

Zarys problemu dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób starszych na podstawie zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta

Podstawa badania – okres styczeń - sierpień 2016 roku (8 miesięcy 2016 r.)

Analizując zgłoszenia przekazywane na infolinię RPP za okres bieżącego roku, wydaje się niepokojącym dostrzegane zjawisko pogarszającej się sytuacji w dostępie do leczenia osób starszych. W ciągu ośmiu miesięcy zarejestrowano 32 138 rozmów telefonicznych, z których 6278 dotyczyło pacjentów w wieku podeszłym. W porównaniu z analogicznym okresem roku poprzedniego, nastąpił dalszy wzrost zgłaszanych problemów w dostępie do leczenia. Na przełomie lat 2014 /2015 nastąpił najpoważniejszy skok wskaźnika zgłaszalność problemów osób starszych w dostępie do leczenia.

Tabela nr 1. Zestawienie sygnałów dotyczących problematyki osób starszych

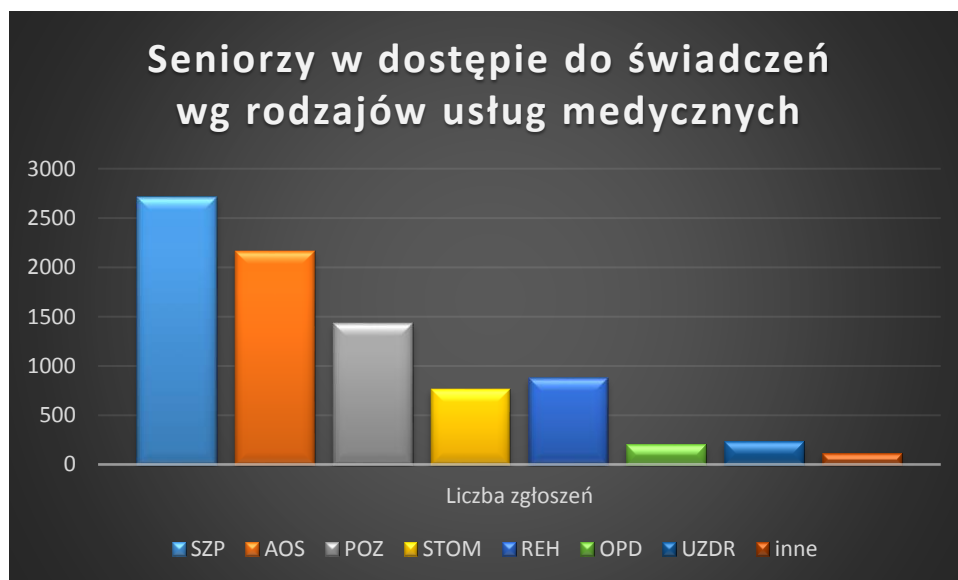
Rok*	Ilość zarejestrowanych rozmów	Zgłoszenia dotyczące osób starszych	Udział zgłoszeń dot. 60+ w ogólnej liczbie zgłoszeń w %
2013	24384	3966	16,3
2014	25525	4426	17,4
2015	33216	8447	25,4
2016	32138	8512	26,5

*za okres 8 miesięcy



Sygnaly dotyczące prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych stanowią ok. 80 % wszystkich zgłoszeń. Pozostałe dotyczą innych uprawnień pacjenta wskazanych w ustawie. Ilość zgłoszeń odnoszących się do problemów w dostępie do leczenia osób starszych ulega niepokojącej tendencji wskazującej na wyraźne pogarszanie się sytuacji w zakresie tworzenia właściwej opieki tym osobom.

