



Minister Zdrowia

RZS.050.7.2025.MK
Warszawa, 18 maja 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 9129 z dnia 10 kwietnia 2025 r., złożoną przez Panią Poseł Olgę Semeniuk-Patkowską w sprawie potrzeby kompleksowego wsparcia seniorów, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych odpowiedzi na pytania należące do właściwości Ministerstwa Zdrowia.

2. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje rozszerzenie dostępności usług geriatrycznych, w tym poradni, oddziałów szpitalnych oraz domowej opieki geriatrycznej?

Proces dynamicznego starzenia się społeczeństwa wpływa na konieczność tworzenia 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, wpłyną na poprawę jakości życia seniorów. Regularna kontrola stanu zdrowia zmniejsza ryzyko hospitalizacji i poważnych interwencji medycznych, a także przekłada się na dłuższe utrzymanie dobrego samopoczucia i lepszej kondycji, umożliwiając pełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym i rodzinnym. Jednym z najważniejszych zadań geriatry jest kompleksowość opieki, rozumiana na kilka sposobów. Pod tym pojęciem należy rozumieć całościowe spojrzenie na pacjenta w wieku senioralnym.

Należy wskazać, iż podstawą systemu opieki zdrowotnej są placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i lekarze rodzinni. Placówki POZ są przygotowane do zapewnienia opieki nad starszymi pacjentami, ale w miarę wydłużania się czasu trwania życia zwiększa się liczba pacjentów wymagających opieki specjalistycznej, w tym pacjentów z więcej niż jedną chorobą przewlekłą, którzy mogą wymagać konsultacji lekarza geriatry.

W celu zwiększenia dostępności do oddziałów geriatrycznych Ministerstwo Zdrowia w ramach inwestycji D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej dzięki modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym”, zaplanowanej w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności wspiera opiekę długoterminową i geriatryczną. Celem inwestycji jest modernizacja infrastruktury szpitali powiatowych poprzez wykonanie prac budowlanych lub remontowych oraz zakup sprzętu w ramach

procesów przekształcenia łóżek i tworzenia miejsc opieki długoterminowej lub geriatrycznej.

Nabór w ramach inwestycji D4.1.1 został przeprowadzony w dniach od 18 września do 7 listopada 2024 r. W dniu 28 lutego 2025 r. zostały ogłoszone wyniki wraz z listą przedsięwzięć ocenionych pozytywnie i rekomendowanych do objęcia wsparciem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wsparcie-w-zakresie-rozwoju-opieki-dlugoterminowej-lub-geriatrycznej-poprzez-modernizacje-infrastruktury-podmiotow-w-leczniczych-na-poziomie-powiatowym--inwestycjad411>.

Ponadto, w ramach Funduszu Medycznego - Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych planowane są działania mające na celu m.in.:

- wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych;
- wsparcie procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych;
- wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego;
- wymianę łóżek szpitalnych.

Należy wspomnieć, że w 2022 r. Rada Ministrów przyjęła uchwałę nr 173 w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” (dalej: „program inwestycyjny”). Zgodnie z Programem inwestycyjnym przez wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych są rozumiane interwencje skierowane do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie:

- leczenia szpitalnego – geriatryka oraz świadczenia opieki geriatrycznej udzielanej poza oddziałami geriatrycznymi,
- opieki długoterminowej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych.

Kolejne nabory w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych ogłaszane będą sukcesywnie, a terminy ogłoszenia konkursów będą uzależnione od bieżących potrzeb w sektorze zdrowia. Wszelkie informacje związane z planowanymi naborami umieszczane będą na bieżąco na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/fundusz-medyczny>.

Natomiast w ramach Programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko na lata 2021-2027 (FEnIKS) w dniu 3 marca 2025 r. zakończył się nabór wniosków o dofinansowanie inwestycji w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zmierzających do odwracania piramidy świadczeń i rozwoju opieki jednego dnia w ponadregionalnych podmiotach leczniczych. Wsparcie w ramach ww. naboru było ukierunkowane na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz leczenie jednego dnia. Obecnie trwa ocena formalna wniosków o dofinansowanie złożonych przez Wnioskodawców.

Trwają także prace legislacyjne mające na celu przyjęcie uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia Programu Wieloletniego pod nazwą „Rozbudowa i modernizacja Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku obejmująca Uniwersyteckie Centrum Onkologii Spersonalizowanej” (numer projektu w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: ID108). Planowana inwestycja stanowi odpowiedź na rosnące potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa podlaskiego oraz świadczeniobiorców spoza regionu, wynikające z wyraźnego trendu starzenia się populacji. Program ma na celu poprawę efektywności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń dla osób starszych przez stworzenie kompleksowej opieki zdrowotnej, obejmującej Uniwersyteckie Centrum Onkologii Spersonalizowanej.

Planowane zadania mają na celu zorganizowanie w jednej lokalizacji świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, klinik specjalistycznych, diagnostyki dostosowanej do profilu klinik, rehabilitacji leczniczej z oddziałem dziennym, zakładu opieki długoterminowej oraz jednostek niezbędnych do funkcjonowania części medycznej, tj. medycznego laboratorium diagnostycznego, apteki szpitalnej, izby przyjęć, niewielkiej części administracyjnej. Skoncentrowanie świadczeń zdrowotnych w jednej lokalizacji, ukierunkowane na potrzeby osób starszych, pacjentów po udarach oraz z wielochorobowością, zapewni kompleksową opiekę medyczną oraz skuteczne interdyscyplinarne leczenie.

