



Minister Zdrowia

RKLU.050.7.2024.AC
Warszawa, 20 maja 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

na podstawie art. 115 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.) oraz art. 193 Regulaminu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. (M.P. z 2022 r. poz. 990, z późn. zm.), przekazuję poniżej odpowiedzi na pytania postawione w Interpelacji nr 2348 Posła Dariusza Mateckiego i grupy posłów w sprawie zwiększenia dostępności lekarzy geriatrów oraz opieki długoterminowej.

Odpowiedź na pytania: „Dlaczego nie zrealizowano poniższej obietnicy wyborczej? Na jakim etapie jest realizacja powyższej obietnicy wyborczej? (Dzięki odblokowanym środkom unijnym zwiększymy dostępność lekarzy geriatrów oraz opieki długoterminowej. Niestety do dnia dzisiejszego obiecane rozwiązania nie zostały wprowadzone w życie. Rząd Donalda Tuska oszukał Polaków).”

Na wstępie, pragnę zaznaczyć, że w ramach aktualnie trwającej perspektywy finansowej UE tj. Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS) zaplanowano realizację projektów mających na celu wsparcie deinstytucjonalizacji długoterminowej opieki medycznej oraz projektów mających na celu rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego lekarzy (w tym lekarzy geriatrów).

W ramach działania nr FERS.04.14 pn. *Deinstytucjonalizacja długoterminowej opieki medycznej*, zakłada się opracowanie i pilotaż nowych form opieki dziennej dla osób starszych, w tym z zaburzeniami otępiennymi i osób z niepełnosprawnością (OzN) w każdym wieku oraz działania na rzecz poprawy dostępności domowej opieki zdrowotnej dla osób starszych i OzN. Przyczyni się to do poprawy dostępu do usług opieki zdrowotnej w społ. lokalnej, wzmocnienia zapobiegania hospitalizacjom i objęciu pacjentów opieką całodobową. Nowe formy będą zakładać współpracę z lokalnymi instytucjami/służbami opieki długoterminowej, w tym działającymi formami opieki zdeinstytucjonalizowanej w zakresie informowania o dostępnym wsparciu. Podnoszone będą kompetencje opiekunów medycznych w zakresie opieki długoterminowej nad osobami starszymi, opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych oraz przez poszerzenie form dziennej opieki medycznej dla osób z zaburzeniami otępiennymi. Planowany jest również rozwój rozwiązań telemedycznych (infolinie), wsparcia dla opiekunów nieformalnych osób starszych oraz wsparcie działań informacyjnych w zakresie dostępnej opieki zdrowotnej i wsparcia w systemie opieki społecznej.

W ramach działania nr FERS.01.12 pn. *Kształcenie podyplomowe lekarzy, pielęgniarek i położnych*, planowane jest m.in. wspierane kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych, w szczególności lekarzy geriatrów i psychiatrów dziecięcych oraz kursy z zakresu medycyny rodzinnej dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Przewidziano też wsparcie węższych umiejętności lekarskich w związku z potrzebą zwiększenia dostępu do deficytowych

świadczeń medycznych istotnych z punktu widzenia demograficznego i epidemiologicznego.

Aktualnie, trwają intensywne prace nad szczegółowymi założeniami projektów w ramach wyżej opisanych działań.

Ponadto, w ramach działania nr FERS.01.12 Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego realizuje projekt pn. *Wspieranie kształcenia podyplomowego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski (FERS1)*. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie kursów i staży specjalizacyjnych dla 8000 lekarzy realizujących specjalizację w jednej z 12 specjalizacji uznanych przez Ministra Zdrowia za priorytetowe, takich jak choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, chirurgia ogólna, pediatria, geriatria, psychiatria oraz psychiatria dzieci i młodzieży, onkologia kliniczna, chirurgia onkologiczna, radioterapia onkologiczna, patomorfologia, hematologia. Dodatkowo, realizowane będą kursy z zakresu medycyny rodzinnej dla 2000 lekarzy udzielających świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie informuję, że na stronie:

<https://www.rozwojspoleczny.gov.pl/strony/dowiedz-sie-wiecej-o-programie/nabory-wnioskow/> publikowany jest Harmonogram naborów wniosków, który pozwala na uzyskanie bardziej szczegółowych informacji dotyczących planowanych do dofinansowania przedsięwzięć w ramach FERS oraz umożliwia Beneficjentom wcześniejsze przygotowanie się do składania dokumentacji aplikacyjnej.

