



# Rok Seniora w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

SPRAWOZDANIE RZECZNIKA PRAW PACJENTA



Rzecznik Praw Pacjenta  
Rzecznikiem Polskich Seniorów 2020

Korzystając ze świadczeń zdrowotnych lub zwracając się o ich udzielenie masz prawo do:



**WYRAŻENIA ZGODY**  
NA UDZIELENIE OKREŚLONYCH  
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

- którą wyrazisz lub jej odmówisz po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji o Twoim stanie zdrowia oraz zaproponowanej formie leczenia
- którą w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko - musisz wyrazić na piśmie



# SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów / 4

Wstęp / 5

Senior w systemie opieki zdrowotnej. Analiza sygnałów wpływających do Rzecznika Praw Pacjenta / 7

Sytuacja polskiego seniora z punktu widzenia Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego / 11

Formy wsparcia oferowane seniorom przez Rzecznika Praw Pacjenta / 13

Projekty zmian legislacyjnych / 16

Rada Organizacji Pacjentów i Zespół ds. Seniorów – rekomendacje / 21

Rekomendacje Rady Ekspertów funkcjonującej przy Rzeczniku Praw Pacjenta / 24

Działania informacyjno-edukacyjne / 37

Potrzeby zdrowotne polskich seniorów – wnioski i rekomendacje / 42

# WYKAZ SKRÓTÓW

<b>AOS</b>	ambulatoryjna opieka specjalistyczna (tj. udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych)
<b>Biuro epidemia</b>	Biuro Rzecznika Praw Pacjenta Stan epidemii wywołany zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
<b>GUS</b>	Główny Urząd Statystyczny – urząd centralny administracji rządowej zajmujący się zbieraniem i udostępnianiem informacji statystycznych na temat większości dziedzin życia publicznego i niektórych stron życia prywatnego
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>POZ</b>	podstawowa opieka zdrowotna
<b>Rzecznik, RPP</b>	Rzecznik Praw Pacjenta
<b>SOR</b>	Szpitalny Oddział Ratunkowy
<b>Szpital</b>	podmiot leczniczy realizujący świadczenia w ramach umowy na leczenie szpitalne
<b>Świadczenia opieki zdrowotnej</b>	świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące
<b>Świadczenia zdrowotne</b>	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
<b>Teleporada</b>	świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
<b>TIP/infolinia</b>	TIP/infolinia
<b>Telefoniczna Informacja Pacjenta Rzecznika Praw Pacjenta</b>	Telefoniczna Informacja Pacjenta Rzecznika Praw Pacjenta
<b>Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego</b>	ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz.685)
<b>Ustawa z dnia 2 marca 2020 r.</b>	ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r., poz. 374 z późn. zm.)
<b>Ustawa o prawach pacjenta, również: upp</b>	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 854)
<b>WHO</b>	Światowa Organizacja Zdrowia, organizacja działająca w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych zajmująca się ochroną zdrowia.

## WSTĘP

W ostatnich latach obserwujemy nasilający się proces starzenia się społeczeństwa. Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski systematycznie rośnie. Na koniec 2018 roku osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły w Polsce blisko 25% ogółu mieszkańców, podczas gdy w roku 2010 wskaźnik ten kształtował się na poziomie 19,6%. Według prognozy GUS, liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce, w roku 2030 ukształtuje się na poziomie 10,8 mln osób, a w 2050 – 13,7 mln. Do roku 2050 ludność w tym wieku stanowić będzie około 40% społeczeństwa<sup>1</sup>.

Dane te definiują, że potrzeby w zakresie ochrony zdrowia, uczestnictwo w życiu społecznym oraz zwiększania możliwości zaangażowania osób starszych, wymaga tworzenia sprzyjających zmian w otoczeniu każdego polskiego emeryta, rencisty czy osoby z niepełnosprawnościami. Na zagadnienia te należy spoglądać z perspektywy zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej.

Dlatego też rok 2020 w działaniach Rzecznika Praw Pacjenta był ROKIEM POLSKICH SENIORÓW.



Rzecznik Praw Pacjenta z seniorami - pracownikami Biura

<sup>1</sup> <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/>

Zaplanowaliśmy wiele działań, w tym spotkań z seniorami m.in. udział w wydarzeniach senioralnych, prowadzenie szkoleń, organizowanie wspólnych konferencji i briefingów, spotkań na terenach wiejskich i miejskich. Podczas tych spotkań pracownicy Biura mieli przekazywać informacje, edukować, odpowiadać na pytania, podnosić świadomość polskiego seniora o prawach pacjenta i świadczeniach zdrowotnych.

Niestety, z dnia na dzień zmieniła się sytuacja wokół nas. 11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła stan pandemii SARS-CoV-2, powodującą chorobę COVID-19, czyli zespół ostrej niewydolności oddechowej prowadzący do ciężkiego zapalenia płuc.

W Polsce pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem wykryto 4 marca 2020 roku. Od tego czasu SARS-CoV-2 pojawił się już we wszystkich województwach. W związku z rozprzestrzenianiem się patogenu w kraju, w dniu 13 marca został ogłoszony stan zagrożenia epidemiologicznego<sup>2</sup>, 20 marca został on odwołany i wprowadzono stan epidemii<sup>3</sup>, który trwa do dzisiaj. W związku z rozwojem epidemii COVID-19, w naszym kraju wprowadzono szereg obostrzeń. Jednym z nich było zalecenie pozostawania w domach.

Ze względów bezpieczeństwa wskazywano na ograniczenie przemieszczania się w niektórych przypadkach i ograniczania kontaktu z osobami mniej narażonymi na zachorowanie jak dzieci czy młodzież. Seniorzy zostali poddani przymusowej izolacji. W związku z tym wiele zaplanowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta wydarzeń i działań edukacyjnych zostało przeniesione on-line. Na stronę Rzecznika <https://www.gov.pl/web/rpp> oraz media społecznościowe jak Facebook czy Twitter. Ukazywały się ulotki, broszury i artykuły w czasopiśmie przeznaczonych dla seniorów.

---

<sup>2</sup> Stan zagrożenia epidemicznego został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 433).

<sup>3</sup> Stan epidemii został prowadzony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 491).



# SENIOR W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ. ANALIZA SYGNAŁÓW WPŁYWAJĄCYCH DO RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Analiza kierowanych do Rzecznika sygnałów jest źródłem informacji o pojawiających się problemach pacjentów w zakresie przestrzegania praw pacjenta oraz w systemie ochrony zdrowia.



Telefoniczna Informacja Pacjenta

## 800 190 590

od poniedziałku do soboty  
w godzinach 8:00 - 18:00  
prefiks nr 2

  
Rzecznik Praw Pacjenta  
[gov.pl/rpp](http://gov.pl/rpp)

Infolinia Rzecznika Praw Pacjenta i Narodowego Funduszu Zdrowia jest integralną częścią Telefonicznej Informacji Pacjenta. Działa pod bezpłatnym numerem 800 190 590. Dzięki pomocy doświadczonych konsultantów Biura, seniorzy mogli uzyskać sprawdzoną i merytoryczną informację z zakresu praw pacjenta, jak również zostać właściwie pokierowani po systemie ochrony zdrowia – co wielokrotnie przyczyniało się do rozwiązania problemu dzwoniącego. W przypadkach wyjątkowych, w których narażone było zdrowie i życie pacjenta pracownicy podejmowali interwencje wyjaśniające u osoby zarządzającej podmiotem leczniczym czy też poprzez kontakt z osobami pełniącymi w placówce rolę pełnomocnika ds. praw pacjenta.

Jak wynika z analizy danych uzyskanych za pośrednictwem Telefonicznej Informacji Pacjenta zamieszczonych w raporcie Rzecznika Praw Pacjenta „Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19 za okres od stycznia do września 2020 roku oraz Aneksu do Raportu za okres październik i listopad 2020 roku, w czasie epidemii wzrosła liczba połączeń telefonicznych od osób, które ukończyły 60. rok życia.

W 2018 roku liczba przeprowadzonych rozmów z osobami powyżej 60 r.ż. stanowiła – 34%, w 2019 – 37%, natomiast w 2020 roku – 41%.<sup>1</sup>

Osoby starsze w związku z wiekiem i w wielu przypadkach wielochorobowością są w grupie największego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. Niewątpliwie miało to wpływ na liczbę dzwoniących. Rozmowy dotyczyły obaw o stan zdrowia i możliwości leczenia w stanie epidemii oraz związanych z tym niejasności, co do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Należy przypomnieć, że poza ogólnymi zaleceniami dla społeczeństwa (m.in. przestrzegania zasad higieny osobistej), organy państwa odpowiedzialne za zarządzanie stanem epidemii publikowały również zalecenia kierowane bezpośrednio do osób starszych i ich rodzin. Obejmowały one m.in. unikanie dużych skupisk ludzkich jako środowisk sprzyjających narażeniu na zakażenia wirusowe, w tym również ograniczenie niezbędnych czynności, np. zakupów<sup>2</sup>.

W związku z wydawanymi zaleceniami pojawiły się kolejne problemy tej grupy pacjentów, które wynikały głównie z wątpliwości, co do realizacji poszczególnych zaleceń. Rzecznik odnotował trudności osób starszych żyjących samotnie, które chcąc zastosować się do zaleceń, zgłaszały jednocześnie problem z brakiem osoby, która pomogłaby im w czynnościach życia codziennego – zrobieniu zakupów czy realizacji recept. Na podstawie tych sygnałów można wskazać, że pomimo mobilizacji wojewodów, jednostek samorządu terytorialnego i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, a także wielu inicjatyw o charakterze wolontariatu, widoczny już przed epidemią problem braku wsparcia samotnych i niesamodzielnych osób, uległ w okresie epidemii pogłębieniu. Zauważono, że alienacja osób starszych i poczucie zagrożenia wywołane potencjalną możliwością śmierci w związku z zakażeniem chorobą COVID-19, może spotęgować w tej grupie kryzysy psychiczne. Z tych względów, aby wesprzeć pacjentów, Rzecznik przygotował listę ośrodków i instytucji, które udzielały pomocy psychologicznej w tym okresie. Lista ta jest na bieżąco aktualizowana i znajduje się na stronie internetowej Rzecznika.

Pojawiały się również sygnały dotyczące zakazu odwiedzin u osób bliskich, w tym seniorów przebywających w szpitalach. Niezmiernie ważna była tu kwestia ostatniego pożegnania z członkiem rodziny albo zakazem stawiennictwa w szpitalu celem identyfikacji zwłok. Rzecznik wystąpił do dyrektorów podmiotów medycznych o respektowanie prawa pacjenta do poszanowania godności, które obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. W swoim wystąpieniu wskazał, że zgodnie z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta, kierownik podmiotu leczniczego może – ze względu na zagrożenie epidemiczne – ograniczyć prawa pacjenta w pewnym zakresie. Ograniczenia muszą być uzasadnione oraz proporcjonalne, uwzględniające indywidualną sytuację panującą w danym podmiocie. Jednak korzystanie z praw pacjenta nie może zostać całkowicie wyłączone. Zdaniem Rzecznika uniemożliwienie ostatniego pożegnania pacjenta z rodziną, w przypadku gdy przyczyna śmierci pozostawała bez związku z COVID-19, a podmiot leczniczy nie był tzw. szpitalem zakaźnym jednoimiennym, mogą usprawiedliwiać jedynie wyjątkowe okoliczności epidemiologiczne.

---

<sup>1</sup> Dane własne Rzecznika Praw Pacjenta

<sup>2</sup> M.in. strona internetowa Głównego Inspektoratu Sanitarnego



W związku z obecną sytuacją epidemiczną Rzecznik Praw Pacjenta na bieżąco monitorował sytuację w jakiej znajdują się pacjenci, seniorzy oraz wszystkie osoby potrzebujące pomocy. Duże zaniepokojenie Rzecznika Praw Pacjenta, mimo że nie sprawuje bezpośrednio nadzoru nad placówkami pomocy społecznej, wzbudziła sytuacja osób przebywających w domach pomocy społecznej, seniorów i osób z niepełnosprawnościami, mieszkających w innych placówkach stałego pobytu. Osoby te narażone są na zwiększone ryzyko zachorowania na COVID-19. W celu weryfikacji rzeczywistego stanu pensjonariuszy, pracownicy Biura skontaktowali się ze wszystkimi podmiotami, u których zdiagnozowano pilną potrzebę pomocy. Dokonano weryfikacji, czy mieszkańcy nie są opuszczeni lub narażeni na niebezpieczeństwo z powodu ograniczonej liczby personelu lub jego braku. Oceniono też, czy podmioty świadczące usługi pensjonariuszom są w stanie sprostać aktualnej sytuacji związanej z epidemią (m.in. czy jest wystarczająca ilość lekarstw, środków ochronnych, personelu).

W podmiotach, w których została potwierdzona trudna sytuacja (17 podmiotów), podjęto bezpośrednie interwencje, w celu zorganizowania pomocy dla każdej z placówek. Wystąpiono do Wojewodów z prośbą o szczególne monitorowanie sytuacji związanej z epidemią SARS-CoV-2 w placówkach pomocy społecznej oraz skierowanie dodatkowego personelu medycznego w trybie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Skontaktowano się również z właściwymi Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi, z prośbą o objęcie szczególnym nadzorem tego typu placówek. Wszystkim dyrektorom (kierownikom) placówek z którymi nawiązano kontakt, przekazano dane do specjalnie wyznaczonych pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta, aby w razie zmiany sytuacji mogli przekazać aktualne potrzeby działań w placówkach.

Do Rzecznika Praw Pacjenta wpływały również sygnały, w tym od seniorów, wskazujące na brak możliwości odbycia osobistej wizyty w przychodni ze względu na zagrożenie epidemiczne. Pacjenci informowali, że często jedyną proponowaną przez placówki formą konsultacji pozostaje tzw. teleporada, pomimo istnienia podstaw do osobistej wizyty w przychodni, m.in. celem wykonania badania fizykalnego. Rozwiązania telemedyczne, jakkolwiek bardzo potrzebne i przydatne, nie zawsze mogą zastępować osobiste wizyty pacjentów w przychodniach, które w wielu przypadkach pozostają niezbędne dla realizacji prawidłowego przebiegu procesu diagnostyki i leczenia.

