



RZS.050.5.2026.AK
Warszawa, 18 czerwca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 17343 Posła Marcina Józefaciuka, w sprawie dostępności lekarzy geriatrów oraz rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

Aktualnie liczba lekarzy posiadających specjalizację z geriatrici wynosi 594 lekarzy (stan na 31.12.2025 r.) i 123 w trakcie specjalizacji.

W 2024 r. w Polsce pracowało 559 lekarzy ze specjalizacją geriatrici, tj. 1,5 na 100 tys. ludności). W ramach umów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2024 r. pracowało 534 lekarzy geriatrów, tj. 1,4 na 100 tys. ludności.

Liczba lekarzy geriatrów w Polsce jest zróżnicowana regionalnie. Najwięcej lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrici, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, w 2024 r., odnotowano w województwie śląskim (2,7 na 100 tys. ludności), a najmniej w województwie świętokrzyskim (0,5 na 100 tys. ludności).

Tabela 1. Liczba lekarzy pracujących ze specjalizacją z geriatrici bezwzględnie i w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2024 r. w podziale na województwa

Województwo	Liczba kadry	na 100 tys. ludności	Udział kadry w wieku em.
dolnośląskie	55	1,9	15%
kujawsko-pomorskie	30	1,5	17%
lubelskie	39	2,0	28%
lubuskie	10	1,0	20%
łódzkie	42	1,8	29%
małopolskie	90	2,6	28%
mazowieckie	107	1,9	25%
opolskie	9	1,0	11%
podkarpackie	26	1,3	27%
podlaskie	25	2,2	20%
pomorskie	31	1,3	19%
śląskie	114	2,7	25%

świętokrzyskie	6	0,5	33%
warmińsko-mazurskie	9	0,7	56%
wielkopolskie	43	1,2	21%
zachodniopomorskie	10	0,6	10%

Źródło: Opracowanie Departament Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia (DAiS) na podstawie danych Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego (CWPM), NFZ, ZUS, GUS

W tabeli nr 2 zawarto informacje dotyczące liczby lekarzy w trakcie specjalizacji z geriatрії na terytorium Polski.

Tabela 2. Dane dotyczące liczby lekarzy w trakcie specjalizacji z geriatрії na terytorium Polski

Dziedzina specjalizacji	Lekarze w trakcie specjalizacji z geriatрії (stan na 31.12.2025)		
Województwo	Liczba osób w trakcie specjalizacji. TRYB REZYDENCKI	Liczba osób w trakcie specjalizacji. TRYB POZAREZYDENCKI	Liczba osób w trakcie specjalizacji. RAZEM
Dolnośląskie	4	4	8
Kujawsko-Pomorskie	2	7	9
Lubelskie	3	5	8
Lubuskie	0	1	1
Mazowieckie	5	12	17
Małopolskie	3	7	10
Opolskie	0	1	1
Podkarpackie	4	4	8
Podlaskie	3	6	9
Pomorskie	3	4	7
Śląskie	4	9	13
Świętokrzyskie	1	3	4
Warmińsko-Mazurskie	0	1	1
Wielkopolskie	1	8	9
Zachodniopomorskie	1	5	6
Łódzkie	2	10	12
sumarycznie	36	87	123

Ministerstwo Zdrowia nie gromadzi danych umożliwiających identyfikację lekarzy posiadających specjalizację z geriatрії, którzy nie wykonują świadczeń w tej dziedzinie. Należy podkreślić, że jeden lekarz może mieć kilka specjalizacji. Dostępne są jednak analizy dotyczące struktury zasobów kadrowych lekarzy specjalistów, w tym informacje o dodatkowych specjalizacjach posiadanych przez lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie geriatрії. Na jej podstawie można określić jakie dodatkowe specjalizacje posiadają lekarze z tytułem specjalisty w dziedzinie geriatрії oraz jaka była ich liczebność w 2024 r. Analiza wskazuje, że najczęściej współistniejącą dziedziną specjalizacji są choroby wewnętrzne.

Tabela 3. Pięć najczęściej występujących drugich specjalizacji wśród lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie geriatрії w 2024 r.

