



RZS.6500.3.2025.AK
Warszawa, 24 października 2025

Pan
Marcin Wiącek
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku,

w odpowiedzi na pismo znak: V.7010.60.2025.ETP w sprawie problemów systemowych dotyczących opieki geriatrycznej, zwracam się z przejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

Ad. 1. Edukacja geriatryczna kadr medycznych

Odnosząc się do punktu nr 1, dotyczącego edukacji dotyczącej opieki geriatrycznej kadr medycznych, należy wskazać, że od roku akademickiego 2024/2025, rozporządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z dnia 29 września 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. 2152), wprowadzono zmienione standardy na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym.

Standard kształcenia określa minimalne wymagania, natomiast uczelnia, w ramach posiadanej autonomii programowej, może w programie studiów rozbudowywać poszczególne efekty uczenia się (uzupełniające wiedzę, umiejętności w określonym zakresie), jak również zwiększać liczbę godzin przeznaczonych na realizację poszczególnych zagadnień.

W standardzie kształcenia dla lekarza wskazano, że:

- w zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:
 - procesy: cykl komórkowy, proliferacja, różnicowanie i starzenie się komórek, apoptoza i nekroza oraz ich znaczenie dla funkcjonowania organizmu;
 - procesy zachodzące podczas starzenia się organizmu i zmiany w funkcjonowaniu narządów związane ze starzeniem;
 - wpływ stresu oksydacyjnego na komórki i jego znaczenie w patogenezie chorób oraz w procesach zachodzących podczas starzenia się organizmu;
 - postawy społeczne wobec choroby, niepełnosprawności i starości oraz specyficzne oddziaływanie stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji;
 - psychospołeczne konsekwencje choroby dla rodziny pacjenta (rodzina z chorym dzieckiem, w tym nastoletnim, dorosłym i osobą starszą);
 - przebieg i objawy procesu starzenia się organizmu oraz zasady całościowej oceny geriatrycznej i opieki interdyscyplinarnej w odniesieniu do osób starszych;
 - odrębności w objawach klinicznych, diagnostyce i terapii najczęstszych chorób występujących u osób starszych;

- zagrożenia związane z hospitalizacją osób starszych;
- podstawowe zasady organizacji opieki nad osobą starszą i obciążenia opiekuna osoby starszej;
- specyfikę zaburzeń psychicznych i ich leczenia u dzieci, w tym nastoletnich, oraz osób starszych;
- uwarunkowania środowiskowe i epidemiologiczne, przyczyny, objawy, zasady diagnozowania i postępowania terapeutycznego w przypadku najczęstszych chorób neurologicznych oraz ich powikłań w tym: otępień, w szczególności choroby Alzheimera, otępienia czołowego, otępienia naczyniopochodnego i innych zespołów otępiennych; chorób jąder podstawy, w szczególności choroby Parkinsona;
- uwarunkowania środowiskowe i epidemiologiczne, przyczyny, objawy, zasady diagnozowania i postępowania terapeutycznego w przypadku najczęstszych chorób psychiatrycznych oraz ich powikłań w tym: otępień;
- w zakresie umiejętności absolwent potrafi:
- zebrać wywiad z dorosłym, w tym osobą starszą, wykorzystując umiejętności dotyczące treści, procesu i percepcji komunikowania się, z uwzględnieniem perspektywy biomedycznej i perspektywy pacjenta;
- przeprowadzić pełne i ukierunkowane badanie fizykalne dorosłego dostosowane do określonej sytuacji klinicznej, w tym badanie: geriatryczne.

W standardzie kształcenia skoncentrowano się na objawach – student na podstawie objawów szuka rozwiązania diagnostycznego, zatem należy uznać, że przekazywana jest wiedza na temat postępowania terapeutycznego w różnych objawach chorobowych.

Obecnie trwają prace nad nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, obejmujące szeroki zakres zmian, dotyczący m.in. Lekarskiego Egzaminu Końcowego. Będzie to okazja do wypracowania nowych rozwiązań w tym zakresie. Projekt ustawy poddany zostanie konsultacjom publicznym, które planowane są jeszcze w tym roku.

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

Szkolenie specjalizacyjne z geriatrii jest dwumodułowe i składa się z 2-letniego modułu podstawowego z chorób wewnętrznych i 3-letniego modułu specjalistycznego z geriatrii. Natomiast skrócony został do dwóch lat czas trwania szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie - dla lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej lub medycyny rodzinnej oraz do trzech lat - 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 Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Tematyka z zakresu geriatrii 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: „geriatrii” oraz przyswojenie i zaliczenie w ramach stażu podstawowego wiedzy z zakresu geriatrii, dotyczącej m.in. komunikacji z chorym w podeszłym wieku, zespołów psychogeriatrycznych – rozpoznawanie i podstawy leczenia, różnicowaniem zmian związanych ze starzeniem i zmianami chorobowymi – specyfiki farmakoterapii chorych w podeszłym wieku, zagrożeń związanych z hospitalizacją wynikających 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 dwutygodniowego stażu kierunkowego realizowanego na oddziale geriatrii 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), indeks oceny podstawowych czynności w życiu codziennym wg Barthel - Barthel Index, MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment- Short Form), kwestionariusz PRISMA-7.

Zatem specjaliści powyżej wskazanych dziedzin nabywają wiedzę niezbędną do realizacji świadczeń również z zakresu geriatrii.

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 planowej¹ jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta. 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 geriatrii. Warunki dla oddziału geriatrycznego wymagają wykazania wyłącznie równoważnika co najmniej 1 etatu specjalisty w dziedzinie gerontologii lub geriatrii (nie dotyczy dyżuru medycznego). Zatem świadczeniodawca może zatrudniać również na oddziale geriatrii lekarzy specjalistów innych dziedzin medycyny.

Należy również wspomnieć, że z początkiem 2024 r. weszła w życie ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1666, z późn. zm.), która 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. Ze względu na trudności z realizacją założeń ustawy aktualnie trwają konsultacje dotyczące zakresu jej nowelizacji.

Ad 2. Dostęp do świadczeń opieki geriatrycznej oraz specjalizacja w dziedzinie geriatrii

Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak NFZ systematycznie badają dostępność do poszczególnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Ministerstwo Zdrowia analizuje warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w kontekście liberalizacji minimalnych wymagań stawianych podmiotom leczniczym, które chcą realizować świadczenia finansowane ze środków publicznych z jednoczesnym zachowaniem wysokiego poziomu udzielanych świadczeń.