W programie zaplanowano uruchomienie zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego z 70 miejscami. Okres realizacji Programu przewiduje się na lata 2025–2029. Wykonawcami Programu będą Uniwersytet Medyczny w Białymstoku oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

Ponadto, Ministerstwo Zdrowia nadal realizuje zadania budowlane i zakupowe ze środków budżetu państwa – części 46, w efekcie których następuje poprawa jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz ich dostępności. Ze środków tych mogą być finansowane inwestycje państwowych jednostek budżetowych oraz udzielane dotacje celowe na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji budowlanych i zakupów inwestycyjnych realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia lub uczelnie medyczne. Natomiast podmioty, dla których Minister Zdrowia nie jest organem tworzącym, mogą ubiegać się o dofinansowanie w ramach ogłaszanych konkursów. Informacje o aktualnie trwających konkursach są na bieżąco zamieszczane na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ogloszenia>.

Rozszerzenie dostępności usług geriatrycznych jest uzależnione od zwiększenia liczby lekarzy geriatrów. Liczba specjalistów z geriatry wykonujących zawód wynosi 585 lekarzy¹.

Od 2004 r. geriatryka jest uznawana w Polsce za specjalizację priorytetową, a liczba dostępnych miejsc specjalizacyjnych wzrasta. Liczba miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego rozpoczynającego się 1 marca 2025 r. dla geriatry wynosiła 61 miejsc.

Z analizy zastępowalności pokoleniowej specjalistów wynika, iż liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z geriatry jest zbliżona do liczby geriatrów osiagających wiek emerytalny w najbliższych latach. Należy przy tym podkreślić, że wskaźnik ten jest zróżnicowany regionalnie.

Tabela 1. 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

Uznanie danej dziedziny za priorytetową, skutkuje faktem, że lekarze otrzymują wyższe wynagrodzenie zasadnicze niż lekarze którzy realizują specjalizację, która należy do grupy specjalizacji niepriorytetowych.

Nowelizacja ustawy 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.

¹ Stan na dzień 1 marca 2025 r., https://nil.org.pl/uploaded_files/1741004816_zestawienie-nr-4-01032025.pdf

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 pozostawiania 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 lekarzom, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego.

Zatem ze strony Ministra Zdrowia wprowadzone zostały mechanizmy prawne i finansowe zachęcające do wyboru specjalizacji w dziedzinach priorytetowych, w tym w geriatry.

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.

W odpowiedzi na potrzeby wynikające z procesu starzenia się społeczeństwa Minister Zdrowia powołał zarządzeniem z dnia 13 czerwca 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. 2024. poz. 41), *Zespół do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych*, którego celem jest opracowanie rozwiązań umożliwiających poprawę jakości i dostępności opieki zdrowotnej dla tej grupy pacjentów.

Zespół zakończy swoją działalność z dniem akceptacji przez ministra właściwego do spraw zdrowia raportu zawierającego rozwiązania i rekomendacje w zakresie organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych, nie później niż do dnia 30 czerwca 2025 r.

3. Czy rozważane jest rozszerzenie programów profilaktycznych dedykowanych seniorom (np. darmowe szczepienia, badania przesiewowe, rehabilitacja)?

Polski Program Szczepień Ochronnych zawiera katalog szczepień zalecanych w związku z przesłankami klinicznymi i indywidualnymi oraz epidemiologicznymi, do realizacji u osób dorosłych, w tym seniorów. Są to następujące szczepienia ochronne przeciw:

- grypie,
- COVID-19,
- zakażeniom wirusem syncytialnym układu oddechowego (RSV),
- WZW typu B,
- pneumokokom,
- błonicy, tężcowi i krztuścowi szczepionką dTap z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca,
- przeciw WZW typu A,
- przeciw odrze, śwince i różyczce MMR,
- przeciw ospie wietrznej,
- przeciw półpaścowi,
- przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu,
- przeciw meningokokom grupy B oraz meningokokom grupy A, C, W, Y.

Odnosząc się do kwestii badań przesiewowych warto wskazać, że od 5 maja 2025 r. rozpoczął się nowy program zdrowotny pn. „Moje zdrowie-Bilans zdrowia osoby dorosłej”.

Kompleksowy program profilaktyczny zastąpił pilotaż „Profilaktyka 40+”. Jest dostępny dla szerszej grupy osób, oparty na kompleksowym wywiadzie i realizowany w placówkach

podstawowej opieki zdrowotnej. Wyniki badań są analizowane przez personel medyczny i służą do przygotowania Indywidualnego Planu Zdrowotnego.

Pacjenci w wieku 20-49 lat mogą mieć wykonywane profilaktyczne badania bilansowe raz na 5 lat, natomiast w przypadku pacjentów powyżej 49 roku życia są one przeprowadzane raz na 3 lata.

Podstawą do wykonania badań jest ankieta, którą można wypełnić samodzielnie za pośrednictwem internetowego konta pacjenta (IKP) lub w placówce POZ z pomocą personelu. Na podstawie odpowiedzi pacjent otrzymuje zestaw badań diagnostycznych, który jest szerszy niż w dotychczasowym programie „Profilaktyka 40+”. Po wykonanych badaniach pacjent spotyka się z personelem medycznym i omawia wyniki. Może dowiedzieć się jakie zidentyfikowano czynniki ryzyka rozwoju chorób i otrzymuje zalecenia dotyczące:

- zdrowego stylu życia,
- diety i aktywności fizycznej,
- badań profilaktycznych,
- indywidualne zalecenia wynikające ze stwierdzonych czynników ryzyka,
- kalendarza szczepień zalecanych,
- innych zalecanych interwencji prozdrowotnych.

Zakres wizyty podsumowującej jest uzależniony od wyników badań oraz wieku pacjenta.

Wszystkie wyniki badań są raportowane do IKP i - za zgodą pacjenta - mają do nich dostęp inni lekarze, w tym specjaliści.

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