



Warszawa, 24 listopada 2017 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta

Bartłomiej Chmielowiec

RzPP-WPR.420.61.2017.EKL

Pan

Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

Podstawowym zadaniem Rzecznika Praw Pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ (dalej: ustawa), jest ochrona praw pacjentów, określonych w niniejszej ustawie oraz przepisach odrębnych. Rzecznik Praw Pacjenta na bieżąco gromadzi i analizuje informacje związane z systemem opieki zdrowotnej, a następnie podejmuje działania w ramach przysługujących kompetencji w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw.

Na wstępie należy wskazać, iż do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęła coroczna opinia Pana prof. dr hab. Tomasza Kostki, Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatricy, obejmująca wnioski środowiska medycznego w przedmiocie systemu opieki geriatrycznej w Polsce. W wystąpieniu Konsultant Krajowy wskazał m.in. iż „system opieki geriatrycznej powinien dążyć do modelu, w którym osoba starsza i niepełnosprawna po pobycie w szpitalu (na oddziale geriatrycznym lub innym) była objęta rehabilitacją geriatryczną, a następnie optymalnie powróciła do swojego środowiska domowego. Jeśli pacjent wymaga pomocy w czynnościach codziennych powinien mieć pełną dostępność do usług pracowników opieki socjalnej, pielęgniarstwa rodzinnego i systematycznych zajęć rehabilitacyjnych, fizjoterapii. Jeśli taka dochodząca pomoc jest niewystarczająca, właściwym rozwiązaniem może być dom dziennego pobytu z fachową opieką pielęgniarstwa, pomocą medyczną i zajęciami usprawniającymi”.

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.

Wyjaśniając powyższe stanowisko uściślono, iż w wielu krajach europejskich istotną rolę w utrzymaniu sprawności funkcjonalnej seniorów pełnią oddziały rehabilitacji geriatrycznej. W Polsce oddziały rehabilitacji geriatrycznej nie istnieją i ich utworzenie należy uznać za jeden z najpilniejszych problemów opieki nad osobami starszymi. Za rehabilitację geriatryczną należy uznać świadczenie wykonywane przez zespół rehabilitacyjny w składzie: lekarz specjalista rehabilitacji lub lekarz specjalista geriatry, magister rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, pielęgniarka, psycholog, terapeuta zajęciowy, dietetyk i logopeda świadczeń, których celem jest przywrócenie pełnego zdrowia, samodzielności, oraz zmniejszenie dyskomfortu w chorobie, a jeśli utrzymanie samodzielności nie jest możliwe, stworzenie warunków do maksymalnej, możliwej do osiągnięcia sprawności funkcjonalnej. W ocenie Konsultanta Krajowego odbiorcą proponowanych świadczeń powinny być osoby po 60 roku życia, u których stwierdza się deficyty narządu ruchu lub deficyt współistniejący z wielochorobowością², zagrażającą postępem niesprawności ruchowej i pogłębieniem bądź utratą niezależności funkcjonalnej. Poza dostępnością do świadczeń zdrowotnych, przedmiotowa opinia obejmowała również wnioski dotyczące kształcenia kadr. W załączeniu przekazuje kopię opinii do wykorzystania i uprzejmie wskazuję jak poniżej.

Pragnę zauważyć, iż sytuacja osób starszych, w tym w szczególności w obszarze dostępu do leczenia z zastosowaniem różnych form procedur medycznych w niemal wszystkich rodzajach świadczeń zdrowotnych była już przedmiotem wystąpień Rzecznika. Niemniej jednak, w mojej ocenie, biorąc pod uwagę dane demograficzne wskazujące na starzenie się polskiego społeczeństwa – problematyka zapewnienia świadczeń zdrowotnych z dziedziny szeroko pojmowanej geriatry nadal wymaga aktywnego uczestnictwa Państwa i dostosowania polityki zdrowotnej do aktualnych i przyszłych potrzeb. Do Rzecznika Praw Pacjenta, w szczególności za pośrednictwem ogólnopolskiej Infolinii, stale zgłaszają się rodziny osób starszych wskazując na niewystarczającą dostępność świadczeń z zakresu geriatry. Zapewnienie osobom starszym określonych świadczeń opieki zdrowotnej jest o tyle istotne, iż schorzenia związane z wiekiem często skutkują niepełnosprawnością Pacjentów. Tym samym omawiana grupa Pacjentów w przypadku braku pomocy osób trzecich,

