



Minister Zdrowia

ASG.050.8.2026.AJ
Warszawa, 05 lutego 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację K10INT14435 Pana Mariusza Kałużnego, Posła na Sejm RP, w sprawie „*fatalnej sytuacji w służbie zdrowia*”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień odnoszących się kolejno do pytań zawartych w przedmiotowej interpelacji, tj.:

1. *Na jakim etapie jest realizacja powyższej obietnicy wyborczej?*
2. *Dlaczego ta obietnica wyborcza nie została zrealizowana?*
3. *Czy w roku 2026 mają Państwo zamiar zrealizować tę obietnicę podejmując konkretne działania.*

W pierwszej kolejności, odnosząc się do tzw. „100 konkretów” publikowanych na stronie internetowej: <https://100konkretow.pl/wszystkie-konkrety/> należy wskazać, że przywołany punkt 32: „*Dzięki odblokowanym środkom unijnym zwiększymy dostępność lekarzy geriatrów oraz opieki długoterminowej*” – oznaczony jest jako „**w trakcie realizacji**”.

W celu kontynuacji prac nad organizacją opieki geriatrycznej w systemie ochrony zdrowia oraz realizacji zaleceń Najwyższej Izby Kontroli, sformułowanych po kontroli „Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej” przeprowadzonej w 2024 r., Minister Zdrowia, zarządzeniem z dnia 13 czerwca 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 41), powołał *Zespół do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych*, którego zadaniem była analiza obowiązujących rozwiązań prawnych i organizacyjnych w obszarze opieki geriatrycznej oraz wskazanie możliwych kierunków dalszych działań, z uwzględnieniem aktualnych uwarunkowań kadrowych i organizacyjnych systemu ochrony zdrowia.

W toku prac Zespół wskazał na występowanie wyzwań w funkcjonowaniu opieki geriatrycznej, w szczególności związanych z dostępnością kadr medycznych oraz zróżnicowaniem dostępu do świadczeń. **Kluczową rekomendacją Zespołu było podnoszenie kompetencji personelu medycznego w zakresie opieki nad osobami starszymi, w tym w szczególności rozwijanie umiejętności w obszarze całościowej oceny geriatrycznej**, jako narzędzia umożliwiającego właściwą identyfikację potrzeb zdrowotnych pacjentów w wieku podeszłym oraz poprawę jakości i koordynacji udzielanych świadczeń.

Rekomendowane kierunki działań pozostają spójne z założeniami dokumentu strategicznego „Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027 z perspektywą do 2030 r.” oraz stanowią punkt odniesienia dla inicjatyw planowanych w ramach programów finansowanych ze środków Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego.

Dodatkowo należy wskazać, że w ramach reformy A4.6 Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) Ministerstwo Zdrowia uczestniczy w realizacji reformy opieki długoterminowej w Polsce obejmującej dwa kamienie milowe:

- kamień milowy A69G – w zakresie, którego dokonano przeglądu strategicznego opieki długoterminowej w Polsce w systemach ochrony zdrowia i pomocy społecznej.
- kamień milowy A70G KPO – w zakresie którego, na podstawie przeprowadzonej analizy, określono priorytety reformy opieki długoterminowej w Polsce, które są obecnie wdrażane w ramach prac międzyresortowych, koordynowanych przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów, we współpracy m.in. z Ministerstwem Zdrowia.

W ramach prowadzonych prac nad wdrożeniem priorytetów reformy opieki długoterminowej główny nacisk położony jest na koordynację działań pomiędzy opieką zdrowotną a pomocą społeczną, zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym i lokalnym stanowiącym poziom dla rozwoju opieki środowiskowej, blisko miejsca zamieszkania.

Jednym z kluczowych elementów realizowanej reformy jest opracowanie projektu ustawy o opiece długoterminowej, która ma stanowić podstawę prawną dla dalszych działań w zakresie realizacji reformy tej opieki. Ustawa ma określić wspólną dla systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej podstawę definicyjną opieki długoterminowej oraz zasady jej koordynacji pomiędzy oboma systemami.

Projekt pod koniec października 2025 r. uzyskał wpis do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów, a w połowie grudnia 2025 r. został przekazany do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania. Aktualnie trwa analiza zgłoszonych uwag i aktualizacja projektu na ich podstawie.

