



# Minister Zdrowia

RZS.054.31.2025.AK  
Warszawa, 12 stycznia 2026

Pan  
Zbigniew Tomczak  
Przewodniczący Rady i Prezydium  
Obywatelskiego Parlamentu Seniorów

*Szanowny Panie Przewodniczący,*

w związku z dokumentem „Rekomendacje Obywatelskiego Parlamentu Seniorów skierowane do władz państwowych i samorządowych wszystkich szczebli”, przyjętym na Sesji rozpoczynającej V Kadencję Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, pragnę podkreślić, że opinie i postulaty środowiska seniorów w zakresie kształtowania polityki senioralnej mają dla Ministra Zdrowia szczególnie istotne znaczenie.

W odniesieniu do postulatów, wskazanych w punkcie 8 przedłożonego wystąpienia, obejmujących:

- (a) poprawę dostępu osób starszych do świadczeń medycznych, w szczególności do lekarzy specjalistów, w tym geriatrów, oraz do usług rehabilitacyjnych; apel o uwzględnienie ochrony zdrowia psychicznego seniorów w polityce zdrowia publicznego oraz o wdrożenie procedowanego obecnie „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Ośrodkowych na lata 2025–2030”,*
- (b) wsparcia ważnych dla seniorów projektów zdrowotnych dotyczących powstania koordynowanej opieki w zakresie medycyny okołoperacyjnej, opieki farmaceutycznej oraz bieżących przeglądów leków zapisywanych seniorom, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów geriatrycznych,*

pragnę przekazać następujące informacje.

System opieki zdrowotnej powinien uwzględniać specyficzne potrzeby zdrowotne poszczególnych grup pacjentów, w szczególności osób starszych, które w większym stopniu potrzebują kompleksowej i skoordynowanej opieki.

Trzeba wspomnieć, że z dniem 5 maja 2025 r. wprowadzone zostało do świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej świadczenie – Bilans zdrowia osoby dorosłej – Moje Zdrowie.

Bilans zdrowia dorosłych to okresowo wykonywana, kompleksowa ocena stanu zdrowia, którą rozpoczyna pogłębiony wywiad, realizowany zgodnie z wystandaryzowanym kwestionariuszem. „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” jest narzędziem

kompleksowej profilaktyki uwzględniającym m.in. ocenę stanu zdrowia, z uwzględnieniem zdrowia psychicznego oraz oceny funkcji poznawczych u osób po 60. roku życia.

Dodatkowo, dla osób starszych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285, ze zm.) przewidziano specjalne świadczenia:

- psychogeriatryczne (stacjonarne), obejmujące diagnostykę i leczenie osób powyżej 60. roku życia z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniami procesów poznawczych. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się hospitalizację pacjentów w wieku poniżej 60. roku życia;
- dzienne psychiatryczne geriatryczne obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia.

W celu poprawy dostępności do świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) poprzez motywowanie świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, w ubiegłym roku wprowadzona została modyfikacja zasad finansowania świadczeń w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawców poziomu udziału procentowego świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych<sup>1</sup>.

Nowe zasady finansowania mają zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych od 1 listopada 2025 r., przy czym pierwsza ocena spełniania parametrów określonych w zarządzeniu wskazanym w przypisie obejmie świadczenia udzielone w okresie od 1 lipca do 30 września 2025 r.

Ponadto, z dniem 1 stycznia 2024 r. Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło pracę nad projektem Odwróconej Piramidy Świadczeń. W ramach projektu prowadzone są między innymi prace nad budową pakietów diagnostycznych w ramach AOS, które zastąpią fragmentarycznie udzielane porady. Pozwolą one na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz odciążenie szpitali z procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach. Wdrożenie pakietów diagnostyczno-terapeutycznych dodatkowo powinno przyczynić się do skrócenia czasu oczekiwania na pierwszą wizytę.

Dodatkowo, zostaną również opracowane Standardy Dostępności dla AOS i zrealizowane projekty podnoszące dostępność placówek w obszarze architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym. Działania te będą prowadzone głównie z myślą o osobach ze szczególnymi potrzebami, w tym osobach z niepełnosprawnościami oraz seniorach, którym łatwiej będzie korzystać z bardziej dostępnych podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Celem Ministerstwa Zdrowia jest również zapewnienie większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne poprzez m.in. rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt.