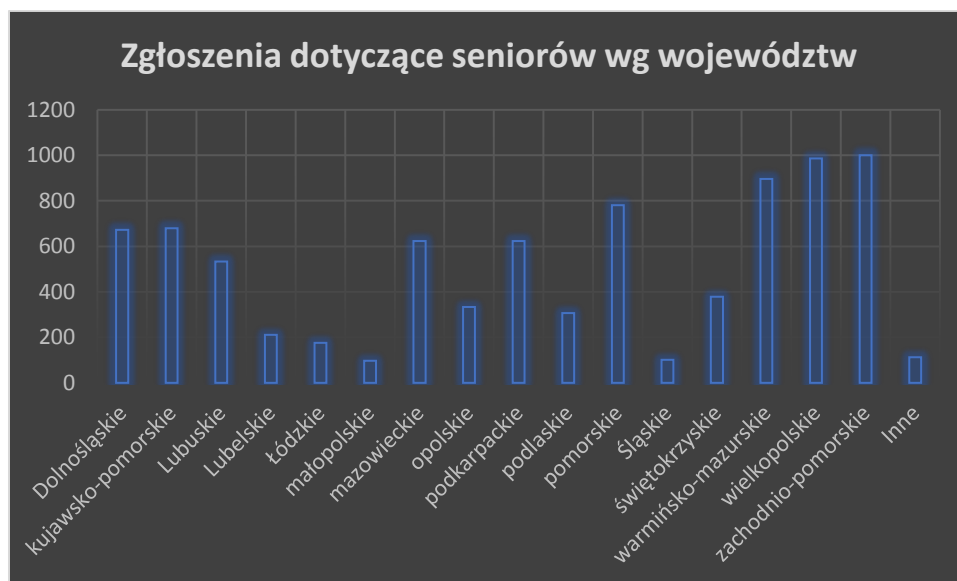
Zgłoszenia dotyczące osób starszych na infolinie wg rodzajów świadczeń		
Rodzaj świadczeń	Liczba zgłoszeń	Struktura w %
SZP	2716	31,9
AOS	2167	25,5
POZ	1431	16,8
STOM	766	9,0
REH	878	10,3
OPD	203	2,4
UZDR	235	2,8
inne	116	1,3
Razem	8512	100



Sygnaly dotyczące prawa do świadczeń zdrowotnych wykazywały zróżnicowanie w zależności od rodzaju świadczeń, w których pacjenci ubiegali się lub podjęli leczenie. Dostęp do leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydaje się najbardziej wykazywać tendencje wzrostu barier w zapewnieniu leczenia seniorom. Poważne problemy w dostępie do leczenia występują w rehabilitacji, stomatologii i opiece długoterminowej. Proszę

też zwrócić uwagę na świadczenia w zakresie podstawowym, gdzie ilość sygnałów wskazujących na ograniczenia pozwala na konkluzję, że idea lekarza pierwszego kontaktu w wielu miejscach odbiega w zasadniczy sposób od obowiązujących standardów.

