



# Minister Zdrowia

RKLU.050.3.2025.AC  
Warszawa, 03 kwietnia 2025

**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 (K10INT8424) Poseł Lidii Czechak w sprawie dostępności lekarzy geriatrów oraz opieki długoterminowej.

**Odpowiedź na pytanie: Jakie działania zamierza podjąć rząd w celu zwiększenia liczby czynnych zawodowo lekarzy geriatrów? oraz odpowiedź na pytanie: Na jakim etapie jest realizacja 32. punktu z listy obietnic wyborczych Premiera Donalda Tuska i kiedy można spodziewać się przedstawienia konkretnych rozwiązań polepszających obecną sytuację w geriatricy?**

W obliczu dynamicznie starzejącego się społeczeństwa rośnie potrzeba skutecznej i dobrze zorganizowanej opieki zdrowotnej dla osób starszych, które często borykają się z wielochorobowością, obniżoną odpornością oraz zwiększonym ryzykiem chorób przewlekłych. Odpowiednia, kompleksowa opieka zdrowotna, obejmująca zarówno profilaktykę, diagnostykę, leczenie jak i wsparcie długoterminowe, a także komplementarne możliwości wsparcia ze strony systemu pomocy społecznej, pozwalają na poprawę jakości życia seniorów. Regularna kontrola stanu zdrowia zmniejsza ryzyko hospitalizacji i poważnych interwencji medycznych, co przekłada się na dłuższe utrzymanie dobrego samopoczucia i lepszej kondycji, umożliwiając pełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym i rodzinnym. Jednym z najważniejszych zadań geriatricy jest kompleksowość opieki, rozumiana na kilka sposobów. Pod tym pojęciem należy rozumieć całościowe spojrzenie na pacjenta w wieku senioralnym.

Podstawą systemu opieki zdrowotnej są placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i lekarze rodzinni. *Placówki POZ są przygotowane do zapewnienia opieki nad starszymi pacjentami, ale trzeba pamiętać, że w miarę wydłużania się czasu trwania życia zwiększa się liczba pacjentów, wymagających opieki specjalistycznej, a równoczesne występowanie więcej niż jednej choroby przewlekłej stanowi przesłankę do korzystania z usług lekarza geriatricy<sup>1</sup>.*

Mając na uwadze te wyzwania demograficzne, Minister Zdrowia w dniu 14 czerwca 2024 r. powołała *Zespół do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych<sup>2</sup>*, którego celem jest opracowanie rozwiązań umożliwiających poprawę jakości i dostępności opieki zdrowotnej dla tej grupy pacjentów.

<sup>1</sup> Błędowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red.) (2021). PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

<sup>2</sup> zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. 2024. poz. 41)

Do zadań Zespołu należy przygotowanie raportu zawierającego rozwiązania i rekomendacje w zakresie organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych, z uwzględnieniem różnych grup wiekowych.

Działania Zespołu skupiają się na wypracowaniu propozycji rozwiązań w kilku kluczowych obszarach, dotyczących m.in. podniesienia kompetencji lekarzy w zakresie geriatry – tj. rozwijania wiedzy i umiejętności lekarzy innych specjalności w zakresie diagnostyki i leczenia osób starszych, a także ustalenia zasad współpracy w ramach opieki geriatrycznej – w tym określenia roli podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w opiece nad pacjentami geriatrycznymi, aby zapewnić bardziej skoordynowaną opiekę; profilaktyki zdrowotnej – poprzez wsparcie opracowania założeń badań bilansowych uwzględniających osoby w starszym wieku.

W pracach Zespołu uczestniczy wielu specjalistów i ekspertów w tym m.in.:

- konsultant krajowy w dziedzinie geriatry,
- konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej,
- konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii,
- konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego,
- konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego,
- konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

Do dnia 20 marca 2025 r. odbyło się sześć posiedzeń Zespołu oraz kilka spotkań podgrup roboczych skupionych wokół poszczególnych zagadnień.

