



WICEPREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
TADEUSZ DZIUBA

LPO.410.014.08.2020

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

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/077 - Uznawanie kwalifikacji zawodowych cudzoziemców spoza Unii Europejskiej

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, dalej: Ministerstwo albo MZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Adam Niedzielski, Minister Zdrowia od 26 sierpnia 2020 r. <sup>1</sup><br>W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili:<br>Mateusz Morawiecki, Prezes Rady Ministrów od 21 do 25 sierpnia 2020 r. <sup>2</sup><br>Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia od 9 stycznia 2018 r. <sup>3</sup> do 20 sierpnia 2020 r. <sup>4</sup><br>oraz Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia od 16 listopada 2015 r. <sup>5</sup> do 9 stycznia 2018 r. <sup>6</sup> |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | 1. Rozpoznanie, monitorowanie i prognozowanie potrzeb rynku pracy w Polsce.<br>2. Podejmowanie działań wspierających w celu stworzenia sprzyjających warunków do uznawania i podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz sprawnego wdrażania się cudzoziemców do krajowego rynku pracy.<br>3. Uznawanie kwalifikacji zawodowych cudzoziemców spoza Unii Europejskiej.                                                                                                              |
| Okres objęty kontrolą               | Lata 2017-2020 (do 15 października) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem <sup>7</sup> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust.1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Poznaniu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Kontrolerzy                         | 1. Paweł Siuda, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/99/2020 z 28 lipca 2020 r.<br>2. Przemysław Grad, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/100/2020 z 28 lipca 2020 r.<br><br>(akta kontroli str.1-4)                                                                                                                                                                                                    |

<sup>1</sup> M.P. z 2020 r. poz. 765.

<sup>2</sup> Na podstawie art. 36 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz.U. z 2019 r. poz. 1171).

<sup>3</sup> M.P. z 2018 r. poz. 29.

<sup>4</sup> M.P. z 2020 r. poz. 763.

<sup>5</sup> M.P. z 2015 r. poz. 1091.

<sup>6</sup> M.P. z 2018 r. poz. 28.

<sup>7</sup> Dalej także: kontrolowany okres albo badany okres.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>9</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

NIK pozytywnie ocenia prowadzenie w Ministerstwie w latach 2017-2020 (do 15 października) wielopłaszczyznowych analiz dotyczących potrzeb rynku pracy w zakresie osób wykonujących zawody lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, farmaceuty, fizjoterapeuty i diagnosty laboratoryjnego, a także aktywną współpracę w tym przedmiocie ze środowiskiem medycznym, uczelniami i samorządami zawodowym. W odniesieniu do pozostałych zawodów medycznych nie prowadzono jednak takich analiz, nie dysponowano też informacjami o rzeczywistych kwalifikacjach obcokrajowców (w tym spoza UE), którzy mogliby zasilić krajowy rynek pracy w poszczególnych zawodach medycznych, co nie sprzyjało optymalizacji planowania i wykorzystania zasobów w tym zakresie.

W MZ podejmowano szereg działań mających na celu tworzenie sprzyjających warunków do uznawania i podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów będących cudzoziemcami spoza UE. Kierując się założeniami Polityki Wieloletniej Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce nie podejmowano jednak takich działań wobec pielęgniarek i położnych spoza UE, koncentrując się na rozwiązaniach dotyczących krajowych zasobów kadrowych, co nie służyło uzupełnianiu istniejących deficytów kadrowych, zwłaszcza w relatywnie krótkim czasie. Uczestniczono też w innych działaniach, w tym legislacyjnych, zmierzających do wypracowania rozwiązań w celu zachęcenia cudzoziemców do podjęcia pracy w Polsce, które jednak ostatecznie nie weszły w życie.

Zadania Ministra w zakresie uznawania tytułu specjalisty oraz stażu podyplomowego lekarzom i lekarzom dentystom spoza UE, a także potwierdzania kwalifikacji felczera realizowane były prawidłowo. Nadzór Ministra nad Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (dalej: CMKP) w przedmiotowej materii nie był jednak optymalny, co nie sprzyjało przyspieszeniu wprowadzania ww. cudzoziemców na rynek usług medycznych.

Dostrzegając działania poczynione w Ministerstwie w okresie objętym kontrolą, NIK wskazuje, że w świetle prognoz zawartych w analizach będących w dyspozycji MZ, obrazujących m.in. aktualne niedobory kadrowe i rosnącą lukę pokoleniową w kadrach medycznych, przy jednoczesnym uwzględnieniu długotrwałości procesu kształcenia tych kadr, ww. działania mogą okazać się niewystarczające, nie tylko dla poprawy obecnej sytuacji, ale nawet dla zahamowania niekorzystnych trendów w tym zakresie. W ocenie NIK istnieje potrzeba pilnego opracowania i wdrożenia prawnych rozwiązań ukierunkowanych na zwiększenie zatrudnienia cudzoziemców wykonujących zawody medyczne, zwłaszcza z za wschodniej granicy.

---

<sup>9</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej<sup>10</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

#### 1. Rozpoznanie, monitorowanie i prognozowanie potrzeb rynku pracy w Polsce

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą w Ministerstwie przeprowadzono analizy dotyczące potrzeb rynku w zawodach regulowanych z branży medycznej, obejmujące m.in. mapy potrzeb zdrowotnych<sup>11</sup>, w tym mapy dostępnej kadry medycznej. Analizy te opracowano w ramach projektu: „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”<sup>12</sup>, realizowanego przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa. Celem projektu była poprawa jakości zarządzania w obszarze ochrony zdrowia oraz prognozowanie kierunków koniecznych zmian w systemie – na podstawie przeprowadzonych analiz – w celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Mapy umieszczono na platformie internetowej Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dalej: BASiW)<sup>13</sup>. W Ministerstwie trwały prace nad przygotowywaniem nowej edycji ww. map.

W zakresie wykorzystania zasobów kadry medycznej (z uwzględnieniem luki pokoleniowej) analizy przeprowadzono w odniesieniu do zawodów medycznych: lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty, farmaceuty i diagnosty laboratoryjnego<sup>14</sup>. Analizie poddano liczbę zarejestrowanych osób wykonujących ww. zawód medyczny w podziale na województwa, wiek tych osób oraz wyliczono wskaźnik kadry medycznej w ww. zawodach na 100 tys. ludności w skali kraju oraz w poszczególnych województwach. W odniesieniu do zawodu lekarza w ww. bazie zamieszczono ponadto dane dotyczące braków kadrowych, w oparciu o zapotrzebowanie rekomendowane przez konsultantów krajowych.