W tej sprawie Rzecznik Praw Pacjenta opublikował stanowisko w zakresie możliwości proporcjonalnego ograniczenia praw pacjenta na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie ze wskazanymi przepisami, placówka medyczna może czasowo ograniczyć korzystanie przez pacjentów z pełni ich praw w sytuacji wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik podmiotu, udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz, uwzględniając przy tym sytuację w danym podmiocie leczniczym. Dlatego Rzecznik apelował, aby oceniając potrzeby pacjentów i wybierając optymalną drogę udzielania świadczeń zdrowotnych, nie stosowano automatyzmu w wyborze rozwiązań telemedycznych, jako potencjalnie bezpieczniejszych. Konieczna jest każdorazowa ocena rzeczywistej potrzeby osobistego kontaktu z lekarzem, uwzględniająca dobro pacjenta i staranność udzielania świadczeń. Rzecznik wskazał, że na każdym etapie udzielania świadczeń należy zapewnić pacjentowi

prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i udzielanych z należytą starannością.

Ostatnie decyzje i działania organów odpowiedzialnych za organizację systemu ochrony zdrowia, podejmowane m.in. w oparciu o aktualne dane i modele epidemiologiczne mają na celu systematyczne przywracanie standardowej organizacji świadczeń dla pacjentów.

Rzecznik Praw Pacjenta oraz Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych przygotowali „Wytyczne dotyczące realizacji prawa do informacji przez osoby uprawnione na odległość”<sup>3</sup>. Zawarte w nich wskazówki to efekt porozumienia o wzajemnej współpracy pomiędzy RPP, a Prezesem UODO podpisanego 21 lipca 2020 r.

Normy prawne określają osoby uprawnione oraz sytuacje w jakich mogą one uzyskać dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta. Natomiast wypracowane wytyczne zawierają rekomendowane rozwiązania, które pozwolą na realizację prawa osoby upoważnionej do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość z uwzględnieniem praw pacjenta oraz zasad wynikających z regulacji dotyczących ochrony danych osobowych.

W dobie trwającej epidemii oraz wprowadzanych ograniczeń w realizacji praw pacjenta należy poszukiwać alternatywnych możliwości przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom do tego uprawnionym, w szczególności z wykorzystaniem możliwości, jakie dają nam nowe technologie. Żaden z przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie zakazuje komunikacji na odległość. Dane zdrowotne są jednak kategorią, wymagającą szczególnej dbałości i zabezpieczeń, związanych z formą zdalną. Przedstawione wytyczne regulują zasady kontaktu na odległość z osobą upoważnioną przez pacjenta przytomnego, ale także z osobą bliską, której pacjent z uwagi na stan zdrowia nie mógł upoważnić do uzyskania informacji o stanie swojego zdrowia.

Według Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, podmioty lecznicze powinny stworzyć odpowiednie warunki techniczne oraz organizacyjne, z których pacjenci w łatwy sposób będą mogli się komunikować. Dlatego niezbędne jest przeprowadzenie analizy ryzyka dla procesu przekazywania danych na odległość pod kątem ochrony danych osobowych. Pomoże ona określić także szczegółowe zasady postępowania, według których personel medyczny będzie mógł pomóc pacjentom i ich bliskim.

Dostosowanie takich działań do rekomendacji zawartych w niniejszych wytycznych pozwoli placówkom na realizację prawa pacjenta do informacji zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych, zarówno w czasie epidemii COVID-19, jak i po jej zakończeniu. Niejednokrotnie zdarza się, że pacjenci zostają przewiezieni do szpitala odległego od miejsca zamieszkania. Dlatego Rzecznik uznał za konieczne przedstawienie Ministerstwu Zdrowia problematyki braku możliwości pozyskania informacji o miejscu hospitalizacji pacjentów, w szczególności zakażonych SARS-CoV-2.

---

<sup>3</sup> <https://www.gov.pl/web/rpp/realizacja-prawa-pacjenta-do-informacji-na-odleglosc-przez-osoby-uprawnione---wytyczne-rzecznika-praw-pacjenta-oraz-prezesa-urzedu-ochrony-danych-osobowych>

# SYTUACJA POLSKIEGO SENIORA Z PUNKTU WIDZENIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

W Roku Seniora wiele działań podejmowanych było również przez rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Stała obecność w 221 szpitalach psychiatrycznych i placówkach leczenia uzależnień pozwalała na podejmowanie działań systemowych i wsparcia pacjentów-seniorów w obszarze zdrowia psychicznego.

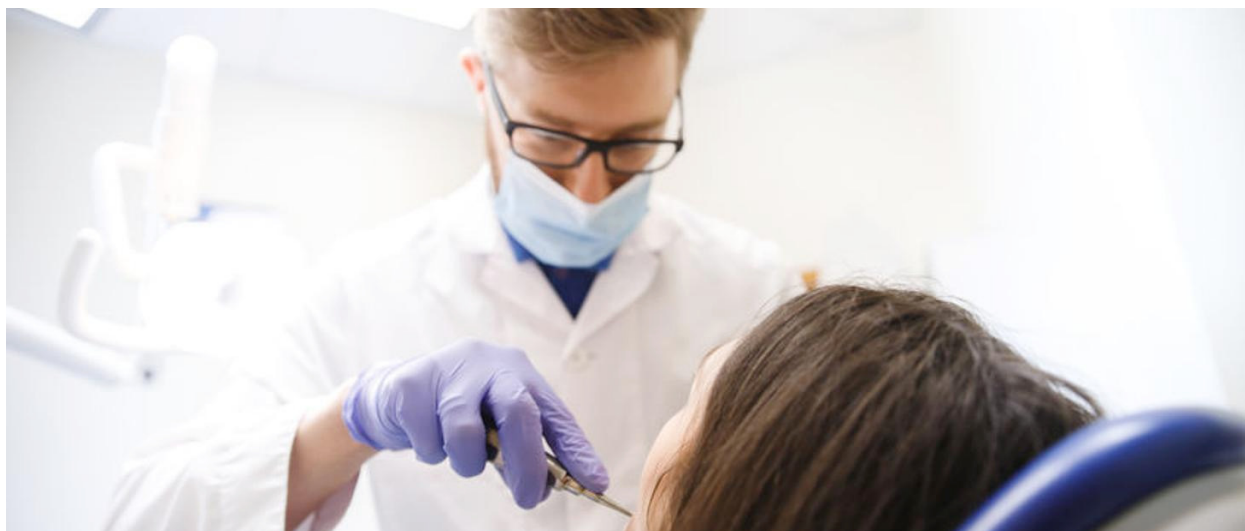
W Roku Seniora, Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się do specjalistów **w sprawie zasadności wyodrębnienia specjalizacji w dziedzinie psychogeriatрії**. Rozważano, czy utworzenie specjalizacji psychogeriatрії jest istotne, oraz czy przy obecnych brakach kadrowych – jest w ogóle możliwe. Zapytanie zostało wysłane do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu, Miejskiego Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie oraz Siedleckiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. W ocenie specjalistów zasadne jest:

- a. realizacja tematyki psychogeriatрії w programie studiów kierunku lekarskiego;
- b. wprowadzenie do programów specjalizacyjnych obowiązkowych kursów i staży z zakresu psychogeriatрії dla czterech kluczowych specjalizacji: medycyny rodzinnej, neurologii, psychiatrii i geriatрії;
- c. systemowe wsparcie opiekunów medycznych w psychiatrycznej opiece długoterminowej.

Rzecznik w tej sprawie wystąpił do specjalistów w przedstawionym zakresie.

W ramach działań podjęto **monitorowanie sytuacji zdrowotnej pacjentów-seniorów w zakresie opieki stomatologicznej i stanu uzębienia**. Rzecznik wystąpił do podmiotów leczniczych z zapytaniem o sytuację w zakresie opieki stomatologicznej i stanu uzębienia pacjentów w wieku senioralnym. Pytania dotyczyły zarówno leczenia stomatologicznego, jak również prowadzenia profilaktyki w tym zakresie. Zebrano rekomendacje i dobre praktyki z podmiotów leczniczych, z Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz z Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

**Członkowie Rady Młodych Ekspertów działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta** zasygnalizowali potrzebę podjęcia działań mających na celu zwiększenie skuteczności pomocy społecznej udzielanej seniorom z zaburzeniami psychicznymi pozostających pod opieką podmiotów leczniczych udzielających im świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w szczególności poprzez umożliwienie sprawniejszego załatwiania ich spraw



w jednostkach pomocy społecznej. Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił w tej sprawie do Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej i Ministerstwa Zdrowia. Otrzymano informacje na temat działań w ramach kompetencji obu ministerstw.

Wystąpienie dotyczące **refundacji lokalizatorów dla osób chorych na Alzheimer'a**. W związku z tragicznym wydarzeniem w woj. lubuskim, związanym z osobą starszą, która wyszła z domu i już do niego nie powróciła, umierając z wyziębienia Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Ministra Zdrowia w sprawie prawnego uregulowania stosowania i refundowania przez NFZ lokalizatorów dla osób chorych na ciężkie zaniki pamięci. Obecnie RPP oczekuje na stanowisko MZ w tej sprawie.

W zakresie działalności rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego pacjenci seniorzy przebywający w podmiotach leczniczych mogą zawsze zwrócić się o pomoc i wsparcie.

Kwiecień 2020 (nr 2)  
ISSN 2657-5884

# Jednym Głosem dla Psychiatrii

Kwartalnik Rzecznika Praw Pacjenta poświęcony wszystkim, którym dobro psychiatrii leży na sercu



Kwietniowy numer kwartalnika „Jednym Głosem dla Psychiatrii” w całości poświęcony Seniorom dostępny na stronie <https://www.gov.pl/web/rpp/kwartalnik-jednym-glosem>



# FORMY WSPARCIA OFEROWANE SENIOROM PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA

W roku 2020 Rzecznik Praw Pacjenta podejmował wiele spraw kierowanych do urzędu przez seniorów. Pomoc tej grupie pacjentów, zwłaszcza w tak trudnej sytuacji jaką jest COVID-19 była jednym z priorytetów RPP. Wprowadzono wiele rozwiązań, usprawnień oraz procedur, które ułatwiały wsparcie i pomoc pacjentom, w tym osobom starszym.

W styczniu 2020 roku w ramach **kampanii edukacyjnej „Prosto i kropka”** – Rzecznik Praw Pacjenta podpisał deklarację o współpracy na rzecz stosowania prostego języka w administracji. Podpisanie deklaracji oznaczało, że Rzecznik Praw Pacjenta wraz z innymi instytucjami, które podpisały porozumienie – zobowiązują się do propagowania idei prostego języka w swoich instytucjach. Styl urzędowy jest nie tylko trudny ale też niezrozumiały dla przeciętnego odbiorcy. Z powodów historycznych jest on też nieprzychylny obywatelowi. Ton wielu pism jest zbyt surowy, a instrukcje są napisane językiem wyniosłym i pompacyjnym. Dlatego w trosce o poprawę dostępności i jakości oferowanych usług Rzecznik Praw Pacjenta wprowadził zasadę stosowania prostego języka w kierowanych do obywateli pismach. Rzecznikowi Praw Pacjenta zależało na tym, aby otrzymane pismo można było szybko przeczytać, dobrze zrozumieć i jak najwięcej z niego zapamiętać. Rozwiązanie to miało na celu również pomoc seniorom.

Rzecznik Praw Pacjenta uprościł również procedurę prowadzenia postępowań wyjaśniających dot. osób wykluczonych, m.in. starszych, w zakresie najczęstszych schorzeń np. ząbmy, operacji biodra i kolana. Postępowania wszczynane są w trybie pilnym (szybszym). Sprawy zgłoszone przez seniorów były traktowane priorytetowo.

Z wniosków wpływających do Rzecznika wyselekcjonowano sprawy pacjentów w podeszłym wieku z zakresu art. 55 u.p.p.<sup>1</sup>. Działania te związane są z wytaczaniem powództwa na rzecz pacjentów lub dołączenia się do toczących się postępowań cywilnych w sprawach dotyczących praw pacjenta. W toku procesów Rzecznik działa na prawach przysługujących prokuratorowi. Efektem działań Rzecznika są korzystne wyroki sądowe, jak i ugody przewidujące polubowne zakończenie sprawy w sposób korzystny dla pacjentów. Każdy pacjent może zwrócić się do Rzecznika z wnioskiem o wzięcie udziału w już toczącym się postępowaniu cywilnym dotyczącym naruszenia praw pacjenta albo o wytoczenie na jego rzecz powództwa. Tego typu pomoc jest udzielana zwłaszcza wtedy, gdy pacjent sam nie jest w stanie skutecznie dochodzić przysługujących mu roszczeń, albo gdy dana sprawa może

---

<sup>1</sup> Art.55. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. 849). W sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta, określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, Rzecznik może z urzędu lub na wniosek strony: 1) żądać wszczęcia postępowania, 2) brać udział w toczącym się postępowaniu – na prawach przysługujących prokuratorowi.