Należy zwrócić uwagę na szereg wyzwań, które stoją przed systemem opieki geriatrycznej:

- pomimo znacznego wzrostu liczby przyznawanych miejsc rezydenckich w latach 2021-2024 (o 62%) oraz tego, że geriatra jest dziedziną priorytetową, zainteresowanie tą dziedziną pozostaje niskie. W 2024 r. na 143 przyznane miejsca rezydenckie w tej dziedzinie zakwalifikowało się zaledwie 13 lekarzy w trybie rezydenckim. Ponadto liczba lekarzy geriatrów jest silnie zróżnicowana regionalnie. W 2024 r. najwięcej pracujących lekarzy geriatrów w przeliczeniu na

¹ z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym

100 tys. ludności odnotowano w województwach małopolskim i śląskim (2,6) a najmniej w województwie świętokrzyskim (0,5);

- funkcjonowanie poradni geriatrycznych w 71 powiatach (18,7% wszystkich) oraz ich brak w 309 powiatach (81,3%) jest zdecydowanie niewystarczająca wobec potrzeb starzejącego się społeczeństwa;
- choć w skali ogólnopolskiej liczba oddziałów geriatrycznych wzrasta, ich rozmieszczenie geograficzne pozostaje wyraźne nierównomierne, co ogranicza dostępność świadczeń w mniejszych miejscowościach i regionach peryferyjnych. Oddziały geriatryczne koncentrują się głównie w dużych miastach oraz aglomeracjach. W latach 2021–2024 liczba oddziałów geriatrycznych w Polsce wzrosła o 27%, a liczba realizowanych świadczeń na tych oddziałach – o 84%. W tym okresie zauważalny jest też wyraźny wzrost liczby pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych – o 13,6 tys. pacjentów (79%), co w przeliczeniu na 100 tys. ludności oznacza wzrost o 36,86 pacjentów (82%). Biorąc pod uwagę zmiany demograficzne zachodzące w społeczeństwie, prezentowane wzrosty w liczbie oddziałów geriatrycznych są nadal niewystarczające;
- starzenie się społeczeństwa i wzrastająca z wiekiem częstość występowania schorzeń przewlekłych, wielochorobowości oraz ograniczeń funkcjonowania przekładają się na rosnące zapotrzebowanie na zinsytucjonalizowane formy opieki długoterminowej. Liczba ośrodków opieki długoterminowej sprawujących opiekę stacjonarną wzrosła w latach 2021–2024 o ok. 6% i jest zróżnicowana regionalnie. W 2024 r. najwięcej ośrodków zlokalizowanych było w województwach mazowieckim i śląskim (56) a najmniej w województwie lubuskim (12). Natomiast liczba łóżek/100 tys. ludności w 2023 r. była najwyższa w województwie dolnośląskim (143) a najniższa w województwie wielkopolskim 52).

Zasoby kadrowe

Liczba pracujących lekarzy geriatrów wzrosła w latach 2021-2024 zarówno w ujęciu bezwzględnym, jak i w przeliczeniu na 100 tys. ludności – o ok. 5%. W 2024 r. liczba pracujących lekarzy geriatrów była równa 559, co odpowiada 1,5 w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabelach poniżej.

Tabela 1. Liczba pracujących lekarzy geriatrów w wartościach bezwzględnych i w przeliczeniu na 100 tys. ludności w latach 2021-2024

Rok	Liczba pracujących geriatrów	Liczba pracujących geriatrów na 100 tys. ludności
2021	535	1,4
2022	548	1,5
2023	558	1,5
2024	559	1,5

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

Tabela 2. Liczba pracujących lekarzy geriatrów w wartościach bezwzględnych i w przeliczeniu na 100 tys. ludności w latach 2021 i 2024 w podziale na województwa

Województwo	2021		2024		Zmiana liczby geriatrów w przeliczeniu na 100 tys. ludności w analizowanych latach
	Liczba pracujących geriatrów	Liczba pracujących geriatrów w przeliczeniu na 100 tys. ludności	Liczba pracujących geriatrów	Liczba pracujących geriatrów w przeliczeniu na 100 tys. ludności	
dolnośląskie	48	1,7	53	1,8	0,1
kujawsko-pomorskie	27	1,3	30	1,5	0,2
lubelskie	40	1,9	38	1,9	0,0
lubuskie	8	0,8	10	1,0	0,2
łódzkie	39	1,6	38	1,6	0,0
małopolskie	91	2,7	90	2,6	-0,1
mazowieckie	88	1,6	95	1,7	0,1
opolskie	7	0,7	9	1,0	0,3
podkarpackie	21	1,0	24	1,2	0,2
podlaskie	25	2,1	25	2,2	0,1
pomorskie	30	1,3	30	1,3	0,0
śląskie	108	2,4	111	2,6	0,2
świętokrzyskie	6	0,5	6	0,5	0,0
warmińsko-mazurskie	9	0,6	9	0,7	0,1
wielkopolskie	35	1,0	41	1,2	0,2
zachodniopomorskie	9	0,5	10	0,6	0,1

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

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa skutkuje zwiększeniem popytu na świadczenia zdrowotne, a tym samym na dostępność odpowiednio wyspecjalizowanego personelu medycznego. Dlatego tak istotne jest efektywne planowanie i rozwój kadry medycznej w oparciu o rzeczywiste dane.

Określenie jednak optymalnej liczby lekarzy specjalistów z geriatрії jest trudne i wymaga uwzględnienia kilku aspektów. Przez wiele lat geriatria nie była głównym filarem opieki nad osobami starszymi – często tą grupą pacjentów zajmowali się (i nadal zajmują) lekarze o innych specjalizacjach, np. z chorób wewnętrznych. Do 2000 r. tytuł specjalisty z geriatрії uzyskało zaledwie 180 lekarzy. W 2024 r. ta liczba wzrosła do 559 lekarzy ze specjalizacją z geriatрії, podczas gdy ogólna liczba pracujących lekarzy w Polsce przekraczała 148 tys.

Dlatego analizując dostępność opieki geriatrycznej należy uwzględnić inne zawody z kompetencjami obejmującymi opiekę nad osobami starszymi – nie tylko lekarzy ze specjalizacją z geriatрії. Odczuwalne problemy z dostępem do lekarzy mogą wynikać nie tylko z ich liczby, lecz także z organizacji systemu, lokalizacji świadczeń czy modelu opieki.

Liczba lekarzy geriatrów jest silnie zróżnicowana regionalnie. W 2024 r. najwięcej pracujących lekarzy geriatrów w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotowano w województwach małopolskim i śląskim (2,6) a najmniej w województwie świętokrzyskim (0,5). W większości województw liczba pracujących lekarzy geriatrów w przeliczeniu na 100 tys. ludności wzrosła na w latach 2021-2024.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie geriatrii

Pomimo znacznego wzrostu liczby przyznawanych miejsc rezydenckich w latach 2021-2024 oraz uznania geriatrii za dziedzinę priorytetową, zainteresowanie tą specjalizacją pozostaje niskie, co prezentuje tabela poniżej. Jak wskazano wyżej – w 2024 r. na 143 przyznane miejsca rezydenckie w tej dziedzinie zakwalifikowało się zaledwie 13 lekarzy w trybie rezydenckim.

Tabela 3. Liczba przyznanych miejsc rezydenckich oraz liczby zakwalifikowanych w dziedzinie geriatrii w latach 2021-2024

Rok	Rezydentury przyznane przez Ministra Zdrowia	Liczba zakwalifikowanych w trybie rezydenckim	Wykorzystanie miejsc rezydenckich [w %]	Liczba zakwalifikowanych w trybie pozarezydenckim
2021	88	2	2	0
2022	70	8	11	0
2023	155	8	5	24
2024	143	13	9	29

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Warto dodać, że większość lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii posiada również ukończone szkolenie specjalizacyjne w zakresie innych dziedzin. Najczęściej jest to specjalizacja w dziedzinie chorób wewnętrznych (76%).

