umiejętności zawodowych. Ostatecznie wycofano się z określenia katalogu umiejętności, pozostawiając powyższe do oceny konsultantom krajowym. Ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw dokonano zmiany art. 17 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie uzyskiwania i potwierdzania umiejętności zawodowych z zastosowaniem nowych zasad i trybu potwierdzania tych umiejętności poprzez ich certyfikację. Ponownie poddano pod ocenę dokonanie zmiany katalogu specjalizacji i umiejętności przez konsultantów krajowych we wszystkich dziedzinach medycyny. Duże rozbieżności w prezentowanych stanowiskach spowodowały, iż nie doszło do przewidywanego konsensusu w tym zakresie. W związku z powyższym został przygotowany projekt rozporządzenia w sprawie umiejętności zawodowych do obowiązującego rozporządzenia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji

lekarzy i lekarzy dentyistów<sup>67</sup>. 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 obecnie 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 udzielania określonego świadczenia zdrowotnego jest uzasadnione koniecznością zapewnienia odpowiednio wykształconych kadr lekarskich w sytuacji braku wystarczającej liczby specjalistów.  
(akta kontroli str. 1777-1778)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Wydawanie decyzji administracyjnych przez Ministra Zdrowia w sprawach dotyczących udzielenia zgody na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentyisty 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>68</sup>.

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 w 10 po upływie 60 dni (maksymalnie po 174 dniach),
- sześć spraw jest wciąż w toku, wnioski w tych sprawach wpłynęły od 112 do 184 dni przed datą przeprowadzenia badania.

W 16 sprawach odnotowano w EZD 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>69</sup>; obszerność dokumentacji załączanej do wniosków, którą trzeba poddać szczegółowej analizie; konieczność uzupełniania braków formalnych przez wnioskodawców<sup>70</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.

W celu przyspieszenia procesu rozpatrywania wniosków Minister Zdrowia delegował dodatkowych pracowników oraz zatrudniał osoby na podstawie umów zlecenia<sup>71</sup>.

<sup>67</sup> Dz. U. poz. 1566, ze zm.

<sup>68</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>69</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>70</sup> Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia zamieszczono instrukcję składania wniosków oraz ich wzory w języku polskim i ukraińskim. Link: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/praca-dla-personelu-med-z-ukrainy>.

<sup>71</sup> Liczba osób, do których obowiązków należało rozpatrywanie wniosków o wydanie zgody na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentyisty 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,

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

(akta kontroli str. 1324-1481)

2. Limity przyjęć na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym 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 (drogą emaliową oraz telefoniczną).

Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że ustawa *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.

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>72</sup>.

(akta kontroli str. 11-21, 565, 578, 603, płyta CD poz. 001-004, 266-278)

3. 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.

(akta kontroli str. 107-135)

– 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>72</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.



4. 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, 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. Również opinie dotyczące oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych, których obowiązek przekazania w art. 13 ust. 3 pkt 1 lit. a ww. ustawy określono na 30 listopada danego roku, były przekazywane z opóźnieniem w związku z nieprawidłowym wyznaczaniem terminu przez Ministra Zdrowia na 31 marca kolejnego roku.

Dyrektor Departamentu Rozwoju wyjaśniła, że pomimo braku takiego obowiązku przypomina konsultantom o sporządzeniu opinii, wskazując termin ostateczny, tak aby można ją uwzględnić przy przyznawaniu miejsc rezydenckich. Minister Zdrowia nie wyciąga konsekwencji w przypadku niezłożenia przez konsultanta opinii w terminie wskazanym w ustawie, ponieważ mają one wyłącznie charakter instrukcyjny i istotne jest, by złożono przynajmniej jedną opinię w roku. Opinie konsultantów krajowych często są tożsame z zapotrzebowaniem zgłoszonym przez wojewodę, które opierają się na opinii konsultantów wojewódzkich i na ich podstawie Minister Zdrowia określa liczbę przyznanych rezydentur, a opinie konsultantów są jedynie dodatkowym źródłem danych, które może, ale nie musi zostać wzięte pod uwagę. Odnośnie opinii w dziedzinach, w których nie przyznaje się miejsc rezydenckich obowiązek przekazania określony był na 30 listopada, jednakże Minister uznał, że okres pomiędzy tym terminem a terminem złożenia raportu rocznego (31 marca kolejnego roku) jest stosunkowo krótki i przyjął, że wystarczające jest, aby ta opinia była zawarta w raporcie rocznym.