W ramach jednego z priorytetów reformy przewidziano również wprowadzenie przepisów określających standardy jakości opieki długoterminowej w systemach ochrony zdrowia i pomocy społecznej. W tym celu Ministerstwo Zdrowia finalizuje obecnie prace legislacyjne nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Projektowane rozporządzenie ma dotyczyć podmiotów leczniczych udzielających opieki długoterminowej niezależnie od źródeł finansowania (ze środków publicznych i komercyjnie) oraz warunków udzielania (stacjonarnych i domowych).

Jednocześnie, w ramach realizacji kolejnego z priorytetów reformy, Ministerstwo Finansów i Gospodarki we współpracy z pozostałymi resortami i instytucjami zaangażowanymi w reformę, w tym Ministerstwem Zdrowia, dokonuje przeglądu wydatków publicznych na opiekę długoterminową w celu oceny efektywności systemu finansowania tej opieki oraz zaproponowania rozwiązań budżetowych zapewniających jego dalszą stabilność.

W ramach prac nad realizacją priorytetów reformy planowane jest także określenie podstaw dla systemu monitorowania i oceny jakości opieki długoterminowej. W tym celu Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) przygotowuje we współpracy z resortami zaangażowanymi w realizację reformy, w tym Ministerstwem Zdrowia, stosowny dokument proponujący zharmonizowaną definicję jakości tej opieki oraz

zintegrowany system monitorowania i oceny tej jakości oraz gromadzenia i wykorzystania danych w tym zakresie.

Zgodnie z harmonogramem wypłaty środków w ramach KPO finalizację wdrożenia ww. priorytetów reformy opieki długoterminowej zaplanowano w I kwartale 2026 r.

Realizacja przedmiotowych priorytetów reformy ma zainicjować szerszy kierunek dalszych zmian w obszarze opieki długoterminowej, mający na celu optymalizację rozwiązań w tym zakresie umożliwiających w dłuższej perspektywie poprawę dostępności, jakości i adekwatności tej opieki, zarówno z perspektywy systemowej, jak i z punktu widzenia osób wymagających tej opieki oraz ich opiekunów nieformalnych.

W dalszej kolejności należy wskazać, że Minister Zdrowia podejmuje liczne działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów posiadających kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej zarówno w dziedzinie geriatry, medycyny paliatywnej jak i również w innych dziedzinach.

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 (Dz.U. 2024 poz. 1666, z późn. zm.) 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.

Warto również zwrócić uwagę na fakt, że 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 (Dz.U. 2022 poz. 1352) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2025 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz.U. 2025 poz. 812) w wyniku rewaloryzacji wzrasta od 1 lipca wynagrodzenie lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinach priorytetowych (geriatria jest dziedziną priorytetową od 20.12.2012, a medycyna paliatywna od 30.06.2020 roku). Uznanie danej dziedziny za priorytetową, powoduje, że lekarze, którzy realizują szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie priorytetowej otrzymują wyższe wynagrodzenie zasadnicze, niż lekarze realizujący kształcenie w dziedzinie specjalizacji nie należącej do katalogu specjalizacji priorytetowych.

Od 1 lipca 2025 roku wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego specjalizację z grupy specjalizacji priorytetowych:

- w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury 10 711 zł (wzrost o 7 109 zł w stosunku do lipca 2016 (stan na lipiec 2016: 3 602 zł),
- a po dwóch latach zatrudnienia w tym trybie 11 685 zł (wzrost o 7 795 zł w stosunku do lipca 2016 (stan na lipiec 2016: 3 890 zł).

Warto również nadmienić, że nowelizacja ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty 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 od jesieni 2022 r. 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 wyłącznie dla dziedzin priorytetowych, w tym dla geriatry i medycyny paliatywnej.

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, Minister Zdrowia wprowadził mechanizmy prawne i finansowe zwiększające możliwość uzyskania większej liczby specjalistów w dziedzinach priorytetowych, w tym z geriatry i medycyny paliatywnej.

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.

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 geriatry. Warunki dla oddziału geriatrycznego wymagają wykazania wyłącznie równoważnika co najmniej 1 etatu specjalisty w dziedzinie gerontologii lub geriatry (nie dotyczy dyżuru medycznego).

Zatem, świadczeniodawca może zatrudniać również na oddziale geriatry 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 pogłębieniu 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 geriatricą.

