



Minister Zdrowia

RZS.6500.2.2026.AK
Warszawa, 26 czerwca 2026

Pan
Marcin Wiącek
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku,

w związku z pismem z dnia 18 maja 2026 r., o sygnaturze: V.7010.60.2025.ETP, dotyczącym opieki geriatrycznej, zwracam się z uprzejmą o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do kwestii kadr medycznych należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia opracowało szereg analiz i interaktywnych narzędzi umożliwiających rozpoznawanie problemów związanych ze strukturą personelu medycznego w Polsce, w tym ocenę podaży kadr w podziale terytorialnym, z uwzględnieniem struktury wiekowej i zastępowalności pokoleniowej. Analizy te pozwalają identyfikować obszary deficytowe i zróżnicowania regionalne, co stanowi podstawę do określania kierunków działań w systemie ochrony zdrowia.

Równocześnie należy podkreślić, że opieka nad osobami starszymi ma charakter interdyscyplinarny i jest realizowana nie tylko przez lekarzy geriatrów, ale także przez lekarzy innych specjalności, w szczególności chorób wewnętrznych, oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych. Choć liczba specjalistów w dziedzinie geriatry systematycznie wzrasta zapewnienie odpowiedniej opieki seniorom wymaga również wzmocnienia kadr w specjalnościach współuczestniczących w leczeniu osób starszych. Obowiązujące przepisy dotyczące organizacji opieki geriatrycznej przewidują możliwość udziału lekarzy różnych specjalności w realizacji świadczeń geriatrycznych, co odzwierciedla wielospecjalistyczny charakter tej opieki.

Dodatkowo należy wskazać, że procedowana nowelizacja *ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry* przewiduje wiele zmian w zakresie kształcenia podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego oraz uznawania kwalifikacji zawodowych. Wśród proponowanych rozwiązań znajdują się m.in. skrócenie stażu podyplomowego, wprowadzenie Państwowego Egzaminu Kompetencyjnego oraz mechanizmy wspierające kształcenie specjalistów w dziedzinach, w których występują największe niedobory kadrowe. Zmiany te mogą przyczynić się do poprawy dostępności kadr medycznych, w tym również w obszarze opieki nad osobami starszymi.

Warto również podkreślić, że istotną rolę w kształtowaniu zasobów kadrowych odgrywają również kierownicy podmiotów leczniczych, którzy dysponują narzędziami motywującymi lekarzy do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego.

W odniesieniu do dostępności świadczeń należy wskazać, że zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia systematycznie monitorują dostęp do świadczeń

gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. W celu poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2025 r. wprowadzono zmianę zasad finansowania świadczeń, uzależniając je od osiąganego przez świadczeniodawców poziomu udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych. Ministerstwo Zdrowia analizuje także warunki realizacji świadczeń gwarantowanych pod kątem ewentualnej liberalizacji minimalnych wymagań stawianych podmiotom leczniczym, przy jednoczesnym zachowaniu wysokiego poziomu udzielanych świadczeń. Celem tych działań jest zwiększanie dostępu do poradni specjalistycznych, w tym w specjalnościach charakteryzujących się wysokim czasem oczekiwania, także przez rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie pacjentów oraz przez poprawę jakości diagnostyki i leczenia w AOS, wsparcie inwestycji w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ponadregionalnych podmiotach leczniczych.

W obszarze leczenia szpitalnego obowiązujące przepisy przewidują rozwiązania wspierające uwzględnianie szczególnych potrzeb pacjentów starszych. Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów pediatrycznych, neonatologicznych i położniczo-ginekologicznych. Ponadto wszyscy świadczeniobiorcy przyjmowani do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, są obejmowani przesiewową oceną stanu odżywienia. Jednocześnie należy wskazać, że w warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wymóg udziału lekarza specjalisty w dziedzinie geriatry lub gerontologii został przewidziany zasadniczo dla oddziału geriatry, wraz z uwzględnieniem pielęgniarek, w tym specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. Poza oddziałem geriatry udział lekarza specjalisty w dziedzinie geriatry lub gerontologii nie został dotychczas przewidziany ani dopuszczony, przy czym w oddziale chorób wewnętrznych i neurologii możliwe jest opcjonalne zatrudnienie pielęgniarek posiadających kwalifikacje w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego.