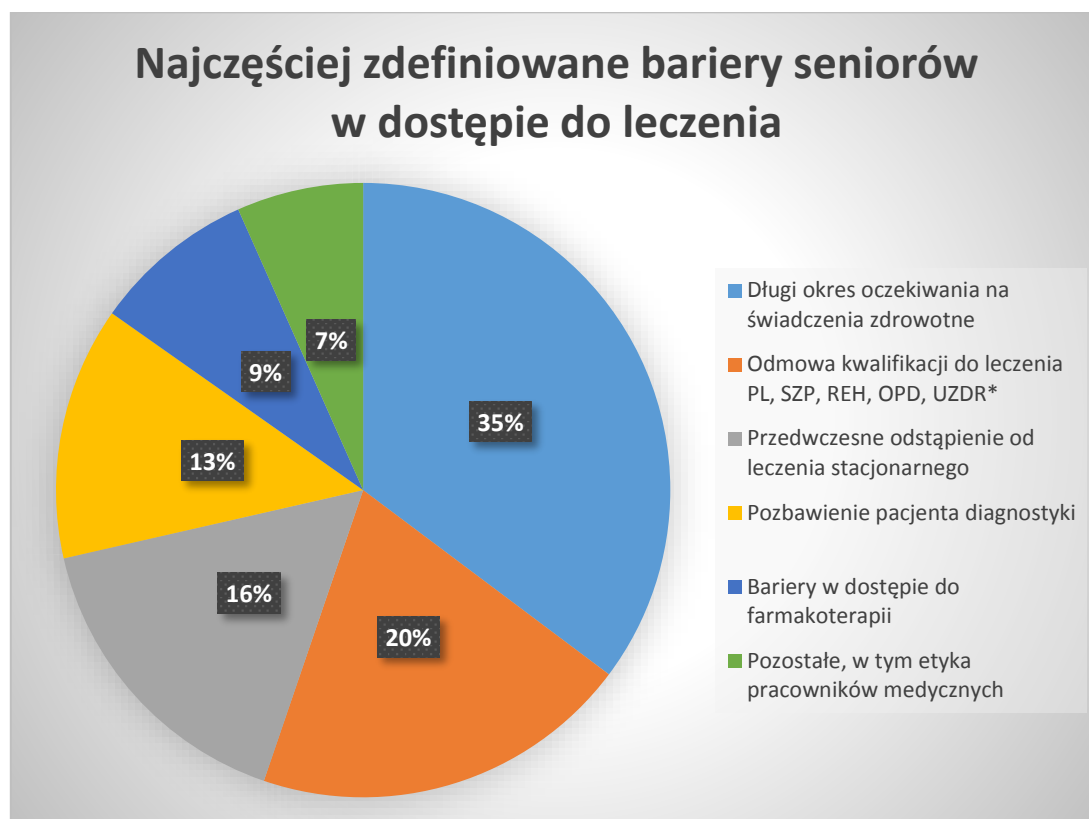
Zgłoszenia dotyczące osób starszych na infolinię wg regionów				
województwo	Liczba zgłoszeń	Struktura w %	Liczba mieszkańców	Wskaźnik zgłaszalności na 10 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	673	7,9	2904207	2,3
kujawsko-pomorskie	679	8,0	2086210	3,3
Lubuskie	533	6,3	2139726	2,5
Lubelskie	211	2,5	1018075	2,1
Łódzkie	176	2,1	2493603	0,7
małopolskie	97	1,1	3372618	0,3
mazowieckie	623	7,3	5349114	1,2
opolskie	334	3,9	996011	3,4
podkarpackie	623	7,3	2127657	2,9
podlaskie	306	3,6	1188800	2,6
pomorskie	781	9,2	2307710	3,4
Śląskie	101	1,2	4570849	0,2
świętokrzyskie	378	4,4	1257179	3,0
warmińsko-mazurskie	897	10,5	1439675	6,2
wielkopolskie	987	11,6	3475323	2,8
zachodnio-pomorskie	1001	11,8	1710482	5,9
Inne	112	1,3	0	0,0
OGÓLEM	8512	100,0	38437239	2,2



Sygnaly w ujęciu regionalnym potwierdzają, że w województwach, których opieka geriatryczna jest na w miarę dobrym poziomie, problemy występują w mniejszym wymiarze (vide małopolskie, śląskie).

I.p.	Wskazanie głównych źródeł barier w dostępie do leczenia	Wskaźnik %
1.	Długi okres oczekiwania na świadczenia zdrowotne	37
2.	Odmowa kwalifikacji do leczenia PL, SZP, REH, OPD, UZDR*	21
3.	Przedwczesne odstąpienie od leczenia stacjonarnego	17
4.	Pozbawienie pacjenta diagnostyki	14
5.	Bariery w dostępie do farmakoterapii	9
5.	Pozostałe, w tym etyka pracowników medycznych	7

*PL – programy lekowe, SZP – leczenie szpitalne, REH- rehabilitacja, OPD + opieka długoterminowa, UZDR – leczenie uzdrowiskowe



Podstawową barierą utrudniającą osobom starszym podjęcie leczenia zgodnie ze wskazaniami medycznymi to niewątpliwie kolejki oczekujących na świadczenia zdrowotne. Reglamentacja świadczeń wynikająca z nakładów określonych środków finansowych, nie tylko ogranicza dostęp do leczenia pierwszorazowych pacjentów, ale też wpływa na dostęp do leczenia już rozpoczętego. Długie okresy oczekiwania dla wielu z tych osób powodują, że z

