



Minister Zdrowia

DBO.050.2.2026.KW
Warszawa, 23 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu

Szanowny Panie Marszałku,
w związku z interpelacją nr 18105 Posła Wiesława Krajewskiego i Olgi Semeniuk-Patkowskiej w sprawie przygotowania systemu ochrony zdrowia do reagowania na sytuacje kryzysowe oraz zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, informuję jak poniżej.

Na wstępie podkreślić należy, że Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie i na bieżąco realizuje działania mające na celu wzmocnienie odporności systemu ochrony zdrowia oraz lepsze przygotowanie systemu ochrony zdrowia na obecne i przyszłe wyzwania zdrowotne.

Ad 1, 13, 15.

Ustawa o zarządzaniu kryzysowym z dnia 26 kwietnia 2007 r. (Dz. U. Nr 89, poz. 590 z późn. zm.) w rozdziale 2. określa dokumenty strategiczne, m.in. plany zarządzania ryzykiem oraz plany zarządzania kryzysowego, opracowanie których powierzono organom administracji publicznej tj. wójtom, starostom, wojewodom, kierownikom urzędów centralnych oraz ministrom. Minister Zdrowia nie pełni roli projektodawcy ww. ustawy.

Obecnie resort zdrowia jest istotnie zaangażowany we współpracę związaną z wdrożeniem ustawy z dnia 29 maja 2026 r. o zmianie ustawy o zarządzaniu kryzysowym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2026 poz. 815).

Znowelizowane przepisy przewidują wprowadzenie bardzo znaczących zmian m.in. w zakresie podejścia do infrastruktury krytycznej.

Na mocy nowych przepisów Minister Zdrowia we współpracy z Dyrektorem Rządowego Centrum Bezpieczeństwa będzie odpowiadał za identyfikowanie obiektu, urządzenia, instalacji lub połączonych ze sobą funkcjonalnie obiektów, urządzeń, instalacji oraz sieci, systemu lub usługi mogących stanowić infrastrukturę krytyczną. Właściciel lub posiadacz infrastruktury krytycznej spełniający odpowiednie kryteria będzie identyfikowany jako operator infrastruktury krytycznej. Ponadto zostaną wyznaczone tzw. progi istotności skutku zakłócającego dla świadczenia usługi kluczowej, które pozwolą na identyfikację podmiotów krytycznych.

Zgodnie z ustawą o ochronie ludności i obronie cywilnej z dnia 5 grudnia 2024 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 1907, z późn. zm.) art. 2 ust. 1 zadania mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa ludności przez ochronę życia i zdrowia ludzi, mienia, w tym zwierząt, infrastruktury niezbędnej do zaspokojenia potrzeb bytowych, dóbr kultury i środowiska w sytuacji zagrożenia realizują m.in. podmioty ochrony ludności. Na mocy art. 17 ust 1. są to m.in. pkt 11 b) Państwowa Inspekcja Sanitarna; pkt 20) Narodowy Fundusz Zdrowia; pkt 21) podmioty lecznicze, w ramach których funkcjonują jednostki systemu Państwowego

Ratownictwa Medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2024 r. poz. 652 i 1222); pkt 22) podmioty lecznicze prowadzące szpitale w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 799 i 1897); pkt 23) podmioty lecznicze korzystające ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2024 r. poz. 1782) oraz ustawy z dnia 15 grudnia 2022 r. o Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz.U. poz. 2731 oraz z 2024 r. poz. 1897). Zgodnie z ustawą podmioty ochrony ludności wykonują zadania ochrony ludności i obrony cywilnej w ramach swojej właściwości, w tym w sytuacjach zagrożeń i kryzysów.