Dziedzina specjalizacji	Druga dziedzina specjalizacji	Liczba lekarzy
Geriatρία	Choroby wewnętrzne	425
Geriatρία	Medycyna rodzinna	131
Geriatρία	Medycyna paliatywna	25
Geriatρία	Medycyna pracy	16
Geriatρία	Diabetologia	14

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych CWPM, NFZ, ZUS, GUS

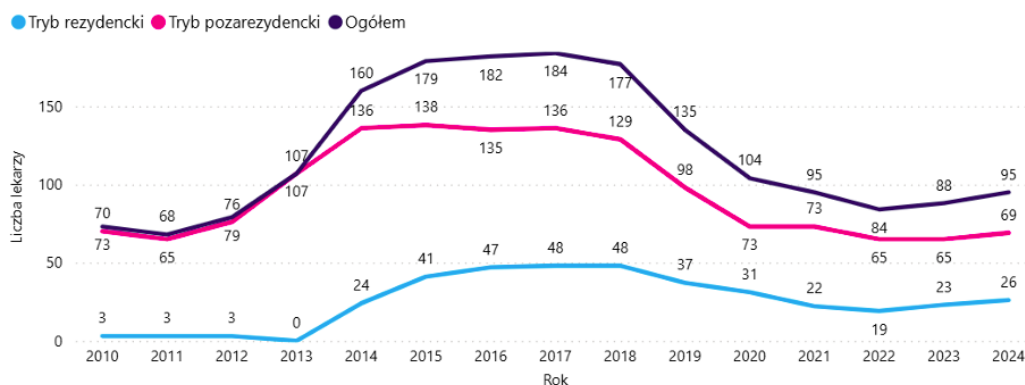
Liczba lekarzy posiadających specjalizację z geriatрії na terytorium Polski w okresie od 2015 r. do 2026 r. wzrosła o 75%. Dane w przedmiotowym zakresie przedstawia tabela nr 4.

Tabela 4. Liczba lekarzy posiadających specjalizację z geriatрії w Polsce w latach 2015-2026

Dziedzina specjalizacji	GERIATRIA					
	Liczba specjalistów		Liczba specjalistów I st.		Razem	
STAN NA	Wszyscy	Wyk. Zawód	Wszyscy	Wyk. Zawód	Wszyscy	Wyk. Zawód
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
31.12.2024	593	581	0	0	593	581
31.12.2025	607	594	0	0	607	594

Analiza danych w ujęciu wieloletnim wskazuje, że od 2018 r. obserwowany był wyraźny spadek liczby lekarzy odbywających specjalizację z geriatрії. Jednocześnie najnowsze dane mogą świadczyć o stopniowym odwracaniu tego trendu. Po osiągnięciu poziomu 84 lekarzy w 2022 r., liczba osób szkolących się w tej dziedzinie wzrosła do 95 w 2024 r.

Wykres 1. Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji z dziedziny geriatрії w latach 2010-2024 w podziale na tryb rezydencki i pozarezydencki



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych CWPM, NFZ, ZUS, GUS

Minister Zdrowia podejmuje liczne działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów posiadających kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej zarówno w dziedzinie geriatрії jak i również w innych dziedzinach.

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. z 2022 r. poz. 1352) oraz *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2025 r. w sprawie wysokości zasadniczego*

wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz.U. 2025 poz. 812), co roku w wyniku rewaloryzacji wzrasta od 1 lipca wynagrodzenie lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinach priorytetowych (geriatria jest dziedziną priorytetową). Uznanie danej dziedziny za priorytetową, skutkuje tym, że lekarze szkolący się w tej dziedzinie otrzymują wyższe wynagrodzenie zasadnicze niż lekarze, szkolący się w dziedzinie niepriorytetowej).

Ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37, z późn. zm.) wprowadzono 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, udzielającym świadczeń finansowanych 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, 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 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 tym lekarzom, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego.

Pomimo wdrożenia przez Ministra Zdrowia działań oraz instrumentów prawnych i finansowych służących zwiększeniu liczby specjalistów w dziedzinach uznanych za priorytetowe, w tym w geriatry, zainteresowanie realizacją szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie pozostaje na niskim poziomie.

Tabela 5. Liczba miejsc rezydenckich na szkoleniach specjalizacyjnych w dziedzinie geriatry w 2024 r.

Region	Rok	Dziedzina medycyny	Rezydentury przyznane przez Ministra Zdrowia	Liczba zakwalifikowanych w trybie rezydenckim	Wykorzystanie miejsc szkoleniowych [%]
Polska	2024	Geriatria	143	13	9%

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych CWPM, NFZ, ZUS, SMK.

Należy jednak podkreślić, że z analizy zastępowalności pokoleniowej specjalistów wynika, iż liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z geriatry w Polsce przewyższa liczbę geriatrów osiągających wiek emerytalny w najbliższych latach (10 lekarzy więcej). Szczegółowe analizy dotyczące kadry medycznej (w tym różnice regionalne) znajdują się na stronie: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medycznej/>.

Warto 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.