Z analiz zgromadzonych w BASiW wynikało, że według stanu na koniec 2019 r.:

- liczba lekarzy wynosiła 131 287, tj. średnio 341,8 lekarzy przypadło na 100 tys. ludności, z czego w 39 na 50 wykazywanych w tej bazie specjalizacji osiągnięto niższe wskaźniki stanu kadry lekarskiej od rekomendowanego przez krajowych konsultantów, w szczególności w specjalizacjach z zakresu: chorób wewnętrznych (71,6 zamiast 108,6 na 100 tys. ludności), medycyny rodzinnej (28,3 zamiast 44,3 na 100 tys. ludności) i psychiatrii (10,2 zamiast 20 na 100 tys. ludności),
- liczba lekarzy dentystów wynosiła 35 072, tj. średnio 91,3 lekarzy dentystów przypadło na 100 tys. ludności,
- liczba pielęgniarek wynosiła 238 346, tj. średnio 620,5 pielęgniarek przypadło na 100 tys. ludności,
- liczba położnych wynosiła 31 395, tj. średnio 81,7 położnych przypadło na 100 tys. ludności,
- liczba fizjoterapeutów wynosiła 66 250, tj. średnio 172 fizjoterapeutów przypadło na 100 tys. ludności,

<sup>10</sup> Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>11</sup> O których mowa w art. 95a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.). Zawierają dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. Na ich podstawie sporządzana jest prognoza przyszłych potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw i całego kraju.

<sup>12</sup> Projekt realizowany od 2015 r. Współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, dalej: POWER.

<sup>13</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304>.

<sup>14</sup> Dalej także: podstawowe zawody medyczne.

- liczba diagnostów laboratoryjnych wynosiła 16 500, tj. średnio 43,4 diagnostów laboratoryjnych przypadało w przeliczeniu, na 100 tys. ludności.

Z kolei z raportu o sytuacji kadrowej farmaceutów, opracowanego przez Naczelną Izbę Aptekarską<sup>15</sup>, wynikało, że na koniec 2016 r. 35 520 farmaceutów posiadało uprawnienia do wykonywania, tj. średnio 67,9 farmaceutów przypadało na 100 tys. ludności. W analizie zasobów kadrowych farmaceutów ujętej w ww. raporcie wskazano, że istnieje konieczność zwiększenia liczby farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych, zwłaszcza w świetle dużo niższej liczby farmaceutów przypadających na jedną aptekę niż średnia w krajach UE<sup>16</sup> oraz starzejącej się kadry farmaceutycznej. Podkreślono, że narastający deficyt kadry medycznej stanowi istotne zagrożenie dla dostępu pacjentów do usług farmaceutycznych, jak i właściwej jakości świadczonych usług, szczególnie na terenach wiejskich.

(akta kontroli str. 9, 10, 18, 928-935)

1.2. W ramach prowadzonych analiz w Ministerstwie pozyskiwano dane dotyczące potrzeb rynku w zawodach medycznych<sup>17</sup> w zakresie kadr medycznych i kształcenia. Wynikało z nich, że w badanym okresie systematycznie wzrastała liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu w podstawowych zawodach medycznych. Na koniec 2019 r. w porównaniu do końca 2016 r. o 4,75% (tj. o 8 486 osób) zwiększyła się liczba lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących ten zawód. W okresie tym wzrosła również liczba lekarzy i lekarzy dentystów w trakcie specjalizacji - o 6,5% (tj. o 1 679 osób).

(akta kontroli str. 7-9)

Z wyjaśnień Dyrektora Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki MZ (dalej: Dyrektor DKMiN) wynikało m.in., że zgodnie z ekonomiką zdrowia, w systemie ochrony zdrowia w dużej mierze to popyt kreuje podaż, a nie odwrotnie. Oznacza, to – jej zdaniem – że w praktyce każda ilość dostarczonych osobowych zasobów medycznych będzie wykorzystana.

(akta kontroli str. 10)

W Ministerstwie analizowano również na bieżąco dane dotyczące liczby i struktury zatrudnienia pielęgniarek i położnych, przekazywaną corocznie przez poszczególne okręgowe rady pielęgniarek i położnych. Wynikało z nich, że w badanym okresie także systematycznie wzrastała liczba czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Na koniec 2019 r. w porównaniu do końca 2016 r. zwiększyła się liczba pielęgniarek i położnych wykonujących ten zawód - o 3,8% (tj. o 9 722 osób). Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych (dalej: Dyrektor DPiP) wskazała, że działania prowadzone w ostatnich latach na rzecz pielęgniarek i położnych przyniosły widoczne efekty w postaci zatrzymania niekorzystnego trendu – niedoboru pielęgniarek i położnych – w ostatnim okresie następuje wzrost liczebności kadry pielęgniarskiej w systemie ochrony zdrowia.

W Ministerstwie monitorowano dane dotyczące liczby studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. W okresie objętym kontrolą systematycznie wzrastała również liczba osób przyjmowanych na kierunku pielęgniarstwo oraz położnictwo. W roku akademickim 2019/2020 liczba osób przyjętych wzrosła o 47,9% w porównaniu do roku akademickiego 2016/2017. Wzrastała również liczba

---

<sup>15</sup> Ujętego w BASiW.

<sup>16</sup> 1,9 wobec 2,97.

<sup>17</sup> Tj. dane o limitach miejsc na uczelniach posiadających kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny, a także dane z Naczelnej Izby Lekarskiej (prowadzącej Centralny Rejestr Lekarzy) oraz z CMKP (prowadzącego do 2019 r. Rejestr lekarzy i lekarzy dentystów w trakcie specjalizacji, a od 2020 r. System monitorowania kształcenia podyplomowego pracowników medycznych).

absolwentów na tych kierunkach – w roku akademickim 2018/2019 o 75,7% (tj. o 6 303 osoby) w porównaniu do roku akademickiego 2016/2017. Nastąpił również wzrost liczby uczelni uprawnionych do kształcenia na tym kierunku (z 90 w 2017 r. do 107 w 2020 r.).

(akta kontroli str. 25-27)

W odniesieniu do zawodu pielęgniarki i położnej analizowano m.in. informacje dotyczące migracji, na podstawie europejskich oraz krajowych<sup>18</sup> baz danych. Na tej podstawie można było ustalić np. liczbę cudzoziemców wykonujących zawód pielęgniarki w Polsce, według stanu na konkretny dzień, w podziale na obywateli UE i spoza UE<sup>19</sup>, tendencję wzrostową liczby pielęgniarek spoza Polski na przestrzeni lat<sup>20</sup> oraz obywatelstwo pielęgniarek cudzoziemskich praktykujących w kraju. Według danych Ministerstwa najliczniejsza grupa spoza UE pochodziła z Ukrainy (149 osób) oraz Białorusi (17 osób). Z analiz danych europejskiego rynku usług pielęgniarskich wynika również stopniowy spadek zainteresowania polskich pielęgniarek pracą w UE.

(akta kontroli str. 215, 216)

Analizowano także dane dotyczące zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych, w tym odnoszące się do poziomu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia w poszczególnych zakresach. Opracowano na ich podstawie m.in. następujące dokumenty:

- „Strategię na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” z 2017 r., określającą ustalone wspólnie ze środowiskiem pielęgniarek i położnych kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarstwa dla pacjentów oraz związana z nią

- „Politykę Wieloletnią Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w 2018 r.)”<sup>21</sup>. Załącznikiem do ww. polityki była analiza liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych, nabywających uprawnienia emerytalne oraz wchodzących do zawodu w latach 2018-2033. Przedstawiono w niej dane dotyczące tych grup zawodowych, m.in. strukturę wieku zatrudnionych, prognozy liczby osób nabywających uprawnienia emerytalne w odniesieniu do liczby wakatów w tej branży.