Tabela 4. Dziedziny, w których lekarze specjaliści z geriatrii również byli specjalistami w 2024 r. (5 najbardziej popularnych dziedzin)

Inne dziedziny, w których lekarze specjaliści z geriatrii byli również specjalistami w 2024 r.	Liczba lekarzy
Choroby wewnętrzne	425
Medycyna rodzinna	131
Medycyna paliatywna	25
Medycyna pracy	16
Diabetologia	14

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych CWPM, ZUS

Z analizy zastępowalności pokoleniowej specjalistów wynika, iż liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z geriatrii przewyższa liczbę geriatrów osiagających wiek emerytalny w najbliższych latach (Tabela 5).

Tabela 5. Zastępowalność pokoleniowa lekarzy geriatrów w horyzoncie do 2029 r.

Dziedzina	Prawdopodobna liczba nowych lekarzy specjalistów do 2029 r.	Liczba lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do 2029 r.	Zmiana w liczbie lekarzy, którzy prawdopodobnie wejdą na rynek pracy, a specjalistami, którzy osiągną wiek emerytalny do 2029 r.
Geriatryka	97	81	16

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

Dostęp do lekarzy geriatrów - wybrane działania

Geriatryka jest uznana za dziedzinę priorytetową od 2003 r.² Ministerstwo Zdrowia opracowało 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. Mogą występować również różnice regionalne i kluczowa jest odpowiednia dystrybucja kadr na obszary deficytowe.

Dostępność przestrzenna placówek oraz zasobów łóżkowych

➤ Poradnie geriatryczne

Najwięcej poradni geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców w wieku 65 lat i więcej odnotowano w powiecie aleksandrowskim (woj. kujawsko-pomorskie – 1,74), powiecie sulcińskim (woj. lubuskie – 1,54) oraz w Zamościu (woj. lubelskie – 1,40).

W skali kraju poradnie geriatryczne funkcjonują w 71 powiatach. Łącznie w Polsce działało 111 poradni geriatrycznych, z czego najwięcej w Warszawie (9), Krakowie (6) i Łodzi (6).

Poradnie geriatryczne są zazwyczaj lokalizowane w miastach wojewódzkich, choć nie jest to regułą. Przykładowo, w województwach świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, lubuskim oraz częściowo kujawsko-pomorskim nie funkcjonują poradnie geriatryczne w miastach wojewódzkich.

➤ Oddziały geriatryczne

W latach 2021-2024 liczba oddziałów geriatrycznych w Polsce, a także świadczeń realizowanych na tych oddziałach sukcesywnie wzrastała odpowiednio o 27% i 84%.

W tym okresie zauważalny jest też wyraźny wzrost liczby pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych wynoszący 13,6 tys. pacjentów (79%), co w przeliczeniu na 100 tys. ludności stanowi wzrost o 36,86 pacjentów (82%).

W 2024 r. zrealizowano 34,6 tys. hospitalizacji na rzecz 30,6 tys. pacjentów w 61 oddziałach geriatrycznych. Wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności w 2024 r. osiągnął wartość 81,7. Szczegółowe informacje ujęto w tabeli 6.

Tabela 6. Liczba oddziałów geriatrycznych, hospitalizacji i pacjentów w latach 2021-2024

Rok	Liczba oddziałów	Liczba hospitalizacji	Liczba pacjentów	Liczba pacjentów na 100 tys. ludności
2021	48	18 801	17 076	44,84
2022	57	25 371	22 966	60,81

² rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, z późn. zm.

2023	60	31 456	28 138	74,76
2024	61	34 584	30 628	81,70
zmiana 2021-2024	13 (27%)	15 783 (84%)	13 552 (79%)	36,86 (82%)

Źródło: opracowanie własne DAiS na podstawie danych NFZ.

W 2024 r. liczba oddziałów geriatrycznych funkcjonujących w Polsce wyniosła 61. Najwięcej oddziałów zlokalizowanych było w województwie śląskim (12 komórek) oraz małopolskim (8 komórek). Po jednym oddziale geriatrycznym działało w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.

Najwięcej hospitalizacji zrealizowano w województwie śląskim, najmniej w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.

Najwyższą liczbę pacjentów leczonych odnotowano w województwie śląskim, natomiast najniższą - w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim. Warto zwrócić uwagę, że w województwach świętokrzyskim i opolskim wartości wskaźnika na 100 tys. mieszkańców należą do najwyższych w kraju.

W latach 2021–2024 liczba oddziałów geriatrycznych w Polsce wzrosła z 48 do 61, co stanowi wzrost o 13 oddziałów (27%). W tym samym czasie liczba powiatów, w których funkcjonują oddziały geriatryczne, zwiększyła się z 40 do 51, czyli o 11 powiatów (28%).

Największy wzrost liczby oddziałów geriatrycznych odnotowano w województwie łódzkim, gdzie w 2024 r. działało 5 oddziałów wobec 2 oddziałów funkcjonujących w 2021 r. W województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim funkcjonuje obecnie po jednym oddziale geriatrycznym – co stanowi pozytywną zmianę, ponieważ w 2021 r. nie było tam żadnych takich oddziałów. Jedynie w województwie mazowieckim zaobserwowano spadek liczby oddziałów geriatrycznych – z 8 w 2021 r. do 5 w 2024 r.

W pięciu województwach liczba oddziałów geriatrycznych w analizowanym okresie (2021–2024) nie uległa zmianie, natomiast w sześciu województwach nie zmieniła się liczba powiatów, w których funkcjonują oddziały.

Szczegółowe informacje na temat liczby oddziałów geriatrycznych w poszczególnych województwach oraz liczby powiatów z oddziałem geriatrycznym przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Zmiany w liczbie oddziałów geriatrycznych oraz ich dostępności w latach 2021–2024

Województwo	Liczba oddziałów geriatrycznych			Liczba powiatów z oddziałem geriatrycznym		
	2021	2024	Zmiana liczby oddziałów	2021	2024	Zmiana liczby powiatów
dolnośląskie	2	3	1 (50%)	2	2	0
kujawsko-pomorskie	2	2	0	1	1	0
lubelskie	3	5	2 (67%)	3	5	2 (67%)
lubuskie	1	2	1 (100%)	1	2	1 (100%)
łódzkie	2	5*	3 (150%)	2	3	1 (50%)
małopolskie	5	8	3 (60%)	5	7	2 (40%)
mazowieckie	8	5	-3 (-38%)	4	3	-1 (-25%)
opolskie	2	2	0	2	2	0

podkarpackie	3	3	0	3	3	0
podlaskie	2	3	1 (50%)	1	2	1 (100%)
pomorskie	3	3	0	3	3	0
śląskie	11	12	1 (9%)	9	10	1 (11%)
świętokrzyskie	2	2	0	2	2	0
warmińsko-mazurskie	0	1	1 (n.d.)	0	1	1 (n.d.)
wielkopolskie	2	4	2 (100%)	2	4	2 (100%)
zachodniopomorskie	0	1	1 (n.d.)	0	1	1 (n.d.)
Polska:	48	61	13 (27%)	40	51	11 (28%)

*uwaga: w 2024 r. jeden świadczeniodawca w województwie łódzkim posiadał oddział geriatryczny w dwóch lokalizacjach

Źródło: opracowanie własne DAiS na podstawie danych NFZ.

