

Możliwości zapewnienia opieki pielęgniarńskiej i położniczej w Polsce – diagnoza i perspektywy

Zdrowie – tematy istotne



numer 1/17 (2) marzec 2017

**INSTYTUT
ZDROWIA
I DEMOKRACJI**



**NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**



Instytut Zdrowia i Demokracji

jest grupą ekspercką specjalizującą się w obszarze zdrowia, świadczeń zdrowotnych, polityki lekowej. Swoim Partnerom i Klientom **IZiD** dostarcza wiedzę i rekomendacje wsparte wieloletnią praktyką w doradztwie strategicznym, znajomością i analizą procesów legislacyjnych i regulacyjnych, wspieraniem rozwoju i poszukiwaniem możliwości wzrostu i inwestowania, uczestnictwem w szeroko rozumianym dialogu społecznym.

IZiD jest wydawcą cotygodniowego **Market Briefu™** (dla odbiorców Healthcare, Pharma, Medical Devices) zawierającego autorskie opracowania najważniejszych informacji branżowych, alertów legislacyjnych, zestawień regulacyjnych i komentarzy eksperckich.

Mottem Instytutu Zdrowia i Demokracji

jest wspieranie i rozwój zasad demokratycznego państwa prawa w ochronie zdrowia.

IZiD to także platforma wymiany wiedzy, opinii i poglądów w obszarze gospodarki zdrowotnej.

Wieloletnie doświadczenie naszych ekspertów pozwoliło stworzyć **IZiD** jako unikatowe centrum kompetencji doradczych i eksperckich oferujące naszym klientom i partnerom najwyższy poziom wiedzy rynkowej, usług, oryginalne narzędzia analityczne i metodologie dające gwarancję najlepszego wykorzystania i osiągania założonych celów strategicznych.

Eksperci **IZiD** są aktywnymi uczestnikami wielu inicjatyw na rzecz dialogu społecznego, stosowania dobrych praktyk konsultacji społecznych i przyzwoitej legislacji.

Członkowie zespołu **IZiD** są ekspertami międzynarodowych i krajowych organizacji i instytucji związanych ze zdrowiem i aktywnymi uczestnikami konsultacji prawodawstwa m.in. w ochronie zdrowia, świadczeniach zdrowotnych, farmacji.

Debaty eksperckie IZiD „Zdrowie – Tematy Istotne” to projekt poświęcony ważnym i aktualnym problemom z zakresu ochrony zdrowia. Do debat zapraszamy ekspertów branżowych, przedstawicieli nauki i praktyków medycyny, przedstawicieli administracji rządowej i parlamentu, reprezentantów świadczeniodawców, mediów jak i środowisk społecznych zainteresowanych danym tematem lub obszarem. Debaty odbywają się w zamkniętej formule, z imiennymi zaproszeniami. W ramach każdej debaty powstaje raport - dokument zawierający przedyskutowane zagadnienia sformułowane w postulaty i rekomendacje dla agend rządowych i parlamentu. Dokument ten jest prezentowany publicznie, szeroko dystrybuowany i aktualizowany w odstępach kwartalnych lub półrocznych.

Możliwości zapewnienia opieki pielęgniariskiej i położniczej w Polsce – diagnoza i perspektywy

Zdrowie – tematy istotne

numer 1/17 (2) marzec 2017

Wydawca

Instytut Zdrowia i Demokracji Sp. z o.o.
ul. Nowogrodzka 50/515
00-695 Warszawa
Tel.: +48 22 295 12 74
e-mail: biuro@izid.pl

Szanowni Państwo,



Niezmiernie cieszę się, że trafia do Państwa rąk niniejszy raport oraz zapis debaty, która odbyła się z inicjatywy Instytutu Zdrowia i Demokracji. Podjęliśmy tę inicjatywę z tym większym zaangażowaniem, że pomimo emocji narastających w środowisku, od lat Samorząd pielęgniarek i położnych dąży do poszukiwania konstruktywnych rozwiązań, do wytyczania kierunków zmian, które muszą nastąpić w obszarze zapewnienia pacjentom wysokiej jakości niezawodnej opieki.

Przebieg debaty i niniejszy raport to materiał, z którego warto czerpać.

Od lat sytuacja kadrowa w pielęgniarstwie sukcesywnie się pogarsza. Dziś możemy nawet powiedzieć, że stoimy na krawędzi zapaści. Liczba 4,84 pielęgniarki na 1000 mieszkańców stawia nas na szarym końcu europejskiego peletonu. Należy przy tym podkreślić, że wyprzedzają nas nie tylko kraje bogate, jak Niemcy, czy Austria, ale także nasi bliscy sąsiedzi i kraje o podobnej do nas niedawnej historii, jak Czechy, czy Węgry.

Pomimo, że kierunki pielęgniarstwa cieszą się sporym zainteresowaniem wśród młodzieży, tylko nieznaczny odsetek trafia do pracy w naszym kraju: wiele absolwentek i absolwentów zmienia zawód, wyjeżdża z kraju lub... nie może znaleźć pracy w zawodzie, bo szpitale nie otrzymują pieniędzy na dodatkowe etaty pielęgniarstwa. To wszystko rodzi realne zagrożenie.

Dlatego musimy zrobić wszystko, by zahamować, a następnie odwrócić ten negatywny trend. Stawką jest bowiem bezpieczeństwo, a po wielokroć i życie pacjentów.

Udział w debacie znakomitych przedstawicieli tak wielu środowisk, jak również otwarty ton dyskusji spowodował, że obserwacje i wnioski, a wreszcie rekomendacje wypracowane przez uczestników mają wysoki walor merytoryczny.

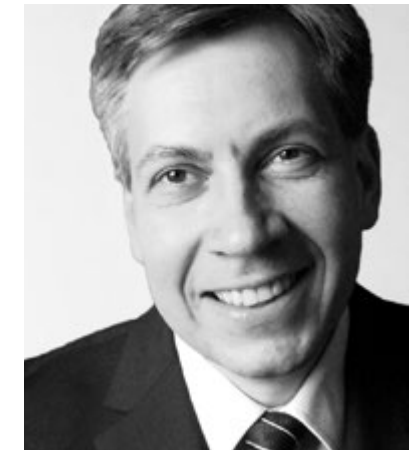
Dołożymy wszelkich starań, by dotrzeć z naszym raportem do wszystkich, którzy mają wpływ na podejmowanie decyzji, którzy zainteresowani są i zaangażowani w tworzenie i modernizację systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Mamy bowiem nadzieję, że zebrany materiał będzie miał istotne znaczenie w ich pracy i pomoże im podejmować, mądre decyzje uwzględniające szerokie uwarunkowania, nie tylko ekonomiczne, ale także społeczne, edukacyjne oraz te dotyczące bezpieczeństwa pacjentów.

Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

„Bez lekarzy, pielęgniarek i położnych nie będzie mógł istnieć nie tylko żaden szpital, ale żaden system ochrony zdrowia.

”



Pielęgniarki i położne to zawody niezastępowalne. O ile bowiem można wyobrazić sobie leczenie bez wykorzystania najnowocześniejszych technologii, to bez lekarzy, pielęgniarek i położnych nie będzie mógł istnieć nie tylko żaden szpital, ale żaden system ochrony zdrowia.

Paradoksalnie, to przyzwyczajenie do tak oczywistej obecności pielęgniarek sprawia, że nie dociera wciąż do nas alarm o nadciągającej katastrofie. Już niedługo ta perspektywa może się drastycznie zmienić. Znaczna część pielęgniarek odejdzie na emeryturę, część wyjedzie za granicę, gdzie znajdzie godne warunki pracy i awansu. Ich miejsca nie zdążą zająć młodsze roczniki, ponieważ nie mając perspektyw pracy i rozwoju będą realizować się poza obszarem zdrowia lub także za granicą.

Ta refleksja, rozmowy z ekspertami oraz twarde dane sprawiły, że postanowiliśmy podjąć temat przyszłości zawodów pielęgniarek i położnych, a co za tym idzie – przyszłości pacjentów w Polsce. Instytut Zdrowia i Demokracji w ubiegłym roku uruchomił cykl debat „Zdrowie – tematy istotne”. Chcemy tworzyć obiektywną, platformę dyskusji zagadnień koniecznych do prawidłowego funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce i wywierać konstruktywny wpływ na kierunki refleksji nad tym obszarem. Stąd decyzja o podjęciu także tematu możliwości zapewnienia opieki pielęgniarstwa i położniczej pacjentom w naszym kraju. Do współpracy w organizacji debaty zaprosiliśmy Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Raport, który oddajemy w Państwa ręce jest pokłosiem gorącej dyskusji, która odbyła się pod koniec 2016 roku. Znajdą w nim Państwo zarówno diagnozę obecnej, już groźnej sytuacji, jak i zdefiniowane ryzyka, nieuchronne, o ile właściwe instytucje nie podejmą natychmiast zdecydowanych i mądrych działań. Wynikiem naszej debaty jest również, jak zwykle, szereg rekomendacji zmian w wielu obszarach..