Z analizy zasobów kadr pielęgniarek i położnych przedstawionej w ww. polityce wynikało m.in., że ze względu na obecną strukturę wieku pielęgniarek i położnych może wystąpić zjawisko niezastępowalności pokoleń, co przy starzejącej się kadrze może skutkować tym, iż w 2033 r. będzie brakowało 169 tys. pielęgniarek i położnych. W celu zapewnienia wskaźnika 9,3 pielęgniarek i położnych na jeden tysiąc mieszkańców (średnia krajów OECD) w latach 2018-2033 dodatkowo 132 224 osób powinno rozpocząć wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej. Oznacza to, że rocznie oprócz 4 487 osób obecnie uzyskujących prawo wykonywania zawodu (średnia z lat 2014-2016) dodatkowo powinno je uzyskać średnio 8 264 pielęgniarek i położnych. W związku z faktem, że nie wszystkie osoby uzyskujące prawo wykonywania zawodu przystępują do jego wykonywania, braki kadrowe w ww. zawodach mogą być jeszcze większe.

Z kolei w analizach rynku usług pielęgniarskich<sup>22</sup> za 2019 r. i 2020 r. wskazano, że pomimo corocznie zwiększanego stanu kadrowego pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo, w najbliższym czasie na skutek nabywania praw

<sup>18</sup> Prowadzonych przez samorząd pielęgniarstwa.

<sup>19</sup> Na koniec 2019 r. liczby te wyniosły odpowiednio 57 i 186.

<sup>20</sup> W 2019 r. nastąpił wzrost o 62% w porównaniu z liczbą pielęgniarek z roku 2016.

<sup>21</sup> Przyjęta uchwałą Rady Ministrów nr 124/2019 z 15 października 2019 r., dalej: Polityka na rzecz pielęgniarstwa.

<sup>22</sup> Opracowanych w ramach projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarskich”.

emerytalnych przez osoby będące obecnie w wieku przedemerytalnym, ten stan kadrowy będzie i tak ulegał stopniowemu zmniejszaniu. Przewidywany niedobór kadry pielęgniarskiej oraz położniczej w Polsce, podobnie jak w innych krajach UE, powinien wymusić w najbliższych latach znaczące zmiany w procesie zarządzania zasobami ludzkimi w sektorze usług zdrowotnych.

W żadnym z ww. dokumentów nie zawarto rozwiązań lub kierunków działań związanych z zatrudnianiem do tych zawodów cudzoziemców.

(akta kontroli str. 23-25, 34-182)

W okresie objętym kontrolą, w Ministerstwie gromadzono informacje o cudzoziemcach wykonujących zawód lekarza i lekarza dentysty oraz pielęgniarki i położnej, korzystając m.in. z centralnych rejestrów prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Ponadto, pozyskiwano informacje o cudzoziemcach pochodzące z Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych<sup>23</sup>, o którym mowa w art. 17 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>24</sup> zawierającego dane dotyczące lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów, pielęgniarek, położnych, diagnostów laboratoryjnych, fizjoterapeutów oraz farmaceutów.

Na koniec 2019 r. prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty posiadało w Polsce 1 823 cudzoziemców (z tego 1 407 osób spoza UE), co stanowiło 1% ogółu lekarzy i lekarzy dentystów posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu w RP. Odpowiednio, 243 cudzoziemców posiadało prawo wykonywania zawodu pielęgniarki (0,10% wszystkich aktywnych zawodowo pielęgniarek), a 15 cudzoziemców prawo wykonywania zawodu położnej (0,05% wszystkich aktywnych zawodowo położnych).

(akta kontroli str. 10-11, 23-25)

W MZ nie dysponowano natomiast informacjami o kwalifikacjach obcokrajowców (w tym spoza UE), którzy mogliby zasilić krajowy rynek pracy w poszczególnych zawodach medycznych. NIK wskazuje, że brak wiedzy o liczbie cudzoziemców, niewykonywujących w Polsce zawodów medycznych wyuczonych w kraju swojego pochodzenia, nie sprzyjał optymalizacji planowania i kształtowania kadr medycznych, które powinno uwzględniać również wykorzystanie umiejętności zawodowych imigrantów, zwłaszcza w sytuacji istniejącego na rynku zapotrzebowania na wykwalifikowanych pracowników z branży medycznej.

Z wyjaśnień Dyrektor DKMiN wynikało, że główną przeszkodą w wykorzystywaniu kwalifikacji tych osób mogło być posiadanie przez nie kwalifikacji w zawodach, które w Polsce należały do grupy tzw. medycznych zawodów regulowanych, co wymagało przed podjęciem pracy wcześniejszego uznania kwalifikacji zawodowych w trybie określonym przepisami prawa.

(akta kontroli str. 283)

1.3. W ramach działalności analitycznej, w Ministerstwie współpracowano m.in. ze środowiskiem lekarskim, samorządami zawodowymi, osobami zajmującymi się pracą naukową w dziedzinach związanych z ekonomią zdrowia oraz zarządzaniem, przedstawicielami uczelni medycznych i instytucji związanych z ochroną zdrowia, realizując przedsięwzięcia z zakresu planowania i kształtowania kadr medycznych. Efektem tej współpracy było m.in. opracowanie<sup>25</sup> w 2019 r. raportu „Badanie stabilności popytu i podaży pracy kadr lekarskich w Polsce”, mającego na celu określenie modelu popytowego i podaży kadry lekarskiej. W ramach badania wykonano analizy dotyczące norm zatrudnienia oraz faktycznej liczebności kadr

<sup>23</sup> Identyfikacja na podstawie braku numeru PESEL.

<sup>24</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 702, ze zm.

<sup>25</sup> We współpracy z zespołem ekspertów ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

lekarskich pracujących w warunkach szpitalnych, uzupełnione o dynamikę zasobów kadr lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań demograficznych oraz dynamiki kształcenia lekarzy.

W raporcie podkreślono również, że właściwe planowanie podaży kadr wiąże się z koniecznością sprostania wyzwaniom w obszarze: istniejących niedoborów lekarzy, starzejącej się kadry medycznej i czasochłonnego procesu kształcenia. Z uwagi na tę ostatnią okoliczność, jako alternatywną ścieżkę wskazano pozyskiwanie wyszkolonych pracowników z zagranicy, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy zza wschodniej granicy. Zaznaczono jednak, że dotychczas znikoma liczba cudzoziemców wykonuje zawód lekarza w Polsce, co wskazuje na nieatrakcyjność rynku polskiego dla zagranicznych lekarzy.

(akta kontroli str. 19, 20, 216, 217, 299-389, 444-475, 721)

Ponadto, we współpracy z uczelniami prowadzącymi kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo realizowano projekty na rzecz poprawy jakości kształceniu kadry medycznej, dofinansowane ze środków POWER. W jego ramach prowadzono m.in. programy rozwojowe dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarzek i położnych, ukierunkowane na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków<sup>26</sup> oraz rozwijanie ich kompetencji. Z kolei, w ramach realizacji projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarzkich” w 2019 r. wdrożono na 30 uczelniach medycznych model współpracy uczelni kształcącej na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo z podmiotami leczniczymi<sup>27</sup>.