Należy również zwrócić uwagę na rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa z dnia 27 października 2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 2482 z późn. zm.), które określa warunki i sposób przygotowania i wykorzystania na potrzeby obronne państwa podmiotów leczniczych. Zgodnie z przepisami przedmiotowego rozporządzenia w ramach przygotowania do realizacji zadań na poszczególnych szczeblach organizacji i nakładania zadań, w tym w podmiotach leczniczych, opracowuje się odpowiednie plany na potrzeby obronne państwa, tj.: plan udzielania świadczeń szpitalnych, plan organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc szpitalnych, plan udzielania świadczeń zdrowotnych na potrzeby systemu kierowania bezpieczeństwem narodowym, plan funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego, plan funkcjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, plan funkcjonowania regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, plan funkcjonowania stacji sanitarno-epidemiologicznych. W procesie planowania uwzględnia się zapewnienie niezbędnego personelu i zabezpieczenia w zakresie infrastruktury, usług, procedur, wyposażenia i zaopatrzenia na potrzeby obronne państwa. Plany są corocznie aktualizowane. Powyższe plany nie są udostępniane do wiadomości publicznej.

Strategiczne kierunki rozwoju i modernizacji ochrony zdrowia w Polsce w nadchodzących latach wyznacza Krajowy Plan Transformacji systemu ochrony zdrowia na lata 2027–2031. Dokument odpowiada na kluczowe wyzwania demograficzne, epidemiologiczne i organizacyjne, a także uwzględnia rozwój nowych technologii i cyfryzację systemu. Koncentruje się na kompleksowej modernizacji systemu opieki zdrowotnej, tak aby stał się on bardziej dostępny, efektywny i odporny na wyzwania współczesności.

Ad 2, 9.

System zarządzania kryzysowego definiuje art. 2 ustawy o zarządzaniu kryzysowym z dnia 26 kwietnia 2007 r. (Dz.U. Nr 89, poz. 590 z późn.zm.) stanowiący, że zarządzanie kryzysowe to działalność organów administracji publicznej będąca elementem kierowania bezpieczeństwem narodowym, która polega na zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przygotowaniu do przejmowania nad nimi kontroli w drodze zaplanowanych działań, reagowaniu w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, usuwaniu ich skutków oraz odtwarzaniu zasobów i infrastruktury krytycznej. Zarządzanie kryzysowe realizowane jest w oparciu o planowanie cywilne. Art. 4 ustawy wskazuje zadania z zakresu planowania cywilnego, które obejmują:

- 1) przygotowanie planów zarządzania kryzysowego;
- 1a) prowadzenie oceny ryzyka;
- 2) przygotowanie struktur uruchamianych w sytuacjach kryzysowych;
- 3) przygotowanie i utrzymywanie zasobów niezbędnych do wykonania zadań ujętych w planie zarządzania kryzysowego;
- 4) utrzymywanie baz danych niezbędnych w procesie zarządzania kryzysowego;
- 5) przygotowanie rozwiązań na wypadek zniszczenia lub zakłócenia funkcjonowania infrastruktury krytycznej;

6) zapewnienie spójności między planami zarządzania kryzysowego a innymi planami sporządzanymi w tym zakresie przez właściwe organy administracji publicznej, których obowiązek wykonania wynika z odrębnych przepisów.

W Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego (KPZK)¹ zestawiono potencjalne zagrożenia ze wskazaniem podmiotu wiodącego oraz podmiotów współpracujących w realizacji działań zarządzania kryzysowego oraz zakres współdziałania podmiotów w przypadku wystąpienia zagrożeń o charakterze ogólnokrajowym. Podmiot wiodący to instytucja lub organ administracji publicznej, który w siatce bezpieczeństwa, w KPZK został wskazany jako odpowiedzialny za organizację i realizację kluczowych działań w przypadku konkretnego rodzaju zagrożenia (np. powodzi, awarii energetycznej, ataku cybernetycznego). Minister Zdrowia jest organem wiodącym tylko w przypadku epidemii.

Ad 3, 4.

Zgodnie z ustawą o zarządzaniu kryzysowym tj. z dnia 21 kwietnia 2026 r. (Dz.U. z 2026 r. poz. 574) art. 12. 1. Ministrowie kierujący działami administracji rządowej oraz kierownicy urzędów centralnych realizują, w zakresie swojej właściwości, zadania dotyczące zarządzania kryzysowego, w tym (...) 2) organizują, prowadzą i koordynują szkolenia i ćwiczenia z zakresu zarządzania kryzysowego oraz biorą udział w ćwiczeniach krajowych i międzynarodowych. Przepis ten wprowadzono nowelizacją ustawy z 2026 r., która weszła w życie 15 lipca 2026 r. Dotychczas przepisy ustawy powierzały organizację ćwiczeń Rządowemu Centrum Bezpieczeństwa.

