



Warszawa, 04-09-2025 r.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Marcin Wiącek

V.7010.60.2025.ETP

Pani

Jolanta Sobierańska-Grenda

Minister Zdrowia

via ePUAP

Szanowna Pani Minister,

dnia 26 marca 2025 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyło się wspólne posiedzenie działających przy RPO Komisji Ekspertów ds. Zdrowia i Ekspertów ds. Osób Starszych¹. W nawiązaniu do poczynionych w trakcie tego posiedzenia ustaleń oraz docierających do mnie sygnałów, pragnę zwrócić uwagę Pani Minister na wybrane problemy systemowe dotyczące zagadnienia opieki geriatrycznej.

Przepis art. 68 Konstytucji RP, formułujący prawo do ochrony zdrowia, nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w stosunku m.in. do osób starszych – obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej.

Nie ma wątpliwości, że osoby starsze stanowią grupę szczególnie wrażliwą. Rzecznik Praw Obywatelskich od lat podejmuje liczne inicjatywy na rzecz osób starszych – są to działania zarówno w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych, jak i odpowiedniego kształtowania polityk publicznych, które uwzględniałyby ich potrzeby. Nie ma bowiem wątpliwości, że system ochrony zdrowia powinien być dostosowany

¹ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-opieka-geriatryczna-wspolne-posiedzenie-komisji-ekspertow>

do rosnącej liczby osób starszych oraz potrzeb zdrowotnych tej grupy pacjentów. Starzenie się społeczeństwa jest wyzwaniem, które wymaga koordynacji, odpowiedniego wsparcia w zakresie zdrowia oraz opieki społecznej².

Jednocześnie, w trakcie wspomnianego na wstępie posiedzenia, grono ekspertów wskazało na problemy w obszarze opieki geriatrycznej, które wymagają zmian systemowych. Do najważniejszych z nich należą:

1) Edukacja geriatryczna kadr medycznych

Istotne jest poszerzenie wiedzy lekarzy z zakresu geriatry, a w szczególności należy:

- zwiększyć bazę i kadrę akademickich Klinik Geriatrii i wiodących ośrodków geriatrycznych – funkcje edukacyjne w szkoleniu przed- i podyplomowym;
- zwiększyć wymiar godzin dydaktycznych z geriatry w standardach kształcenia na kierunku lekarskim;
- włączyć geriatrię do staży częściowych w programach specjalizacyjnych z chorób wewnętrznych, a także kardiologii, neurologii, psychiatrii, diabetologii, ortopedii, urologii i innych oraz poszerzyć jej zakres w specjalizacji z medycyny rodzinnej;
- w kształceniu przed dyplomowym lekarzy z zakresu geriatry z włączeniem pytań z geriatry do Końcowego Egzaminu Lekarskiego;
- poszerzyć nauczanie geriatry na kierunku lekarskim w ramach już istniejących standardów z obowiązkiem zdawania egzaminu z geriatry oraz włączenie geriatry do staży podyplomowych.

2) Dostęp do świadczeń geriatrycznych oraz specjalizacja w dziedzinie geriatry

W trakcie wspomnianego na wstępie posiedzenia zwrócono uwagę na brak zainteresowania specjalizacją z dziedziny geriatry u młodych lekarzy. Występują województwa, gdzie – mimo wolnych miejsc – nie ma chętnych na tę specjalizację. Zdiagnozowano, że potrzeby są na ponad 2700 geriatrów, tymczasem w systemie występuje ich ok. 560. Rocznie rozpoczyna tę specjalizację ok. 40-tu. Inną niepokojącą kwestią jest nierównomiernie i niewystarczające rozłożenie poradni i oddziałów geriatrycznych. Liczba łóżek geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców wynosi 3,3 w Polsce, natomiast 25 w Belgii i Austrii, czy 22 w Szwecji. W związku z tym, oszacowano potrzeby na 7710 łóżek, aby osiągnąć wskaźnik 20/100 tys. mieszkańców. Zaznaczono,

² Zob. np. wystąpienie RPO z dnia 23 marca 2025 r. do Minister ds. Polityki Senioralnej, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-osoby-starsze-prawa-mrpips-kolejne>.

że standardy leczenia osób starszych odbiegają od poziomu europejskiego, a czas oczekiwania na świadczenia geriatryczne jest znaczny. Chodzi o takie świadczenia jak: wizyta u geriatry, rezonans magnetyczny (MR), pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, wszczęcie stymulatora głębokiej stymulacji mózgu, czy pobyt w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Występują nierówności w dostępie do opieki geriatrycznej na terenie miast czy terenach wiejskich. Podkreślono również, że należy wiele zrobić w zakresie dostępności do geriatrów – specjalizacja ta powinna być priorytetowa, a mapy potrzeb zdrowotnych są niewystarczające w tym zakresie.