(akta kontroli str. 30, 31)

W okresie objętym kontrolą, w Ministerstwie podejmowano działania mające na celu zmniejszanie deficytów kadrowych, w szczególności w zawodach lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarzki i położnej. Działania te skoncentrowane były w głównej mierze na wypracowaniu rozwiązań służących zwiększaniu liczby absolwentów kierunku lekarskiego oraz podnoszeniu atrakcyjności podejmowania zatrudnienia, a także na tworzeniu warunków korzystnych dla pozostania kadry medycznej w Polsce. Od roku akademickiego 2016/2017 corocznie zwiększano limit przyjęć na kierunku lekarskim i w porównaniu do roku akademickiego 2020/2021 nastąpił w tym zakresie wzrost o 12,6%. (tj. o 1 227 osób). Realizowano również działania prowadzące do zapewnienia innowacyjnego kształcenia praktycznego w nowo tworzonych centrach symulacji medycznej. W ocenie Dyrektora DKMiN efekty tych działań, ze względu na 12-letni okres edukacji lekarza specjalisty, widoczne będą dopiero od 2028 r.

Ponadto, w celu stymulacji wzrostu liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach, w których zapotrzebowanie na specjalistów było największe, a zainteresowanie odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy małe, albo niewspółmiernie małe do potrzeb, Minister utworzył katalog dziedzin priorytetowych<sup>28</sup>, co wiązało się z wyższym wynagrodzeniem dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne

<sup>26</sup> W ramach konkursu „Kompetencje zamawiane dla uczelni kształcących na kierunkach pielęgniarstwo i/lub położnictwo” i „Monoprofilowe Centra Symulacji Medycznej w zakresie kształcenia pielęgniarstwa i/lub położnictwa”.

<sup>27</sup> Projekt modelu współpracy uczelni kształcącej na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo z podmiotami leczniczymi został opracowany przez grupę ekspertów z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku.

<sup>28</sup> Anestezjologia i intensywna terapia; chirurgia dziecięca; chirurgia ogólna; chirurgia onkologiczna; choroby wewnętrzne; choroby zakaźne; geriatryka; hematologia; kardiologia dziecięca; medycyna paliatywna; medycyna ratunkowa; medycyna rodzinna; neonatologia; neurologia dziecięca; onkologia i hematologia dziecięca; onkologia kliniczna; patomorfologia; pediatria; psychiatria; psychiatria dzieci i młodzieży; radioterapia onkologiczna; stomatologia dziecięca.

w dziedzinie uznanej za priorytetową oraz z większą liczbą przyznawanych miejsc rezydenckich<sup>29</sup>.

W kontrolowanym okresie wprowadzono również inne regulacje dotyczące kształcenia specjalizacyjnego, mające spowodować zwiększenie zainteresowania odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach ochrony zdrowia. W wyniku nowelizacji<sup>30</sup> ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia<sup>31</sup>, umożliwiono osobom wykonującym zawody medyczne ustawowo uregulowane przystąpienie do specjalizacji także w innych niż dotychczas dziedzinach ochrony zdrowia.

W ocenie Dyrektor DKMiN, wprowadzone zmiany powinny spowodować zwiększenie liczby wykwalifikowanej kadry medycznej, co zapewni bezpieczeństwo obywateli oraz wysoki poziom i kompetencje przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych.

W Ministerstwie podjęto również działania legislacyjne ukierunkowane na poprawę sytuacji finansowej pracowników wykonujących zawody medyczne, co miało m.in. przyczynić się do ograniczania deficytu kadrowego. Przyjęto w 2017 r. rozwiązania prawne określające zasady wynagradzania pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, gwarantujące minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego<sup>32</sup>. W badanym okresie przepisy te dwukrotnie nowelizowano, co skutkowało postępującym wzrostem płac.

(akta kontroli str. 8-18)

W Polityce na rzecz pielęgniarstwa, określono cele i kierunki działań na rzecz poprawy warunków pracy i zwiększenia liczby pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, w związku z deficytem kadrowym w tych zawodach. Cele te miały być osiągnięte m.in. poprzez: zwiększenie liczby studentów i poprawę jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo (w tym zmiany w systemie kształcenia podyplomowego), poprawę warunków pracy, wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej zawodu wspomagającego pracę pielęgniarek w bezpośredniej opiece nad pacjentem, określenie faktycznej liczby pielęgniarek i położnych (wraz z określeniem docelowych wskaźników na 1 000 mieszkańców) oraz ich ról i kompetencji w systemie ochrony zdrowia, a także wypracowanie mechanizmów motywujących podmioty lecznicze, związane umową z Narodowym Funduszem Zdrowie (dalej: NFZ), do określenia minimalnych norm zatrudniania.

W wyniku zawartych przez Ministra (wraz z Prezesem NFZ) porozumień z 23 września 2015 r. i 9 lipca 2018 r. z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, zrealizowano działania na rzecz poprawy sytuacji finansowej, określenia norm zatrudnienia obowiązujących w tych zawodach<sup>33</sup>, a także podniesienia ich atrakcyjności.

(akta kontroli str. 28, 29, 34-70)

<sup>29</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1156).

<sup>30</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 2194.

<sup>31</sup> Dz. U. 2020 poz. 1169, ze zm.

<sup>32</sup> Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 830). Zgodnie z jej regulacjami podmioty lecznicze obowiązane są odpowiednio podwyższyć wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne, w terminie do 31 grudnia 2021 r.

<sup>33</sup> Wprowadzono minimalne normy zatrudnienia w zakresie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – obowiązujące od 1 stycznia 2019 r. oraz normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – obowiązujące od 1 stycznia 2021 r.

1.4. W kontrolowanym okresie nie prowadzono analiz potrzeb rynku pracy w zakresie pozostałych regulowanych zawodów medycznych<sup>34</sup>, co nie sprzyjało optymalizacji planowania zasobów w tym zakresie i ich wykorzystania, podobnie jak brak kompleksowych regulacji prawnych określających m.in.: wymagane kwalifikacje<sup>35</sup>, zasady wykonywania ww. zawodów i zawodowej odpowiedzialności.

W Ministerstwie trwają prace nad opracowaniem ostatecznego projektu ustawy o innych zawodach medycznych, która będzie regulować kompleksowo uzyskiwanie kwalifikacji, zasady wykonywania oraz doskonalenia zawodowego nieuregulowanych do tej pory ustawowo, zawodów medycznych. Projekt zakłada uregulowanie wymagań kwalifikacyjnych dla 15 z 22 pozostałych zawodów medycznych<sup>36</sup>.

Dyrektor DKMiN podała, że projektowana ustawa przyczyni się do ograniczenia wykonywania zawodu medycznego przez osoby, które nie posiadają odpowiednich kwalifikacji. Dlatego, niewątpliwie bardzo pozytywnym efektem dla pracodawców będzie ułatwienie prowadzenia polityki zatrudnienia przez jasne, transparentne dla wszystkich podmiotów rynku pracy, określenie w ustawie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania danego zawodu medycznego, w szczególności w zawodach, w których dokonała się transformacja kształcenia.