W odniesieniu zaś do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, należy wskazać, że są to świadczenia dedykowane różnym grupom wiekowym, w tym również seniorom, a rodzaj świadczeń jest zależny od kryteriów kwalifikacji i stanu klinicznego świadczeniobiorcy.

---

<sup>1</sup> *zarządzenie nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

Uchwała Rady Ministrów w sprawie przyjęcia *Krajowego Programu Działań wobec Chorób Ośrodkowych, polityki publicznej do roku 2030* została opublikowana w dniu 17 grudnia 2025 r. w Monitorze Polskim.

Także w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia (NPChUK) oraz Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK) Ministerstwo Zdrowia realizuje działania skierowane do całej populacji, z uwzględnieniem potrzeb osób starszych.

Czynnikiem wpływającym na wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia w Polsce jest zarówno proces starzenia się populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki związane ze stylem życia wpływające na rozwój tychże chorób.

Ustanowiony w 2022 r. NPChUK na lata 2022–2032<sup>2</sup> jest odpowiedzią na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia, a także skutki w postaci wysokiej umieralności oraz poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogarszania jakości życia chorych i znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób. NPChUK jest narodową strategią kardiologiczną, której głównym celem jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny oraz efektywny system ochrony zdrowia i redukcja umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Efektem realizacji Programu ma być wydłużenie życia i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa.

Działania NPChUK koncentrują się na pięciu obszarach obejmujących inwestycje:

- w kadry – rozwój kształcenia personelu medycznego, szkolenia dla lekarzy i koordynatorów opieki.
- w edukację, profilaktykę i styl życia – kampanie społeczne (np. „10 dla Serca”), edukacja dzieci i dorosłych.
- w pacjenta – poprawa zgłaszalności na badania przesiewowe, narzędzia motywacyjne dla POZ i medycyny pracy.
- w naukę i innowacje – badania epidemiologiczne, dostęp do nowych terapii.
- w system opieki kardiologicznej – rozwój Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK), wdrożenie jednolitych standardów diagnostyczno-terapeutycznych, elektronicznej karty opieki kardiologicznej (e-KOK), modernizacja infrastruktury i rozwój telemedycyny.

Program obejmuje kompleksową reformę opieki kardiologicznej, w tym rozwój Krajowej Sieci Kardiologicznej, wdrożenie jednolitych standardów diagnostyczno-terapeutycznych, mechanizmów jakościowych oraz narzędzi cyfrowych, takich jak elektroniczna karta opieki kardiologicznej (e-KOK) i centralna e-rejestracja.

Krajowa Sieć Kardiologiczna, wprowadzona ustawą z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej. (Dz.U. 2025 poz. 779), opiera się na trójstopniowej hierarchii ośrodków, koordynacji opieki i monitorowaniu jakości.

Ustawa o KSK wprowadza:

- koordynację opieki i hierarchizację ośrodków (trzy poziomy referencyjności),
- wyznaczenie koordynatorów opieki kardiologicznej,
- wdrożenie mechanizmów jakościowych (art. 19–20 ustawy),
- obowiązek stosowania jednolitych standardów diagnostyczno-terapeutycznych,

---

<sup>2</sup> M.P. 2022 poz. 1265, zmieniony uchwałą z dnia 11 marca 2025 r., M.P. 2025 poz. 267

- monitorowanie wskaźników jakości oraz powiązanie finansowania z wynikami leczenia (współczynniki korygujące do 1,25).

W ramach KSK wprowadzono uniwersalną ścieżkę pacjenta, opartą na jednolitych standardach diagnostyczno-terapeutycznych w całym kraju, co gwarantuje spójny i przewidywalny proces leczenia. Kluczową rolę odgrywa koordynator opieki kardiologicznej, który wspiera pacjenta na każdym etapie leczenia – co jest szczególnie istotne w przypadku osób starszych z wielochorobowością.

Mechanizm finansowania powiązany z wynikami leczenia motywuje ośrodki do poprawy jakości. Hierarchizacja ośrodków na trzech poziomach referencyjności oraz rozwój telemedycyny skracają czas diagnostyki i poprawiają dostępność świadczeń, także w mniejszych miejscowościach.

Od 2028 r. obowiązkowe będzie stosowanie elektronicznej karty opieki kardiologicznej (e-KOK), co usprawni ścieżkę pacjenta i skróci czas oczekiwania na świadczenia.