Niskie zainteresowanie specjalizacją z geriatry wśród młodych lekarzy może wynikać zarówno ze specyfiki pracy z pacjentami w podeszłym wieku, jak i z uwarunkowań ekonomicznych związanych z wykonywaniem tego zawodu. Osoby starsze stosunkowo rzadko korzystają z komercyjnych usług medycznych, co ogranicza możliwości prowadzenia przez geriatrów praktyki poza systemem publicznej ochrony zdrowia.

Ponadto pacjenci geriatryczni często cierpią na wielochorobowość, co wymaga od lekarza przeprowadzania złożonych analiz klinicznych oraz szczegółowych przeglądów farmakoterapii. Proces diagnostyczno-terapeutyczny jest dodatkowo utrudniony przez występujące u części pacjentów zaburzenia poznawcze i sensoryczne, które mogą ograniczać skuteczność komunikacji.

Powyższe czynniki mogą wpływać na decyzje absolwentów kierunku lekarskiego, którzy częściej wybierają inne specjalizacje niż geriatra.

Dane NFZ na temat liczby pacjentów korzystających w ostatnich latach ze świadczeń geriatrycznych, z podziałem na województwa, znajdują się w załączniku „7 – liczba pacjentów” w załączniku nr 1 do niniejszego pisma. Dane NFZ na temat liczby osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na świadczenia znajdują się w załączniku „8 – kolejki” w ww. załączniku. Dane NFZ na temat funkcjonujących podmiotów: poradni geriatrycznych, oddziałów geriatrycznych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, miejsc opieki długoterminowej, z podziałem na województwa, znajdują się w załączniku „9 – liczba podmiotów” załącznika nr 1.

Dane NFZ na temat wartości rozliczonych świadczeń, z podziałem na województwa, przedstawiono w załączniku „10 – wartość świadczeń” w załączniku nr 1. Należy wskazać, że w planie NFZ na 2026 r. pierwotna wysokość środków zapisanych na koszty świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wynosiła 4 388 410 tys. zł i tym samym była większa o 531 174 tys. zł w porównaniu z pierwotnym planem finansowym NFZ na 2025 r. W wyniku dokonanych w trakcie 2026 r. zmian ww. planu, środki te wzrosły aktualnie do 5 115 875 tys. zł. Zgodnie z ostatnią zmianą planu finansowego NFZ na rok 2026, dzięki dodatkowym środkom budżetu państwa z przeznaczeniem na zwiększenie dotacji podmiotowej, dokonano między innymi uzupełnienia w kwocie 166 724 tys. zł środków w planach oddziałów wojewódzkich NFZ na 2026 r. z przeznaczeniem na zakontraktowanie dodatkowych świadczeń w ramach opieki długoterminowej, w tym w podmiotach, które uzyskały wsparcie w zakresie rozwoju opieki długoterminowej lub geriatrycznej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym ze środków Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

W latach 2024 – 2026 na rozwój geriatry i opieki długoterminowej przeznaczono:

- a) **55,18 mln zł** z Części 46 – Zdrowie

Podjęte zostały 4 inwestycje realizowane przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher. Informacje na temat przedmiotowych inwestycji ujęto w tabeli nr 6.

Tabela 6. Inwestycje realizowane przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher

Nazwa zadania inwestycyjnego	Okres realizacji	Dofinansowanie w 2024 roku	Dofinansowanie w 2025 roku	Dofinansowanie w 2026 roku
<i>Zakup USG do zaawansowanych badań kardiologicznych</i>	2025	0,00 zł	628 945,46 zł	0,00 zł

<i>Modernizacja i wyposażenie II części V piętra dla Kliniki i Polikliniki Neuroortopedii i Neurologii w budynku głównym Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie</i>	2023-2024	4 276 752,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
<i>Modernizacja dróg, parkingów, instalacji wodnej, sanitarnej oraz deszczowej na terenie kompleksu NIGRiR</i>	2023-2026	9 169 709,07 zł	8 859 666,01 zł	4 199 121,74 zł
<i>Modernizacja Kliniki Reumoortopedii oraz budynku 1B</i>	2025-2026	0,00 zł	32 273,00 zł	28 018 444,00 zł

b) **1,48 mld zł z KPO**

Należy podkreślić, że efekty realizacji inwestycji finansowanych ze środków KPO są widoczne już obecnie. Infrastruktura objęta wsparciem jest sukcesywnie oddawana do użytku, co przekłada się na skrócenie czasu diagnostyki, poprawę jakości i standardów leczenia oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów. Jednocześnie pełne wdrożenie wszystkich zaplanowanych inwestycji przewidywane jest na drugą połowę bieżącego roku.

