



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Adam Bodnar

Warszawa,

10/05/2019

XI.503.2.2016.ACh

Pani
Elżbieta Rafalska
Minister Rodziny Pracy
i Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 1/3/5
00-513 Warszawa

Wielce Szanowna Pani Minister,

Uprzejmie dziękuję za odpowiedź przekazaną w dniu 15 stycznia 2019 r. (znak: DAS.III.071.1.2019.MZ). Jednocześnie chciałbym zaznaczyć, że **wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa obligują nas do prowadzenia pogłębionego dialogu**, szukania najlepszych rozwiązań i współpracy pomiędzy różnymi podmiotami, a także sektorami, by skutecznie przygotować się do zmian demograficznych. To konieczne, aby najważniejsze wartości zapisane w Konstytucji, takie jak godność i równe traktowanie, były realizowane w sytuacji nadchodzącej zmiany proporcji między generacjami. Dotychczasowe, utarte schematy działania wobec osób starszych już teraz uwidaczniają swoją słabość i niewydolność.

W pierwszej kolejności pragnę podkreślić ogromne znaczenie prac nad nowym instrumentem międzynarodowym o prawach osób starszych, który wyznaczy standardy ochrony praw człowieka w odniesieniu do tej grupy osób¹. Wyniki dyskusji prowadzonej na forum ONZ nad kolejnymi obszarami tematycznymi już teraz dostarczają konkretnych wskazań. Powinna je uwzględnić polityka państwa, aby budzić zaufanie co do skutecznej ochrony praw starszych obywateli teraz i w przyszłości. **Przyjęta w dniu 26 października 2018 r. Polityka Społeczna wobec osób starszych do 2030 r. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność² stanowi ważny punkt odniesienia dla rozwoju dalszych działań na poziomie krajowym.** Należy docenić, że wskazuje ona obszary i cele oraz

¹ Podobnie jak Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U. 1991 Nr 120, poz. 526), czy Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1169).

² M.P. z 2018 r., poz. 1169; dalej: *Polityka wobec osób starszych do 2030 r.*

wiąże je z określonymi podmiotami, ale **nie można przyjąć, że w obecnym kształcie jest to instrument wystarczający w obliczu czekających nas wyzwań**. Brakuje w nim chociażby odniesienia do autonomii seniorów i senierek w ogólnych zasadach dokumentu, które podkreślałoby partnerskie podejście do osób, których dokument ten dotyczy. Brakuje również odpowiedzialnego wskazania źródeł finansowania polityki senioralnej, które pozwoliłoby na systemowe przygotowanie infrastruktury i usług, a także mechanizmów oceny adekwatności prowadzonych działań w stosunku do potrzeb. Nie jest jednak celem niniejszego wystąpienia szczegółowa analiza ww. dokumentu, a jedynie wskazanie rekomendacji działań, które można przeprowadzić w krótszym terminie niż opracowanie nowej strategii senioralnej. Wśród tych działań kluczowa wydaje się **kompleksowa nowelizacja ustawy o osobach starszych z dnia 11 września 2015 r.**³. Posługując się konkretnymi przykładami pragnę również wskazać na sposób analizy dokumentów rządowych w odniesieniu do dyskusji, jaka toczy się nad nową Konwencją o prawach osób starszych⁴, dzięki której można zidentyfikować istotne luki w działaniach podejmowanych w Polsce. Sprawą wielkiej wagi dla całościowej polityki senioralnej jest również wypracowanie mechanizmów efektywnej współpracy pomiędzy różnymi resortami.

1. Działania na rzecz przyjęcia Konwencji o prawach osób starszych

Z zadowoleniem należy odnotować włączenie się Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej w międzynarodową debatę na temat potrzeby opracowania nowej konwencji o prawach osób starszych, poprzez przygotowanie wkładu w dwóch obszarach tematycznych zaplanowanych do dyskusji podczas X Sesji Grupy Roboczej ONZ ds. Starzenia się (Open-ended Working Group on Ageing, OEWGA) w dniach 15-18 kwietnia br. w siedzibie ONZ w Nowym Jorku⁵.

Niemniej **uznamy za konieczne powtórzyć apel o zwiększenie zaangażowania rządu polskiego w przygotowanie nowego instrumentu ochrony praw osób starszych**. Przy prognozowanych zmianach demograficznych, obejmujących zmianę w proporcjach między pokoleniami, a także przyspieszenie przyrostu liczby osób w wieku 80+ w 2025 r., związanych z wchodzeniem osób urodzonych podczas powojennego wyżu w ten wiek, **polskie społeczeństwo potrzebuje dodatkowych działań, które pozwolą skutecznie przygotować się na zmiany**. Opracowanie i przyjęcie Konwencji o prawach osób starszych byłoby milowym krokiem w pracy nad niezbędnymi zmianami oraz instrumentem, który wspierałby rządzących zarówno na poziomie lokalnym, jak i centralnym we wprowadzaniu

³ Dz. U. poz. 1705.

⁴ Zob. <https://social.un.org/ageing-working-group/>.

⁵ Wkłady państw członkowskich ONZ, w tym Polski, dostępne pod linkiem: <https://social.un.org/ageing-working-group/tenthsession-govts.shtml>.

niezbędnych rozwiązań, a dla obywateli stanowiłby istotny dokument, do którego mogliby się odwoływać w swoich kontaktach z administracją publiczną.

Chciałbym przypomnieć, jak istotne znaczenie dla polityki senioralnej w Polsce miały obchody Europejskiego Roku Solidarności Międzypokoleniowej i Aktywnego Starzenia w 2012 r. Potrzebowaliśmy tego impulsu ze strony społeczności międzynarodowej, aby poszerzyć przestrzeń działania dla rodzimych organizacji senioralnych oraz zwiększyć zaangażowanie na poziomie rządowym. Dopiero w 2012 r. doczekaliśmy się przetłumaczenia przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej na język polski Planu Madryckiego (MIPAA), przyjętego przez ONZ w 2002 r., wskazującego wiele istotnych zagadnień w odniesieniu do praw osób starszych, nie posiadającego jednak statusu traktatu w zakresie praw człowieka⁶. W 2012 r. powołany został również Departament Polityki Senioralnej w kierowanym przez Panią Minister resorcie i opracowano pierwsze *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020*. Obecnie taki impuls kierowany jest przez ONZ do wszystkich państw członkowskich – warto też uwzględnić, że włączając się w prowadzone działania mamy możliwość wpływu na ich końcowy rezultat.

W związku z tym chciałbym zaapelować o przygotowanie na kolejną Sesję OEWGA nie tylko odpowiedzi odnoszących się do nowych obszarów tematycznych, ale również o przekazanie propozycji w zakresie normatywnych elementów nowego instrumentu prawa międzynarodowego. Należy przy tym zauważyć, że nawet państwa europejskie nie wyrażające wprost poparcia dla nowej konwencji – takie jak Niemcy, Hiszpania czy Włochy – nie ograniczają się do przygotowania odpowiedzi w odniesieniu do kolejnych obszarów tematycznych, ale odnoszą się również do pytań o propozycje elementów nowej konwencji, kierując się zasadą, że **należy uczestniczyć w procesie, którego efekty będą miały w przyszłości wpływ na sytuację w kraju.**

Biorąc pod uwagę doświadczenia w przygotowaniu dla OEWGA odpowiedzi Rzecznika Praw Obywatelskich pragnę zaznaczyć, że **realizacja tego zadania pozwala na przeprowadzenie analizy stanu implementacji praw człowieka w odniesieniu do sytuacji osób starszych w Polsce. Dzięki niej można dostrzec luki w przepisach lub niedociągnięcia w ich wdrażaniu, które powodują, że liczna grupa osób starszych i osób je wspierających pozostają pozostawione same sobie.** Dopiero identyfikacja tych deficytów może pozwolić na opracowanie i implementację konkretnych mechanizmów, które stanowiłyby remedium na zaistniałą sytuację. Tytułem przykładu, w dalszym ciągu, ze względu na nieprzygotowanie odpowiedniej podaży usług, zwłaszcza świadczonych w

⁶ Zob. Raport Niezależnej Ekspertki ONZ ds. przestrzegania praw osób starszych, wrzesień 2016 r., s. 17; dokument dostępny pod adresem: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/147/83/PDF/G1614783.pdf?OpenElement> (dostęp: 25 marca 2019 r.).

miejscu zamieszkania, brak dobrze skoordynowanego systemu wsparcia na poziomie gminy, efektywnego informowania obywateli o możliwości i zakresie wsparcia, jak również brak wdrożenia Narodowego Planu Alzheimerowskiego, należy spodziewać się kryzysu. Wskazują na to wyniki badania EHIS z 2014 r. opublikowane przez GUS, informujące o tym, że jedna trzecia osób w wieku 65 lat i więcej miała trudności w wykonywaniu czynności życia codziennego, a 45% z tych osób nie miała do kogo zwrócić się o pomoc⁷. W *Informacji o sytuacji osób starszych w 2017 r.*⁸ można również znaleźć wzmiankę o tym, że w części gmin nie oferuje się usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych⁹. W mojej ocenie, pomimo takiej diagnozy, nie są podejmowane adekwatne działania zaradcze w postaci odpowiednich usług sektora publicznego.

