



Minister
Zdrowia



ZPG.050.5.2024.JS
Warszawa, 02 lipca 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 3034 Pana Daniela Milewskiego, Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie odpowiedzi rządu na wyzwania demograficzne, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

Dostrzegając wyzwania dla systemu ochrony zdrowia związane z zachodzącymi w Polsce zmianami demograficznymi oraz wynikającą z nich konieczność dostosowania opieki zdrowotnej do rosnącej liczby osób starszych i osób z niepełnosprawnościami, Ministerstwo Zdrowia (MZ) podejmuje wielokierunkowe działania mające na celu poprawę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i infrastruktury medycznej dla tych osób. Poniżej zostały wskazane poszczególne inicjatywy podejmowane w tym zakresie.

Ministerstwo Zdrowia wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na bieżąco monitoruje potrzeby w zakresie zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Funkcjonujące rozwiązania są analizowane pod względem ich efektywności i ukierunkowane na zagwarantowanie placówkom medycznym zachowania stabilności, a pacjentom bezpiecznego i swobodnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Działania zaplanowane przez MZ na najbliższe lata skupiają się na zmianach systemowych, które pozwolą na stworzenie warunków prawno-organizacyjnych do „odwrócenia piramidy świadczeń”, czyli m.in. przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Opieka zdrowotna udzielana w ramach POZ odgrywa kluczową rolę, gdyż stanowi „punkt wejścia” pacjentów do systemu opieki zdrowotnej. Dlatego też od jej sprawności i skuteczności w dużym stopniu zależy efektywność całego systemu opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie opieki koordynowanej w ramach POZ ma na celu zintegrowanie opieki udzielanej w ramach POZ, wzrost efektywności działań prozdrowotnych, poprawę jakości i dostępności opieki. Obecnie planuje się podjęcie prac polegających na poszerzeniu zakresu istniejących świadczeń, a także dalszym wspieraniu podmiotów leczniczych realizujących tę opiekę.

W ramach *Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032* (NPChUK), uwzględniono działania polegające w szczególności na poprawie koordynacji opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia (ChUK). Działania te mają służyć wyrównaniu poziomu opieki kardiologicznej niezależnie od miejsca zamieszkania i jak najbliższej miejsca

zamieszkania. W ramach ww. Programu realizowany jest również zakup lub wymiana sprzętu do diagnostyki i leczenia ChUK. W 2023 r. przekazano ok. 84 mln zł na zakup łącznie ok. 1 800 sztuk sprzętu na potrzeby kardiologii. Na 2024 r. zaplanowano postępowania konkursowe na dofinansowanie zakupu sprzętu o łącznej wartości ok. 147 mln zł.

Ponadto planowane jest szersze wykorzystanie rozwiązań telemedycznych, mających poprawić dostępność lekarzy specjalistów na terenach wiejskich i terenach z ograniczonymi zasobami kadrowymi. W ramach NPChUK trwają obecnie prace nad przygotowaniem narzędzi profilaktycznych opartych o koncepcję tzw. *10-tki dla serca*¹, w tym m.in. *Kalkulatora Stanu Zdrowia* dostępnego dla pacjentów w *moim IKP* oraz *Karty Ryzyka ChUK* jako narzędzia dla lekarzy do oceny ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Dodatkowo NPChUK zakłada działania mające na celu zwiększenie liczby kardiologów i specjalistów dziedzin pokrewnych.

Obecnie realizowany jest program pilotażowy koordynowanej i kompleksowej opieki kardiologicznej w ramach sieci kardiologicznej², w ramach którego jest oceniana organizacja, jakość i efekty tej opieki. Pilotaż ten ma trwać do 31 marca 2025 r. Raportu z ewaluacji ww. pilotażu ma posłużyć przygotowaniu *ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej* (stanowiącej jeden z kamieni milowych KPO), która ma przyczynić się do poprawy dostępu do wysokiej jakości opieki kardiologicznej. Wejście w życie tej ustawy planowane jest na 1 stycznia 2025 r.

Starzenie się społeczeństwa wpływa również na wzrost liczby pacjentów onkologicznych. Jedną z odpowiedzi na te niekorzystne trendy jest *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030* (NSO). NSO określa kierunki rozwoju opieki onkologicznej w ramach 5 strategicznych obszarów inwestycji w: kadry medyczne, edukację, pacjenta, naukę i innowacje oraz system opieki onkologicznej. Cele NSO obejmują m.in. poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości opieki onkologicznej oraz poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin. W NSO wspierana jest też modernizacja infrastruktury i doposażenia podmiotów leczniczych w sprzęt do diagnostyki i leczenia nowotworów.