Dziś, gdy oddajemy Państwu do rąk nasz Raport, wiele zagadnień organizacji systemu zdrowia nadal pozostaje niewiadomą: nie znamy szczegółów rządowego planu zmiany systemu kształcenia pielęgniarek; przyszłości ustawy o płacy minimalnej w ochronie zdrowia; ostatecznego kształtu planowanej sieci szpitali. Z drugiej strony, co odnotowuję nie bez satysfakcji, pokłosiem naszej debaty jest powołanie, wywodzącej się ze środowiska pielęgniarstwa, Pani Józefy Szczurek-Żelazko na stanowisko Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych apelowała o to od dawna.

Mam nadzieję, że nasz raport pomoże przygotować rozwiązania, zapewniające dobrą i profesjonalną opiekę pielęgniarek i położnych w nadchodzących latach. Będziemy monitorować stan prac i informować o tym opinię publiczną.

Grzegorz Ziemiński

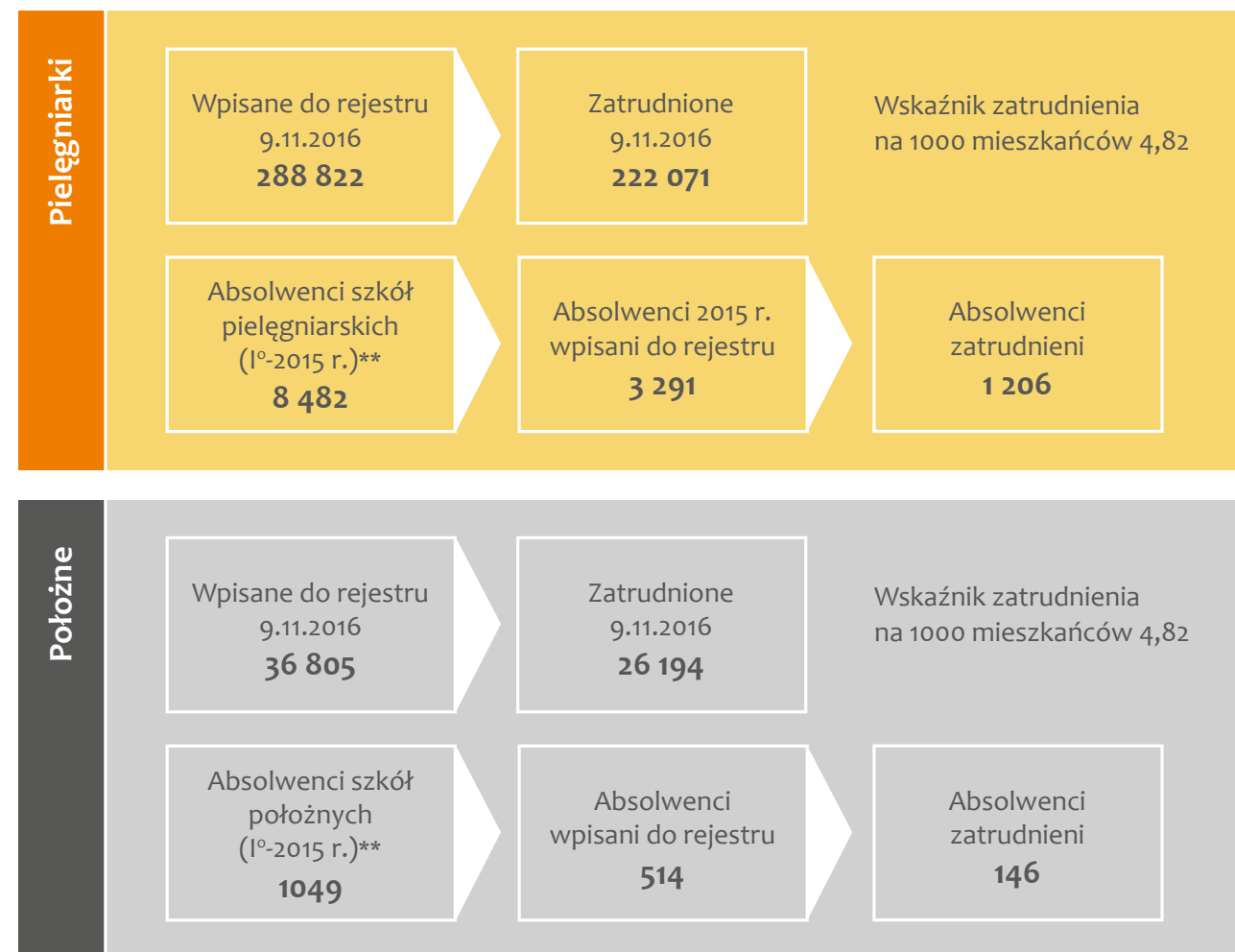
Partner,

Wiceprezes Instytutu Zdrowia i Demokracji

Stan obecny - obszary problemowe

Charakterystyka pielęgniarek i położnych w Polsce

W 2020 r. w samej Unii Europejskiej odejdzie z zawodu 1 mln pielęgniarek. W Polsce już w tej chwili w systemie opieki zdrowotnej brakuje ich około 100 tys. Na około 289 tys. polskich pielęgniarek posiadających prawo wykonywania zawodu, zatrudnionych jest 222 tys. i nieco ponad 26 tys. położnych z 36 805 posiadających prawo wykonywania zawodu (dane na koniec 2015 r.)*

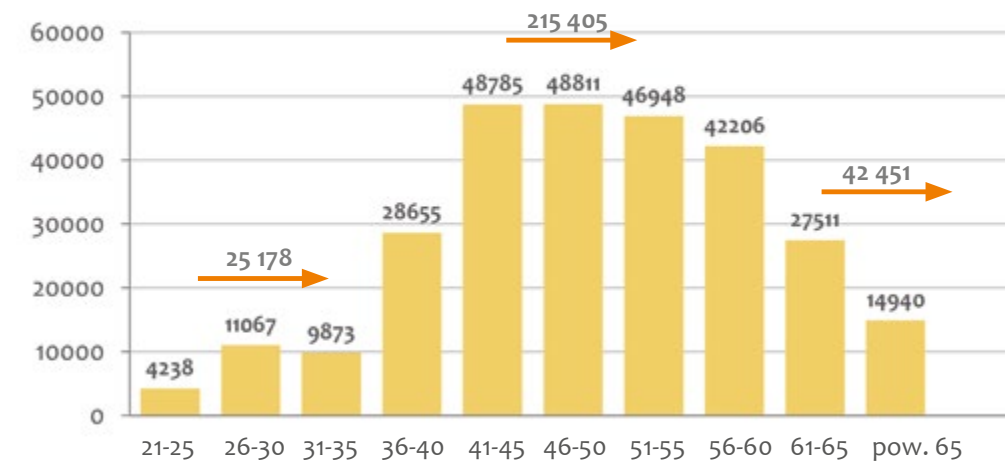


Źródło jeżeli nie podane inaczej CRPiP stan na 31.12.2015

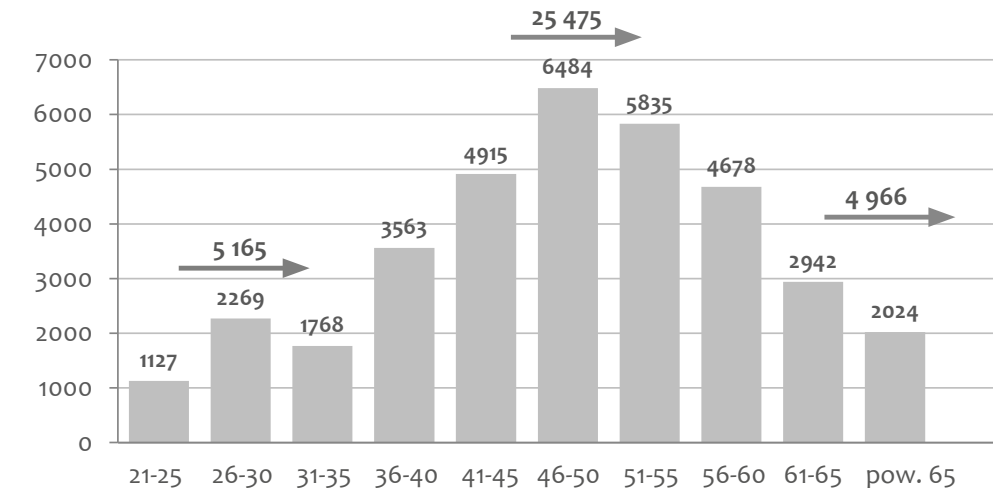
* W NIPiP trwają obecnie prace nad uaktualnioną i poszerzoną o losy absolwentów liceów pielęgniarskich wersją Raportu, której opublikowanie jest planowane na pierwsze półrocze 2017 r.
 ** Studia licencjackie.

Według danych z CRPiP na koniec 2015 r. 42 206 pielęgniarek było w wieku przedemerytalnym (56-60 lat), a kolejne 42 451 miało powyżej 61 lat.