W odpowiedzi na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa podejmowane są również działania w obszarze profilaktyki i wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych istotnych dla seniorów. Od 5 maja 2025 r. w podstawowej opiece zdrowotnej realizowany jest ogólnopolski program „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, który obejmuje wszystkich dorosłych bez górnej granicy wieku, przy czym osoby w wieku 50 lat i więcej mogą korzystać z bilansu co 3 lata. Program ten ma znaczenie także w kontekście potrzeb zdrowotnych osób starszych, ponieważ obejmuje m.in. ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego oraz – u osób od 60. roku życia, u których stwierdzono ryzyko występowania zaburzeń funkcji poznawczych – ocenę funkcji poznawczych z wykorzystaniem skali mini-COG. Wśród działań kierowanych do seniorów należy wskazać także programy profilaktyczne finansowane ze środków Funduszu Medycznego, w tym działania w zakresie edukacji i wczesnego wykrywania osteoporozy, a także planowane działania ukierunkowane na promowanie aktywności fizycznej wśród osób starszych.

W 2022 r. w podstawowej opiece zdrowotnej wprowadzono także opiekę koordynowaną, której celem jest poprawa jakości opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi oraz zwiększenie dostępu do diagnostyki i konsultacji specjalistycznych. Świadczenia są realizowane przez placówki POZ na podstawie dodatkowej umowy z NFZ w obszarach: kardiologii, diabetologii, pulmonologii, endokrynologii oraz nefrologii. Opieka koordynowana obejmuje kompleksową ocenę stanu zdrowia pacjenta, opracowanie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, zlecenie badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne oraz wsparcie edukacyjne i dietetyczne. Istotnym elementem modelu są także konsultacje między lekarzem POZ a specjalistą, realizowane zarówno stacjonarnie, jak i zdalnie, co usprawnia proces leczenia i zwiększa bezpieczeństwo pacjentów.

Dodatkowo pacjenci objęci opieką koordynowaną mogą korzystać z konsultacji specjalistycznych bez konieczności uzyskania skierowania do AOS.

Kolejnym istotnym działaniem, wspierającym pacjentów onkologicznych, jest uruchomiony 27 maja 2025 r. Narodowy Portal Onkologiczny, stanowiący ogólnodostępne źródło rzetelnej wiedzy o nowotworach, profilaktyce, diagnostyce i leczeniu, a także o funkcjonowaniu zawodowym i społecznym w trakcie choroby oraz po zakończeniu terapii. Portal zawiera również informacje dotyczące wsparcia psychologicznego i powrotu do codziennego życia. Należy również wspomnieć, że w odpowiedzi na zmiany epidemiologiczne rozszerzono grupy wiekowe objęte programami badań przesiewowych. W przypadku raka szyjki macicy podniesiono górną granicę wieku z 59 do 64 lat, natomiast w przypadku raka piersi rozszerzono zakres wieku z 50–69 do 45–74 lat. Zmiany te zwiększają dostęp osób starszych do bezpłatnej profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów. Dodatkowo w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej realizowane są inwestycje infrastrukturalne obejmujące modernizację podmiotów leczniczych oraz wymianę i doposażenie w sprzęt wykorzystywany w diagnostyce i leczeniu nowotworów. W 2026 r. planowane jest ogłoszenie konkursów dotyczących utworzenia stref komfortu dla pacjentów onkologicznych oraz wzmocnienia potencjału infrastrukturalnego szpitali onkologicznych.

W obszarze neurologii podejmowane działania odpowiadają na potrzeby starzejącego się społeczeństwa i rosnącej liczby pacjentów wymagających długoterminowej, skoordynowanej opieki. Szczególne znaczenie ma rozwój kompleksowych ścieżek opieki nad pacjentami po udarze mózgu, obejmujących cały proces terapeutyczny – od diagnostyki i leczenia po rehabilitację i opiekę poudarową. Istotnym kierunkiem działań jest również rozwój inicjatywy „Zdrowe serce – Zdrowy mózg”, zakładającej lepszą koordynację opieki kardiologicznej i neurologicznej, co ma szczególne znaczenie dla osób starszych, u których schorzenia układu sercowo-naczyniowego i choroby neurologiczne często współwystępują. W celu poprawy ciągłości leczenia planowane jest także wdrożenie koordynatorów opieki neurologicznej, którzy będą wspierać pacjentów w organizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz ułatwiać korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Rozwiązanie to jest szczególnie istotne dla osób starszych wymagających wielospecjalistycznej opieki i wsparcia w poruszaniu się po systemie ochrony zdrowia.