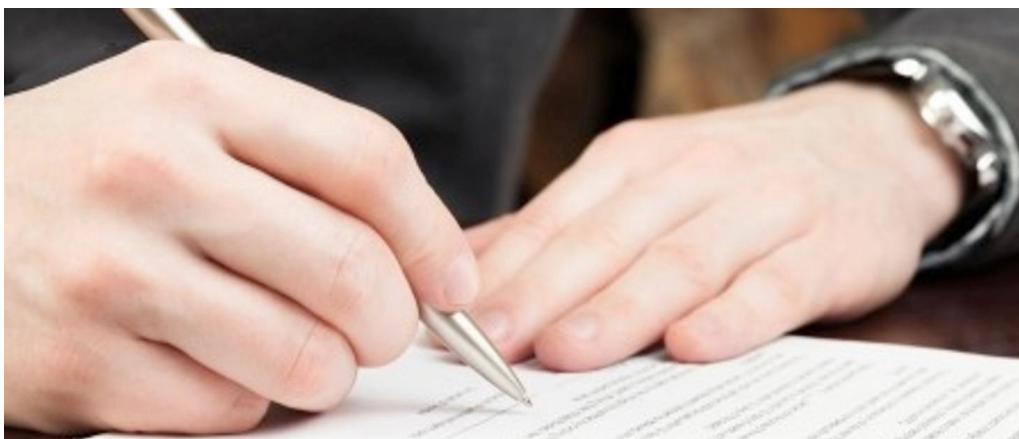


mieć dużą doniosłość dla rozstrzygnięcia istotnego zagadnienia prawnego lub gdy sprawa ma charakter precedensowy, a jej wynik może mieć duże znaczenie dla praw i interesów ogółu pacjentów.

W 2019 i 2020 roku Rzecznik Praw Pacjenta podjął w ten sposób kilka spraw osób starszych dotyczących, np.:

- ▶ Braku przeprowadzenia diagnostyki u pacjenta (lat 77) na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i wypisanie do domu bez udzielenia pomocy medycznej i postawienia rozpoznania udaru, co spowodowało dalsze konsekwencje zdrowotne.
- ▶ Zbagatelizowania dolegliwości ze strony kręgosłupa lędźwiowego i brak właściwej diagnostyki pacjentki (lat 77) i wypisanie do domu pomimo silnych dolegliwości bólowych i zmian neurologicznych, co stanowiło o naruszeniu przez podmiot leczniczy prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych oraz prawa do informacji o stanie zdrowia.
- ▶ Braku rozpoznania u pacjentki (lat 66) choroby nowotworowej. Wykonane badanie diagnostyczne odbyło się błyskawicznie, a opis był lakoniczny. Doszło do naruszenia przez podmiot leczniczy prawa pacjentki do świadczeń zdrowotnych, jak również prawa do informacji o stanie zdrowia. Podmiot uznał swoją odpowiedzialność i zgodził się na zawarcie ugody, która wyczerpuje całość roszczeń pacjentki.
- ▶ Nieprawidłowego rozpoznania i niepotrzebnego podjęcia leczenia chemioterapią choroby nowotworowej u pacjentki, lat 65. Wskazane było leczenie operacyjne.
- ▶ Wypadku na terenie podmiotu leczniczego, w którym osobą poszkodowaną był pacjent, lat 77. Po zdarzeniu pacjent został zbadany przez lekarza, jednak nie zlecono żadnych badań diagnostycznych i porzeczono na podaniu środków przeciwbólowych. Wkrótce potem pacjent został wypisany ze szpitala, po czym zgłosił się do innego podmiotu leczniczego. Tam wykonano szczegółową diagnostykę, w tym badania RTG i TK. Stwierdzono złamanie dwóch żeber oraz podejrzenie stłuczenia płuca, wymagające obserwacji i leczenia. W ocenie Rzecznika szpital dopuścił się zawinionego naruszenia praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych i do informacji o stanie zdrowia.
- ▶ Przeprowadzenie operacji zaćmy u pacjenta (lat 88) i pacjentki (lat 83) bez zachowania zasad aseptyki w wyniku czego doszło do zakażenia gronkowcem. W ocenie Rzecznika szpital naruszył prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

- ▶ Rzecznik wytoczył powództwo o zadośćuczynienie za krzywdę powstałą wskutek naruszenia prawa pacjentki (lat 67) do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Nieprawidłowość ta była związana z przymusowym przewiezieniem na badanie psychiatryczne do szpitala.
- ▶ Rzecznik wytoczył powództwo o zadośćuczynienie za krzywdę powstałą wskutek naruszenia prawa pacjenta (lat 76) do świadczeń zdrowotnych na skutek pozostawienia ciała obcego w jamie brzusznej podczas przeprowadzonego zabiegu operacyjnego.
- ▶ Rzecznik wytoczył na rzecz pacjentki (lat 70) powództwo z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z zawinionym naruszeniem prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością. Zespół ratownictwa medycznego nie rozpoznał objawów zawału serca i nie przewiózł chorej do szpitala.



W 2020 roku Rzecznik Praw Pacjenta prowadził również postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów<sup>2</sup> dotyczące seniorów, w tym:

- ▶ Organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych na Pododdziale Udarowym, w zakresie postępowania z pacjentami poudarowymi posiadającymi założony cewnik do pęcherza moczowego, z naruszeniem zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością (nieprawidłowa procedura postępowania).
- ▶ Zobowiązania hospitalizowanych w szpitalu pacjentów do zapewniania sobie we własnym zakresie leków przyjmowanych na stałe, na cały okres hospitalizacji.
- ▶ Wprowadzenie od 1 czerwca 2020 r. minimalnej opłaty w wysokości 1600 zł miesięcznie za wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym podmiotu leczniczego. Opłata za pobyt nie może być wyższa niż określają to przepisy prawa i musi być zindywidualizowana do sytuacji konkretnego pacjenta.
- ▶ Niezapewnienia właściwej obsady lekarskiej w Zakładzie, tj. minimalnych norm zatrudnienia lekarzy.

---

<sup>2</sup> Art. 59 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849).

## PROJEKTY ZMIAN LEGISLACYJNYCH

*Rok 2020 w działaniach Rzecznika Praw Pacjenta ogłosiłem Rokiem Seniora. Jednym z kluczowych priorytetów jest projekt legislacyjny, dotyczący objęcia działaniem Rzecznika – Domów Pomocy Społecznej – powiedział Bartłomiej Chmielowiec podczas inauguracji Roku Seniora.*

*Rośnie udział osób starszych w strukturze demograficznej. Oznacza to zupełnie inne potrzeby związane z opieką i ochroną zdrowia. Osoby starsze i ich rodziny, osoby z niepełnosprawnościami często niezaradne muszą mieć poczucie wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych. Chcemy zapewnić tym osobom godny dostęp do opieki medycznej oraz pomoc w dochodzeniu swoich praw – podkreślił.*

Projektowane zmiany mają na celu ustanowienie nowego prawa pacjenta do pomocy ze strony jednostek zapewniających całodobową opiekę w uzyskaniu i korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Projekt wychodzi naprzeciw zgłaszanym do Rzecznika Praw Pacjenta



Bartłomiej Chmielowiec – Rzecznik Praw Pacjenta



postulatom, dotyczącym m.in. zapewnienia należytej opieki osobom starszym, niepełnosprawnym oraz przewlekle chorym i kontroli prawidłowości realizacji ich praw.

Projekt wprowadza zmiany mające na celu dodanie do katalogu praw pacjenta – prawa do pomocy ze strony jednostek, zapewniających całodobową opiekę w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych.

W projekcie została zawarta definicja jednostek zapewniających całodobową opiekę: dom pomocy społecznej oraz placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku zgodnie z ustawą o pomocy społecznej.

W projekcie proponuje się dodanie – w ramach prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych – **prawa do pomocy ze strony jednostek zapewniających całodobową opiekę w uzyskaniu i korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych**. Jest to uzasadnione tym, że (zgodnie z definicją legalną zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy) za pacjenta uważa się osobę korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny oraz osobę zwracającą się o udzielenie takich świadczeń. Projektowane przepisy nie nakładają na wskazane jednostki obowiązku zapewnienia podopiecznym świadczeń zdrowotnych, ale mają na celu weryfikację wykonania ustawowego obowiązku ciążącego na jednostkach zapewniających całodobową opiekę poprzez wykorzystanie nowych kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta.

W konsekwencji przyjętych rozwiązań we właściwości Rzecznika Praw Pacjenta będzie ocena prawidłowości realizacji ww. prawa pacjenta poprzez przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego w sprawie indywidulanego pacjenta na jego wniosek lub z własnej inicjatywy – w trybie art. 50 ust. 3 u.p.p. Postępowanie wyjaśniające prowadzone przez Rzecznika z własnej inicjatywy umożliwi wsparcie spraw osób niesamodzielnych, które aktywnie nie zgłaszają zastrzeżeń, a faktycznie mogą mieć ograniczoną realizację przysługujących im uprawnień. W przypadku zidentyfikowania określonych nieprawidłowości, Rzecznik Praw Pacjenta wyda zalecenia lub opinie co do załatwienia sprawy, których celem będzie wdrożenie właściwych zasad realizacji omawianego prawa pacjenta na przyszłość<sup>1</sup>(art. 53 ust. 5 u.p.p.).

Projekt przewiduje odpowiednie stosowanie art. 11 ust. 1 i 3 u.p.p. do jednostek zapewniających całodobową opiekę w zakresie nowo ustanawianego prawa pacjenta, o którym mowa w dodawanym do ustawy art. 8a. Przedmiotowa norma prawna ustanawia prawo do informacji o prawach pacjenta. Celem wprowadzenia kompleksowości regulacji powinna ona odnosić się również do jednostek zapewniających całodobową opiekę.

Ponadto, Rzecznik będzie mógł współpracować z jednostkami zapewniającymi całodobową opiekę w zakresie przestrzegania praw pacjenta z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Prowadzone na tej podstawie działania Rzecznika Praw Pacjenta pozwalają na wypracowanie określonych rozwiązań, w sytuacjach niewymagających wszczęcia i przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego. Współpracę taką będzie mógł zainicjo-

<sup>1</sup> art. 53 ust. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 849).

wać sam podmiot, jak i Rzecznik Praw Pacjenta<sup>2</sup>. Obecnie trwają prace nad powyższym projektem.

## **Dostęp do dokumentacji medycznej nieprzytomnego pacjenta**

Rzecznik zaproponował, aby osobie bliskiej nieprzytomnego pełnoletniego pacjenta przebywającego w szpitalu przysługiwało prawo dostępu do jego dokumentacji medycznej. Obecnie, jeśli osoba bliska nie ma odrębnego upoważnienia, uzyskanie wglądu w dokumentację nie jest możliwe. Zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta należy to zmienić i w sytuacjach nagłych, nieprzewidzianych, kiedy pacjent nieprzytomny trafia do szpitala, osoby bliskie powinny móc zapoznać się z dokumentacją medyczną pacjenta. Jest to tym bardziej zasadne, że już w chwili obecnej osoba bliska ma możliwość w ww. przypadku uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta. Za takim rozwiązaniem przemawia także obecna sytuacja epidemiczna, kiedy to ograniczane są odwiedziny pacjentów w szpitalach, a kontakt z lekarzami utrudniony.



## **Instytucja kuratora medycznego**

Rzecznik Praw Pacjenta zaproponował także rozwiązanie alternatywne, dalej idące - wprowadzenie do polskiego systemu prawnego instytucji kuratora medycznego, wyznaczanego przez sąd, w celu wyrażania zgody na leczenie nieprzytomnego pacjenta. Kurator medyczny z mocy prawa miałby uprawnienie do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta

---

<sup>2</sup> <https://legislacja.gov.pl/projekt/12340201/katalog/12736856#12736856>



oraz do informacji o jego stanie zdrowia. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta kurator medyczny może przyczynić się do przyspieszenia procedur związanych z wyrażaniem zgody na leczenie pacjenta, którą w przypadku nieprzytomnego, ale stabilnego pacjenta, każdorazowo musi wyrażać sąd.

## **Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w czasie epidemii**

Kolejnym zagadnieniem było funkcjonowanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Rzecznik Praw Pacjenta na bieżąco monitoruje działanie ww. komisji, w szczególności w czasie epidemii. Wcześniej, wspólnie z Głównym Inspektorem Sanitarnym, Rzecznik wydał wytyczne dla ww. komisji w czasie epidemii. Teraz zaproponował, mając na względzie bezpieczeństwo uczestników postępowania, aby ich udział w posiedzeniach komisji był wymagany tylko gdy jest to niezbędne. Uwzględniając, że ww. komisje działają przy urzędach wojewódzkich, Rzecznik zaproponował nadto, aby wojewoda z uwagi na stan epidemii mógł zawiesić działalność komisji na określony czas.

## **Rozszerzenie uprawnień Rzecznika**

Ostatnia propozycja dotyczy rozszerzenia zadań ustawowych Rzecznika Praw Pacjenta w celu jeszcze szerszego wsparcia pacjentów oraz ich bliskich. Zgodnie z art. 55 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Rzecznik może brać udział na prawach przysługujących prokuratorowi w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta. Rzecznik nie może jednak, zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego, realizować tego uprawnienia w przypadku gdy pacjent nie żyje. Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił zatem do Ministra Zdrowia o zmianę przepisów w tym zakresie.

## **Prawa do realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej**

Zastrzeżenia pacjentów i ich bliskich dotyczyły w szczególności wprowadzonych w szpitalach ograniczeń odwiedzin wynikających z pandemii COVID-19. Konsekwentnie pojawiły się zatem zgłaszane trudności seniorów w kontaktach telefonicznych i korespondencyjnych z bliskimi oraz brak zapewnienia dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. W zakresie realizacji tej ostatniej, w stosunku do seniorów, rodziny zwykle przyjmują różne postawy. Zdarzają się sytuacje, gdy rodzina odmawia opieki nad seniorem. Zauważyć należy, że Ministerstwo Zdrowia podjęło prace na wniosek Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie wprowadzenia bezpłatnej dodatkowej opieki pielęgnacyjnej dla dzieci. W tym miejscu należy zasygnalizować, że należałoby również wprowadzić możliwość realizacji bezpłatnej dodatkowej opieki pielęgnacyjnej dla osób powyżej 75 roku życia. Bardzo często, pomimo funkcjonalnej niepełnosprawności, takie osoby nie dysponują formalnym potwierdzeniem swojego statusu. Z tych względów nie są w świetle ustawy traktowani jako osoby niepełnosprawne a ich rodzina, w przypadku gdy chce świadczyć dodatkową opiekę pielęgnacyjną, musi ponosić jej koszty. Proponowana zmiana legislacyjna w tym zakresie mogłaby zachęcić część rodzin do realizacji takiej opieki nad seniorem, która



sprawowana jest mniej chętnie niż opieka nad najmłodszym członkiem rodziny. Postulowana zmiana miałaby w tym kontekście walor edukacyjny, gdyż podkreśliłaby wagę relacji rodzinnych w opiece nad osobą starszą.