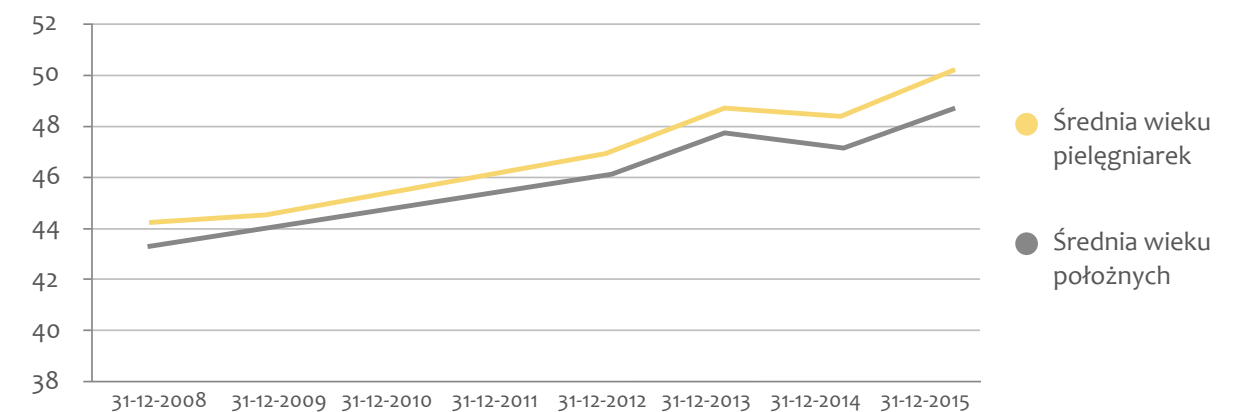
Struktura wiekowa - pielęgniarki



Struktura wiekowa - położne



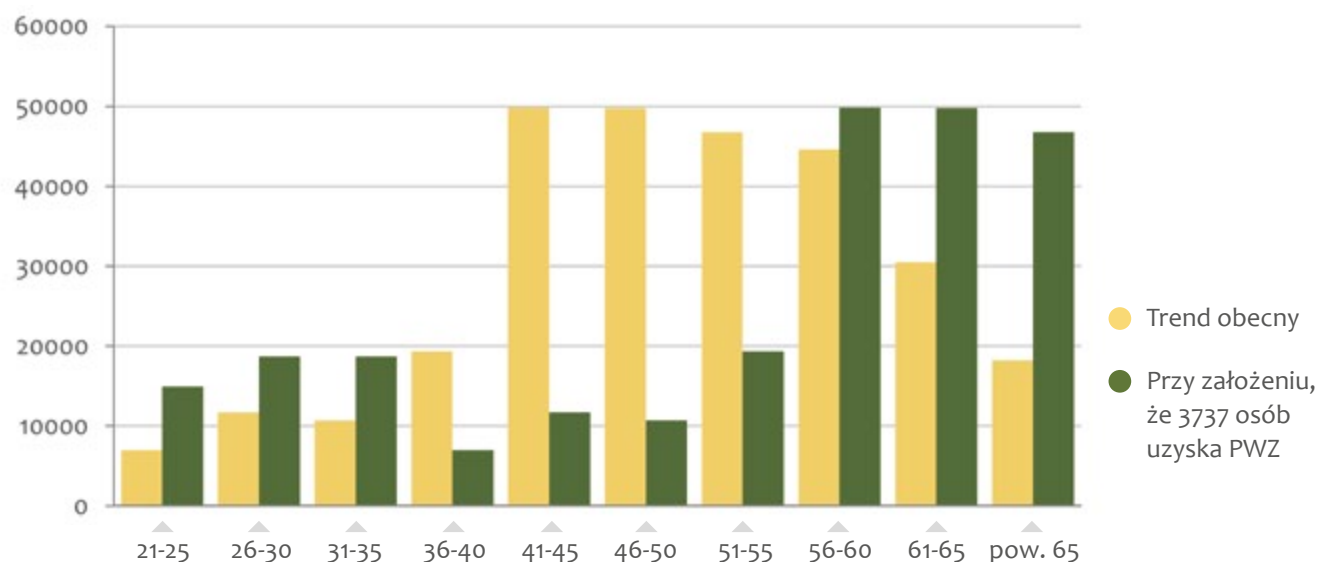
Średnia wieku pielęgniarek i położnych w latach 2008-2015



Źródło - CRPiP stan na 31.12.2015

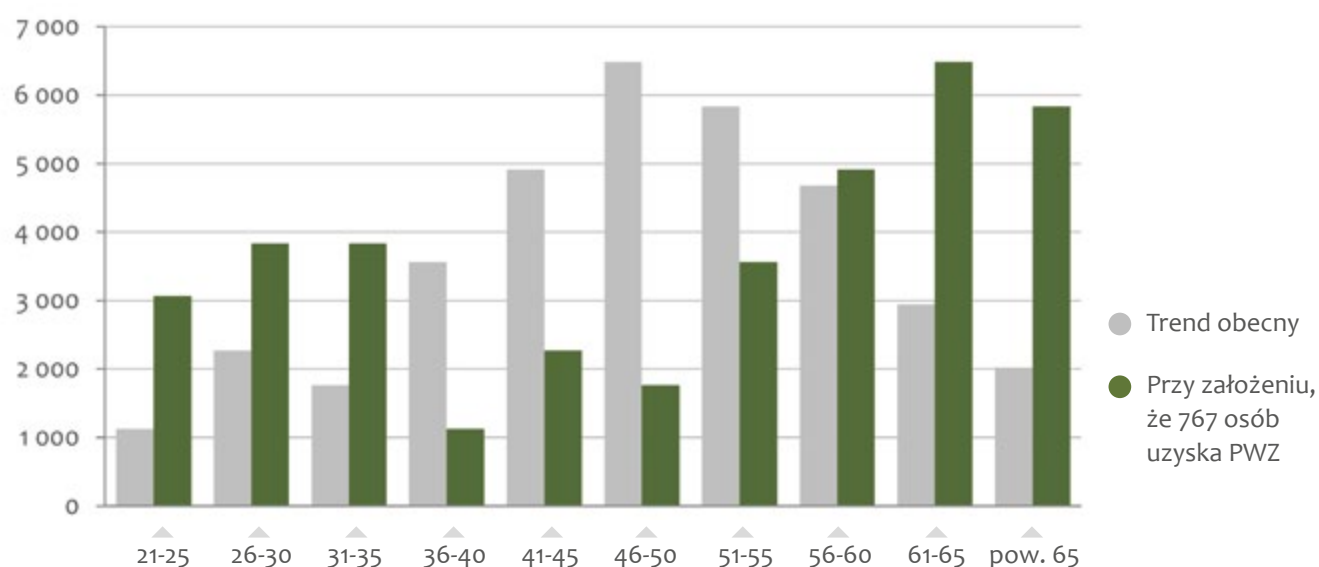
Prognoza struktury wieku pielęgniarek w 2030 r.

Założenie prognozy zakłada, że w ciągu kolejnych 15 lat prawo wykonywania zawodu uzyska nie mniej niż średnio 3737 pielęgniarek dla ostatnich 3 lat.



Prognoza struktury wieku położnych w 2030 r.

Założenie prognozy zakłada, że w ciągu kolejnych 15 lat prawo wykonywania zawodu uzyska nie mniej niż średnio 767 położnych dla ostatnich 3 lat.



”

Według danych OECD w Polsce na 1000 mieszkańców przypada 5,2 pielęgniarki. Na czele rankingu znajduje się Dania - 16,5 pielęgniarki na jednego mieszkańca. Gorsze wskaźniki niż Polska mają m.in. Cypr, Litwa, Bułgaria i Grecja. *

“

Ogólnosiwiatowy spadek liczby pielęgniarek i położnych

- W prognozowaniu na najbliższe lata należy brać pod uwagę przyjętą przez parlament ustawę przywracającą prawo do emerytury kobietom, które ukończyły 60 rok życia.
- Największe braki kadr występują w opiece długoterminowej, w tym paliatywnej i hospicyjnej, brakuje jednak także kadr w POZ i szpitalach. Jest to o tyle niepokojące, że w opiece długoterminowej oraz POZ średnia wieku jest jeszcze wyższa, a zarobki najniższe; również poziom wykształcenia jest najniższy a możliwości rozwoju zawodowego najtrudniejsze. Jednocześnie są to dziedziny, w których najszybciej przybywa pacjentów.
- Powody takiej sytuacji to wydłużenie długości życia przy jednoczesnym braku poprawy jego jakości, rosnąca liczba chorób cywilizacyjnych, na które zapadają coraz młodsi ludzie (znaczący wzrost chorób przewlekłych wśród dzieci i młodzieży, które powinny być objęte stałą opieką pielęgniarską w szkołach), postęp medycyny, który wymusza coraz bardziej specjalistyczną, wymagającą dużych kwalifikacji opiekę pielęgniarską i położniczą.