2. Efektywny mechanizm zgłaszania nadużyć i przemocy – proponowany element prawa do autonomii w nowej konwencji o prawach osób starszych w świetle nadużyć odnotowanych przez KMPT na poziomie krajowym oraz zadań wynikających z *Polityki wobec osób starszych do 2030 r.*

Dyskusja o konwencji o prawach osób starszych na forum ONZ wskazuje również, że należy zweryfikować paternalistyczne podejście do osób, które ze względu na wiek, a także na związane z nim choroby demencyjne, potrzebują większego wsparcia. **Pomijanie zdania osób starszych w zakresie spraw, które ich dotyczą, a w których chcą i mogą się wypowiedzieć oraz zdecydować, stanowi również naruszenie ich autonomii oraz godności.** Odnosi się to do tak podstawowych kwestii jak to, w co dana osoba chce się ubrać i co chciałaby zjeść, jak również tego, czy woli otrzymywać wsparcie we własnym domu czy w instytucji, oraz do jej świadomej zgody na podejmowanie określonego sposobu leczenia. Oprócz złej woli, to także **brak wiedzy dotyczącej profesjonalnej opieki opartej o prawa człowieka**, jak również brak umiejętności w zakresie komunikacji z osobami chorymi i uwarunkowaniami związanymi z tą sytuacją może prowadzić do poważnych nadużyć, takich jak m.in. ustalanie postępowania względem osoby starszej jedynie z członkami jej rodziny, pozostawianie jej w piżamie przez cały dzień w placówce opiekuńczej, stosowanie leków odepiających bez wskazań lekarza, czy przywiązywanie do krzesła na widoku innych osób – takie praktyki zostały odnotowane podczas wizytacji w domach pomocy społecznej realizowanych przez pracowników Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT), a informację o nich przekazałem Przewodniczącemu OEWWGA w

⁷ W 2014 r. osób 60 lat i więcej było w Polsce 8,5 mln. Informacje za: GUS, *Zdrowie osób starszych w świetle statystyki publicznej*, 19.02.2016 r., materiał dostępny pod adresem: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosz_w_wieku_60_struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf, s. 17 (dostęp: 25 marca 2019 r.).

⁸ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017 - druk sejmowy nr 3071 z dnia 27 listopada 2018 r.

⁹ *Ibidem*, np. s. 111.

ramach przygotowań do ubiegłorocznej, IX Sesji¹⁰. Powstaje pytanie, jakimi metodami można przeciwdziałać podobnym zjawiskom.

Jednym z możliwych środków zaradczych byłby **efektywny mechanizm zgłaszania nadużyć i przemocy dostępny na poziomie konkretnych instytucji opiekuńczych, takich jak domy pomocy społecznej, ale również na poziomie lokalnym dla mieszkańców w starszym wieku**, który wskazałem w odpowiedzi udzielonej Przewodniczącemu OEWGA jako propozycję jednego z elementów nowego prawa chroniącego niezależność i autonomię osób starszych.

Szczegółowe procedury działania powinny zapewnić dotarcie z informacją o możliwości zgłaszania nadużyć i zaniedbań do osób osamotnionych lub pozostających w izolacji społecznej. Mechanizm ten powinien stanowić rozwiązanie, które da poczucie bezpieczeństwa osobie starszej oraz powinien gwarantować, że nie zostanie ona pozbawiona wsparcia, jeżeli zgłosi nadużycia ze strony osób, które równocześnie udzielają jej pomocy w czynnościach życia codziennego. Jeżeli konwencja zostałaby opracowana i przyjęta wdrożenie takiego mechanizmu byłoby obowiązkowe na poziomie lokalnym i tym samym stanowiłoby instrument, do którego można się odwołać, słusznie oczekując sprawnego reagowania na krzywdę.

Pozostałe wskazania, przygotowane we współpracy z Niemieckim Instytutem Ochrony Praw Człowieka w odpowiedzi na pytania przewodniczącego Grupy Roboczej ONZ ds. Starzenia się, przekazuję w załączeniu. Ponadto przekazuję do wiadomości Pani Minister odpowiedzi na pytania w zakresie nowych obszarów tematycznych, które są omawiane w tym roku.

W celu upewnienia się co do polityki rządu w obszarze ochrony autonomii osób starszych w odniesieniu do ułatwień w zgłaszaniu nadużyć poddałem analizie adekwatny rozdział *Polityki społecznej wobec osób starszych do 2030 r. W Obszarze V pt. Zwiększanie bezpieczeństwa fizycznego – przeciwdziałanie przemocy i zaniedbaniu wobec osób starszych* (s. 93-94), wskazano, obok takich działań jak realizacja kampanii, akcji i innych działań profilaktycznych dotyczących edukacji, mających na celu przeciwdziałanie przemocy wobec osób starszych oraz prowadzenie szkoleń w zakresie komunikacji i reagowania na przemoc, również tworzenie w całym kraju sieci poradnictwa dla osób starszych doznających przemocy w miejscu zamieszkania. Pragnę zauważyć pozytywny potencjał w zadaniach z zakresu szkoleń z komunikacji i przeciwdziałania przemocy ujęty w *Polityce*. Pozostaje jednak otwarte pytanie o to, jaki będzie ich zasięg, zakres i czy będą

¹⁰ Zob. załącznik nr 6: Odpowiedzi RPO na pytania przewodniczącego dot. autonomii i niezależności osób starszych przygotowane na IX Sesję OEWGA. Por.: *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Raport z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur*, Warszawa 2017 r.

one obejmować przekazywanie wiedzy i kształtowanie postaw w oparciu o prawa człowieka.

W Polityce społecznej wobec osób starszych do 2030 r., wśród wymienionych celów i zadań, **nie uwzględniono jednak sprawdzenia funkcjonowania procedur zgłaszania nadużyć i przemocy na poziomie gminy, a także w placówkach opiekuńczych.** Potencjał w tym zakresie dostrzegam w zadaniu odnoszącym się do tworzenia w całym kraju sieci poradnictwa dla osób starszych doznających przemocy w miejscu zamieszkania, jednakże podany sposób monitorowania, czyli *liczba wspartych organizacji sektora organizacji pozarządowych (...) w obszarze promowania wolontariatu osób starszych oraz wobec osób starszych i związków wyznaniowych dla osób starszych doznających przemocy w miejscu zamieszkania* rodzi pytanie o jakość tego poradnictwa, szybkość i efektywność w docieraniu do osób starszych doznających przemocy oraz o aktywne przedstawianie alternatywnych, dostępnych opcji w odniesieniu do zapewnienia wsparcia dla danej osoby w wykonywaniu czynności życia codziennego. Kolejne wątpliwości dotyczą tego, czy liczba podmiotów świadczących tego rodzaju poradnictwo będzie adekwatna do potrzeb, na ile ich zasięg będzie obejmował gminy wiejskie, w jakim zakresie osoby świadczące tego rodzaju poradnictwo będą przeszkolone. Te pytania odnoszą się wprost do jakości realizacji tego zadania oraz dotyczą jakości międzysektorowej współpracy pomiędzy Ministerstwem Sprawiedliwości, wskazanym jako realizator tego zadania, a Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, które nie widnieje jako podmiot odpowiedzialny za udział w jego realizacji, a które wydaje się odpowiednim partnerem do wypracowania wskaźników odnoszących się do jakości wykonania zadania.

3. Ewaluacja polityki senioralnej

Powyżej opisana sytuacja to jeden z licznych przykładów stosowania uproszczonych wskaźników ilościowych w *Polityce społecznej wobec osób starszych do 2030 r.* W dokumencie tym często jako sposób monitorowania podaje się liczbę podmiotów, którym zostało udzielone wsparcie finansowe, lub które wzięły udział w określonym działaniu. Są to jednak wskaźniki ilościowe, skonstruowane tak, że trudno na ich podstawie wnioskować, czy dane działanie zostało wykonane w sposób satysfakcjonujący oraz czy w sposób rzeczywisty wpłynęło na poprawę sytuacji osób starszych. Ponadto cele określone w poszczególnych obszarach powinny mieć charakter mierzalny. Tym samym **nie dostrzegam możliwości prowadzenia efektywnej oceny działań w odniesieniu do ogólnie sformułowanych zamierzeń i celów, która dawałaby możliwość wprowadzenia odpowiednich korekt. Brak możliwości oceny skuteczności działań przekłada się na brak możliwości pełnoprawnego stwierdzenia, że prawa osób starszych są w Polsce skutecznie chronione.**

Rozwiązaniem byłoby wprowadzenie dla poszczególnych zadań przemysłanych mierników odnoszących się także do jakościowych aspektów działań. W pierwszej kolejności wydaje się właściwe wprowadzenie ankiet mierzących zadowolenie samych zainteresowanych odnośnie jakości działań podejmowanych na ich rzecz. Zasadne wydaje się również wprowadzenie wskaźników, które zestawiałyby liczbowo wyniki działań w kontekście zapotrzebowania na konkretne usługi (np. liczba osób, które potrzebują wsparcia w czynnościach życia codziennego w danym regionie/powiecie/gminie z liczbą usług świadczonych w miejscu zamieszkania). Na podstawie pierwszych uzyskanych wyników odnoszących się do realizacji tak dookreślonych wskaźników poszczególne resorty powinny przedstawić propozycje celów określonych w sposób liczbowy, np. wzrost określonych wskaźników o 30%.

4. Zakres nowelizacji ustawy o osobach starszych z 11 września 2015 r.

a) Ewaluacja

Biorąc pod uwagę, że dokument *Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 r.* jest dokumentem ramowym **pragnę zarekomendować wprowadzenie adekwatnych wskaźników realizacji zadań poprzez nowelizację ustawy o osobach starszych. Tym samym postuluję rozszerzenie zakresu przedmiotowego ustawy, obejmującej dotychczas jedynie monitoring sytuacji osób starszych i realizacji polityki senioralnej, o ewaluację prowadzonych działań.** Odpowiednie mierniki i wskaźniki, przygotowane we współpracy z podmiotami odpowiedzialnymi za poszczególne działania w obszarze polityki senioralnej mogłyby zostać wprowadzone osobnym rozporządzeniem do ustawy, podobnie uszczegółowione cele. W efekcie zwiększono by walor ewaluacyjny *Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce* za kolejne lata, przygotowywanej na mocy tej ustawy, a także określono by realne zamierzenia rządu mające na celu sprostanie wyzwaniom związanym ze starzeniem się społeczeństwa.

b) Koordynacja

Konieczne wydaje się również wprowadzenie instytucji koordynującej działania związane z polityką senioralną. W obecnym kształcie *Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 r.* zakłada wśród swoich zadań wypracowanie mechanizmów współpracy pomiędzy sektorem zdrowia i polityki społecznej. Bardzo doceniam ten kierunek prac. Jednak działania podejmowane z seniorami i seniorkami na ich rzecz łączą w sobie działania ze znacznie szerszego spectrum. Aktywne docieranie z informacją o usługach i ofercie, dostosowanie mieszkań do potrzeb osób starszych, rozwiązanie problemu osób zamkniętych na wyższych piętrach bez windy, działania kulturalno-oświatowe, partycypacja społeczna, przeciwdziałanie samotności i depresji, to obok ogólnej ochrony zdrowia i pomocy społecznej równie istotne obszary, wymagające spójnych działań. Instytucja

koordynująca powinna mieć uprawnienia korygujące poszczególne działania, wskazywanie luk i priorytetów w zakresie wypracowania wspólnych, międzysektorowych rozwiązań.

