



WICEPREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
Małgorzata Motylow

LKI.410.009.01.2021

Adam Niedzielski  
Minister Zdrowia  
Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 – Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia (dalej: Ministerstwo), ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Niedzielski, Minister Zdrowia od 26 sierpnia 2020 r. W okresie objętym kontrolą stanowisko Ministra Zdrowia zajmowali również: Łukasz Szumowski – od 9 stycznia 2018 r. do 20 sierpnia 2020 r. oraz Konstanty Radziwiłł – od 16 listopada 2015 r. do 9 stycznia 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Rozwiązania prawne i organizacyjne służące poprawie jakości i dostępności medycznej opieki geriatrycznej.</li><li>2. Polityka zdrowotna dotycząca opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2021 (17 września 2021 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> <sup>1</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kinga Komenda, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/58/2021 z 7 czerwca 2021 r.</li><li>2. Krzysztof Kopeć, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/60/2021 z 7 czerwca 2021 r.</li><li>3. Łukasz Pieńkowski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/59/2021 z 7 czerwca 2021 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1-8)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Podejmowane przez Ministerstwo działania dotyczące opieki nad osobami starszymi nie przyczyniły się do poprawy dostępności medycznej opieki geriatrycznej dla pacjentów oraz do rozwoju geriatryi jako specjalistycznej dziedziny medycyny.

Nie wszystkie zadania związane z poprawą opieki nad seniorami przewidziane w dokumentach programowych Ministerstwa dotyczących ochrony zdrowia zostały zrealizowane. Nie wdrożono bilansu zdrowotnego 60-lątka przewidzianego w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020 (dalej: NPZ na lata 2016–2020). Nie zrealizowano także zadań dotyczących opracowania standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi, poprawy koordynacji opieki oraz określenia zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych, które zostały określone do wykonania w latach 2018-2020 w dokumencie pn. *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ* (dalej: *Polityka wobec osób starszych*).

Działania Ministerstwa nie przyczyniły się do zniwelowania nierównego dostępu do opieki geriatrycznej na terenie kraju. W województwie śląskim w 2021 r. (1 września) funkcjonowało 14 oddziałów geriatrycznych, podczas gdy w województwach podlaskim i zachodniopomorskim znajdował się jeden, a w województwie warmińsko-mazurskim nie utworzono żadnego oddziału geriatrycznego. Istnieje ryzyko nieosiągnięcia prognozowanego na 2029 r. zapotrzebowania na łóżka geriatryczne, gdyż na dzień 1 września 2021 r. liczba łóżek geriatrycznych stanowiła jedynie 15% prognozowanej liczby.

Kluczowym problemem w rozwoju geriatryi, dotychczas nierozwiązanym, jest zbyt mała liczba specjalistów w tej dziedzinie. Brakuje systemowych rozwiązań tego problemu. Pomimo wpisania geriatryi jako priorytetowej dziedziny medycyny, zmniejszyło się zainteresowanie wśród lekarzy wyborem tej specjalizacji, a zamiar odbywania jej w trybie rezydenckim deklarowało corocznie jedynie kilka osób.

Opracowane w 2013 r., przez powołany przez Ministra Zespół ds. Gerontologii, standardy opieki geriatrycznej nie zostały wprowadzone do stosowania przepisami powszechnie obowiązującymi, przez co ich wpływ na jakość i efektywność udzielanej opieki był ograniczony. Ministerstwo współpracowało z podmiotami zainteresowanymi problematyką opieki zdrowotnej osób starszych oraz analizowało i realizowało niektóre postulaty zgłaszane przez te podmioty.

Istotny dla poprawy medycznej opieki geriatrycznej projekt ustawy o szczególnych formach geriatrycznej opieki zdrowotnej był przygotowywany przez Narodową Radę Rozwoju<sup>3</sup>, a Ministerstwo w trakcie prac nad tym projektem pełniło funkcję opiniodawczo-konsultacyjną.

W okresie objętym kontrolą nie działał powołany zarządzeniami Ministra Zdrowia Zespół do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej (dalej również: Zespół). W konsekwencji Minister nie miał możliwości korzystania ze wsparcia tego Zespołu w sprawach dotyczących problematyki opieki nad osobami starszymi.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>3</sup> Gremium konsultacyjno-doradcze przy Prezydencie Rzeczypospolitej Polskiej skupiające zespoły eksperckie specjalizujące się w wybranych, najistotniejszych dziedzinach funkcjonowania państwa.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

#### 1. Rozwiązania prawne i organizacyjne służące poprawie jakości i dostępności medycznej opieki geriatrycznej

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z regulaminami organizacyjnymi Ministerstwa obowiązującymi w okresie objętym kontrolą<sup>5</sup>, prowadzenie spraw związanych ze zdrowiem osób starszych należało do zadań Departamentu Zdrowia Publicznego (dalej: DZP<sup>6</sup>). Z zakresu tego wyłączone zostały zagadnienia dotyczące warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zapewnienia dostępności do tych świadczeń i ich finansowania (Departament Lecznictwa), leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Departament Polityki Lekowej i Farmacji).

Zadania dotyczące przygotowywania, we współpracy z właściwymi merytorycznie komórkami organizacyjnymi, strategii, polityk publicznych, programów w systemie ochronie zdrowia oraz koordynowanie tych zadań w Ministerstwie, prowadzenie analiz dotyczących zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz opracowywanie map potrzeb zdrowotnych, w tym zapotrzebowania na kadry realizowane były w Departamencie Analiz i Strategii.

Sprawy kształcenia przed- i podyplomowego kadr medycznych oraz związane ze specjalizacją lekarzy odbywaną w trybie rezydentury prowadzone były w Departamencie Rozwoju Kadr Medycznych.

(akta kontroli str. 1675)

Zgodnie z treścią dokumentu pn. *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski*<sup>7</sup> (rozdział III *Prognoza*), w 2029 r. prognozowane zapotrzebowanie na łóżka na oddziałach geriatrycznych wyniesie 7710 łóżek. Na dzień 1 września 2021 r. dostępnych dla osób starszych było 1140 łóżek geriatrycznych, co stanowiło 15% prognozowanej liczby. W województwie warmińsko-mazurskim nie było w ogóle łóżek geriatrycznych, natomiast w pozostałych województwach odsetek istniejących łóżek wynosił od 6% (łódzkie), do 21% (opolskie) i 37% (śląskie) prognozowanej liczby.

(akta kontroli str. 1599-1604, 1618-1625)

Na temat prowadzonych w Ministerstwie prac dotyczących osiągnięcia prognozowanego zapotrzebowania na miejsca na oddziałach geriatrycznych, Dyrektor DZP wyjaśnił: *Na podstawie informacji przekazanych m.in. przez Departament Analiz i Strategii, należy podkreślić, że podczas tworzenia Map Potrzeb Zdrowotnych prowadzone są analizy, w wyniku których określone zostają*

<sup>4</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>5</sup> Wprowadzonymi zarządzeniami Ministra Zdrowia: z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 32), z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 12) i z dnia 17 listopada 2020 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 98).

<sup>6</sup> W okresie od 1 lutego 2019 r. do 13 października 2020 r. zadania te zostały przypisane Departamentowi Zdrowia Publicznego i Rodziny.

<sup>7</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych jest dokumentem określającym potrzeby zdrowotne poszczególnych regionów i całego kraju. Zebrane zostały w niej dane demograficzne i epidemiologiczne oraz dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. Na ich podstawie sporządzona została prognoza przyszłych potrzeb dotyczących świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw i całego kraju. Mapa zamieszczona pod adresem: [http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17\\_polska-1.pdf](http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17_polska-1.pdf) (dostęp w dniu 27.08.2021 r.).

potrzeby zdrowotne poszczególnych regionów i całego kraju.(...) Dokumenty te nie obejmują natomiast propozycji działań/rozwiązań do podjęcia, stanowiących odpowiedź na zidentyfikowane potrzeby. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Departament Lecznictwa, możliwość zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia mają jedynie świadczeniodawcy, którzy spełniają warunki do realizacji świadczeń gwarantowanych (określone w rozporządzeniach koszykowych) oraz wyrażają wolę do zawarcia stosownej umowy z NFZ. Tworzenie w podmiotach leczniczych nowych poradni specjalistycznych czy też oddziałów szpitalnych to wyłączna kompetencja organów tworzących podmioty lecznicze. Dalsza poprawa dostępności do świadczeń geriatrycznych, w rozumieniu tworzenia zupełnie nowych poradni czy oddziałów geriatrycznych, jest uzależniona od utworzenia ich przez właściwe organy.

(akta kontroli str. 1684-1685)

NIK zauważa, że zgodnie z przyjętą metodyką prognozowania, wyniki zapotrzebowania na łóżka geriatryczne dotyczą jedynie liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów z grupy wiekowej powyżej 85. roku życia. Natomiast zgodnie z przyjętą przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) procedurą kwalifikowania pacjenta do objęcia *Całościową Opieką Geriatryczną*<sup>8</sup> (dalej: COG), kwestionariusz skali VES-13<sup>9</sup> przeznaczony jest dla pacjentów powyżej 60. roku życia. W związku z tym faktyczne zapotrzebowanie na łóżka na oddziałach geriatrycznych może być większe niż w przedmiotowej prognozie.

Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 4 grudnia 2008 r. powołał Zespół do spraw gerontologii<sup>10</sup>. Zarządzeniem Ministra z 19 sierpnia 2015 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii<sup>11</sup> dokonano m.in. zmiany jego nazwy – na Zespół do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej. Wśród zadań Zespołu (§ 4 zarządzenia) wymieniono: [1] określenie zasad prowadzenia zdrowotnej polityki senioralnej; [2] opracowanie zasad realizacji całościowej oceny geriatrycznej w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej; [3] określenie sposobu oceny zdrowia osób starszych w podstawowej opiece zdrowotnej; [4] wykonywanie innych zadań wskazanych przez Ministra Zdrowia, członka Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia nadzorującego Departament Zdrowia Publicznego lub Przewodniczącego Zespołu.

Zgodnie z § 5 ust. 3 zarządzenia: *Przewodniczący Zespołu zwołuje posiedzenia Zespołu z własnej inicjatywy, w razie potrzeby, nie rzadziej jednak niż raz na pół roku albo na umotywowany wniosek co najmniej trzech członków Zespołu.*

Przewodniczący Zespołu był zobowiązany do przedstawiania nie rzadziej niż raz na rok ministrowi właściwemu do spraw zdrowia pisemnych raportów z działalności Zespołu (§ 8).

Zarządzeniem Ministra Zdrowia z 13 stycznia 2020 r.<sup>12</sup> z dniem 14 stycznia 2020 r. uchylono zarządzenie z 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej i jednocześnie powołano Zespół o tej samej nazwie. Zespół ten miał pełnić rolę organu opiniodawczo-doradczego Ministra.

W skład Zespołu, zgodnie z § 2 ust. 1 zarządzenia, mieli wejść:

1) przewodniczący – przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia w randze ministra, sekretarza albo podsekretarza stanu w tym Ministerstwie;

<sup>8</sup> Wielowymiarowy i interdyscyplinarny proces diagnostyczny do określania problemów medycznych, fizycznych, psychicznych i socjalnych starszego pacjenta przez geriatrę wraz z zespołem geriatrycznym, w skład którego wchodzi pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog, a często również pracownik socjalny.

<sup>9</sup> Kwestionariusz kwalifikujący pacjentów oddziałów geriatrycznych do objęcia COG.

<sup>10</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 13, poz. 87, ze zm.

<sup>11</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 39.

<sup>12</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 2.

2) sekretarz – przedstawiciel Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia;

3) członkowie:

- a) przedstawiciel Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia,
- b) przedstawiciel Departamentu e-Zdrowia,
- c) przedstawiciel Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki,
- d) przedstawiciel Departamentu Oceny Inwestycji,
- e) przedstawiciel Departamentu Pielęgniarek i Położnych,
- f) przedstawiciel Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji,
- g) przedstawiciel Departamentu Systemu Zdrowia,
- h) przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- i) przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia,
- j) przedstawiciel Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji,
- k) przedstawiciel Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
- l) konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych,
- m) konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej,
- n) konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii,
- o) konsultant krajowy w dziedzinie neurologii,
- p) konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej,
- q) konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego,
- r) konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa,
- s) konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego,
- t) konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej,
- u) przedstawiciel Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
- v) przedstawiciel Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej,
- w) pięciu przedstawicieli wybranych przez przewodniczącego Zespołu spośród kandydatów zgłoszonych przez wyższe uczelnie medyczne,
- x) pięciu przedstawicieli wybranych przez przewodniczącego Zespołu spośród kandydatów zgłoszonych przez szpitale, dla których podmiotem założycielskim jest marszałek województwa, uczelnia medyczna lub instytut naukowy,
- y) pięciu przedstawicieli wybranych przez przewodniczącego Zespołu spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje pozarządowe albo związki lub porozumienia organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony zdrowia, lub zaangażowanych w działania na rzecz osób starszych (przedstawiciele organizacji pozarządowych albo związków lub porozumień organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych).