Tym samym, Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się do Ministra Zdrowia o rozważenie możliwości zmiany legislacyjnej w zakresie art. 34 ust. 3 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez dodanie osób starszych powyżej 75 roku życia, co umożliwiłoby realizację bezpłatnej dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w związku z art. 35 ust. 4 cyt. ustawy.

# RADA ORGANIZACJI PACJENTÓW I ZESPÓŁ DS. SENIORÓW – REKOMENDACJE

W 2019 r. Rzecznik Praw Pacjenta powołał Radę Organizacji Pacjentów do której należą obecnie 82 organizacje pozarządowe. Reprezentują one głos środowiska pacjentów różnych grup m.in. onkologii, chorób cywilizacyjnych, autoimmunologicznych, neurologii i psychiatrii, seniorów oraz osób z niepełnosprawnościami i niesamodzielnych. Rada skupia swoją działalność na analizie sytuacji, potrzeb pacjentów, postulowaniu oraz inicjowaniu zmian w systemie opieki zdrowotnej tak, by lepiej wychodził naprzeciw potrzebom pacjenta, jak i jego bliskich oraz wskazuje rozwiązania, wzmacniające poczucie bezpieczeństwa pacjenta, poprzez kontrolę przestrzegania jego praw oraz ich poszerzania.



Posiedzenie Rady Organizacji Pacjentów

W ramach Rady powstał Zespół ds. seniorów. Opracowane zostały informacje i ulotki, powstały filmy o prawach pacjenta poświęcone seniorom<sup>1</sup>. Organizacje opiniowały i przekazywały informacje w sprawach ważnych dla pacjentów, m.in. takich jak:

- ▶ Projekt ustawy o Funduszu Medycznym.
- ▶ Zmiana ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw.
- ▶ Strategia wieloletnia Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2020–2023. W dokumencie ujęto najważniejsze cele Biura Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie bezpieczeństwa, wsparcia oraz edukacji pacjenta, w tym osób w wieku starszym<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Więcej w zakładce „Rzecznik Praw Pacjenta Rzecznikiem Polskich Seniorów” <https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-rzecznikiem-polskich-seniorow>

<sup>2</sup> <https://youtu.be/cVYSFHe0WIY>

- ▶ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
- ▶ Sygnałów dotyczących problemów z jakimi spotykają się pacjenci w związku z uzyskaniem świadczenia w ramach POZ i AOS, także w zakresie teleporady (wsparcie w wskazywaniu konkretnych podmiotów leczniczych).
- ▶ Opiniowanie „Wytycznych w sprawie realizacji przez osoby uprawnione realizacji prawa do informacji o stanie zdrowia na odległość”, które zostały wydane przez Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zespół ds. Seniorów Rady Organizacji Pacjentów działający przy Rzeczniku Praw Pacjenta rozmawiał o wielu sprawach związanych z sytuacją seniorów w ochronie zdrowia. W związku z tym przygotowaliśmy Rekomendacje Zespołu, które przekazaliśmy do Ministra Zdrowia w zakresie:

- ▶ Konieczności wprowadzenia programów badań profilaktycznych dla osób w wieku 70 i 80 lat. Bilans taki przeprowadzałby lekarz POZ, który przy tej czynności mógłby zalecać np. wykonanie badań diagnostycznych, spotkanie z dietetykiem, psychologiem, lekarzem specjalistą lub też kontakt z ośrodkiem pomocy społecznej w przypadkach wymagających wsparcia.
- ▶ Zorganizowania w powiatach bezpłatnych wypożyczalni sprzętu medycznego.
- ▶ Potrzeby koordynacji świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.
- ▶ Potrzeby wsparcia Seniorów podczas teleporady. Seniorzy z powodu wielu schorzeń (niedosłuch, niedowidzenie, zaburzenia poznawcze) potrzebują dodatkowego wsparcia w zrozumieniu informacji przekazywanych przez lekarza.

Uzasadniając, w niektórych ośrodkach pomocy społecznej działają bezpłatne wypożyczalnie sprzętu medycznego niemniej nie jest to zjawisko ogólnopolskie. Natomiast organizacja wypożyczalni w każdym powiecie byłaby formą pomocy dla osób starszych z niepełnosprawnościami, które ze względów materialnych, nie mogą sobie pozwolić na zakup ogólnodostępnego sprzętu medycznego. Dostęp do bezpłatnych urządzeń pomocniczych z możliwością dowozu do domu umożliwiłby osobom starszym powrót do uczestnictwa w społeczeństwie stosownie do ich potrzeb, pragnień i możliwości. Przyspieszyłby proces adaptacyjny do warunków związanych ze starością i niepełnosprawnością. Zauważyć należy, że w dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO–UCZESTNICTWO–SOLIDARNOŚĆ*<sup>3</sup> wpisane jest działanie: rozwój wypożyczalni sprzętu wspomagającego funkcjonalnie i zwiększającego samodzielność niesamodzielną osób starszych. Jednakże, aby przedmiotowe działanie mogło przynieść skutek, wypożyczalnie muszą być ściśle powiązane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, podczas których badane są potrzeby osoby starszej. Tylko skoordynowanie badania oceny funkcjonalności z realizacją bezpłatnych lub dofinansowanych usług państwa pozwoli na realny dostęp do oferty takich wypożyczalni. Z tych względów należy dokonać oceny, gdzie takie wypożyczalnie powinny być zlokalizowane – przy ośrodkach pomocy społecznej, czy przy podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych.

---

<sup>3</sup> Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Warszawa 2020 r. <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2019>



Wiele kwestii zgłoszonych przez organizacje działające w Radzie Organizacji Pacjentów, zostało podjętych przez Rzecznika Praw Pacjenta, m.in.:

- ▶ Wystąpienie do wszystkich starostów powiatowych oraz prezydentów w przedmiocie weryfikacji działalności przychodni podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonujących na terenie danego powiatu w zakresie możliwości realizacji osobistych wizyt pacjentów w placówkach.
- ▶ Wystąpienie do konsultanta krajowego w dziedzinie epidemiologii oraz w dziedzinie medycyny paliatywnej o wydanie wytycznych w przedmiocie warunków realizacji: uprawnienia do kontaktu rodziny z pacjentem w przypadku, gdy pacjent jest umierający oraz możliwości identyfikacji zwłok pacjenta – w przypadku, gdy zgon pacjenta jest bez związku z podejrzeniem zachorowania na COVID-19, a podmiot leczniczy nie jest tzw. szpitalem jednoimiennym.
- ▶ Wystąpienie do Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie konieczności wydania wytycznych co do realizacji prawa do opieki duszpasterskiej w szpitalach podczas epidemii.
- ▶ Wystąpienie w zakresie stworzenia systemu informacji o podmiotach leczniczych w związku z nową organizacją świadczeń zdrowotnych w epidemii.
- ▶ Wystąpienie w sprawie systemu informacji o podmiocie leczniczym, w którym udzielane są świadczenia pacjentowi z podejrzeniem lub zdiagnozowaniem COVID-19.
- ▶ Przekazanie do Ministerstwa Zdrowia rekomendacji w zakresie prawidłowego wdrożenia w polskim systemie ochrony zdrowia nowego świadczenia zdrowotnego, jakim jest opieka farmaceutyczna. Jest to szczególnie istotne dla seniorów. Celem wdrożenia jest zapobieganie tzw. polipragmazji.
- ▶ Opracowano raport podsumowujący problemy pacjentów (m.in. osób starszych) zgłaszane do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w czasie trwania epidemii SARS-CoV.
- ▶ Wystąpienie w sprawie ilości karetek, tzw. „wymazówek” przeznaczonych do dokonywania wymazów w kierunku koronawirusa w domu pacjenta.
- ▶ Wystąpienie w sprawie udzielania w czasie epidemii COVID-19 świadczeń zdrowotnych pacjentom m.in. objętych leczeniem w ramach programów lekowych.
- ▶ Wystąpienie w sprawie dostępu osób uprawnionych do szczepień przeciwko grypie.
- ▶ Propozycje legislacyjne wynikające z analizy obecnej sytuacji epidemicznej dotyczące dostępu osoby bliskiej do dokumentacji medycznej nieprzytomnego pacjenta, instytucji kuratora medycznego, wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w czasie epidemii oraz rozszerzenia uprawnień Rzecznika Praw Pacjenta<sup>4</sup>.
- ▶ Pozytywne zaopiniowanie projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o pomocy społecznej dotyczące ustanowienia nowego prawa pacjenta do pomocy ze strony jednostek zapewniających całodobową opiekę w uzyskaniu i korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

---

<sup>4</sup> Wszystkie wystąpienia Rzecznika Praw Pacjenta są dostępne w zakładce „Wystąpienia Rzecznika” <https://www.gov.pl/web/rpp/wystapienia-rzecznika>



# REKOMENDACJE RADY EKSPERTÓW FUNKCJONUJĄCEJ PRZY RZECZNIKU PRAW PACJENTA

W 2020 roku Rzecznik Praw Pacjenta powołał na 3-letnią kadencję członków Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Rada ma charakter opiniodawczo-doradczy, wspiera Rzecznika przy wykonywaniu ustawowych zadań. W Radzie Ekspertów zasiadają specjaliści z różnych obszarów związanych ze zdrowiem<sup>1</sup>. Zadaniem Rady jest też wyrażanie opinii i zajmowanie stanowisk w zakresie najważniejszych wyzwań, w systemie ochrony zdrowia z perspektywy pacjentów. Ekspertki wspierają Rzecznika w ramach swoich kompetencji i wiedzy.



Członkowie Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Dotychczas odbyły się cztery merytoryczne spotkania. Większość spotkań dotyczyła problematyki ochrony zdrowia pacjentów w czasie epidemii, a efektem było wydanie rekomendacji, które zostały przekazane do Ministerstwa Zdrowia oraz udostępnione opinii publicznej. Część z nich dotyczyła sytuacji seniorów w czasie epidemii.

<sup>1</sup> <https://www.gov.pl/web/rpp/pierwsze-posiedzenie-rady-ekspertow-przy-rzeczniku-praw-pacjenta>

## **Rekomendacje Rzecznika Praw Pacjenta „Ochrona zdrowia w czasie epidemii”**

Dnia 22 kwietnia 2020 r. odbyło się zdalne posiedzenie Rady Ekspertów, poświęcone ww. tematowi. Konieczność dyskusji pozostaje bezsporna, zwłaszcza że liczba zapytań, skarg i sygnałów kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wzrosła, a zgodnie z ostatnimi informacjami przekazanymi przez Ministra Zdrowia, stan epidemii może potrwać do czasu wprowadzenia szczepienia ochronnego, a zatem znacznie dłużej niż oczekiwano. Tym samym, na podstawie wniosków z przedmiotowego posiedzenia, doceniając również pozytywne zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia (m.in. przyspieszoną edukację zarówno pacjentów jak i personelu medycznego w obsłudze rozwiązań teleinformatycznych wdrażanych do systemu w ciągu ostatnich dwóch lat) Rzecznik Praw Pacjenta przedstawia następujące rekomendacje.

### **I. Organizacja świadczeń systemu ochrony zdrowia**

Przeważającym problemem pacjentów w okresie marzec-kwiecień 2020 r. pozostawał dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w nowej organizacji ochrony zdrowia. Świadczenia wykonywane w związku z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19 nie mogą wpływać na płynność udzielania pozostałych świadczeń zdrowotnych. Osoby zarażone lub narażone na zakażenie SARS-COV-2 powinny stanowić tylko jeden z priorytetów zdrowotnych obecnej polityki ochrony zdrowia, w przeciwnym wypadku wzrośnie liczba zgonów możliwych do uniknięcia w przypadku udzielenia pomocy medycznej we właściwym czasie.

Tym samym rekomenduje się:

#### **1. Przywrócenie pełnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia dla pacjentów z innymi jednostkami chorobowymi.**

Powyższe pozostaje niezbędne zarówno w zakresie medycyny interwencyjnej, jak również wykonywania zabiegów planowych i diagnostyki we wszystkich rodzajach świadczeń gwarantowanych. Przypomnieć należy<sup>2</sup>, iż największym zagrożeniem życia Polaków są choroby układu krążenia, odpowiedzialne w 2016 r. za 43,3% ogółu zgonów, natomiast nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25,8% ogółu zgonów w 2016 r.). Tym samym, ww. obszary w pierwszej kolejności powinny zostać przywrócone do stanu poprzedniego.

#### **2. Wdrożenie ogólnych wytycznych dla postępowania z pacjentami ambulatoryjnej opieki i leczenia szpitalnego w dziedzinach innych niż zakaźne.**

W chwili obecnej wydano nowe wytyczne i zalecenia w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym i organizacji opieki w COVID-19. Niezbędne jest również przygotowanie wytycznych organizacyjnych dla funkcjonowania świadczeń poza pionem medycyny związa-

---

<sup>2</sup> Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, 2018, red. B. Wojtyniak, P. Goryński; <https://www.pzh.gov.pl/najnowszy-raport-nizp-pzh-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>

nym z ograniczeniem epidemii COVID-19. Obecnie organizacja udzielania tych świadczeń zależy w przeważającej mierze od kierowników podmiotów leczniczych. Biorąc pod uwagę skalę wyzwania, nie wszystkie wdrażane praktyki będą właściwe. Opracowanie dokumentu na poziomie centralnym zarządzania w ochronie zdrowia (np. przez Ministerstwo Zdrowia lub inny wskazany organ centralny) pozwoli na uniknięcie różnic w traktowaniu pacjentów pomiędzy poszczególnymi województwami, pomoże w prawidłowym zarządzaniu ochroną zdrowia ludności i zmniejszy skalę naruszeń prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Z doświadczeń Biura Rzecznika wynika, iż często przedmiotowe naruszenia związane są właśnie z niewłaściwą organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych. Nowa sytuacja nie sprzyja szybkiemu przekazywaniu dobrych praktyk zarządczych pomiędzy podmiotami wykonującymi świadczenia zdrowotne. W szczególnych przypadkach wskazane jest rozważenie postępowania na zasadach zarządzania kryzysowego.