Choć w skali ogólnopolskiej liczba oddziałów geriatrycznych stopniowo rośnie, ich rozmieszczenie geograficzne pozostaje wyraźnie nierównomierne, co ogranicza dostępność świadczeń w mniejszych miejscowościach i regionach peryferyjnych. Oddziały geriatryczne koncentrują się głównie w dużych miastach oraz aglomeracjach. Dobrym przykładem tej koncentracji jest województwo mazowieckie – spośród 5 oddziałów funkcjonujących w 2024 r. aż cztery zlokalizowane były w Warszawie i Grodzisku Mazowieckim. Natomiast pozostała część województwa – mimo dużego obszaru i liczby mieszkańców – dysponowała tylko jednym oddziałem w Pułtusku.

Analiza danych z lat 2021 i 2024 wykazuje na wyraźny wzrost liczby pacjentów objętych opieką geriatryczną w Polsce. W skali kraju liczba pacjentów zwiększyła się z 17 076 do 30 628, co oznacza wzrost o 13 552 osoby, czyli o 79%. Równocześnie liczba pacjentów przypadających na 100 tys. mieszkańców wzrosła z 44,84 do 81,70, co odpowiada wzrostowi o 82%. Największe przyrosty liczby pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych odnotowano w województwach podlaskim, małopolskim, dolnośląskim i pomorskim, co przedstawia poniższa tabela 8.

Tabela 8. Zmiany w liczbie pacjentów korzystających z opieki geriatrycznej w latach 2021–2024

Województwo	Liczba pacjentów			Liczba pacjentów na 100 tys. ludności		
	2021	2024	Zmiana liczby pacjentów	2021	2024	Zmiana liczby pacjentów
dolnośląskie	436	1 184	748 (172%)	15,14	41,28	26,14 (173%)
kujawsko-pomorskie	1 094	1 243	149 (14%)	53,42	62,64	9,22 (17%)
lubelskie	1 317	2 216	899 (68%)	63,43	111,00	47,57 (75%)
lubuskie	844	1 184	340 (40%)	84,47	122,08	37,61 (45%)
łódzkie	467	861	394 (84%)	19,32	36,70	17,38 (90%)
małopolskie	1 486	4 070	2 584 (174%)	43,61	118,69	75,08 (172%)
mazowieckie	1 367	2 956	1 589	25,22	53,66	28,44 (113%)

			(116%)			
opolskie	917	1 235	318 (35%)	94,59	132,75	38,16 (40%)
podkarpackie	1 191	1 872	681 (57%)	56,43	90,74	34,31 (61%)
podlaskie	389	1 178	789 (203%)	33,38	104,00	70,62 (212%)
pomorskie	616	1 636	1 020 (166%)	26,25	69,34	43,09 (164%)
śląskie	5 031	7 081	2 050 (41%)	112,91	165,00	52,09 (46%)
świętokrzyskie	1 144	1 566	422 (37%)	94,35	135,23	40,88 (43%)
warmińsko-mazurskie	0	377	377 (n.d.)	0	27,94	27,94 (n.d.)
wielkopolskie	783	1 556	773 (99%)	22,44	44,71	22,27 (99%)
zachodniopomorskie	0	418	418 (n.d.)	0	25,76	25,76 (n.d.)
Polska:	17 076	30 628	13 552 (79%)	44,84	81,70	36,86 (82%)

Źródło: opracowanie własne DAiS na podstawie danych NFZ

Łóżka na oddziałach geriatrycznych

W 2023 r. liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych wynosiła 1266, co oznacza wzrost o 14% w stosunku do 2021 r., w którym sprawozdano 1112 łóżek. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabeli poniżej.

Tabela 9. Liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych w podziale na województwa w latach 2021-2023.

Województwo	2021	2022	2023	Zmiana procentowa 2021-2023
dolnośląskie	54	47	47	-13%
kujawsko-pomorskie	51	51	51	0%
lubelskie	58	130	117	102%
lubuskie	38	38	38	0%
łódzkie	30	30	38	27%
małopolskie	135	167	182	35%
mazowieckie	131	132	105	-20%
opolskie	46	46	60	30%
podkarpackie	63	57	57	-10%
podlaskie	37	52	47	27%
pomorskie	24	48	38	58%
śląskie	303	318	320	6%
świętokrzyskie	53	53	53	0%

warmińsko-mazurskie	28	28	28	0%
wielkopolskie	41	41	61	49%
zachodniopomorskie	20	26	24	20%
Polska:	1112	1264	1266	14%

Źródło: opracowanie własne DAiS na podstawie sprawozdań MZ-29, MZ-30 oraz MSWiA-43

W 2023 r. największy wzrost liczby łóżek geriatrycznych względem 2021 r. odnotowano w województwie lubelskim (wzrost o 102%) oraz w pomorskim (58%). Natomiast spadek liczby łóżek wystąpił w województwach dolnośląskim (-13%), mazowieckim (-20%) oraz podkarpackim (-10%).

Tabela 10. Obłożenie oddziałów geriatrycznych w latach 2021-2023 w podziale na województwa.

Województwo	2021	2022	2023	Wzrost obłożenia w 2023 względem 2021
dolnośląskie	23%	33%	32%	9%
kujawsko-pomorskie	77%	75%	86%	8%
lubelskie	61%	50%	65%	4%
lubuskie	51%	53%	57%	6%
łódzkie	52%	62%	53%	1%
małopolskie	66%	79%	82%	16%
mazowieckie	37%	46%	54%	17%
opolskie	62%	70%	63%	1%
podkarpackie	75%	72%	81%	6%
podlaskie	58%	45%	64%	6%
pomorskie	8%	34%	58%	49%
śląskie	50%	57%	66%	16%
świętokrzyskie	70%	72%	71%	2%
warmińsko-mazurskie	0%	12%	49%	49%
wielkopolskie	56%	64%	51%	-5%
zachodniopomorskie	22%	58%	62%	40%
Polska:	51%	58%	65%	14%

Źródło: opracowanie własne DAiS na podstawie sprawozdań MZ-29, MZ-30 oraz MSWiA-43

Średnie obłożenie oddziałów geriatrycznych w 2023 r. wynosiło 65%, co stanowi wzrost o 14% względem 2021 r. (51%). W 2023 r. spadek obłożenia w porównaniu do 2021 r.

odnotowano w województwie wielkopolskim o 5%. W pozostałych województwach obciążenie wzrosło, najwięcej - o 49%, w województwie pomorskim oraz warmińsko-mazurskim.

Dostępność świadczeń geriatrycznych w ramach opieki długoterminowej

Zapotrzebowanie na ośrodki opieki stacjonarnej jest bezpośrednią konsekwencją głębokich przemian demograficznych, epidemiologicznych i społecznych zachodzących w ostatnich dekadach. Starzenie się społeczeństwa i wzrastająca z wiekiem częstość występowania schorzeń przewlekłych, wielochorobowości oraz ograniczeń funkcjonowania przekładają się na rosnące zapotrzebowanie na zinstytucjonalizowane formy opieki długoterminowej.