(akta kontroli str. 8, 9, 11-18, 23-25, 867, 868)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

**OCENA CZĄSTKOWA**

NIK pozytywnie ocenia prowadzenie w Ministerstwie w latach 2017-2020 (do 15 października) wielopłaszczyznowych analiz dotyczących potrzeb rynku pracy w zakresie osób wykonujących zawody lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, farmaceuty, fizjoterapeuty i diagnosty laboratoryjnego, a także aktywną współpracę w tym przedmiocie ze środowiskiem medycznym, uczelniami i samorządami zawodowym. W odniesieniu do pozostałych zawodów medycznych nie prowadzono jednak takich analiz, nie dysponowano też informacjami o kwalifikacjach obcokrajowców (w tym spoza UE), którzy mogliby zasilić krajowy rynek pracy w poszczególnych zawodach medycznych, co nie sprzyjało optymalizacji planowania i wykorzystania zasobów w tym zakresie.

<sup>34</sup> Tj. inne niż podstawowe zawody medyczne: asystentka stomatologiczna, dietetyk, higienistka stomatologiczna, higienistka szkolna, logopeda, opiekun medyczny, ortoptystka, protetyk słuchu, ratownik medyczny, technik analityki medycznej, technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, terapeuta zajęciowy, instruktor terapii uzależnień, specjalista terapii uzależnień, inspektor ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych, koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, grzybobawca, klasyfikator grzybów.

<sup>35</sup> Obecnie wymogi w tym zakresie dotyczą wykonywania ww. zawodów w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

<sup>36</sup> Asystentka dentystyczna, dietetyk, higienista dentystyczny, logopeda, masażysta, opiekun medyczny, ortoptysta, optometrysta, protetyk słuchu, technik dentystyczny, elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej, terapeuta zajęciowy.

## **2. Działania wspierające w celu tworzenia sprzyjających warunków do uznawania i podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz sprawnego wdrażania się cudzoziemców do krajowego rynku pracy**

Opis stanu faktycznego

2.1. Wśród działań zachęcających cudzoziemców do podejmowania pracy w zawodzie lekarza w Polsce, były zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty<sup>37</sup>:

- likwidacja konieczności bazowania wyłącznie na uznaniu lekarskich dyplomów uzyskanych poza UE do celów akademickich (nostryfikacja dyplomu). W wyniku ww. nowelizacji wprowadza się (od 1 stycznia 2021 r.) rozwiązanie alternatywne przyspieszające proces uzyskiwania uprawnień do wykonywania zawodu również przez lekarzy i lekarzy dentystów spoza UE, w drodze zaliczenia Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego (LEW) albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego (LDEW),
- umożliwienie lekarzom niebędącym obywatelami polskimi (cudzoziemcy z UE i spoza UE), odbycia lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego stażu podyplomowego na zasadach obowiązujących obywateli polskich, tj. możliwość sfinansowania kosztów stażu przez marszałka województwa,
- usprawnienie zasad odbywania szkoleń specjalizacyjnych adekwatnie do zasad obowiązujących obywateli polskich (zniesiono obowiązek uzyskania zgody Ministra Zdrowia na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w Polsce).

Sekretarz Stanu wyjaśniła, że w projekcie ww. ustawy, zaproponowano również wprowadzenie przepisów, które miały na celu umożliwienie podmiotom wykonującym działalność leczniczą zatrudnianie na czas określony, nie dłuższy niż pięć lat, lekarzy i lekarzy dentystów, którzy uzyskali tytuł specjalisty poza granicami UE. Jednakże proponowane regulacje, pomimo zintensyfikowanych działań w powyższym zakresie podejmowanych przez Ministra, nie spotkały się z uznaniem samorządu lekarskiego, a także Sejmu RP.

(akta kontroli str. 187-189, 202, 275, 276, 817-820)

Na dzień zakończenia czynności kontrolnych NIK<sup>38</sup> procedowany był w Sejmie projekt ustawy o zawodzie farmaceuty zawierający analogiczne rozwiązanie jak w przypadku zawodu lekarza (dotyczące Farmaceutycznego Egzaminu Weryfikacyjnego) przyspieszające proces uzyskiwania uprawnień do wykonywania zawodu farmaceutów spoza UE<sup>39</sup>.

(akta kontroli str. 188, 276)

2.2. W Ministerstwie nie podejmowano działań zachęcających cudzoziemców do osiedlania się i podejmowania pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej. Dyrektor DPiP wyjaśniła, że mając na uwadze wytyczne kierunki działań zawarte w Polityce na rzecz pielęgniarstwa, koncentrowano się na obserwacji tego co dzieje się na krajowym rynku. Głównym celem przyjętego przez rząd dokumentu było zapewnienie wysokiej jakości, bezpieczeństwa i dostępności do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów i społeczeństwa. Wskazała, że z uwagi na fakt, że efekty założonych działań są długofalowe, stąd obserwacja trendów wzrostowych i analiza podejmowanych działań w poszczególnych obszarach pozwoli w dalszej kolejności na podejmowanie decyzji dotyczącej cudzoziemców.

<sup>37</sup> Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw z dnia 26 lipca 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1291, ze zm.).

<sup>38</sup> Tj. 15 października 2020 r.

<sup>39</sup> Projekt ustawy o zawodzie farmaceutów, zgodnie z informacją z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa, powinien wejść w życie później niż do końca II kwartału 2021 r.

(akta kontroli str. 275-277, 821-822)

NIK wskazuje, że w świetle istniejących deficytów kadrowych<sup>40</sup> w systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza w dobie panującej pandemii, koniecznym staje się zintensyfikowanie działań mających na celu możliwie szybką i znaczącą poprawę obecnej sytuacji. Jednym z rozwiązań tego problemu może być zwiększone zatrudnianie cudzoziemców wykonujących zawody medyczne, zwłaszcza z wschodniej granicy, poprzez m.in. przyjęcie sprzyjających temu regulacji prawnych.

Do MZ wpłynęło w okresie objętym kontrolą pięć interpelacji poselskich dotyczących sytuacji cudzoziemców spoza UE na krajowym rynku pracy. Odnosiły się one do problemów w zakresie obowiązujących zasad uznawania kwalifikacji pielęgniarek i położnych, które uzyskały kwalifikacje poza krajami UE, a w szczególności do ich możliwości kształcenia na studiach pomostowych dla pielęgniarek. Tej samej tematyki dotyczyły również zapytania przedstawicieli: uczelni wyższych (sześć) oraz samorządu pielęgniarek i położnych (pięć), a także samorządu terytorialnego (jedno), prasy (dwa), innych organizacji (trzy) oraz osób bezpośrednio zainteresowanych (sześć zapytań).

(akta kontroli str. 208-210, 477-720, 817)

Jak podała Dyrektor DPiP, stanowisko Ministerstwa w latach 2016-2020<sup>41</sup>, dotyczące dopuszczalności kształcenia na studiach pomostowych pielęgniarek z Ukrainy i innych krajów spoza UE (państw trzecich), które ukończyły szkoły pielęgniarskie we własnych krajach, było generalnie niezmiennie - cudzoziemcy z państw trzecich mogą studiować na studiach pomostowych z zastrzeżeniem, że będą potem podejmować pracę wyłącznie na terytorium Polski, a nie innych państw UE. Takie stanowisko DPiP wsparte było opiniami prawnymi z Departamentu Prawnego Ministerstwa z 7 października 2016 r. oraz 19 i 22 stycznia 2019 r.