W 2025 r. kontynuowano doposażanie 478 ośrodków kardiologicznych w nowoczesny sprzęt (nakłady 2,7 mld zł w ramach Krajowego Planu Odbudowy), co znacząco podnosi jakość diagnostyki i leczenia, również dla osób starszych.

Uzupełnieniem działań zwiększających dostępność świadczeń i rozwijających koordynowaną opiekę jest edukacja zdrowotna oraz przeciwdziałanie dezinformacji, które wzmacniają skuteczność całego systemu. Kluczowym elementem jest koncepcja „10 dla Serca”, obejmująca zestaw zasad dotyczących diety, aktywności fizycznej, kontroli ciśnienia i cholesterolu. Kampanie są powiązane z badaniami epidemiologicznymi, co pozwala na ocenę skuteczności działań i ich dostosowanie do potrzeb populacji osób starszych.

Szczególny nacisk położony jest na przeciwdziałanie dezinformacji medycznej, w tym poprzez przygotowanie materiałów edukacyjnych dotyczących profilaktyki ChUK – w formie ulotek, broszur i plakatów – mających na celu przeciwdziałanie dezinformacji medycznej, takiej jak statynofobia, błędne przekonanie o szkodliwości niskiego stężenia cholesterolu oraz domniemany negatywny wpływ leków stosowanych w profilaktyce ChUK na żołądek, wątrobę i inne narządy.

Materiały będą dostosowane do potrzeb różnych grup odbiorców, w tym osób starszych i wykluczonych cyfrowo, z uwzględnieniem zasad dostępności cyfrowej (WCAG 2.1), tekstów łatwych do czytania oraz materiałów w Polskim Języku Migowym.

Dzięki tym rozwiązaniom osoby starsze zyskują lepszy dostęp do nowoczesnej diagnostyki, kompleksowej opieki i rzetelnych informacji, co sprzyja poprawie jakości życia i bezpieczeństwa zdrowotnego. Koordynowana opieka, wsparcie koordynatora oraz intensywna edukacja zdrowotna stanowią spójny system działań, który odpowiada na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa i rosnącą liczbą chorób układu krążenia.

Należy również wspomnieć, że w 2023 r. została wprowadzona<sup>3</sup> Krajowa Sieć Onkologiczna. Jest to nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną, którego celem jest zapewnienie każdemu pacjentowi (w tym osobom starszym) niezależnie od miejsca zamieszkania kompleksowej opieki opartej o jednakowe standardy i wysoką jakość.

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

- ⇒ Poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia onkologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa opieki onkologicznej.

---

<sup>3</sup> ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej

- ⇒ Zapewnienie ciągłości opieki onkologicznej - od diagnostyki przez leczenie, a następnie przez rehabilitację, opiekę specjalistyczną i podstawową opiekę zdrowotną.
- ⇒ Koordynacja opieki onkologicznej - każdy ośrodek zakwalifikowany do KSO wyznaczył koordynatora opieki onkologicznej. To koordynatorzy odpowiadają za ciągłość opieki i mają pomóc pacjentom przejść przez wszystkie etapy diagnostyki i leczenia, ale także skoordynować późniejszą rehabilitację czy opiekę kontrolną.

W 2024 r. rozpoczęto proces szkoleń dla koordynatorów opieki onkologicznej. Celem szkoleń jest ujednolicenie i ugruntowanie wiedzy na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz podniesienie kompetencji w zakresie sprawowania opieki nad pacjentem onkologicznym.

- ⇒ Standaryzacja opieki onkologicznej – poprawa jakości diagnostyki i leczenia onkologicznego - wprowadzenie „ścieżek pacjenta” dla najważniejszych nowotworów – wydane w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia jako kluczowe zalecenia, obejmujące zalecenia w zakresie rehabilitacji i opieki POZ. Wydano obwieszczenia obejmujące 18 ścieżek pacjenta (wg umiejscowienia) dla raka jajnika, nowotworów klatki piersiowej (płuco), gruczołu krokowego, raka nerkowokomórkowy, okrężnicy, pęcherza moczowego, piersi, raka wątrobowokomórkowego, mięsaka kości, raka skóry, czerniaka, nowotworów neuroendokrynnych przewodu pokarmowego oraz żołądka i dwunastnicy, nowotwory neuroendokrynnego jelita cienkiego i wyrostka robaczkowego, jelita grubego i trzustki, mięsaka tkanek miękkich.