Zgodnie z ww. zarządzeniem, Zespół zakończy swoją działalność w 2025 r. z dniem akceptacji przez ministra właściwego do spraw zdrowia raportu zawierającego rozwiązania i rekomendacje w zakresie organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych.

Trwa także realizacja reformy A4.6 w ramach KPO, dotyczącej *Wzrostu uczestnictwa w rynku pracy poprzez rozwój opieki długoterminowej*. Ministerstwo Zdrowia współodpowiada za osiągnięcie dwóch kamieni milowych: A69G i 70G.

W ramach kamienia milowego A69G przeprowadzono przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce w celu określenia priorytetów reform.

Koordinację realizacji tego kamienia milowego powierzono Ministerstwu Funduszy i Polityki Regionalnej we współpracy z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i Ministerstwem Zdrowia.

Raport podsumowujący przegląd systemu opieki długoterminowej w Polsce, stanowiący efekt realizacji kamienia milowego A69G KPO, został opublikowany w dniu 28 czerwca 2024 r. w Biuletynach Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/przeglad-strategiczny-opieki-dlugoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy>) oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Na podstawie wniosków i rekomendacji zawartych w opublikowanym raporcie, w ramach kamienia milowego A70G, rozpoczęto międzyresortowe prace mające na celu m.in. zmianę obecnych przepisów prawnych w celu wdrożenia priorytetów reformy określonych na podstawie strategicznego przeglądu opieki długoterminowej w Polsce.

Priorytety te obejmują w szczególności:

- zdefiniowanie „opieki długoterminowej” w spójny sposób w całości systemu opiekuńczego kraju (tzn. zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej);
- zdefiniowanie pojęcia „opiekuna nieformalnego” oraz „opieki nieformalnej”;
- zwiększenie nakładów finansowych na system opieki długoterminowej przez wprowadzenie bonu senioralnego;

- zmianę przepisów lub przyjęcie nowych przepisów dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w ramach systemów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, w oparciu o wyniki przeprowadzonej analizy;
- wskazanie organów odpowiedzialnych za koordynację systemu opieki długoterminowej, ogół działań w zakresie monitorowania i ewaluacji jakości oraz działalność informacyjną.

Oprócz zmian ram prawnych priorytety reformy obejmują również:

- dokonanie przeglądu wydatków publicznych w celu oceny efektywności finansowania opieki długoterminowej ze środków publicznych oraz zaproponowanie rozwiązań budżetowych mających na celu zapewnienie stabilności finansowania tego systemu;
- przyjęcie dokumentu, w którym zaproponowana zostanie zharmonizowana definicja jakości opieki długoterminowej, a także zintegrowany system monitorowania i ewaluacji jakości, gromadzenia danych i wykorzystywania tych danych.

Prace nad realizacją kamienia milowego A70G są koordynowane przez Minister ds. Polityki Senioralnej.

W pracach tych uczestniczą resorty zaangażowane w realizację reformy opieki długoterminowej w Polsce, w tym m.in. Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Zdrowia, a także Ministerstwo Finansów oraz Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. Termin realizacji tego kamienia milowego wyznaczono do końca 2025 r.

W celu wsparcia realizacji reformy w I połowie 2024 r. powołano Grupę roboczą ds. opieki długoterminowej utworzoną przy Międzyresortowym Zespole ds. systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, któremu przewodniczy Minister ds. Polityki Senioralnej.

Dotychczasowe prace Grupy roboczej doprowadziły do:

- wypracowania podstawy definicyjnej dla opieki długoterminowej spójnej dla systemów zdrowotnego i społecznego – obejmującej również świadczenia i usługi środowiskowe;
- ustalania katalogu świadczeń i usług opieki długoterminowej w obu systemach – w tym również świadczeń udzielanych w warunkach środowiskowych;
- przeprowadzenia analizy przypadków komunikacji pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej w zakresie przekazywania informacji na temat osób wymagających opieki długoterminowej – istotną z punktu widzenia stworzenia sprawnego systemu skoordynowanych świadczeń i usług, w tym również udzielanych w środowisku;
- podjęcia analiz mających na celu wypracowanie rozwiązań w zakresie koordynacji opieki długoterminowej;
- przystąpienia do analizy dotyczącej monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej oraz gromadzenia i wykorzystywania danych tym zakresie.