W 2023 r. Ministerstwo Zdrowia koordynowało w zakresie medycznym udział podmiotów leczniczych w ogólnokrajowym ćwiczeniu pod kryptonimem WOLFRAM, a w 2025 r. w ćwiczeniu w województwie podkarpackim pod kryptonimem „Sarex”. Ministerstwo Zdrowia nie było organizatorem tych ćwiczeń.

Ćwiczenia z udziałem podmiotów leczniczych organizowane są przez urzędy wojewódzkie, jednostki samorządu terytorialnego oraz same podmioty lecznicze (np. ćwiczenia w województwie małopolskim pod kryptonimem MAYDAY24 – 2024 r.).

Od 2024 r. Ministerstwo Zdrowia współpracuje z WHO w ramach projektu „Chemical, biological, radiological and nuclear hazards in the European Region: Enhancing public health and crisis-response capacities in Ukraine, neighbouring countries, and beyond”. W ramach projektu zorganizowano serię webinarów dotyczących zapoznania się z założeniami komunikacji kryzysowej głównie dla wojewodów oraz zorganizowano szkolenie dla wybranych wojewodów i podmiotów leczniczych ze stosowania narzędzia Hospital Safety Index (HIS) tzw. indeksowania szpitali (określenie wskaźnika bezpieczeństwa szpitali wobec zagrożeń). W ramach kontynuacji działań w projekcie Ministerstwo zdrowia w marcu br. zorganizowało spotkanie inicjujące planowane warsztaty dotyczące stworzenia wzorca planu zarządzania kryzysowego (HERP -Health Emergency Response Plan). Spotkanie było skierowane do podmiotów wytypowanych wśród nadzorowanych przez Marszałkowski Urząd Wojewódzki. Obecnie trwa proces uzgadniania treści i zakresu treści merytorycznych, które będą prezentowane na powyższym warsztacie. Należy nadmienić, że przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, na konferencjach, spotkaniach i podczas wystąpień, wykorzystują informacje w powyższym zakresie do budowania świadomości zarządczej kierowników szpitali w zakresie ich działań mających wpływ na budowanie odporności i przygotowania szpitali do działania w przypadku sytuacji kryzysowej.

Ad 5, 6, 14.

Przygotowanie jednostki organizacyjnej do realizowania jej statutowych zadań, w tym również w przypadku zdarzeń nieprzewidzianych, pozostaje kompetencją kierowniczą. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654, z późn.zm.), art. 46 ust. 1 odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym

¹ <https://www.gov.pl/web/rcb/krajowy-plan-zarzadzania-kryzysowego>

niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Ocena gotowości szpitala do funkcjonowania w warunkach kryzysowych, obejmującej całokształt ich zasobów medycznych, kadrowych, logistycznych, energetycznych, technicznych, materiałowych i infrastrukturalnych, zarządzanie personelem, harmonogramowanie pracy personelu, procedur sanitarnych, itd. pozostaje we właściwości kierownika podmiotu leczniczego.

Jednostka podległa i nadzorowana przez Ministra Zdrowia Centrum e-Zdrowia (CeZ), oferuje natomiast narzędzia do wykorzystania przez podmioty lecznicze, które wpływają na wzmacnianie odporności cyfrowej i gotowości do realizacji obowiązków z zakresu cyberbezpieczeństwa. CeZ udostępnił na swojej stronie internetowej podmiotom sektora ochrony zdrowia narzędzie umożliwiające:

- ustalenie, czy dany podmiot podlega przepisom ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa;
- weryfikację czy podmiot kwalifikuje się jako podmiot kluczowy albo podmiot ważny;
- przeprowadzenie samooceny gotowości do spełnienia wymagań prawnych;
- rozpoznanie potencjalnych luk organizacyjnych i technicznych;
- wygenerowanie planu działania wraz z harmonogramem i rekomendacjami.