MZ wdrożyło również *Krajową Sieć Onkologiczną* (KSO)³, która ma na celu realizację NSO oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia nowotworów oraz wzrostu poziomu satysfakcji pacjentów i optymalizacji kosztów opieki. KSO wprowadza nową strukturę organizacyjną i nowy model zarządzania opieką onkologiczną. Priorytetem KSO jest zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, opieki onkologicznej opartej o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne.

Ponadto, w celu wyrównania dostępu do farmakoterapii, od dnia 30 sierpnia 2023 r.⁴ uprawnienie do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne zostało rozszerzone o nowych pacjentów tj. osoby do 18 r.ż. i po 65 r.ż., czyli grupy, w których zapotrzebowanie na te produkty jest największe⁵.

Odpowiedzią na starzenie się populacji Polski był m.in. projekt pn. *Dostępność Plus dla zdrowia*, realizowany od 2019 r. Celem projektu było dostosowanie szpitali i placówek POZ

¹ 10 głównych czynników ryzyka ChUK specyficznych dla populacji polskiej) służących do oceny ryzyka ich wystąpienia.

² Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 23).

³ KSO została wprowadzona ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 650 i z 2024 r. poz. 414).

⁴ Na mocy przepisów ustawy z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1733).

⁵ Dodatkowo, dla osób wieku 65+, czyli po okresie aktywności zawodowej, wydatki związane z leczeniem stanowią poważne obciążenie dla domowego budżetu. Podobnie w przypadku osób nieletnich pozostających zazwyczaj na utrzymaniu swych opiekunów, leczenie również powoduje duże obciążenie finansowe dla ich opiekunów.

do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami poprzez stworzenie przyjaznej przestrzeni dla tych osób dzięki odpowiednim dostosowaniom architektonicznym, cyfrowym i komunikacyjnym. Projekt przewidywał również szkolenia dla personelu medycznego uwrażliwiające na potrzeby zdrowotne tych pacjentów. Dotychczas podpisano i zrealizowano łącznie 350 umów o powierzenie grantów, w tym 78 umów ze szpitalami i 272 umów z placówkami POZ, oraz przeszkolono ponad 1 100 pracowników POZ i szpitali.

Na podstawie wniosków, rekomendacji i doświadczeń z realizacji projektu *Dostępność Plus dla zdrowia*, uruchomiono kolejny projekt pn. *Dostępność Plus dla AOS*. Na pierwszym etapie projektu opracowywane są *Standardy Dostępności dla AOS* w celu poprawy dostępu osób ze szczególnymi potrzebami do AOS. Priorytetem projektu ma być skierowanie wsparcia głównie do placówek AOS w małych miejscowościach. Zakłada się wsparcie grantowe dla co najmniej 362 placówek AOS na działania podnoszące dostępność tych placówek w obszarze architektonicznym, cyfrowym i informacyjno-komunikacyjnym oraz na prowadzenie szkoleń stacjonarnych i e-learningu dla personelu.

Należy również podkreślić, że jednym z obszarów szczególnie istotnych z punktu widzenia starzenia się społeczeństwa jest opieka długoterminowa. Dlatego też MZ podejmuje działania mające na celu poprawę dostępności i jakości udzielanych świadczeń w tym zakresie.

Nakłady na świadczenia opieki długoterminowej w ostatnich latach sukcesywnie rosną – z ponad 2,7 mld zł w 2022 r. do ponad 3,8 mld zł w 2024 r. (plan według stanu na dzień 20.06.2024 r.), tj. wzrost o ponad 1 mld zł (37,46%). Od dnia 1 lutego 2023 r. nastąpił też wzrost wartości cen jednostek rozliczeniowych w umowach o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej o 17%, 14% i 10%. Dodatkowo, zgodnie z decyzją Minister Zdrowia, NFZ⁶ opłacił w 2024 r. tzw. nadwykonania z 2023 r. o łącznej wartości ponad 2,2 mld zł, w tym w odniesieniu do świadczeń opieki długoterminowej – w wysokości ponad 116,3 mln zł.

Aktualnie w MZ prowadzone są również prace nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej⁷. Projektowane zmiany znoszą konieczność zatrudniania lekarzy o określonej specjalizacji w zakładach opiekuńczych dla dorosłych, co pozwoli na większą swobodę w obsadzie personelu umożliwiając optymalizację jego wykorzystania, a tym samym ułatwi organizację opieki i zbliży regulacje prawne do realiów.