racji wieku nie są w stanie oni doczekać się planowego leczenia. Wielu z nich decyduje się na podjęcie leczenia prywatnego kosztem pogarszania jakości u schyłku swojego życia. Oczekiwanie na świadczenia zdrowotne dotyczą niemalże wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych od ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poczynając na leczeniu uzdrowiskowym kończąc. Niepokojącym zjawiskiem, zwłaszcza w dużych ośrodkach miejskich jest ustalanie długiego okresu oczekiwania nawet do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W rodzaju AOS najgorszą sytuacją jest dostęp do ortopedii, neurologii, endokrynologii, reumatologii, okulistyki, kardiologii. W leczeniu szpitalnym na endoprotezoplastykę stawy biodrowego czy kolanowego oczekiwanie wynosi w niektórych ośrodkach nawet do 25 lat. Leczenie zaćmy i oczekiwanie na zabieg implantacji soczewki to kilka lat. Mediana średniego czasu oczekiwania na rehabilitację ambulatoryjną wynosi od 1 miesiąca do 9 miesięcy. Na rehabilitację szpitalną trzeba oczekiwać kilka lat. Pacjenci podnoszą też, że rehabilitacja neurologiczna po ostrych epizodach neurologicznych, również napotyka na wiele problemów. Zarzucają lekarzom, że nie kwalifikują do takiej rehabilitacji z powodu przeciwwskazań, podczas, gdy podjęte prywatnie działania lecznicze przywracają tym pacjentom sprawność pozwalającą na samodzielne funkcjonowanie. Oczekiwanie na leczenie uzdrowiskowe w bieżącym roku wydłużyło się o kolejne kilka miesięcy.

Sytuacja w zakresie dostępu do leczenia powodowana warunkami ekonomicznymi, ma swoje przełożenie również w jakości świadczeń zdrowotnych. Zarzut przedwczesnego wypisu osoby starszej z oddziału w sytuacji niezakończonego leczenia – pojawia się nader często w sygnałach rodzin osób starszych. Od kilku lat obserwuje się w szpitalach zjawisko „czyszczenia pacjentów w okresach dużych świąt”, przez co traci się dotychczasowe skutki leczenia, pozbawia możliwości prowadzenia pogłębionej diagnostyki, naraża pacjenta na konieczność długiego oczekiwania na świadczenia ambulatoryjne a także na powrót pacjenta do szpitala w stanie istotnego pogorszenia zdrowia, również kończącym się zgonem. Wiele sygnałów wskazuje na naruszenie standardów leczenia szpitalnego. Szpitalom nie opłaca się przenieść pacjenta zgodnie ze wskazaniami medycznymi do innego oddziału i wypisują chorego ze skierowaniem do tego oddziału z zaleceniem zgłoszenia się po 14 dniach. Inne szpitale nie zapewniają koniecznych konsultacji specjalistycznych (nie mają takich) i wypisują pacjenta ze skierowaniami do poradni specjalistycznej. Jeszcze inne, nie mając zdolności do przeprowadzenia właściwej diagnostyki i leczenia, zamiast przekazać pacjenta do innego ośrodka leczniczego, wypisują pacjenta i skazują go na walkę o dostęp do leczenia w innym szpitalu. Są i takie szpitale, których lekarze wskazują na konieczność zapewnienia dalszego leczenia zachowawczego w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej (ZOL, ZPO), ale nie

podejmują żadnych działań w zakresie wsparcia rodziny i przekazania chorego do takiego ośrodka. Jaka jest zatem rola pracownika socjalnego czy pielęgniarki społecznej szpitala? – tylko poinformować o ścieżce załatwiania sprawy, skazanej często na gehennę pacjenta. W wielu rozmowach pojawia się w takiej sytuacji zarzut dyskryminacji ze względu na wiek osoby.