Narzędzie to nie stanowi kontroli, audytu ani kompleksowej oceny gotowości medycznej szpitala. Jest instrumentem pomocniczym wspierającym ocenę dojrzałości cyberbezpieczeństwa oraz przygotowanie podmiotu do realizacji obowiązków wynikających z krajowego systemu cyberbezpieczeństwa. CeZ nie stosuje jednego syntetycznego wskaźnika określającego ogólny poziom przygotowania kryzysowego podmiotu leczniczego, wykorzystuje natomiast informacje i kryteria odnoszące się do dojrzałości cyberbezpieczeństwa w obszarach: organizacja bezpieczeństwa, kompetencje kadry, incydenty cyberbezpieczeństwa, gotowość regulacyjna.

Narodowe Centrum Krwi (NCK), jednostka podległa i nadzorowana przez Ministra Zdrowia, prowadzi bieżący monitoring w zakresie zdolności jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi do realizacji ustawowych zadań, obejmujący m. in. dostępność krwi i jej składników, zdolności magazynowe oraz możliwości zapewnienia ciągłości zaopatrzenia podmiotów leczniczych w krew i jej składniki oraz produkty krwiopochodne (m.in. czynniki krzepnięcia dla chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne). NCK gromadzi, analizuje i monitoruje dane przekazywane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, obejmujące w szczególności informacje i raporty z zakresu m.in.: liczby donacji krwi i jej składników i jednostek Koncentratu Krwinek Czerwonych (KKCz) wydawanych do lecznictwa;

- stanów zapasów krwi i jej składników oraz FFP (świeżo mrożone osocze, z ang. Fresh Frozen Plasma), ich dystrybucji oraz zdolności do zapewnienia ciągłości zaopatrzenia podmiotów leczniczych;
- wydań produktów krwiopochodnych/czynników krzepnięcia krwi;
- liczby kandydatów na dawców i dawców krwi.

Ad 7.

W Polsce funkcjonuje system rezerw strategicznych, obejmujący również rezerwy o charakterze medycznym. Zasady funkcjonowania systemu rezerw określa ustawa z dnia 17 grudnia 2020 r. o rezerwach strategicznych, która reguluje sposób tworzenia, utrzymywania, udostępnienia, likwidacji oraz finansowania rezerw strategicznych. W ramach medycznych rezerw strategicznych utrzymywane są m.in. produkty lecznicze oraz sprzęt medyczny. Rezerwy te są przeznaczone do wykorzystania na wypadek zagrożenia bezpieczeństwa i obronności państwa, bezpieczeństwa, porządku i zdrowia publicznego oraz wystąpienia klęski żywiołowej lub sytuacji kryzysowej, w celach wsparcia wykonywania zadań w zakresie bezpieczeństwa i obronności państwa, ochrony ludności i obrony cywilnej, odtworzenia infrastruktury krytycznej, złagodzenia zakłóceń w ciągłości dostaw służących funkcjonowaniu gospodarki i zaspokojeniu podstawowych potrzeb obywateli, ratowania ich życia i zdrowia.

Asortymenty rezerw strategicznych i ich ilości określa Rządowy Program Rezerw Strategicznych. Projekt Programu opracowuje minister właściwy do spraw wewnętrznych we współpracy z Rządową Agencją Rezerw Strategicznych oraz innymi organami i podmiotami - w tym z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Udostępnianie rezerw strategicznych następuje na zasadach określonych w ustawie o rezerwach strategicznych. Co do zasady decyzję o udostępnieniu rezerw podejmuje minister właściwy do spraw wewnętrznych, z urzędu albo na wniosek uprawnionego organu lub podmiotu. Decyzja taka podlega niezwłocznemu wykonaniu przez Rządową Agencję Rezerw Strategicznych.

