



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Irena LIPOWICZ

RPO-690730-V/11/AA

00-090 Warszawa
Al. Solidarności 77

Tel. centr. 22 551 77 00
Fax 22 827 64 53

Warszawa, *B* grudnia 2011 r.

Pan
BARTOSZ ARŁUKOWICZ

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

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). Ma zatem działać na rzecz poszanowania wolności i sprawiedliwości, dialogu społecznego, umacniania uprawnień obywateli i ich wspólnot, a także ma obowiązek troszczyć się zarówno o prawa większości, jak i o zabezpieczenie praw mniejszości.

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 niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Systematycznie postępuje proces starzenia się polskiego społeczeństwa, rośnie bowiem przeciętna długości trwania życia oraz sukcesywnie spada liczba urodzeń. Jest również kwestią bezsporną, że 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. Osoby starsze są jedną z najistotniejszych grup odbiorców świadczeń opieki zdrowotnej, a okres zapotrzebowania na szereg usług medycznych właściwych dla wieku starości, wydłuża się i przesuwają w kierunku osób coraz starszych.

Zwiększenie udziału osób starszych w populacji obywateli oraz rozwój nowych, kosztownych technologii medycznych ma podstawowe znaczenia dla zachowania stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia w najbliższych latach. Jest to wyzwanie stojące przed większością państw europejskich.

Polski system opieki zdrowotnej i pomocy osobom starszym jest niewydolny oraz nieprzygotowany na gwałtownie postępujące zmiany demograficzne i przyrost najstarszego segmentu obywateli.

Z przedstawionych Rzecznikowi Praw Obywatelskich przez Przewodniczącą oraz członka Zespołu do spraw gerontologii przy Ministrze Zdrowia, uwag zawartych w informacji pt. „Geriatrycja i opieka geriatryczna w Polsce w roku 2011: stan obecny i pilne wyzwania” (kopia informacji w załączeniu) wynika, że „około 80% osób starszych ma przynajmniej jedną chorobę przewlekłą lub skutki przebytych wypadków lub urazów, które u co drugiej z nich prowadzą do trwałego upośledzenia sprawności.” „Złożoność deficytów funkcjonalnych w przebiegu normalnego starzenia w kombinacji z patologią zazwyczaj wywołuje lęk, bezradność u lekarzy lub zaniechania i przypisywanie zmian chorobowych starości. W efekcie początkowe problemy narastają i opóźniają diagnozę i leczenie”. „Zaburzenia funkcji narządowych i sensorycznych - wzroku czy słuchu - wymagają przede wszystkim precyzyjnej oceny i określenia wpływu na czynności dnia codziennego. Dzięki tak całościowej ocenie geriatrycznej można w sposób celowany i trafnie adresowany leczyć, rehabilitować i protezować możliwe do wyrównania deficyty funkcjonalne, jak również planować dalsze etapy opieki zdrowotnej i społecznej we współpracy z opieką długoterminową”. „Geriatrycja, jako specjalizacja medyczna, integruje w swoich kompetencjach zdolność do całościowej oceny”. Tymczasem, „jako jeden z nielicznych, jeśli nie jedyny kraj w UE, ograniczamy zainteresowanie geriatrycją wśród prowadzących placówki szpitalne, jak też wśród lekarzy”.

W świetle przekazanych informacji, niewystarczające jest kształcenie lekarzy z zakresu geriatryki. Geriatrycja należy nadal do specjalizacji niszowych. Następuje zapaść lecznictwa geriatrycznego - nie otwiera się nowych poradni geriatrycznych, nie zwiększa się liczby łóżek geriatrycznych, a w kolejnych szpitalach likwidowane są oddziały geriatryczne lub podejmowane są działania ograniczające koszty funkcjonowania tych oddziałów. Nadal brak standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatryki. Funkcjonujący system finansowania

świadczeń geriatrycznych nie uwzględnia specyfiki terapii i opieki geriatrycznej, skazując geriatrię na marginalizację ze względu na wielochorobowość pacjentów geriatrycznych. „Mierzac dostępność opieki geriatrycznej liczbą lekarzy geriatrów i liczbą łóżek geriatrycznych w systemie, Polska pozostaje w dalekim ogonie Europy”.

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 Europejskiego Planu Działania. Polska nie wypracowała dotychczas takiego rozwiązania. W związku z tym Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera zainicjowało powołanie Koalicji Alzheimerowskiej, której członkowie uznają potrzebę pilnego opracowania i wdrożenia Narodowego Planu Alzheimerowskiego, zawierającego standardy opieki dla osób z zespołami otępiennymi (kopia informacji w tej sprawie - w załączeniu).

Starzejący się obywatele, bez realnego dostępu do właściwej opieki zdrowotnej i pomocy dla osób starszych, a zatem odpowiedniej ochrony i bezpieczeństwa zdrowotnego, narażeni są na utratę autonomii i godności.

Brak również sprawnego systemu gwarantującego rzeczywistą pomoc rodzinom opiekującym się osobami starszymi, np. ośrodków opieki krótkoterminowej, a na miejsce w zakładzie opiekuńczym czas oczekiwania wynosi zwykle kilka miesięcy. Nadal są rodziny, które zamknięte w czterech ścianach, anonimowo przeżywają gehennę opieki nad schorowaną bliską osobą, podporządkowując temu obowiązkowi swoje życie. Opiekunowie, niejednokrotnie starzy i schorowani, pozostawieni są sami sobie bez możliwości odpoczynku od często niesłychanie wyczerpującej opieki nad krewnymi.

Władze państwowe powinny przygotować odpowiednie działania i rekomendacje dla polityki państwa i samorządu terytorialnego, które pozwoliłyby na realną poprawę jakości życia osób starszych i wydłużenie okresu niezależnej egzystencji seniorów oraz poprawę jakości leczenia geriatrycznego i dostępności do świadczeń zdrowotnych. Przydanym narzędziem w tym zakresie mogą być m.in. wyniki i rekomendacje z badania w ramach projektu PolSenior "Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce" (zleconego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego) oraz priorytety polskiej Prezydencji w Unii Europejskiej w obszarze zdrowia, dotyczące zapobiegania chorobom mózgu, chorobom neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimera.

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 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie podnoszonych problemów oraz przekazanie informacji odnośnie działań i zamierzeń resortu zdrowia w kwestii poprawy systemu opieki zdrowotnej i pomocy osobom starszym.

Leszek Wyrostek

Leszek Wyrostek