Niezadowalające warunki pracy i płacy

- Niskie zarobki i zbyt mała liczba zatrudnionych pielęgniarek oraz przydzielanie zadań niezwiązanych z wykonywaniem zawodu i bezpośrednio

z opieką nad pacjentem to najpoważniejsze czynniki zniechęcające do podejmowania lub kontynuowania pracy w tych zawodach.

- Podwyżki w ramach OWU (4x400 zł) nie wpłynęły znacząco na postrzeganie zawodu pielęgniarki jako atrakcyjnego finansowo, nie objęły też wszystkich pracujących w tym zawodzie.

Migracja zarobkowa

- Z najnowszych danych, którymi dysponuje NRPIP wynika, że pielęgniarki emigrują za pracą nie tylko do innych krajów UE, ale przede wszystkim do innych zawodów.
- Tendencja ta jest najsilniejsza w najmłodszych grupach wiekowych, przede wszystkim wśród absolwentów studiów I stopnia.
- Powodem są niesatysfakcjonujące zarobki i przede wszystkim przeciążenie pracą: konieczność pracy w więcej niż jednym miejscu ze względów finansowych, zbyt niskie obsady na oddziałach, nadmiar obowiązków związanych z prowadzeniem dokumentacji, nie przestrzeganie przez pracodawców przepisów BHP (dźwiganie ponad miarę, np. otyłego pacjenta – zamiast dwóch robi to jedna osoba itp.), brak odpowiedniego sprzętu umożliwiającego sprawną pielęgnację chorych.
- Problemem jest także brak w Polsce regulacji i narzędzi wspierających pozyskiwanie kadry medycznej spoza UE (m.in. Ukrainy i Białorusi).

* Dane pochodzą z raportu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarstwa i położnictwa” oraz raportu OECD „Health at a Glance: Europe 2016”.



Brak miejsc pracy dla absolwentów

- Tu statystyki są zatrważające: na 8482 absolwentów szkół pielęgniarstwa w 2015 r. tylko 3291 wystąpiło o PWZ i wpis do rejestru, niezbędne do wykonywania zawodu, a zatrudnienie znalazło jedynie 1206.
- Podobnie sytuacja wygląda wśród położnych, analogicznie było to: 1049-514-146 absolwentów.

System kształcenia

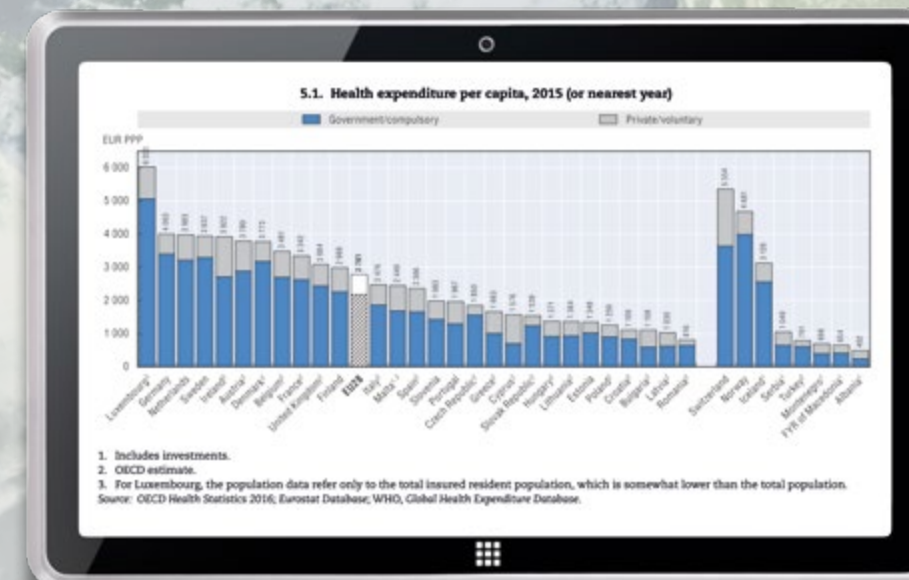
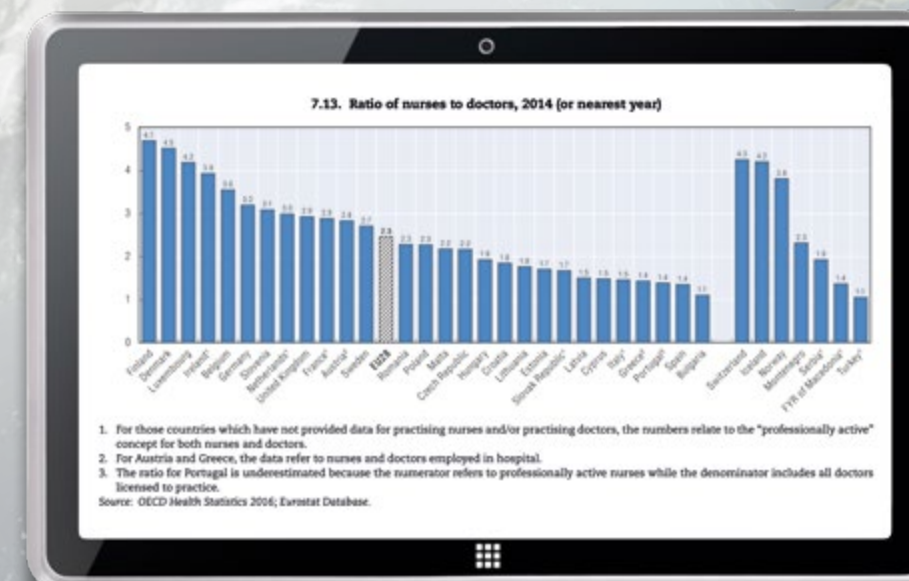
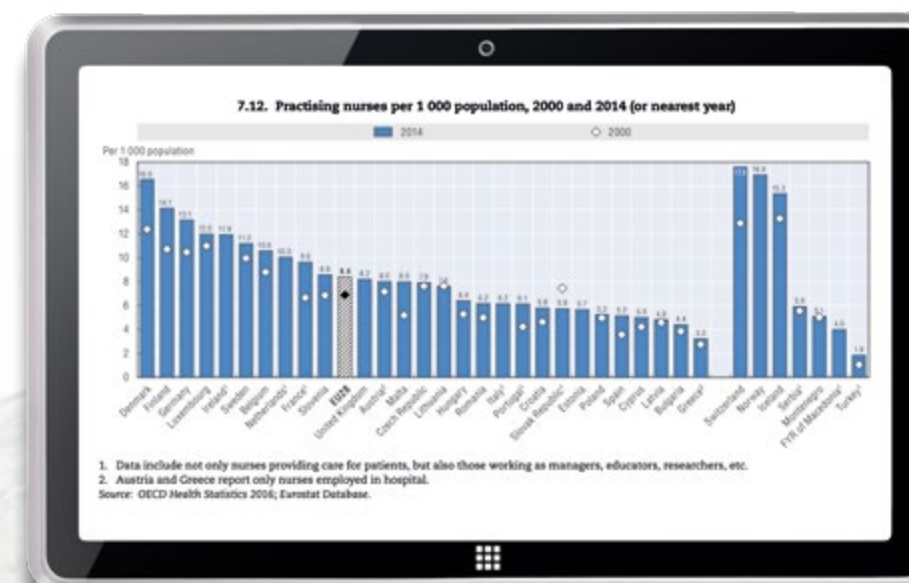
- Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało zmianę systemu kształcenia pielęgniarzy poprzez wprowadzenie dodatkowego stopnia – średnich szkół zawodowych.
- Po zdecydowanych protestach całego środowiska pielęgniarstwa i Naczelnej Rady Lekarskiej, prace nad tym projektem zostały zawieszone do końca 2016 r.

Demografia – starzejące się społeczeństwo

- Wzrost długości życia powoduje coraz większy popyt na usługi medyczne.

Brak miejsc pracy dla absolwentów.

Pielęgniarki emigrują za pracą nie tylko do innych krajów UE, ale przede wszystkim do innych zawodów.



Rekomendacje IZiD w zakresie poszczególnych obszarów

4

1

Obszar systemowy:

- Opracowanie i wdrożenie rządowego programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne.
- Określenie docelowego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na 1 tysiąc mieszkańców.
- Stworzenie polityki zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodnie z przygotowaniem zawodowym oraz uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.
- Uregulowanie kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach będących przedmiotem kontraktowania przez NFZ (lub organ, który przejmie po reformie jego zadania) oraz ujednolicenia ich dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
- Wdrożenie w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa standardów, co zagwarantuje bezpieczeństwo pacjentom, pielęgniarkom i położnym oraz wskaże drogę dojścia do określenia wskaźnika kadr, kwalifikacji oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę niezbędną do realizacji świadczeń.
- Wprowadzenie w życie rozporządzeń tzw. koszykowych podpisanych przez poprzedniego ministra zdrowia.
- Wprowadzanie nowych produktów finansowanych przez płatnika, np. ordynowanie niektórych leków i wypisywanie przez pielęgniarki recept powinno być rozliczane na podobnych zasadach jak w przypadku lekarzy.
- Opracowanie długoterminowej strategii dla pielęgniarstwa.
- Określenie w oparciu o nowy zakres zadań zapotrzebowania na pielęgniarki określonych specjalności, uwzględnienie tych prognoz w kształceniu przed- i podyplomowym, wprowadzenie taryfikatorów, które uwzględniałyby poziom wykształcenia, kompetencji i zakres odpowiedzialności i spłaszczyłyby obecną dysproporcję w wynagrodzeniach pielęgniarek i lekarzy, wyższe zarobki.
- Zapewnienie odpowiedniej liczby sprzętu umożliwiającego właściwą pielęgnację pacjenta bez narażania własnego zdrowia.