c) Przeciwdziałanie przemocy

Pragnę powtórzyć również postulat rozszerzenia ustawy o osobach starszych o obszar przeciwdziałania przemocy wobec osób starszych, którego zabrakło wśród obecnie obowiązujących 13 obszarów. Postulat ten wyraziłem już w wystąpieniu z dnia 24 października 2017 r., skierowanym do Pani Minister. Dane w tym zakresie stanowią jedynie fragment *Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2017 r.*, przedstawiony w rozdziale poświęconym realizacji polityki senioralnej przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz przez Policję, jednak waga problemu i zakres zbierania danych powinien zostać rozszerzony. Wymaga to unowocześnienia sposobów zbierania danych w tym zakresie, które będą spójne, porównywalne i przyczynią się do skuteczniejszej prewencji występowania nadużyć względem osób starszych. Chciałbym tym samym nawiązać do odpowiedzi Pani Minister z dnia 14 listopada 2017 r. (ozn.: DAS.III.071.1.2017.MB), w której uzyskałem przychylne stanowisko Pani resortu w tej sprawie oraz informację o prowadzonych w Ministerstwie pracach nad nowelizacją ustawy o osobach starszych, która miałaby objąć również tę rekomendację.

d) Przeciwdziałanie dyskryminacji

Pełniąc funkcję niezależnego organu ds. równego traktowania jestem zobowiązany zwrócić również uwagę na szcątkowe informacje przedstawiane dotychczas przez organy władzy publicznej w zakresie przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na wiek. Z tego względu rozporządzenie wykonawcze do omawianej ustawy powinno również dookreślić sposób gromadzenia danych do *Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce*, w szczególności w zakresie przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na wiek. Ponadto projekty rządowe powinny zawierać wskazanie, czy i w jakim zakresie w przedkładanych inicjatywach legislacyjnych zostały uwzględnione prawa osób starszych – zgodnie z zasadą *mainstreaming ageing*, czyli wprowadzania kwestii związanych ze starzeniem się do wszelkich prac legislacyjnych oraz informować, czy projektowane zmiany prawne będą miały wpływ na wyrównywanie szans osób starszych. Miałoby to doniosłe znaczenie dla rozumienia i przeciwdziałania zjawisku dyskryminacji pośredniej, kiedy to pozornie neutralne rozwiązania pozostawiają daną grupę osób w gorszej sytuacji ze względu na konkretną cechę, w tym wypadku ze względu na wiek. Przedstawienie w *Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce* za kolejne lata informacji odnoszących się do zmian legislacyjnych pozwoliłoby z czasem na ocenę realnych osiągnięć rządu w systemowym zwalczaniu dyskryminacji osób starszych.

Uwzględnienie ww. wytycznych byłoby zatem pomocne w przeciwdziałaniu dyskryminacji oraz poprawie współpracy międzyresortowej. Przykładowo, obecnie leczenie

uzdrowskowe jest faktycznie niedostępne dla wielu osób starszych, co sygnalizowałem w wystąpieniu do Ministra Zdrowia¹¹. Obecnie warunkiem niezbędnym dla uzyskania skierowania na leczenie uzdrowskowe jest uzyskanie zaświadczenia lekarza o zdolności do samoobsługi. Stanowi to wyraźną barierę i tym samym dyskryminację systemową osób starszych w dostępie do tej formy leczenia. Wprowadzenie odpowiednich przepisów umożliwiających zatrudnienie asystentów osób z niepełnosprawnością w placówkach medycznych, wspierających osoby potrzebujące wsparcia w czynnościach życia codziennego, mogłoby przyczynić się do zniwelowania tego problemu. Pomimo opracowanych w Ministerstwie Zdrowia rekomendacji odnoszących się do wprowadzenia potrzebnych zmian w zakresie dostępności leczenia uzdrowskowego¹², prace nad ich wdrożeniem nie są obecnie prowadzone. Minister Zdrowia jako jeden z powodów wskazał na odrębność obszarów ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej, w ramach których rozwijane są usługi asystentury osobistej. Jednakże przywoływana wcześniej *Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 r.* zakłada wypracowanie mechanizmów współpracy pomiędzy sektorem ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Problem pozostaje nierozwiązany.

Biorąc pod uwagę powyższe, w oparciu o przepis art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U z 2018 r., poz. 2179), zwracam się z uprzejmą prośbą o poinformowanie o stanowisku Pani Minister w przedstawionych wyżej kwestiach, w tym w szczególności będę wdzięczny za:

1. przekazanie kopii odpowiedzi udzielonych Przewodniczącemu OEWSGA w języku polskim;
2. odniesienie się do wskazanych luk w *Polityce społecznej wobec osób starszych do 2030 r.*, w tym do uwzględnienia partnerskiego traktowania osób starszych jako współtwórców działań realizowanych na ich rzecz, posiadających swoją autonomię niezależnie od stopnia sprawności. Istotne byłoby dla mnie również stanowisko Pani Minister odnoszące się do zapewnienia stabilnego źródła finansowania rozwoju działań związanych z polityką senioralną, tak aby były one adekwatne do potrzeb i dostępne w każdej gminie;
3. przedstawienie stanu prac nad nowelizacją ustawy o osobach starszych i jej zakresu oraz odniesienie się do przedstawionych wyżej rekomendacji;
4. przekazanie informacji odnośnie do planów Pani Minister dotyczących poprawy mechanizmów ewaluacyjnych polityki senioralnej, w tym ukonkretnienia celów i mierników;

¹¹ Kopia pisma i odpowiedzi Ministra Zdrowia w załączeniu.

¹² Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce w 2017 r., s. 52.

5. przedstawienie informacji na temat planowanych działań mających na celu wypracowanie mechanizmów współpracy pomiędzy sektorem pomocy społecznej i ochrony zdrowia, w tym również w zakresie dostępności leczenia uzdrowiskowego.

Z wyrazami szacunku,

Adam Bodnar

Do wiadomości:

Pan Adam Lipiński

Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania

Załączniki:

1. Elementy normatywne dotyczące opieki długoterminowej i prawa do autonomii i niezależności. Odpowiedzi udzielone Przewodniczącemu OEWSGA wspólnie przez RPO i Niemiecki Instytut Ochrony Praw Człowieka (odpowiedzi w języku angielskim i polskim).
2. Odpowiedzi RPO na pytania Przewodniczącego OEWSGA dotyczące edukacji przez całe życie i budowania potencjału osób starszych (pytania w języku angielskim, odpowiedzi w języku polskim).
3. Odpowiedzi RPO na pytania Przewodniczącego OEWSGA dotyczące dostępności zabezpieczenia socjalnego dla osób starszych (pytania w języku angielskim, odpowiedzi w języku polskim).
4. Odpowiedzi RPO na pytania Przewodniczącego OEWSGA dotyczące normatywnych elementów ochrony praw osób starszych w zakresie opieki długoterminowej i paliatywnej (pytania w języku angielskim, odpowiedzi w języku polskim).
5. Odpowiedzi RPO na pytania Przewodniczącego OEWSGA dotyczące normatywnych elementów ochrony praw osób starszych w zakresie autonomii i niezależności osób starszych (pytania w języku angielskim, odpowiedzi w języku polskim).
6. Odpowiedzi RPO na pytania przewodniczącego dot. autonomii i niezależności osób starszych przygotowane na IX Sesję OEWSGA.
7. Kopia pisma RPO do Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2018 r. (V.7011.58.2016).
8. Kopia odpowiedzi Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2018 r. (V.7011.58.2016).

Commissioners for Human Rights of Poland answers to the Guiding Questions for the X Session of the Open-ended Working Group on Ageing

AUTONOMY AND INDEPENDENCE

National legal framework

1. What are the legal provisions in your country that recognizes the right to autonomy and independence? Do they have a constitutional, legislative or executive foundation?

Zgodnie z **Konstytucją** każdemu zapewnia się **nietykalność osobistą i wolność osobistą**. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Jednym z przejawów wolności jednostki jest „**prawo do decydowania o swoim życiu osobistym**”, o którym mowa w **Konstytucji**. Prawo do decydowania o sobie samym i ochrona prawa do prywatności nie mają charakteru absolutnego i mogą podlegać ograniczeniom, jeżeli przemawia za tym inna norma, zasada lub wartość konstytucyjna, a stopień tego ograniczenia pozostaje w odpowiedniej proporcji do rangi interesu, któremu ograniczenia ma służyć.

W polskim porządku prawnym zwracają uwagę przepisy umożliwiające całkowite **ubezważnowolnienie osoby starszej, które ograniczają autonomię i niezależność danej osoby, nawet jeżeli byłaby ona zdolna do podejmowania określonych decyzji dotyczących swojego życia.**

Jednym z podstawowych **praw pacjenta** i zarazem obowiązków lekarza jest **możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego dopiero po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta**. Wynika to z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Jeżeli osoba ubezważnowolniona jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. Jeżeli sprzeciwia się ona czynnościom medycznym wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Ponadto z dniem 1 stycznia 2018 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego obejmująca **zwiększenie uprawnień osób kierowanych bez ich zgody do placówek opieki instytucjonalnej, poprzez zapewnienie ochrony ich praw procesowych.**

W nowelizacji osoba przyjęta do placówki, w tym także ubezważnowolniona, może m.in. wystąpić do sądu opiekuńczego o zmianę orzeczenia o przyjęciu do placówki. Również osoba, która nie wyraża zgody na dalsze przebywanie w placówce, może wystąpić do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zniesienie przebywania w nim. Do ustawy wpisano też obowiązek wysłuchania przez sąd osoby ubezważnowolnionej, która ma być przyjęta do placówki.

W przyjętej w 2018 r. uchwałą Rady Ministrów **Polityce wobec osób starszych do 2030 r. Bezpieczeństwo, Uczestnictwo. Solidarność nie ma odwołania do autonomii i niezależności osób starszych**, ani wskazania ich jako współtwórców działań na ich rzecz. Podobnie nie zostały one ujęte w ustawie o osobach starszych określającej zakres monitorowania osoby starszej.