Środki zostały przeznaczone przede wszystkim na:

- ✓ modernizację, przebudowę i rozbudowę infrastruktury ochrony zdrowia, obejmującą tworzenie nowych oraz dostosowanie istniejących oddziałów do potrzeb opieki długoterminowej i geriatrycznej,
- ✓ doposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt i wyroby medyczne, w tym aparaturę diagnostyczną, sprzęt monitorujący, rehabilitacyjny oraz wyposażenie oddziałów,
- ✓ szkolenia i podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego, w szczególności w zakresie opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi i niesamodzielnymi,
- ✓ działania wspierające wdrażanie nowych standardów organizacyjnych i jakościowych w opiece długoterminowej.

Realizacja inwestycji przynosi wymierne efekty systemowe, w szczególności:

- utworzenie lub przekształcenie łącznie 3 429 łóżek w obszarze opieki długoterminowej i geriatrycznej, w tym:
 - 2 921 łóżek opieki długoterminowej,
 - 508 łóżek opieki geriatrycznej,
- istotny wzrost bazy łóżkowej w placówkach objętych wsparciem:
 - w opiece długoterminowej – wzrost o ok. 134,2%,
 - w opiece geriatrycznej – wzrost o ok. 540,4%,
- w ujęciu systemowym oznacza to, że:
 - liczba łóżek opieki długoterminowej wzrasta z ok. 2 176 do ok. 5 097,
 - liczba łóżek geriatrycznych wzrasta z ok. 94 do ok. 602,

Podjęte działania będą skutkowały zwiększeniem przepustowości systemu oraz dostępności świadczeń, w szczególności na poziomie powiatowym oraz wyrównywaniem różnic regionalnych w dostępie do świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza na terenach wiejskich i peryferyjnych, gdzie dotychczas występowały największe deficyty infrastrukturalne.

Zgodnie z art. 95a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych, w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych.

Mapa obejmuje:

- 1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego,
- 2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium RP i na terenie województw. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje wyniki analiz i zamieszcza je w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na specjalnej stronie internetowej znajdującej się pod adresem <https://basiw.mz.gov.pl/>. Materiały na niej publikowane są integralną częścią mapy i podlegają corocznej aktualizacji.

Wdrożeniu rekomendowanych kierunków działań zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych służą plany transformacji. To w nich zawarte są zaproponowane konkretne działania i interwencje, które mają realizować rekomendowane kierunki działań zawarte w mapie. Za ustalenie i wdrożenie krajowego planu transformacji, zgodnie z dyspozycją ustawową, odpowiada Minister Zdrowia, natomiast wojewódzkich planów transformacji – wojewodowie. W celu opracowania projektu, monitorowania i aktualizacji przygotowanych planów, organy te są wspierane przez wojewódzkie rady do spraw potrzeb zdrowotnych.

Aktualnie został opublikowany Krajowy Plan Transformacji systemu ochrony zdrowia na lata 2027–2031, który wyznacza strategiczne kierunki rozwoju i modernizacji ochrony zdrowia w Polsce w nadchodzących latach. Dokument odpowiada na kluczowe wyzwania demograficzne, epidemiologiczne i organizacyjne, a także uwzględnia rozwój nowych technologii i cyfryzację systemu. Plan obejmuje m.in. działania w zakresie profilaktyki i zdrowia publicznego, wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej, rozwoju e-zdrowia, optymalizacji infrastruktury szpitalnej oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Krajowy Plan Transformacji będzie stanowił podstawę do dalszych działań systemowych w obszarze ochrony zdrowia w latach 2027–2031:

https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2025/106/akt.pdf

Należy również wspomnieć o prowadzonej obecnie **reformie opieki długoterminowej w Polsce** w zakresie szerszej reformy A4.6 pn. *Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej* w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

Reforma ta jest realizowana wspólnie – przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, przy koordynacyjnej roli Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, a konkretnie Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej.

W 2024 r. zakończono **przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce**. Na podstawie wniosków i rekomendacji zawartych w raporcie z tego przeglądu finalizowane są obecnie prace międzyresortowe mające na celu wdrożenie priorytetów reformy opieki długoterminowej w Polsce.

W ramach priorytetów reformy międzyresortowe prace legislacyjne ukierunkowane są na opracowanie i publikację przepisów:

- a) definiujących „*opiekę długoterminową*” w spójny sposób w całości systemu opiekuńczego kraju, tj. zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej;
- b) definiujących pojęcia „*opiekuna nieformalnego*” oraz „*opieki nieformalnej*”;
- c) wskazujących organy odpowiedzialne za koordynację systemu opieki długoterminowej;
- d) dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w ramach systemów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej;
- e) zwiększających stabilność finansowania systemu opieki długoterminowej.