2

Obszar edukacji:

- Zabezpieczenie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych z zachowaniem dotychczasowego systemu wyłącznie kształcenia na poziomie wyższym (studia I i II stopnia oraz dalsze kształcenie podyplomowe).
- Zabezpieczenie możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego podyplomowego.

3

Obszar finansowy:

- Wygospodarowanie z budżetu państwa środków finansowych na staże dla powracających po dłuższej przerwie do zawodu pielęgniarek oraz pozostających bez pracy – zagospodarowywanie już wykształconych pielęgniarek i położnych.
- Podniesienie wynagrodzeń do poziomu średniej krajowej dla absolwentów, a do 1,5 średniej krajowej dla magistrów i 2 średnich dla specjalistów – określenie czasu, w jakim to nastąpi, objęcie tym wszystkich pielęgniarek i położnych.
- Przejęcie przez pracodawców kosztów podnoszenia kwalifikacji w kształceniu podyplomowym.

4

Obszar kadr medycznych/zatrudnienia:

- Ustalenie liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa dla każdego województwa.
- Nowe zdefiniowanie zadań pielęgniarek i położnych uwzględniające wzrost poziomu ich kompetencji.
- Opracowanie i wdrożenie programu „Staż-pierwsza praca” – wejście do zawodu absolwentów jest kluczowe dla odbudowania kadr pielęgniarstwa i położniczych.
- Wprowadzenie na szeroką skalę do systemu nowych zawodów: opiekuna medycznego i sekretarki medycznej.
- Otwarcie na personel z krajów mniej zamożnych i wschodnich.
- Zabezpieczenia przed migracją zarobkową personelu nie tylko medycznego – np. zwrot kosztów studiów oraz stypendiów proporcjonalny do przepracowanego okresu. Wyjątek – brak ofert pracy na danym stanowisku w kraju.

Aspekty prawne



Pielęgniarki i położne to niewątpliwie jeden z filarów ochrony zdrowia. Jednakże filar ten sam stoi na niepewnym gruncie i grupa zawodowa pielęgniarek i położnych od lat czeka na rozwiązania, które jeśli nie zdecydowanie polepszą, to choćby złagodzą trudne warunki pracy, jakie towarzyszą wykonywaniu tych niezbędnych z punktu widzenia społeczeństwa zawodów.

O ile zasadniczym problemem pozostaje niedofinansowanie pracy pielęgniarek i położnych, co się przejawia zarówno w niskich zarobkach, jak i ograniczonej liczbie miejsc pracy, w tym także dla absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa, to można już teraz rozważyć rozwiązania prawne, które miałyby szansę poprawić sytuację pielęgniarek i przede wszystkim zwiększyć atrakcyjność wykonywania tych zawodów, co miałoby szansę docelowo przełożyć się na uzupełnienie brakujących kadr.

Jednakże na wstępie warto powołać po raz kolejny zapisy Konstytucji RP, które ustanawiają prawo do ochrony zdrowia, oraz dodatkowo nakładają na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom równego dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zapis ten interpretuje się, zgodnie z wyrokami Trybunału Konstytucyjnego, jako obowiązek Państwa do zapewnienia sprawnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia. Czy można zaś mówić o sprawnym i efektywnym systemie, jeśli brakuje w nim kilkadziesiąt tysięcy pielęgniarek i położnych, niezbędnych dla zapewnienia należytej

opieki osobom potrzebującym? W systemie, w którym pielęgniarki i położne pracują nieraz na kilku etatach, są przeciążone obowiązkami, w którym średnia wieku w tej grupie zawodowej jest wysoka, co grozi jeszcze większymi niedoborami kadrowymi, i to w bardzo niedalekiej przyszłości? W tym kontekście zapewnienie godziwych warunków pracy i płacy pielęgniarkom i położnym, a w konsekwencji zapobieżenie poważnym niedoborom personelu pielęgniarstwa i położniczego, a tym samym zapobieżenie sytuacji, w której polscy pacjenci zostaną pozbawieni dostępu do należytej opieki pielęgniarstwa-położniczego, jest powinnością konstytucyjną władz publicznych.

Niezależnie od powracających postulatów o podwyższenie płac i zapewnianie miejsc pracy, środowisko pielęgniarstwa sygnalizuje potrzebę dokonania zmian systemowych, które oczywiście wymagałyby pewnych modyfikacji obecnych regulacji. Postuluje się w szczególności regulację prawną w zakresie kompetencji i roli nowej grupy zawodowej, którą są opiekunki medyczne oraz ich dalszy rozwój. Należałoby także zintensyfikować zmiany w systemie szkolenia pielęgniarek i położnych, dotyczące wymaganych kwalifikacji takich opiekunek oraz ich sposobu kształcenia. Tym zmianom powinno towarzyszyć dalsze rozszerzanie kompetencji tych najbardziej wykształconych i wykwalifikowanych pielęgniarek i położnych, które mogłyby przejąć część obowiązków wykonywanych obecnie wyłącznie przez lekarzy, jak np. wybrane aspekty opieki nad

pacjentami z cukrzycą. Dla wdrożenia tych zmian niezbędna byłaby nowelizacja obecnej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Modyfikacji wymagałoby także obecne Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Praktycy podnoszą, że jest ono nieczytelne, i przez to nie jest stosowane, albo stosowane jest niewłaściwie. Modyfikacji tej jednak nie udało się wprowadzić od razu – konieczny byłby okres przejściowy pozwalający na stopniowe wprowadzanie norm zatrudnienia, tak aby uniknąć przymusowej likwidacji wielu podmiotów leczniczych z uwagi na niedobory kadrowe. Konieczny byłby także wzrost finansowania na płace oraz tworzenie nowych miejsc pracy w tym zawodzie, czego nie da się zrobić z dnia na dzień.

W zakresie warunków zatrudnienia jest sporo obszarów, które należałoby poprawić, czemu towarzyszyć powinny stosowne rozwiązania legislacyjne. Można by tu postulować regulacje sprzyjające odpowiednio wyższemu wynagradzaniu pielęgniarek i położnych w zależności od wykonywanych przez nie aktywności (np. wystawianie recept, w tym na leki refundowane), na zasadzie „im większa odpowiedzialność, tym wyższe wynagrodzenie”. System wynagrodzeń powinien być tak skonstruowany, aby zachęcać i motywować do podejmowania bardziej wymagających zadań oraz podnoszenia kwalifikacji i umiejętności. Powinny być bardziej precyzyjnie i korzystniej dla pielęgniarek i położnych ustalone zasady pokrywania przez pracodawcę kosztów kształcenia podyplomowego oraz urlopów szkoleniowych, tak, aby zapewnić realne możliwości odbywania tego kształcenia i ograniczyć sytuacje, w których pielęgniarki szkolą się w czasie przeznaczonym na odpoczynek. To Państwo powinno stworzyć taki system, który nie będzie zmuszał pielęgniarek do poświęcania swojego czasu wolnego na kształcenie podyplomowe (przynajmniej nie wyłącznie), oraz w którym pracodawcy będą mogli udzielić pielęgniarkom – pracownikom - urlopu szkoleniowego, bez uszczerbku dla należytej opieki nad pacjentami placówki.

Należałoby także wprowadzić stosowne zapisy prawne zachęcające absolwentów pielęgniarstwa

do pozostania w kraju. Te rozwiązania mogą być różne, na przykład stworzenie systemu specjalnych funduszy, z których udzielane byłyby specjalne pożyczki czy stypendia. Warunki zwrotu pożyczki mogłyby być uzależnione od stażu pracy w zawodzie po ukończeniu kształcenia.

Wiele pracy twórczej jest w tym obszarze do wykonania. Pierwszym etapem tej pracy jest identyfikacja potrzeb i problemów, następnym – zaproponowanie stosownych rozwiązań, które miałyby szansę te problemy jeśli nie rozwiązać, to choćby złagodzić. Nie wystarczy zmienić kilku zapisów – trzeba by przemyśleć i przeorganizować cały system, tak aby zaczął on funkcjonować odpowiednio. Z pewnością jest to proces, który nie zamknie się w perspektywie krótkoterminowej. Niemniej jednak już teraz należy jak najszybciej przemyśleć i zaproponować efektywne rozwiązania, także legislacyjne, gdyż obecnie przyjęte są dalece niesatysfakcjonujące i będą prowadzić do dalszego pogłębiania się opisanych wyżej problemów.