5. What are the best practices and main challenges in adopting and implementing a normative framework to implement these rights?

W szczególności z przepisów prawa nie wynika wprost **moc wiążąca oświadczeń o zgodzie (braku zgody) na udzielanie świadczeń medycznych pro futuro** (kwestię tę rozstrzyga orzecznictwo).

W przypadku placówek opieki całodobowej wyzwaniami mogą być również inne zidentyfikowane problemy systemowe, jak:

- a) problem z pełnieniem funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych przez pracowników DPS – może powodować brak należytej bezstronności w dbaniu o interesy podopiecznego wynikający z podległości służbowej względem dyrektora domu
- b) problem monitoringu wizyjnego – kolizja pomiędzy bezpieczeństwem a prawem do prywatności
- c) problem zasad kontaktów mieszkańców ze światem zewnętrznym - tylko względy natury psychofizycznej rozpoznane przez lekarza mogą stanowić podstawę do odmowy samodzielnego opuszczania domu przez mieszkańca
- d) współpraca placówek z psychologiem – na chwilę obecną ww. placówki nie mają obowiązku zatrudniania psychologa
- e) stosowanie przymusu bezpośredniego w placówkach całodobowej opieki – brak regulacji prawnych. Jeśli przymus jest stosowany to stanowi to działanie nielegalne mogące wypełniać znamiona czynów zabronionych (naruszenie nietykalności cielesnej czy bezprawne pozbawienie wolności).

Dobre praktyki: a) stosowanie testów sprawności umysłowej (Hodgkinsona) i oceny sprawności ruchowej (Barthel) w celu doboru właściwej oferty opiekuńczo-terapeutycznej dla mieszkańców; b) bogate zaplecze terapeutyczne (różnorodność terapii zajęciowych); c) zatrudnianie psychologa; d) stosowanie zegarków z GPS, które umożliwiają lokalizację mieszkańca znajdującego się poza terenem DPS.

Equality and non-discrimination

6. Which are the measures adopted to ensure equitable access by older persons to the enjoyment of the right to autonomy and independence, paying special attention to groups in vulnerable situation?

Konstytucja zawiera zakaz dyskryminacji kogokolwiek z jakiegokolwiek przyczyny. Jednakże na poziomie ustawy równościowej nie wskazano prawa do autonomii i niezależności jako zakresu obowiązywania ustawy. W ustawie tej nie zakazano również dyskryminacji ze względu na wiek w dostępie do zabezpieczenia społecznego i usług mieszkaniowych, które stanowią jeden z filarów autonomii.

Participation

7. The design and implementation of normative and political framework related to autonomy and independence included an effective and meaningful participation of older persons?

Uchwalony przez Radę Ministrów w 2018 r. dokument pt. Polityka Społeczna wobec osób starszych do 2030 r. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność zawiera wskazania dotyczące konsultacji z radami seniorów, które mogą być (lecz nie muszą) powołane przy samorządzie lokalnym. Wiele działań opisanych w dokumencie ma na celu udział osób starszych w życiu społecznym i zwiększenie ich autonomii poprzez dostosowanie przestrzeni publicznej, nakierowanie działań na utrzymanie samodzielności osób starszych i rozwój usług wsparcia w miejscu zamieszkania. Na realizację tych działań nie przewidziano dodatkowych środków finansowych, poza dysponowanymi w ramach istniejących programów rządowych. To budzi wątpliwość, czy realizacja założeń Polityki społecznej będzie miała powszechny charakter i czy wpłynie znacząco na wzmocnienie autonomii osób

starszych.

Osobno analizowane są przepisy odnoszące się do prawa wyborczego. Działania związane z włączeniem osób w zaawansowanym wieku do życia publicznego. Obecne regulacje dotyczące czynnego i biernego prawa wyborczego powinny zostać rozszerzone o zapewnienie ułatwień w udziale w wyborach i referendach, w tym lokalnych, tj. możliwości głosowania korespondencyjnego, dowóz do lokali wyborczych itp., a także standardów funkcjonowania instytucji samorządowych umożliwiających dogodny udział w posiedzeniach i pracach rad gmin. Należy skutecznie wdrażać obecne standardy np. techniczne przygotowywanie lokali wyborczych.

Accountability

8. What judicial and non-judicial mechanisms are in place for older persons to complain and seek redress for denial of their right to autonomy and independence

Mechanizmy pozasądowe: w odniesieniu do opieki instytucjonalnej nad osobami starszymi zidentyfikować można w większości nieefektywnie działający mechanizm skargowy lub jego brak.

W placówkach w większości nie znaleziono informacji teleadresowych organów stojących na straży praw człowieka, które powinny być udostępnione mieszkańcom w ogólnodostępnych dla nich miejscach lub informacje te były niekompletne. Na terenie placówki nierzadko nie było także żadnych informacji o możliwościach złożenia skargi - mogły być one tylko teoretycznie przekazywane tylko w formie ustnej kierownikowi. Nie były jednakże nigdzie udokumentowane.

Innym mankamentem dostrzeżonym przez wizytujących w wyżej wymienionych placówkach było również przekazywanie informacji na temat praw obowiązujących w placówce nie pacjentom, lecz ich rodzinom. Krag osób, jakim udziela się informacji o stanie zdrowia pensjonariusza nie jest nigdzie określony. Przekazywanie informacji bez wyraźnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego innym osobom, nawet osobom bliskim jest niedopuszczalny w świetle ww. przepisów odnoszących się do świadomej zgody pacjenta. Łamane są także przepisy o ochronie danych osobowych, w tym danych wrażliwych. Dotyczy to również pacjentów ubezwłasnowolnionych.

W odniesieniu do opieki zdrowotnej istnieją procedury skargowe w danej placówce opieki zdrowotnej, a także w oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia. W celu ochrony praw pacjenta ustanowiono Rzecznika Praw Pacjenta, który jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów. Wszczytna on postępowanie wyjaśniające, jeżeli poweźmie wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta.

Ponadto **na gruncie prawa cywilnego chronione są takie dobra, jak wolność czy prywatność życia.** Na podstawie prawa cywilnego można żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. W razie dokonanego naruszenia można także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków. W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę lub - na żądanie pokrzywdzonego - na wskazany przez niego cel społeczny. Mechanizm ten jest wadliwy z dwóch powodów: prawnego - osoba, która składa taki pozew, musi udowodnić naruszenie, to znaczy sama szukać dowodów; faktycznego - sprawy w sądach trwają bardzo długo, sądownictwo jest niewydolne pod tym względem. W postępowaniu cywilnym pełnomocnik z urzędu przysługuje tylko osobom niezamożnym, tzn. nie jest powodem dla ustanowienia pełnomocnika np. nieporadność czy stan zdrowia strony.

Commissioners for Human Rights of Poland answers to the Guiding Questions for the X Session of the Open-ended Working Group on Ageing

Social protection and social security (including social protection floors)

National legal framework

1. What are the legal provisions in your country that recognizes the right to social security and social protection, including non-contributory and contributory old-age benefits? Do they have a constitutional, legislative or executive foundation?

Konstytucyjne ramy zabezpieczenia społecznego wyznacza art. 67 Konstytucji RP. Zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa. **Prawo do zabezpieczenia społecznego obejmuje łącznie ubezpieczenie społeczne, zaopatrzenia społeczne i pomoc społeczną.** Wspólnym celem złożonych unormowań art. 67 Konstytucji RP **jest zagwarantowanie jego adresatom poziomu świadczeń powyżej minimum życiowego.** Jest to granica dopuszczalnych reform systemu zabezpieczeń społecznych. Także inne przepisy wyrażające zasady konstytucyjne, a mianowicie zasada demokratycznego państwa prawnego i wywiedziona z niej zasada ochrony praw nabytych, zasada sprawiedliwości społecznej, zasada równości, a także wyrażona w Konstytucji zasada solidaryzmu. Ta ostatnia zasada stanowiąca jedno z kryteriów projektowania oraz wprowadzania systemu świadczeń emerytalnych oznacza **konieczność postrzegania przyjętego modelu tych świadczeń w perspektywie wszystkich osób osiągających wiek emerytalny.** Ponadto obowiązek zapewnienia efektywnego systemu zabezpieczenia społecznego powinien być wykonywany w powiązaniu z zasadą dobra wspólnego. **Beneficjenci świadczeń mają prawo współkształtować pewne elementy systemu emerytalnego na podstawie zasady pomocniczości,** wyrażonej we wstępie do Konstytucji.

Zasady te, a zwłaszcza zasada ochrony praw nabytych, ograniczają swobodę ustawodawcy w kwestii ustalania zakresu i form realizacji praw socjalnych, w tym zwłaszcza praw emerytalnych.

Świadczenia udzielane **w ramach ubezpieczeń społecznych** mają charakter roszczeniowy i opierają się na systemie składkowym, co oznacza, **iż do nabycia uprawnień wymagane jest opłacanie składek zasilających określony fundusz,** z którego w sytuacji zaistnienia zdarzenia losowego (ryzyka) uniemożliwiającego świadczenie pracy wypłacane są świadczenia pieniężne. **Świadczenia zaopatrzeniowe – również o charakterze roszczeniowym - finansowane są z funduszy publicznych (nieskładkowych),** zaś wysokość, zasady i warunki tych świadczeń określają przepisy prawa. Funkcją uzupełniającą do wskazanych wyżej form zabezpieczenia społecznego jest technika opiekuńcza, realizowana przez instytucję pomocy społecznej. **Dostęp do większości świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej obwarowany jest kryterium dochodowym.**

Availability

2. What steps have been taken to guarantee universal coverage, ensuring that every older person has access to social security and social protection schemes including noncontributory, contributory and survivor old-age pensions, to ensure an adequate, standard of living in older age?

Trześcią prawa do zabezpieczenia społecznego jest zagwarantowanie każdemu obywatelowi świadczeń m.in. na wypadek osiągnięcia wieku emerytalnego, który w Polsce wynosi obecnie 60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn.

3. What steps have been taken to ensure that every older person has access to social security and social protection schemes which guarantee them access to adequate and affordable health and care and support services for independent living in older age?