Działania na rzecz poprawy zdrowia seniorów i rozwoju opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce, w szczególności opieki długoterminowej i geriatrycznej, zostały uwzględnione w głównym dokumencie strategicznym dla systemu ochrony zdrowia pn. *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*⁸

W celu przeniesienia ciężaru zdrowotnej opieki długoterminowej z opieki stacjonarnej na opiekę środowiskową i domową oraz intensyfikacji dostępnego wsparcia zdrowotnego dla osób starszych oraz ich opiekunów w środowisku lokalnym, opracowana została *Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi* stanowiąca załącznik nr 1 do *Zdrowej przyszłości*.

Celem nadrzędnym *Strategii deinstytucjonalizacji* jest poprawa zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów oraz wsparcie w utrzymaniu ich niezależności umożliwiającej im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym.

⁶ Na mocy zarządzenia Nr 24/2024/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2024 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 rok.

⁷ Rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 253).

⁸ Dokument dostępny na stronie internetowej MZ: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>.

Działania na rzecz rozwoju opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, w szczególności opieki długoterminowej i opieki geriatrycznej, a także wsparcia opieki nieformalnej, przewidziano też w ramach *Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności* (KPO).

W KPO zaplanowano przeprowadzenie reformy opieki długoterminowej w Polsce, która ma umożliwić wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej⁹. Wdrożeniu reformy opieki długoterminowej ma służyć realizacja dwóch kamieni milowych:

- kamień milowy A69G dot. przygotowania strategicznego przeglądu opieki długoterminowej w Polsce w celu określenia priorytetów reform;
- kamień milowy A70G dot. wejścia w życie odpowiednich aktów prawnych w celu wdrożenia priorytetów reform określonych w strategicznym przeglądzie opieki długoterminowej w Polsce.¹⁰

Przegląd strategiczny miał obejmować m.in. zbadanie możliwych sposobów integracji usług zdrowotnych i społecznych w ramach opieki długoterminowej, przyspieszenia deinstytucjonalizacji tych usług, wprowadzenia dla nich ram jakości, zrewidowania i zmniejszenia rozdrobnienia świadczeń oraz stworzenia stabilnego systemu finansowania.

W ramach KPO przewidziano również przeprowadzenie inwestycji mających na celu wsparcie opieki długoterminowej i geriatrycznej udzielanych w trybie stacjonarnym. W tym celu realizowana jest reforma D1.2, której założeniem jest wspieranie przekształceń szpitali powiatowych lub ich części w jednostki/ośrodki opieki długoterminowej i geriatrycznej.

W oparciu o dokumenty opracowane przez MZ w ramach kamieni milowych D1L¹¹ i D2L¹² planowane jest wybranie w procedurze konkursowej 50 szpitali powiatowych do uzyskania wsparcia finansowego ze środków KPO na utworzenie łóżek opieki długoterminowej lub geriatrycznej (w ramach kamienia milowego D3L). W tym zakresie do końca maja 2026 r. przewiduje się realizację inwestycji D1.2.1: *Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym*.

W ramach przedmiotowych przedsięwzięć możliwe będzie otrzymanie dofinansowania na prace budowlane/remontowe, zakup sprzętu oraz poprawę standardów dostępności i jakości opieki poprzez realizację niezbędnych dostosowań infrastrukturalnych.

Działania komplementarne do inwestycji zaplanowanych w ramach KPO przewidziane są ze środków *Funduszu Medycznego* (FM), w ramach którego wyodrębniono:

- *Subfundusz infrastruktury strategicznej* (SIS) – finansujący działania mające na celu poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz obniżenie wskaźnika śmiertelności dzieci poprzez inwestycje w infrastrukturę strategiczną ochrony zdrowia. Celem projektów finansowanych ze środków SIS jest skrócenie czasu oczekiwania na

⁹ W ramach reformy A.4.6: *Wzrost uczestnictwa w rynku pracy poprzez rozwój opieki długoterminowej* w Celu A4: *Zwiększenie dopasowania strukturalnego, efektywności i odporności kryzysowej rynku pracy* KPO.

¹⁰ Realizację obu kamieni milowych powierzono równolegle MRPiPS oraz MZ. Realizację kamienia milowego A69G dodatkowo koordynuje MFiPR, a kamienia milowego A70G – Minister ds. Polityki Senioralnej. W celu wsparcia realizacji kamienia milowego A69G, MFiPR nawiązało współpracę z Bankiem Światowym. Analiza i diagnoza systemu opieki długoterminowej w Polsce w celu wypracowania priorytetów reformy opieki długoterminowej została przeprowadzona w konsultacji z poszczególnymi zainteresowanymi stronami, a priorytety reformy zostały poddane konsultacjom międzyresortowym.

