



Minister Zdrowia

DLU.050.35.2026.EW
Warszawa, 28 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z interpelacją 18633 Pani Anny Pieczarki, Poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie drastycznego ograniczenia dostępu do usług medycznych (nr 18633), przesłaną przy piśmie Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 21 lipca 2026 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odpowiadając na pytanie dotyczące pomysłów na usprawnienie systemu służby zdrowia należy wskazać, że podejmowane w ostatnim roku i planowane inicjatywy obejmują wszystkie istotne obszary funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

W zakresie reformy szpitalnictwa, wprowadzono rozwiązania mające na celu wsparcie procesów konsolidacyjnych. Celem konsolidacji szpitali jest realna poprawa działania systemu ochrony zdrowia z perspektywy pacjenta i personelu. Dzięki łączeniu potencjału placówek możliwe jest lepsze wykorzystanie kadry medycznej i infrastruktury, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia oraz zapewnienie pacjentom dostępu do leczenia o wyższej i bardziej stabilnej jakości. Jest to narzędzie do wzmocnienia szpitali, podniesienia standardów leczenia i zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. W warunkach narastających problemów finansowych wielu podmiotów leczniczych konsolidacja daje konkretne efekty ekonomiczne: obniżenie kosztów, uporządkowanie zobowiązań i bardziej efektywne zarządzanie. W praktyce przekłada się to na większą stabilność finansową szpitali, a tym samym na ich zdolność do długofalowego i bezpiecznego funkcjonowania. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1211) wprowadziła dwie ścieżki prowadzące do konsolidacji świadczeń szpitalnych. Pierwsza z nich polega na świadomym, opartym o mapy potrzeb zdrowotnych, wycofywaniu się części szpitali z określonych profili w ramach się podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali). W efekcie inne placówki przejmują większą odpowiedzialność za dane zakresy świadczeń, stopniowo zwiększając skalę swojej działalności. Druga ścieżka umożliwia konsolidację oddziałów i całych podmiotów, wspieraną nowymi rozwiązaniami zapisanymi w przepisach o działalności leczniczej.

Ponadto, realizując jeden z priorytetów Ministra Zdrowia jakim są działania Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent, w kwietniu 2026 r. ogłoszono konkurs na wybór wniosków w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury w celu wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych.

Obszar ten został uwzględniony w ramach budżetu Funduszu Medycznego i ujęty w alokacji środków na subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych. W ramach programu przewidziano kwotę wsparcia w wysokości 1,149 mld zł. O dofinansowanie w ramach tego programu mogą ubiegać się podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z których co najmniej jeden jest szpitalem zakwalifikowanym do sieci szpitali.

