



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 24 marca 2016 r.

Adam Bodnar

V.7010.19.2016.AA

**Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia**

ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

**W nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji Rzecznika Praw Obywatelskich poprzedniej kadencji w sprawie zapewnienia opieki zdrowotnej oraz pomocy osobom starszym (pismo z dnia 19 grudnia 2011 r. i 24 kwietnia 2013 r. - RPO-690730-V/11), zmuszony jestem stwierdzić, że podnoszony problem pozostaje nadal aktualny.**

W świetle norm Konstytucji RP, Rzeczpospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli oraz demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej (art. 1 i art. 2). Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych (art. 30 Konstytucji RP). Norma ta stanowi płaszczyznę, na jakiej ujmowane i interpretowane powinny być wolności i prawa ujęte w rozdziale II Konstytucji, traktowane jako podstawowe uprawnienia jednostki. W rozdziale tym Konstytucja stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68). Konstytucja wprowadza zatem dodatkowe postanowienia dotyczące określonych grup ludności i nakłada na władze publiczne wyraźny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. osobom z niepełnosprawnościami i osobom starszym.

Tendencje demograficzne wskazują na znaczący postęp starzenia się populacji mieszkańców Polski<sup>1</sup>. Osoby starsze są jedną z najistotniejszych grup odbiorców świadczeń opieki zdrowotnej, a okres zapotrzebowania na szereg usług medycznych właściwych dla wieku starszego, wydłuża się i przesuwają w kierunku osób coraz starszych. Potrzeby zdrowotne obywateli zmieniają się wraz z wiekiem i są z nim silnie skorelowane. W zdecydowanej większości, zarówno potrzeby, jak i koszty leczenia, rosną wraz z liczbą przeżytych lat. Nieunikniona w długiej perspektywie kontynuacja procesu starzenia się społeczeństwa prowadzić będzie do dalszego wzrostu potrzeb zdrowotnych i ma podstawowe znaczenie dla zachowania stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia.

W populacji osób starszych występuje wiele problemów zdrowotnych, które ulegają nasileniu z upływem lat życia. Wraz z wiekiem poszerza się również lista występujących chorób przewlekłych czy dolegliwości oraz wzrasta populacja osób niepełnosprawnych biologicznie (tj. osób, które z powodu problemów zdrowotnych mają ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują). Pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia powoduje ograniczenia w codziennym życiu, potrzebę zewnętrznego wsparcia oraz zwiększoną intensywność korzystania z usług opieki zdrowotnej.

**Postępujące zmiany demograficzne oznaczają konieczność zapewnienia opieki medycznej dla znacznie starszej populacji. Zmianie ulega zarówno zakres opieki medycznej, jak i liczba objętych opieką pacjentów.** Kluczowym wyzwaniem stojącym przed systemem ochrony zdrowia jest koordynacja leczenia osób w wieku senioralnym oraz problem polipragmatyzacji (przyjmowania wielu produktów leczniczych). Na świecie, od kilkudziesięciu lat, wdrażana jest w systemie opieki medycznej geriatryka – specjalistyczna dziedzina medycyny zajmująca się zdrowiem, chorobami, opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku, która obejmuje fizyczne, psychiczne, funkcjonalne i społeczne problemy starszych pacjentów. Geriatryka, integrując różne dziedziny medycyny, pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka. Z założenia, geriatryka ma oferować pacjentowi holistyczną opiekę multidyscyplinarnego zespołu fachowców, aby zoptymalizować stan zdrowia osób starszych, ich samodzielność, a także poprawić jakość życia. Takie efekty można osiągnąć w ramach dedykowanego geriatryki systemu, na który powinny składać się oddziały i poradnie geriatryczne, oddziały dzienne, multidyscyplinarne zespoły szpitalne oraz zespoły zapewniające łączność z instytucjami opieki społecznej i opieką domową. Specjalistyczne podejście geriatryczne wobec osób w starszym wieku niesie wymierne korzyści - pozwala lepiej i skuteczniej rozwiązywać i optymalizować problemy zdrowotne osób starszych, umożliwiając im bardziej komfortowe i samodzielne funkcjonowanie w dłuższym okresie.