Liczba ośrodków opieki długoterminowej sprawujących opiekę stacjonarną wzrosła w latach 2021–2024 o ok. 6%. W 2024 r. funkcjonowało 490 ośrodków (tj. 1,31 w przeliczeniu na 100 tys. ludności).

Tabela 11. Liczba ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej w latach 2021–2024 (liczby bezwzględne i w przeliczeniu na 100 tys. ludności)

Rok	Liczba ośrodków	Liczba ośrodków na 100 tys. ludności
2021	461	1,21
2022	470	1,24
2023	484	1,29
2024	490	1,31

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ, GUS

Liczba ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej wykazuje silnie zróżnicowanie regionalnie. W 2024 r. najwięcej takich ośrodków zlokalizowanych było w województwach mazowieckim i śląskim (56), a najmniej w województwie lubuskim (12).

Infrastruktura opieki długoterminowej obejmuje zarówno zakłady ochrony zdrowia (zakłady opiekuńczo-lecznicze, ZOL, i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, ZPO), jak i ośrodki opieki społecznej (domy pomocy społecznej, DPS). ZOL stanowią podstawowy filar medycznej opieki długoterminowej. W 2024 r. funkcjonowało łącznie 375 zakładów lub oddziałów opiekuńczo-leczniczych.

Z kolei zakładów lub oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych było znacznie mniej – 130. ZPO pełnią pośrednią rolę pomiędzy opieką zdrowotną a społeczną, przyjmując pacjentów o mniejszej złożoności medycznej niż ZOL, często wymagających głównie wsparcia pielęgnacyjnego i opiekuńczego.

Tabela 12. Liczba ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej w podziale na rodzaj zakładu i województwa w 2024 r.

Województwo	Liczba ZPO	Liczba ZOL	Razem
dolnośląskie	14	40	52
kujawsko-pomorskie	7	21	26
lubelskie	10	25	34
lubuskie	1	11	12
łódzkie	6	22	28

małopolskie	3	38	40
mazowieckie	14	44	56
opolskie	1	15	16
podkarpackie	15	23	21
podlaskie	7	13	17
pomorskie	5	24	29
śląskie	20	38	56
świętokrzyskie	2	19	21
warmińsko-mazurskie	5	13	17
wielkopolskie	11	21	32
zachodniopomorskie	9	8	17
Razem:	130	375	490

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ, GUS

W 2023 r. w stacjonarnej opiece długoterminowej dostępnych było 39 381 łóżek, co oznacza wzrost o 14% w porównaniu z 2021 r. Największy przyrost liczby łóżek odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim (+44%) i lubelskim (+40%). najmniejszy wzrost wystąpił w województwie małopolskim, gdzie liczba łóżek zwiększyła się jedynie o 1%.

Tabela 13. Liczba łóżek stacjonarnej opieki długoterminowej w latach 2021 i 2023 w podziale na województwa (liczby bezwzględne i w przeliczeniu 100 tys. ludności)

Województwo	2021		2023		Zmiana liczby łóżek w przeliczeniu na 100 tys. ludności
	Liczba łóżek	Liczba łóżek na 100 tys. ludności	Liczba łóżek	Liczba łóżek na 100 tys. ludności	
dolnośląskie	3 964	138	4 115	143	4%
kujawsko-pomorskie	1 927	94	1 997	100	6%
lubelskie	1 905	92	2 600	129	40%
lubuskie	1 046	105	2 243	117	11%
łódzkie	2 036	84	2 234	95	13%
małopolskie	3 320	97	3 351	98	1%
mazowieckie	5 715	105	6 223	113	8%
opolskie	1 031	106	1 149	123	16%
podkarpackie	2 401	114	2 640	127	11%
podlaskie	787	68	886	78	15%
pomorskie	1 495	64	1 837	78	22%

śląskie	4 818	108	4 914	114	6%
świętokrzyskie	1 033	85	1 158	99	16%
warmińsko-mazurskie	732	52	1 025	75	44%
wielkopolskie	1 531	44	1 818	52	18%
zachodnio-pomorskie	1 048	62	1 191	73	18%
Razem:	34 789	1 418	39 381	1 614	14%

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ, GUS

Czas oczekiwania

Czas oczekiwania do wybranych zakresów opieki w trybie pilnym został przedstawiony w poniższej tabeli.

Tabela 14. Liczba oczekujących i czas oczekiwania w trybie pilnym – listopad 2024 r.

Kolejka	Liczba oczekujących – Polska	Przeciętny czas oczekiwania – Polska [dni]	Średni czas oczekiwania – Polska [dni]	Średni czas oczekiwania - najlepsze województwo [dni]	Średni czas oczekiwania - najgorsze województwo [dni]
Poradnia geriatryczna	555	71	26	0	60
Oddział geriatryczny	1 261	71	22	0	77
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	770	109	25	0	54
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	2 277	84	16	2	44
Implementacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu	15	25	5	0	17
Rezonans magnetyczny	108 000	55	37	10	57

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Średni czas oczekiwania jest sumą wszystkich czasów oczekiwania podzieloną przez liczbę ośrodków realizujących dane świadczenia. Natomiast przeciętny czas oczekiwania jest wartością ważoną liczbą pacjentów w kolejce u danego świadczeniodawcy - pozwala oszacować, ile dni zazwyczaj oczekuje pacjent.

Przeanalizowano czasy oczekiwania w trybie pilnym, ponieważ dotyczą one pacjentów, którzy powinni mieć zrealizowane świadczenia jak najszybciej.

- Dla poradni i oddziałów geriatrycznych przeciętny czas oczekiwania wynosi 71 dni, a wartość średnia wynosi odpowiednio 26 i 22 dni.

- W przypadku zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz opiekuńczo-leczniczych czasy oczekiwania są trochę dłuższe. Przeciętny czas oczekiwania wynosi odpowiednio 109 i 84 dni, a wartość średnia 25 i 16 dni.
- Czasy oczekiwania na implementację, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu są krótkie - przeciętnie jest to 25 dni, a wartość średnia wynosi 5 dni. Jest 15 pacjentów oczekujących na takie świadczenie.
- Na badanie rezonansu magnetycznego oczekuje aż 108 tys. pacjentów. Przeciętny czas oczekiwania wynosi 55 dni, a wartość średnia 37 dni.

Obserwuje się znaczące różnice regionalne w dostępności do wyżej wymienionych świadczeń. Dla wszystkich tych świadczeń, z wyjątkiem zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego oraz rezonansu magnetycznego, istnieją województwa, w których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni. Jednocześnie dla wszystkich powyższych świadczeń istnieją województwa, w których średni czas oczekiwania jest dużo dłuższy, niż przeciętnie w Polsce.

Wszczepienie stymulatora

Do analizy świadczeń związanych ze wszczepieniem stymulatora mózgu wzięto pod uwagę następujące produkty rozliczeniowe:

- A03 - 5.51.01.0001003 - Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu / stymulatora nerwu błędnego
- A04 - 5.51.01.0001004 - Wszczepienie / wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu

Tabela 15. Liczba świadczeń i pacjentów ze wszczepieniem stymulatora w latach.