Monika Duszyńska
Adwokat
Law for Lifesciences



Wybrane problemy polskiego pielęgniarstwa okiem ubezpieczyciela



Poruszone w dyskusji problemy dotyczące sytuacji polskiego systemu opieki zdrowotnej rzutują w sposób oczywisty na bezpieczeństwo prawno-finansowe polskich pielęgniarek i położnych. Niedobory kadrowe w podmiotach leczniczych wiążą się nie tylko z obniżeniem komfortu pracy, ale także z podwyższeniem ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie czynności medycznych. Duża liczba podejmowanych interwencji, presja czasu oraz wysoki poziom stresu znacznie podnoszą ryzyko popełnienia błędu i narażenia się na odpowiedzialność prawną. Z perspektywy ubezpieczyciela obserwujemy systematycznie wzrastającą liczbę (oraz wysokość) roszczeń cywilnych kierowanych wobec podmiotów leczniczych oraz osób wykonujących zawody medyczne. Rolą dobrego ubezpieczyciela jest nie tylko reagowanie na szkody już zaistniałe, ale wskazywanie potencjalnych zagrożeń na przyszłość. Ubiegły rok przyniósł tutaj kilka istotnych zagadnień które warto odnotować.

W styczniu 2016 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej rozszerzająca kompetencje tej grupy zawodowej o ordynowanie niektórych leków, w tym wypisywanie na nie recept (samodzielnie lub na zlecenie lekarza) oraz kierowanie pacjentów na określone badania. W założeniu ustawodawcy, po ukończeniu kursu specjalistycznego, uprawnienia te może uzyskać połowa aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Nowelizacja ta może być z całą pewnością oceniana w kategoriach podniesienia prestiżu zawodowego pielęgniarek i położnych, wzmocnienia

ich pozycji wśród profesji medycznych oraz zaakcentowania ich samodzielności zawodowej. Z drugiej strony, rozszerzenie dotychczasowych uprawnień niesie za sobą określone ryzyka. Mając na uwadze, iż istotą tych rozwiązań jest przejęcie przez pielęgniarki i położne kompleksowej opieki nad określoną (docelowo bardzo dużą) grupą pacjentów, należy liczyć się z możliwością wystąpienia szeregu zdarzeń niepożądanych mogących stanowić podstawę odpowiedzialności cywilnej, zawodowej a nawet karnej. Odpowiedzialność ta dotyczy obszarów dotychczas „zastrzeżonych” dla środowiska lekarskiego (począwszy od uchybień związanych z prawem do poinformowanej zgody, poprzez mankamenty w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, określania poziomu refundacji przepisanych leków, po szkody stricte medyczne związane z uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta wywołane błędem diagnostycznym lub terapeutycznym).

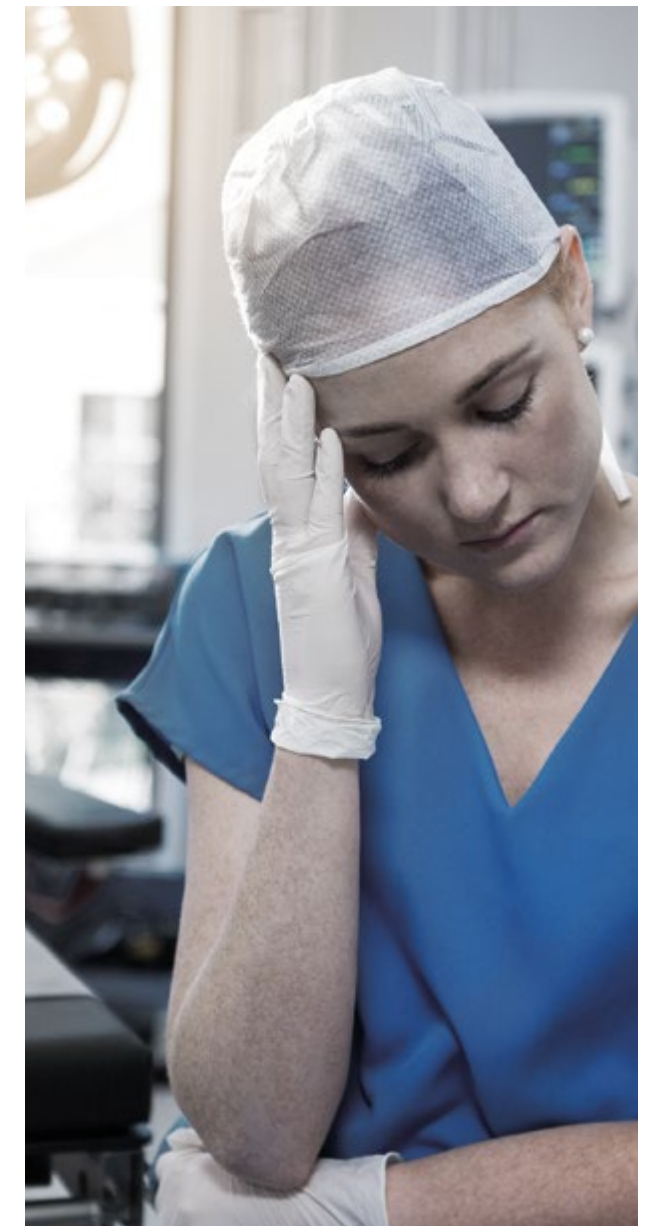
Kolejnym zagadnieniem, na które warto zwrócić uwagę, jest zmiana ilościowa i jakościowa skarg, z którymi występują pacjenci oraz ich bliscy. Tradycyjne roszczenia wywodzone z uszczerbków na życiu i zdrowiu, uzupełniane są coraz częściej żądaniem wypłaty zadośćuczynień związanych z naruszeniem praw pacjenta (m.in. prawa do informacji, wyrażenia zgody, poszanowania tajemnicy czy godności pacjenta). Jak silna jest to tendencja, świadczy wzrastająca z roku na rok liczba skarg kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta - w rekordowym 2015 r. odnotowano ponad 71 tys. skarg.

Na bezpieczeństwo prawne osób wykonujących zawody medyczne rzutować mogą także zmiany zachodzące w samym wymiarze sprawiedliwości. W 2016 r. w prokuraturach powołano wyspecjalizowane działy ds. błędów medycznych. Dokonano również przeglądu umorzonych w ostatnich latach postępowań karnych prowadzonych w tzw. sprawach medycznych. Z oficjalnych komunikatów Prokuratury Krajowej wynika, iż w 60% skontrolowanych spraw popełniono błędy. Skutkowało to może podjęciem lub wznowieniem zakończonych postępowań.

W trakcie dyskusji poruszano także wątek relacji między środowiskiem lekarzy i pielęgniarek. Warto w tym miejscu odnotować, iż następstwem dramatycznych zdarzeń, jakie miały miejsce w kilku podmiotach leczniczych, była szeroka dyskusja dotycząca problematyki realizacji przez pielęgniarki i położne zleceń lekarskich. Z perspektywy ubezpieczyciela na co dzień dokonującego analizy dokumentacji medycznej wypada zauważyć, że od jakości (czasami wręcz czytelności) wydawanych zleceń oraz precyzji ich realizacji zależy bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta rzutujące w sposób oczywisty na bezpieczeństwo prawne osób wykonujących zawody medyczne.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. jako firma kierująca swą ofertę do branży medycznej od początku swej działalności, uważnie wsłuchuje się w problemy środowiska pielęgniarek i położnych. Efektem tego zainteresowania jest nie tylko unikatowa, aktualizowana na bieżąco oferta ubezpieczeniowa kierowana do tej najliczniejszej medycznej grupy zawodowej, ale również inicjowanie oraz aktywne wsparcie wielu wydarzeń szkoleniowo-edukacyjnych. Mają one nie tylko służyć podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, ale również, poprzez dostarczanie wiedzy prawno-ubezpieczeniowej, systematycznie podnosić bezpieczeństwo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Janusz Szulik
Prezes Zarządu TU INTER Polska S.A.



Rolą dobrego ubezpieczyciela jest nie tylko reagowanie na szkody już zaistniałe, ale wskazywanie potencjalnych zagrożeń na przyszłość.

”

Możliwości zapewnienia opieki pielęgniarskiej i położniczej w Polsce - diagnoza i perspektywy.

“

Zapis debaty

Uczestników debaty i gości powitał Robert Mołdach, Partner Instytutu Zdrowia i Demokracji:

„Jest mi niezwykle miło przywitać Państwa na kolejnej debacie z cyklu „Zdrowie – tematy istotne”. Debatę realizujemy wspólnie z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, za co bardzo dziękuję. Nie ma wątpliwości, że każdemu z nas bliskie są tematy związane z ochroną zdrowia, opieką pielęgniarską, zapewnieniem właściwego rozwoju i warunków pracy pielęgniarkom i położnym. Dyskusje na ten temat toczą się od wielu lat. Chciałbym zachęcić Państwa do udziału także w naszej debacie, a także podziękować sponsorowi, firmie Inter Polska, dzięki której możemy się tu spotkać”. **Debatę prowadzili – Grzegorz Ziemniak, Partner, Wiceprezes Instytutu Zdrowia i Demokracji oraz redaktor Wojciech Szelaąg.**

Grzegorz Ziemniak: Pomysł zorganizowania debaty zrodził się w bardzo dramatycznym momencie, a zawdzięczamy go dwóm osobom – Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Zofii Małas oraz Kai Szwykowskiej, naszej koleżance, która zajmuje się dialogiem społecznym. Panie spotkały się podczas strajku w Centrum Zdrowia Dziecka. Jak Państwo pamiętają, sprawa była bardzo poważna, mówiło się nawet o groźbie likwidacji placówki.