Konstytucyjnym prawu do zabezpieczenia społecznego odpowiadają obowiązki władz publicznych służące trwałej realizacji tego prawa. Do obowiązków tych należy: zorganizowanie systemu instytucji publicznych (w tym placówek opiekuńczych), stworzenie mechanizmów gromadzenia środków finansowych i zarządzania nimi oraz finansowania z nich różnego rodzaju świadczeń, zdefiniowanie przesłanek nabycia tego prawa, określenie treści świadczeń, których mogą domagać się uprawnieni oraz ustalenie mechanizmu podtrzymywania wartości realnej świadczeń pieniężnych, a więc mechanizmu waloryzacji.

Konstytucja RP wyznacza także standard pomocy społecznej. Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa. Jej celem jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać przy użyciu własnych środków, możliwości i uprawnień.

Adequacy

4. What steps have been taken to ensure the levels of social security and social protection payments are adequate for older persons to have access to an adequate standard of living, including adequate access to health care and social assistance?

Ochronę praw nabytych do świadczeń rozpatrywać należy w dwóch wymiarach:

Po pierwsze, odnosi się ona do sposobu wyjściowego skalkulowania ich wysokości. Przy kształtowaniu zakresu tego prawa ustawodawca musi uwzględnić wynikający bezpośrednio z zasady sprawiedliwości społecznej postulat zachowania słusznych, sprawiedliwych proporcji pomiędzy wielkością emerytury, będącej z samej nazwy świadczeniem "zasłużonym" a rozmiarami "zasługi" wyznaczonymi przede wszystkim przez długość okresu aktywności zawodowej prowadzącej do nabycia prawa do emerytury oraz dochody osiągane w ramach tej aktywności. Ustawodawca związany jest także wynikającym z zasady równości obowiązkiem jednakowym traktowania świadczeniobiorców charakteryzujących się jednakową cechą istotną.

Po drugie, ochrona praw nabytych polega na nakazie utrzymywania realnej wartości świadczenia, co nakazuje tworzenie odpowiednich mechanizmów jego regularnej waloryzacji.

Accessibility

5. What steps have been taken to ensure older persons have adequate and accessible information on available social security and social protection schemes and how to claim their entitlements? W organach rentowych funkcjonują doradcy emerytalni, od których można uzyskać informacje od czego zależy wysokość emerytury, a dodatkowo o wysokości prognozowanego świadczenia w zależności od planowanego momentu zakończenia aktywności zawodowej.

6. The design and implementation of normative and political framework related to social security and social protection benefits included an effective and meaningful participation of older persons?

Zakład Ubezpieczeń Społecznych odpowiada za przegląd polskiego systemu emerytalnego. Musi on nastąpić nie rzadziej niż co 3 lata. Pierwszy był przeprowadzony w 2013 roku. W okresie od czerwca do września 2016 r. w 27 oddziałach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ramach tego przeglądu funkcjonowania odbyły się debaty, w których brały udział m. in. organizacje emerytów i seniorów.

Equality and non-discrimination

7. Which are the measures adopted to ensure equitable access by older persons to social security and social protection, paying special attention to groups in vulnerable situation?

Ogólna zasada równości wyrażona została w art. 32 Konstytucji. The act on the implementation of certain regulations of the European Union regarding equal treatment nie chroni przed dyskryminacją ze względu na wiek w obszarze zabezpieczenia społecznego.

Accountability

8. What mechanisms are in place to ensure social security and social protection schemes are effective and accountable?

W celu zwiększenia bezpieczeństwa wypłacalności świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego w 1998 r. został powołany Fundusz Rezerwy Demograficznej.

9. What judicial and non-judicial mechanisms are in place for older persons to complain and seek redress for denial of their right to social security and social protection?

Od decyzji odmawiającej przyznanie świadczenia przysługują prawne środki odwoławcze (do sądów powszechnych albo do sądów administracyjnych).

Proces starzenia się społeczeństwa może zagrozić stabilności finansowej systemów emerytalnych i stwarzać dodatkowe problemy na rynku pracy. Wymagać to będzie dostosowania istniejących systemów emerytalnych do zjawisk demograficznych. Powinny skłaniać do zrównania i podwyższenia wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn w długotrwałym procesie.

Commissioners for Human Rights of the Republic of Poland answers to the Guiding Questions for the X Session of the Open-ended Working Group on Ageing. This submission has been prepared with support of Polish Association of the Universities of the Third Age.

EDUCATION, TRAINING, LIFE-LONG LEARNING AND CAPACITY-BUILDING

National Legal Framework

1. In your country/region, how is the right to education, training, life-long learning and capacity building in older age guaranteed in legal and policy frameworks?

Konstytucja gwarantuje obywatelom prawo do nauki oraz powszechny i równy dostęp do wykształcenia. Nie ma prawnych ograniczeń wiekowych w zakresie możliwości studiowania przez osoby starsze. Jednakże prawa do edukacji osób starszych na poziomie krajowym nie przewiduje prawo oświatowe ani ustawa o szkolnictwie wyższym. Faktycznie osoby starsze należą do grupy osób nieobjętych tradycyjną polityką edukacyjną.

Należy odnotować obowiązujące dokumenty rządowe, które nie budują jednak systemowego podejścia do edukacji w starszym wieku.

1) Uchwała Rady Ministrów Nr 160/2013 z dnia 10 września 2013 r. Perspektywa uczenia się przez całe życie. Celem dokumentu jest zapewnienie spójności działań na rzecz uczenia się przez całe życie, określonych w strategiach rozwoju. 2) Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014 - 2020 (ASOS). Priorytet I – Edukacja seniorów stanowi jeden z priorytetów konkursu grantowego. 3) Uchwała nr 161 RM z 2018 r., „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność”, w którym zapisano m.in. upowszechnianie działań na rzecz edukacji dla starości, do starości, przez starość i w starości.

Availability, Accessibility and Adaptability

2. What are the key issues and challenges faced by older persons in your country/region with regard to the enjoyment of all levels of quality education, training, life-long learning, and capacity building services?

W ramach szkolnictwa wyższego systemowe przeszkody w rozwoju naukowym dla osób starszych stanowią regulacje ograniczające bierne prawo wyborcze do organów uczelni oraz instytucji eksperckich, dbających o wysoki poziom nauki. Mimo że w tym kontekście decydujące znaczenie winna mieć wiedza i doświadczenie, prawodawca zdecydował się na wprowadzenie ograniczenia wiekowego (67 i 70 lat). Ponadto w obszarze szkolnictwa wyższego dochodzi do nierównego traktowania osób starszych ze względu na płeć, mając na uwadze różny wiek emerytalny kobiet i mężczyzn.

Kluczowe problemy i wyzwania:

- niski poziom kompetencji społecznych i obywatelskich osób starszych,

- problem osamotnienia i alienacji osób starszych,
- przejawy wykluczenia społecznego, finansowego (niskie emerytury) i cyfrowego,
- brak odpowiedniej liczby liderów/animatorów aktywności edukacyjnej, obywatelskiej i wolontariatu w środowiskach lokalnych.

Potrzeby:

- stworzenie modelu działań stymulujących proces uczenia osób starszych, wypracowanie standardów działania oraz oferty uczenia się osób starszych,
- wspieranie działań rozwijających aktywność edukacyjną seniorów na terenach wiejskich i w małych miastach,
- opracowanie i rozwój efektywnych programów edukacyjnych dla osób starszych dostosowanych do różnorodnych potrzeb osób starszych, w szczególności w zakresie edukacji prozdrowotnej, zdrowego i aktywnego stylu życia, edukacji obywatelskiej, edukacji w zakresie nowych technologii, nauki języków obcych, zmian cywilizacyjnych,
- koordynacja systemu uczenia się osób starszych na poziomie regionalnym/krajowym
- przygotowanie profesjonalnej kadry geragogów (pedagogów zajmujących się edukacją ludzi starszych), andragogów (pedagogów zajmujących się kształceniem ludzi dorosłych) i gerontologów
- tworzenie platform wzajemnej komunikacji w obszarze aktywności edukacyjnej z wykorzystaniem nowych technologii
- zapewnienie systemu finansowania działań z zakresu edukacji osób starszych- uczenia się przez całe życie (LLL) w ramach administracji publicznej – rządowej i samorządowej.
- wspieranie rodzin osób starszych, ułatwianie kontaktów międzypokoleniowych,

Podjęmowane przez rząd i samorząd terytorialny kroki w przedmiotowym zakresie nie mają charakteru systemowego, są na ogół działaniami w ramach programów/projektów, w określonych ramach czasowych, często dla zróżnicowanych grup wiekowych (np. 55+, 60+, 65+,75+ itp.)

Działalność ta kończy się wraz z zakończeniem programów/projektów, co bardzo źle odbierają osoby starsze, które przywiązują się do miejsc i instytucji. Wyzwaniem pozostaje więc brak systematycznego wsparcia finansowego dla podmiotów zajmujących się edukacją osób starszych. Kształcenie ustawiczne seniorów w Polsce jest efektem pasji i zaangażowania lokalnych liderów, a nie zamierzonej działalności państwa. Utrata lidera, w rezultacie często skutkuje zakończeniem działalności lokalnej organizacji.

Programy edukacyjne kierowane do seniorów dostępne są dla osób aktywnych, najczęściej wykształconych. Zdecydowana większość seniorów sama się wyklucza z kręgu uczestników szkoleń i kształcenia, ponieważ nie ma motywacji i przekonania do takich form aktywności. Problemem jest także mentalność, w której zostały zakorzenione wzorce wycofania się w okresie starości na margines życia, bardzo niski poziom zaufania społecznego i niechęć do wychodzenia z domu. Z drugiej strony dotarcie z ofertą edukacyjną do części starszych osób utrudnia brak umiejętności informatycznych (niemożność dotarcia z ofertą przez internet), stan zdrowia oraz ubóstwo (brak środków na zakup gazet lub wyjścia do instytucji kultury).

Również istotną kwestią jest utrudniona dostępność dla osób starszych w zakresie transportu, budynków i przestrzeni publicznej.

3. What steps have been taken to ensure that education, training, life-long learning, and capacity building services are available and accessible to all older persons, adapted to their needs, suited to their preferences and motivations, and of high quality?