### **3. W postępowaniu z COVID-19, biorąc pod uwagę najnowsze wnioski Ministerstwa Zdrowia w zakresie przewidywanego czasu trwania epidemii, proponuje się przyjęcie strategii długoterminowej organizacji ochrony zdrowia w stanie epidemii.**

Przy wypracowaniu strategii należy uwzględnić głosy szerokiego grona eksperckiego, a także, analogicznie jak zostało to przyjęte przy dokumencie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji *Zalecenia w COVID-19*, należy umożliwić zgłaszanie uwag za pośrednictwem kanałów komunikacji elektronicznej, co pozwoli na przeprowadzenie konsultacji w sposób ograniczający zagrożenie epidemiologiczne. Przedmiotowa strategia powinna w szczególności:

- zdefiniować rolę podstawowej opieki zdrowotnej w opiece nad pacjentami z podejrzeniem COVID-19;
- określić jak wykorzystywać potencjał szpitali jednoimiennych, które przed epidemią były ośrodkami leczenia wielu grup pacjentów, a obecnie ich obciążenie bywa nierównomierne;
- zobowiązać wojewodów do określenia na poziomie poszczególnych województw i powiatów, które podmioty lecznicze będą udzielać świadczeń zdrowotnych w czasowym zastępstwie tych podmiotów, których oddziały zostaną poddane kwarantannie;
- promować dalszy rozwój rozwiązań teleinformatycznych w ochronie zdrowia;
- uwzględnić w strategii postępowania wobec grup szczególnie narażonych na zachorowania, ale również zagrożonych wykluczeniem wobec stosowania rozwiązań telemedycyny.

### **4. W przedmiocie przeciwdziałaniu COVID-19.**

Należy pozytywnie ocenić wydzielenie tzw. szpitali zakaźnych. W zakresie kontynuacji przyjętej strategii ograniczenia zagrożenia epidemiologicznego, rekomenduje się:

- dla realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych pozostaje istotnym, aby wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia mieli dostęp do środków ochrony osobistej (zarówno personel jak i pacjenci);
- należy poszerzyć możliwość przesiewowego testowania personelu medycznego, jak i pacjentów przyjmowanych do szpitali z innego powodu niż podejrzenie COVID-19, a także ustalić schemat monitorowania pacjentów w tych podmiotach leczniczych pod kątem zarażenia.

Zakładając coraz wyższą dostępność komercyjnych testów:

- Ministerstwo Zdrowia lub inny organ centralny powinien wydać przystępny i krótki dokument wytycznych dla personelu medycznego co do wiarygodności poszczególnych rodzajów testów, zawierający także algorytm postępowania w przypadkach wątpliwych, a następnie wspólnie z samorządami zawodowymi zobowiązać personel do zapoznania się z dokumentem w ramach systemu podnoszenia kwalifikacji zawodowych
- Ministerstwo Zdrowia lub inny organ centralny powinien wydać przystępny i krótki dokument wytycznych kierowany do pacjentów co do wiarygodności poszczególnych rodzajów testów, który następnie powinien być upowszechniany przez wszystkie organy administracji rządowej i samorządowej
- postępowanie to powinno mieć charakter cykliczny, a informacje winny być modyfikowane stosownie do postępu wiedzy w tym zakresie.

## **II. Rekomendacje w zakresie polityk publicznych**

### **1. W związku z epidemią COVID-19 niezbędna będzie aktualizacja dokumentów strategicznych, w tym również regionalnych programów polityki zdrowotnej.**

Skala zmian zachodzących w stanie zdrowia fizycznego i psychicznego społeczeństwa w związku z epidemią (w tym również oszacowanie jej skutków) nie są w chwili obecnej możliwe do przewidzenia, biorąc w szczególności pod uwagę trudność w przeprowadzeniu badań na reprezentatywnej grupie osób. Niemniej jednak wniosek o konieczności dokonania aktualizacji potrzeb i dostępnych zasobów w ochronie zdrowia ludności został postawiony na podstawie bieżącej obserwacji doniesień m.in. o możliwym pogorszeniu się stanu zdrowia psychicznego.

### **2. Należy rozważyć prowadzenie przez organ administracji państwowej na szczeblu centralnym rachunku ewidencyjnego (“Public Value Account”).**

Przedmiotowa analiza określałaby korzyści i straty związane z potencjalnymi ingerencjami w politykę państwa (w szczególności: utracone/uratowane życia, miejsca pracy, koszty dla państwa, biznesu, obywateli, praw człowieka, wzrost nierówności w zdrowiu). Takie narzędzie analityczne ułatwiałoby podejmowanie decyzji w zakresie konkretnych zarządzeń związanych ze stanem epidemii. Zapobiegało by także negatywnym skutkom zdrowotnym wprowadzonych i wprowadzanych ograniczeń w zakresie życia osobistego, zawodowego, społecznego i publicznego Polaków

## **III. Wnioski w toku epidemii COVID-19 w odniesieniu do poszczególnych grup obywateli, związane z nową perspektywą czasu jej trwania**

### **1. Sytuacja osób starszych.**

- Strategia proponowana dla osób starszych, tj. ograniczenie aktywności życiowej, może długoterminowo skutkować pogorszeniem się stanu zdrowia seniorów, dla których ruch jest istotnym elementem, wpływającym na ogólne samopoczucie i zdrowie.

Wobec nowych informacji o czasie trwania epidemii, ważne pozostaje zdefiniowanie możliwości wykonywania rehabilitacji geriatrycznej, aktywności ruchowej, a także promowanie kontaktów międzyludzkich za pośrednictwem spotkań na odległość celem ograniczenia objawów depresji u osób starszych.

- Przekazywane informacje w mediach ogólnodostępnych nie są dostosowane do osób, u których występują objawy otępienne.

W zakresie przygotowania komunikatów dla tej grupy pacjentów, należy brać pod uwagę, iż część osób zamieszkuje w jednoosobowych gospodarstwach domowych.

## **2. Domy pomocy społecznej jako instytucje opieki o charakterze terapeutycznym.**

- Konieczne jest zwrócenie uwagi na sytuację domów pomocy społecznej i przygotowanie wytycznych organizacyjnych mających na celu zminimalizowanie ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, w tym opracowane kompleksowych, nowych procedur oraz standardów, a w ślad za tym zabezpieczenie kadrowe, sprzętowe i materiałowe.

- Założenie przyjęte przez ustawodawcę, że domy pomocy społecznej pełnią głównie funkcje opiekuńczą, wymaga korekty. W tych instytucjach przebywają osoby wymagające wzmożonego nadzoru medycznego, a zatem są to instytucje pośredniczące pomiędzy polityką społeczną, a ochroną zdrowia. Ostatnie problemy osób przebywających w DPS udowodniły, iż nie można mówić o rozdziale zarządzenia pomocą społeczną i opieką zdrowotną.

## **3. Problemy opiekunów osób z niepełnosprawnością.**

- Obecnie, pacjenci z tej grupy pozostają często bez możliwości kontynuowania terapii zajęciowych. Powyższe ma duży wpływ na pogorszenie się ich stanu zdrowia, a także zwiększa ryzyko wystąpienia kryzysów psychicznych w rodzinach pozbawionych zinstytucjonalizowanego wsparcia – w modelu polityki dystansowania społecznego.
- Należy również przygotować strategię na wypadek zachorowań opiekunów takich osób, celem uniknięcia sytuacji, w której osoba niepełnosprawna pozostanie bez opieki.

## **4. Sytuacja pacjentów onkologicznych.**

- W zakresie leczenia chorób onkologicznych istotny pozostaje czas wdrożenia poszczególnych jego etapów, a tym samym zapewnienie ciągłości pracy poszczególnych podmiotów leczniczych. Należy rozważyć określenie awaryjnych ośrodków w poszczególnych powiatach, województwach, a także zapewnienie transportu pomiędzy tymi ośrodkami – zarówno w zakresie polityki ochrony zdrowia, jak również polityki transportu publicznego (czasowe połączenia pomiędzy podmiotami leczniczymi poddawany kwarantannie).
- Pacjenci powinni mieć zagwarantowany dostęp do zalecanej przez standardy kliniczne terapii – zarówno w aspekcie kontynuacji rozpoczętego leczenia, jak i w przypadku nowych zachorowań.



## Rekomendacje Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta *„Opieka zdrowotna nad osobami starszymi”*

W dniu 16 grudnia 2020 roku odbyło się kolejne posiedzenie Rady Ekspertów, poświęcone osobom starszym, które są głównymi beneficjentami systemu ochrony zdrowia. Ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, system ochrony zdrowia musi być bardziej przyjazny osobom starszym, gdyż wymagają oni więcej wyrozumiałości i empatii. Z racji wielochorobowości mają też częstszą styczność z ochroną zdrowia. Systemy – opieki społecznej i ochrony zdrowia – nie do końca uwzględniają ich szczególne potrzeby. W tej grupie pacjentów wyróżniamy osoby samodzielne i niesamodzielne. Zgodnie z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych<sup>3</sup> Państwa podejmą wszelkie odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej. Działania te mają być podjęte bez dyskryminacji i zapewniać wczesne rozpoznawanie i leczenie, o ile jest konieczne, a także usługi mające na celu ograniczenie i zapobieganie pogłębianiu się niepełnosprawności. Działania Państw powinny w szczególności zapobiegać przypadkom odmowy udzielenia, ze względu na niepełnosprawność, opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych.

### I. Dostęp do opieki zdrowotnej

1. Pandemia pogłębi dotychczas diagnozowane problemy, a jednocześnie odsunie w czasie oczekiwane reformy.

2. Nowe trendy w organizacji świadczeń, zbiorczo określane jako rozwiązania e-zdrowia, jedynie w ograniczonym zakresie mogą być adresowane do seniorów z postępującymi zaburzeniami poznawczymi.

2.1. Zaburzenia otępienne i alienacja społeczna mają negatywny wpływ na uczestnictwo w korzystaniu przez osoby starsze z takich rozwiązań technicznych jak m.in. teleporada, realizacja e-recept i obsługa Internetowego Konta Pacjenta.

2.2. Należy rozważyć opracowanie wytycznych lub standardów organizacyjnych dla udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu nowych technologii, w szczególności teleporad, dla osób powyższej 65 roku życia. Konsultacja medyczna wykonywana po raz pierwszy dla osoby z wielochorobowością i/lub dysfunkcjami poznawczymi co do zasady powinna odbywać się w formie osobistego kontaktu lekarza z pacjentem.

2.3. Rozwiązywanie problemów osób starszych powinno rozpocząć się obecnie od oceny organizacyjnych możliwości przeprowadzenia szczepień przeciwko COVID-19 w tej grupie wiekowej. Niewątpliwie szczepienia będą miały duży wpływ na wzrost poczucia bezpieczeństwa. Jednakże starsze osoby niesamodzielne, pozostające bez wsparcia rodziny, nie podejmą aktywnego poszukiwania możliwości przystąpienia do szczepienia, pomimo

---

<sup>3</sup> Art. 25 („Zdrowie”) Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r. Dz.U. z 2012 r. poz. 1169.

że znajdują się w grupie osób zagrożonych ciężkim przebiegiem COVID-19, kalectwem i śmiercią.

2.4. Należy również właściwie zaadresować kampanie informacyjne w przedmiocie szczepień kierowane do osób starszych. Już w poprzednich rekomendacjach Rada podkreślała, iż przekaz kierowany do osób starszych powinien być dedykowany dla tej grupy wiekowej i przebiegać w nieco innych formach niż w stosunku do innych grup wiekowych.

2.5. Należy dążyć do likwidacji ograniczenia dostępu seniorów, szczególnie w stanach zagrożenia objawów chorobowych, do placówek opieki zdrowotnej, m.in. przez skrócenie czasu oczekiwania na poradę wynikającą z systemu kolejek w ochronie zdrowia.

#### **WNIOSKI**

- A. Pierwsza konsultacja medyczna u osoby z wielochorobowością i/lub zaburzeniami poznawczymi powinna być udzielana na podstawie osobistego badania pacjenta przez lekarza oraz dodatkowo należy zapewnić współudział opiekuna podczas konsultacji.
- B. Konieczna jest szczegółna, adresowana do osób starszych kampania informacyjna oraz organizacja szczepień na COVID-19.

## **II. Organizacja poszczególnych rodzajów świadczeń**

1. Widoczny jest brak koordynacji opieki zdrowotnej nad seniorami, którzy samodzielnie korzystają z poszczególnych rodzajów opieki zdrowotnej, analogicznie jak ma to miejsce w przypadku innych pacjentów polskiego systemu zdrowia, nie uczestniczących w programach opieki koordynowanej. W przypadku większości seniorów możliwość samodzielnej koordynacji poszczególnych rodzajów świadczeń jest ograniczona ze względu na obniżoną sprawność psychomotoryczną, wiedzę i czynniki finansowe.

2. Należy wypełnić lukę organizacyjną powstałą w systemie opieki zdrowotnej pomiędzy nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia u samodzielnej dotychczas osoby starszej, hospitalizowanej, a możliwością powrotu pacjenta do środowiska rodzinnego lub skierowania do innych form opieki społecznej i długoterminowej.