Natomiast w celu zapewnienia bardziej transparentnego i adekwatnego systemu zarządzania publicznymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, *ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2026 r., poz. 972)* wprowadzono rozwiązania gwarantujące Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji możliwość przetwarzania danych identyfikujących personel medyczny. Dotychczas Agencja w prowadzonych analizach nie mogła wykorzystywać numerów PESEL oraz numerów prawa wykonywania zawodu personelu, co skutkowało ograniczeniami w zakresie kompletności, spójności oraz precyzji prowadzonych analiz kosztów pracy personelu medycznego, struktury zatrudnienia, wieloletowości, a także relacji pomiędzy formą zatrudnienia a faktycznym zaangażowaniem w realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nowe rozwiązania pozwolą odzwierciedlić poziom wynagrodzeń oraz ich wpływ na poziom kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiany do ustawy o działalności leczniczej mają na celu wprowadzenie zmian w zakresie zasad zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Obecnie częstym zjawiskiem jest tzw. leasing pracowniczy tj. sytuacja, w której podmioty lecznicze, udzielają zamówienia na świadczenia zdrowotne innym podmiotom leczniczym, głównie spółkom, które zapewniają wyłącznie pracowników (osoby wykonujące zawody medyczne). Podmioty przyjmujące zamówienie formalnie są podmiotami leczniczymi, choć nie wykonują działalności leczniczej; faktycznie są pośrednikami zatrudnienia. W ten sposób omijane są przepisy dotyczące pracy. Jeżeli stroną umowy jest osoba (fizyczna), np. lekarz wówczas łatwiej zidentyfikować jego łączny czas pracy. W przypadku gdy podwykonawcą jest osoba prawna (spółka kapitałowa) – ograniczenia dotyczące czasu pracy jej nie obowiązują. W związku z powyższym w nowelizacji proponuje się, aby przyjmującym zamówienie mogła być jedynie osoba fizyczna, co wyeliminuje nadużycia związane z zawieraniem podobnych umów polegające na tworzeniu fikcyjnych podmiotów leczniczych (w celu ominięcia przepisów dotyczących czasu pracy osób wykonujących zawody medyczne). Wyjątkowo przyjmującym zamówienie będą mogły być podmioty lecznicze, jeżeli będą udzielały świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem ww. umowy w swoim zakładzie leczniczym, a nie w zakładzie leczniczym udzielającego zamówienia. Wyjątek ten umożliwi kontynuowanie i zawieranie umów z podmiotami leczniczymi prowadzącymi np. laboratoria czy świadczenia zdrowotne z zakresu radiologii.

Ponadto zaproponowano zmiany polegające na dodaniu nowych elementów umowy o udzielenie świadczeń przez określenie: zakresu i liczby świadczeń zdrowotnych; łącznej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych oraz równoważnika wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających na podstawie umowy o pracę oraz udzielających zamówienia na świadczenia zdrowotne, który nie może przekroczyć równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy. Powyższe zmiany wpłyną pozytywnie na eliminację nieprawidłowości związanych z zawieraniem omawianych umów oraz nadużyć w zakresie gospodarowania środkami publicznymi.

Kolejne wprowadzane zmiany mają na celu wprowadzenie regulacji określających zasady zatrudniania pracowników medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych objętych

umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, zarówno w ramach stosunku pracy jak i na podstawie umów cywilnoprawnych. W szczególności zgodnie z zaproponowanymi rozwiązaniami maksymalny łączny wymiaru czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców, nie będzie mógł przekraczać równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika. Ponadto pracownik medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy mającego zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, będzie musiał być zatrudniony przez tego świadczeniodawcę co najmniej w wymiarze połowy wymiaru czasu pracy albo jego równoważnika, a zatrudnienie takiej osoby przez innego świadczeniodawcę, mającego zawartą umowę z Funduszem na zakres leczenia szpitalnego, w celu udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w poradni przyszpitalnej) będzie możliwe również tylko w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy albo równoważnika oraz będzie obwarowane wymogiem uzyskania zgody pierwszego świadczeniodawcy. Wprowadzone zostaną także wymogi dotyczące minimalnej zawartości umów, na podstawie których są zatrudniane osoby udzielające świadczeń zdrowotnych objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wszystkie takie umowy będą obligatoryjnie zawierać określenie rodzaju i liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, stawki godzinowej wynagrodzenia brutto z tytułu wykonywania tych zadań, a w przypadku umów innych niż umowa o pracę wymagane będzie ponadto także określenie liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzony zostanie także zakaz ustalania wysokości wynagrodzenia pracownika medycznego, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia jako określonego udziału procentowego w kwocie kontraktu świadczeniodawcy z Funduszem na dany zakres świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast w odniesieniu do wynagrodzenia pracowników medycznych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umowami z Funduszem zostaną wprowadzone limity, w postaci maksymalnej stawki godzinowej i miesięcznej oraz zostanie określone maksymalne wynagrodzenie z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z Funduszem, zarówno w ramach umów o pracę jak i umów cywilnoprawnych.