Jesteśmy przekonani, że nawet w najbardziej dramatycznej sytuacji – a z taką mamy obecnie do czynienia w zakresie usług pielęgniarskich - warto rozmawiać i szukać konstruktywnych rozwiązań. Chcielibyśmy, aby w wyniku naszej debaty zostały wypracowane rekomendacje, które można będzie przekuć na konkretne rozwiązania zarówno legislacyjne, jak regulacyjne, czy organizacyjne, które mogą pomóc środowisku pielęgniarek i położnych, tak szalenie ważnemu i istotnemu dla systemu ochro-

ny zdrowia. Nie boję się używać tego sformułowania, mimo, że minister zdrowia Konstanty Radziwiłł stosuje określenie „służba zdrowia”. Sądzę jednak, że słowo „system” ma szerszy zasięg i pozwala objąć całość.

W czasie dzisiejszej dyskusji chcielibyśmy odpowiedzieć na pytania, które będą istotne przez najbliższą dekadę, a nawet przez kilka kolejnych. Wszyscy doskonale wiemy, czego dotyczą problemy środowiska pielęgniarek, za chwilę jeszcze je przypomnimy, ale najważniejszy z nich to odchodzenie pielęgniarek z zawodu. Za kilka lat, kiedy powojenny wyż demograficzny osiągnie wiek emerytalny, starzejące się polskie społeczeństwo będzie wymagało opieki, coraz większej liczby procedur medycznych. Tymczasem będzie narażone nie tylko na brak opieki pielęgniarskiej, ale także lekarskiej. To jest chyba największe wyzwanie – w jaki sposób tej sytuacji zaradzić. Będziemy o tym dzisiaj mówić.

List wiceministra zdrowia Jarosława Pinkasa:

Zaproszony do udziału w debacie wiceminister zdrowia Jarosław Pinkas nie mógł w niej uczestniczyć, ale wystosował list do uczestników spotkania:

„Serdecznie dziękuję za zaproszenie do udziału w kolejnej debacie pt. „Pacjencie, zrób to sam, możliwości zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej i położniczej w Polsce. Diagnoza i perspektywy poświęcone aspektowi niedoboru kadr medycznych w Polsce”. Niestety z powodu innych obowiązków służbowych nie będę mógł osobiście wziąć w niej udziału. Dostęp do wykwalifikowanej kadry medycznej ma ogromne znaczenie w obliczu starzejącego się społeczeństwa oraz nierówności w dostępie do usług zarówno w kontekście geograficznym jak i socjologicznym. Dodatkowym warunkiem powodującym niedostateczną ilość personelu jest zjawisko migracji. Szczególnie istotne w tej skali zjawiska wydaje się być podejmowanie zintegrowanych działań mających na celu sukcesywne i systemowe niwelowanie tego zjawiska. Pragnę skierować słowa poparcia dla Instytutu Zdrowia i Demokracji, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, którzy wyszli w inicjatywę organizacji jakże ważnego spotkania, celem omówienia najistotniejszych zagadnień związanych z ochroną zdrowia w Polsce. Sekretarz stanu, Jarosław Pinkas”.

Najważniejsze problemy środowiska pielęgniarek i położnych

Redaktor Wojciech Szelaąg i Grzegorz Ziemniak podsumowali najistotniejsze bolączki mające wpływ na kondycję środowiska:

- **Dramatyczny spadek zatrudnionych w zawodach pielęgniarki i położnej** – apogeum to rok 2020. Liczba pielęgniarek w Europie spadnie do 2020 o milion, a w Polsce o 60 tys. Rocznie do zawodu trafia 2500, z 7000 kobiet, które kształcą się w tym zawodzie. Nie ma jednak pewności czy te dane uwzględniają obniżenie wieku emerytalnego w Polsce.
- **Brak stabilnych podstaw budowania kariery zawodowej** - finansowych, organizacyjnych, zarówno w sferze standardów, norm, czy ścieżki awansu. Najprostsze pytanie, które mógłby zadać dziennikarz to: jeśli nie kwestie rodzinne, np., rodzice, którymi się trzeba opiekować – jaki jest powód, żeby polska pielęgniarka została w Polsce?

- **System kształcenia nieodpowiadający potrzebom** – w tym wypadku niezbędne jest myślenie strategiczne i prognozy – ilu pielęgniarek będziemy potrzebowali za lat 5,10,15, czy 20. To jest kluczowa sprawa, w której niezwykle ważna jest rola państwa. Premier Beata Szydło zapowiedziała, że przyszły rok będzie rokiem edukacji i służby zdrowia. Chciałbym, aby były to nie tylko słowa, ale także i czyny - myślenie systemowe na lata do przodu, a nie tylko do końca kadencji parlamentu. Chciałbym dodać, że środowiska pielęgniarskie, czyli osoby, które kształcą się w tym kierunku, jednocześnie zapewniają pracę tym, którzy uczą języków: norweskiego, fińskiego, szwedzkiego i jeszcze kilku innych, np. niemieckiego.
- **Relacje pielęgniarka lekarz** – stereotypy i przeszkody. To problem, o którym się niewiele mówi, ale istnieje od lat. Paradoksalnie, mimo wielu zmian które zachodzą w sferach biznesowych, międzyludzkich, w społeczeństwie, ten problem pozostaje nadal nierozwiązany i chociaż, może nieco ewoluuje, to nadal nie w takim stopniu, jak byśmy sobie tego życzyli.
- **Finanse, warunki pracy, motywacja** – to czynniki, które pozwalają ludziom żyć na odpowiednim poziomie, budować rodziny, planować przyszłość i – używając sformułowania kolokwialnego – „nie zaharować się”. Znanie są przypadki, gdy pielęgniarki, czy lekarze pracują na kilku etatach, co w krajach nazywanych wyżej rozwiniętymi już zostało uregulowane. Tam nie ma możliwości wielogodzinnej pracy, która wyczerpuje, stwarza ryzyko popełnienia błędu. Wszystko to prowadzi do takich wypadków jak ten, o którym niedawno słyszeliśmy - śmierć 44-letniej lekarki anestezjolog, w czwartej dobie dyżuru. Poza tym, że jest to ogromna tragedia, to także dzwon ostrzegawczy.
- **Jakość leczenia i stan pacjenta versus zależność od jakości świadczeń pielęgniarskich** - jeżeli naszym celem jest wysoka jakość świadczeń, bezpieczeństwo pacjenta, ograniczenie ryzyka powikłań i rehospitalizacji, co ma wpływ na koszty systemu – musimy zrozumieć, że rola pielęgniarek jest tu niezwykle istotna.



Diagnoza sytuacji - Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych:

Cieszę się z tej debaty, bo nam, samorządom, nie zależy na tym, by problemy pielęgniarek rozwiązywać, tak jak tu wspomniano, organizując protesty, np. w Centrum Zdrowia Dziecka. Dążymy natomiast do tego, aby wcześniej szukać rozwiązań, wytyczać kierunki zmian. Jak sądzę, ta debata zakończy się wydaniem raportu, z którego będziemy mogli czerpać. Pewnie Państwo pamiętacie organizowaną w 2015 roku akcję receptową samorządu pielęgniarskiego, po której Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sporządziła raport „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych”. Pokazywał on tragiczną sytuację w kadrach pielęgniarskich. Raport został przez nas zaktualizowany tak, by dane obejmowały lata 2014 i 2015. Niestety z danych wynika, że zapaść w pielęgniarstwie się pogłębia. Musimy znaleźć jakieś środki zaradcze, żeby zahamować ten negatywny trend.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki, czy położnej regulują trzy podstawowe akty prawne:

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, Ustawa o Samorządzie, Kodeks Etyki, ale także Ustawa o działalności leczniczej, czy Ustawa o prawach pacjenta. Przed wejściem Polski do Unii Europejskiej kształcenie kadr pielęgniarskich i położniczych odbywało się w liceach medycznych, które jako pierwsze zostały zlikwidowane. Później w pomaaturalnych szkołach zawodowych pielęgniarskich, położniczych, istniał także jednoetapowy system na uczelniach medycznych, na studiach nauk o zdrowiu, czy wydziałach w Lublinie, czy Krakowie – tak wyglądało kształcenie magistrów pielęgniarstwa. Po wejściu Polski do UE w 2004 roku odbył się wielki protest naszego środowiska. Ówczesny premier Leszek Miller obiecywał, że zapewni uznanie dyplomów pielęgniarskich w krajach UE. Później okazało się jednak, że polskie dyplomy nie były uznawane. Weszła w życie dyrektywa unijna, która precyzowała jak ma wyglądać kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych.