2.1 Osoby starsze przebywają w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych, z uwagi na brak dostępności do natychmiastowej opieki np. w ZOL-u po wyleczeniu ostrej fazy choroby. W konsekwencji są narażeni na zwiększone ryzyko zakażenia szpitalnego, a podmiot leczniczy nie posiada miejsc dla innych osób wymagających leczenia szpitalnego w ostrej fazie choroby. Stwierdza się więc istotny niedostatek miejsc długoterminowej opieki w domach opieki społecznej w stosunku do potrzeb dla tej grupy wiekowej.

2.2. Rekomendowanym rozwiązaniem byłoby w ramach redystrybucji kompetencji pomiędzy szpitalami stworzenie w części szpitali oddziałów opieki pielęgnacyjnej, których

funkcje niepotrzebnie obecnie sprawują oddziały internistyczne lub wprowadzenie innych programów przejściowych pomiędzy leczeniem szpitalnym a DPS-em, ZOŁem lub domem pacjenta.

**3.** Odnosząc się do aspektu udzielania świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i należytą starannością należy wskazać, iż pacjenci seniorzy z różnymi problemami kierowani są do wielu klinik i oddziałów zabiegowych, gdzie sposoby ich leczenia nie odbiegają od klasycznych. Tymczasem jest to zupełnie inna grupa chorych. Z tych względów środowisko medyczne powinno dokonać wypracowania wytycznych leczenia pacjentów w wieku podeszłym w danej specjalizacji lub chorobie, a więc wyodrębnić i zbudować system opieki geriatrycznej i gerontologicznej.

**4.** Liczba lekarzy geriatrów i liczba łóżek geriatrycznych *per capita* w Polsce jest wielokrotnie niższa niż średnia europejska. W konsekwencji pacjent jest hospitalizowany w innych oddziałach szpitalnych. Należy kontynuować politykę pozwalającą na zwiększenie dostępu do lekarzy tej specjalizacji (obecnie jest ok. 500 lekarzy geriatrów, optymalnie powinno być dostępne ok. 4500). Do tego czasu należy wprowadzić do programu wszystkich specjalizacji problematykę odrębności postępowania leczniczego w geriatrici.

**5.** W celu zapobiegania polipragmazji pacjenci z wielochorobowością muszą mieć prawidłowo dobraną farmakoterapię oraz zbudowany monitoring w zakresie prawidłowej jej realizacji.

**6.** Dostępność opieki geriatrycznej dla pacjentów jest ograniczona w zależności od województwa.

**6.1** Docelowym modelem opieki powinien być system zintegrowany łączący opiekę POZ z kontraktowanym lekarzem geriatrą lub innym lekarzem z wiedzą geriatryczną i z opieką szpitalną (oddział geriatryczny lub internistyczno geriatryczny, szpital dzienny, hospitalizacja jednodniowa) i opieką środowiskową.

**6.2** Dla kompleksowej opieki nad osobą starszą należy budować zespoły geriatryczne, które konsultowałyby pacjenta w miejscu zamieszkania, a także wypracować model hospitalizacji jednodniowej pozwalającej na ocenę stanu zdrowia i oceny funkcjonalnej.

**6.3** W ramach kompleksowej oceny geriatrycznej należy dokonać oceny pod kątem wskazań do rehabilitacji zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF WHO, w szczególności pacjentów po urazach, udarze mózgu, rozpoznanym otępieniu, depresji i niedożywieniu. Taka ocena powinna zawierać elementy dotyczące funkcji poznawczych, objawów depresji i stanu odżywiania.

**6.4** Rehabilitacja jak i inne formy aktywności fizycznej seniorów pozwolą na zachowanie lub poprawę sprawności pacjentów w tej grupie wiekowej.

**6.5** Dostęp do opieki geriatrycznej powinien być zintegrowany z innymi rodzajami świadczeń w ramach zintegrowanej opieki nad osobą starszą.

## WNIOSKI

- A. Wskazane jest zbudowanie zintegrowanej opieki nad seniorami. Zintegrowane działania powinny obejmować połączenie polityki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego chorób, urazów i ich następstw w postaci niepełnosprawności i niesamodzielności.
- B. W domu chorego oraz placówkach opieki całodobowej, zarówno w zakresie poradnictwa, leczenia jak i rehabilitacji należy kształtować odpowiednie do potrzeb pacjentów warunki domowe, a także w lecznictwie ambulatoryjnym oraz szpitalnym.
- C. Konieczny jest dalszy rozwój opieki geriatrycznej, m.in. przez zwiększone kształcenie lekarzy specjalistów geriatrici; włączenie do programów obecnych specjalizacji zagadnień odrębności w leczeniu i rehabilitacji osób starszych, a także szkolenia w tym zakresie lekarzy POZ.

### III. Indywidualne i instytucjonalne wsparcie pacjenta-seniora.

**1.** Brak organizacyjnych form indywidualnego wsparcia pacjenta seniora przez osobę bliską w podmiotach leczniczych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

1.1 Oczekiwana długość życia w zdrowiu w Polsce jest stosunkowo niska. Możemy spodziewać się wzrostu grupy pacjentów-seniorów o ograniczonej samodzielności. Postuluje się dokonanie zmian prawnych i organizacyjnych pozwalających na wyznaczenie osoby wspierającej pacjenta podczas procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, połączonego z dalszą opieką poza placówkami opieki zdrowotnej.

1.2 Organizacja świadczeń zdrowotnych zarówno przed, jak w trakcie pandemii nie uwzględnia konieczności określenia osoby wspierającej pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Jako przykład można wskazać konsultacje wykonywane w formie teleporady, podczas których dysfunkcje słuchu u pacjenta mają wpływ na zrozumienie znaczenia przekazywanych informacji przez seniora, a brak jest standardu wykonania porady w obecności opiekuna np. faktycznego.

1.3 Uprawnienie do wskazania przez pacjenta osoby bliskiej uczestniczącej w konsultacji wymaga aktywnej postawy pacjenta zabiegającego o jego realizację, natomiast w dokumentacji medycznej odnotowuje się dopiero odmowę obecności osoby bliskiej, a nie konieczność takiej obecności (różna jest również praktyka w zakresie ustalenia w podmiocie leczniczym tzw. opiekuna faktycznego i aktywnego kontaktu z opiekunem w sprawach seniora).

1.4 Informacja o potrzebie obecności osoby bliskiej powinna być pozyskiwana już na etapie rejestracji, np. przy zapisie pacjenta na wizytę lekarską, natomiast ostateczna weryfikacja woli pacjenta co do realizacji prawa do obecności osoby bliskiej następowałaby przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego.

**2.** W zakresie zinstytucjonalizowanych, ale indywidualnych form wsparcia dostępnych w systemie ochrony zdrowia nie udało się wykorzystać potencjału zawodu opiekuna medycznego.



2.1 Rodzina pacjenta, który kończy hospitalizację i który jest niesamodzielny, nie jest przygotowana do opieki nad pacjentem. Konieczne jest przygotowanie programu kształcenia w trybie zaocznym lub e- kształcenia, który pozwoliłby nabyć osobom zainteresowanym wiedzę w zakresie opieki nad seniorem (opiekun nieformalny z umiejętnościami niezbędnymi do sprawowania opieki).

**3.** Brak jest organizacji instytucjonalnego wsparcia osób starszych z ograniczoną samodzielnością.

3.1 Opieka środowiskowa nie zaspokaja potrzeb opiekuńczych osób niesamodzielnych, a pomoc społeczna nie zaspokaja potrzeb zdrowotnych. W wieku podeszłym upośledzenie funkcjonalne osób łączy się ściśle z dostępnością usług z zakresu pomocy społecznej. Opieka w miejscu zamieszkania powinna obejmować pomoc w takich czynnościach jako określenie częstotliwości i dawkowania leków, pomiary ciśnienia lub innych parametrów niezbędnych do codziennej samokontroli stanu zdrowia, a także koordynację schematu konsultacji medycznych. Niezależnie od tych czynności wykonywana winna być opieka pielęgniarska stosownie do potrzeb chorego.

3.2 W wielu przypadkach to personel udzielający świadczeń zdrowotnych, zarówno ambulatoryjnych jak i w szpitalach, pełni funkcje koordynatora świadczeń zdrowotnych i z zakresu pomocy społecznej. Jest to nieefektywne wykorzystanie deficytowych w opiece zdrowotnej zasobów, przy jednoczesnym braku możliwości poświęcenia potrzebnemu wsparciu pacjentowi odpowiedniej ilości czasu. Jako przykład należy wskazać starania podejmowane przy wypisie pacjenta przez personel szpitala, jeśli rodzina nie jest zainteresowana przejęciem opieki nad pacjentem lub pacjent nie ma rodziny.

3.3 Zarówno pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych jak i domów pomocy społecznej wymagają kompleksowej opieki medycznej.

**4.** W Polsce nie promuje się kwalifikacji zajmujących się terapią zajęciową pacjenta w środowisku domowym i przystosowaniem tego środowiska do potrzeb osoby starszej po powrocie ze szpitala. Doradztwo w tym zakresie nie jest również dostępne w ramach świadczeń publicznych.

#### **WNIOSKI**

- A. Należy redefiniować prawne i organizacyjne miejsce nieformalnych opiekunów osób starszych i ich udział w procesie opiekuńczo-leczniczym.
- B. Należy zreformować organizację instytucjonalnego wsparcia dla seniorów w zakresie pomocy społecznej połączonej z opieką zdrowotną (kompleksowość usług), uczynić je bezpieczniejszymi i bardziej przyjaznymi dla osób starszych.

### **IV. Wnioski w zakresie realizowanych polityk publicznych.**

**1.** Polityka zdrowotna i zabezpieczenia społecznego wymagają wspólnych działań w zakresie koordynacji i nadzoru.

2. Należy dążyć do utworzenia jednolitego systemu orzekania o niepełnosprawności. Niezbędne są reformy obecnego rozwiązania, które wymagają od pacjenta konieczności przeprowadzenia wielu, powtarzających się postępowań o charakterze administracyjnym, ustalających tożsame przesłanki orzekania na podstawie tej samej dokumentacji medycznej przed różnymi instytucjami (np. ZUS, KRUS, MON, MSWiA, powiatowe zespoły orzekania o niepełnosprawności).

3. Konieczne jest zróżnicowanie stopni niesamodzielności w zależności od rodzaju schorzenia i stopnia upośledzenia funkcjonalnego organizmu. Pozwoli to na dostosowanie wsparcia do stopnia niesamodzielności i zróżnicowania wysokości świadczeń pieniężnych (dodatku pielęgnacyjnego) i rzeczowych.

4. Należy wznowić dyskusje nad wdrożeniem ubezpieczenia pielęgnacyjnego lub innych, alternatywnych form świadczeń systemu zabezpieczenia społecznego dla osób niesamodzielnych.

#### **WNIOSKI**

- A. W polityce państwa i JST wskazane jest zbudowanie zintegrowanego systemu opieki nad osobami starszymi ze szczególnym uwzględnieniem osób z różnym stopniem upośledzenia samodzielnego funkcjonowania, ich bezpieczeństwa ekonomicznego i socjalnego.
- B. Konieczny jest powrót do dyskusji mającej na celu wdrożenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego jako narzędzia do realizacji powyższych celów.
- C. Celowym jest powołanie instytucji koordynującej wdrażanie nowych metod i technologii wspomagających, a także tworzącej standardy rehabilitacji uwzględniające Białą Księgę Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie, opracowaną przez Europejskie Stowarzyszenie Lekarzy Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji.

## DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA O CHARAKTERZE SYSTEMOWYM

W 2020 r. Rzecznik podejmował działania systemowe, które nie dotyczyły bezpośrednio seniorów, natomiast wpływały na poprawę sytuacji osób w wieku starszym. W zakresie tej tematyki wystąpił:

1. Do wszystkich starostów powiatowych oraz prezydentów miast na prawach pacjenta w przedmiocie weryfikacji działalności przychodni podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonujących na terenie danego powiatu w zakresie możliwości realizacji osobistych wizyt pacjentów w tychże placówkach.
2. Do konsultanta krajowego w dziedzinie epidemiologii oraz w dziedzinie medycyny paliatywnej o wydanie wytycznych w przedmiocie warunków realizacji:
  - uprawnienia do kontaktu rodziny z pacjentem w przypadku, gdy pacjent jest umierający;
  - możliwości identyfikacji zwłok pacjenta – w przypadku, gdy zgon pacjenta jest bez związku z podejrzeniem zachorowania na COVID-19, a podmiot leczniczy nie jest tzw. szpitalem jednoimiennym.
3. Do Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie konieczności wydania wytycznych co do realizacji prawa do opieki duszpasterskiej w szpitalach podczas epidemii.
4. Do Ministerstwa Zdrowia w zakresie stworzenia systemu informacji dla pacjentów o podmiotach leczniczych w związku z nową organizacją świadczeń zdrowotnych w pandemii COVID-19. Zwróciłem uwagę na konieczność stworzenia aktualizowanej, dostępnej online bazy informacji (np. w formie mapy) ponieważ brakuje aktualizowanego na bieżąco źródła informacji o możliwości uzyskania konkretnych świadczeń zdrowotnych, w wybranym podmiocie leczniczym.
5. Do Ministerstwa Zdrowia w sprawie ograniczeń w pozyskaniu przez osoby bliskie informacji o miejscu hospitalizacji pacjenta. Problem dotyczy nieprzytomnych pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, którzy znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i wymagają pomocy ze strony zespołu ratownictwa medycznego, zaś w związku z koniecznością rozdysponowania pacjentów są kierowani niejednokrotnie do odległych szpitali.
6. Do Ministerstwa Zdrowia w przedmiocie zapewnienia szczepień przeciwko grypie.
7. Do Centrum e-Zdrowia w sprawie konieczności podjęcia prac nad systemem umożliwienia pacjentom wykluczonym cyfrowo sprawdzenia zawartości e-recepty bez konieczności logowania do Internetowego Konta Pacjenta.
8. Do Ministerstwa Zdrowia w sprawie przyspieszenia uruchomienia funkcjonalności pozwalającej osobom uprawnionym na dokonywanie weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych pacjentom leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, co umożliwi wystawianie recept 75+ przez szerszą grupę lekarzy.