Osoby starsze w przeważającej części poddawane są leczeniu farmakologicznemu, również z racji wieku zdiagnozowanych chorób przewlekłych. Dostęp do leczenia farmakologicznego także napotyka na wiele problemów. Lekarze POZ często pozbawiają pacjentów prawa do ulgi refundacyjnej tylko dlatego, że pacjenci nie przedstawili rocznej informacji od specjalisty potwierdzającej sposób ordynowania leków. Tymczasem jest to nieuprawnione, gdyż przepisy jedynie zalecają kontrolę u specjalisty raz na 12 miesięcy, a lekarz POZ mający udokumentowaną wiedzę o chorobie przewlekłej i ordynacji lekowej ma obowiązek zapewnić dostęp do leków z zachowaniem prawa do ulgi. Nawet zalecenie okresowej kontroli specjalistycznej w kontekście kolejek oczekujących nie może być w wielu przypadkach spełnione. Wiele sygnałów świadczy, że szpitale żądają od rodzin dostarczania leków i wyrobów medycznych dla hospitalizowanych chorych. Dostęp do leków bezpłatnych 75+ jest dobrym rozwiązaniem, ale byłby lepszym, gdyby leczenie farmakologiczne osób starszych oparte było o właściwą diagnostykę i specjalistyczne ustawienie tego leczenia. Aktualnie wielu pacjentów przyjmuje leki w sposób niekontrolowany, leki często wzajemnie się wykluczające. Można pokusić się o stwierdzenie, że prawidłowa diagnostyka chorych i ustalenie jednolitego leczenia farmakologicznego w efekcie sprowadzałyby się do eliminacji z farmakospisu pacjenta wielu preparatów a w zamian można byłoby poszerzyć listę leków 75+ w ramach tych samych nakładów. Byłoby to możliwe pod warunkiem wprowadzenia przygotowanego przez gerontologów dokumentu pn *Standardy w opiece geriatrycznej* – dokumentu bardzo szeroko podejmującego rozwiązanie problemów leczenia seniorów. Wdrożony sam program 75+ również napotyka na problemy. Zgłaszane są przypadki odmowy ordynacji lekowej dla seniorów, pomimo wymaganej w dokumentacji medycznej informacji specjalisty o trybie stosowanego leczenia. Są też przypadki niezapewniania osobie po 75 r.ż. leku bezpłatnego tylko dlatego, że lekarz odmawia zapisu leku w innym typie opakowania. Np. XARELTO w opakowaniu po 14 tabletek jest bezpłatne, natomiast po 28 tabletek jest na 100 %.

Wykorzystywanie medycznych narzędzi w postaci katalogu badań diagnostycznych to podstawowy warunek prowadzenia prawidłowego ustalenia przyczyn choroby czy oceny zakresu urazów, co w efekcie otwiera drogę do zastosowania leczenia czy procedury medycznej. Świadczenia zdrowotne zakupywane przez płatnika to świadczenia kompleksowe,

obejmujące również diagnostykę laboratoryjną i obrazową (podstawową). Zatem jest to część kosztu podmiotu leczniczego, który zawsze będzie dążył do minimalizowania tych kosztów by osiągnąć korzystny wynik finansowy. Skutek: pacjenci są pozbawiani dostępu do tych badań, często narażani na ich wykonanie w trybie komercyjnym. Tych których nie stać, mają wrażenie, że ich leczy się „trochę”. Profilaktyka lekarza POZ i wykorzystanie diagnostyki to rzadkość, a działania profilaktyczne sprowadzają się tylko do edukacji zdrowotnej pacjentów i pogadank (może tak i jest). W ramach konieczności wykonania diagnostyki często pojawia się przerzucanie pacjenta w inne miejsca: lekarz POZ kieruje pacjenta do SOR, lekarz AOS odsyła z powrotem pacjenta do POZ a lekarz kwalifikujący pacjenta na zabieg operacyjny wręcza pacjentowi wykaz badań, które powinien wykonać żądając skierowań od lekarza kierującego do szpitala, lub od lekarza rodzinnego itp. Wszystko odbywa się wirtualnie, bez żadnych dokumentów medycznych. Pacjent staje się nośnikiem komunikatu do przekazania innemu lekarzowi, a to w konsekwencji kończy się dla chorego odmową.

Dostęp do diagnostyki wysokospecjalistycznej (MR, TK, PET) to w większości regionów kraju konieczność oczekiwania wielomiesięcznego. Dziś np. w Warszawie i innych dużych metropoliach w roku bieżącym nie jest możliwe uzyskanie terminu badania wysokospecjalistycznego.