² W ocenie Konsultanta Krajowego przez wielochorobowość rozumiana jest obecność minimum trzech chorób przewlekłych, dotyczących odrębnego narządu lub układu, potwierdzonych badaniami diagnostycznymi i/lub pobytem/pobykami szpitalnymi z koniecznością stałego stosowania farmakoterapii. Przyjęcie do leczenia usprawniającego pacjenta z wielochorobowością powinno mieć miejsce jak najszybciej (optymalnie bezpośrednio) po pobycie w szpitalu lub po stwierdzeniu zasadności takiego pobytu przez lekarza geriatrę/specjalistę rehabilitacji medycznej.

samodzielnie nie jest w stanie w sposób efektywny zadbać o własne bezpieczeństwo zdrowotne. Z tych względów Rzecznik Praw Pacjenta po raz kolejny zwraca uwagę na sytuację seniorów, którzy z uwagi na swój stan zdrowia są narażeni na wykluczenie społeczne.

Kolejnym istotnym problemem osób starszych jest jakość udzielanych im świadczeń zdrowotnych, w szczególności w warunkach stacjonarnych, w oddziałach innych niż oddział geriatryczny. Zauważyć należy, iż stosownie do § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³, świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym. Ze względu na fakt, iż osoba w podeszłym wieku co do zasady podlega opiece geriatrycznej, wydaje się zasadne rozważenie wprowadzenia w przyszłości obowiązkowej konsultacji geriatrycznej dla osób powyżej pewnego wieku (z uwzględnieniem dostępności wyspecjalizowanych kadr).

Na marginesie należy dodać, iż ograniczona dostępność do świadczeń oraz zastrzeżenia co do ich jakości, często skutkują przeniesieniem ciężaru opieki na bliskich Pacjenta, co wpływa negatywnie również na wizerunek służby zdrowia, jako systemu niewydolnego w odczuciu społecznym.

Uwzględniając powyższe, działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy, uprzejmie proszę Pana Ministra o zajęcie stanowiska, w szczególności:

- 1) rozważenie podjęcia prac legislacyjnych mających na celu rozszerzenie świadczeń gwarantowanych o dedykowane „oddziały rehabilitacyjne geriatryczne” jako postulowane przez środowisko medyczne, celem polepszenia jakości opieki nad Pacjentami;
- 2) odniesienie się do propozycji wprowadzenia obowiązku konsultacji geriatrycznej w przypadku hospitalizowania osoby w podeszłym wieku w oddziale innym niż geriatryczny;
- 3) przekazanie stanowiska w przedmiocie możliwości wdrożenia uwag wyrażonych w opinii Pana prof. dr hab. Tomasza Kostki, Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatrii;

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.

- 4) wskazanie działań obecnie podejmowanych lub planowanych w celu zwiększenia dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych dla grupy Pacjentów w wieku podeszłym oraz zwiększenia liczby specjalistów geriatrów.

Jednocześnie deklaruje wolę współpracy i pełne wsparcie przy planowaniu i wdrażaniu rozwiązań korzystnych dla Pacjentów w przedmiotowym obszarze.

RZECZNIK PRAW PACJENTA
Bartłomiej Chmielowiec

Załącznik:

Kopia opinii Pana prof. dr hab. Tomasza Kostki, Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatry.

Do wiadomości:

- 1) Pani Beata Szydło, Prezes Rady Ministrów, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa,
- 2) Pan prof. dr hab. Tomasz Kostka, Konsultant Krajowy w dziedzinie geriatry, Klinika Geriatry Katedra Gerontologii, ul. Pieniny 30, 92-003 Łódź.