Zgodnie z § 2 ust. 2 zarządzenia, sekretarza Zespołu oraz jego członków miał powołać Minister Zdrowia.

Wśród zadań Zespołu wymieniono (§ 4):

- przygotowywanie opinii, rekomendacji lub zaleceń w sprawach dotyczących zdrowotnej polityki senioralnej, w szczególności odnoszących się do priorytetowych kierunków realizacji zdrowotnej polityki senioralnej;
- zgłaszanie i opiniowanie propozycji strategii, programów, planów i działań z zakresu opieki zdrowotnej kierowanych do osób starszym, w tym dotyczących zdrowia publicznego i świadczeń opieki zdrowotnej;
- przedstawianie i opiniowanie propozycji działań dotyczących koordynacji usług zdrowotnych i pomocy społecznej kierowanych do osób starszych i ich opiekunów, w tym działań wdrożeniowych i monitoringowych;
- wspieranie innych zadań wskazanych przez Ministra Zdrowia lub członka kierownictwa Ministerstwa Zdrowia lub przewodniczącego Zespołu.

Do zadań przewodniczącego Zespołu należało planowanie i organizowanie pracy Zespołu i zwoływanie jego posiedzeń oraz przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia pisemnych raportów z działalności Zespołu.

W zarządzeniu określono, że przewodniczący zwołuje posiedzenia Zespołu z własnej inicjatywy, w razie potrzeby, nie rzadziej jednak niż raz na pół roku albo na umotywowany wniosek co najmniej trzech członków Zespołu.

Od 4 września 2015 r., tj. wejścia w życie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii, nie odbyło się żadne posiedzenie Zespołu. Nie funkcjonował także Zespół do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej powołany zarządzeniem Ministra z 13 stycznia 2020 r. Nie zostało również zwołane żadne jego posiedzenie, nie wyznaczono nawet składu osobowego tego Zespołu.

(akta kontroli str. 1572-1588, 1605)

Zastępca Dyrektora DZP wyjaśniła, że w latach 2017-2021 posiedzenia Zespołu do Spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej (uprzednio Zespołu do Spraw Gerontologii) nie odbywały się, a Ministerstwo nie wydatkowało żadnych środków finansowych na jego funkcjonowanie.

(akta kontroli str. 1325-1327, 1605)

Dyrektor Generalny Ministerstwa wyjaśniła, że *nie odbyło się żadne posiedzenie Zespołu powołanego na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii (...), a co za tym idzie brak jest protokołów z prac tego gremium, jak również nie wydatkowano środków finansowych na jego funkcjonowanie. Sytuacja ta była spowodowana m.in. rezygnacją Pani prof. dr hab. n. med. Barbary Bień z funkcji Przewodniczącej Zespołu. (...) Ze względu na potrzebę dostosowania systemu ochrony zdrowia do: potrzeb zdrowotnej polityki senioralnej (w szczególności w zakresie profilaktyki, deinstytucjonalizacji oraz opieki nad pacjentami cierpiącymi na choroby otępienne), realizacji działań opisanych w dokumencie strategicznym pn. Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo-Uczestnictwo-Solidarność (przyjętym uchwałą Rady Ministrów w dniu 26 października 2018 r.) oraz zaplanowania działań do realizacji w ramach wsparcia z funduszy unijnych na lata 2021-2027, dotychczasowe zadania Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej (powołanego w 2015 r.) – skupiające się wokół tematyki systemu opieki geriatrycznej – wymagały uaktualnienia i rozszerzenia.*

*Uznano, że konieczność uwzględnienia tych dodatkowych obszarów w pracach gremium opiniodawczo-doradczego po stronie Ministra Zdrowia wymusza powołanie zespołu w szerszym składzie. Do prac nad tematami dotyczącymi kształtowania zdrowotnej polityki senioralnej zamierzano zaprosić m.in. przedstawicieli: innych komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia, administracji rządowej (w tym w szczególności przedstawicieli ministra właściwego do spraw pomocy społecznej) i jednostek samorządu terytorialnego, NFZ, AOTMiT, uczelni i instytucji badawczych, Narodowej Rady Rozwoju (NRR), organizacji pozarządowych i konsultantów krajowych (m.in. w dziedzinach geriatry, neurologii, chorób wewnętrznych, pielęgniarstwa długoterminowego i rehabilitacji).*

*Mając na względzie liczne zmiany w pierwotnym zarządzeniu, w 2020 r. zdecydowano się na powołanie, na podstawie nowego zarządzenia, Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej w zmienionym składzie. (...)*

*(...) Proces powoływania członków Zespołu powołanego na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej nie został sfinalizowany. Zebrano zgłoszenia*

*kandydatów, natomiast ze względu na pojawienie się w projekcie ustawy o szczególnych formach geriatrycznej opieki zdrowotnej (przygotowanej przez kancelarię Prezydenta RP) koncepcji Rady do spraw opieki geriatrycznej, mającej pełnić funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia (której potencjalne kompetencje częściowo pokrywałyby się z zakresem zadań przypisanych Zespołowi do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej) wstrzymano prace nad powołaniem członków Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej. Dodatkowo wybuch i trwająca nadal epidemia COVID-19 ograniczyła możliwości prac nad powołaniem nowego gremium opiniodawczo-doradczego przy Ministrze Zdrowia zajmującego się sprawami zdrowotnej polityki senioralnej.*

*Należy wyraźnie podkreślić, iż powołanie Zespołu ds. zdrowotnej polityki senioralnej (uprzednio Zespołu ds. gerontologii) było inicjatywą Ministra Zdrowia. Gremium to nie jest wskazane jako obligatoryjny organ doradczy w obowiązujących przepisach. Z tego też względu - w sytuacji gdy nie było konieczności i możliwości zwoływania posiedzeń Zespołu - w różnorodnych kwestiach dot. opieki nad osobami starszymi, posłkowano się m.in. konsultacjami z konsultantami krajowymi i przedstawicielami Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.*

(akta kontroli str. 1640, 2151-2158)

*Zastępca Dyrektora DZP wśród powodów niefunkcjonowania Zespołu wskazała na projekt ustawy o szczególnych formach geriatrycznej opieki zdrowotnej, udostępniony przez Kancelarię Prezydenta RP, w którym pojawiła się m.in. koncepcja powołania Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej, mającej pełnić funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia. Wyjaśniła, że potencjalne kompetencje przydzielone Radzie do spraw opieki geriatrycznej częściowo pokrywałyby się z zakresem zadań przypisanych Zespołowi do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej. Ze względu na to, że funkcjonowanie przy Ministrze Zdrowia dwóch niezależnych gremiów opiniodawczo-doradczych w zakresie geriatrii o nakładających się zadaniach nie było celowe, wstrzymano prace nad powołaniem składu Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej, aby nie powielać zadań, nie angażować podwójnej liczby ekspertów i nie generować podwójnych kosztów funkcjonowania obu tych gremiów. Ze względu na wybuch i trwającą nadal epidemię COVID-19, prace nad powołaniem nowego gremium opiniodawczo-doradczego przy Ministrze Zdrowia – zajmującego się sprawami zdrowotnej polityki senioralnej – zostały czasowo zawieszono.*

(akta kontroli str. 1325-1327)

*Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. Powołanie Zespołu świadczy o tym, że Minister Zdrowia dostrzegł wagę problemów dotyczących medycznej opieki nad osobami starszymi, a zadania przypisane Zespołowi miały pomóc w ich rozwiązaniu. Niepodjęcie działalności przez Zespół oznacza, że Minister został pozbawiony możliwości skorzystania z efektów pracy tego Zespołu. Epidemia COVID-19 nie jest okolicznością, która uzasadnia ponad półtoraroczną zwłokę w powołaniu Zespołu na podstawie zarządzenia z 13 stycznia 2020 r. Zaniechania tego nie usprawiedliwia także zamierzenie powołania Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej. Rada ta została wskazana jedynie w projekcie ustawy. Nie ma pewności, że ustawa taka zostanie uchwalona i w jakim terminie to nastąpi.*

*Na potrzebę zwołania posiedzenia Zespołu zwróciła uwagę krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, która poinformowała, że (...) 8 czerwca 2021 roku podczas spotkania konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa z przedstawicielami Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych i omawianiu bieżącej problematyki poprosiłam o interwencję w celu zwołania posiedzenia Zespołu, celem*



omówienia ważnych problemów związanych z obszarem funkcjonowania opieki geriatrycznej w kraju i ustaleniem priorytetowych działań.

(akta kontroli str. 1597-1598)

W latach 2017-2021 do Ministerstwa wpływały interpelacje, wnioski i rekomendacje dotyczące jakości i dostępności opieki geriatrycznej. Były one formułowane m.in. przez Rzecznika Praw Pacjenta, posłów, konsultanta krajowego ds. geriatry, szefa Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych oraz Narodową Radę Rozwoju i dotyczyły zwłaszcza:

- niedostatecznej infrastruktury ochrony zdrowia seniorów;
- zwiększenia liczby poradni geriatrycznych;
- zwiększenia liczby łóżek szpitalnych w oddziałach geriatrycznych oraz poprawy dostępności do świadczeń;
- zwiększenia liczby specjalistów w dziedzinie geriatry;
- rozważenia podjęcia prac legislacyjnych mających na celu rozszerzenie świadczeń gwarantowanych o „oddziały rehabilitacyjne geriatryczne” jako postulowane przez środowisko medyczne, w celu poprawy jakości opieki nad pacjentami;
- propozycji wprowadzenia obowiązku konsultacji geriatrycznej w przypadku hospitalizowania osoby w podeszłym wieku w oddziale innym niż geriatryczny.

Prośbę o przekazanie informacji na temat podejmowanych przez Ministerstwo działań skierował również Prezydent RP. Wskazał na konieczność utrzymania funkcjonujących oddziałów geriatrycznych w szpitalach, a także na umożliwienie im dalszego rozwoju. Wraz z prośbą zostały przekazane rekomendacje sekcji ochrony zdrowia Narodowej Rady Rozwoju. W rekomendacjach tych wskazano na potrzebę:

- przywrócenia oddziałów geriatry na poziomach I, II i III w placówkach sieci szpitali w celu propagowania podejścia geriatrycznego opartego o pełną COG oraz wprowadzenia formy częściowej COG w innych oddziałach;
- poszerzenia dotychczasowego modelu opieki geriatrycznej w placówkach lecznictwa zamkniętego o geriatryczne zespoły konsultacyjne, co stworzy dla najstarszych pacjentów o złożonej chorobowości szanse na wykrywanie ukrytych problemów zdrowotnych i socjalno-opiekuńczych;
- stworzenia procedury hospitalizacji jednego dnia w oddziale lub pododdziale szpitalnym o profilu geriatrycznym w celu zdiagnozowania stanu zdrowia pacjenta i zaplanowania dostosowanych do jego potrzeb rozwiązań;
- poprawy jakości długoterminowej opieki nad seniorami w systemie opieki zdrowotnej i społecznej, między innymi poprzez wykorzystanie telemedycyny, edukacji, doradztwa, e-platformy, a także poprawy komunikacji między świadczeniodawcami i opiekunami rodzinnymi;
- wprowadzenia przedmiotu *geriatria* do obowiązkowego programu kształcenia studentów medycyny na kierunkach lekarskich wszystkich uczelni medycznych na bazie klinik geriatrycznych;
- wprowadzenia obowiązkowego kształcenia podyplomowego lekarzy rodzinnych z zakresu geriatry;
- zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych z geriatry na bazie klinik i oddziałów geriatrycznych oraz przywrócenia tzw. *krótkiej ścieżki* specjalizacji z geriatry dla doświadczonych lekarzy specjalistów w zakresie innych specjalności;

- projektowania i wdrażania programów skierowanych na prewencję chorobową u osób starszych;
- powołania aktywnego zespołu w Ministerstwie Zdrowia, np. w Departamencie Polityki Senioralnej, w celu scalenia obecnie rozproszonych działań na rzecz pacjentów geriatrycznych.