(akta kontroli str. 478-486, 533-541)

Na stronie internetowej [www.gov.pl](http://www.gov.pl)<sup>42</sup> publikowano ramowe informacje na temat ścieżki uznawania kwalifikacji zawodowych w regulowanych zawodach medycznych. W MZ, w ramach działań zachęcających cudzoziemców do podjęcia pracy w zawodach medycznych w okresie objętym kontrolą nie przygotowywano materiałów informacyjnych w obcych językach, takich jak ulotki lub broszury.

(akta kontroli str. 185, 191, 192)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazała, że Polska wciąż jest krajem, który stanowi atrakcyjny rynek pozyskiwania wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego, co skutkuje już ograniczeniem dostępu do usług medycznych w kraju. RP, będąc jednym z państw najbardziej dotkniętych zjawiskiem „drenażu mózgów” popiera działania zmierzające do ograniczenia bezpośredniej rekrutacji personelu medycznego z tych państw, u których stabilność systemów ochrony zdrowia jest zagrożona. Zauważyła przy tym, że Polska jest jednym z krajów zobowiązanych do przestrzegania Kodeksu Dobrej Praktyki WHO w sprawie rekrutacji zagranicznego personelu medycznego<sup>43</sup> i dlatego niezasadne jest podejmowanie działań zmierzających do bezpośredniej rekrutacji personelu medycznego, w szczególności z tych państw, których stabilność systemów ochrony zdrowia jest zagrożona.

(akta kontroli str. 189-190)

<sup>40</sup> Tj. 5,2 pielęgniarki na tysiąc mieszkańców przy średniej w krajach UE wynoszącej 9,3 (według OECD).

<sup>41</sup> Wyjaśnienia z 22 września 2020 r.

<sup>42</sup> W zakładce przypisanej Ministerstwu Zdrowia.

<sup>43</sup> WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel.

2.3. W okresie objętym kontrolą w Ministerstwie uczestniczono też w innych działaniach, w tym legislacyjnych, zmierzających do wypracowania rozwiązań w celu zachęcenia cudzoziemców do podjęcia pracy w Polsce, które jednak ostatecznie nie weszły w życie:

- brano udział w działaniach legislacyjnych podjętych w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego, mających na celu rozszerzenie zakresu podmiotowego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych w zawodach regulowanych, obowiązującego wobec obywateli UE, na obywateli państw trzecich. Miało to swoje odzwierciedlenie w roboczym projekcie ustawy o zmianie ustawy o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w Państwach Członkowskich UE oraz niektórych innych ustaw,
- po przeprowadzeniu prac legislacyjnych przez Ministra Edukacji Narodowej, mających na celu zmiany dotyczące nostryfikacji świadectw szkolnych i maturalnych, zidentyfikowano brak przepisów dotyczących możliwości uznania kwalifikacji uzyskanych poza UE w tzw. innych zawodach medycznych.

Prac legislacyjnych nie sfinalizowano z uwagi na negatywną rekomendację Centrum Analiz Strategicznych<sup>44</sup>.

(akta kontroli str. 18-20, 217, 221-272, 821, 822, 825-866)

Ponadto, pracownicy Ministerstwa uczestniczyli w pracach powołanego przy Ministrze Rozwoju „Międzyresortowego zespołu ds. społeczno-gospodarczych aspektów polityki migracyjnej”, który miał na celu wypracowanie dokumentu „Priorytety społeczno- gospodarcze polityki migracyjnej”. W pracach na szczereblu roboczym brali udział pracownicy DKMiN oraz DPiP. Zespół wypracował listę niezbędnych do podjęcia działań. Jak wyjaśniła Dyrektor DKMiN prace zespołu zostały przerwane w 2018 r. „na skutek decyzji politycznej”.

(akta kontroli str. 20)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

**OCENA CZĄSTKOWA**

W Ministerstwie podejmowano szereg działań mających na celu tworzenie sprzyjających warunków do uznawania i podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków będącym cudzoziemcami spoza UE. Kierując się założeniami Polityki na rzecz pielęgniarstwa nie podejmowano jednak takich działań wobec pielęgniarów i położnych spoza UE, koncentrując się na rozwiązaniach dotyczących krajowych zasobów kadrowych, co nie służyło uzupełnianiu obiektywnie istniejących deficytów kadrowych, zwłaszcza w relatywnie krótkim czasie. Uczestniczono też w innych działaniach, w tym legislacyjnych, zmierzających do wypracowania rozwiązań w celu zachęcenia cudzoziemców do podjęcia pracy w Polsce, które jednak ostatecznie nie weszły w życie.

<sup>44</sup> Jednostka w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów funkcjonująca jako organ pomocniczy Prezesa Rady Ministrów do opracowywania projektów strategii polityk publicznych, a także opiniowania projektów zgłaszanych do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów.

### 3. Uznawanie kwalifikacji zawodowych cudzoziemców spoza UE

Opis stanu faktycznego

3.1. W ramach Ministerstwa, niektórymi etapami uznawania kwalifikacji zajmował się DKMiN<sup>45</sup>. Zarówno w przypadku uznawania tytułu specjalisty oraz stażu podyplomowego lekarzom i lekarzom denty stom spoza UE, a także w przypadku potwierdzanie kwalifikacji felczera, procedowano na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących (nie opracowano własnych procedur w tym zakresie).

Liczba decyzji wydanych przez Ministra w latach objętych kontrolą, w podziale na rodzaj spraw wynosiła:

- uznanie tytułu specjalisty: 47 decyzji w sprawie, w tym 33 o uznaniu tytułu specjalisty i 14 o odmowie uznania;
- uznanie stażu podyplomowego: 197 decyzji w sprawie, w tym 192 o uznaniu stażu w całości lub w części oraz pięć o odmowie uznania;
- potwierdzenie kwalifikacji felczera cudzoziemcom spoza UE: 58 decyzji w sprawie, w tym 56 o potwierdzeniu kwalifikacji felczera - dwie o odmowie ich potwierdzenia.

(akta kontroli str. 198-202, 204-206, 275-287, 771-799, 823)

Jeden z etapów postępowania, tj. ocena wniosków przez zespół ekspertów<sup>46</sup>, prowadzony był w CMKP.

Zespół ekspertów CMKP opiniował sprawy z zakresu:

- uznania tytułu specjalisty uzyskanego w państwie niebędącym państwem członkowskim UE,
- uznania w całości lub w części stażu podyplomowego lekarza lub lekarza denty sty odbytego w państwie niebędącym państwem członkowskim UE.

(akta kontroli str. 202-203, 277-280)

3.2. Szczegółowym badaniem objęto 64 decyzje Ministra dotyczące wniosków złożonych przez cudzoziemców z poza UE, w tym 23 w zakresie uznawania specjalizacji lekarskich, 26 w zakresie uznawania stażu podyplomowego oraz 13 w zakresie potwierdzenia kwalifikacji felczera. Wszystkie decyzje posiadały elementy wymagane treścią art. 107 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego<sup>47</sup>.

(akta kontroli str. 918-926)

3.2.1. Na podstawie badania 23 spraw dotyczących uznawania specjalizacji lekarskiej cudzoziemca zdobytej poza UE ustalono, że we wszystkich sprawach opinie Dyrektora CMKP były zgodne z oceną merytoryczną zespołu ekspertów, która z kolei wydawana była w oparciu o wymaganą dokumentację. Decyzje Ministra w przedmiotowych sprawach, były zgodne z opiniami Dyrektora CMKP i wydawane w terminie miesiąca od ich otrzymania.