¹¹ Dokument został opublikowany przez MZ w 2022 r. – jest dostępny na stronie internetowej MZ pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/kompleksowy-przeglad-mozliwosci-tworzenia-w-szpitalach-powiatowych-osrodkow-opieki-dlugoterminowej-oraz-oddzialow-geriatrycznych-w-polsce>.

¹² Dokument został opublikowany przez MZ w 2023 r. – jest dostępny na stronie internetowej MZ pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wsparcie-zmian-struktury-organizacyjnej-szpitali-powiatowych-w-zakresie-opieki-dlugoterminowej-lub-geriatrycznej>.

diagnozę i szybsze rozpoczęcie leczenia najmłodszych pacjentów, poprzez zwiększenie dostępności do udzielanych świadczeń i zapewnieniu kompleksowej opieki¹³.

- *Subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych (SMPL)* – finansujący działania w zakresie: rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych w ramach opieki długoterminowej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych, a także wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego, łóżek szpitalnych i Centrów Zdrowia 75+¹⁴. Celem działań finansowanych ze środków SMPL jest wsparcie finansowe rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia poprawiających jakość i dostępność oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz koncentrację wokół potrzeb i jakości życia pacjentów i ich rodzin¹⁵.

Działania na rzecz wsparcia opieki zdrowotnej nad osobami ze szczególnymi potrzebami są również finansowane w ramach programów operacyjnych finansowanych ze środków unijnych, takich jak *Program Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021–2027 (FEnIKS)*, w ramach którego realizowane będą m.in. inwestycje w rozwój opieki koordynowanej POZ, w infrastrukturę placówek opieki psychiatrycznej i AOS oraz infrastrukturę i wyposażenia Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. W ramach FEnIKS planowane jest zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej oraz wsparcie realizacji modelu włączenia społecznego i opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osobami starszymi.

Wzrost rozpowszechnienia chorób związanych z wiekiem i niesprawności stanowi duże wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia m.in. ze względu na ograniczone zasoby kadr medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. Dlatego też jednym z głównych kierunków działań rządu w zakresie poprawy dostępności usług zdrowotnych są działania w celu zapewnienia odpowiedniej liczby personelu medycznego.

W tym celu m.in. wprowadzano zmiany prawne umożliwiające szybsze dostosowanie umiejętności absolwentów studiów medycznych do pracy z pacjentami starszymi, przewlekle chorymi i z niepełnosprawnością poprzez nowelizację standardów kształcenia na kierunku lekarskim w tym zakresie¹⁶. Dodatkowo, w trakcie stażu podyplomowego¹⁷ absolwenci pogłębiają wiedzę i nabywają umiejętności udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach długotrwałej opieki ambulatoryjnej w domu chorego oraz diagnostyki, leczenia, zapobiegania i rehabilitacji, w tym również w odniesieniu do pacjentów w starszym wieku i z niepełnosprawnością. Ponadto, wszyscy lekarze odbywający moduł podstawowy z chorób wewnętrznych oraz później moduł specjalistyczny, pogłębiają swoją wiedzę m.in. w zakresie zagadnień dotyczących osób starszych i z niepełnosprawnością. Szkolenie w zakresie rehabilitacji medycznej zawiera natomiast zagadnienia związane m.in. opieką nad pacjentami z niepełnosprawnością.

¹³ W tym celu zorganizowano konkurs dla szpitali pediatrycznych, w ramach którego wyłoniono 14 szpitali zakwalifikowanych do najwyższych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia. Łączna kwota dofinansowania w ramach SIS dla szpitali pediatrycznych wynosi ok 3,1 mld zł.

¹⁴ Centra Zdrowia 75+, o których mowa w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. 2023 r., poz. 1831). Przepisy ustawy weszły w życie w dniu 1 stycznia 2024 r. Określają one cele, organizację i zasady funkcjonowania szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami w wieku 75+. Przyjęte rozwiązania są wstępem do przemodelowania geriatryi w stronę podejścia środowiskowego.

¹⁵ Dofinansowanie ze środków SMPL odbywa się w formie dotacji celowej w ramach procedury konkursowej na wnioski w zakresie konkretnego obszaru wsparcia.

¹⁶ Na mocy rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 29 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. 2152).