Odpowiedzi na wymienione wystąpienia były przedmiotem analiz prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia. W odpowiedziach przekazywanych do Narodowej Rady Rozwoju Ministerstwo zwracało zwłaszcza uwagę na kwestie organizacyjne proponowanych rozwiązań oraz ich koszty.

(akta kontroli str. 385-404, 473-544)

W odpowiedzi na pismo Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 24 listopada 2018 r. zawierające prośbę o wskazanie podejmowanych i planowanych działań w celu zwiększenia liczby specjalistów geriatrów oraz poprawy dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych dla pacjentów w wieku podeszłym, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zbigniew Król poinformował o kontynuowaniu prac nad trzema propozycjami świadczeń z zakresu geriatry, jednak w związku z procesem doprecyzowywania zapisów nie jest możliwe określenie daty zakończenia tych prac. Propozycje świadczeń dotyczyły diagnostyki otępienia z COG w ramach procedury leczenia jednego dnia, geriatrycznych zespołów konsultacyjnych i rehabilitacji geriatrycznej stacjonarnej.

(akta kontroli str.1478-1485)

Z wyjaśnień udzielonych przez Dyrektora Generalnego wynika, że żadne z ww. propozycji świadczeń geriatrycznych nie zostało włączone do puli świadczeń gwarantowanych.

Odnosząc się do kwestii propozycji wprowadzenia świadczenia z zakresu rehabilitacji geriatrycznej stacjonarnej Dyrektor Generalny wyjaśniła: *Obecnie rozważane jest wprowadzenie zmian, obejmujących nową organizację systemu rehabilitacji leczniczej. Jednakże planowane zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej nie zakładają wyodrębnienia grupy osób starszych, której udzielane byłyby specjalne świadczenia rehabilitacyjne.*

(akta kontroli str. 1683)

Dyrektor Generalny wskazała ponadto, że *w wyniku przeprowadzonych prac analitycznych związanych w doprecyzowaniem koncepcji świadczeń, przedłożonych przez ówczesnego Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatry (...)* zidentyfikowano, że *zachodzi niebezpieczeństwo podwójnego finansowania świadczeń ze względu na bardzo duże podobieństwo i nakładanie się zakresów udzielanych świadczeń pomiędzy projektem świadczenia diagnostyka otępienia z COG w ramach procedury leczenia jednego dnia oraz świadczenia geriatryczne zespoły konsultacyjne. Podniesiona została także kwestia braku racjonalności, ze względu na tryb udzielania, gospodarowania środkami publicznymi projektowanych świadczeń. Powyższe stanowisko jest również zbieżne z – opartymi na doświadczeniach klinicznych – zaleceniami postępowania z zakresu geriatry, zgodnie z którymi świadczenia geriatryczne powinny być udzielane jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, w znanym i przyjaznym otoczeniu, ponieważ każda hospitalizacja osób starszych jest obciążana ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia i ponowną hospitalizacją. Mając na uwadze powyższe, a jednocześnie dostrzegając potrzebę zwiększenia dostępu do kompleksowych konsultacji geriatrycznych, zwłaszcza w miejscach o utrudnionym dostępie do przedmiotowych świadczeń, Ministerstwo Zdrowia zaproponowało utworzenie mobilnych geriatrycznych*

zespołów konsultacyjnych i poprosiło [ówczesnego Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatry] o przygotowanie projektu świadczenia. Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie otrzymało przedmiotowego projektu.

(akta kontroli str. 1649)

W latach 2017-2020 konsultant krajowy w dziedzinie geriatry w przedkładanych Ministrowi Zdrowia sprawozdaniach ze swojej działalności wskazywał na:

- niewydolność organizacyjną funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, dotyczącą tworzenia nowych łóżek i poradni geriatrycznych (jako przykład konsultant krajowy podał województwo podlaskie, w którym występowała nadwyżka wyspecjalizowanych 19 lekarzy geriatrów w odniesieniu do liczby 25 łóżek geriatrycznych),
- konieczność tworzenia kontraktowych łóżek geriatrycznych w obrębie oddziałów internistycznych oraz przekształcenia oddziałów internistycznych na internistyczno-geriatryczne,
- konieczność tworzenia nowych zachęt dla młodych lekarzy, aby częściej wybierali geriatricę jako specjalizację.

(akta kontroli str. 411-455)

Odnosnie postulatu przekształcenia łóżek internistycznych w internistyczno-geriatryczne, Dyrektor DZP wskazał, że *strukturę organizacyjną każdego zakładu leczniczego (m.in. szpitala), w tym liczbę i zakres oddziałów szpitalnych, określa kierownik podmiotu leczniczego (kierownik samodzielnego publicznego zakładu leczniczego, zarząd w przypadku spółki kapitałowej) w regulaminie organizacyjnym.*

(akta kontroli str. 15-24)

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie wprowadził, w drodze rozporządzenia, standardów opieki geriatrycznej. W latach 2017-2021 w Ministerstwie nie prowadzono również prac legislacyjnych w sprawie projektów innych aktów prawnych dotyczących funkcjonowania, organizacji lub poprawy jakości i dostępności opieki geriatrycznej.

(akta kontroli str. 1485)

Dyrektor DZP wyjaśnił: *dokument pn. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, opracowany w 2013 r. przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, stanowi wizję modelu docelowego opieki geriatrycznej w Polsce, a nie wskazanie standardów, które można wprowadzić w obecnej sytuacji. Przy aktualnych uwarunkowaniach finansowych, organizacyjnych i kadrowych systemu opieki zdrowotnej, nie jest możliwe wdrożenie wszystkich rozwiązań ujętych w ww. dokumencie. Niemniej jednak, Ministerstwo Zdrowia projektując rozwiązania dla osób starszych uwzględnia opinie, rekomendacje i postulaty ekspertów, w tym zawarte w przedmiotowym opracowaniu.*

(akta kontroli str. 167)

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela stanowiska Dyrektora DZP, ponieważ opracowane standardy stanowią zbiór wymogów i procedur, których spełnienie i wykonanie ma na celu optymalizację organizacji i ekonomizację wydatków oraz poprawę jakości opieki nad pacjentem geriatrycznym. NIK zauważa również, że niewprowadzenie w drodze rozporządzenia standardów postępowania w opiece geriatrycznej znacznie ogranicza ich wpływ na organizację tej opieki, a co za tym

idzie, na jakość i efektywność procesu leczenia pacjentów. Na powyższe zwracano również uwagę podczas kontroli NIK przeprowadzonej w Ministerstwie w 2014 r.<sup>13</sup>

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: PSZ) został wprowadzony z dniem 1 października 2017 r. ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>14</sup>. W ramach PSZ profil geriatryczny mógł być realizowany przez szpitale zakwalifikowane do III stopnia referencyjności oraz szpitale ogólnopolskie, np. funkcjonujące przy uczelniach medycznych.

Dyrektor DZP wyjaśnił, że do poziomu szpitali III stopnia i szpitali ogólnopolskich zakwalifikowanych zostało 18 szpitali, w których udzielano świadczeń w profilu geriatrycznym przed wprowadzeniem PSZ. Szpitale zakwalifikowane do I lub II stopnia, udzielające świadczeń w ramach profilu choroby wewnętrznej, otrzymywały środki finansowe na świadczenia geriatryczne wykonywane w ramach tego profilu.

Na dzień 1 stycznia lat 2015-2017 r., tj. przed wprowadzeniem tzw. sieci szpitali, w Polsce istniało 58, 56 i 58 oddziałów geriatrycznych dysponujących odpowiednio 1208, 1236 i 1317 łóżkami geriatrycznymi. Po wprowadzeniu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, na dzień 1 stycznia 2018 r. i 2019 r. świadczenia były realizowane na 61 oddziałach, na których było odpowiednio 1341 i 1307 łóżek.

(akta kontroli str. 1609-1625)

W Polsce, na dzień 30 czerwca 2021 r.<sup>15</sup>, 532 lekarzy miało specjalizację w dziedzinie geriatrycznej. Spośród nich 518 było aktywnych zawodowo, w tym w województwie śląskim – 102, natomiast w województwie lubuskim, opolskim i świętokrzyskim – po siedmiu. W latach 2017-2021 (do 30 czerwca) liczba lekarzy w kraju aktywnych zawodowo ze specjalizacją geriatryczną wzrosła o 101, w tym w województwie małopolskim o 21, w dolnośląskim i śląskim o 15, w województwie warmińsko-mazurskim nie zmieniła się, a w województwie zachodniopomorskim spadła o jedną osobę.

Na 30 czerwca 2021 r. liczba lekarzy aktywnych zawodowo w wieku poniżej 50. roku życia wynosiła 221 (43%), natomiast w wieku powyżej 50. roku życia – 297 (57%). Udział procentowy lekarzy w wieku powyżej 50. roku życia aktywnych zawodowo w okresie objętym kontrolą wzrastał – w 2017 r. wynosił 52%, w 2018 r. – 55%, a w 2019 r. i w 2020 r. – 56%.

Na dzień 3 sierpnia 2021 r. 11 158 pielęgniarek miało kwalifikacje z zakresu geriatrycznej, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, pielęgniarstwa internistycznego i zachowawczego<sup>16</sup>. Kwalifikacje w tych dziedzinach uzyskały w 2017 r. 4843 pielęgniarki, w 2018 r. – 2027, w 2019 r. – 4696, w 2020 r. – 1776 oraz 731 w 2021 r. (do 3 sierpnia). Pielęgniarek specjalistów w ww. dziedzinach w wieku poniżej 40. roku życia na dzień 3 sierpnia 2021 r. było 2222 (20%), natomiast w wieku powyżej 40. roku życia – 8936 (80%).

(akta kontroli str. 1297-1318, 1547-1551)

Krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego wskazała na zbieżność liczby pielęgniarek specjalistów we wskazanych wyżej grupach wiekowych z danymi opublikowanymi przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych,

<sup>13</sup> W wystąpieniu pokontrolnym po kontroli P/14/062 *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*.

<sup>14</sup> Dz. U. poz. 844.

<sup>15</sup> Dane uzyskane z Naczelnej Izby Lekarskiej. W trakcie kontroli Ministerstwo nie miało jeszcze danych za pierwsze półrocze 2021 r.

<sup>16</sup> Tj. ukończoną specjalizację lub kurs kwalifikacyjny.

informującymi o rosnącym średnim wieku pielęgniarek (w 2020 r. były to 53 lata, podczas gdy w 2018 r. – 52). Nadmieniła również, że pozytywnym wskaźnikiem jest wzrost ogólnej liczby zatrudnionych pielęgniarek. W 2016 r. zatrudniano 221 911 pielęgniarek, natomiast w 2020 r. – 231 612. Wskazała także na dokument pn. *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce*, którego wdrożenie może spowodować zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych, także w obszarze opieki geriatrycznej.