W dziesięciu sprawach Dyrektor CMKP wydał opinię po upływie od 38 do 112 dni od wydania oceny merytorycznej dokonanej przez zespół ekspertów<sup>48</sup>, naruszając tym samym termin określony w art. 16n pkt 8 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie

<sup>45</sup> Do 31 stycznia 2019 r. analogiczne zadania realizował Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ.

<sup>46</sup> Tj. § 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza denty sty (Dz.U. z 2014 r. poz. 474, ze zm.) oraz - od 8 sierpnia 2020 r. - także art. 15j ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty sty (Dz.U. z 2020 r. poz. 514, ze zm.).

<sup>47</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 256.

<sup>48</sup> Postępowania zakończone decyzjami: nr 26/18 z 3 stycznia 2019 r. (38 dni), 8/19 z 29 marca 2019 r. (109 dni), 11/19 z 14 maja 2019 r. (50 dni), 3/20 z 24 stycznia 2020 r. (72 dni), 1/19 z 15 stycznia 2019 r. (49 dni), 5/19 z 12 lutego 2019 r. (112 dni), 25/19 z 18 listopada 2019 r. (43 dni), 17/19 z 1 października 2019 r. (47 dni), 20/19 z 27 sierpnia 2019 r. (84 dni), 11/20 z 5 sierpnia 2020 r. (44 dni).

lekarza i lekarza dentyści<sup>49</sup>. Zgodnie z tym przepisem, Dyrektor CMKP był zobowiązany, do wydania opinii w sprawie w terminie 30 dni<sup>50</sup> od daty sformułowania oceny merytorycznej przez zespół ekspertów powołanych przez Dyrektora CMKP. Jak podała Dyrektor DKMiN, z informacji uzyskanych w CMKP w toku kontroli NIK wynikało, że sytuacje takie były efektem nieuczestniczenia wszystkich wymaganych ekspertów w posiedzeniu zespołu (spowodowanego ich aktywnością zawodową lub naukową, kwestiami zdrowotnymi lub osobistymi). W takich przypadkach, w celu uzyskania akceptacji opinii od osób nieobecnych na posiedzeniu zespołu ekspertów, wysyłano im pocztą tradycyjną akta sprawy do zapoznania się i protokół w celu ewentualnego złożenia podpisu pod opinią zespołu. Dopiero kompletny protokół (z podpisami wszystkich ekspertów) był przekazywany do Ministerstwa z opinią dyrektora CMKP. W przypadku, gdy któryś z ekspertów miał odrębne zdanie, wówczas wszyscy pozostali musieli się też do tej kwestii odnieść. Występowano niekiedy także do ekspertów o uzupełnienie opinii lub jej uzasadnienia. Z uwagi na fakt, że wymiana korespondencji odbywała się za pośrednictwem tradycyjnej poczty, miało to wpływ na wydłużenie terminu między wskazaną w protokole datą posiedzenia zespołu ekspertów a sporządzeniem finalnej opinii przez dyrektora CMKP.

Z wyjaśnień tych wynika, że dokument sporządzany po posiedzeniu zespołu ekspertów w niepełnym składzie nie stanowił oceny, ale de facto jej projekt i jako taki powinien być opatrzony datą dopiero po uzyskaniu stanowiska pozostałych, nieobecnych ekspertów. NIK wskazuje, że w ramach ww. nadzoru sprawowanego przez Ministra nad działaniem CMKP, uzasadnione było zwrócenie na ten fakt uwagi w celu zapewnienia procedowania oddającego rzeczywisty czas wydawania przedmiotowej oceny.

Łączny czas trwania procedury uznawania specjalizacji lekarskiej cudzoziemca zdobytej poza UE trwał od 51 do 307 dni<sup>51</sup>, z czego w pięciu przypadkach przekroczył on pół roku<sup>52</sup>. W jednej sprawie, od wpływu kompletnego wniosku do wydania oceny przez ekspertów minęło 251 dni<sup>53</sup>, w pozostałych przypadkach czas ten wynosił od 19 do 155 dni. Spośród tych spraw, w pięciu przypadkach wnioskodawcy zobowiązani byli odbyć staż uzupełniający, w pozostałych 18 wnioskach nie. Przyczynami odmów uznania specjalizacji były nieporównywalny czas trwania stażu lub nieporównywalny program kształcenia. Spośród 13 odmownych decyzji, od siedmiu wniesiono odwołanie, z czego w trzech przypadkach utrzymano decyzję w mocy, trzy postępowania były w toku, a w jednym przypadku po odbyciu stażu uzupełniającego uznany został tytuł specjalisty.

(akta kontroli str. 281, 896, 897, 924-926)

3.2.2. W każdej z 26 spraw, dotyczących uznawania stażu podyplomowego odbytego przez cudzoziemca poza UE, decyzja Ministra była zgodna z opinią Dyrektora CMKP, która natomiast odpowiadała ocenie zespołu ekspertów. W wszystkich przypadkach Minister wydawał decyzję w ciągu miesiąca od otrzymania opinii od Dyrektora CMKP. W 25 przypadkach od wpływu kompletnego

<sup>49</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 514 ze zm.; dalej zwana ustawą o lekarzach.

<sup>50</sup> Od 8 sierpnia 2020 r – 14 dni.

<sup>51</sup> Z wyłączeniem trzech spraw, w których wnioskodawcy musieli odbyć staż specjalizacyjny uzupełniający – w których to sprawach ze względu na konieczność odbycia stażu, czas od wpływu wniosku do wydania decyzji wynosił 346 dni (decyzja 21/19 z 28 października 2019 r. – 13 dni po otrzymaniu przez MZ informacji o zakończeniu stażu), 354 dni (decyzja 8/20 z 15 maja 2020 r. – 43 dni po otrzymaniu przez MZ informacji o zakończeniu stażu) i 645 dni (decyzja 26/18 z 3 stycznia 2019 r. – 20 dni po otrzymaniu przez MZ informacji o zakończeniu stażu).

<sup>52</sup> Postępowania zakończone decyzjami nr: 18/17 z 8 listopada 2017 r. (183 dni), 10/18 z 17 kwietnia 2018 r. (209 dni), 8/19 z 29 marca 2019 r. (210 dni), 11/19 z 14 maja 2019 r. (307 dni), 5/19 z 12 lutego 2019 r. (231 dni).

<sup>53</sup> Postępowanie zakończone decyzją 11/19 z 14 maja 2019 r.

wniosku do Ministerstwa do przekazania go CMKP upływało od dwóch do 26 dni, a w jednym czasie ten wynosił 40 dni<sup>54</sup>. Dyrektor DKMiN wyjaśniła, że wniosek w przedmiotowej sprawie wpłynął do Ministerstwa dzień przed planowanym posiedzeniem zespołu ekspertów i nawet jego natychmiastowe przekazanie nie skutkowałoby jego rozpoznaniem na danym posiedzeniu, z uwagi na konieczność jego wstępnego opracowania przez pracowników CMKP.