3) Dostęp seniorów do wyrobów medycznych

Dostęp seniorów do wyrobów medycznych jest istotny w praktyce klinicznej leczenia bólu i niepełnosprawności. Szczególna jest praktyczna dostępność seniorów do wyrobów medycznych, na co składa się m.in. niska świadomość seniorów w zakresie możliwości uzyskania dostępu do wyrobów medycznych, niska świadomość personelu medycznego uprawnionego do zlecania wyrobów medycznych w tym zakresie, ograniczony dostęp seniorów do innowacyjnych rozwiązań z powodów ekonomicznych oraz brak stanowczych rekomendacji i wytycznych stosowania wyrobów medycznych. Zwiększenie dostępu do wyrobów medycznych dla seniorów to m.in. lepsza jakość życia seniorów, mniejsze koszty systemu ochrony zdrowia przez zmniejszenie liczby świadczeń ambulatoryjnych czy dłuższa samodzielność bez udziału osób trzecich. Jednocześnie podkreślono, że stopień refundacji do wyrobów medycznych jest znikomy – w porównaniu z innymi krajami.

4) Cyfryzacja systemu – umożliwienie lekarzom, za zgodą pacjenta, dostępu do wyników badań

Wprowadzenie kompatybilności aplikacji informatycznych w jednostkach ochrony zdrowia jest niezwykle ważne, aby użytkownik (uprawniony) „widział” wyniki badań: laboratoryjnych, endoskopowych, obrazowych wykonanych w różnych jednostkach medycznych (a nie tylko własnej). Obecnie wyniki badań są dostępne tylko dla podmiotów opłacających badanie. Powyższe, mogłoby wpłynąć na redukcję duplikacji badań. Nadto osoba uprawniona mogłaby mieć wgląd do różnych informacji związanych z pacjentem, w szczególności do: rozpoznania, procedur zabiegowych, czy pobytu w jednostkach ochrony.

Zwrócono uwagę na potrzebę udostępnienia lekarzowi informacji z poziomu POZ i AOS niezależnie od posiadanej aplikacji IKP, gdyż osoby starsze rzadko korzystają z IKP lub nie posiadają dostępu do Internetu. Nadto istotne jest udostępnienie lekarzowi

wgląd do leków przepisywanych na receptę poza aplikacją IKP. Jak również pomocne może być wzbogacenie IKP o kalendarz szczepień i o wykonane szczepienia.

5) Wprowadzenie geriatrycznej opieki koordynowanej w POZ

Przedstawiono propozycję rozwiązań skupionych na organizacji i integracji, aby wykorzystać geriatrów w systemie – tylko 30% geriatrów zatrudnionych jest w jednostkach geriatrycznych. Natomiast 30% z tej grupy praktykuje w innych specjalizacjach. Dla przykładu w woj. podlaskim 30% geriatrów posiadających specjalizację z medycyny rodzinnej praktykuje w POZ. Przedstawiono propozycję włączenia opieki geriatrycznej do opieki koordynowanej w POZ. Nadto zaznaczono, że Konsultacyjne Zespoły Geriatryczne w szpitalach wojewódzkich nie posiadają oddziałów geriatrycznych.

6) Rozwój onkologii geriatrycznej

Współpraca w zakresie onkologii geriatrycznej jest korzystna dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia. Występują potrzeby współpracy interdyscyplinarnej, tj. onkologii geriatrycznej oraz zaburzeń neuropoznawczych. Postęp onkologii w ostatnich dekadach przyczynił się do tego, że choroba nowotworowa jest często chorobą przewlekłą, z którą żyje się wiele lat. Zmieniło się też znaczenie terminu „leczenie paliatywne” – dawniej było leczeniem w ostatniej fazie życia, obecnie to leczenie trwające wiele lat. A to osoby starsze stanowią większość pacjentów onkologicznych. Podkreślenia wymaga, że w Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 nie ma odniesienia do pacjentów w starszym wieku.

7) Działań na rzecz poprawy opieki nad osobami z zaburzeniami neuropoznawczymi

W Polsce żyje około 600 tysięcy osób z zaburzeniami neuropoznawczymi. Ocenia się, że jedna na trzy osoby z chorobą Alzheimera ma prawidłowe rozpoznanie. Jednocześnie wiedza na temat zaburzeń neuropoznawczych, ich przyczyn, leczenia oraz postępowania wspomagającego jest niedostateczna. Występuje potrzeba pilnego wdrożenia działań na rzecz poprawy opieki nad osobami z zaburzeniami neuropoznawczymi, w tym m.in. badania przesiewowe w POZ (pytanie o zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych, rozmowa z opiekunem pacjenta w starszym wieku, testy przesiewowe, badania dodatkowe krwi), możliwość skierowania pacjenta w trybie przyspieszonym do: neurologa, geriatry, neuropsychologa, specjalistycznej poradni psychogeriatrycznej, oraz współpraca międzysektorowa między opieką zdrowotną a społeczną.

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 spore wyzwanie organizacyjne i kadrowe dla systemu opieki zdrowotnej. Jednocześnie opieka dla seniorów powinna być realnie dostępna. Pacjent powinien być natomiast prowadzony w systemie całościowo. 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 osób starszych.

Wobec powyższego, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 1264 ze zm.), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się do przedstawionych problemów oraz przekazanie informacji dotyczących działań i planów resortu zdrowia w kwestii poprawy systemu opieki zdrowotnej i dostępu do właściwej opieki zdrowotnej osobom starszym.

Z poważaniem

Marcin Wiącek

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-wydano i podpisano elektronicznie/