9. Do Ministerstwa Zdrowia w sprawie podjęcia działań mających na celu zniesienie limitowania świadczeń opieki paliatywnej oraz wypracowanie optymalnych rozwiązań systemowych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej mających wpływ na prawa pacjenta.
10. Do Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej i Ministerstwa Zdrowia w zakresie podjęcia działań mających na celu zwiększenie skuteczności pomocy społecznej udzielanej seniorom z zaburzeniami psychicznymi pozostających pod opieką podmiotów leczniczych udzielających im świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w szczególności poprzez umożliwienie sprawniejszego załatwiania ich spraw w jednostkach pomocy społecznej.
11. Do Ministerstwa Zdrowia w sprawie prawnego uregulowania stosowania i refundowania przez NFZ lokalizatorów dla osób chorych na ciężkie zaniki pamięci.
12. Przekazałem do Ministerstwa Zdrowia rekomendacje w zakresie wdrożenia w perspektywie ochrony praw pacjentów w polskim systemie ochrony zdrowia nowego świadczenia zdrowotnego, jakim jest opieka farmaceutyczna, która pozostaje szczególnie istotna dla grupy seniorów celem zapobiegania tzw. polipragmazji (świadczenie „przeгляд apteki”).



## DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE

W związku z Rokiem Seniora na stronie Rzecznika Praw Pacjenta została utworzona zakładka „Dla seniora” – na której umieszczaliśmy informacje skierowane do seniorów<sup>1</sup>.

W zakładce można znaleźć informacje:

1. O prawach pacjenta. Pod hasłem: „Seniorze, poznaj swoje prawa!” opisaliśmy każde prawo pacjenta w sposób przystępny i zrozumiały.



Baner kampanii edukacyjnej „Seniorze, poznaj prawa pacjenta

2. W zakładce „Edukacja, Bezpieczeństwo, Wsparcie” seniorzy mogą uzyskać odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania, np. Jak zgłaszać działania niepożądane leków, w jaki sposób po partnersku komunikować się z lekarzem, czy kto może uzyskać informację o stanie zdrowia nieprzytomnego pacjenta. Wyjaśniliśmy też dokładnie na czym polega realizacja prawa do wyrażania świadomej zgody oraz co oznacza pojęcie – adherence. Ważnym tematem była opieka nad wnukiem z perspektywy praw pacjenta. Przybliżyliśmy również informacje dotyczące tematyki – pacjenta-seniora w szpitalu.

3. W zakresie edukacji seniorów korzystając z własnych zasobów kadrowych oraz możliwości technicznych nagraliśmy filmy edukacyjne „Niezbędne dla Seniora – trudne tematy opowiedziane w przystępny sposób”.

<sup>1</sup> <https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta-rzecznikiem-polskich-seniorow>



Film edukacyjny o prawach pacjenta przygotowany przez Rzecznika Praw Pacjenta. Do realizacji serii zostali zaproszeni Seniorzy

4. Informowaliśmy o prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowaniach w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw starszych pacjentów oraz przygotowaliśmy film edukacyjny: „Czy Rzecznik Praw Pacjenta może reprezentować pacjenta przed sądem? Przed jakim i na jakich zasadach?”

5. Przygotowaliśmy ulotkę o prawach pacjenta – pod kątem osób starszych – w dwóch wersjach (podstawowej i z rozszerzonym opisem). Wszystkie te materiały, w sumie 12 tys. egzemplarzy zostało przekazane do seniorów za pośrednictwem Stowarzyszenia MANKO,



#### DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Masz prawo do dostępu do swojej dokumentacji medycznej, czyli dokumentów dotyczących Twojego stanu zdrowia i udzielonych Ci świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja może być udostępniona:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruku;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (o ile zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie Twojego życia lub zdrowia);
- 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- 5) na informatycznym nośniku danych.



#### ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA

Niektóre opinie albo orzeczenia wydawane przez lekarza mogą mieć wpływ na Twoje prawa lub obowiązki wynikające z obowiązujących przepisów. Przykładem takiej opinii/orzeczenia może być zaświadczenie o braku przeciwwskazań do korzystania z określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych w uzdrowisku czy orzeczenie o istnieniu przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego.

Jeżeli nie zgadzasz się z treścią takiego orzeczenia lub opinii, a postępowanie odwoławcze w odniesieniu do opinii i orzeczeń nie jest uregulowane w odrębnych przepisach prawa, możesz wnieść sprzeciw do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Sprzeciw należy wnieść w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o Twoim stanie zdrowia.

Wszelkie praktyczne informacje, a także przykładowy katalog opinii lub orzeczeń lekarskich, od których możesz wnieść sprzeciw do Komisji Lekarskiej, znajdziesz na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta [www.gov.pl/rpp](http://www.gov.pl/rpp) – w zakładce Zgłoś sprzeciw.



#### OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ

Przebywając w szpitalu lub w innym podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (tj. zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, opiekuńczo-leczniczym lub rehabilitacji leczniczej czy hospicjum) masz prawo do opieki duszpasterskiej.

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia wskazane podmioty lecznicze mają obowiązek umożliwić Ci kontakt z duchownym Twojego wyznania.



#### PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH

Szpital oraz każdy inny podmiot udzielający stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych mają obowiązek zapewnić Ci bezpłatne przechowywanie rzeczy wartościowych w depozycie.



Rzecznik Praw Pacjenta



**§** PRAWA Pacjenta

Ulotka o prawach pacjenta przeznaczona dla osób starszych

które wydaje Magazyn *Głos Seniora* skierowany do osób 60+ zainteresowanych aktywnością społeczną. Poruszana jest w nim tematyka społeczna, ekonomiczna oraz zdrowotna osób starszych. Magazyn kompleksowo informuje o sprawach bezpośrednio dotyczących seniorów. W magazynie ukazywały się również informacje o prawach pacjenta oraz wywiady z Rzecznikiem Praw Pacjenta, w których poruszane były tematy dot. praw pacjentów-seniorów.

6. W 2020 roku planowaliśmy przeprowadzenie szkoleń dla seniorów w zakresie praw pacjenta. Niestety z powodu pandemii osobiste spotkania były niemożliwe. Wykorzystując możliwości techniczne z których korzystają seniorzy, nagraliśmy na nośniki elektroniczne pendrivy wszystkie materiały przygotowane na *Rok Seniora* – filmy dotyczące praw pacjenta, wersje elektroniczne ulotek i plakatów dot. praw pacjenta. Broszurę *Niezbędne dla Zdrowia* wydaną wspólnie z Naczelna Izbą Lekarską, stanowiącą zbiór rekomendacji 10 najważniejszych zasad, jak zadbać o zdrowie własne i bliskich – kampania ma charakter długofalowy, a jej celem jest kształtowanie wśród obywateli poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie. Pendrivy zostały przesłane do 67 Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz Domów Pomocy Społecznej.



7. W ramach Roku Seniora, Rzecznik Praw Pacjenta spotkał się z Prezydium Obywatelskiego Parlamentu Seniorów. Podczas spotkania ustalono zasady współpracy, której aktualizacja nastąpi po zakończeniu epidemii SARS-CoV-2. Niemniej, za-cą RPP uczestniczył w Sejsji Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, która odbyła się na terenie Senatu RP w dniu 1 października 2020 r., gdzie wygłosił wykład na temat „Sytuacja zdrowotna, społeczna i ekonomiczna polskich seniorów w dobie pandemii COVID-19”.

8. W celu dotarcia do jak największej grupy seniorów, Rzecznik podjął współpracę z Centrum e-zdrowie w zakresie przygotowania informacji o prawach pacjenta, udostępnianych na stronie internetowej <https://pacjent.gov.pl/>

9. Coroczna akcja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych „Dzień Seniora”, która stała się stałym elementem współpracy RPP z ZUS, w tym roku – ze względu na sytuację epidemiczną – nie mogła się odbyć w formule spotkań. Rzecznik Praw Pacjenta przyłączył się do akcji



opracowania materiału do gazetki „ZUS dla Seniora” z informacjami ważnymi z punktu widzenia osób starszych. Przygotowany materiał dotyczył prawa do leczenia bólu. Gazetka ukazała się w nakładzie 25 tys. egzemplarzy.

**ZUS dla Seniora**

W numerze m.in.

- NOWOCZESNE USŁUGI E-ZDROWIA**  
s. 3
- NIE MUSISZ CIERPIEĆ Z BÓLU – MASZ PRAWO DO JEGO ŁAGODZENIA**  
s. 4
- WNIOSEK O ŚRODKI PFRON PRZEZ INTERNET**  
s. 5
- EMERYTÓW I RENCISTÓW OBOWIĄZUJĄ LIMITY ZAROBKOWE**  
s. 6

Szanowni Państwo!

Już po raz czwarty organizujemy „Dzień Seniora” wspólnie z Polskim Związkiem Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Ubiegłoroczna frekwencja i słowa uznania, które otrzymaliśmy, są dowodem słuszności wspólnie podejmowanych działań.

W tym roku, ze względu na sytuację epidemiczną i Państwa bezpieczeństwo, „Dzień Seniora” nie może się odbyć w tradycyjnej formule. Dlatego przekazujemy Państwu czasopismo „ZUS dla Seniora”. Znajdą w nim Państwo artykuły o rehabilitacji leczniczej i szczególnych wymaganiach z powodu COVID-19 oraz o zasadach dorabiania do emerytury lub renty. Dodatkowo na jego łamach

partnerzy „Dnia Seniora” – Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Rzecznik Praw Pacjenta, Rzecznik Praw Obywatelskich, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów – chcą przekazać Państwu ważne informacje. Wśród nich znajdują Państwo wiadomości o e-usługach w służbie zdrowia i możliwości złożenia elektronicznego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON. Warto też przeczytać o prawie do leczenia bólu, o demencji i o tym, jak uchronić się przed oszustami.

prof. Gertruda Uścińska  
prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

dr Elżbieta Ostrowska  
przewodnicząca ZG Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów

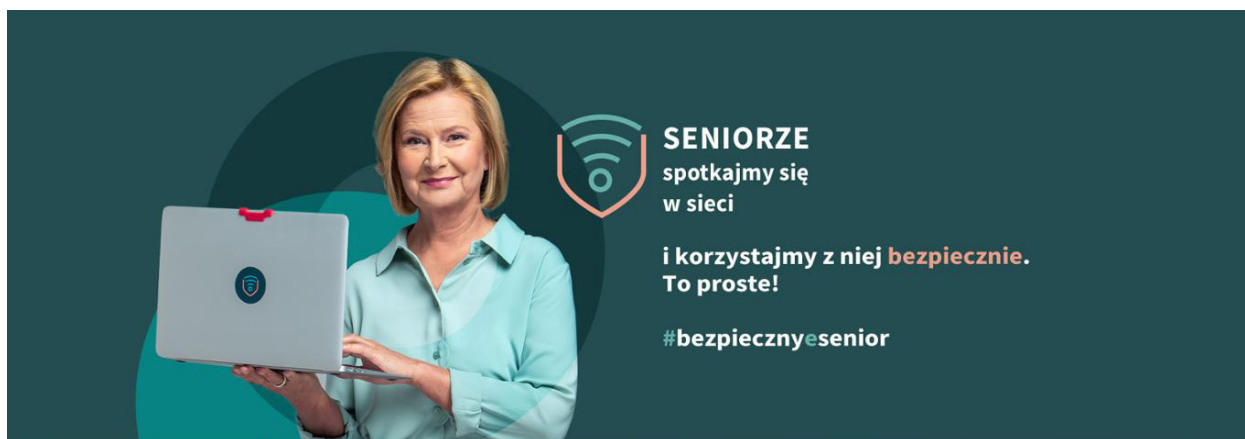
Pierwsza strona gazetki „ZUS dla Seniora”. Na jego łamach ukazał się artykuł „Nie musisz cierpieć z bólu – masz prawo do jego łagodzenia” napisany przez Rzecznika Praw Pacjenta

**10.** W dniu 25 września 2020 r. Rzecznik Praw Pacjenta wziął udział w III Diecezjalnym Dniu Seniora i Chorego. Spotkanie adresowane było do wszystkich seniorów, chorych, osób niepełnosprawnych i ich opiekunów.

**11.** W Kielcach odbyło się spotkanie z seniorami, w tym z Polskim Związkiem Niewidomych, w którym uczestniczył rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Przybliżył on uczestnikom prawa pacjenta, w tym prawa pacjenta w szpitalu psychiatrycznym. Dwugodzinne spotkanie cieszyło się dużym zainteresowaniem, uczestnicy skierowali szereg pytań dotyczących systemu ochrony zdrowia oraz praw pacjentów z niepełnosprawnościami.