Niezależnie od braku stosownych regulacji, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego wspiera w ramach programu „Wsparcie Uniwersytetów Trzeciego Wieku” inicjatywy służące wykorzystaniu potencjału naukowego seniorów oraz przeciwdziałające ich społecznemu wykluczeniu. W Ministerstwie Edukacji Narodowej przygotowywana jest strategia w zakresie kształcenia ustawicznego do 2030 r.

4. In your country/region, are there studies and/or data available on the access of older persons to the right to education, training, life-long learning and capacity building in older age?

W *Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce* za 2017 r. (dokument przygotowywany dorocznie przez Rząd od 2015 r.) znajduje się rozdział „Aktywność edukacyjna, kulturalna i rekreacyjna” w tym „Aktywność edukacyjna” dotycząca osób starszych. Dokument przedstawia dane gromadzone przez Główny Urząd Statystyczny w tym zakresie, które wskazują, że osoby starsze charakteryzują się stosunkowo niską aktywnością edukacyjną, mierzoną udziałem w kształceniu formalnym i pozaformalnym oraz uczeniu się nieformalnym. Wg badań GUS udział osób starszych w zajęciach edukacyjnych jest znikomy - ok. 1% osób starszych.

Źródłem danych jest również Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL). Z innych badań Eurostatu wynika, że jedynie 8% osób w wieku 65-74 lata posiada podstawowe umiejętności cyfrowe (średnia w UE to 25 %).

Equality and non-discrimination

5. In your country, is age one of the prohibited grounds for discrimination in relation to education in older age?

Tak. Art. 4 pkt 4 lit. d ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. *o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1219) stanowi, że ustawę tą stosuje się także do dostępu i warunków korzystania z oświaty i szkolnictwa wyższego. Jednocześnie zgodnie z art. 5 pkt 8 lit. a ustawy nie stosuje się do odmiennego traktowania osób fizycznych ze względu na wiek, gdy jest to obiektywnie i racjonalnie uzasadnione celem zgodnym z prawem, w szczególności celami kształcenia zawodowego, pod warunkiem że środki służące realizacji tego celu są właściwe i konieczne.

Accountability

6. What mechanisms are necessary, or already in place, for older persons to lodge complaints and seek redress for denial of their right to education, training, lifelong learning and capacity building?

Commissioners for Human Rights of Poland answers for the X Session of the Open-ended Working Group on Ageing

LONG-TERM CARE AND PALLIATIVE CARE

National legal framework

1. What are the legal provisions in your country that recognizes the right to long-term and palliative care? Do they have a constitutional, legislative or executive foundation?

Konstytucja zapewnia obywatelom prawo do zabezpieczenia społecznego, które jest realizowane także poprzez zapewnienie ze strony gmin dostępu do instytucjonalnej opieki długoterminowej lub usług wsparcia w miejscu zamieszkania. Konstytucja zobowiązuje państwo do zapewnienia szczególnej pomocy osobom z niepełnosprawnością. Na podstawie przepisów Konstytucji, niezależnie od sytuacji materialnej danej osoby, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane m.in. w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W uchwalonej przez Radę Ministrów Polityce społecznej wobec osób starszych nie ma definicji opieki długoterminowej, chociaż odnosi się do realizacji zadań związanych z opieką tego rodzaju. Opieka paliatywna w ogóle nie stanowi przedmiotu tej polityki.

2. How should *long-term care* and *palliative care* be legally defined?

Implementation

3. What are the policies and programmes adopted by your country to guarantee older person's enjoyment of their right to long-term and palliative care?

W dniu 26 października 2018 r. Rada Ministrów przyjęła dokument „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo-Uczestnictwo-Solidarność”, w którym zaznaczono jednakże, że działania przedstawione w dokumencie nie generują dodatkowych kosztów. To poddaje w wątpliwość adekwatności podaży i zasięgu działań do realnych potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

Dokument ten zawiera projekty działań skierowane do osób starszych potrzebujących wsparcia:

- zmniejszenie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych,
- zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych,
- sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym,
- system wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych przez instytucje

publiczne.

W odpowiedzi na wyzwania demograficzne Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej opracowało także nowy program „Opieka 75+”, którego celem jest zwiększenie dostępności usług opiekuńczych oraz usług specjalistycznych dla osób samotnych, w wieku 75 lat i więcej, zamieszkujących tereny małych gmin. Program „Opieka 75+” będzie kontynuowany w 2019 r.

4. What are the best practices and main challenges in adopting and implementing a normative framework to implement these rights?

Nierozwiązany pozostaje problem opieki senioralnej oraz **deficyt świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla osób chorych i potrzebujących wsparcia**. Polski system opieki zdrowotnej i pomocy osobom starszym jest niewydolny oraz nieprzygotowany na gwałtownie postępujące zmiany demograficzne i przyrost najstarszej populacji obywateli. Nadal obserwujemy **brak koordynacji wsparcia na poziomie lokalnym, brak odpowiedniej liczby specjalistów z zakresu geriatricy, oddziałów szpitalnych i nowych poradni geriatrycznych, nowych metod diagnozowania chorób otepiennych** (ekspercki projekt narodowego planu alzheimerowskiego nie doczekał się akceptacji i wdrożenia na poziomie krajowym), niedostateczne przygotowanie lekarzy i pracowników socjalnych, pracowników domów pomocy społecznej do opieki nad osobami w podeszłym wieku, brak właściwego systemu finansowania oraz instrumentów wsparcia dla osób opiekujących się osobami starszymi.

Wyzwaniem jest także **brak koordynacji działań pomiędzy sektorem opieki zdrowotnej i pomocy społecznej**, który przekłada się na trudności nawiązywania tej współpracy na poziomie lokalnym.

Dostępność opieki paliatywnej w Polsce jest stosunkowo dobra, mimo istnienia tzw. białych plam. Niedostatek bazy hospicyjnej oraz niewystarczające nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia paliatywne i opiekuńcze nie pozwalają jednak na swobodny dostęp do tego rodzaju opieki oraz wybór hospicjum. Nie każda osoba, która wymaga opieki paliatywnej, ma do niej dostęp bez opóźnienia, w miejscu najbardziej odpowiednim do jej potrzeb i preferencji. Pomimo, że zwiększa się poziom finansowania opieki paliatywnej i hospicyjnej, nie zawsze pacjenci otrzymują świadczenia, które by najbardziej odpowiadały ich potrzebom. **Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej nie są dostępne dla wszystkich potrzebujących, ale są zarezerwowane wyłącznie dla pacjentów, u których zdiagnozowano określone choroby**. Brakuje tzw. szpitalnych zespołów wspierających, których zadaniem jest oferowanie konsultacji z zakresu medycyny paliatywnej, ułatwianie wypisu ze szpitala do miejsca optymalnego dla pacjenta, edukacja rodzin i personelu medycznego. Należy zaznaczyć, że około 70% usług opieki hospicyjnej realizowanych jest w ramach hospicjów domowych, czyli w miejscu zamieszkania.

Equality and non-discrimination

5. Which are the measures adopted to ensure equitable access by older persons to the enjoyment of the right to long-term and palliative care, paying special attention to those who are vulnerable or in vulnerable situation?

As in point 1.

Participation

6. Does the design and implementation of normative and political framework related to long-term and palliative care include an effective and meaningful participation of older persons?

Look at part on autonomy and independence.

Pomimo konstytucyjnej zasady pomocniczości oraz wskazania uczestnictwa jako jednego (obok bezpieczeństwa i solidarności) z filarów nowej Polityki Społecznej wobec osób starszych do 2030 r. można wskazać na wiele przykładów przedmiotowego a nie podmiotowego traktowania osób starszych. Potrzebna jest zmiana stereotypowego postrzegania seniorów i zmiana podejścia w kierunku traktowania osób starszych jako współtwórców działań na ich rzecz.

Accountability

7. What judicial and non-judicial mechanisms are in place for older persons to complain and seek redress for denial of their right to long-term and palliative care?

Zgodnie z przepisami rozpatrywanie skarg obywateli na działalność podmiotów leczniczych i zatrudnionych w nich pracowników należy w pierwszej kolejności do kierowników tych podmiotów oraz ewentualnie organów prowadzących podmioty lecznicze, a w zakresie wykonywania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego - również właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sprawowanie zaś pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza (pielęgniarki, położnej) pozostaje w kompetencji samorządu zawodowego - rzecznika odpowiedzialności zawodowej właściwej miejscowo okręgowej izby lekarskiej (okręgowej izby pielęgniarek i położnych). Jeśli natomiast postępowanie lekarza lub innego pracownika medycznego wskazuje na popełnienie przestępstwa, postępowanie w tej sprawie prowadzi właściwa miejscowo prokuratura.

W celu ochrony praw pacjenta ustanowiono Rzecznika Praw Pacjenta, który działa na podstawie przepisów ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych. Zgodnie z tą ustawą Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli poweźmie wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta.

Commissioners for Human Rights of Poland answers to the Guiding Questions for the focus areas of the IX Session of the Open-ended Working Group on Ageing:

AUTONOMY AND INDEPENDENCE

1) In your country/region, how is the right to autonomy and independence of older persons defined in legal and policy frameworks?

W polskim ustawodawstwie brak definicji prawa do autonomii i niezależności osób starszych. Jedynie w Założeńiach Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020 autonomia pojawia się jako jeden z celów wzmocnienia opieki zdrowotnej dla osób starszych. Niezależność osób starszych została wskazana jako cel, któremu służyć mają działania edukacyjne kierowane do osób starszych. Dokument ten, wprowadzony uchwałą Rady Ministrów w 2013 r., nie wskazuje środków ani zadań koniecznych do osiągnięcia wytyczonych celów.

Prawo do autonomii i niezależności osób starszych można wyprowadzić dla poszczególnych spraw z rozproszonych ustaw odnoszących się do m.in. do praw pacjenta.

Jednym z podstawowych praw pacjenta i zarazem obowiązków lekarza jest możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego dopiero po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta. Każdy pacjent (pełnoletni i nieubezprawnowolniony) może odmówić udzielenia zgody lub ją cofnąć. Zgoda pacjenta powinna być poprzedzona udzieleniem przez osobę kompetentną informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jednocześnie udzielenie świadczenia zdrowotnego bez zgody wymaganej prawem w danych okolicznościach, jest przestępstwem.