Równolegle zostaną wprowadzone rozwiązania mające na celu poszerzenie uprawnień kontrolnych Narodowego Funduszu Zdrowia, w szczególności przez stworzenie podstaw prawnych do pozyskiwania źródeł dowodowych od podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w sektorze komercyjnym, co umożliwi Funduszowi weryfikację rzeczywistej dostępności osób wykonujących zawody medyczne w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto przewiduje się zwiększenie kompetencji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych, przez przyznanie uprawnienia do inicjowania, za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia, prac nad określeniem albo weryfikacją taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji oraz do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów przez świadczeniodawców. Planuje się także ograniczenie zakresu raportu taryfikacyjnego do elementów mających bezpośrednie znaczenie dla ustalenia taryfy, w szczególności danych kosztowych, analizy podaży i popytu, skutków finansowych oraz wpływu taryfy na strukturę udzielanych świadczeń

W zakresie zmian wprowadzanych na poziomie aktów wykonawczych do ustaw, należy wskazać:

- 1) zmiany rozporządzenia określającego ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzające obowiązek przekazywania przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne godzinowych zestawień obecności osób wykonujących zawody medyczne. Rozwiązanie to służy zwiększeniu przejrzystości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wzmocnieniu mechanizmów nadzoru nad prawidłowością wykonywania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Obowiązek przekazywania danych o rzeczywistym czasie wykonywania świadczeń przez personel medyczny ułatwi Narodowemu Funduszowi Zdrowia prowadzenie bieżącej analizy zgodności realizacji świadczeń z harmonogramami pracy personelu zgłoszonego do umowy, a także identyfikowanie przypadków jednoczesnego wykazywania tej samej osoby jako wykonującej świadczenia w różnych miejscach w tym samym czasie. Projektowane rozwiązanie pozwoli na wcześniejsze wykrywanie nieprawidłowości, ograniczenie ryzyka nienależytego wykonywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie, że świadczenia finansowane ze środków publicznych są realizowane przez personel udzielający świadczeń w miejscu oraz czasie wynikającym z zawartej umowy. Jednocześnie przekazywane informacje będą stanowiły materiał analityczny wspierający planowanie czynności kontrolnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dla zapewnienia efektywnego wykonywania ww. obowiązku projekt przewiduje możliwość nałożenia kary umownej za jego niewykonanie. Rozwiązanie to ma na celu zapewnienie terminowej realizacji obowiązku przekazywania danych przez świadczeniodawców;
- 2) zmiany rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych ma na celu poprawę monitorowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia dostępności do świadczeń. Projekt rozszerza obowiązek prowadzenia elektronicznych harmonogramów przyjęć w aplikacji AP KOLCE NFZ o kolejne świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego. Obowiązek ten dotyczy 15 procedur medycznych, na które dotychczas harmonogramy przyjęć prowadzone były we własnym systemie informatycznym świadczeniodawcy. Dzięki temu Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł na bieżąco monitorować rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia oraz identyfikować przypadki wielokrotnych zapisów tej samej osoby na to samo świadczenie.

Ponadto projekt przewiduje wprowadzenie obowiązku wyodrębnienia z dotychczas prowadzonych harmonogramów przyjęć do oddziału szpitalnego, nowych harmonogramów przyjęć do wybranych 10 procedur medycznych. Harmonogramy te będą prowadzone w systemie informatycznym świadczeniodawcy. Wyodrębnienie harmonogramów na nowe procedury pozwoli monitorować czas oczekiwania na te konkretne świadczenia, a pacjenci zyskają łatwiejszy dostęp do informacji o placówkach wykonujących konkretne procedury medyczne;

- 3) zmiany rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które łagodzą warunki organizacji udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego przez brak obowiązku zapewnienia opieki lekarza, pielęgniarki lub położnej w soboty i w dni wolne od pracy, jeżeli na oddziałach tych nie ma

pacjentów hospitalizowanych. Przedmiotowa regulacja daje możliwość organizowania leczenia pacjentów w trybie hospitalizacji planowych w zależności od potrzeb pacjenta, bez nadmiernego przetrzymywania go w szpitalu. Wprowadzone rozwiązanie przyczyni się do efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów personelu oraz może przynieść wymierne oszczędności finansowe. Pozwoli bowiem na uwolnieniu zasobów personelu medycznego, który w tym czasie może być optymalnie wykorzystany w realizacji świadczeń w innych trybach.