Należy również wskazać, że w grudniu 2025 r. uchwałą Rady Ministrów przyjęty został pierwszy w Polsce *Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych, polityka publiczna do roku 2030*, który ma na celu poprawę jakości opieki nad osobami z chorobami otępiennymi, głównie poprzez usprawnienie rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki, zapewnienie kompleksowego wsparcia pacjentom i ich opiekunom oraz rozwój świadomości społecznej na temat tych chorób.

W kontekście opieki nad osobami starszymi trzeba wskazać także *Narodowym Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032* (NPChUK), który odpowiada na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa i wysoką częstością występowania chorób układu krążenia wśród osób starszych. Działania realizowane w ramach *Programu* obejmują rozwój kadr medycznych, poprawę dostępności i jakości świadczeń, profilaktykę oraz rozwój opieki koordynowanej. Ich celem jest wydłużenie życia w zdrowiu, ograniczenie powikłań chorób przewlekłych oraz zmniejszenie ryzyka utraty samodzielności, co pośrednio wpływa na ograniczenie zapotrzebowania na opiekę długoterminową. Program przewiduje również działania bezpośrednio związane z opieką długoterminową, w szczególności poprawę dostępności rehabilitacji kardiologicznej oraz opieki nad pacjentami wymagającymi długotrwałego leczenia, w tym chorymi z niewydolnością serca. Obejmują one analizę dostępności świadczeń, rozwój map potrzeb zdrowotnych oraz działania zmniejszające różnice regionalne. Istotnym elementem realizacji założeń NPChUK jest Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK), funkcjonująca od 2025 r. Model ten zapewnia ciągłość i koordynację opieki na wszystkich etapach leczenia – od diagnostyki, przez leczenie i rehabilitację, aż po dalszą opiekę, w tym opiekę długoterminową. Kluczową rolę pełnią

koordynatorzy opieki kardiologicznej, wspierający pacjentów w organizacji procesu leczenia i dostępie do świadczeń. KSK zakłada także wdrażanie jednolitych standardów postępowania, monitorowanie jakości świadczeń oraz rozwój narzędzi cyfrowych, w tym elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej (e-KOK), której obowiązkowe stosowanie planowane jest od 2028 r. Rozwiązania te mają poprawić jakość, skuteczność i ciągłość opieki nad pacjentami przewlekle chorymi. Uzupełnieniem działań systemowych są inicjatywy profilaktyczne realizowane w ramach NPChUK, w tym program „10 dla Serca”, rozwijany obecnie do formuły „10 dla Zdrowia”. Działania te obejmują edukację zdrowotną, identyfikację czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz promocję zdrowego stylu życia. Wsparciem dla pacjentów są m.in. narzędzia dostępne w aplikacji mojejKP oraz portal kardiologia.gov.pl. Celem tych działań jest zapobieganie chorobom przewlekłym, utrzymanie sprawności funkcjonalnej osób starszych oraz zmniejszenie ryzyka niesamodzielności.

Istotnym elementem wsparcia osób starszych jest również program bezpłatnych leków 65+, uregulowany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Od 1 września 2023 r. obniżono wiek uprawniający do korzystania z programu z 75 do 65 lat oraz znacząco rozszerzono wykaz dostępnych leków. Od 1 kwietnia 2026 r. wykaz bezpłatnych leków dla seniorów obejmuje 3 689 pozycji, co stanowi ponad 94% wszystkich leków refundowanych dostępnych w aptekach. W 2025 r. NFZ przeznaczył na refundację leków dla osób po 65. roku życia ponad 9 mld zł. W pierwszych czterech miesiącach 2026 r. koszty programu wyniosły blisko 1,2 mld zł. Od początku funkcjonowania programu do kwietnia 2026 r. skorzystało z niego ponad 9,4 mln osób, a w 2025 r. średnio miesięcznie korzystało z niego ponad 3,7 mln seniorów. Dodatkowo od lutego 2025 r. rozszerzono krąg osób uprawnionych do wystawiania recept na bezpłatne leki, obejmując nim m.in. lekarzy, pielęgniarki i farmaceutów. Obecnie Ministerstwo Zdrowia analizuje możliwości optymalizacji wydatków przy jednoczesnym zachowaniu dostępu seniorów do bezpłatnych terapii. Celem jest utrzymanie dostępności leczenia przy bardziej efektywnym wykorzystaniu środków publicznych.