Rehabilitacja dla osób starszych jest często dla wielu z nich jedyną szansą poprawy funkcjonowania, ale nieosiągalną z powodu czasu oczekiwania na te świadczenia. Nawet jeśli dochodzi do leczenia, to pacjenci dostrzegają różnice w czasie trwania zleconych przez lekarza zabiegów rehabilitacyjnych (sposób na zmniejszenie kosztów), czy pozbawienie jednego dnia zabiegów tylko dlatego, że w cyklu leczenia pojawiło się święto Bożego Ciała.

Podobnie sytuacja przedstawia się w leczeniu uzdrowskim, w dostępie do opieki długoterminowej domowej i stacjonarnej.

Problematyka dostępu do różnych rodzajów świadczeń jest nieco zróżnicowana, ale wszystkie rodzaje świadczeń łączy jedno, pojawiające się w niemal każdej rozmowie telefonicznej zjawisko: brak empatii dla pacjenta ze strony pracownika medycznego, w tym także empatii dla seniora. W zasadniczej części sygnałów dostrzega się całkowity brak zdolności do kreowania właściwej relacji pomiędzy lekarzem, pielęgniarką, fizjoterapeutą a pacjentem – osobą starszą. Deontologia, niestety odsuwana jest coraz bardziej od pacjenta.

W Europie a także i przede wszystkim w Polsce notowany jest poważny kryzys demograficzny, następuje spadek przyrostu naturalnego i zwiększa się populacji osób starszych. Zaniedbania w zakresie zapewnienia właściwej opieki medycznej nad osobami starszymi sięgają wielu lat. Nawet wzrastające nakłady finansowe NFZ nie są w stanie

poprawiać już ukształtowane bariery w dostępie do leczenia osób starszych. Jak widać nie zmieniła tego i Uchwała RZ z 2011 roku w sprawie długofalowej polityki senioralnej, w której określono zadania w zakresie tworzenia bezpieczeństwa zdrowotnego dla seniorów. W kontekście notowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta zgłoszeń od pacjentów i ich rodzin, trzeba mieć na uwadze, że art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nie jest w pełni realizowany w odniesieniu do osób starszych. Zapewne uchwalona 11 września 2015 r. przez Sejm RP ustawa o osobach starszych również niewiele zmieni sytuację w zakresie poprawy dostępności do leczenia. Jako Państwo potrafiliśmy stworzyć optymalne bezpieczeństwo zdrowotne dla obywateli w wielu do 60 lat, jednak brak jest rozwiązań i oferty dla obywateli powyżej tego wieku.

Wnioski i rekomendacje:

1. Zgłaszane do Rzecznika sygnały wskazują na tendencję pogarszania się dostępu do świadczeń zdrowotnych zjawiska te dotyczą osoby starsze.
2. Jednym z postulatów powinno być oczekiwanie rozpoczęcia prac nad przyjęciem konkretnych i kompleksowych działań w zakresie opieki nad osobami starszymi – wynikających zarówno z Uchwały RM z 2011 roku o długofalowej polityce senioralnej i ustawy o osobach starszych.
3. W zakresie poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych należy dążyć do przyjęcia standardów opieki geriatrycznej a także przyjęcia skutecznych instrumentów zachęcających lekarza do podejmowania specjalizacji z zakresu geriatry, oraz wprowadzenia proponowanych przez gerontologów form opieki medycznej nad osobami starszymi.

Próba scedowania zadań w tym zakresie na lekarzy rodzinnych może okazać się niewystarczająca, gdyż nakładanie kolejnych obowiązków na lekarzy POZ i tak wywołuje wiele ograniczeń dla pacjentów w opiece w zakresie podstawowym. Z racji wieloletnich opóźnień w zakresie rozwoju opieki geriatrycznej, braku analizy demograficznej oraz pomijania aspektu systematycznego rozwoju tej opieki w standardach postulowanych przez środowiska gerontologiczne, dziś rozwiązanie problemu będzie wymagać przyjęcia jasnych i skutecznych instrumentów zapewniających wzrost specjalistów (wraz z systemem motywacyjnym) oraz niewątpliwie poważnych nakładów finansowych.

Opracowanie na podstawie ITM Rzecznik oraz danych WSA dotyczących zgłoszeń pisemnych. 21 września 2016 r. (M. Cytacki – gł. specjalista w WIP)