

# Oświadczenie złożone przez senatora Grzegorza Czeleja na 38. posiedzeniu Senatu w dniu 16 lipca 2009 r.

Oświadczenie skierowane do minister zdrowia Ewy Kopacz

Szanowna Pani Minister!

Obserwowane w Polsce procesy transformacji demograficznej są istotnym elementem kształtującym sytuację zdrowotną i społeczną kraju. Prognozy demograficzne dla Polski opracowane przez Departament Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia wskazują na systematyczny wzrost przeciętnej długości trwania życia do poziomu około 77,6 roku dla mężczyzn oraz 83,3 roku dla kobiet. Zwiększenie się średniej długości życia z równoczesnym spadkiem wskaźnika urodzeń powoduje starzenie się społeczeństwa. W wielu krajach świata, w tym również w Polsce, wzrasta odsetek osób powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia. Osoby w podeszłym wieku stanowią już w Polsce około 13% ogółu populacji.

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa zmieniają się także jego potrzeby zdrowotne. W wieku podeszłym wzrasta zachorowalność na choroby przewlekłe oraz pojawiają się liczne dysfunkcje narządów zmysłu, ruchu, powodujące pogarszanie się funkcjonowania społecznego. Osoby w starszym wieku są bardzo często obciążone różnymi schorzeniami jednocześnie. Ponadto dużą część polskiej społeczności ludzi starszych cechują zjawiska takie jak izolacja społeczna i psychiczna, brak zadowolenia, utrata sensu życia.

Wzrost populacji osób starszych rzutuje na gospodarkę, kulturę kraju, ale stawia też nowe wyzwania, związane z zapewnieniem odpowiedniej opieki medycznej i socjalnej dla osób starszych. Sprawy tej grupy polskiej populacji wymagają kompleksowego, medycznego i społecznego podejścia. Tymczasem w Polsce nie ma tradycji i kultury akceptowania i osvajania się ze starością, co w połączeniu z niskim standardem życia i brakiem ofert zagospodarowania czasu osób starszych skazuje je na życie na marginesie społeczeństwa.

Uwarunkowania te wskazują, jak ważny jest zatem w Polsce sprawnie działający system opieki pielęgniarstwa nad osobami starszymi. Niestety trzeba zauważyć, że ten działający dotychczas jest niewydolny zarówno w zakresie opieki ambulatoryjnej, podstawowej, jak i specjalistycznej. Aktualny system świadczeń medycznych na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych znajduje się na najsłabszej pozycji w odniesieniu do możliwości uzyskania specjalistycznej opieki medycznej i społecznej. Nie ma programów rozwoju tej opieki wspieranych przez ministra zdrowia czy ministerstwo polityki społecznej, co w sposób zasadniczy uniemożliwia wdrażanie standardów tej opieki. Niekorzystna sytuacja materialna służby zdrowia ogranicza możliwości realizowania skutecznego postępowania. Sytuacja ta przyczynia się do pogarszania stanu finansowego placówek, które mają wielkie problemy z zakontraktowaniem swoich usług.

Środowiska pielęgniarek postulują tworzenie form opieki domowej i ambulatoryjnej. Takie formy uważane są za najbardziej właściwe, zapewniają bowiem – nie tylko pacjentowi, ale również jego rodzinie lub opiekunom – holistyczną opiekę medyczną świadczoną przez interdyscyplinarny zespół, składający się z lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta/fizjoterapeuty, psychologa, dietetyka, pracownika socjalnego i w zależności od doraźnych potrzeb zdrowotnych chorego rozszerzony o niezbędnych konsultujących specjalistów. Obecne procedury NFZ nie przewidują jednak takich rozwiązań.

Nierealizowane jest także jedno z głównych założeń systemu ochrony zdrowia, jakim było tworzenie zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz opiekuńczo-leczniczych jako alternatywnej formy leczenia stacjonarnego osób w podeszłym wieku, które wymagają całodobowej opieki pielęgniarstwa. Nadal ciężar leczenia przerzucany jest na szpital, co jedynie generuje większe koszty. Również kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczenia w zakresie opieki długoterminowej domowej dotyczą tylko niewielkiej liczby osób jej wymagających. Konieczne jest więc wprowadzenie różnych form tej opieki, szczególnie w odniesieniu do pacjentów przewlekłe chorych z ustaloną diagnozą oraz terapią i niewymagających leczenia szpitalnego, którzy powinni być kwalifikowani do opieki domowej lub ambulatoryjnej.