Uzupełnieniem powyższego są inwestycje wspierane w ramach naborów przeprowadzanych przez Ministerstwo Zdrowia, które prowadzą do zwiększenia łóżek na oddziałach szpitalnych opieki geriatrycznej i długoterminowej oraz dofinansują centra zdrowia dla osób 75+, co przełoży się na dostępność do opieki długoterminowej oraz do specjalistów w ww. zakresach.

Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności

W ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności realizowany jest komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”, którego elementem jest Inwestycja **D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym”**.

Celem tej inwestycji jest wsparcie szpitali powiatowych w zakresie prac modernizacyjnych infrastruktury służącej opiece geriatrycznej lub długoterminowej, oraz doposażenia tychże oddziałów w nowoczesny sprzęt medyczny, w placówkach, w których – w ramach przekształceń struktury łóżek – tworzone lub rozbudowywane są jednostki opieki długoterminowej i geriatrycznej. Działania te odpowiadają na rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa, wynikające m.in. z postępującego procesu starzenia się populacji.

Zakres inwestycji obejmuje modernizację istniejących obiektów szpitalnych, budowę nowej infrastruktury w uzasadnionych przypadkach, a także zakup sprzętu diagnostycznego, rehabilitacyjnego i wyposażenia niezbędnego do udzielania szpitalnych świadczeń zdrowotnych. Przewidziano również realizację działań poprawiających dostępność infrastruktury dla osób z niepełnosprawnościami oraz szkolenia personelu medycznego w zakresie opieki nad pacjentami w podeszłym wieku i z chorobami przewlekłymi.

Minimalna wartość pojedynczej umowy realizowanej w ramach inwestycji wynosi **5 mln zł netto**, natomiast maksymalna wartość umowy **20 mln zł netto**. Wsparciem objętych zostało łącznie **98 podmiotów**. Okres realizacji inwestycji obejmuje okresy średnio półtoraroczne pomiędzy latami **2020–2026**, a łączna alokacja środków finansowych przeznaczonych na ten cel wynosi **1 480 840 000 zł**.

Należy zaznaczyć, że poprzez wdrażanie Inwestycji D4.1.1 **Ministerstwo Zdrowia podejmuje konsekwentne działania ukierunkowane na zwiększenie dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych na poziomie lokalnym**, w szczególności tam, gdzie potrzeby pacjentów są najbardziej odczuwalne. Realizowane inwestycje infrastrukturalne i sprzętowe w szpitalach powiatowych, uzupełnione o działania szkoleniowe dla kadr medycznych, stanowią element spójnej polityki wzmocnienia opieki długoterminowej i geriatrycznej.

Poza środkami unijnymi, istotne źródło wsparcia w celu zwiększenia dostępności poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej skierowanych dla osób starszych, stanowią również środki krajowe.

Budżet Państwa cz. 46- Zdrowie

W dniu 8 lipca 2025 r. Rada Ministrów przyjęła uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. „Rozbudowa i modernizacja Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku obejmująca Uniwersyteckie Centrum Onkologii Spersonalizowanej”. Inicjatywa ta stanowi **ważne źródło wsparcia finansowego i systemowego, którego priorytetem jest zwiększenie dostępności do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej dla osób starszych**.

W związku z dynamicznie rosnącą liczbą osób starszych, obciążonych wielochorobowością, w szczególności chorobami nowotworowymi 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.

W ramach Programu zaplanowano następujące zadania:

1. budowę nowego pięciokondygnacyjnego budynku Uniwersyteckiego Centrum Onkologii Spersonalizowanej wraz z wyposażeniem. Znajdować się w nim będą m.in. kliniki onkologiczne, poradnie onkologiczne, pracownie diagnostyczne;
2. modernizację 4 budynków szpitalnych, rozbudowę i modernizację 1 budynku szpitalnego wraz z wyposażeniem i modernizacją istniejącego w obiekcie schronu oraz budowę nowego czterokondygnacyjnego budynku. W zmodernizowanych obiektach i nowopowstałym budynku zlokalizowane będą m.in. kliniki (Klinika Neurologii z pododdziałem udarowym, Klinika Hipertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Klinika Rehabilitacji, Klinika Geriatrii, I Klinika Nefrologii i Transplantologii, Klinika Dermatologii i Wenerologii), poradnie (Poradnia chorób wewnętrznych, Poradnia neurologiczna, Poradnia geriatryczna, Poradnia rehabilitacyjna) oraz inne jednostki w tym zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, Stacja dializ, Zespół domowej dializoterapii otrzewnowej, Oddział rehabilitacji pobytu dziennego.