---

<sup>1</sup> Opracowanie pt. „Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050” – GUS, listopad 2014 - [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

**Tymczasem, polski system opieki zdrowotnej i pomocy osobom starszym jest niewydolny oraz nieprzygotowany na gwałtownie postępujące zmiany demograficzne i przyrost najstarszej populacji obywateli. Podejmowane w tym zakresie działania nie są wystarczające, spójne, skuteczne i efektywne. Nie są zatem w stanie sprostać nowym wyzwaniom w zakresie skoordynowanej, holistycznej pomocy medycznej zorientowanej na seniorów.**

Podstawą systemu opieki geriatrycznej powinni być lekarze geriatrzy. Liczba specjalistów w tej dziedzinie wykonujących zawód jest dalece niewystarczająca (znacznie odbiega od standardów europejskich), a przygotowanie lekarzy do opieki nad osobami w podeszłym wieku jest niedostateczne. Geriatria należy nadal do specjalizacji niszowych, pomimo że zaliczona została do priorytetowych dziedzin medycyny w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych<sup>2</sup>. Możliwości kształcenia ogranicza także szczupła baza szpitalnych łóżek geriatrycznych. Dodatkowo, z powodu braku systemu i adekwatnego finansowania geriatrii, nie wszyscy lekarze geriatrzy pracują w swojej specjalności. Brakuje również wskaźników dotyczących liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w stosunku do potrzeb i liczby świadczeniobiorców. Lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, do których w pierwszej kolejności trafiają osoby starsze, brakuje kompetencji i przeszkolenia w zakresie opieki geriatrycznej. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej okazują niskie zainteresowanie prezentowaną ofertą szkoleniową w zakresie opieki geriatrycznej<sup>3</sup>.

Ustalenia Najwyższej Izby Kontroli<sup>4</sup> poczynione z 2015 r. wskazują, że w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Dostępność opieki geriatrycznej jest niewystarczająca, brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Opracowane w 2007 r. - przez powołany przy Ministrze Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii<sup>5</sup> - „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”, nie zostały wprowadzone w formie powszechnie obowiązującego prawa<sup>6</sup>, przez co ich wpływ na organizację opieki geriatrycznej, a co za tym idzie na jakość i efektywność leczenia pacjentów, jest ograniczony. Prowadzona przez zespół geriatryczny, wielowymiarowa, interdyscyplinarna procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG), służąca

---

<sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2012 r. poz. 1489)

<sup>3</sup> Problem szkolenia lekarzy w ramach projektu systemowego pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” był przedmiotem wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej (pismo z dnia 19 marca 2014 r. - V.7014.36.2014) oraz do Ministerstwa Zdrowia (pismo z dnia 17 kwietnia 2014 r. - V.7014.36.2014)

<sup>4</sup> Informacja NIK „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”, marzec 2015, Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD

<sup>5</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania zespołu do spraw geriatrii (Dz.Urz.MZ Nr 11, poz. 41) oraz zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania zespołu do spraw gerontologii (Dz.Urz.MZ Nr 13, poz. 87 ze zm.)

<sup>6</sup> Poprzez realizację delegacji ustawowej zawartej w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.)

precyzyjnemu diagnozowaniu problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego, znajduje niewielkie zastosowanie, i to wyłącznie w opiece szpitalnej. Jednak i tu procedura ta, wprowadzona do leczenia szpitalnego na początku 2012 r., nie jest powszechnie stosowana. Nie są również realizowane Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej<sup>7</sup>, której celem jest wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych.

Istotną barierę w rozwoju szpitalnych oddziałów geriatrycznych stanowi obecny system rozliczania świadczeń geriatrycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. System ten nie jest dostosowany do występującej u osób starszych wielochorobowości i nie w pełni odzwierciedla powody hospitalizacji i przyczyny zgonów w tej grupie osób. Opieka nad osobami w wieku podeszłym, realizowana zgodnie z zasadami sztuki medycznej, nie przynosi zysków finansowych dla szpitali, a zatem utrzymanie łóżek przeznaczonych dla pacjentów geriatrycznych jest możliwe tylko przy innych oddziałach szpitalnych.