Z innych działań podejmowanych w celu poprawy dostępności przede wszystkim należy wskazać wprowadzone od 1 stycznia 2026 r. rozwiązania wprowadzające centralną elektroniczną rejestrację. Centralna elektroniczna rejestracja zniósł obowiązek prowadzenia odrębnych list oczekujących przez poszczególnych świadczeniodawców na rzecz wspólnej listy do wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń z danego zakresu (tj. centralnego wykazu oczekujących). Oprócz uproszczenia i przyspieszenia procesu rejestracji pacjentów oraz ułatwienie dostępu do informacji o dostępnych terminach u wszystkich świadczeniodawców centralna elektroniczna rejestracja przyczyni się także do skracania czasów oczekiwania zarówno przez optymalne wykorzystanie każdego zwalnającego się terminu jak i przez znaczące zmniejszenie liczby nieodwołanych wizyt. Pacjenci otrzymują powiadomienia z przypomnieniem o wizycie i mogą także łatwo i szybko odwołać wizytę przez odpowiedź na sms z przypomnieniem lub anulować ją przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP), bez konieczności komunikowania się ze świadczeniodawcą. Centralna elektroniczna rejestracja wstępnie została w wprowadzona w odniesieniu do wybranych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale zakres ten będzie sukcesywnie rozszerzany. Zgodnie z przyjętym harmonogramem do końca 2027 r. centralną elektroniczną rejestracją zostaną objęte wszystkie świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Warto wskazać także wprowadzenie mechanizmów motywujących poradnie specjalistyczne do zwiększania odsetka przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych (obecnie jedynie przeciętnie 15 % pacjentów w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to pacjenci pierwszorazowi, a pozostałe osoby objęte opieką to osoby kontynuujące leczenie). Rozwiązania wdrożone przez Narodowy Fundusz Zdrowia zakładają określenie minimalnego wymaganego poziomu przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych oraz wprowadzenie stawek degresywnych, w przypadku, gdy świadczeniodawcy nie osiągną takiego poziomu. Rozwiązanie to ma na celu zapewnienie, że pacjenci oczekujący na pierwszą poradę szybciej rozpoczną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną. Wypracowane rozwiązanie ma szczególnie motywować podmioty z najmniejszym udziałem świadczeń pierwszorazowych. Analiza danych za poszczególne kwartały (począwszy od III kwartału 2025 r.) w porównaniu z analogicznymi kwartałami roku poprzedniego wykazały skuteczność wprowadzonej metody. Przykładowo w IV kwartale 2025 r. wykonano o ponad 220 tys. świadczeń pierwszorazowych więcej niż w IV kwartale 2024 r., co stanowi ponad 13% wzrost świadczeń, a udział świadczeń pierwszorazowych wzrósł z 17,20 % do 19,04 % i dotyczył wszystkich specjalności objętych nowym rozwiązaniem.

Warto podkreślić, że równolegle prowadzone są inne działania mające na celu prowadzenie zmian systemowych, których efekty widoczne będą w perspektywie długofalowej, w odróżnieniu od działań doraźnych. Jednym z takich działań są prace prowadzone w ramach uruchomionego w styczniu 2024 r. projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń”, które m.in. zakładają zastąpienie fragmentarycznie udzielanych porad kompleksowymi świadczeniami, w tym pakietami diagnostycznymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Pozwoli to na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliżej pacjenta, tj. w ramach współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Projekt ma być realizowany do 30 czerwca 2027 r.