Ponadto, na wniosek Minister ds. Polityki Senioralnej, Ministerstwo Finansów rozpoczęło realizację przeglądu wydatków publicznych na opiekę długoterminową. Utworzono w tym celu *Grupę roboczą ds. przeglądu wydatków*, której pierwsze spotkanie odbyło się 20 stycznia 2025 r. Celem przeglądu jest ocena efektywności finansowania opieki długoterminowej ze środków publicznych oraz zaproponowanie rozwiązań budżetowych mających na celu zapewnienie stabilności finansowania tego systemu. Członkami Grupy roboczej są przedstawiciele resortów i instytucji publicznych zaangażowanych w realizację reformy, w tym również przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia.

W ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, Ministerstwo Zdrowia realizuje także reformę D1.2 Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń opieki długoterminowej podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym. W ramach tej reformy zrealizowana została inwestycja D4.1.1 (przed rewizją: D1.2.1) Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym.

28 lutego 2025 r. zakończył się proces oceny wniosków złożonych w naborze w ramach inwestycji D4.1.1. Spośród 189 wniosków o objęcie przedsięwzięcia wsparciem złożonych w konkursie po ocenie formalno-horyzontalnej i merytorycznej pozytywnie ocenionych zostało 149 wniosków, a do objęcia wsparciem rekomendowane zostały 83 przedsięwzięcia o najwyższej uzyskanej punktacji na łączną kwotę 1 295 340 000 zł.

Celem tej inwestycji jest modernizacja infrastruktury budowlanej szpitali powiatowych polegającej na wykonywaniu następujących robót budowlanych takich jak: przebudowa, rozbudowa, nadbudowa, remont oraz innych prac, które nie stanowią robót budowlanych w rozumieniu ustawy Prawo budowlane prowadzących do modernizacji obiektów budowlanych lub budowy nowej infrastruktury podmiotów leczniczych w uzasadnionych przypadkach związanych z brakiem możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę lub rozbudowę starych, wyeksploatowanych budynków, które nie spełniają wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz doposażenia w nowoczesne urządzenia i wyroby medyczne lub niezbędne wyposażenie oraz zakup sprzętu dla szpitali powiatowych w ramach procesów przekształcenia łóżek szpitali powiatowych celem utworzenia miejsc opieki długoterminowej lub geriatrycznej. Cel ten obejmuje również wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu szpitali powiatowych poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych (poprzez poprawę standardów dostępności w tym także dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami).

W ramach finansowania rozwoju opieki długoterminowej i geriatrycznej ze środków KPO do 30 czerwca 2026 r. powstanie docelowo kilkadziesiąt nowych oddziałów geriatrycznych i opieki długoterminowej. Wsparcie obejmie też już funkcjonujące oddziały w placówkach leczniczych dedykowanych dla osób starszych poprzez zwiększenie liczby łóżek w tych oddziałach. W wyniku inwestycji powstanie ponad 3000 nowych łóżek przeznaczonych dla pacjentów, co stanowi duży wzrost dostępności świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej i długoterminowej.

W celu podniesienia jakości udzielanych świadczeń, a także poprawy komfortu leczenia pacjentów i komfortu pracy personelu medycznego oddziały geriatryczne objęte wsparciem doposażone zostaną w nowoczesne urządzenia i wyroby medyczne oraz niezbędne wyposażenie. Zgodnie z indywidualnymi potrzebami poszczególnych beneficjentów przedmiotowego konkursu zakupiony zostanie m.in. sprzęt diagnostyczny (np. aparaty USG, aparaty EKG, kardiomonitory, glukometry) , sprzęt rehabilitacyjny (np. kule, chodziki, balkoniki, kabiny UGUL, zestawy do elektroterapii, roboty rehabilitacyjne, cykloergometry), a także niezbędne wyposażenie do udzielania świadczeń zdrowotnych np. łóżka szpitalne, w tym bariatryczne, łóżka sterowane elektrycznie, szafki przyłóżkowe, materace przeciwoodleżynowe, parawany.