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.

(akta kontroli str. 159-184, 215-426, 436-457, 565-638, 692-708, 1824-1828)

5. 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.

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, która przeniosła ciężar prac Ministerstwa Zdrowia na obszar związany z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

(akta kontroli str. 1790)

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.

(akta kontroli str. 1802-1806, 1807-1819, 1790)

6. W Ministerstwie Zdrowia 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>73</sup>.

Zgodnie z § 13 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”<sup>74</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.*

(akta kontroli str. 1783-1788)

Z uwagi na stopień zaawansowania prac legislacyjnych prowadzonych w Ministerstwie istnieje ryzyko nieuchwalenia w IX kadencji Sejmu ustawy. Oznaczałoby to trzecią nieudaną próbę przyjęcia przepisów regulujących kwestie wielu istotnych zawodów medycznych.

(akta kontroli str. 1784-1785)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Przyznany limit przyjęć, obejmujący wszystkie formy kształcenia, na jednolite studia magisterskie na kierunku lekarskim wzrósł w okresie objętym kontrolą. Dynamika tego wzrostu była znacznie wyższa w przypadku studiów niestacjonarnych niż stacjonarnych. Z uwagi na różnice wyników matur kandydatów aplikujących na studia stacjonarne i niestacjonarne, może to prowadzić do zwiększenia udziału osób gorzej przygotowanych do studiowania na tym kierunku. W Ministerstwie Zdrowia nie analizowano przyczyn przekraczania limitów przyjęć oraz wpływu, jaki ma to zjawisko na jakość kształcenia. Nie przeprowadzono kompleksowych analiz zbiorczych wyników ankiet i ocen stażu podyplomowego, co w szczególności w sytuacji uzyskania opinii wskazującej na potrzebę zniesienia obowiązkowego stażu dla lekarzy byłoby uzasadnione. Prace nad projektami niektórych regulacji prawnych istotnych dla rozwoju kadr medycznych prowadzone były w Ministerstwie Zdrowia w sposób przewlekły. Zdaniem NIK ograniczenie w postępowaniu jesiennym 2022 r. liczby miejsc rezydenckich w stosunku do propozycji wojewodów w ważnych dziedzinach priorytetowych takich jak psychiatria, pediatria, medycyna rodzinna czy anestezjologia i intensywna terapia, stwarza ryzyko niezakwalifikowania się wszystkich lekarzy zainteresowanych rozpoczęciem specjalizacji z tych dziedzin<sup>75</sup>, co może utrudnić osiągnięcie odpowiedniej liczebności kadry medycznej. Dodatkowo NIK podkreśla także, 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 tym roku zarabiali 303 zł więcej, tj. 4% niż wybierający pozostałe specjalizacje, a w 2019 r. różnica ta wynosiła 750 zł, tj. 16%.

<sup>73</sup> Według stanu na dzień 1 lipca 2022 r.

<sup>74</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 283.

<sup>75</sup> Przy corocznie rosnącej liczbie absolwentów na kierunkach medycznych - na uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym od 4835 osób w 2019 r. do 5357 w 2021 r., tj. o 10,8%.

## IV. Wnioski

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

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. Wprowadzenie zmian organizacyjnych w celu usprawnienia prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia prac legislacyjnych.
4. Opracowanie projektu systemu akredytacji obejmującego wszystkie rodzaje kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
5. Dokonywanie oceny stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami z wykorzystaniem metodologii określonej w art. 50 ust. 3 ustawy *o działalności leczniczej*.
6. Wydawanie rozporządzeń w sprawie limitów przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym przed rozpoczęciem procesu rekrutacji przez uczelnie medyczne.
7. Podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia terminowego wydawania decyzji administracyjnych w sprawach dotyczących udzielenia zgody na wykonywanie zawodu, w trybie tzw. procedury uproszczonej lekarza lub lekarza dentystry albo zawodu pielęgniarki albo położnej.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa NIK. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

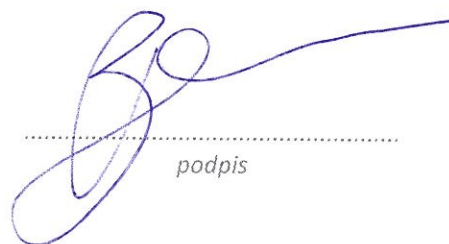
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 29 listopada 2022 r.

Prezes  
Najwyższa Izba Kontroli  
Marian Banaś



podpis