Ponadto, nadal obserwowany jest wzrost liczby umów zawieranych w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Objęcie pacjenta opieką

koordynowaną umożliwia lekarzowi rodzinnemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty oraz zapewnienie wybranych konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania go do poradni specjalistycznych. Zwiększenie dostępu do świadczeń właściwych dla opieki specjalisty z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej zmniejsza obciążenie poradni specjalistycznych i przekłada się na skrócenie czasów oczekiwania. Według danych na dzień 30 czerwca 2026 r. 3 091 świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej realizowało świadczenia opieki koordynowanej, co stanowi 52 % ogółu świadczeniodawców, którzy zawarli umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Objęto tym samym łącznie 64 % ogółu populacji objętej podstawową opieką zdrowotną.

Ministerstwo Zdrowia podejmuje także działania w zakresie zapewnienia na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy posiadających kwalifikacje specjalisty. Działania te mają na celu zniwelowanie do minimum niekorzystnego obrazu demograficznego tej grupy zawodowej. Z najważniejszych podejmowanych działań można wskazać:

- 1) stworzenie katalogu dziedzin priorytetowych w celu stymulacji wzrostu liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach, w których zapotrzebowanie na specjalistów jest największe, a zainteresowanie odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy jest zbyt małe do potrzeb. Wyodrębniono dziedziny najważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego kraju i ustanowiono dla nich specjalne zasady - główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest wyższe wynagrodzenie przysługujące lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach w trybie rezydenckim (finansowanym przez Ministra Zdrowia). Zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje corocznie (od lipca) przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom w trybie specjalizacji rezydenckim, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydenckich w stosunku do pozostałych dziedzin.
- 2) rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać dodatkowo wynagrodzenie zasadnicze wyższe, jeżeli lekarz zobowiąże się do przepracowania - w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych - łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.
- 3) możliwość przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego,
- 4) zwiększanie limitów przyjęć na kierunek lekarski. Wzrost limitów spowodowany jest zwiększeniem liczby uczelni kształcących na tych kierunkach i działaniami Ministra Zdrowia mającymi na celu, zwiększenie w przyszłości liczebności kadr lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Należy jednak wspomnieć, że limit na uczelniach jest uwarunkowany możliwościami lokalowymi, dydaktycznymi i finansowymi danej uczelni,
- 5) możliwość uzyskania wsparcia finansowego dla osób podejmujących kształcenie na studiach odpłatnych w języku polskim na kierunku lekarskim, które wiąże się z obowiązkiem późniejszego odpracowania studiów w publicznej służbie zdrowia.

Dodatkowo, w celu dalszego wyrównywania nierówności w dostępie pomiędzy poszczególnymi regionami kraju a także właściwego modelowania kształcenia podyplomowego lekarzy w obszarach dziedzin deficytowych, Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i niektórych innych ustaw (w tym momencie ustawa jest na etapie konsultacji publicznych). Projekt ten jest dostępny pod linkiem: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12411050> i m.in. zawiera zmiany w zakresie naboru na szkolenie specjalizacyjne, które dotyczą w szczególności kierowania lekarzy i lekarzy dentystów do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w jednostkach akredytowanych, które znajdują się na obszarach danego

województwa, gdzie występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Ponadto zmiany obejmują też przyznanie dodatkowych punktów w postępowaniu dla lekarzy posiadających specjalizację w ustalonych rozporządzeniem dziedzinach medycyny oraz umożliwienie tym lekarzom odbywania kolejnej rezydentury. Rozwiązanie to będzie dotyczyło wyłącznie lekarzy posiadających specjalizację w wybranych dziedzinach medycyny (np. w dziedzinie chorób wewnętrznych) i docelowo ma zachęcić do podejmowania szkolenia w tych dziedzinach poprzez ułatwienie dalszego rozwoju zawodowego. Dzięki wprowadzeniu proponowanych regulacji spodziewany jest wzrost dostępności do specjalistycznych świadczeń udzielanych przez lekarzy.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/