Ponadto uchwała Rady Ministrów nr 72 z dnia 27 maja 2025 r. w sprawie zatwierdzenia Programu Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej na lata 2025 – 2026 ustanawia Program Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej na lata 2025 – 2026. "Nadrzędnym i strategicznym celem Programu Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej jest zbudowanie systemu ochrony ludności i obrony cywilnej działającego podczas wystąpienia każdego rodzaju zagrożenia, bez względu na stan funkcjonowania państwa. Budowanie efektywnego systemu ochrony ludności i obrony cywilnej będzie możliwe poprzez opracowanie, wdrożenie i aktualizowanie strategii tworzenia zasobów w poszczególnych województwach. Działania te należy realizować z uwzględnieniem specyfiki każdego z województw oraz wniosków wynikających z procesów inwentaryzacji i analizy posiadanych zasobów, prowadzonych w odniesieniu do przyjętych scenariuszy zdarzeń, rodzaju realnych zagrożeń oraz założonego okresu ich przebiegu. Na każdym etapie realizacji tych działań organy administracji publicznej powinny współpracować ze społeczeństwem obywatelskim i dążyć do pełnego wykorzystania potencjału i zasobów służb, instytucji i organizacji pozarządowych w zapobieganiu zagrożeniom oraz przeciwdziałaniu ich skutkom²". Opracowywanie Programu Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej i monitorowanie jego realizacji jest zadaniem ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Ad 8.

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania mające na celu przygotowanie przyszłych jak i pracujących już medyków na wystąpienie kryzysów.

Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2025 r. został powołany Zespół do spraw opracowania propozycji zmian w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego w zakresie medycyny taktycznej. Zadaniem Zespołu było opracowanie propozycji zmiany rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755, z późn. zm.) w zakresie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, w tym:

- 1) dokonanie przeglądu oraz zaproponowanie zmian do aktualnego zestawu efektów kształcenia w zakresie medycyny taktycznej,
- 2) uzupełnienie efektów kształcenia w zakresie medycyny taktycznej – z uwzględnieniem wymagań Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.).

Proponowane rozwiązanie polega na modyfikacji standardów kształcenia poprzez jednoznaczne określenie wymagań dotyczących kształcenia z zakresu medycyny taktycznej. Zmiany obejmują wprowadzenie wyodrębnionego modułu kształcenia, wskazanie minimalnego wymiaru zajęć, zapewnienie ich praktycznego charakteru, określenie wymaganych efektów uczenia się oraz sprecyzowanie kwalifikacji

² Program Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej na lata 2025 – 2026

i doświadczenia kadry prowadzącej zajęcia. Również projektowane zmiany w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej mają na celu dostosowanie procesu kształcenia do współczesnych wyzwań związanych z bezpieczeństwem zdrowotnym państwa oraz rosnącą rolą personelu medycznego w realizacji świadczeń zdrowotnych w sytuacjach kryzysowych, zdarzeniach masowych i innych stanach nadzwyczajnych.

Oczekiwanym rezultatem wdrożenia proponowanych zmian jest podniesienie poziomu przygotowania absolwentów kierunków medycznych do wykonywania zadań w sytuacjach szczególnych, zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego, ujednolicenie minimalnego zakresu kompetencji nabywanych w toku kształcenia w zakresie medycyny taktycznej oraz lepsze przygotowanie przyszłych kadr medycznych do współdziałania z podmiotami systemu ratownictwa, służbami mundurowymi i innymi uczestnikami działań w warunkach zagrożenia. Zmiana przyczyni się również do zwiększenia odporności systemu ochrony zdrowia na zdarzenia kryzysowe oraz do zapewnienia bardziej adekwatnego przygotowania absolwentów do realiów współczesnego środowiska bezpieczeństwa. Przedmiotowy Zespół zakończył już pracę i skierował w 2026 r. do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego propozycję nowelizacji standardów kształcenia w zakresie medycyny taktycznej.

Ponadto wszyscy lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu mają możliwość uzyskać, zdając odpowiedni egzamin, umiejętność zawodową w rodzaju medycyna pola walki, na podstawie art. 17 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37, z późn. zm.). W najbliższym czasie zostaną opublikowane na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie „Minimalne standardy, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja” tej umiejętności zawodowej. Dzięki temu odpowiednie instytucje uprawnione do przeprowadzania certyfikacji tej umiejętności zawodowej będą mogły przeprowadzać egzaminy i wydawać zaświadczenia o uzyskaniu umiejętności w rodzaju medycyna pola walki.