(akta kontroli str. 1591-1604)

Zastępca Dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych wyjaśniła, że w ramach działań podejmowanych w celu zniwelowania wskazanych dysproporcji w liczbie pielęgniarek w kontekście zastępowalności pokoleń i wyeliminowania w przyszłości wystąpienia deficytu personelu medycznego w tych specjalizacjach:

- w roku 2019 zwiększono wielkość środków finansowych przeznaczonych na szkolenia specjalizacyjne w stosunku do lat wcześniejszych o 1 mln zł oraz w roku 2020 o kolejny 1 mln zł. Pozwoliło to na zwiększenie wysokości dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz na zwiększanie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych objętych dofinansowaniem;
- ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw<sup>17</sup>, wprowadzono zmianę umożliwiającą zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych pochodzących z budżetu państwa. Wcześniejsze regulacje nie dawały możliwości zwiększenia liczby miejsc szkoleniowych w przypadku niepełnego wykorzystania kwoty zaplanowanej na to zadanie w budżecie państwa. Zmiana przepisów pozwoliła na przeprowadzenie w latach 2016-2020 kolejnej procedury przetargowej średnio na ok. 700 dodatkowych miejsc szkoleniowych;
- corocznie określany jest wykaz priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, które będą mogły uzyskać dofinansowanie ze środków publicznych z podziałem na województwa oraz z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych i edycji w województwie. Dokument ten jest konsultowany z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Wskazała również, że *m.in. w ww. dziedzinach pielęgniarstwa 1314 pielęgniarek przystąpi do egzaminów państwowych w sesji jesiennej 2021 r., a tym samym osoby te zasilą liczbę specjalistów (pielęgniarstwo geriatryczne – 63 osoby, pielęgniarstwo internistyczne – 938 osób, pielęgniarstwo opieki długoterminowej – 202 osoby, pielęgniarstwo opieki paliatywnej – 111 osób).*

(akta kontroli str. 1652-1674)

NIK zwraca uwagę na strukturę wiekową personelu pielęgniarstwa w kontekście dużej dysproporcji w liczbie pielęgniarek mających kwalifikacje w ww. dziedzinach, a szczególnie na duży odsetek personelu w wieku powyżej 40 lat. Może to powodować w przyszłości, że pomimo podejmowanych w Ministerstwie działań, będzie brakowało pielęgniarek, a co za tym idzie, że zaistnieje problem w zapewnieniu pacjentom w starszym wieku opieki na właściwym poziomie.

---

<sup>17</sup> Dz. U. poz. 1640.

Uprawnienia do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry miały w 2021 r. 52 podmioty dysponujące 305 miejscami szkoleniowymi, w tym 168 miejsc było wolnych. Liczba tych podmiotów w 2021 r. była zróżnicowana w poszczególnych województwach – żadnego nie było w województwie warmińsko-mazurskim, natomiast 12 w województwie śląskim. W okresie objętym kontrolą liczba podmiotów i miejsc szkoleniowych zwiększyła się w siedmiu województwach<sup>18</sup> o łącznie dziesięć podmiotów oraz o 36 miejsc szkoleniowych, w pozostałych dziewięciu województwach pozostała bez zmian.

(akta kontroli str. 174, 1464)

Geriatry została uznana od 23 stycznia 2004 r. za priorytetową dziedzinę medycyny<sup>19</sup>. Takie zaszeregowanie tej dziedziny miało na celu zwiększenie zainteresowania lekarzy jej wyborem jako dziedziny specjalizacji.

(akta kontroli str. 1634-1635)

W latach 2017-2020 w skali kraju zwiększano limit dostępnych miejsc specjalizacyjnych<sup>20</sup> – wynosił on odpowiednio w poszczególnych latach 142, 174, 198 oraz 225. W 2021 r. (wg danych na dzień 11 sierpnia 2021 r.) dostępnych było 108 miejsc specjalizacyjnych. W analogicznym okresie liczba osób zgłaszających się na dostępne miejsca w prowadzonych postępowaniach kwalifikacyjnych wynosiła w poszczególnych latach 42, 27, 38, 19 oraz 15 osób, co stanowiło odpowiednio 30%, 16%, 19%, 8% i 14% dostępnych miejsc. Pomimo wzrostu ogólnej liczby dostępnych miejsc specjalizacyjnych, w niektórych województwach ich liczba spadła. W 2019 r. w województwach pomorskim i zachodniopomorskim nie było dostępne żadne miejsce na szkolenie specjalistyczne, taka sytuacja miała miejsce również w województwie zachodniopomorskim w 2020 r. oraz w województwie podlaskim w 2017 r. W województwie warmińsko-mazurskim w całym okresie objętym kontrolą nie udostępniono żadnego miejsca specjalizacyjnego. Spośród lekarzy zgłaszających się na szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie geriatry, dominowały zgłoszenia w trybie pozarezydenckim<sup>21</sup>. Tryb

<sup>18</sup> Dotyczy województw: małopolskiego, mazowieckiego, opolskiego, podkarpackiego, śląskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego.

<sup>19</sup> Obecnie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1156), a wcześniej na podstawie: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. z 2004 r., Nr 1, poz. 7), rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 maja 2009 r. (Dz. U. Nr 84, poz. 709), rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. (Dz. U. poz. 1489) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 września 2018 r. (Dz. U. poz. 1738).

<sup>20</sup> Dotyczy zarówno miejsc dostępnych w trybie rezydenckim jak i pozarezydenckim.

<sup>21</sup> Wyróżnia się dwa tryby szkoleń specjalizacyjnych lekarzy: tryb rezydencki i pozarezydencki. W ramach trybu rezydenckiego (rezydentury) lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę. Zawiera ją z podmiotem, który prowadzi szkolenie specjalizacyjne – na czas określony w programie specjalizacji. Rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz, który nie ma I/II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Natomiast w trybie pozarezydenckim lekarz może odbyć szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach, które prowadzą szkolenie specjalizacyjne: (1) na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w pełnym wymiarze godzin, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania, (2) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów, (3) na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio – w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy, (4) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania, (5) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich

rezydencki w okresie objętym kontrolą wybierały po dwie osoby w latach 2017-2019, trzy w 2020 r. oraz jedna w 2021 r.

(akta kontroli str. 174, 1464)

Dyrektor Generalny wyjaśniła, że uznanie geriatry za dziedzinę priorytetową skutkuje przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom, którzy wybierają tę dziedzinę medycyny jako przedmiot specjalizacji w trybie rezydenckim. Zgodnie z najnowszym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2021 r. *w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury*<sup>22</sup>, wynagrodzenie lekarza odbywającego specjalizację z geriatry w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury wynosi 5752 zł, a po dwóch latach zatrudnienia w tym trybie – 5862 zł.

(akta kontroli str. 1634-1635)

NIK zauważa, że uznanie dziedziny geriatry za priorytetową nie przełożyło się w okresie objętym kontrolą na zwiększenie zainteresowania lekarzy tą dziedziną specjalizacji. W związku z tym uzasadnione jest podjęcie działań promujących tę dziedzinę medycyny w celu zwiększenia jej atrakcyjności. Na niską atrakcyjność finansową tej dziedziny specjalizacji zwracał również uwagę konsultant krajowy w dziedzinie geriatry<sup>23</sup>.

W okresie objętym kontrolą, w ramach kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry, obowiązywały programy:

- dla lekarzy niemających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny (moduł podstawowy i moduł specjalistyczny),
- dla lekarzy mających specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych,
- dla lekarzy ze specjalizacją II stopnia lub mających tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych, medycynie ogólnej, rodzinnej, neurologii,
- dla lekarzy mających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych, medycynie ogólnej, rodzinnej, neurologii, zgodnie z załącznikiem 6 pkt I *Wykaz specjalizacji lekarskich*, lp. 28, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. *w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów*<sup>24</sup>.

Program kształcenia specjalizacyjnego opracowany dla obowiązującego obecnie tzw. systemu modułowego<sup>25</sup> przewidywał, że kształcenie lekarzy bez specjalizacji będzie trwało łącznie pięć lat (trzyletni moduł podstawowy w dziedzinie chorób wewnętrznych i dwuletni moduł specjalistyczny w dziedzinie geriatry). W systemie tym specjalizację w geriatry mogli odbywać również lekarze z II stopniem specjalizacji lub mający tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej lub neurologii oraz lekarze ze specjalizacją

---

o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego.

<sup>22</sup> Dz. U. poz. 1218.

<sup>23</sup> Problem poruszony był w przedkładanych przez konsultanta rocznych sprawozdaniach z działalności za lata 2017-2020.

<sup>24</sup> Dz. U. poz. 26.

<sup>25</sup> System modułowy kształcenia został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. *w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów*. Kształcenie w specjalizacji modułowej jest dwuletnie i składa się z modułu podstawowego i specjalistycznego.

I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. W przypadku tych lekarzy kształcenie trwało dwa lata i obejmowało moduł specjalistyczny w obszarze geriatrii.

Zgodnie z przyjętym programem, specjalizacja z geriatrii oparta była o specjalizację z chorób wewnętrznych poszerzoną o elementy psychiatrii, rehabilitacji, neurologii i innych dyscyplin klinicznych oraz socjologii i psychologii w zakresie tzw. chorób zależnych od wieku starszego. Wymagała pogłębionej wiedzy z patofizjologii starzenia, przebiegu ostrych i przewlekłych chorób w starości oraz specyficznego podejścia diagnostyczno-leczniczego opartego o ocenę czynnościowej wydolności narządowej (fizycznej, emocjonalnej i poznawczej) ludzi starych z perspektywy medycznej i społecznej.

(akta kontroli str. 26-150)

Zastępca Dyrektora DZP wyjaśniła, że *program specjalizacji w dziedzinie geriatrii merytorycznie nie był zmieniany od 2014 r. Aktualizacja z 2018 r. dotyczyła wyłącznie zmiany przepisów o dyżurach i dodatkowych dniach na samokształcenie. Powyższe zmiany zostały wprowadzone jednocześnie do programów specjalizacyjnych we wszystkich dziedzinach medycyny i zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w dniu 13 listopada 2018 r. Podstawą wprowadzenia zmian było wypełnienie postulatów porozumienia zawartego w dniu 8 lutego 2018 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia i przedstawicielami Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Wyjaśniła również, że Ministerstwo Zdrowia nie zgłaszało zmian do programu specjalizacyjnego z geriatrii, a nowe programy specjalizacyjne we wszystkich dziedzinach medycyny, również geriatrii, (...) są obecnie przygotowywane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.*

(akta kontroli str. 15-16)

W okresie objętym kontrolą w przedkładanych corocznie Ministrowi Zdrowia raportach z działalności, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii wskazywał na:

- potrzebę zwiększenia liczby lekarzy specjalistów w obszarze geriatrii,
- brak wystarczającej liczby personelu (zarówno lekarzy geriatrów jak również kadry pielęgniarskiej i opiekuńczej),
- brak odpowiedniej liczby placówek świadczących usługi medyczne i pielęgniarsko-opiekuńcze,
- zróżnicowanie zasobów kadrowych w poszczególnych województwach (względnie dużo specjalistów w województwie śląskim, małopolskim i podlaskim, a w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim jedynie pojedynczy specjaliści),
- sprawozdawanie udzielania świadczeń (za 2020 r.) przez jedynie 65% geriatrów wykazanych przez konsultantów wojewódzkich, co świadczy, że ok. 1/3 geriatrów pracuje jako lekarze innych specjalności.

(akta kontroli str. 411-455)

Dyrektor DZP wskazał, że Ministerstwo Zdrowia nie ma danych dotyczących podejmowanych działań na rzecz aktywizacji lekarzy mających tytuł specjalisty do wykonywania zawodu w tej dziedzinie.