Rok	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów
2021	1 331	1 162
2022	1 442	1 266
2023	1 632	1 413
2024	1 960	1 749

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Liczba świadczeń oraz liczba pacjentów poddawanych w/w zabiegom systematycznie rośnie w ostatnich latach. W 2021 r. było to 1 162 pacjentów, a w 2024 r. 1 749 pacjentów, co stanowi wzrost o ponad 50%.

Tabela 16. Liczba świadczeń i pacjentów ze wszczepieniem stymulatora w 2024 r. w województwach.

Województwo	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów
dolnośląskie	55	50
kujawsko-pomorskie	174	149
Lubelskie	165	151
Lubuskie	13	13
łódzkie	66	63
małopolskie	171	132

mazowieckie	573	514
opolskie	2	2
podkarpackie	12	11
podlaskie	38	33
pomorskie	221	204
śląskie	221	195
świętokrzyskie	31	31
warmińsko-mazurskie	9	8
wielkopolskie	89	85
zachodniopomorskie	120	109

Źródło danych: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Istnieją znaczące różnice regionalne dotyczące liczby powyższych zabiegów. Najmniej realizuje się ich w województwie opolskim (2 pacjentów), a najwięcej w województwie mazowieckim (514 pacjentów).

Mapy potrzeb zdrowotnych

Temat geriatry został uwzględniony w dokumencie „Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r.”, jednak nie został wyodrębniony jako osobny rozdział. W załącznikach do dokumentu, prezentujących wyzwania systemu opieki zdrowotnej oraz rekomendowane kierunki działań dla poszczególnych województw (na podstawie danych za 2023 r.), wskazywane są potrzeby zabezpieczenia rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych, wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa.

W rekomendowanych kierunkach działań pojawia się postulat rozwoju systemu opieki zdrowotnej dostosowanego do potrzeb starzejącej się populacji – m.in. poprzez rozwój geriatry.

Ad 3. Dostęp seniorów do wyrobów medycznych

Kwestię refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2025 r. poz. 1038).

Rozporządzenie to definiuje katalog wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wraz z określeniem limitów ich finansowania ze środków publicznych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w tym limicie, kryteriów ich przyznawania oraz osób uprawnionych do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby.

Zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 907), udział środków publicznych w cenie wyrobu medycznego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% jego limitu finansowania ze środków publicznych, w praktyce udział własny w zależności od pozycji wykazu i grupy pacjentów to 0, 10, 20 i 30% limitu.

W wykazie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, stanowiącym załącznik do rozporządzenia, znajduje się 231 grup wyrobów medycznych, które w całości bądź w części są finansowane ze środków publicznych. Wykaz obejmuje zarówno wyroby medyczne wykonywane na zamówienie jak i produkowane seryjnie, m.in.: wyroby chłonne, wyroby stomijne, wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, cewniki, protezy. Intencją tego wykazu jest

zabezpieczenie potrzeb różnych grup pacjentów w jak największym stopniu, przy uwzględnieniu możliwości finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym miejscu należy zaznaczyć, że zlecenie na zaopatrzenie w wyrób medyczny mogą otrzymać tylko ci pacjenci, których jednostki chorobowe wpisują się w kryteria określone w rozporządzeniu. Lekarz wystawiając zlecenie jest odpowiedzialny za dokonanie rozpoznania, ocenę stanu pacjenta oraz ustalenie, czy postawiona przez niego diagnoza uprawnia pacjenta do nabycia wyrobu medycznego z refundacją.

Biorąc pod uwagę powyższe, pomimo, że kryteria przyznawania dla żadnej z pozycji wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (stanowiącego załącznik do rozporządzenia) nie odnoszą się wprost do pacjentów seniorów, w uzasadnionych klinicznie przypadkach osoby te są uprawnione do korzystania z wyrobów medycznych ujętych w rozporządzeniu.

Ad 4. Cyfryzacja systemu – umożliwienie lekarzom, za zgodą pacjenta, dostępu do wyników badań.

Ministerstwo Zdrowia, przy współpracy z Centrum e-Zdrowia, nieustannie stara się rozwijać usługi z zakresu e-zdrowia, tak, aby ułatwić pacjentom wygodne korzystanie z usług cyfrowych i uporządkować rozproszone dotąd informacje medyczne o stanie zdrowia w jednym miejscu. Tak powstało Internetowe Konto Pacjenta, które udostępnia informacje o przeszłym, aktualnym lub planowanym leczeniu i jest ciągle rozbudowywane o nowe funkcjonalności.

Zgodnie z art. 56 ust. 2a oraz 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2025.302 t.j., zwanej dalej „ustawą o SIOZ”) wszystkie podmioty systemu ochrony zdrowia są zobowiązane:

- 1) przekazywać do Systemu Informacji Medycznej (dalej „SIM”) dane zdarzenia medycznego oraz
- 2) zapewnić możliwość dokonywania wymiany za pośrednictwem SIM danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy o SIOZ.

To dzięki wypełnieniu powyższych obowiązków możliwy jest dostęp Pacjenta do informacji po zalogowaniu na Internetowe Konto Pacjenta. Za pomocą IKP Pacjent może udostępnić dowolnemu lekarzowi/pielęgniarkę/położnej, a nawet całej placówce medycznej swoją elektroniczną dokumentację medyczną (historia leczenia, e-recepty, e-skierowania). Może również przekazać dostęp farmaceutce do zgromadzonych recept (także papierowych, zrealizowanych od stycznia 2019 r.). Upoważnienia może udzielić na określony czas i zakres danych.

Odnosząc się do obowiązku prowadzenia oraz wymiany za pośrednictwem SIM danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) poniżej przedstawiam katalog dokumentacji, która stanowi elektroniczną dokumentację medyczną i do której wgląd ma pacjent poprzez IKP, jak i lekarz prowadzący czy personel medyczny, który otrzymał upoważnienie od pacjenta.

EDM stanowią:

- 1) informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach z przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1545);
- 2) informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137

- ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146);
- 3) karta informacyjna z leczenia szpitalnego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 4) wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem;
 - 5) opis badań diagnostycznych, innych niż wskazane w pkt 4;
 - 6) karta profilaktycznego badania ucznia, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 7) Indywidualny Plan Opieki Medycznej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Od 8 stycznia 2020 r. recepty w Polsce są wystawiane – poza nielicznymi wyjątkami – tylko w postaci elektronicznej. Na IKP Pacjent znajdzie informacje o e-receptach wystawionych, zrealizowanych, a także o tych, które zostały zrealizowane częściowo oraz m.in. dawkowaniu leku, który przepisał lekarz. Może również zgłosić zapotrzebowanie na leki, które stale bierze lub zmienić e-receptę na e-receptę transgraniczną.

Warto podkreślić, że IKP dostarcza pacjentom narzędzia do nawigowania w systemie ochrony zdrowia, tak aby mogli oni w pełni angażować się we własne zdrowie. To m.in. możliwość przejrzenia w jednym miejscu historii swojego leczenia, wyników badań, e-skierowań, e-zwolnień, e-recept, zleceń na wyroby medyczne, planu leczenia, historii szczepień, ale również możliwość np. ustawiania przypomnienia o lekach, które pacjent zażywa, także za pomocą skanera leków. IKP centralizuje dane medyczne pacjenta, co usprawnia formalności związane z procesem leczenia i pozwala zaoszczędzić czas zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego.