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 mechanizmów koordynacji 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.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w latach 2020–2024 realizowano projekt „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” (PDP1), finansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014–2021. W jego ramach opracowano siedem modeli telemedycznych, w tym model dedykowany opiece nad osobami starszymi z sarkopenią, niedożywieniem i zespołem kruchości (FRA-MA-SARC). Model zakłada współpracę podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej, wykorzystanie narzędzi przesiewowych oraz rozwiązań telemedycznych wspierających profilaktykę, monitorowanie stanu zdrowia i realizację zaleceń nefarmakologicznych. Opracowana platforma internetowa umożliwia pacjentom samoocenę stanu zdrowia, personelowi medycznemu zdalne monitorowanie i konsultacje, a systemowi ochrony zdrowia gromadzenie danych epidemiologicznych. Wypracowane rozwiązania mogą być wykorzystywane w przyszłych działaniach na rzecz poprawy opieki geriatrycznej.

Istotnym elementem cyfryzacji ochrony zdrowia jest również realizowany przez Centrum e-Zdrowia projekt DOM, finansowany ze środków Krajowego Planu Odbudowy. Narzędzie to ma wspierać profilaktykę, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz opiekę koordynowaną. System będzie wykorzystywał dane dotyczące użytkowania wyrobów medycznych, dane z urządzeń typu SMART oraz elektronicznych „dzienników pacjenta” dostępnych w IKP i aplikacji mojeIKP. Dostęp do tych informacji uzyska personel medyczny, co umożliwi bieżące monitorowanie parametrów zdrowotnych pacjentów, szczególnie osób starszych wymagających stałej obserwacji.

Teleopieka jest również realizowana poprzez możliwość wystawiania e-recept i e-skierowań podczas teleporad. Dodatkowo Internetowe Konto Pacjenta pozwala seniorom na udostępnienie wybranych informacji zdrowotnych osobom bliskim, w tym informacji o receptach, skierowaniach, wizytach i dokumentacji medycznej. Aplikacja mojeIKP umożliwia natomiast ustawianie przypomnień o przyjmowaniu leków zgodnie z zaleceniami lekarza, wspierając przestrzeganie terapii.

Uzupełnieniem działań na rzecz osób starszych i osób ze szczególnymi potrzebami jest projekt „Dostępność Plus dla AOS”, którego celem jest zwiększenie dostępności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W ramach programu finansowane są m.in. zakupy sprzętu i wyposażenia poprawiającego dostępność, rozwiązania cyfrowe, prace remontowo-adaptacyjne likwidujące bariery architektoniczne, szkolenia personelu, zatrudnienie koordynatorów dostępności i asystentów osób z niepełnosprawnościami oraz działania organizacyjne służące dostosowaniu placówek do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Realizacja projektu przyczynia się do poprawy warunków korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez osoby starsze i osoby z

niepełnosprawnościami poprzez zwiększenie dostępności infrastruktury, rozwój narzędzi wspierających komunikację oraz podnoszenie kompetencji personelu medycznego w zakresie dostępności.

Należy również wspomnieć, że w 2026 r., w ramach Celu Operacyjnego 5 „Wyzwania demograficzne” Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026, ogłoszono konkursy dotyczące poprawy sprawności funkcjonalnej i jakości życia osób starszych poprzez profilaktykę sarkopenii, opracowania wytycznych dostosowywania przestrzeni mieszkalnych do potrzeb osób z zaburzeniami poznawczymi oraz przygotowania materiałów szkoleniowych dla nieformalnych opiekunów osób z chorobami otępiennymi.

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