W sprawie braków kadrowych i zwiększenia limitów miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie geriatrii w województwach wskazywanych w raportach rocznych konsulta krajowego w dziedzinie geriatrii, Dyrektor DZP wyjaśnił: *zgodnie z art. 16e ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, (...) przy przyznawaniu miejsc rezydenckich Minister Zdrowia bierze pod uwagę przede wszystkim*



*zapotrzebowanie zgłoszone przez poszczególnych wojewodów oraz liczbę dostępnych miejsc szkoleniowych na terenie danego województwa. Należy przy tym podkreślić, że wojewodowie zgłaszają zapotrzebowanie na miejsca rezydentur na podstawie opinii konsultantów wojewódzkich, którzy najlepiej znają sytuację w tym zakresie w swojej dziedzinie w danym województwie.*

(akta kontroli str. 17, 22)

*Kwotę środków przekazywanych na szkolenia podyplomowe lekarzy specjalizujących się w dziedzinie geriatry w okresie objętym kontrolą można było ustalić jedynie dla roku 2021. Wyniosła ona 545,9 tys. zł i stanowiła 0,14% ogólnej kwoty przekazanych środków na szkolenia podyplomowe. Dyrektor DZP wyjaśnił: do roku 2020 środki na rezydentury przekazywane były do podmiotów leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych i sporządzanych do takich umów kalkulacji środków w łącznej kwocie na wszystkich lekarzy rezydentów z danego postępowania kwalifikacyjnego. Nie ma zatem możliwości pokazania ile z tych środków było przekazywane na rezydentury w dziedzinie geriatry. Od 2021 r. finansowanie rezydentur odbywa się w Systemie Informatycznym Rezydentur, co umożliwi monitorowanie przekazywanych środków na realizację szkoleń w poszczególnych dziedzinach medycyny.*

(akta kontroli str. 175-176)

*W latach 2017-2021 w kraju funkcjonowało odpowiednio 58, 61, 61, 58 i 57<sup>26</sup> oddziałów geriatrycznych. Zmniejszenie liczby oddziałów w tym okresie (porównując 2021 r. do 2017 r.) nastąpiło w województwach dolnośląskim, śląskim i wielkopolskim (o jeden oddział). W województwie mazowieckim liczba oddziałów geriatrycznych w 2019 r. zwiększyła się do 10, po czym w roku 2021 nastąpił spadek (o dwa oddziały) do poziomu z 2017 r. Podobnie w województwie łódzkim liczba oddziałów geriatrycznych w 2018 r. zwiększyła się do czterech, po czym w roku 2019 nastąpił spadek (o jeden oddział) do poziomu z 2017 r. W województwach kujawsko-pomorskim i pomorskim w latach 2017-2019 nastąpiło zwiększenie liczby funkcjonujących oddziałów geriatrycznych (o jeden oddział). W objętym analizą okresie występowało zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń stacjonarnych. Najwięcej oddziałów geriatrycznych istniało w województwach śląskim (15 oddziałów w latach 2017-2019 r.) i mazowieckim (10 oddziałów w 2019 r.), podczas gdy w województwach podlaskim i zachodniopomorskim znajdował się jeden taki oddział (lata 2017-2021 r.), a w województwie warmińsko-mazurskim nie utworzono żadnego oddziału geriatrycznego.*

(akta kontroli str. 1618-1626, 1676-1680, 1687-1691)

*Zastępca Dyrektora DZP wyjaśniła, że Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie deklaruje od kilku lat zainteresowanie zapewnieniem dostępności do świadczeń w zakresie geriatry w trybie hospitalizacji i wielokrotnie podejmował rozmowy z przedstawicielami podmiotów leczniczych na terenie województwa w celu utworzenia oddziałów geriatrycznych. Zakontraktowanie świadczeń nie było jednak możliwe z uwagi na brak przygotowania infrastruktury szpitali oraz problemy związane z brakiem specjalistów w dziedzinie geriatry. W województwie jest aktualnie 6 specjalistów geriatry, jednak posiadając dodatkowe specjalizacje, udzielają oni świadczeń w innych zakresach. Oddział Funduszu, w trosce o zabezpieczenie dostępności do hospitalizacji w oddziale geriatrycznym planował zakontraktowanie oddziału geriatrycznego m.in. w szpitalu w Nidzicy, Nowym Mieście Lubawskim oraz w Olecku, jednak sytuacja epidemiczna w kraju*

<sup>26</sup> Dane za lata 2017-2020 podano na dzień 1 stycznia, natomiast dane za 2021 r. – na dzień 1 września.

*oraz realizowanie przez te podmioty świadczenia na rzecz pacjentów z COVID-19 uniemożliwiały dotychczas ogłaszanie postępowań konkursowych. Aktualnie Oddział Funduszu przygotowuje się do przeprowadzenia postępowania konkursowego w powiecie nidzickim w celu zawarcia umowy. Termin zawarcia umowy jest uzależniony od rozwoju ewentualnej czwartej fali zakażeń wirusem COVID-19, ponieważ w zasobach docelowego oddziału geriatry jest obecnie zlokalizowany szpital tymczasowy. Opieka geriatryczna w województwie zapewniana jest przez dobrze rozwiniętą sieć usług opiekuńczo-leczniczych oraz w ramach oddziałów chorób wewnętrznych, gdzie średnia wieku osób leczonych przekracza 65 r.ż.*

(akta kontroli str. 21-22)

NIK zauważa, że udzielanie świadczeń przez zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz na oddziałach wewnętrznych nie może być utożsamiane z kompleksowym zapewnianiem medycznej opieki osobom starszym z wielochorobowością. Jedynie opieka geriatryczna w wyspecjalizowanych oddziałach i przychodniach, świadczona przez multidyscyplinarne zespoły specjalistów, pozwala zapewnić jej wysoką jakość.

Według danych za 2021 r. (1 września) największą liczbę łóżek geriatrycznych dla pacjentów zapewniono w województwach śląskim (335), mazowieckim (132) i małopolskim (113). Najmniejsza liczba łóżek geriatrycznych była dostępna w województwach zachodniopomorskim (osiem) i podlaskim (17). W latach 2018-2021 (1 września) zmniejszyła się liczba dostępnych w kraju łóżek geriatrycznych z 1341 w 2018 r. do 1140 w 2021 r. (1 września). Największy spadek stwierdzono w województwach śląskim (o 73 łóżka), dolnośląskim (o 64 łóżka) i wielkopolskim (o 28 łóżek). W tym samym okresie liczba dostępnych w województwie pomorskim łóżek zwiększyła się o 28 oraz w województwie podkarpackim – o 10.

(akta kontroli str. 1618-1626, 1676-1680, 1687-1691)

W toku prowadzonej kontroli stwierdzono dysproporcje pomiędzy poszczególnymi województwami dotyczące liczby łóżek geriatrycznych w przeliczeniu na liczbę dostępnych w danym województwie lekarzy specjalistów geriatry:

- w 2017 r. w województwie świętokrzyskim na jednego lekarza specjalistę geriatry przypadało średnio 13 łóżek geriatrycznych, w województwie opolskim 11, podczas gdy w województwach podlaskim i pomorskim – jedno;
- w 2018 r. w województwach świętokrzyskim i opolskim na jednego lekarza specjalistę geriatry przypadało średnio odpowiednio 10 i osiem łóżek geriatrycznych, podczas gdy w województwach pomorskim i podlaskim – jedno;
- w 2019 r. w województwach świętokrzyskim i opolskim na jednego lekarza specjalistę geriatry przypadało średnio odpowiednio 10 i osiem łóżek geriatrycznych, podczas gdy w województwach pomorskim i podlaskim wskaźnik ten spadł poniżej jednego łóżka (odpowiednio 0,8 i 0,7);
- w 2020 r. w województwach świętokrzyskim i opolskim na jednego lekarza specjalistę geriatry przypadało średnio odpowiednio osiem i sześć łóżek geriatrycznych, podczas gdy w województwie wielkopolskim – jedno, a w województwie podlaskim – 0,7;
- w 2021 r.<sup>27</sup> w województwach świętokrzyskim i opolskim na jednego lekarza specjalistę geriatry przypadało średnio odpowiednio osiem i siedem łóżek

<sup>27</sup> Wykorzystano dane otrzymane z Naczelnej Izby Lekarskiej (liczba lekarzy geriatrów na dzień 30 czerwca 2021 r.) oraz z Ministerstwa (liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych na 1 września 2021 r.).

geriatrycznych, podczas gdy w województwach zachodniopomorskim i podlaskim wskaźnik ten spadł poniżej jednego łóżka (odpowiednio 0,8 i 0,6).

Stwierdzono również, że w niektórych województwach zmniejszyła się liczba łóżek geriatrycznych przy jednoczesnym wzroście liczby lekarzy specjalistów geriatrici, np.:

- w województwie dolnośląskim w 2017 r. dostępne były 102 łóżka geriatryczne na sześciu oddziałach oraz 27 lekarzy specjalistów, natomiast w roku 2021 były to 54 łóżka na pięciu oddziałach i 42 lekarzy specjalistów;
- w województwie łódzkim w 2018 r. dostępnych było 55 łóżek geriatrycznych na czterech oddziałach oraz 24 lekarzy specjalistów, natomiast w roku 2021 było to 40 łóżek (trzy oddziały) i 27 lekarzy specjalistów;
- w województwie podlaskim w 2017 r. dostępnych było 25 łóżek geriatrycznych (jeden oddział) oraz 19 lekarzy specjalistów, natomiast w roku 2021 było to 17 łóżek (jeden oddział) i 27 lekarzy specjalistów;
- w województwie śląskim w 2017 r. dostępne były 410 łóżek geriatrycznych (15 oddziałów) oraz 87 lekarzy specjalistów, natomiast w roku 2021 było to 335 łóżek (14 oddziałów) i 102 lekarzy specjalistów;
- w województwie wielkopolskim w 2017 r. dostępnych było 69 łóżek geriatrycznych (trzy oddziały) oraz 27 lekarzy specjalistów, natomiast w roku 2021 było to 41 łóżek (dwa oddziały) i 32 lekarzy specjalistów.

(akta kontroli str. 1618-1626, 1676-1680, 1687-1691)

Dyrektor DZP, w odniesieniu do przedstawionych dysproporcji pomiędzy poszczególnymi województwami dotyczącymi liczby łóżek przypadających na jednego lekarza, nie wskazał działań podejmowanych w Ministerstwie w celu zmniejszenia tych dysproporcji. Wyjaśnił jedynie, że zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*<sup>28</sup>, odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Tym samym, to kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą samodzielnie podejmuje decyzję o potrzebie zwiększenia lub zmniejszenia liczby łóżek w danym szpitalu.

(akta kontroli str.15-24)

W 2020 r.<sup>29</sup> funkcjonowało łącznie 96 przychodni geriatrycznych, z tego 17 w województwie śląskim, 13 w małopolskim, 10 w mazowieckim, jedynie po dwie przychodnie funkcjonowały w województwach podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim. W latach 2017-2020 liczba istniejących przychodni w kraju wzrosła o 16, przy czym w dziewięciu województwach ich liczba wzrosła, w dwóch zmniejszyła się, a w pięciu pozostała na tym samym poziomie.

(akta kontroli str. 170-171)

NIK zauważa, że w województwie warmińsko-mazurskim nie ma żadnego oddziału geriatrycznego zapewniającego pacjentom opiekę stacjonarną. Ponadto NIK zwraca uwagę, że skoncentrowanie funkcjonujących przychodni w województwie świętokrzyskim w południowo-wschodniej, a w województwie warmińsko-mazurskim w zachodniej jego części<sup>30</sup> powoduje, że dostępność do świadczeń dla pacjentów z pozostałych obszarów tych województw jest utrudniona.

<sup>28</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

<sup>29</sup> Ministerstwo nie dysponowało danymi za 2021 r.

<sup>30</sup> W województwie świętokrzyskim przychodnie działają w Staszowie i Busku-Zdroju, a w województwie warmińsko-mazurskim – w Olsztynie i Dobrym Mieście.

Ministerstwo podejmowało współpracę z podmiotami zewnętrznymi, których przedmiotem zainteresowania była szeroko rozumiana opieka nad osobami w starszym wieku (opieka geriatryczna, długoterminowa czy też hospicyjno-paliatywna), w tym poprzez:

- organizację w dniu 11 października 2018 r. spotkania z przedstawicielami stowarzyszeń działających na rzecz chorych na Alzheimera w celu omówienia głównych problemów i potrzeb dotyczących wsparcia osób z zaburzeniami otępiennymi i ich opiekunów/bliskich;
- podjęcie w 2020 r. współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (dalej: WHO) – rozpoczęto proces przekazywania danych do Global Dementia Observatory i uczestniczono w spotkaniach organizowanych przez Alzheimer Europe (przy udziale WHO), mających na celu prezentację działań organizacji międzynarodowych i poszczególnych krajów;
- udział w spotkaniu w dniu 3 marca 2021 r. ze związkami organizacji pozarządowych i innych osób prawnych *Alzheimer Polska*, dotyczącym wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych oraz organizację w dniu 26 marca 2021 r. spotkania w formie *online* z ekspertami oraz praktykami pracującymi z osobami z podejrzeniem zaburzeń otępiennych lub osobami chorymi na temat narzędzi diagnostycznych do przeprowadzania wstępnej oceny ryzyka występowania zaburzeń funkcji poznawczych, które mogłyby być wykorzystywane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej;
- udział w konferencji OPZZ<sup>31</sup> w dniu 25 lutego 2021 r. pt. *Opieka długoterminowa diagnoza, problemy, wyzwania w zakresie miejsca opieki długoterminowej w polityce zdrowotnej państwa*;
- udział w seminarium pt. *Czas na dobrą zmianę w opiece długoterminowej* w dniu 28 września 2018 r. oraz udział w debacie dot. przyszłości opieki długoterminowej w Polsce w 2020 r. (Koalicja Na Pomoc Niesamodzielnym);
- organizację w siedzibie Ministerstwa w dniu 8 czerwca 2018 r., we współpracy z Bankiem Światowym, konferencji na temat opieki długoterminowej dla osób starszych.