2) What other rights are essential for the enjoyment of the right to autonomy and independence by older persons, or affected by the non-enjoyment of this right?

3) What are the key issues and challenges facing older persons in your country/region regarding autonomy and independence? What studies and data are available?

A) Prawo do autonomii i niezależności w opiece instytucjonalnej:

Rzecznik Praw Obywatelskich od 2008 r. pełni również funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur i Nieludzkiego Traktowania. W 2017 r. Rzecznik opublikował raport z wizytacji 150 domów pomocy społecznej, czyli instytucji świadczących całodobową opiekę (nie tylko dla osób starszych). Wśród wyzwań zidentyfikowanych podczas wizytacji należy wymienić następujące problemy:

1. Ograniczanie wyjść mieszkańców poza teren instytucji - w wizytowanych domach

wprowadzane ograniczenia przybierały bardzo różne formy począwszy od zniechęcania przez personel do samodzielnych wyjść, umożliwienia wyjść tylko w godzinach pracy administracji placówki, wydawania przepustek na wyjścia, aż do całkowitego zamknięcia drzwi wejściowych do budynku. Podkreślenia wymaga, iż w obowiązującym prawie brak jest podstaw, które dopuszczałyby ograniczenia w zakresie możliwości swobodnego opuszczania przez mieszkańców budynków oraz terenu instytucji.

2. Naruszenia prawa do intymności podczas zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych wykonywanych wobec mieszkańców - nieprawidłowości w tym zakresie dotyczyły wykonywania zabiegów w pokojach wieloosobowych, przy obecności innych mieszkańców, bez jednoczesnego zasłonięcia osoby poddawanej czynnościom pielęgnacyjnym oraz zmuszania mieszkańców oczekujących na kąpiel do pozostawania w pokojach nago.

3. Kontrolowanie rzeczy należących do mieszkańców - w niektórych placówkach pracownicy kontrolują należące do nich rzeczy, zakupy, paczki, bagaże oraz sprawdzają zawartość kieszeni ubrań, co wywołuje u mieszkańców uczucie upokorzenia oraz wstydu.

4. Angażowanie mieszkańców do wykonywania prac na rzecz domu lub innych mieszkańców - w tym przede wszystkim włączanie mieszkańców w przeprowadzanie zabiegów higienicznych innym osobom (pomoc w kąpieniu, zmiana pieluchomajtek, wyrzucanie zużytych pieluch), uczestniczenie w unieruchamianiu mieszkańców, wydawanie leków innym pensjonariuszom.

5. Naruszenia prawa mieszkańców do informacji odnośnie stosowanej wobec nich farmakoterapii - zastrzeżenia dotyczyły braku wiedzy mieszkańców na temat podawanych im leków oraz przede wszystkim podawania im leków ukrytych w jedzeniu, kruszenia albo rozpuszczania leków w posiłkach i potajemne podawanie w przypadku odmowy ich przyjęcia przez mieszkań. Zastrzeżenia wzbudziła praktyka podawania mieszkańcom wieczornej dawki leków, w tym leków psychotropowych i nasennych, już o godz. 18.00 (w celu odciążenia personelu).

6. Stosowanie wobec niektórych pensjonariuszy środków dyscyplinujących. Katalog wprowadzanych w instytucjach środków dyscyplinujących jest bardzo szeroki i obejmuje m.in.: przeniesienie do innego pokoju, w tym do pokoju o niższym standardzie, umieszczenie z osobami o większym stopniu niepełnosprawności intelektualnej, udzielenie upomnienia, nagany wraz z wpisem do akt osobowych, upomnienia z umieszczeniem w aktach, nagany w obecności współmieszkańców, ostrzeżenia, ograniczenie swobodnego dysponowania przez mieszkańca swoimi środkami pieniężnymi, czasowe pozbawienie mieszkańca prawa do uczestnictwa w organizowanych przez dom wyjazdach turystycznych, imprezach integracyjnych i zabawach, odroczenie wydania papierosów, pozbawienie możliwości dokonania zakupu karty do telefonu lub zakupów w sklepiku, zakaz wyjść do sklepu, zakaz otrzymania słodczy lub kawy, zakaz picia kawy, pozbawienie artykułów tytoniowych, wnioskowanie o przeniesienie do innej placówki lub pozbawienie prawa

przebywania w domu, zakaz wyjść poza teren domu, ograniczenie wyjść poza teren domu, zakaz wyjazdów do domu rodzinnego, kilkudniowy zakaz korzystania ze stołówki połączony z nakazem spożywania posiłków w pokoju, nakaz kilkudniowego noszenia piżamy przez osoby, które samowolnie opuszczą dom, zakaz gromadzenia się w pokojach, zakaz wyjścia z pokoju, zakaz przyjmowania gości w pokojach, zamykanie w łazience, stawianie do kąta, mycie okien, wykonywanie prac porządkowych, wysiłek fizyczny, zakaz oglądania telewizji, zakaz korzystania z komputera.

B) Prawo do autonomii i niezależności starszych pacjentów

Choć polski system prawny w zakresie wyrażania przez pacjenta zgody na leczenie należy określić jako rozbudowany, nie jest on pozbawiony wad. Z przepisów prawa nie wynika wprost moc wiążąca oświadczeń o zgodzie (braku zgody) na świadczenia udzielanych pro futuro (kwestię tę rozstrzyga orzecznictwo). Jako lukę należy również określić brak szczególnych regulacji procesowych dotyczących postępowania przed sądem opiekuńczym o wyrażenie zgody na świadczenie w przypadku pacjenta nieprzytomnego, który nie ma przedstawiciela ustawowego. Wskazane byłoby wprowadzenie regulacji, umożliwiającej sądowi ustanowienie z urzędu pełnomocnika dla pacjenta nieprzytomnego i nieposiadającego przedstawiciela ustawowego.

4) **What steps have been taken to ensure older persons' enjoyment of their right to autonomy and independence?**

5) **What mechanisms are necessary, or already in place, for older persons to seek redress for the denial of autonomy and independence?**

Potrzebne są mechanizmy zapewniające wzrost świadomości osób starszych i ich opiekunów w zakresie przysługujących im praw, zwłaszcza w kontekście ich praktycznej realizacji.

Dotychczasowe środki odwołania w postaci ścieżki sądowej, prawnej, jak również skarg do Rzecznika i Rzecznika Praw Pacjenta nie odpowiadają w satysfakcjonujący sposób na bieżącą potrzebę raportowania nadużyć lub niepokojących zjawisk w celu szybkiego ich rozwiązania lub zapobiegania rozwojowi ograniczania niezależności osób starszych. Te mechanizmy powinny uwzględniać zależność osób wymagających opieki od swoich opiekunów – zarówno w domu, jak i w instytucjach – i związane z tym uwarunkowania psychiczne i fizyczne.

6) **What are the responsibilities of other, non-State, actors in respecting and protecting the right to autonomy and independence of older persons?**



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Adam Bodnar

Warszawa,

5/03/2018

V.7011.58.2016.GH

Pan
Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Na kanwie kierowanych do mnie skarg indywidualnych powziąłem wątpliwość co do zgodności z zasadą równego traktowania regulacji dotyczących kierowania na leczenie uzdrowiskowe.

Zgodnie z § 4 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. poz. 14), przy kwalifikowaniu pacjenta do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lekarz ocenia zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego poruszania się lub zdolność pacjenta do samoobsługi i samodzielnego przemieszczania się na wózek inwalidzkim. Z powyższego wynika, że jednym z aspektów podlegającym ocenie lekarskiej w procesie kwalifikacji jest kwestia samodzielności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu.

Treść kierowanej do mnie korespondencji wskazuje również na trudności, jakie spotykają osoby, które chciałyby w jednym terminie uzyskać leczenie wraz z osobą bliską, co jest istotne dla osób, które mogą udzielać sobie wzajemnego wsparcia w codziennych czynnościach. Obowiązujące w tej materii przepisy prawa i procedury nie sprzeciwiają się uwzględnieniu powyższych wniosków ubezpieczonych. Niemniej oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia z reguły odmawiają prośbom zainteresowanych.

Pozwala to stwierdzić, że osoby, które nie wykazują się samodzielnością w codziennym funkcjonowaniu, są ograniczone w dostępie do leczenia uzdrowiskowego. W związku z powyższym, obowiązujący sposób kwalifikacji do leczenia uzdrowiskowego można uznać za dyskryminujący względem tej części pacjentów. Osoby o ograniczonej zdolności do samoobsługi i samodzielnego poruszania się mają faktycznie mniejsze szanse na skorzystanie z tej formy leczenia, choć potrzebują go w takim samym, a często nawet w

większym stopniu, niż inne osoby. Zauważyć należy, że szczegółowe przeciwwskazania do leczenia uzdrowskiego albo rehabilitacji uzdrowskowej w poszczególnych rodzajach zakładów lecznictwa uzdrowskiego, określone w załącznikach do ww. rozporządzenia, wiążą ograniczenia w zakresie samoobsługi lub poruszania się z konkretnym stanem chorobowym. Chciałbym podkreślić, że nie kwestionuję przeciwwskazań medycznych o takim charakterze związanych z przebyłym urazem lub chorobą, które mogą uniemożliwiać wykonywanie określonych zabiegów leczniczych. Pragnę jednakże zaakcentować, że niepełnosprawność o takim charakterze nie może być jedynym czynnikiem decydującym o niemożności skorzystania z leczenia uzdrowskiego. Mam wątpliwość, czy można *a priori* zakładać, że niezdolność do samoobsługi zawsze stanowi medyczne przeciwwskazanie do leczenia uzdrowskiego albo rehabilitacji uzdrowskowej.

W ramach działającej przy moim urzędzie Komisji Ekspertów do spraw Przeciwdziałania Bezdomności, szerokiej dyskusji poddano problem zapewnienia osobom niesamodzielnym równego dostępu do świadczeń z pomocy społecznej. Problem ten pojawił się na tle wprowadzonej w art. 48a ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2017 r. poz. 1769, z późn. zm.) zasady mówiącej o tym, że w placówkach dla bezdomnych, tj. w ogrzewalniach, noclegowniach i schroniskach mogą przebywać wyłącznie osoby zdolne do samoobsługi. Eksperti zwrócili uwagę, że ustawodawca nie zdefiniował tego pojęcia, co może przyczynić się do powstawania wielu sytuacji spornych, a rygorystyczna egzekucja tej zasady może w efekcie utrudnić skuteczne udzielenie pomocy osobom znajdującym się w trudnych do zdefiniowania stanach utraty częściowej lub przejściowej zdolności do samoobsługi. Wydaje się, że sygnalizowane wątpliwości znajdują odpowiednie odniesienie również do interpretacji § 4 pkt 5 rozporządzenia w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowskiego.