Realizacja działań z zakresu tej inwestycji, również w zakresie geriatrii, pozwoli na:

1. istotne polepszenie stanu posiadanej przez szpitale powiatowe infrastruktury w priorytetowych obszarach diagnostyki i leczenia pacjentów,
2. sprawniejszą, wcześniejszą diagnostykę,
3. przyspieszenie procesów leczenia i rekonwalescencji pacjentów,
4. wprowadzenie nowych procedur medycznych dla pacjentów,

5. zwiększenie poziomu zabezpieczenia przeciwepidemicznego szpitali powiatowych,
6. poprawę komfortu leczenia dla pacjentów i pracy dla personelu medycznego.

W zakresie określania optymalnej liczby lekarzy specjalistów z geriatry pod uwagę należy wziąć kilka aspektów. Osobami starszymi nie zajmują się tylko lekarze z dziedziny geriatry ale także inni specjaliści np. z chorób wewnętrznych. W 2023 r. mieliśmy 555-ciu lekarzy ze specjalizacją z geriatry, przy czym w Polsce było ponad 143 tys. pracujących lekarzy ogółem. Należy więc zwrócić uwagę na wszystkie zawody z kompetencjami obejmującymi opiekę nad osobami starszymi. Odczucia problemu z dostępem do lekarzy są możliwe, jednak ich przyczyna nie musi tkwić w samej liczbie lekarzy.

Jednocześnie informujemy, iż Minister Zdrowia opracował model popytowy dla kadry lekarskiej ogółem, bez podziału na poszczególne specjalizacje. Wskazuje on jednak na kierunki działań i perspektywy, a więc także na możliwości kształcenia specjalizacyjnego w najbliższych latach. Z modelu wynika, że w Polsce nastąpi wzrost liczby lekarzy, co jest głównie efektem wzrostu kształcenia, który w ostatnich latach był bardzo dynamiczny. Proces kształcenia lekarzy specjalistów jest jednak czasochłonny więc efekt przyrostu kadry specjalistycznej jest widoczny z opóźnieniem. Co więcej mogą występować również różnice regionalne i kluczowa jest odpowiednia dystrybucja kadry na obszary deficytowe. Publikacja modelu popytowo-podażowego znajduje się pod linkiem:

<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/model-popytowo-podazowy-lekarzy/>.

Poniżej znajdują się podstawowe statystyki dotyczące lekarzy pracujących z dziedziny geriatry. Analizy pochodzą z głównej aplikacji „Kadry medyczne”, która dostępna jest pod linkiem: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>

Tabela 1. Liczba lekarzy pracujących ze specjalizacją z geriatry bezwzględnie i w przeliczeniu na 100 tys. ludności w poszczególnych latach.

Rok	Liczba lekarzy pracujących o specjalizacji z geriatry	Liczba lekarzy pracujących o specjalizacji z geriatry w przeliczeniu na 100 tys. ludności
2019	477	1,2
2020	510	1,3
2021	533	1,4
2022	542	1,4
2023	555	1,5

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

Poniższa tabela przedstawia liczbę pielęgniarek posiadających tytuł specjalisty w wybranych dziedzinach według stanu na dzień 31.12 danego roku. Dane te publikowane są na stronie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Warto podkreślić iż w zakresie każdej z poniższych dziedzin wystąpił wzrost w przeciągu pięciu lat.

Tabela 2. Liczba pielęgniarek posiadających tytuł specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa.