Dodatkowo, lekarz przy udzielaniu porady ma dostęp do dokumentów, których jest autorem oraz takich, do których nadano mu dostęp poprzez IKP. W przypadku lekarza POZ wskazanego w deklaracji wyboru lekarza POZ, zgodnie z przepisami, domyślnie jest mu nadany pełny dostęp do informacji, które są w systemie P1.

Podsumowując, powstały System e-zdrowie (P1) umożliwia gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych pacjentów oraz indeksów EDM. System obejmuje zasięgiem wszystkie podmioty medyczne, niezależnie od źródła finansowania udzielanych w nich świadczeń. System e-zdrowie (P1) tworzy cyfrowe usługi (e-recepta, e-skierowanie, EDM, zdarzenie medyczne (ZM)), aplikacje (Internetowe Konto Pacjenta (IKP), mojejIKP, gabinet.gov.pl) oraz rozwiązania usprawniające procesy planowania i realizacji świadczeń ochrony zdrowia. Rozwiązania te wspierają codzienną pracę podmiotów leczniczych, pracowników medycznych i administracji publicznej odpowiedzialnej za funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia w Polsce, a pacjentom dostarczają cyfrowe narzędzia ułatwiające zarządzanie zdrowiem swoim oraz bliskich.

Ad 5. Wprowadzenie geriatrycznej opieki koordynowanej w POZ

W Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone prace związane z wprowadzeniem geriatrycznej opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Jednocześnie należy zauważyć, że dostępne aktualnie zakresy opieki koordynowanej – diabetologia, kardiologia, endokrynologia, pulmonologia, nefrologia, dotyczą tych schorzeń, które występują w wieku starszym. Tak więc udzielanie świadczeń opieki koordynowanej stwarza możliwość diagnozowania kilku chorób, udostępniania, w uzasadnionych stanach zdrowia przypadkach, konsultacji specjalistycznych, monitorowania stanu zdrowia, koordynowania procesu leczenia w kilku zakresach u jednego pacjenta, co zapobiega polipragmatyzacji i pozwala na koordynację całościowego procesu leczenia pacjenta.

Ad 6. Rozwój onkologii geriatrycznej

Ministerstwo Zdrowia koordynuje realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), stanowiącej program wieloletni na lata 2020-2030, wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej onkologii. Strategia została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 4 lutego 2020 r.

Najważniejszym celem NSO jest zwiększenie ilości osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w onkologii, wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową:

1. Rozwój systemu kształcenia personelu medycznego przez inwestycje w kadry medyczne,
2. Zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki nowotworów oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych przez inwestycje w edukację,
3. Zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa ich jakości przez inwestycje w pacjenta,
4. Wsparcie badań naukowych w onkologii oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych przez inwestycje w naukę i innowacje,
5. Optymalizacja procesu leczenia, a także doposażenie ośrodków w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę przez inwestycje w system opieki onkologicznej.

W Narodowej Strategii Onkologicznej nie ma odniesienia wprost do pacjentów w starszym wieku, gdyż została ona opracowana dla wszystkich osób chorych na nowotwory lub narażonych na zachorowanie oraz dla osób zdrowych, które mogą przeciwdziałać zachorowaniom. Strategia swoim działaniem obejmuje wszystkich mieszkańców Polski, niezależnie od wieku.

W ramach Strategii wprowadzono Krajową Sieć Onkologiczną (KSO). Jest to nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną nad dorosłymi pacjentami (niezależnie czy są to młodzi dorośli, dorośli czy osoby starsze):

- celem jest zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, kompleksowej opieki opartej o jednakowe standardy i wysoką jakość;
- oczekiwanym efektem wprowadzenia KSO jest poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia onkologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa opieki onkologicznej.

Oczekiwane efekty wdrożenia KSO mające na celu poprawę organizacji i jakości opieki onkologicznej w Polsce:

- poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia onkologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa opieki onkologicznej;
- zapewnienie ciągłości opieki onkologicznej - od diagnostyki przez leczenie, a następnie przez rehabilitację, opiekę specjalistyczną i podstawową opiekę zdrowotną;
- koordynacja opieki onkologicznej - każdy ośrodek zakwalifikowany do KSO wyznaczył koordynatora opieki onkologicznej. To koordynatorzy odpowiadają za ciągłość opieki i mają pomóc pacjentom przejść przez wszystkie etapy diagnostyki i leczenia, ale także skoordynować późniejszą rehabilitację czy opiekę kontrolną. W 2024 r. rozpoczęto proces szkoleń dla koordynatorów opieki onkologicznej, który jest kontynuowany również w b.r.. Celem szkoleń jest ujednolicenie i ugruntowanie

- wiedzy na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz podniesienie kompetencji w zakresie sprawowania opieki nad pacjentem onkologicznym;
- standaryzacja opieki onkologicznej – poprawa jakości diagnostyki i leczenia onkologicznego. W ramach standaryzacji opieki nad pacjentami onkologicznymi, w drodze obwieszczeń Ministra Zdrowia wprowadzane są tzw. ścieżki pacjenta dla najważniejszych grup nowotworów złośliwych. Do tej pory wprowadzono ścieżki dla 18 grup nowotworów, m.in. dla: gruczołu krokowego, pęcherza moczowego, jajnika, piersi, klatki piersiowej. Standardy te obligują wszystkie podmioty zakwalifikowane do KSO do zapewnienia pacjentom takiego samego procesu opieki medycznej, zgodnego z aktualnymi i najlepszymi standardami europejskimi. W zaleceniach tych zawarto obowiązek zapewnienia pacjentom dostępu do rehabilitacji i specjalistycznej pomocy psychologicznej. Natomiast po zakończonym leczeniu pacjenci mają mieć opracowywane plany opieki z określeniem zadań dla onkologa i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W ramach Strategii prowadzono m.in. program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”. Od 5 maja 2025 r. uruchomiono nowy program badań profilaktycznych „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, który jest dostępny dla szerszej grupy osób. Osoby w wieku 20-49 lat mogą mieć wykonywane profilaktyczne badania bilansowe raz na 5 lat, natomiast w przypadku osób powyżej 49. roku życia będą one przeprowadzane raz na 3 lata. Realizacja programu odbywa się w placówkach POZ. Podstawą do wykonania badań jest ankieta, którą można wypełnić samodzielnie za pośrednictwem IKP lub w placówce POZ z pomocą personelu.

W celu szerszego objęcia populacji badaniami przesiewowymi, od 1 stycznia 2024 r. wprowadzono w POZ kwartalne współczynniki korygujące, związane ze zgłaszalnością do Programu Profilaktyki Raka Piersi. Wartość współczynnika korygującego zależy od poziomu zgłaszalności, tj. wzrasta w zależności od osiągniętego wskaźnika: od 12 zł przy zgłaszalności 35%-40%, do 22 zł przy zgłaszalności powyżej 60%.