Mając na uwadze powyższe procedowano **projekt ustawy o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej**. Projekt ustawy stanowi kluczowy krok w kierunku integracji opieki zdrowotnej i społecznej w obszarze opieki długoterminowej.

Najważniejsze efekty systemowe to:

- stworzenie mechanizmu pewnej koordynacji ścieżki osoby wymagającej opieki długoterminowej, w tym wprowadzenie koordynatora na poziomie powiatu,
- wzmocnienie opieki środowiskowej,
- poprawa dostępności i informacji o świadczeniach,
- rozwój monitorowania jakości usług.

W ramach systemu ochrony zdrowia opracowywano przepisy dotyczące **standardów jakości opieki długoterminowej**.

Oprócz zmian ram prawnych w ramach priorytetów reformy, prowadzone są także inne działania, obejmujące:

- a) **przegląd wydatków publicznych w celu oceny efektywności finansowania opieki długoterminowej ze środków publicznych** – realizowany przez Ministerstwo Finansów we współpracy z KPRM i ministerstwami zaangażowanymi w realizację reformy;
- b) wypracowanie **założeń zintegrowanego systemu monitorowania i ewaluacji jakości tej opieki** – prowadzone we współpracy z Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Komisją Europejską (KE) i podmiotami publicznymi zaangażowanymi w realizację reformy.

W zakresie finansowania i organizowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, wdrażanie map potrzeb zdrowotnych przypada dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ w ramach sporządzanych przez nich planów zakupu świadczeń. Przy ich projektowaniu zobowiązani są uwzględniać dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze danego województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowy i wojewódzkie plany transformacji. Zgodność tych dokumentów z planami transformacji opiniują rady oddziałów wojewódzkich NFZ, a ostatecznie zatwierdza Prezes NFZ.

W ramach Inwestycji D4.1.1 KPO pn. „Rozwój opieki długoterminowej lub geriatrycznej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym” trwa uruchamianie nowych miejsc w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych objętych wsparciem. W zakresie opieki długoterminowej planowane jest utworzenie 1 461 nowych łóżek i przekształcenie 1 460 istniejących łóżek, co daje łącznie 2 921 łóżek objętych interwencją. Realizacja przedsięwzięć w ramach inwestycji D.4.1.1 z KPO prowadzi do zwiększenia dostępności świadczeń opieki długoterminowej oraz geriatrycznej.

Dodatkowo, w latach 2026–2028 planowane jest dalsze wzmacnianie interoperacyjności systemów e-zdrowia, w szczególności poprzez:

- rozwój usług w ramach Internetowego Konta Pacjenta (IKP), umożliwiających lepszą kontrolę nad procesem leczenia oraz dostęp do informacji o świadczeniach opieki długoterminowej,

- rozwój narzędzi do zdalnego monitorowania parametrów zdrowotnych (teleopieka),
- rozwój e-skierowań i e-zleceń w kierunku usług opieki długoterminowej oraz rehabilitacji,
- rozwój usług przypomnień (np. o lekach, wizytach, badaniach) wspierających codzienną opiekę.

Centrum e-Zdrowia realizuje projekt DOM współfinansowany ze środków KPO. Nowe narzędzie będzie elementem systemu ochrony zdrowia w zakresie:

- profilaktyki: dla osób, które są w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób przewlekłych,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS): dla pacjentów wymagających stałej opieki specjalistycznej,
- opieki koordynowanej: w ramach niektórych świadczeń POZ.

Należy także wspomnieć o realizacji projektu „Dostępność Plus dla AOS”. Którego celem jest dostosowanie AOS do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami. Projekt ten obejmuje dofinansowanie wszelkich rozwiązań, które umożliwią placówkom medycznym spełnienie standardów dostępności.

Realizacja działań w ramach ww. projektu przyczynia się do poprawy dostępności i jakości opieki nad seniorami wymagającymi stałej opieki medycznej i opiekuńczej, a także do bardziej efektywnego wykorzystania ograniczonych zasobów kadrowych, w tym lekarzy geriatrów. Rozwiązania cyfrowe będą wspierać integrację systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej, co jest kluczowe dla zapewnienia kompleksowej i skoordynowanej opieki nad osobami starszymi.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Katarzyna Kęcka

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik:

- dane NFZ na temat liczby pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej, średniego czasu oczekiwania, kolejek, podmiotów realizujących świadczenia oraz wartości świadczeń