Konsekwencją nieodpowiedniej liczby lekarzy oraz łóżek i oddziałów szpitalnych jest duże zróżnicowanie terytorialne dostępu do świadczeń geriatrycznych, a nawet brak w niektórych województwach poradni geriatrycznej oraz łóżek geriatrycznych. Mimo wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku, wzrosła liczba oczekujących i rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Z przeprowadzonej przez NIK analizy wynika, że dobrze zorganizowany system opieki geriatrycznej oraz adekwatna wycena świadczeń, są efektywniejsze dla pacjenta i tańsze dla płatnika (pacjent w podeszłym wieku kompleksowo prowadzony przez geriatrę funkcjonuje lepiej, a jego leczenie kosztuje mniej). Jak wykazują badania prowadzone w obszarze ekonomiki zdrowia, najbardziej efektywnym sposobem na utrzymanie obywateli w dobrym zdrowiu są działania profilaktyczne. Ma to szczególne znaczenie w obliczu zachodzących zmian demograficznych i rosnącego udziału pacjentów w wieku podeszłym w całym systemie ochrony zdrowia.

Należy ponadto zwrócić uwagę na fakt, że prognozy wskazują na wyraźny wzrost liczby osób w późnej starości – tzw. fenomen „podwójnego starzenia”, kiedy obserwuje się głównie choroby zależne od wieku (zwyrodnieniowe, neurodegeneracyjne czy zapalne). Do tzw. chorób zależnych od wieku należy przede wszystkim otępienie w przebiegu choroby Alzheimera lub innych schorzeń mózgu. W lutym 2009 r. Parlament Europejski przyjął deklarację o uczynieniu choroby Alzheimera priorytetem polityki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej i zalecił opracowanie narodowych planów alzheimerowskich oraz

---

<sup>7</sup> Uchwała Rady Ministrów Nr 238 z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r. poz. 118)

Europejskiego Planu Działania. Polska nie wypracowała dotychczas takiego rozwiązania<sup>8</sup>, pomimo naglącej potrzeby zidentyfikowania problemu i przygotowania strategii na rzecz zapobiegania i zwalczania chorób neurodegeneracyjnych oraz konieczności zapewnienia osobom z zespołami otępiennymi właściwego standardu opieki zdrowotnej (diagnozowania, leczenia, rehabilitacji) i pomocy, a także wsparcia społecznego dla rodzin tych chorych.

Nie ulega wątpliwości, że starzenie się społeczeństwa i dokonujący się postęp w medycynie powoduje wzrost kosztów opieki medycznej oraz świadczeń wsparcia socjalnego, a także stanowi wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej. Wobec takiej sytuacji, **powstaje nagła potrzeba kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku. Konieczne jest podjęcie działań mających na celu wdrożenie zmian systemowych pozwalających na dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zmian demograficznych oraz działań mających na celu zwiększenie dostępności systemu ochrony zdrowia dla pacjentów i sieci wsparcia dla ich rodzin.**

Działania zorientowane na seniorów powinny być podejmowane w przypadku wszystkich, istotnych przedsięwzięć legislacyjnych i organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, aktualnie m.in. przy tworzeniu map potrzeb zdrowotnych i priorytetów polityki zdrowotnej oraz podejmowanych działaniach inwestycyjnych i organizacyjnych w regionach, przy kreowaniu polityki lekowej, polityki w zakresie kształcenia kadr medycznych. Zwiększające się zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze oraz niedobór pielęgniarek skłania do zastanowienia się nad zwiększeniem możliwości włączenia opiekunów medycznych do zabezpieczenia usług opiekuńczych osobom chorym i niesamodzielnym, wykonywanych aktualnie w zakładach opiekuńczych<sup>9</sup>.

Nie sposób nie zauważyć, że starzejący się obywatele, bez realnego dostępu do właściwej opieki zdrowotnej i pomocy, a zatem odpowiedniej ochrony i bezpieczeństwa zdrowotnego, narażeni są na utratę autonomii i godności.

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 2014, poz. 1648, z późn. zm.), **zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie podnoszonych problemów oraz przekazanie informacji dotyczących działań i zamierzeń resortu zdrowia w kwestii poprawy systemu opieki zdrowotnej i pomocy osobom starszym.**

Podpis na oryginale

---

<sup>8</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich zwracał się w tej sprawie do Ministra Zdrowia w piśmie z dnia 30 stycznia, 30 kwietnia i 29 sierpnia 2014 r. – V. 7011.21.2014

<sup>9</sup> Problem włączenia opiekunów medycznych do zabezpieczenia usług opiekuńczych był przedmiotem wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministerstwa Zdrowia (pismo z dnia 22 października 2015 r. - V.7010.117.2015)