Wydajnie działającej pielęgnacji domowej nie stworzy się jednak bez wprowadzenia systemu świadczeń składającego się na ubezpieczenie pielęgnacyjne. Wprowadzenie takich rozwiązań, i to rozwiązań ustawowych, jest konieczne dla rozbudowy i koordynacji rozwoju niezbędnych struktur zaopatrzenia pielęgnacyjnego, rozwoju świadczeń medyczno-rehabilitacyjnych, zapobiegających niezdolności do samodzielnej egzystencji lub uzupełniających pielęgnację.

Odrębnym aspektem istniejącego problemu opieki nad osobami starszymi jest brak kadry pielęgniarek i to zarówno świadczących pomoc szpitalną, jak i domową. Z dokumentacji przekazanej przez Na-

czelną Radę Pielęgniarek i Położnych wynika, że istnieje zjawisko luki pokoleniowej w tej grupie zawodowej. W Polsce zatrudnione są dwieście osiemnaście tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt trzy pielęgniarki i położne. Liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych na tysiąc mieszkańców wynosi w Polsce pięć. W zestawieniu z odpowiednimi danymi pochodzącymi z innych krajów Unii Europejskiej wskaźnik ten jest bardzo niski. We Francji jest to 7,5, w Niemczech 9,6, w Wielkiej Brytanii 9,2, na Węgrzech 8,6, w Czechach 8,1. Nawet średni wskaźnik dla UE, stanowiący 8,6, jest znacznie wyższy od tego w naszym kraju.

Dodatkowo obserwuje się, według uzyskanych danych z NIPiP, kolejne niepokojące zjawisko: starzenie się kadry pielęgniarek i położnych. Wśród pielęgniarek aktywnych zawodowo ponad 60% to osoby w wieku powyżej czterdziestu lat. W grupie wiekowej od dwudziestu pięciu do dwudziestu dziewięciu lat pracujące pielęgniarki stanowią tylko 4,48%. Kolejne obawy budzi obserwowane wśród pielęgniarek i położnych zjawisko odchodzenia od wykonywania zawodu oraz wczesne przechodzenie na emeryturę. Według opinii Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zmniejsza się też zainteresowanie młodzieży kształceniem w tym zawodzie, a jednocześnie bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu część absolwentów poszukuje pracy poza zakładami opieki zdrowotnej.

Raport NIPiP wskazuje na liczne powody braków kadrowych białego personelu. Są to: warunki środowiska pracy, niskie wynagrodzenia i związany z tym fakt, że wiele pielęgniarek i położnych decyduje się na podjęcie pracy zawodowej za granicą. Wśród czynników sprzyjających podejmowanym decyzjom o migracji należy wymienić w szczególności uznanie kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek po przystąpieniu Polski do UE, aktywność firm zagranicznych poszukujących pracowników medycznych na terenie Polski, kilkakrotnie wyższe wynagrodzenie pracowników medycznych w innych krajach oraz proponowane znacznie lepsze warunki pracy.

Łukę pokoleniową pogłębia nie tylko zwiększone zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską związane ze starzeniem się społeczeństwa oraz odchodzenie od zawodu, czy to na skutek przechodzenia na emeryturę, czy to na skutek emigracji, ale także fakt, że z roku na rok coraz mniej kandydatów rozpoczyna naukę na kierunku pielęgniarstwa. Brak chętnych do wykonywania tego zawodu jest oczywisty. Dziś praca pielęgniarki czy położnej to często praca na granicy ryzyka, pod ogromną presją psychiczną, praca ponad siły, bo często jedna pielęgniarka wykonuje obowiązki dwóch czy trzech koleżanek i w dodatku za bardzo małe wynagrodzenie. Dodatkowym powodem są według przytaczanego raportu NIPiP utrudnienia w zdobyciu specjalizacji, konieczność ustawicznego kształcenia i związane z tym koszty własne. Likwidacja liceów medycznych i wprowadzenie kształcenia w systemie studiów licencjackich i magisterskich zamknęło drogę do zawodu kandydatom z ubogich, często wiejskich terenów, bo nie stać ich na studiowanie w miastach, w których znajdują się uczelnie medyczne.

Szanowna Pani Minister, w związku z nakreślonym tu skomplikowanym problemem zwracam się do Pani Minister z dwoma pytaniami.

1. W jaki sposób ministerstwo zamierza zatrzymać pielęgniarki w zawodzie oraz uzupełnić powiększającą się lukę, począwszy od przedziału wiekowego 25–30 lat?

2. W jaki sposób powinny funkcjonować uczelnie kształcące pielęgniarki, aby liczba absolwentów kończących te uczelnie niejako odtwarzała i utrzymywała liczbę pielęgniarek pracujących w zawodzie na poziomie potrzebnym do prawidłowego funkcjonowania służby zdrowia?

Z poważaniem  
Grzegorz Czelej