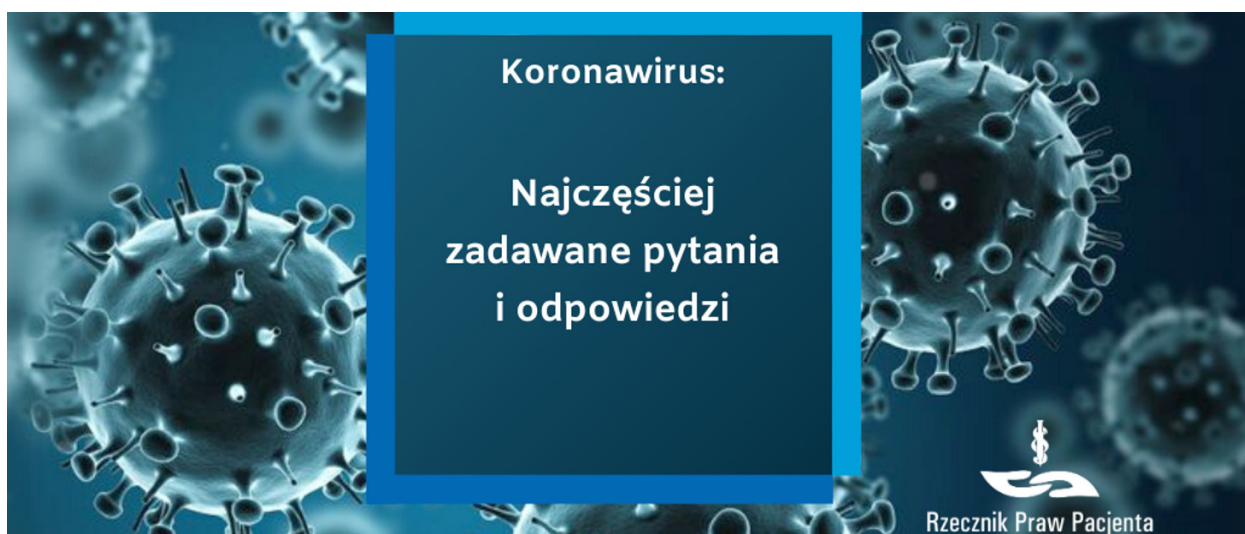
**12.** Rzecznik Praw Pacjenta udostępnił na swojej stronie projekt „Seniorze – spotkajmy się w sieci” realizowany przez Ministerstwo Cyfryzacji, Państwowy Instytut Badawczy NASK oraz Warszawski Instytut Bankowości. Celem projektu jest zachęcenie seniorów do korzystania z internetu. Rzecznik uznał, że to bardzo ważne, aby osoby starsze wiedziały w jaki sposób posługiwać się komputerem czy tabletem. Szczególnie teraz w dobie epidemii koronawirusa. W ramach projektu powstały broszury informacyjne napisane prostym językiem oraz krótkie filmy instruktażowe z ambasadorką kampanii aktorką Barbarą Burczytnowicz. Pierwsze trzy tematy to: bezpieczne korzystanie w sieci z rozrywki i komunikacji oraz bezpieczne załatwianie spraw on-line, w tym urzędowych. Kolejne dwa tematy dotyczą sposobów na zabezpieczenie swoich danych w sieci, a także unikania konkretnych metod oszustów w internecie.





Projekt edukacyjny „Seniorze – spotkajmy się w sieci”

**13.** W tym trudnym czasie wielu seniorów czuje niepewność, ma pytania i wątpliwości. Na podstawie sygnałów, wpływających do Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznik przygotował zestawienie najczęściej zadawanych pytań i odpowiedzi dotyczących wirusa SARS-CoV-2. Pytania wraz z odpowiedziami były zamieszczane w mediach społecznościowych oraz na stronie internetowej RPP.



Akcja edukacyjna „Koronawirus: Najczęściej zadawane pytania i odpowiedzi” prowadzona przez Rzecznika Praw Pacjenta w internecie i mediach społecznościowych

**14.** Udział przedstawicieli RPP w stałych gremiach kształtujących politykę senioralną.

# POTRZEBY ZDROWOTNE POLSKICH SENIORÓW – WNIOSKI I REKOMENDACJE

Rzecznik Praw Pacjenta po podsumowaniu swoich działań w roku 2020 ogłoszonym przez Rzecznika Rokiem Seniora skierował do Ministra Zdrowia wystąpienie, w którym zawarł wnioski i rekomendacje w zakresie poszczególnych praw pacjenta. Rzecznik wskazał, że wzrasta udział osób starszych w strukturze demograficznej, co skutkuje innymi oczekiwaniami obywateli związanymi ze zdrowiem i utrzymaniem aktywności. Osoby starsze wymagają skoordynowanej opieki medycznej i społecznej dostosowanej do ich potrzeb. Stanowi to wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia oraz opieki społecznej.

Władze publiczne w Polsce są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku<sup>1</sup>. Jednocześnie, zgodnie z przepisami ustawy o osobach starszych<sup>2</sup>, co roku wydawana jest informacja, która stanowi opis i diagnozę aktualnych warunków, potrzeb i oczekiwań seniorów. Wskazać należy, że został również przygotowany dokument pn. „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ”<sup>3</sup>, a tym samym przygotowana została strategia działania w zakresie adresowania problemów tej grupy wiekowej.

Poniżej najczęściej zgłaszane naruszenia praw pacjenta, z podziałem na poszczególne prawa.

## Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Możliwość naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych stanowi przeważającą liczbę zgłoszeń kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Pandemia COVID-19 ograniczyła dostępność dotychczasowej opieki medycznej, a w szczególności trudności miały osoby w wieku starszym z wielochorobowością, wymagające opieki specjalistycznej. Pacjenci informowali o długim czasie oczekiwania na świadczenie oraz braku możliwości kontynuacji leczenia przewlekłych chorób. Problemy dotyczyły m.in. trudności w uzyskaniu recepty, ograniczenia w dostępie do darmowych leków i wyrobów medycznych w poszczególnych schorzeniach, ograniczeń w kontaktach ze specjalistami. Osoby starsze oraz ich opiekunowie zgłaszali również brak dostosowania przez podmioty lecznicze usług do potrzeb seniorów tj. organizacyjne warunki udzielanych świadczeń, które powodowały m.in. ograniczenia w kontakcie z rejestracją, w możliwości uzyskania wizyty domowej lub umówieniu się na osobistą wizytę z lekarzem.

<sup>1</sup> Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Warszawa 2020 r.

<sup>2</sup> <https://das.mpips.gov.pl/source/2020/Informacja%20za%202019%20r.%2027.10.2020%20r..pdf>

<sup>3</sup> <https://das.mpips.gov.pl/source/2020/Informacja%20za%202019%20r.%2027.10.2020%20r..pdf>

W tym kontekście ważne pozostaje monitorowanie przez organy państwowe rynku świadczeń zdrowotnych dla seniorów i stała weryfikacja, które z nich mogłyby stanowić świadczenie gwarantowane lub standard organizacyjny.

W tym miejscu należy również podkreślić, iż niektóre zgłoszenia miały związek z wykluczeniem cyfrowym osób starszych. Dla tych seniorów teleporady nie są w stanie zastąpić stacjonarnej wizyty w gabinecie lekarskim i/lub wizyty domowej. Programy e-wolontariatu nie wzbudzają natomiast zaufania seniorów w kontekście ich bezpieczeństwa, z tych względów omawiana grupa seniorów może uzyskać świadczenie tylko przy pomocy osoby bliskiej.

Ponadto osoby starsze, często wykazujące się niepełnosprawnością funkcjonalną, miały zastrzeżenia do warunków realizacji transportu sanitarnego pomiędzy różnymi podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Powyższe przejawiało się m.in. w odmowie wydania przez lekarza zlecenia na bezpłatny lub częściowo płatny transport sanitarny w celu kontynuacji leczenia, pomimo iż w odczuciu pacjenta lub jego rodziny istniały realne trudności w samodzielnym przemieszczaniu się (np. zaburzenia otępienne). Tym samym, obecne warunki współfinansowania transportu sanitarnego, przy jednoczesnym braku zorganizowanych ofert alternatywnych transportu (np. busów do podmiotów leczniczych zamawianych na telefon i stanowiących usługi publiczne), stanowią realną przeszkodę w fizycznej dostępności do świadczeń zdrowotnych.

W związku z powyższym w tej grupie wiekowej wzrasta potrzeba realizacji wizyt domowych.

Natomiast w lecznictwie szpitalnym pacjenci i ich opiekunowie zgłaszali zastrzeżenia co do przedwczesnego ich zdaniem wypisu ze szpitala podnosząc problem niedokonania kompleksowej oceny stanu zdrowia seniora. Oprócz tego osoby starsze i samotne w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia obawiały się wypisu ze szpitala z powodu braku opieki w miejscu zamieszkania. Zauważyć należy, że seniorzy w czasie pobytu w szpitalu w wyniku ostrej fazy choroby tracą sprawność, a tym samym samodzielność. Pobyt w szpitalu z uwagi na charakter świadczeń udzielanych w szpitalu nie może być przedłużony, jednakże biorąc pod uwagę specyfikę wieku oraz niemożliwość uzyskania pomocy w miejscu zamieszkania, często również osoba starsza nie uzyskuje dedykowanych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych po opuszczeniu szpitala .

Wydaje się, że adresując wiele z przedstawionych problemów w pierwszej kolejności należy rozpocząć pracę nad koordynacją już istniejących świadczeń gwarantowanych. Zauważyć należy, że w Kancelarii Prezydenta RP została przygotowywana ustawa o centrach zdrowia 75 plus, którego założenia wpisują się w powyższą ideę zarządzania ścieżką pacjenta.

## **Prawo pacjenta do informacji i wyrażenia zgody**

Prawo do informacji warunkuje uzyskanie tzw. zgody uświadomionej, która oznacza konieczność zrozumienia i akceptacji przekazywanych informacji. Powyższe może być utrudnione w przypadku osób starszych z powodu niesprawności (np. niedosłuch, niedowidzenie, zaburzenia poznawcze) oraz braku obecności osoby bliskiej lub opiekuna, który mógłby wspomóc pacjenta w czasie rozmowy z lekarzem w uzyskaniu dodatkowych wyjaśnień

i potrzeby wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Potwierdzają to zgłoszenia seniorów i członków ich rodzin, którzy informowali m.in. o braku uzyskania informacji o stanie zdrowia lub o udzielaniu informacji w sposób niezrozumiały, trudnościach w przeczytaniu otrzymanych dokumentów, niezrozumiałych treściach zawartych w formularzu zgody. W oddziałach psychogeriatrycznych osoby starsze dodatkowo zgłaszały brak informacji o przyczynach przyjęcia do szpitala bez zgody. Jednocześnie seniorzy często nie wiedzą jakie rodzaje świadczeń gwarantowanych im przysługują, co tylko pogłębia niepokój w kontakcie z systemem ochrony zdrowia.

Osoby starsze potrzebują dialogu z lekarzem, pielęgniarką, rehabilitantem w zakresie stanu swojego zdrowia. Właściwa komunikacja między osobami wykonującymi zawód medyczny, a pacjentem w starszym wieku jest priorytetem, którego celem jest osiągnięcie efektów leczenia. Wzajemny szacunek i zaufanie odgrywają ważną rolę w procesie diagnostyki i terapii, w tym wpływają na stopień stosowania się do zaleceń.

W konsekwencji należy postulować praktyczne szkolenia skierowane do osób wykonujących zawody medyczne w zakresie etyki i komunikacji z osobami starszymi (w postaci ćwiczeń i warsztatów, nie wykładów lub kursów teoretycznych).

Natomiast odnosząc się do problemu wsparcia osoby starszej w toku leczenia, Rzecznik zaznaczył, że konieczne jest wprowadzenie istotnej zmiany legislacyjnej celem powołania instytucji wspierającej pacjenta w toku udzielania świadczeń zdrowotnych. Taką instytucją mógłby być pełnomocnik medyczny pacjenta. Przyjęcie takiego rozwiązania zwiększyłoby zarówno bezpieczeństwo prawne podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, jak i przyczyniłoby się jednocześnie do zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta przez zapewnienie natychmiastowej decyzyjności w kwestiach leczenia pacjenta oraz ciągłości udzielanych świadczeń. Obecna instytucja opiekuna faktycznego nie spełnia swojej roli, a jednocześnie jest powszechnie znanym faktem, że seniorzy znajdują się pod opieką swoich rodzin, które często współtowarzyszą im w procesie leczenia.

Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia o informacje czy w 2021 roku planowane jest podjęcie zagadnienia realizacji prawa osób częściowo lub całkowicie niesamodzielnych do wsparcia przez osobę bliską w toku leczenia, a także czy planowana jest organizacja lub współfinansowanie kursów doszkalających w przedmiocie kompetencji ukierunkowanych na komunikację z osobami starszymi.

### **Prawo pacjenta do intymności i godności, a także poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.**

Ograniczenia w poruszaniu się, obniżone funkcjonowanie poznawcze, słabszy słuch oraz wzrok utrudniają osobom starszym komunikację z otoczeniem i mogą powodować lęk i dodatkowe poczucie niemocy. Seniorzy bardziej niż inni chorzy nie mają sił dopominać się o leczenie, opiekę i uwagę. Natomiast braki kadrowe w podmiotach udzielających świadczeń całodobowo mogą sprzyjać pomijaniu tych, którzy nie potrafią upomnieć się o swoje potrzeby. Zgłoszenia kierowane do Biura dotyczyły m.in. niewłaściwego zachowania personelu, lekceważenia pacjenta przez personel; odmowy obecności osoby bliskiej np. członka rodziny przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego; ograniczenia w leczeniu bólu oraz



problemów końca życia m.in. brak standardów w realizacji terapii daremnej. Widząc potrzeby pacjentów i ich bliskich Rzecznik powołał Zespół ds. opracowania standardów postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia, którego rekomendacje zostaną przekazane do Pana Ministra.

W ocenie Rzecznika należy wskazać, że osoba starsza powinna mieć szczególne uprawnienie do wsparcia ze strony osoby bliskiej w codziennej pielęgnacji. Rodzina pacjenta może odczuwać potrzebę okazania troski i osobistej opieki, a dla osób starszych jest ona często bardziej pożądana niż ta świadczona przez personel szpitala.



# Rzecznik Praw Pacjenta

W przypadku pytań, wątpliwości lub sytuacji naruszenia praw pacjenta  
skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta

ul. Młynarska 46  
01-171 Warszawa

Telefoniczna Informacja Pacjenta

**800 190 590**

czynna pn.–pt. w godz. 8:00–18:00

[kancelaria@rpp.gov.pl](mailto:kancelaria@rpp.gov.pl)  
[www.gov.pl/rpp](http://www.gov.pl/rpp)