Standardy te obligują wszystkie podmioty zakwalifikowane do KSO do zapewnienia pacjentom takiego samego procesu opieki medycznej, zgodnego z aktualnymi i najlepszymi standardami europejskimi.

- ⇒ Wzmocnienie infrastruktury kluczowych ośrodków onkologicznych w ramach KSO

W 2024 r. uruchomiono program wsparcia dla szpitali zakwalifikowanych do KSO, finansowany z Krajowego Planu Odbudowy. Na budowę, przebudowę, modernizację oraz doposażenie infrastruktury leczniczej świadczącej usługi w zakresie onkologii zostanie przeznaczona kwota 5,2 mld zł.

- ⇒ Wprowadzenie elektronicznej karty e-DILO (karta diagnostyki i leczenia onkologicznego)

Karta będzie zawierać „ścieżkę pacjenta” i pozwalać będzie na koordynację opieki onkologicznej oraz mierzenie jej jakości na każdym etapie opieki.

- ⇒ Uruchomienie Narodowego Portalu Onkologicznego

27 maja 2025 r. uruchomiono Narodowy Portal Onkologiczny. Jest to oficjalny serwis wiedzy onkologicznej w Polsce, który łączy wiedzę medyczną z praktycznymi wskazówkami. To narzędzie, które ułatwia zrozumienie i zachęca do świadomego podejścia do tematyki zdrowia. Powstał, przede wszystkim, z myślą o pacjentach onkologicznych i ich bliskich. Link do Portalu: <https://onkologia.pacjent.gov.pl/pl>

Należy również wskazać, że w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej w odniesieniu do osób starszych, od 2021 r. realizowany jest „Program badań w kierunku wykrywania raka płuca”.

Program polega na wykonywaniu badań niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) w populacji osób wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca. Do badań kwalifikowane są osoby, które zostaną zidentyfikowane do badania przez lekarzy ośrodka przesiewowego lub

lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i spełniają kryteria włączenia do programu. Realizatorzy to podmioty lecznicze, których miejsce udzielania świadczeń znajduje się w jednym z wymienionych województw: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, opolskie, podkarpackie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie.

Kryteria włączenia:

1) osoby w wieku 55–74 lata, które:

- mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkomatom i
- rzuciły palenie na nie więcej niż 15 lat (dot. ostatniego okresu absencji);

2) osoby w wieku 50–74 lata, które:

- mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkomatom i
- rzuciły palenie na nie więcej niż 15 lat (dot. ostatniego okresu absencji) i
- u których stwierdzono jeden z czynników ryzyka:
  - z uwagi na wykonywany zawód były narażone na działanie krzemionki, berylu, niklu, chromu, kadmu, azbestu, związków arsenu, spalin silników diesla, dymu ze spalania węgla kamiennego, sadzy,
  - były poddane ekspozycji na radon,
  - chorowały na raka płuca, chłoniaka, raka głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. raka pęcherza moczowego,
  - osoby z bliskiej rodziny (krewni pierwszego stopnia) miały raka płuca,
  - chorują na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) lub samoistne włóknienie płuc (IPF).

Celem programu jest zwiększenie odsetka raka płuca wykrywanego we wczesnych stadiach zaawansowania, zwiększenie odsetka wyleczeń (5-letnich przeżyć), obniżenie umieralności na raka płuca, a także obniżenie kosztów leczenia raka w skali kraju, dzięki leczeniu zmian chorobowych wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania

Łącznie do końca III kwartału 2025 r. wykonano 53 657 badań NDTK na kwotę 20 373 950 zł. Od 2026 r. planowane jest wdrożenie tych badań do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Jednocześnie chciałabym podkreślić, że działaniem skierowanym na poprawę stanu zdrowia i wykrywalności nowotworów u ogółu społeczeństwa (również osób starszych) jest wymiana i zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów. W 2024 r. dofinansowano wymianę i zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych za niemal 413,5 mln zł. W 2025 roku na zadania inwestycyjne na zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów przeznaczono kwotę 213 mln zł, w tym na zakup sprzętu do diagnostyki patomorfologicznej, genetycznej i zakup sprzętu do rehabilitacji leczniczej dla pacjentów onkologicznych. W 2026 r. na zadania inwestycyjne NSO przewidziane jest przeznaczenie 430 mln zł na działania dotyczące utworzenia stref komfortu dla pacjentów onkologicznych oraz wzmocnienie potencjału infrastruktury szpitali onkologicznych.