Kryteria oceny skuteczności wykorzystania środków unijnych oraz mechanizmy monitorowania postępów w realizacji celów oparte są m.in. na regulacjach ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027, Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027. Jednocześnie należy wskazać, że za zarządzanie Programem FERS odpowiada Instytucja Zarządzająca (IZ), znajdująca się w strukturze Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej. IZ odpowiada za sprawną i poprawną realizację programu w szczególności w ujęciu całościowym (m.in. ewaluację programu operacyjnego, monitorowanie postępów realizacji programu, pełnienie funkcji Instytucji Certyfikującej wydatki). Wydaje ponadto wytyczne, zalecenia i podręczniki dotyczące różnych aspektów związanych z realizacją programu.

W ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za wdrażanie inwestycji w ramach komponentu D: Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia. Dedykowaną obszarowi rozwoju opieki długoterminowej oraz opieki geriatrycznej jest inwestycja D1.2.1 „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym”. Założenia dla wskazanej inwestycji są przygotowywane w oparciu o reformę D1.2 „Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości usług opieki długoterminowej świadczeniodawców opieki zdrowotnej na poziomie powiatowym” na podstawie wyników analiz przedstawionych w dokumentach:

1. Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce;
2. Zakres wsparcia zmian struktury organizacyjnej szpitali powiatowych w zakresie opieki długoterminowej lub geriatrycznej na poziomie lokalnym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Celem inwestycji D1.2.1 jest wsparcie niezbędnych prac budowlanych lub remontowych oraz zakup sprzętu dla szpitali powiatowych tworzących jednostki lub ośrodki opieki długoterminowej i geriatrycznej. Dodatkowo będzie możliwe realizowanie w ramach przedsięwzięcia (jako uzupełnienie działań infrastrukturalnych) działań na rzecz wsparcia podnoszenia kompetencji i kwalifikacji personelu pracującego w szpitalu w zakresie opieki geriatrycznej i świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki

długoterminowej w warunkach stacjonarnych. Wsparcie będzie udzielane w okresie kwalifikowalności wydatków, których datą końcową jest 30 czerwca 2026 r. Wszystkie przedsięwzięcia muszą być zgodne z zasadami horyzontalnymi określonymi w KPO. Jedną z nich jest dochowanie okresu trwałości realizowanych przedsięwzięć, aby zapewnić długotrwały wpływ inwestycji na wydajność i odporność polskiej gospodarki. Wszystkie przedsięwzięcia wybrane do objęcia wsparciem będą monitorowane pod względem osiągnięcia założonych celów.

Geriatrycja co do zasady skoncentrowana jest na prowadzeniu kompleksowej oceny geriatrycznej oraz określaniu potrzeb i hierarchizacji celów leczenia pacjenta geriatrycznego z ukierunkowaniem na jakość życia. Jednakże z uwagi na wielochorobowość pacjentów geriatrycznych należy mieć na uwadze, że najlepsze wyniki w tym obszarze daje praca z interdyscyplinarnym zespołem lekarskim, co wymaga wykorzystania do tego specjalistów różnych dziedzin medycyny.

Problemy związane z deficytem kadry lekarskiej ze specjalnością w dziedzinie geriatryki dla celów realizacji ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej możliwe jest do rozwiązania w okresie przejściowym poprzez rozszerzenie katalogu lekarzy o specjalistów dziedzin pokrewnych lub innych dziedzin medycyny podobnie jak to miało zastosowanie w przypadku definicji lekarzy POZ lub lekarzy systemu PRM.

Liczba lekarzy specjalistów geriatryki wykonujących zawód zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską **wg stanu na grudzień 2023 - wynosi 565 (dane statystyczne poniżej)**, a lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych wynosi 29 238. **Jednocześnie specjalizację z geriatryki odbywa dodatkowych 101 lekarzy**, natomiast z chorób wewnętrznych dodatkowych 2 463 lekarzy - możliwych do wykorzystania w ramach planowanych rozwiązań organizacyjnych.

Dodatkowe działania podjęte przez resort:

Zgodnie z obowiązującymi przepisami -ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2023 r. w sprawie **wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury** co roku w wyniku rewaloryzacji wzrasta od 1 lipca wynagrodzenie lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinach priorytetowych, do których zalicza się **geriatrykę** i choroby wewnętrzne.

Uwaga: Geriatrycja jest dziedziną priorytetową od 20.12.2012. Uznanie danej dziedziny za priorytetową, skutkuje faktem, że lekarze otrzymują wyższe wynagrodzenie zasadnicze, niż lekarze którzy realizują specjalizację która należy do grupy specjalizacji niepriorytetowych.

- Od 1 lipca 2023 roku wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego specjalizację w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury z geriatryki lub chorób wewnętrznych wynosi 8 308 zł. Po dwóch latach zatrudnienia w tym trybie dla rezydentów w dziedzinie geriatryki i chorób wewnętrznych wzrasta do 9 063 zł. Wynagrodzenie dla dziedzin niepriorytetowych wynoszą analogicznie 7552 zł, a po dwóch latach 7779 zł. Od 1 lipca 2024 r. przewiduje się kolejny wzrost tego wynagrodzenia.