(akta kontroli str. 167-168)

Zgodnie z § 24 pkt 20 regulaminu organizacyjnego, stanowiącego załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2020 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, realizacja zadań wynikających ze sprawowania przez Ministra nadzoru merytorycznego nad Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher (dalej: NIGRIR lub Instytut), należała do właściwości Departamentu Nadzoru i Kontroli (od 13 października 2020 r.). W okresie objętym kontrolą nadzór ten sprawował również Departament Kwalifikacji Medycznych i Nauki oraz Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Stosownie do art. 36 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych<sup>32</sup>, Ministerstwo przeprowadzało w latach 2017-2021 okresowe kontrole NIGRIR dotyczące m.in. organizacji i jakości pracy, jakości zarządzania oraz jego działalności finansowej. W 2017 r. przeprowadzone zostały dwie kontrole oraz po jednej w 2019 r. i 2020 r.

Dyrektor Departamentu Nadzoru i Kontroli wyjaśnił, że nadzór Ministra Zdrowia sprawowany nad instytutami badawczymi, stosownie do obowiązujących przepisów,

<sup>31</sup> Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych.

<sup>32</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1383, ze zm.

*cechuje wielowymiarowość (wieloaspektowość). W ramach sprawowanego nadzoru można wyróżnić nadzór o charakterze formalno-prawnym, merytorycznym, finansowym, a także nadzór nad kadrami kierowniczymi.*

Wyjaśnił ponadto, że NIGRIR był zobowiązany do regularnego przedkładania informacji dotyczących zagadnień finansowych i merytorycznych. Odnośnie sprawozdawczości w aspekcie finansowym, Instytut przedkładał m.in. sprawozdania finansowe za kolejne lata, celem ich zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia. W zakresie merytorycznym Instytut był zobowiązany do przedkładania wewnętrznych aktów prawnych Instytutu i uchwał rady naukowej. Przekazywane uchwały obejmowały kierunkowe plany tematyczne badań naukowych i prac rozwojowych oraz finansowych Instytutu, roczne sprawozdania dyrektora z wykonania zadań, a także perspektywiczne kierunki działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej.

(akta kontroli str. 638-644, 1675)

Po przeprowadzonych w latach 2017-2020 kontrolach, sformułowano wnioski i zalecenia kierowane do kierownika kontrolowanej jednostki. Przykładowo dotyczyły one:

- podjęcia działań mających na celu poprawę sytuacji finansowej Instytutu, przede wszystkim poprzez dążenie do ograniczania kosztów, maksymalizację przychodów możliwych do uzyskania z już dostępnych źródeł oraz zintensyfikowanie działań w kierunku pozyskiwania nowych źródeł przychodów;
- terminowego regulowania zobowiązań;
- opracowania i wdrożenia skutecznych, konkretnych i długofalowych działań naprawczych i restrukturyzacyjnych mających na celu zmniejszenie straty finansowej NIGRIR;
- utrzymania zatrudnienia, w szczególności wśród pracowników naukowych oraz pracowników wykonujących zawody medyczne, w tym przede wszystkim lekarzy na poziomie gwarantującym prawidłowe i niezakłócone funkcjonowanie Instytutu;
- wzmocnienie działalności naukowej i badawczo-rozwojowej NIGRIR, a także opracowanie perspektywicznych kierunków tej działalności.

(akta kontroli str. 646-740)

O sposobie realizacji zaleceń, wykorzystaniu wniosków, a także o podjętych działaniach w celu ich realizacji lub przyczynach niepodjęcia, NIGRIR informował Ministerstwo każdorazowo po zakończonej kontroli.

(akta kontroli str. 1501-1546)

Dyrektor Departamentu Nadzoru i Kontroli wyjaśnił: *niezależnie od przekazywanych przez NIGRIR informacji o wykonaniu wydanych zaleceń, stan ich realizacji jest każdorazowo badany podczas przeprowadzanych, co trzy lata, kontroli.*

(akta kontroli str. 1493)

W okresie objętym kontrolą NIGRIR otrzymywał środki finansowe z Ministerstwa w wysokości: 10 425 tys. zł w 2017 r., 6 876 tys. zł w 2018 r., 10 884 tys. zł w 2019 r., 13 825 tys. zł w 2020 r. oraz 13 114 tys. zł w 2021 r. (do 24 sierpnia). Przekazywane środki finansowe były przeznaczane m.in. na: inwestycje budowlane, w tym modernizację klinik i budynków Instytutu, przebudowę i adaptację pomieszczeń oraz wyposażenie na potrzeby Centrum Wsparcia Badań Klinicznych; zakupy inwestycyjne, np. zakup aparatury do zwiększenia wydajności laboratorium w ramach zapobiegania zakażeniem wirusem SARS-CoV-2; realizację

projektów/umów współfinansowanych z funduszy europejskich (np. programy profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa, profilaktyki osteoporozy, profilaktyki chorób odkleszczowych) oraz finansowanie prowadzonych w NIGRIR rezydentur.

(akta kontroli str. 1500)

Dyrektor Departamentu Nadzoru i Kontroli wyjaśnił, że począwszy od 2019 r. Ministerstwo nadzoruje przygotowywanie rocznych zestawień zadań strategicznych NIGRIR. Wymagane jest przedstawienie pięciu – ośmiu zadań obejmujących trzy główne obszary działalności tej jednostki (naukową, leczniczą i zarządczą/administracyjno-techniczną/inwestycyjną). Ministerstwo nadzorowało również przygotowanie programu restrukturyzacyjnego, którego realizacja ma spowodować odzyskanie rentowności i płynności finansowej NIGRIR, a także spłatę zobowiązań wymagalnych oraz zmniejszenie zadłużenia.

(akta kontroli str. 1492)

Realizując zlecone przez Ministerstwo zadania, NIGRIR w okresie objętym kontrolą opracował:

- opinię w sprawie zasadności wprowadzenia świadczenia gwarantowanego oraz opracowania pakietu badań profilaktycznych dla osób starszych (tzw. bilans 60-latk). W wydanej opinii rekomendowano upowszechnienie stosowania procedury dotyczącej COG u pacjentów w wieku 60 lat i więcej, wskazano na rodzaje obowiązkowych badań przesiewowych w populacji 60-latków oraz na konieczność przekazania każdemu pacjentowi porady dietetycznej i zaleceń dotyczących właściwej aktywności ruchowej;
- raport obejmujący przegląd innowacyjnych rozwiązań dotyczących farmakoterapii osób starszych istniejących w innych krajach oraz rekomendacji w tym obszarze dla Polski. Raport był opracowywany w ramach celu operacyjnego 5. Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*. Zawierał on rekomendacje dotyczące: [1] opracowania w formie rozporządzenia standardów opieki nad seniorem w zakresie farmakoterapii, [2] edukacji kadry medycznej i aktualizacji programu specjalizacji w dziedzinie geriatry, [3] stałego zwiększania liczby oddziałów i łóżek geriatrycznych, a także liczby lekarzy geriatrów oraz innej wyspecjalizowanej w tym obszarze kadry, [4] umożliwienie lekarzom geriatrom wystawianie recept na bezpłatne leki dla seniorów w ramach projektu 75+, [5] konieczności regularnego dokonywania przeglądu leków w celu eliminacji preparatów stosowanych bez wyraźnego wskazania wraz z wprowadzeniem przeglądu leków jako świadczenia dodatkowego w ramach świadczenia geriatrycznego;
- analizę adekwatności i efektywności udzielanych profilaktycznych i edukacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z chorobami dietozależnymi;
- zalecenia dotyczące organizacji udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (i geriatrycznej) w związku ze stanem epidemii i ryzykiem zakażeń SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 1556-1571)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na tym, że w okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie zapewnił funkcjonowania Zespołu do Spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej. Tym samym nie miał możliwości korzystania ze wsparcia tego Zespołu,

w tym specjalistów z różnych dziedzin medycyny, w sprawach dotyczących problematyki opieki nad osobami starszymi.

(akta kontroli str. 1325-1327, 1572-1588, 1597-1598, 1605, 1640, 2151-2158)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Działania podejmowane w Ministerstwie w okresie objętym kontrolą nie przyczyniły się do zmniejszenia zróżnicowania w dostępie do opieki geriatrycznej pomiędzy województwami – w województwie zachodniopomorskim (według danych na dzień 1 września 2021 r.) dostępnych było jedynie osiem łóżek geriatrycznych, a w województwie warmińsko-mazurskim w dalszym ciągu nie zapewniono pacjentom dostępu do stacjonarnej opieki geriatrycznej<sup>33</sup>. Corocznie, począwszy od 2019 r., zmniejszała się liczba dostępnych w Polsce łóżek geriatrycznych. Pomimo uznania geriatry, od wielu lat, za priorytetową dziedzinę medycyny, zmniejszyło się zainteresowanie lekarzy wyborem tej dziedziny specjalizacji. Opracowane przez Zespół ds. Gerontologii standardy opieki geriatrycznej nie zostały wprowadzone jako przepisy powszechnie obowiązujące, przez co ich wpływ na jakość i efektywność udzielanej opieki był ograniczony. Minister Zdrowia pozbawił się możliwości skorzystania ze wsparcia Zespołu ds. Zdrowotnej Polityki Senioralnej w sprawach dotyczących opieki nad osobami starszymi. Ministerstwo współpracowało z podmiotami zainteresowanymi problematyką opieki zdrowotnej osób starszych oraz analizowało i realizowało niektóre postulaty zgłaszane przez te podmioty (np. możliwość wystawiania recept przez lekarzy geriatrów na bezpłatne leki dla seniorów w ramach Programu Leki 75+).

Zdaniem NIK istnieje ryzyko nieosiągnięcia prognozowanego na 2029 r. zapotrzebowania na łóżka geriatryczne – na dzień 1 września 2021 r. liczba łóżek geriatrycznych stanowiła jedynie 15% prognozowanego zapotrzebowania.

#### OBSZAR

## 2. Polityka zdrowotna dotycząca opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku

#### Opis stanu faktycznego

Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020*<sup>34</sup>, przyjęty został NPZ na lata 2016-2020. NPZ na lata 2021-2025 został określony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025*<sup>35</sup>.

Celem strategicznym NPZ na lata 2016-2020 było *wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem, ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu*. Cel strategiczny miał zostać osiągnięty poprzez realizację celów operacyjnych i zadań. Zadania dotyczące problematyki opieki nad osobami starszymi zostały zawarte w ramach celu operacyjnego nr 5 *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*. Ministerstwo zostało wskazane jako realizator następujących zadań:

- *Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych, w tym:*
  - [1] przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem charakterystycznej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i niepełnosprawności, w szczególności opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;
  - [2] dostarczanie i udoskonalanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierających komponenty edukacyjne, w szczególności dotyczące poradnictwa żywieniowo-dietetycznego;
  - [3] zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

<sup>33</sup> Na wskazany problem NIK zwracał uwagę w informacji o wynikach kontroli P/14/062 *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*.

<sup>34</sup> Dz. U. poz. 1492.

<sup>35</sup> Dz. U. poz. 642.

ukierunkowanych na wczesne wykrywanie schorzeń występujących powszechnie u osób starszych i zapobieganie im (zapobieganie powstawaniu tzw. wielkich zespołów geriatrycznych); [4] opracowanie i wdrożenie bilansu zdrowotnego 60-latką; [5] rozwój usług i ośrodków geriatrycznych oraz wprowadzenie elementów geriatryi do praktyki lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej; [6] rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnych; [7] profilaktyka upadków u osób starszych;

- *Działania edukacyjne*, w tym: [1] edukacja pracowników ochrony zdrowia na temat problematyki geriatrycznej i gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego; [2] popularyzacja wiedzy dotyczącej specyficznych potrzeb i uwarunkowań dietetycznych w grupie seniorów (w szczególności zapobieganie utracie masy ciała i chorobom metabolicznym); [3] realizacja zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów;
- *Prowadzenie działalności naukowo-badawczej i współpracy międzynarodowej związanej ze zdrowiem osób starszych*, w tym: [1] analiza danych o strukturze świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom starszym; [2] prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej profilaktyki problemów zdrowotnych osób starszych.