Pragnę przy tym zwrócić uwagę na możliwość powiązania lecznictwa uzdrowskiego osób, które nie wykazują się samodzielnością w codziennym funkcjonowaniu, z systemem wdrożenia usług asystenckich. Uważam, że obecność przeszkolonych asystentów w sanatoriach mogłaby umożliwić leczenie uzdrowskowe osób z ww. ograniczeniami.

Idea asystencji osobistej wywodzi się wprost z prawa do niezależnego życia rozumianego jako prawo osób z niepełnosprawnościami do sprawowania kontroli nad własnym życiem i podejmowania wszelkich decyzji, które ich dotyczą. Warto mieć na uwadze, że prawo osób z niepełnosprawnościami do niezależnego życia nie jest wyłącznie postulatem programowym, ale zostało usankcjonowane w drodze powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Ratyfikując Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169) Polska uznała równe prawo wszystkich osób z niepełnosprawnościami do życia w społeczności lokalnej wraz z prawem dokonywania wyborów, na równi z innymi osobami

oraz zobowiązała się podjąć skuteczne i odpowiednie środki w celu ułatwienia pełnego korzystania z tego prawa oraz pełnego włączenia osób z niepełnosprawnościami w życie społeczne. Jednym z instrumentów służących realizacji prawa do niezależnego życia jest dostępność usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, o którym mowa w przepisie art. 19 lit b. tej Konwencji.

Obowiązujące w Polsce prawo umożliwia wykorzystywanie modelu asystencji osobistej w tych obszarach, w których osoba z niepełnosprawnością potrzebuje wsparcia. Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej wymieniony jest w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. poz. 1145, z późn. zm.). Natomiast rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz.U. poz. 184, z późn. zm.) reguluje cele, efekty i warunki realizacji kształcenia w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej.

Angażowanie asystentów osobistych przy wspieraniu osób wymagających pomocy w czynnościach życia codziennego, należy do typowych akcji pozytywnych na rzecz równego traktowania, których wdrażanie umożliwia art. 11 ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (Dz.U. z 2016 r. poz. 1219).

Z przeprowadzonych przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich badań społecznych dotyczących poziomu zapotrzebowania na usługi asystenta osobistego, a także oczekiwań co do zakresu i jakości tego rodzaju usług wynika, że osoby deklarujące potrzebę wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności związanych z samoobsługą, jedną z podstawowych płaszczyzn działania asystenta widzą w zapewnianiu równego dostępu do usług opieki medycznej (por. *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – zapotrzebowanie na miarę Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami. Raport z badań. Analiza i zalecenia, Zasada równego traktowania – prawo i praktyka nr 22, Warszawa 2017, s. 60*).

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz.U. z 2017 r. poz. 958) uprzejmie proszę Pana Ministra o zajęcie stanowiska wobec zaszygalizowanych wyżej wątpliwości i uwag.

Z wyrazami szacunku,



E- POPY

Ministerstwo Zdrowia
00-952 Warszawa
Miodowa 15

UZ-PR.7105.60.2018

Warszawa, 2018-06-25



Rzecznik Praw Obywatelskich
00-090 Warszawa
Al. Solidarności 77

INFORMACJA

Pismo



RPW/37916/2018 P
Data:2018-06-26

Załączniki:

1. RPO - leczenie uzdrowiskowe.(3150563_2498484).pdf

Dokument nie zawiera podpisu

Podpis elektroniczny



Minister Zdrowia

Warszawa, 21-06-2018

UZ-PR.7105.60.2018.DG

Pan

Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

W odpowiedzi na pismo z dnia 5 marca 2018 r. w sprawie zgodności z zasadą równego traktowania regulacji dotyczących kierowania na leczenie uzdrowskowe w kontekście ograniczenia dostępu do świadczeń leczenia uzdrowskowego osób niewykazujących się samodzielnością oraz świadczeniobiorców wymagających opieki osób drugih, z uwagi na ograniczoną zdolność do samoobsługi, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Pojęcie zdolności do samoobsługi jest pojęciem szeroko definiowanym. Wskazać należy, iż w badaniach nad jakością opieki skierowanej do pacjentów z ograniczoną sprawnością samoobsługową, obok zasad wyłącznie biologicznej oceny zdrowia człowieka, przyjmuje się także holistyczny punkt widzenia, w którym zwraca się uwagę na umiejętność dostosowania się pacjenta także pod względem emocjonalnym i społecznym do możliwości funkcjonowania w codziennym życiu, w przypadkach występowania niepełnosprawności trwałej lub czasowej, związanej z chorobą lub braku zdolności do samoobsługi związanej z wiekiem.

Przyjąć także należy, iż niepełnosprawność lub jej stopień wynikający z orzecznictwa ZUS, nie jest tożsamy ze stopniem zdolności do samoobsługi, a tym samym zdolnością do samodzielnej egzystencji w rozumieniu art. 75 ust. 1 w zw.

z art. 13 ust. 5 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1383). Istotnym bowiem jest ocena całościowa schorzeń świadczeniobiorcy w aspekcie wpływu, jakie one mają na umiejętność samodzielnego realizowania podstawowych czynności życiowych, do których należą tzw. czynności samoobsługi, takie jak mycie się, ubieranie, samodzielne jedzenie posiłków, ale także czynności stanowiących realne zagrożenia dla życia i zdrowia tej osoby. Zatem, za osobę zdolną do samoobsługi można uznać taką, która bez pomocy innych osób jest w stanie zaspokoić swoje „podstawowe” potrzeby życiowe w zakresie odżywiania, pielęgnacji i przemieszczania się, bez realnego zagrożenia życia lub zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia dokłada starań, aby umożliwiać świadczeniobiorcom wspólne korzystanie ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, czego wyrazem było wystosowanie pisma do oddziałów wojewódzkich, przekazującego stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. (znak: OZU.533.128.2017.EM) wskazujące na uwzględnianie możliwości wspólnego korzystania np. małżeństw lub dzieci i ich opiekunów z leczenia uzdrowiskowego. Warunkiem wspólnego korzystania z leczenia uzdrowiskowego w jednym czasie i terminie jest aprobata celowości skierowań na leczenie uzdrowiskowe świadczeniobiorców ubiegających się o wspólny wyjazd, pod kątem tego samego zakresu świadczeń gwarantowanych, a także posiadania przez podmiot leczniczy możliwości leczenia w kierunkach leczniczych będących podstawą kwalifikacji.

Ponadto istnieje możliwość korzystania przez osobę towarzyszącą, członka rodziny z pobytu uzdrowiskowego w miejscu i w czasie zgodnym z pobytem świadczeniobiorcy skierowanego na podstawie skierowania, na zasadach komercyjnych, po uprzednim uzgodnieniu pobytu ze świadczeniodawcą realizującym świadczenie.

W odniesieniu do sugestii dotyczącej możliwości powiązania lecznictwa uzdrowiskowego osób, które nie wykazują się samodzielnością w codziennym funkcjonowaniu z systemem wdrożenia usług asystenckich należy wskazać, że model asystencji jest ściśle powiązany z zakresem samoobsługi i w założeniu swoim ukierunkowany jest na uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym wspierania procesu leczenia.

usprawniania zaburzonych funkcji organizmu w zakresie objętym przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wielostronnej aktywizacji, na co wskazuje rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr. 189, poz. 1598).

Asystencja nie jest funkcją opiekuńczą w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej. Należy także pamiętać, iż asystent w każdym przypadku jest wykonawcą woli osoby niepełnosprawnej w zakresie wskazanym przez tę osobę i w rozumieniu indywidualnej, przez nią wskazanej potrzeby.

W obecnych strukturach polityki społecznej status tego zawodu nie został doprecyzowany. Osoby, które uzyskały zawód asystenta osoby niepełnosprawnej mogą być zatrudniane w jednostkach organizacji pomocy społecznej lub innych instytucjach prowadzonych w ramach działalności gospodarczej do świadczenia usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Nie przewidziano przepisami prawa działalności asystenta osoby niepełnosprawnej w ramach świadczeń zdrowotnych i możliwości zatrudniania w instytucjach prowadzących działalność w ramach systemu opieki zdrowotnej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 listopada 2016 r. w sprawie kwalifikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2016 r., poz. 1876) asystent osoby niepełnosprawnej sklasyfikowany został w grupie 3 - *technicy i inny średni personel*, w poz. 34 - *średni personel z dziedziny prawa, spraw społecznych, kultury i pokrewnej*, w podgrupie 3412 dedykowanej pracownikom pomocy społecznej i pracy socjalnej.

Ponadto ustawodawca nie przewidział, analogicznie jak ma to miejsce w systemie wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych, zgodnie z ustawą z dnia 7 lutego 2018 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2018 r., poz. 511) możliwości zatrudnienia asystenta osoby niepełnosprawnej wraz z warunkami jego finansowania w systemie opieki zdrowotnej.

Zatem, aby powiązać asystencję z leczeniem uzdrawiskowym wynikającym z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należy dokonać zmiany obowiązujących przepisów prawa, usytuowania roli asystencji w tych przepisach poprzez przypisanie jej struktury zawodów z zakresu ochrony zdrowia,

dostosowania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób umożliwiający ich realizację przez asystencję, a także stworzenie systemu finansowania świadczeń udzielanych przez asystentów. W przypadku systemowej zmiany przepisów o kierowaniu na leczenie uzdrowiskowe wprowadzenie instytucji asystenta mogłoby być rozważone jako propozycja wprowadzenia nowego rozwiązania mającego na celu pomoc osobom o ograniczonej możliwości samoobsługi. Obecnie jednak nie toczą się w Ministerstwie Zdrowia prace nad zmianami systemowymi w zakresie leczenia uzdrowiskowego.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Zbigniew Król
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/