Również uczelnie wyższe kształcące na kierunkach medycznych, samorząd lekarski czy podmioty lecznicze podejmują inne działania celem przygotowania medyków na sytuacje kryzysowe. Jako przykład można podać Uniwersytet Warszawski, który uwzględnił w programie studiów na kierunku lekarskim obowiązkowe zajęcia „Medycyna zagrożeń taktyczno-cywilnych” oraz fakultatywne zajęcia „Podstawy medycyny pola walki”. Są one realizowane we współpracy z Wojskowym Instytutem Medycznym – Państwowym Instytutem Badawczym w Warszawie. Innym przykładem jest Uniwersytet Opolski, na którym studenci ostatniego roku lekarskiego uczą się medycyny pola walki. Zajęcia prowadzi były żołnierz wojsk specjalnych i licencjonowany ratownik medyczny, który jako wolontariusz ratował ofiary konfliktu w Ukrainie. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, we współpracy z Jednostką Wojskową Komandosów z Lublińca, uruchomił w 2026 r. pierwsze w Polsce, elitarne studia podyplomowe z medycyny pola walki dla medyków (lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych), którzy chcą działać skutecznie w warunkach skrajnych - na polu walki, podczas katastrof, w sytuacjach masowego zagrożenia zdrowia i życia. Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy będzie w 2026 r. prowadziła studia podyplomowe: „Medycyna pola walki dla zawodów medycznych”.

Prowadzone są także różnego rodzaju kursy, jak np. te organizowane w 2024 r. przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie dwa szkolenia: Wprowadzenie do zagadnień medycyny pola walki (kurs podstawowy) oraz Wprowadzenie do zagadnień medycyny pola walki (kurs rozszerzony).

W dniu 30 marca 2026 r. Zakład Medycyny Pola Walki i Katastrof 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie zainaugurował swoją działalność szkoleniową. W pierwszym szkoleniu uczestniczyli lekarze z oddziałów zabiegowych, kierownicy ds. pielęgniarstwa oraz personel Izby Przyjęć. Przeprowadzony został kurs wprowadzający „Postępowanie z pacjentem urazowym w ramach pomocy przedszpitalnej”, obejmujący część teoretyczną i praktyczną, który jest elementem przygotowującym do szkoleń

prowadzonych w ekstremalnych warunkach w przygotowywanych salach symulacji. Równolegle przez specjalistę z Zakładu Diagnostyki Obrazowej, przeprowadzony został kurs USG FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) tj. szybkie, przyłóżkowe badanie ultrasonograficzne stosowane w medycynie ratunkowej u pacjentów po urazach.

Poza powyższym, z dniem 1 lipca 2026 r. oficjalnie została utworzona/reaktywowana Wojskowa Akademia Medyczna w Łodzi. Będzie przygotowywać kadry medyczne do służby wojskowej w różnych specjalizacjach, m. in. jako lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni czy farmaceuci. Akademia będzie miała status uczelni publicznej i będzie kształcić studentów-żołnierzy w ramach wojskowego systemu edukacji.

Centrum e-Zdrowia (jednostka podległa i nadzorowana przez Ministra Zdrowia) utrzymuje i rozwija System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) oraz Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego (RIZM), narzędzia cyfrowe służące do obsługi kształcenia podyplomowego kadr medycznych oraz weryfikacji uprawnień osób wykonujących wybrane zawody medyczne. SMK służy do gromadzenia oraz przetwarzania danych dotyczących organizacji i przebiegu kształcenia podyplomowego kadr medycznych. System obsługuje m.in. wnioski o rozpoczęcie specjalizacji, postępowania kwalifikacyjne, realizację szkolenia, elektroniczne karty specjalizacji, egzaminy oraz akredytacje podmiotów prowadzących szkolenia. Pozwala monitorować proces przygotowywania specjalistów i rozwój kwalifikacji zawodowych kadr medycznych. Dane gromadzone w SMK umożliwiają bieżące monitorowanie przebiegu szkolenia oraz dostarczają informacji potrzebnych do planowania kształcenia podyplomowego. RIZM dostępny pod adresem rizm.ezdrowie.gov.pl i umożliwia rejestrację wniosku o wpis do rejestru, obsługę wniosków przez urzędy wojewódzkie, tworzenie wpisów w rejestrze oraz generowanie zaświadczeń o posiadanym wpisie.