Należy również podkreślić, że podejmowane są działania mające na celu zwiększenie udziału farmaceutów w ochronie zdrowia.

Przepisy nowelizujące ustawę – Prawo farmaceutyczne, które weszły w życie w dniu 14 lutego 2025 r. wprowadziły istotne zmiany w zakresie uprawnień farmaceutów dotyczących wystawiania recept farmaceutycznych. Od tego momentu farmaceuci uzyskali możliwość wystawiania recept farmaceutycznych na wszystkie produkty immunologiczne niezbędne do przeprowadzenia zalecanego szczepienia ochronnego w aptece, w tym

również w zakresie szczepionek refundowanych. Uprawnienie to obejmuje również stosowanie zasad refundacji z uwzględnieniem dodatkowych uprawnień przysługujących pacjentom na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wobec tego uprawnienia i zapewnienia możliwości jego pełnej realizacji prowadzone są również działania zmierzające do zapewnienia farmaceutom dostępu do dokumentacji medycznej pacjentów.

W Polsce rola farmaceuty w systemie ochrony zdrowia od pewnego czasu ewoluuje i zyskuje na znaczeniu. Pierwszy znaczący krok w kierunku poszerzenia kompetencji farmaceutów dokonał się w okresie pandemicznym i na przestrzeni kolejnych lat udało się wzmacniać rolę i udział farmaceutów w systemie ochrony zdrowia. Dotychczasowe zmiany w zakresie uprawnień farmaceutów stanowią istotny krok w kierunku lepszego wykorzystania ich kompetencji. Ministerstwo Zdrowia będzie kontynuowało prace analityczne i dialog ze środowiskiem w celu oceny zasadności kolejnych działań w tym obszarze z uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów oraz efektywności systemu.

Należy również wspomnieć, że w ostatnich miesiącach przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia podjęli prace nad nowelizacją ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej we współpracy z przedstawicielami Kancelarii Prezydenta RP.

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej, opracowana przez Kancelarię Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, weszła w życie z dniem 1 stycznia 2024 r. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia już na etapie opracowywania jej projektu zgłaszali Kancelarii Prezydenta RP szereg uwag wobec zaprojektowanych rozwiązań. Wiele zastrzeżeń dotyczących potencjalnych trudności w realizacji przepisów ustawy zgłosiła także strona samorządowa.

Głównym celem zmian systemowych zaproponowanych w ww. ustawie było – zgodnie z założeniami wnioskodawców – zapewnienie opieki geriatrycznej osobom starszym i sprzyjanie zdrowemu starzeniu się, zapobieganie postępowi chorób przewlekłych i wystąpieniu lub pogłębianiu się niepełnosprawności. Służyć miały temu nowe rozwiązania: prowadzenie wstępnej oceny geriatrycznej w podstawowej opiece zdrowotnej i utworzenie Centrów Zdrowia 75+ (CZ 75+). Zakładano także zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych w całym kraju i zwiększenie dostępu do tego rodzaju świadczeń.

Problemy z interpretacją oraz realizacją postanowień tego aktu pojawiły się też po jego wejściu w życie, m.in. ze względu na:

- ograniczoną liczbę kadr, które miałyby wykonywać zadania w nowych podmiotach – Centrach Zdrowia 75+ (CZ 75+),
- niewystarczającą liczbę oddziałów geriatrycznych, z którymi CZ 75+ zobowiązane są współpracować,
- niejasne zasady współpracy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z CZ 75+ w opiece nad pacjentem geriatrycznym czy też
- brak uzasadnienia merytorycznego dla przyjęcia granicy 75 r.ż. dla objęcia pacjentów geriatryczną opieką zdrowotną.

Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia podjęło decyzję o zaangażowaniu w analizę przepisów ustawy ekspertów zewnętrznych. Zadanie to powierzono Zespołowi do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych, powołanemu zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2024 r. Zespół wypracował alternatywne wobec tych wskazanych w przywołanej ustawie – propozycje rozwoju opieki geriatrycznej.

Aktualnie prowadzone są ustalenia zmierzające do sformułowania treści nowelizacji ustawy.

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