¹⁷ Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2023 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. poz. 377).

MZ wprowadziło również mechanizmy prawne i finansowe zwiększające możliwość uzyskania większej liczby specjalizacji w dziedzinach priorytetowych, w tym z geriatry i chorób wewnętrznych, czyli dziedzin dedykowanych pacjentom w starszym wieku. Uznanie danej dziedziny za priorytetową skutkuje tym, że lekarze realizujący specjalizację w dziedzinie priorytetowej otrzymują wyższe wynagrodzenie zasadnicze, niż lekarze realizujący specjalizację w dziedzinie niepriorytetowej. Ponadto, zgodnie z obowiązującymi przepisami¹⁸, co roku w wyniku rewaloryzacji wzrasta od dnia 1 lipca wynagrodzenie lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinach priorytetowych, w tym z geriatry i chorób wewnętrznych.

Umożliwiono również prowadzenie postępowania kwalifikacyjnego dla lekarzy na wolne miejsca specjalizacyjne w całym kraju przyznając możliwość wskazania w priorytetowej kolejności 15 wariantów wyborów. W przypadku niewykorzystanych miejsc można przeprowadzić dodatkowy nabór wyłącznie dla dziedzin priorytetowych, co ma na celu zwiększenie liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w mniej popularnych dziedzinach medycyny (w tym geriatry).

Ponadto, począwszy od 2016 r. Minister Zdrowia znacznie zwiększył limity przyjęć na kierunek lekarski. Obowiązujące przepisy umożliwiają także lekarzom, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego, przystąpienie o rok wcześniej niż dotychczas do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Ponadto, pod koniec 2021 r. wprowadzono regulacje, które przewidują wsparcie ze środków budżetu państwa dla osób podejmujących odpłatne studia w języku polskim na kierunku lekarskim z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w systemie publicznej ochrony zdrowia. Przewiduje się, że rozwiązania te spowodują wzrost zainteresowania zawodem lekarza i wzrost liczby młodych lekarzy, szczególnie w dziedzinach priorytetowych.

Opiekę nad pacjentami w starszym wieku, przewlekle chorymi i z niepełnosprawnością zapewnia także personel pielęgniarski z kwalifikacjami specjalistycznymi lub przygotowany na poziomie ogólnym do sprawowania opieki nad pacjentami w określonych stanach zdrowia¹⁹. W trosce o wysoką jakość świadczeń udzielanych tym pacjentom personel pielęgniarski może podnosić swoje kwalifikacje zawodowe uczestnicząc w różnych formach kształcenia podyplomowego lub w ramach kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych, umożliwiających nabycie specjalistycznych kompetencji zawodowych²⁰.

MZ prowadzi również działania w zakresie wsparcia personelu pielęgniarskiego w opiece nad tymi pacjentami poprzez edukację specjalistyczną opiekunów medycznych. W okresie od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2023 r. w MZ realizowany był projekt dedykowany opiekunom medycznym pn. *Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów*

¹⁸ Zgodnie z ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1352) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2023 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. z 2023 r. poz. 1535).

¹⁹ W tym personel z kompetencjami m.in. w zakresie chorób wewnętrznych i pielęgniarstwa internistycznego, anestezjologii i pielęgniarstwa w zagrożeniu życia, pielęgniarstwa opieki długoterminowej, neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego, geriatry i pielęgniarstwa geriatrycznego, opieki paliatywnej, podstaw rehabilitacji – zgodnie ze standardem kształcenia przygotowującym do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, który określa rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.).

²⁰ Informacje na temat liczby pielęgniarek posiadających dodatkowe kwalifikacje uzyskane w ramach kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych znajdują się na stronie internetowej Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych pod adresem: <https://ckppip.edu.pl/opracowania-i-analizy/>.

medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju²¹, w którym uczestniczyło 6 492 opiekunów medycznych.

Ponadto, MZ podejmuje również inicjatywy ukierunkowane na wsparcie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego fizjoterapeutów, którzy także są istotnie zaangażowani w opiekę nad pacjentami w starszym wieku, przewlekle chorymi i niepełnosprawnością. Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty ma istotne znaczenie w kontekście zapewnienia właściwej opieki tym pacjentom, aby mogli jak najdłużej funkcjonować we własnym środowisku.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

²¹ Przedmiotowy projekt nr POWR.07.01.00-00-0001/22 był finansowany przez UE ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach *Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*(POWER), Oś VII. *Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia*, Działanie: 7.1 *Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia*. Wartość projektu wynosiła 73 mln zł.