Nowelizacja ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadziła rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać **dodatkowo wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej)** lub **wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej)**. Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych –

łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto wprowadzono możliwość prowadzenia **postępowania kwalifikacyjnego dla lekarzy i lekarzy dentyistów na wolne miejsca specjalizacyjne w całym kraju**, a nie jak było to możliwe wcześniej tylko w obrębie jednego województwa, przyznając możliwość wskazania w priorytetowej kolejności 15 wariantów wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego. W przypadku pozostawania niewykorzystanych miejsc specjalizacyjnym w danym postępowaniu kwalifikacyjnym jest możliwość przeprowadzenia dodatkowego naboru tylko i wyłącznie dla dziedzin priorytetowych, w tym dla geriatry i chorób wewnętrznych. Wolne miejsca specjalizacyjne w ramach postępowania kwalifikacyjnego rozdziela się za pomocą systemu elektronicznego (SMK) według kolejności listy rankingowej wynikającej z uzyskanych przez lekarzy liczby punktów, przy czym pierwszeństwo przydziału miejsc specjalizacyjnych mają lekarze z największą liczbą punktów. Pierwsze postępowanie kwalifikacyjne na nowych zasadach odbyło się jesienią 2022 r.

Powyższe rozwiązanie ma na celu zwiększenie liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach, które cieszą się mniejszym zainteresowaniem lekarzy.

Obowiązujące przepisy umożliwiają także przystąpienie o rok wcześniej niż dotychczas do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego.

Zatem ze strony Ministra Zdrowia wprowadzone zostały mechanizmy prawne i finansowe zwiększające możliwość uzyskania większej liczby specjalistów w dziedzinach priorytetowych, w tym z geriatry i chorób wewnętrznych.

Natomiast należy podkreślić, że kluczową rolę w kreowaniu kadry lekarzy specjalistów w dużej mierze odgrywają kierownicy podmiotów leczniczych, którzy posiadają niezależne narzędzia motywacyjne zachęcające lekarzy do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim.

DANE STATYSTYCZNE

Liczba lekarzy geriatrów wg NIL:

STAN NA	Geriatrya		Liczba specjalistów I st.		Razem	
	Wszyscy	Wyk. Zawód	Wszyscy	Wyk. Zawód	Wszyscy	Wyk. Zawód
31.12.2011	265	254	0	0	265	254
31.12.2012	286	275	0	0	286	275
31.12.2013	309	298	0	0	309	298
31.12.2014	333	322	0	0	333	322
31.12.2015	349	338	0	0	349	338
30.12.2016	392	380	0	0	392	380
31.12.2017	427	417	0	0	427	417
31.12.2018	447	436	0	0	447	436
31.12.2019	486	477	0	0	486	477
31.12.2020	521	509	0	0	521	509
31.12.2021	548	534	0	0	548	534
31.12.2022	573	558	0	0	573	558
31.12.2023	577	565	0	0	577	565

WIEK LEKARZY GERIATRÓW WG NIL – stan na 31.12.2023

wiek lek do 30 lat	GERIATRIA
02. od 31 do 35 lat	15
03. od 36 do 40 lat	37
04. od 41 do 45 lat	64
05. od 46 do 50 lat	103
06. od 51 do 55 lat	113
07. od 56 do 60 lat	88
08. od 61 do 65 lat	65
09. od 66 do 70 lat	47
10. wiek pow. 70 lat	33
Sumarycznie	565

LICZBA LEKARZY GERIATRÓW W WOJEWÓDZTWACH – stan na 31.12.2023

województwo	SPECJALISCI
kujawsko-pomorskie	30
dolnośląskie	47
lubelskie	42
lubuskie	9
łódzkie	32
małopolskie	92
mazowieckie	57
opolskie	7
podkarpackie	22
podlaskie	29
pomorskie	32
śląskie	108
świętokrzyskie	7
warmińsko-mazurskie	10
wielkopolskie	33
zachodniopomorskie	8
Suma końcowa	565

LICZBA LEKARZY W TRAKCIE SPECJALIZACJI Z GERIATRII

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji - stan na 31.12.2023			
Dziedzina specjalizacji	Liczba osób w trakcie specjalizacji. TRYB REZYDENCKI	Liczba osób w trakcie specjalizacji. TRYB POZAREZYDENCKI	Liczba osób w trakcie specjalizacji. RAZEM
GeriatRIA	24	77	101

Dane porównawcze (rok 2010 i 2015):

dane porównawcze						
Specjalizacja	2010	2010	2010	2015	2015	2015
	rezydencki	pozarezydencki	Suma	rezydencki	pozarezydencki	Suma
GeriatRIA	3	70	73	41	138	179

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Marek Kos
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/