(akta kontroli str. 161)

Minister Zdrowia 7 listopada 2017 r. podpisał z Gdańskim Uniwersytem Medycznym umowę na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach NPZ na lata 2016-2020 pod nazwą *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*<sup>36</sup>. Umowa została zawarta w ramach punktu 4.2. Celu operacyjnego 5 NPZ na lata 2016-2020 *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*.

Realizator zobowiązał się do realizacji umowy w terminie od 6 listopada 2017 r. do 31 grudnia 2020 r. Na wykonanie zadania, w umowie zostały przyznane środki w ogólnej wysokości nieprzekraczającej 12 115 tys. zł, w podziale na kolejne lata realizacji zadania.

W załączniku nr 1 do umowy określono szczegółowy zakres rzeczowy i finansowy zadania wraz z harmonogramem. W skład zakresu rzeczowego zadania wchodziły następujące działania:

- Działanie 1. *Opracowanie metodologii, opracowanie zasad doboru próby,*
- Działanie 2. *Przygotowanie badania terenowego (Pilotaż),*
- Działanie 3. *Zakup sprzętu,*
- Działanie 4. *Realizacja badań terenowych,*
- Działanie 5. *Opracowanie wyników cząstkowych,*
- Działanie 6. *Opracowanie raportu częściowego,*
- Działanie 7. *Kierownik projektu (kierowanie, nadzór nad prawidłowością realizowanych zadań).*

---

<sup>36</sup> Umowa nr 6/5/42/NPZ/2017/1203/1257. Badanie realizowane w ramach projektu PolSenior2.



Działania wymienione w załączniku nr 1 do umowy zmieniały się w trakcie jej wykonywania:

- w załączniku nr 1 do aneksu nr 1 z 19 kwietnia 2018 r. pojawiło się Działanie 7. *Promocja*, usunięto natomiast Działanie 7. *Kierownik projektu (kierowanie, nadzór nad prawidłowością realizowanych zadań)*,
- w załączniku nr 1 do powyższego aneksu pojawiło się Działanie 8. *Kierownik projektu – zadaniowy*,
- w załączniku nr 1 do aneksu nr 8 z 18 maja 2020 r. pojawiło się Działanie 7. *Podsumowanie projektu*, usunięto natomiast Działanie 7. *Promocja*,
- w załączniku nr 1 do aneksu nr 8 zamieszczono Działanie 8. *Nadzór nad prawidłowością realizacji zadań*, usunięto natomiast Działanie 8. *Kierownik projektu – zadaniowy*.

Zgodnie z umową, zmiana jej postanowień mogła nastąpić wyłącznie za zgodą obu stron, w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności, za wyjątkiem zmian dotyczących:

- danych osób upoważnionych do kontaktów,
- aktualizacji harmonogramu płatności,
- wartości poszczególnych działań (zmiany do 10%),
- terminów przedkładania produktów (do 5 dni roboczych),
- rachunku bankowego<sup>37</sup>.

Umowa na realizację zadania *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* była 13-krotnie aneksowana. Zgodnie z aneksem nr 12 z 15 stycznia 2021 r. realizatorowi przyznane zostały środki w ogólnej wysokości nieprzekraczającej 11 721 598,03 zł. Ostatnim aneksem nr 13 z 19 maja 2021 r. termin wykonania zadania został przesunięty do 30 września 2021 r. Realizator został zobowiązany do przedstawienia sprawozdania merytorycznego za realizację całości umowy, w terminie do 15 października 2021 r. Do sprawozdania tego powinny zostać dołączone opracowane na podstawie umowy produkty (utwory).

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do aneksu nr 13, w ramach działania 7. *Podsumowanie projektu* realizator został zobowiązany do przekazania nie później niż do 15 września 2021 r. do wiadomości Ministerstwa manuskryptu publikacji oraz nie później niż do 15 stycznia 2023 r. jego publikacji (9 manuskryptów).

W ramach realizacji zadania *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, wykonawca m.in. przeprowadził badania terenowe i laboratoryjne oraz zorganizował konferencje online:

- *Ogłoszenie głównych wyników badania PolSenior2* – 16 listopada 2020 r.;
- *PolSenior2 - moduł 1 Sytuacja socjalno-ekonomiczna osób starszych* – 23 listopada 2020 r.;
- *PolSenior2 - moduł 2 Wielkie problemy geriatryczne i psychogeriatryka* – 30 listopada 2020 r.;
- *PolSenior2 - moduł 3 Sytuacja zdrowotna seniorów w Polsce* – 7 grudnia 2020 r.

W Ministerstwie wykorzystywano wyniki poprzedniego badania *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (projekt

---

<sup>37</sup> Zmiany wskazane w § 1 ust. 5, § 2 ust. 3 i 4 oraz § 3 ust. 18 i ust. 27 umowy.

PolSenior)<sup>38</sup>. Dyrektor DZP wyjaśnił: *Ministerstwo Zdrowia nie brało udziału w pracach nad tym projektem, jednakże zapoznało się z wynikami przedstawionymi w opublikowanej monografii. Należy podkreślić, że diagnoza, która została przygotowana na podstawie uzyskanych wyników, stanowiła niezwykle wartościowe źródło informacji na temat stanu zdrowia osób starszych w Polsce. W odpowiedzi na zachodzące przemiany demograficzne oraz zwiększenie częstości występowania chorób przewlekłych w grupie osób starszych, w tym również zidentyfikowanych na podstawie wyników ww. badania, Ministerstwo Zdrowia podjęło szereg działań, w tym:*

- *zwiększenie stawki kapitałowej dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej za leczenie pacjentów w starszym wieku;*
- *zobowiązanie świadczeniobiorców udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego (z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym) do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta;*
- *realizacja programu Leki 75+;*
- *ujęcie w NPZ, zarówno w edycji 2016-2020, jak i 2021-2025, odrębnego celu operacyjnego, zawierającego działania w sposób szczególny dedykowane osobom starszym;*
- *udział w pracach nad opracowaniem dokumentu strategicznego pn. Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030;*
- *przygotowanie projektu „Strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami starszymi”, stanowiącej załącznik nr 1 do dokumentu „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”*

(akta kontroli str. 1693-2150)

W okresie objętym kontrolą przedstawiciel Ministerstwa uczestniczył w pracach zespołu, którego zadaniem było opracowanie projektu polityki społecznej państwa wobec osób starszych do roku 2030 oraz określenie działań możliwych do realizacji przez poszczególne resorty oraz instytucje, które będą realizowane w ramach tej polityki<sup>39</sup>. Dokument ten został przyjęty do realizacji uchwałą nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ*<sup>40</sup>. Celem wprowadzenia dokumentu było podniesienie jakości życia seniorów poprzez umożliwienie im pozostawania jak najdłużej samodzielnymi i aktywnymi oraz zapewnienie bezpieczeństwa. Dokument miał charakter interdyscyplinarny, sformułowane w nim obszary i przypisane do nich zadania dotyczyły m.in. zdrowia, gospodarki, rynku pracy, edukacji czy kultury. Ministerstwo zostało wymienione jako podmiot koordynujący niektóre działania związane z medyczną opieką geriatryczną, wskazane w obszarze IV tego dokumentu pn. *Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji*, tj.:

- *Tworzenie warunków rozwoju kompleksowej opieki nad chorym starszym, w tym: [1] opracowanie standardów profilaktyki i opieki nad osobami*

<sup>38</sup> Projekt zamawiany przez ówczesne Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, którego wyniki opublikowano w 2012 r.

<sup>39</sup> Zgodnie z zarządzeniem nr 25 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 września 2017 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu polityki społecznej państwa wobec osób starszych do roku 2030 (Dz. Urz. MRPiPS poz. 26).

<sup>40</sup> M.P. poz. 1169.

starszymi, a także poprawa koordynacji opieki, [2] określenie zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych, [3] monitorowanie efektywności opieki nad osobami starszymi;

- *Zwiększenie dostępności świadczeń w dziedzinie geriatry w systemie szpitalnym*, w tym upowszechnienie systemu konsultacji geriatrycznych hospitalizowanych chorych osób starszych oraz zwiększenie liczby geriatrów zatrudnionych w systemie;
- *Zwiększenie dostępności konsultacji geriatrycznych w warunkach opieki ambulatoryjnej*, w tym utrzymanie priorytetyzacji specjalizacji z geriatryi oraz stworzenie sieci jednostek szkolących lekarzy geriatrów;
- *Rozwój kształcenia przeddyplomowego z zakresu geriatryi na kierunkach medycznych*, w tym: [1] wsparcie rozwoju akademickich ośrodków geriatrycznych w uczelniach kształcących kadrę medyczną (klinik, zakładów, katedr) oraz studenckich kół naukowych geriatryi, [2] analiza efektów kształcenia z zakresu geriatryi na poszczególnych kierunkach medycznych w kontekście doskonalenia kształcenia przeddyplomowego w tym obszarze, [3] wsparcie rozwoju badań naukowych w obszarze zdrowego starzenia się i chorób związanych z wiekiem starczym;
- *Rozwój kształcenia podyplomowego z zakresu geriatryi w zawodach medycznych*, w tym: [1] stymulowanie wzrostu liczby lekarzy specjalizujących się w dziedzinie geriatryi i wzmacnianie jakości kształcenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, [2] wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego dotyczącego opieki geriatrycznej, w szczególności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeutów, pielęgniarek i opiekunów medycznych.

Działania dotyczące tworzenia warunków rozwoju kompleksowej opieki nad chorym starszym zostały wskazane do realizacji w latach 2018-2020, natomiast pozostałe zadania jako przeznaczone do realizacji ciągłej – w całym okresie obowiązywania *Polityki wobec osób starszych*.

(akta kontroli str. 163-164)

*Polityka wobec osób starszych* zastąpiła przyjęte w 2013 r. *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*<sup>41</sup>. W ramach realizacji działań na rzecz osób starszych i niesamodzielnych określonych w tym dokumencie, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie 2014-2020 (Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój PO WER) realizowano projekt *Dzienne Domy Opieki Medycznej*. Wsparcie skierowane było do osób niesamodzielnych, w szczególności powyżej 65. roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie osoby te nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.

W ramach Programu PO WER wspierane było także kształcenie podyplomowe w dziedzinie geriatryi (projekt nr POWR.05.04.00-00-0001/15 realizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego). Dotychczas w szkoleniach dotyczących geriatryi wzięło udział 257 osób (z planowanych 300). Na realizację zadania zaplanowano ogółem ok. 700 tys. zł, z czego dotychczas wydatkowano 434 tys. zł (wsparcie kształcenia w dziedzinie geriatryi, w tym dofinansowanie

<sup>41</sup> Dokument został przyjęty uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*.

dojazdów i noclegów dla uczestników kursów). W projekcie dostępne były kursy doskonalące dotyczące geriatry (np. *Zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne w wieku podeszłym, Wprowadzenie do opieki paliatywnej, Gerontoonkologia dla specjalistów dziedzin niezabiegowych: Metabolizm, żywienie i zdrowie kości w chorobie nowotworowej osób starszych*) oraz kursy specjalizacyjne, przeznaczone dla lekarzy realizujących moduł podstawowy lub specjalistyczny z geriatry (np. *Gerontologia i geriatrya - rola i znaczenie we współczesnej medycynie, Postępowanie zabiegowe w wieku podeszłym, Choroby psychiczne i neurologiczne najczęściej występujące u osób w wieku podeszłym, Aktywność ruchowa i odżywianie w promocji zdrowia i rehabilitacji osób starszych, Problemy onkologiczne i opieki paliatywnej w geriatryi*).

(akta kontroli str. 161-163, 1486)

W okresie objętym kontrolą w Ministerstwie realizowano założenia wskazane w programie polityki zdrowotnej pod nazwą *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020*. Głównym celem programu był wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu odbywała się w trzech etapach działań obejmujących: opracowanie rekomendacji dotyczących zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju, promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania. W ramach realizowanych zadań przeprowadzono kampanię społeczną, której celem było pogłębienie świadomości społecznej na temat powszechności zjawiska depresji, jej wczesnego rozpoznawania i zapobiegania oraz popularyzacja rzetelnej wiedzy o głównych czynnikach ryzyka depresji, jej objawów, profilaktyki, leczenia oraz form wsparcia oferowanych chorym i ich otoczeniu. Osoby starsze również zostały objęte Programem jako jedna z trzech grup o podwyższonym ryzyku zachorowania na depresję<sup>42</sup>.