Wypracowano rozwiązania pozwalające na rozszerzenie w 2025 r. Programu profilaktyki raka szyjki macicy o dwa nowoczesne badania:

- 1) test HPV HR (wirus brodawczaka ludzkiego wysokiego ryzyka, ang. high risk HPV), który pomaga wykryć wywołujące raka szyjki macicy szczepy wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV typ 16 i 18);
- 2) cytologia na podłożu płynnym, która jest badaniem bardziej dokładnym od klasycznej cytologii, pozwalającym na lepszą ocenę stanu zdrowia szyjki macicy.

Rozszerzono grupy wiekowe w programach badań przesiewowych: w Programie profilaktyki raka szyjki macicy: 25-64 lata; w Programie profilaktyki raka piersi: 45-74 lata.

W ramach Strategii prowadzony jest Program badań w kierunku wykrywania raka płuca, skierowany do osób w wieku 55–74 lata, który polega na wykonywaniu badań niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) w populacji osób wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca. Docelowo badanie ma zostać wprowadzone do koszyka świadczeń jako ogólnopolski program profilaktyczny finansowany przez NFZ.

Systematycznie rozszerzano wykaz leków refundowanych w terapiach onkologicznych, tylko w 2024 r. refundacją objęto 135 innowacyjnych terapii, w tym 36 cząsteczko-wskazań onkologicznych.

Dążąc do zapewnienia większej dostępności oraz poprawy warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, a także do utrzymania właściwego dostępu do najnowszych osiągnięć technicznych i technologicznych w zakresie leczenia chorób nowotworowych, w ramach NSO corocznie dofinansowana jest wymiana wyeksploatowanego oraz zakup nowego sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych. Do tej pory przeznaczono 1,42 mld zł na zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów, w tym tylko w 2024 r.

dofinansowano wymianę i zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych za niemal 413,5 mln zł:

- 36 mammografów dla 26 podmiotów;
- 14 akceleratorów dla 13 podmiotów;
- aparat do brachyterapii HDR dla 1 podmiotu;
- systemów planowania leczenia radioterapeutycznego dla 14 podmiotów;
- sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca dla klinik i oddziałów torakochirurgii (12 podmiotów) oraz dla klinik i oddziałów pneumonologii (12 podmiotów);
- sprzętu do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków dla 38 podmiotów udzielających świadczeń dorosłym oraz dla 12 podmiotów udzielających świadczeń dzieciom;
- aparatury i sprzętu medycznego do diagnostyki patomorfologicznej w chorobach nowotworowych dla 28 podmiotów.

Jednocześnie, w 2024 r. zakończyły się prace *Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej*. W skład Zespołu weszli przedstawiciele różnych instytucji związanych z opieką paliatywną i hospicyjną oraz organizacji pacjenckich. Zespół opracował projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w którym zaproponował m.in. istotne zmiany w systemie kwalifikowania chorych do opieki paliatywnej polegające na:

- modyfikacji wykazu jednostek chorobowych kwalifikujących osoby dorosłe do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną,
- usunięciu określeń wskazujących, że jednostka chorobowa występująca u świadczeniobiorcy nie rokuje nadziei na wyleczenie – w to miejsce zaproponowano wskazanie na fakt występowania u świadczeniobiorcy objawów o co najmniej umiarkowanym natężeniu wymagających leczenia (w przypadku opieki stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej) oraz występowanie jednostki chorobowej wymienionej w załączniku 1 do rozporządzenia i określonego stopnia jej zaawansowania (w przypadku opieki stacjonarnej i domowej),
- zapewnieniu szerszego niż dotychczas dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.

W br. kontynuowane są prace nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wydanie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej będzie odpowiedzią na konieczność zapewnienia dostępności do opieki paliatywnej dla chorych, do tej pory jej pozbawionych, co będzie skutkowało z jednej strony zmniejszeniem niepotrzebnych hospitalizacji, a z drugiej poprawi jakość życia pacjentów, którzy do tej pory nie kwalifikowali się do opieki paliatywnej.

Ad 7. Działania na rzecz poprawy opieki nad osobami z zaburzeniami neuropsychicznymi

Opiekę medyczną nad pacjentami z chorobami otępiennymi w miejscu ich zamieszkania sprawują lekarze POZ, natomiast w sytuacji, gdy zaistnieje konieczność dalszych badań i konsultacji specjalistycznych, diagnostyka i leczenie prowadzone są w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia szpitalnego.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.), świadczenia na rzecz osób z chorobami neurologicznymi są udzielane w ramach porady specjalistycznej – neurologia lub neurologia dziecięca. W celu

ustalenia optymalnej ścieżki terapeutycznej lekarz specjalista zleca pacjentowi wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych.

W zakresie leczenia szpitalnego świadczenia w dziedzinie neurologii udzielane są w oddziałach neurologicznych i neurologicznych dla dzieci oraz oddziałach udarowych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.). Świadczenia udzielane są w trybie planowym albo nagłym, obejmują zarówno proces diagnostyczno-terapeutyczny jak i proces pielęgnowania, z zapewnieniem dostępu do procedur z zakresu rehabilitacji oddechowej, narządu ruchu i neurologicznej w różnych specjalnościach.

Ponadto, należy wskazać, że od 1 lipca 2024 r. wprowadzone zostało do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego świadczenie ratujące życie – Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych. Świadczenie to przeznaczone jest dla pacjentów z ostrą fazą udaru niedokrwienego mózgu (ICD-10:163 Zawał mózgu), u których doszło do zamknięcia przez zator lub zakrzep tętnic wewnątrzczaszkowych.

Warto wskazać, że w ramach programu profilaktycznego „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, pacjenci w wieku powyżej 60 r.ż. mogą zostać zbadani kwestionariuszem Mini-Cog stosowanym do mierzenia funkcji poznawczych i w przypadku nieprawidłowych wyników lekarz może skierować pacjenta do dalszej diagnostyki specjalistycznej.

Należy również wspomnieć, że w Ministerstwie Zdrowia opracowano projekt *Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otepiennych, polityki publicznej do roku 2030*, który ma stanowić realizację założeń:

- *Globalnego Planu działania odnoszącego się do odpowiedzi zdrowia publicznego na demencję na lata 2017–2025*, zatwierdzonego przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w Genewie w 2017 r. (przedłużonego do 2031 r.),
- krajowych dokumentów strategicznych,

a także odpowiedź na zachodzące procesy demograficzne.

Opracowanie Programu ma za zadanie usystematyzowanie i skoordynowanie działań aktualnie prowadzonych na rzecz osób z chorobami otepiennymi i ich bliskich, a także wypracowanie nowych rozwiązań – stanowiących efekt współpracy międzyresortowej oraz dialogu strony rządowej ze stroną społeczną – które wpłyną na poprawę jakości życia i funkcjonowania osób chorych i ich opiekunów.

W dniu 23 czerwca 2025 r. Program został przekazany do uzgodnień i konsultacji publicznych (wersja przekazana do konsultacji została opublikowana na stronie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-krajowego-programu-dzialan-wobec-chorob-otepiennych-na-lata-2025-2030>). Nowa wersja projektu, po opiniowaniu zewnętrznym, uzyskała pozytywną opinię Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/