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 wielochorobowością, zapewni kompleksową opiekę medyczną oraz skuteczne, interdyscyplinarne leczenie.

W zakresie rozwoju stacjonarnej opieki długoterminowej w programie zaplanowano uruchomienie zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego z 70 miejscami opieki długoterminowej.

Okres realizacji Programu to lata 2025–2029 a jego Wykonawcami są Uniwersytet Medyczny w Białymstoku oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

Wartość Programu wynosi 948 000 tys. zł w podziale na:

- środki z budżetu państwa: 914 700 tys. zł;
- środki własne Wykonawców: 33 300 tys. zł.

Subfundusz Modernizacji Podmiotów Leczniczych

Podstawą do podejmowania działań w ramach Subfunduszu Modernizacji Podmiotów Leczniczych jest uchwała nr 173 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2022 r. ustanawiająca program inwestycyjny pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” (dalej: „PIMPL”). Zgodnie z art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024, poz. 889), Program inwestycyjny obejmuje dofinansowanie inwestycji w m.in. następujące obszary:

- wsparcia rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, oraz świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych,
- wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych,
- wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego,
- wymiany łóżek szpitalnych,
- wsparcia centrów zdrowia 75+, o których mowa w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. 2023 r., poz. 1831).

Przez wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych należy rozumieć interwencje skierowane do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie:

- leczenia szpitalnego – geriatrya oraz świadczenia opieki geriatrycznej udzielanej poza oddziałami geriatrycznymi,
- opieki długoterminowej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych,
- a także:
- leczenia ambulatoryjnego i dziennego – w ramach centrów zdrowia 75+.

Podjęmowane działania powinny odbywać się poprzez przekształcanie obecnych łóżek szpitalnych w miejsca opieki długoterminowej i geriatryi oraz poprzez tworzenie nowych miejsc opieki.

Konieczne jest również zapewnienie wysokiej jakości świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz świadczeń z zakresu geriatryi w już działających podmiotach przez ich budowę, przebudowę, modernizację oraz doposażenie w sprzęt medyczny.

Należy jednak podkreślić, iż ogłoszenie konkursu w zakresie opieki długoterminowej i geriatryi uzależnione jest od bieżąco identyfikowanych potrzeb w sektorze zdrowia i będzie możliwe w przypadku wyboru wskazanego obszaru priorytetowego do objęcia wsparciem w ramach SMPL w danym roku – ogłoszenie konkursu we wskazanym obszarze wsparcia planowane jest w 2027 r.

W ramach SMPL inwestycje do dofinansowania wybierane są w procedurze konkursowej na wniosek złożony przez Wnioskodawcę w zakresie konkretnego obszaru wsparcia wskazanego przez Ministra Zdrowia. Dofinansowanie odbywa się w formie dotacji celowej.

Szczegółowy zakres każdego naboru oraz wymogi, jakie będzie musiał spełnić wnioskodawca w celu uzyskania dofinansowania, zostaną przedstawione w regulaminie poszczególnych naborów.

W odniesieniu do powyższego informuję dodatkowo, że trwa procedura nowelizacji uchwały Rady Ministrów w zakresie dokumentu wdrożeniowego PIMPL będącego podstawą do działania we wskazanych obszarach i ogłaszania konkursów w ramach SMPL.

Należy szczególnie podkreślić, iż wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – Centra Zdrowia 75+ (dalej: „CZ75+”), to wsparcie, które zostanie dodane do PIMPL, jako nowy obszar działania w ramach SMPL.

Powyższe oznacza zatem, że podjęcie jakichkolwiek działań zmierzających do ogłoszenia konkursów w zakresie wsparcia CZ75+ możliwe będzie w przypadku wyboru wskazanego obszaru priorytetowego do objęcia wsparciem w ramach SMPL w danym roku na podstawie uprzednio przeprowadzonej nowelizacji uchwały RM w zakresie PIMPL (w tym, w zakresie dodania obszaru CZ 75+). Realizacja zadań, szczególnie tych wynikających ze zmian ustawowych w pierwszej kolejności wymaga zmian w PIMPL, co aktualnie ma miejsce (aktualizacja PIMPL).

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/