Rok	Dziedzina pielęgniarstwa	Liczba pielęgniarek posiadających tytuł specjalisty w danej dziedzinie
2019	Pielęgniarstwo geriatryczne	1 776
2024		2 866
2019	Pielęgniarstwo zachowawcze	6 970
2024		7 169
2019	Pielęgniarstwo internistyczne	1 443
2024		12 828
2019	Pielęgniarstwo przewlekłe chorych i	105

2024	niepełnosprawnych	109
2019	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	1 969
2024		3 258
2019	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	1 291
2024		2 962

Źródło: Dane statystyczne Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (<https://nipip.pl/>)

Warto podkreślić, że postępujący obecnie proces starzenia się społeczeństwa skutkuje zwiększeniem popytu nie tylko na świadczenia zdrowotne, ale również na odpowiednio wyspecjalizowany personel medyczny, dlatego tak istotne jest efektywne planowanie i rozwój kadry medycznej w oparciu o rzeczywiste dane. Z analizy zastępowalności pokoleniowej specjalistów wynika, iż liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z geriatry jest zbliżona do liczby geriatrów osiągających wiek emerytalny w najbliższych latach. Należy przy tym podkreślić, że wskaźnik ten jest zróżnicowany regionalnie.

Tabela 3. Zastępowalność pokoleniowa pracujących lekarzy specjalistów z zakresu geriatry.

Prawdopodobna, sumaryczna liczba nowych lekarzy specjalistów w zakresie geriatry do 2028 r.	Liczba lekarzy którzy osiągną wiek emerytalny do 2028 r.	Zmiana w liczbie lekarzy, którzy prawdopodobnie wejdą na rynek pracy i osiągną wiek emerytalny w 2028 r.
87	85	2

Źródło: Opracowanie DAIS na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

Pragniemy również podkreślić fakt, iż wypracowuje podstawowe regiony zabezpieczenia tworzące warunki umożliwiające zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z jednoczesnym zapewnieniem bezpieczeństwa i jakości w ramach projektu „*Podstawowe Regiony Zabezpieczenia*”. Celem projektu jest zaplanowanie zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych Polaków z uwzględnieniem uwarunkowań regionalnych.

Z uwagi na powyższe spodziewamy się, że liczba kadry lekarskiej ogółem w Polsce nie powinna stanowić problemu. Kwestia ta jest jednak silnie zróżnicowana regionalnie (wiąże się z odpowiednią dystrybucją) i zależy od rodzaju specjalizacji lekarskiej.

Problemy związane z deficytem kadry lekarskiej ze specjalnością w dziedzinie geriatry dla celów realizacji ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej można rozwiązać 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. 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 24 czerwca 202 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury) co roku w wyniku rewaloryzacji wzrasta od 1 lipca wynagrodzenie lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinach priorytetowych (Uwaga: geriatry 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 nie priorytetowych).

Od 1 lipca 2024 roku wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego specjalizację z grupy specjalizacji priorytetowych:

- w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury 9 368 zł (wzrost o 5 766 zł w stosunku do lipca 2016 (stan na lipiec 2016: 3 602 zł),
- a po dwóch latach zatrudnienia w tym trybie 10 220 zł (wzrost o 6 330 zł w stosunku do lipca 2016 (stan na lipiec 2016: 3 890 zł).

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 dentystów 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.

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.

**Odpowiedź na pytanie: Na jednym z posiedzeń zespołu ds szpitali powiatowych proponowałam by wprowadzić zmiany co do dodatkowej specjalizacji geriatry która trwa 18 m, uważam, że internista czy lekarz rodzinny wystarczy żeby zostali przeszkoleni by móc pracować w geriatry.**

Tematyka dotycząca geriatry jest przedmiotem kształcenia zarówno przeddyplomowego, jak i podyplomowego lekarzy. Rozszerzenie wiedzy z zakresu geriatry następuje w trakcie szkolenia specjalizacyjnego znacznego grona lekarzy, bowiem moduł podstawowy z chorób wewnętrznych obejmujący tematykę geriatry jest podstawą szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w 21 dziedzinach medycyny.