Ad 10, 11, 12, 15.

Strategiczne kierunki rozwoju i modernizacji ochrony zdrowia w Polsce w nadchodzących latach wyznacza Krajowy Plan Transformacji systemu ochrony zdrowia na lata 2027–2031³. Dokument odpowiada na kluczowe wyzwania demograficzne, epidemiologiczne i organizacyjne, a także uwzględnia rozwój nowych technologii i cyfryzację systemu. Koncentruje się na kompleksowej modernizacji systemu opieki zdrowotnej tak, aby stał się on bardziej dostępny, efektywny i odporny na wyzwania współczesności.

W Ministerstwie Zdrowia na bieżąco wprowadzane są inicjatywy, projekty, zmiany legislacyjne przekładające się na poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, wzmacniania jego odporności również do działania w sytuacjach kryzysowych. Ministerstwo Zdrowia inicjuje i nadzoruje szereg inwestycji o charakterze infrastrukturalnym, które wspierają system ochrony zdrowia w wielu istotnych obszarach/dziedzinach oraz przyczyniają się do zwiększenia odporności szpitali i zdolności do skutecznego funkcjonowania zarówno w warunkach standardowych, jak i sytuacjach kryzysowych. Istotnym elementem tych działań jest realizacja inwestycji w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). Kolejnym instrumentem, w ramach którego realizowano wsparcie działań naprawczych po pandemii COVID-19 jest dodatkowa oś priorytetowa - XI REACT-EU -uruchomiona w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 (POIŚ). W ramach środków budżetu państwa pochodzących z cz. 46 - Zdrowie realizowane są zadania budowlane i zakupy inwestycyjne w podmiotach podległych i nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, które w znaczący sposób poprawiają funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia zarówno w warunkach standardowych jak również mogą mieć istotne znaczenie w sytuacjach nadzwyczajnych.

³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2025 r w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ z 31 grudnia 2025 r., poz. 106)

Jednostka podległa i nadzorowana przez Ministra Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, realizuje szereg inicjatyw (konferencje, warsztaty, dokumenty, szkolenia), służących praktycznymi wskazówkami dla zarządzających podmiotami leczniczymi w zakresie skutecznego reagowania na zdarzenia w cyberprzestrzeni oraz minimalizowaniu ich wpływu na funkcjonowanie szpitala.

W ramach środków z subfunduszu infrastruktury na potrzeby obronne państwa (nowy subfundusz wyodrębniony w ramach Funduszu Medycznego) możliwe będzie wsparcie podmiotów leczniczych w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na potrzeby obronności i bezpieczeństwa państwa w sytuacjach kryzysowych, w szczególności w przypadku wystąpienia stanu wojennego, stanu wyjątkowego albo stanu wojny. Obejmuje wsparcie rozwoju infrastruktury i wyposażenia. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają przygotowania organizacyjne i prawne umożliwiające wdrożenie działań zaplanowanych w ramach subfunduszu na potrzeby obronne państwa. Ramy wsparcia, które zostały określone w ustawie o Funduszu Medycznym muszą zostać dookreślone rzeczowo i finansowo w programie inwestycyjnym - dokumencie wdrożeniowym uchwalonym przez Radę Ministrów. Celem programu inwestycyjnego będzie wsparcie podmiotów leczniczych w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na potrzeby obronności i bezpieczeństwa państwa w sytuacjach kryzysowych, w szczególności w przypadku wystąpienia stanu wojennego, stanu wyjątkowego albo stanu wojny. Dotacja przyznawana będzie dla podmiotów wyłonionych w drodze konkursu – analogicznie jak w przypadku pozostałych subfunduszy inwestycyjnych wyodrębnionych z Funduszu Medycznego. Warunki przystąpienia do konkursów z Funduszu Medycznego oraz kryteria oceny wniosków są każdorazowo określone w dokumentacji konkursowej publikowanej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

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