(akta kontroli str. 899, 920-923)

Procedura uznawania stażu podyplomowego odbytego przez cudzoziemca spoza UE trwała od 35 do 190 dni. W przypadku najdłuższego trwającego postępowania<sup>55</sup>, wpłynęła na to niewiedza osoby prowadzącej sprawę, o nieskutecznym, ze względów technicznych, doręczeniu wniosku do CMKP. W kolejnych trzech najdłuższych trwających postępowaniach<sup>56</sup>, na czas ich trwania wpłynęły obostrzenia i utrudnienia spowodowane COVID-19, które przełożyły się na to, że pierwsze w 2020 r. posiedzenie ekspertów CMKP wydających opinie w tych sprawach odbyło dopiero 28 kwietnia.

Dyrektor CMKP przesłał ww. opinie do Ministerstwa najpóźniej w ciągu dziewięciu dni od wydania oceny merytorycznej dokonanej przez zespół ekspertów. W 20 przypadkach wnioski nie wymagały uzupełnienia, a w sześciu tak. Od wpływu kompletnego wniosku do wydania oceny przez ekspertów mijało od dziewięciu do 168 dni. Podstawą wszystkich odmów uznania stażu była rozbieżność programów stażu, którym legitymowali się wnioskodawcy oraz programów stażu realizowanych w Polsce. Spośród pięciu odmownych decyzji od jednej wniesiono nieskuteczne odwołanie.

(akta kontroli str. 898, 920-923)

3.2.3. Spośród 13 spraw dotyczących potwierdzenia kwalifikacji felczera, w dwóch przypadkach Minister odmówił ich potwierdzenia, uzasadniając to legitymowaniem się przez cudzoziemców dyplomami niemającymi odpowiedników w Polsce<sup>57</sup>.

(akta kontroli str. 918)

3.3. W latach 2017-2020 (do 15 października), nie obowiązywały przepisy pozwalające osobom, które uzyskały kwalifikacje poza UE, na uznanie kwalifikacji do wykonywania pozostałych medycznych zawodów regulowanych.

(akta kontroli str. 284-286)

3.4. Minister, w świetle art. 4 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego<sup>58</sup>, zobligowany był do sprawowania nadzoru nad CMKP, a w latach 2017-2020 (do 15 października) nie przeprowadzono kontroli czynności CMKP związanych z procesem uznawania kwalifikacji. NIK wskazuje, że nie sprzyjało to optymalizacji realizowanych tam, powierzonych przez Ministra zadań, w tym – na miarę możliwości – skróceniu czasu trwania sporządzania ocen przez zespół ekspertów, co służyłoby szybszemu wprowadzaniu cudzoziemców na rynek usług medycznych, zwłaszcza mając na uwadze panującą pandemię. Przykładowo, w 25% spraw, w których nie było

<sup>54</sup> Postępowanie zakończone decyzją nr 48/20 z 29 maja 2020 r., w której wniosek z dnia 11 grudnia 2019 r. przekazano dyrektorowi CMKP 20 stycznia 2020 r.

<sup>55</sup> Postępowanie zakończone decyzją nr 16/19 z 9 stycznia 2020 r.

<sup>56</sup> Postępowania zakończone decyzjami nr: 19/20 z 18 maja 2020 r. (171 dni), 42/20 z 2 czerwca 2020 r. (155 dni), 48/20 z 29 maja 2020 r. (170 dni).

<sup>57</sup> W Polsce nie kształcą się już nowych felczarów, jednakże osoby, które w przeszłości wykształciły się w tym zawodzie, mogą go dalej wykonywać. W związku z wejściem w życie w dniu 8 sierpnia 2020 r. art. 2 przepisów ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U z 2020 r. poz. 1291) wnioski o potwierdzenie kwalifikacji zawodowych felczera nie są już przyjmowane.

<sup>58</sup> Dz.U. z 2018 r. poz. 2024, ze zm. dalej: ustawa o CMKP.

potrzeby kierowania wnioskodawcy na staż uzupełniający, czas trwania procedury uznawania specjalizacji lekarskiej cudzoziemca zdobytej poza UE<sup>59</sup> przekraczał pół roku<sup>60</sup>.

Jak przyznał dyrektor DKMiN, Ministerstwo nie było formalnie informowane o przyczynach takiego czasu trwania procedur w CMKP w ich trakcie, nie ingerowało więc w ich tok. Dodała, że wydłużenie procedur mogło być spowodowane faktem, że posiedzenia zespołu ekspertów odbywają się zazwyczaj raz na kwartał, a wpłynięcie wniosku tuż po posiedzeniu mogło znacząco wydłużać czas oczekiwania na jego rozpatrzenie przez zespół. Ponadto, z informacji uzyskiwanych z CMKP wynikało też, że zorganizowanie spotkania ekspertów w jednym czasie i miejscu jest często zadaniem bardzo trudnym, są oni często związani czasowo zobowiązaniami natury zawodowej bądź naukowej. Postępowania te były też prowadzone na podstawie przepisów, które nie przewidywały obowiązku formalnego informowania Ministerstwa przez CMKP o toczących się postępowaniach w sprawach o uznanie tytułu specjalisty. Formalną wiedzę o toczącym się postępowaniu Ministerstwo uzyskiwało najwcześniej w momencie otrzymania wniosku zawierającego opinię dyrektora CMKP, protokół z posiedzenia zespołu ekspertów i akta sprawy.

(akta kontroli str. 204, 898)

NIK wskazuje, że w myśl art. 16n pkt 6 ustawy o lekarzach, zespół zbiera się w miarę potrzeby – co należy podkreślić – nie rzadziej jednak niż raz na kwartał. W ramach sprawowanego nadzoru należałoby zatem rozważyć zapewnienie częstszego, niż raz na kwartał wyznaczania przedmiotowych terminów, a także zmianę sposobu organizacji posiedzeń, skoro w dotychczasowej formule generuje ona istotne trudności.

3.5. Do Ministerstwa w badanym okresie nie wpływały skargi dotyczące kwestii uznawania kwalifikacji. Jak podała Dyrektor DKMiN, na pojawiające się wątpliwości wnioskodawców w tym zakresie udzielano wyjaśnień za pośrednictwem poczty tradycyjnej oraz elektronicznej lub telefonicznie. Najczęściej dotyczyły one terminu i trybu rozpatrzenia wniosku oraz wymagań formalnych.

(akta kontroli str. 206)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Zadania Ministra w zakresie uznawania tytułu specjalisty oraz stażu podyplomowego lekarzom i lekarzom denty stom spoza UE, a także potwierdzania kwalifikacji felczera realizowane były prawidłowo. Nadzór Ministra nad CMKP w przedmiotowej materii nie był jednak optymalny, co nie sprzyjało przyspieszeniu wprowadzania ww. cudzoziemców na rynek usług medycznych.

## IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli, nie formułuje uwag ani wniosków.

<sup>59</sup> Czas od wpływu kompletnego wniosku do wydania decyzji

<sup>60</sup> Postępowania zakończone decyzjami: nr 18/17 z 8 listopada 2017 r. (183 dni), 10/18 z 17 kwietnia 2018 r. (209 dni), 8/19 z 29 marca 2019 r. (210 dni), 11/19 z 14 maja 2019 r. (307 dni), 5/19 z 12 lutego 2019 r. (231 dni).

## 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.

Warszawa,            dnia

Wiceprezes  
Najwyższa Izba Kontroli  
Tadeusz Dziuba

.....  
*podpis*