Szkolenie specjalizacyjne z geriatry jest dwumodułowe składające się z 2-letniego modułu podstawowego z chorób wewnętrznych i 3-letniego modułu specjalistycznego z geriatry. Natomiast skrócony został do 2-letniego czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej lub medycyny rodzinnej oraz do 3-letniego czasu trwania dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie neurologii.

Wszystkie programy szkolenia specjalizacyjnego przygotowują Zespoły ekspertów pod przewodnictwem konsultanta krajowego we właściwej dziedzinie medycyny powołane przez Dyrektora CMKP. Tematyka z zakresu geriatryi została ujęta w wielu programach specjalizacyjnych, w tym w dziedzinie chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej. Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chorób wewnętrznych przewiduje odbycie kursu z: „Geriatryi” oraz przyswojenie i zaliczenie w ramach stażu podstawowego wiedzy z zakresu geriatryi dotyczącej m.in. komunikacji z chorym w podeszłym wieku, zespoły psychogeriatryczne – rozpoznawanie i podstawy leczenia, zmiany związane ze starzeniem a zmiany chorobowe – różnicowanie, specyfiki farmakoterapii chorych w podeszłym wieku, zagrożenia związane z hospitalizacją wynikające z podeszłego wieku, specyfiki opieki ambulatoryjnej nad chorymi w podeszłym wieku, zasad opieki długoterminowej w domu i zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Szkolenie specjalizacyjne z medycyny rodzinnej jest szkoleniem jednomodułowym i trwa 4 lata. Program specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej przewiduje odbycie 2-tygodniowego stażu kierunkowego realizowanego na oddziale geriatryi oraz kursu „Opieka nad pacjentem geriatrycznym”. Tematyka szkolenia obejmuje odrębności przebiegu najczęstszych patologii w starości, odrębności farmakoterapii pacjentów w wieku podeszłym, jatrogenne zespoły geriatryczne, opiekę nad pacjentami geriatrycznymi z chorobą nowotworową, całościową opiekę geriatryczną w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej i przeprowadzenie Całościowej Oceny Geriatrycznej przy użyciu skali oceny podstawowych czynności życia codziennego wg Katza - ADL (Activities of Daily Living), indeksu oceny podstawowych czynności w życiu codziennym wg Barthel - Barthel Index, MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment- Short Form), kwestionariusza PRISMA-7. Zatem specjaliści powyżej wskazanych dziedzin nabywają wiedzę niezbędną do realizacji świadczeń również z zakresu geriatrycznego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2023 poz. 870, z późn. zm.) w § 6a wskazuje, że świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym. Natomiast w załączniku nr 3 do rozporządzenia wskazano jednocześnie warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej z geriatryi. Warunki dla oddziału geriatrycznego wymagają wykazania wyłącznie równoważnika co najmniej 1 etatu specjalisty w dziedzinie gerontologii lub geriatryi (nie dotyczy dyżuru medycznego). Zatem świadczeniodawca może zatrudniać również na oddziale geriatryi lekarzy specjalistów innych dziedzin medycyny. Ponadto, ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1666, z późn. zm.) określa cele, organizację i zasady funkcjonowania szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami, które ukończyły 75. rok życia. Głównym celem zmian systemowych, wprowadzanych ustawą jest zapewnienie opieki geriatrycznej osobom starszym oraz sprzyjanie zdrowemu starzeniu się, zapobieganie postępowi chorób przewlekłych i wystąpieniu lub pogłębianiu się niepełnosprawności. Opieka geriatryczna sprawowana będzie, zgodnie z założeniami wojewódzkiego planu działania szczególnej opieki geriatrycznej, w podstawowej opiece zdrowotnej, Centrach Zdrowia 75+ i szpitalnych oddziałach geriatrycznych. Ustawa przewiduje, że szczególną opiekę geriatryczną realizować będą między innymi lekarze i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Zatem lekarze różnych specjalizacji mogą już obecnie pracować w obszarze zajmującym się geriatryą.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Jerzy Szafranowicz  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/