(akta kontroli str. 162)

W Ministerstwie nie opracowano bilansu zdrowotnego 60-lątka, którego wdrożenie przewidziano w NPZ na lata 2016-2020. Zadanie to wskazane zostało w wykazie zadań służących realizacji celu operacyjnego 5. *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*, w zadaniu 2. *Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych*. Jako realizatora tego zadania wskazano Ministra Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz NIGRiR.

(akta kontroli str. 165, 1329-1459)

Dyrektor Departamentu Nadzoru i Kontroli wyjaśnił, że w *NPZ na lata 2016-2020 stanowiącym załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020*, wskazany został szereg działań planowanych do realizacji w ww. okresie, w tym m.in. opracowanie i wdrożenie bilansu zdrowotnego 60-lątka. W toku realizacji przedmiotowego programu, nie zapadła decyzja kierownictwa dotycząca wdrożenia rozwiązań obejmujących badania profilaktyczne dla tej grupy wiekowej.

Jednocześnie zdecydowano o rozpoczęciu realizacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Przedmiotowy program został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”<sup>43</sup> na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia

<sup>42</sup> Na podstawie strony internetowej <https://wyleczdepresje.pl> (dostęp w dniu 3 września 2021 r.).

<sup>43</sup> Dz. U. poz. 1081.

27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>44</sup>.

Celem ww. programu jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców w wieku od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Pacjent może skorzystać z pakietu badań diagnostycznych w ramach programu pilotażowego bez skierowania od lekarza (wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu został określony w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia, który stanowi załącznik do niniejszego pisma).

Projekt programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w ramach uzgodnień, opiniowania i konsultacji publicznych był ogólnodostępny na stronach RCL<sup>45</sup> i każdy zainteresowany podmiot miał możliwość zgłoszenia sugestii dotyczących jego treści. Należy również podkreślić, że założenia projektu oraz uwagi zgłoszone w ramach konsultacji omawiane były - w trybie roboczym - z ekspertami, w tym konsultantami krajowymi m.in w dziedzinie medycyny rodzinnej.

(akta kontroli str. 1494-1495)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień, zauważyć należy, że wdrażanie Programu pilotażowego Profilaktyka 40 PLUS rozpoczęło się w czerwcu 2021 r., a więc już po zakończeniu realizacji NPZ na lata 2016-2020. Ponadto zdecydowanie różnią się potrzeby zdrowotne i zagrożenia populacji 60-latków oraz 40-latków, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w pakiecie badań, które wejdą w skład bilansu 60-latka i badań oferowanych w ramach programu Profilaktyka 40 PLUS.

Spośród zadań wskazanych w *Polityce wobec osób starszych*, w obszarze IV *Tworzenie warunków rozwoju kompleksowej opieki nad chorym starszym*, Ministerstwo nie zrealizowało zadań zaplanowanych na lata 2018-2020, polegających na opracowaniu standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi, a także poprawie koordynacji opieki oraz na określeniu zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych.

(akta kontroli str. 1681-1683)

Dyrektor Generalny wyjaśniła, że zgodnie z informacjami przekazanymi przez Departament Oceny Inwestycji, Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje projekt pozakonkursowy współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) pt. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS”. Celem przedmiotowego projektu jest pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. (...) Pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie POZ ma na celu stopniowe tworzenie systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym zamiast koncentracji na świadczenie usług kładzie się większy nacisk na stosowanie narzędzi zapobiegawczych. System taki będzie lepiej dostosowany do obecnej sytuacji w środowisku opieki zdrowotnej i procesów demograficznych. (...) Udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków europejskich w ramach POZ+ obejmuje:

- wykonywanie bilansów zdrowia dla dorosłych oraz prowadzenie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki zdrowotnej,

<sup>44</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.

<sup>45</sup> Rządowe Centrum Legislacji.

- zarządzanie/koordynowanie opieką w 11 najpopularniejszych niezakaźnych chorobach przewlekłych, m.in. w oparciu o poszerzony zakres badań diagnostycznych i konsultacje specjalistyczne.

(akta kontroli str. 1681-1683)

Powyższe wyjaśnienia nie mogą zmienić oceny, że nie zostały zrealizowane zadania dotyczące opracowania standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi, a także poprawie koordynacji opieki oraz na określeniu zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych. Wskazany w wyjaśnieniach projekt jest przeznaczony dla szerszej grupy pacjentów niż osoby starsze, a w jego ramach nie zaplanowano opracowania standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi. Ponadto zadania w tym obszarze zostały zaplanowane na lata 2018-2020, zatem powinny już zostać zrealizowane, a standardy profilaktyki i opieki opracowane.

Odnośnie działań zaplanowanych w *Polityce wobec osób starszych*, mających na celu zwiększenie dostępności świadczeń z geriatry w systemie szpitalnym (w tym także w upowszechnienie konsultacji geriatrycznych dla hospitalizowanych osób starszych i zwiększenie liczby geriatrów zatrudnionych w systemie), Dyrektor Generalny wyjaśniła, nie wskazując na działania Ministerstwa w tym obszarze, że odnośnie zwiększenia liczby geriatrów *kluczową kwestią dla rozwoju opieki geriatrycznej w Polsce jest wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów tej dziedziny medycyny, w związku z czym właściwym kierunkiem powinno być rozwijanie oddziałów geriatrycznych, przede wszystkim w szpitalach powiązanych z uczelniami medycznymi w dłuższej perspektywie należy dążyć do stworzenia warunków, w których na wszystkich oddziałach zachowawczych, na których hospitalizowane są osoby w wieku podeszłym, istnieć będzie możliwość konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie geriatry. Takie działania są bardziej racjonalne i stanowią lepszą odpowiedź na wyzwania, przed którymi stoi system opieki szpitalnej w związku ze starzeniem się społeczeństwa, niż dążenie za wszelką cenę do zwiększenia liczby wyodrębnionych oddziałów geriatrycznych.*

Dyrektor Generalny wskazała również na ograniczone możliwości NFZ w obszarze tworzenia nowych oddziałów szpitalnych, gdyż *zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych w istniejących podmiotach leczniczych, czyli tworzenie nowych komórek organizacyjnych w podmiotach leczniczych lub restrukturyzacja istniejących oddziałów (np. poprzez zwiększenie liczby łóżek w oddziałach), jest autonomiczną decyzją podmiotów tworzących podmioty lecznicze.*

W sprawie upowszechnienia konsultacji geriatrycznych dla hospitalizowanych osób starszych, Dyrektor Generalny wyjaśniła, iż *w obecnym systemie rozliczeniowym Jednorodnych Grup Pacjentów istnieje produkt rozliczeniowy mający na celu konsultację geriatryczną dla hospitalizowanych osób starszych: 5.53.01.0001499 Całościowa ocena geriatryczna. Produkt ten jest dedykowany pacjentom powyżej 60 r.ż., może być rozliczony jeden raz w roku kalendarzowym u jednego pacjenta, jest przeprowadzany przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie geriatry i/lub konsultacyjny zespół geriatryczny oraz może być rozliczany we wszystkich zakresach lecznictwa szpitalnego, z wyjątkiem zakresów dedykowanych dla dzieci oraz położniczo – ginekologicznych.*

(akta kontroli str. 1649-1650)

Odnośnie zadań określonych w *Polityce wobec osób starszych*, mających na celu rozwój kształcenia przeddyplomowego uwzględniającego zagadnienia z geriatry na kierunkach medycznych (w tym wsparcia rozwoju akademickich ośrodków geriatrycznych w uczelniach kształcących kadrę medyczną), Dyrektor Generalny nie

wskazała na podjęte działania, natomiast wyjaśniła, że: *każda z Uczelni posiadających wydział lekarski lub lekarsko-dentystyczny posiada autonomię w kwestii ustalania programu kształcenia. Wyjaśniła ponadto, że: kształcenie przeddyplomowe ma w sposób ogólny, a nie szczegółowy przygotowywać studentów do przyszłych zadań związanych z wykonywaniem zawodu. Zagadnienia dotyczące geriatry są szczegółowo omawiane w ramach szkolenia specjalizacyjnego przygotowującego już do realizacji świadczeń specjalistycznych.*

(akta kontroli str. 1635-1637)

Dyrektor Generalny wyjaśniła, że w celu wykonania zadań wskazanych w *Polityce wobec osób starszych*, w obszarze rozwoju kształcenia podyplomowego z geriatry w zawodach medycznych, w Ministerstwie w latach 2017-2021 zrealizowano poniższe działania:

- zwiększono liczbę uczelni kształcących na kierunku lekarskim, a tym samym zwiększono limit przyjęć na uczelnie kształcące na tym kierunku,
- przyspieszono o rok możliwość zdawania Lekarskiego Egzaminu Końcowego na ostatnim roku studiów (dotychczas po ukończeniu studiów),
- wprowadzono możliwość odbycia stażu podyplomowego również na oddziale geriatry,
- wprowadzono centralny nabór na wolne miejsca specjalizacyjne w całym kraju (w tym w dziedzinie geriatry), który zastąpił nabór ograniczający się do granic województwa,
- wprowadzono tzw. *bon patriotyczny*<sup>46</sup>, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wynagrodzenie większe o 600 zł miesięcznie (dziedzina niepriorytetowa) lub 700 zł miesięcznie (dziedzina priorytetowa, w tym geriatrya),
- przyspieszono o rok możliwość zdawania Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego na ostatnim roku szkolenia specjalizacyjnego (dotychczas po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego).

(akta kontroli str. 1637-1640)

NIK wskazuje, że niepodejmowanie działań w obszarach mających na celu rozwój kształcenia przeddyplomowego z zakresu geriatry na kierunkach medycznych, a także brak ich realizacji w obszarze tworzenia warunków rozwoju kompleksowej opieki nad chorym starszym, dla których Ministerstwo zostało wskazane jako podmiot odpowiedzialny, może doprowadzić do nieosiągnięcia zaplanowanych w dokumencie celów realizacji *Polityki wobec osób starszych*.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości, polegające na niezrealizowaniu:

1. Zadania dotyczącego opracowania i wdrożenia bilansu zdrowotnego 60-lątka przewidzianego do realizacji w ramach NPZ na lata 2016-2020.

(akta kontroli str. 161, 165, 1329-1459, 1494-1495)

2. Zadań wskazanych w *Polityce wobec osób starszych*, w ramach obszaru IV *Tworzenie warunków rozwoju kompleksowej opieki nad chorym starszym*,

<sup>46</sup> Warunkiem otrzymania wyższego wynagrodzenia zasadniczego było zobowiązanie lekarza do przepracowania w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych łącznie dwóch lat w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

dotyczących opracowania standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi, a także poprawy koordynacji opieki oraz określenia zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych.

(akta kontroli str. 163-164, 1681-1683)

**OCENA CZĄSTKOWA**

W opracowanych w Ministerstwie dokumentach programowych i strategicznych uwzględniano problematykę opieki nad osobami starszymi, jednakże ich realizacja nie przyczyniła się do zwiększenia dostępności pacjentów do stacjonarnej opieki geriatrycznej. Nie opracowano i nie wdrożono bilansu zdrowotnego 60-latka, przewidzianego do realizacji w ramach NPZ na lata 2016-2020. W latach 2018-2020 nie zrealizowano także niektórych zadań określonych w *Polityce wobec osób starszych*, polegających na opracowaniu standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi, poprawie koordynacji opieki oraz na określeniu zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych.

## **IV. Uwagi i wnioski**

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Wykonanie, wskazanych w *Polityce wobec osób starszych*, zadań dotyczących opracowania standardów profilaktyki i opieki nad osobami starszymi, poprawy koordynacji opieki oraz określenia zasad postępowania medycznego w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym wyróżnieniem grupy osób starszych.
2. Zrealizowanie obowiązków wynikających z zarządzenia z 13 stycznia 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw Zdrowotnej Polityki Senioralnej i wykorzystywanie wyników prac tego Zespołu w trakcie realizacji zadań Ministerstwa dotyczących problematyki opieki nad osobami starszymi.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.



## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa NIK. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa,     października 2021 r.

Wiceprezes  
Najwyższa Izba Kontroli  
Małgorzata Motylow

.....  
*podpis*

Na podstawie art. 35c ust. 1 ustawy o NIK, w powyższym tekście dokonano sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej poprzez zastąpienie użytego na str. 29. (ostatni akapit) wyrazu „DZP” wyrazem „Generalny”.