System kształcenia został usankcjonowany w 2004 roku według systemu bolońskiego

– trzy lata to licencjat pielęgniarski na wydziałach wyższych ośrodków akademickich, a dwa lata

to studia magisterskie, ewentualnie kolejne stopnie naukowe. Taki system kształcenia obowiązuje od 17 lat. Uważamy, że ten system kształcenia jest dobrym systemem. Dlaczego? Bo 50% kształcenia z 4600 godzin to zajęcia praktyczne, pozostałe to zajęcia teoretyczne. Pielęgniarka, absolwentka po licencjacie może od razu rozpocząć pracę. Oczywiście, obowiązuje półroczny staż adaptacyjny, ale wykwalifikowana pielęgniarka jest w pełni przygotowana do wykonywania swojego zawodu. Pielęgniarka, czy położna samodzielnie stawia diagnozy pielęgniarskie, wykonuje zlecenia lekarskie, podaje leki. Natomiast ze względu na brak pielęgniarek w systemie, mają one ograniczone możliwości, by wykonać czynności pielęgnacyjne. To nas boli, jako samorząd, ponieważ z mocy prawa stanowimy nadzór nad należytym wykonaniem zawodu pielęgniarki i położnej. Zależy nam na dobrej jakości wykonywania tego zawodu, bo każdy z nas może być pacjentem. Tymczasem mała liczba personelu powoduje, że z części czynności trzeba zrezygnować. Przede wszystkim trzeba wykonać zlecenie lekarskie, podać leki na czas. Ale nie można także zapominać o pielęgnacji, bo to oznacza brak odleżyn, o edukacji pacjenta i jego rodziny tym bardziej wobec tak radykalnego skrócenia pobytu pacjenta w szpitalu. I na to najczęściej brakuje czasu, ze względu na małą liczbę personelu. Ubolewamy nad tym, to jest dla nas dyshonor, gdy pacjent wychodzi ze szpitala, np. z odleżynami. To nie powinno się zdarzać.

Mamy bardzo dobry system kształcenia podyplomowego.

To już ta najwyższa jakość Ustawicznego Kształcenia. Mamy różnego rodzaju kursy specjalistyczne, kwalifikacyjne. Reguluje to rozporządzenie o kształceniu zawodowym. Mamy w Ministerstwie Zdrowia Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Jednak, gdy pielęgniarek było więcej w systemie, kształcenie było bardzo uporządkowane. Pracodawca oddelegowywał na specjalizacje, kursy specjalistyczne. W tej chwili jest to rzadkość. Dokształcanie odbywa się w weekendy, popołudniami, kiedy pielęgniarka nie ma dyżuru. Pielęgniarki chętnie podnoszą swoje kwalifikacje. Często ubolewamy, że z powodu braków kadrowych, nie mają możliwości, wykorzystania swoich umiejętności.

Liczba pielęgniarek w systemie

W tej chwili w systemie mamy 220 tys. pielęgniarek 25 tys. położnych czynnie wykonujących zawód. Według raportu OECD z 2012 roku jesteśmy na szarym końcu ze wskaźnikiem 5,4 pielęgniarki na 1000 mieszkańców. Obecnie, po aktualizacji danych, wskaźnik ten spadł jeszcze bardziej i wynosi 4,84. Wyprzedzają nas takie kraje jak Czechy, Węgry, Hiszpania, Austria, Holandia i Wielka Brytania. Wskaźniki np. w Czechach to 8,1, w Austrii 7,7, w krajach skandynawskich 16, a w Niemczech – 11. Ale nie potrzeba robić wielkich statystyk. Wystarczy sprawdzić, ile jest pielęgniarek w systemie i na jakie zabezpieczenie możemy liczyć. Nie chcemy zmiany systemu kształcenia pielęgniarek i położnych, bo statyki pokazują, że absolwentów kierunków pielęgniarskich wcale nie jest mało. W 2014 roku było 7161 licencjatów. W 2015 liczba ta wzrosła do 8482 absolwentów na samym pielęgniarstwie. Na położnictwie mieliśmy 1049 absolwentów w 2015 i 1030 w 2014. I tu zaczyna się problem. W 2014 roku tylko 2891 absolwentów kierunków pielęgniarskich wystąpiło do Okręgowych Izb Pielęgniarskich o wydanie prawa wykonywania zawodu, co stanowi 42%, a w 2015 roku – 3315 absolwentów, co stanowi zaledwie 39%. Należy przy tym podkreślić, że nasze dane mówią tylko o tym, że absolwenci wystąpili o wydanie prawa do wykonywania zawodu. Niestety, nie znaczy to, że zostali zatrudnieni. Z naszych danych wynika, że zatrudnionych było poniżej 2000. Proszę więc zwrócić uwagę – mamy średnio 7500 absolwentów studiów pierwszego stopnia, część z nich rozpoczyna studia magisterskie, wielu magisterskie zaoczne, jednocześnie pracując. Mało tego – mamy 69 uczelni wyższych prowadzących wydziały pielęgniarskie i 11 uniwersytetów, a w tym roku chętnych było wszędzie więcej niż oferowanych miejsc. Np. na Uniwersytecie Śląskim było ponad 700 chętnych na 200 miejsc. Młodzież chce studiować pielęgniarstwo, wybiera ten zawód, perspektywicznie jest to bardzo dobry objaw, że mamy młodzież chętną do studiowania tego kierunku.

Dlaczego absolwenci nie chcą pracować w zawodzie – wiceminister zdrowia Marek Tombarkiewicz

Grzegorz Ziemiak: Co się dzieje z resztą absolwentów? Chciałbym poprosić o odpowiedź na to pytanie ministra Marka Tombarkiewicza. To jest temat kluczowy. Ministerstwo Zdrowia zaproponowało ostat-

nio pewne rozwiązania. Zanim je Pan nam przedstawi, Panie Ministrze, chciałbym jednak zadać proste pytanie: w jaki sposób Ministerstwo zamierza wyjść naprzeciw tym absolwentom, którzy kończą studia. W jaki sposób zagospodarować tych, którzy nie rozpoczynają pracy w systemie ochrony zdrowia. Skoro są, to dlaczego nie możemy sobie z tym poradzić, by włączyć ich do zawodu, by pracowali w naszych polskich szpitalach. Czemu kształcimy, prawdopodobnie na eksport, tak dużą liczbę absolwentów studiów pielęgniarских?

Marek Tombarkiewicz: Dziękuję za tę debatę i za proszenie na to wydarzenie. Cieszę się, że mamy tutaj jeden wspólny cel, jakim jest dobro pacjenta. Ministerstwo i jak sądzę, wszystkie ośrodki medyczne, mają taki cel. Oczywiście, możemy się różnić w sposobach dojścia do tego szczytnego celu, ale rola regulatora systemu polega na szukaniu wszystkich możliwych rozwiązań, które do tego celu doprowadzą. Jeżeli jest problem, to staramy się go jakoś rozwiązać. Pani Prezes podawała dane z 2012 roku, czyli jak rozumiem, problemy pielęgniarek nie pojawiły się w 2015 roku tylko znacznie wcześniej. Trochę mnie to dziwi, ale uznajmy to za pytanie retoryczne, dlaczego nikt nie rozliczył obietnic złożonych po Białym Szczycie z 2008 roku. Gdyby zostały zrealizowane, to obecnie mielibyśmy taką sytuację jak w Niemczech, gdzie w pewnym momencie rząd obniżył składkę zdrowotną, bo miał za dużo pieniędzy w systemie. Oczywiście, część pielęgniarek nie wchodzi do zawodu, część wyjeżdża za granicę. Absolwenci po prostu rozpoczynają pracę w innych zawodach, bo zawód pielęgniarki jest nieatrakcyjny. Kontynuujemy realizację wypłat „zembalówek”, czyli dodatków dla pielęgniarek. Przez cztery lata jest to 1600 zł brutto, niektórzy włączają to do podstawy wynagrodzenia, co daje o około 900 zł wyższe podstawowe uposażenie po czterech latach. To jedyna grupa zawodowa, która ma zagwarantowany taki wzrost płac. Nie możemy porównywać naszych płac z płacami w Niemczech, czy Skandynawii, ale takie są realia i nie dotyczą tylko sfery ochrony zdrowia, czy konkretnych zawodów, ale także stanu finansów, naszego kraju. W związku z tym Ministerstwo szuka rozwiązań. Z części listów, które przychodzą do okręgowych izb pielęgniarek i położnych wynika, że wszyscy apelują by nie niszczyć obecnego systemu kształcenia, a my takich zamiarów nie mieliśmy. Kształcenie na po-

ziomie akademickim pierwszego i drugiego stopnia zostanie utrzymane, a nawet będzie rozwijane. Nie jest też prawdą, że wszystkie szkoły kształcące na poziomie licencjata miały po kilku kandydatów na jedno miejsce. Oczywiście są miejsca, gdzie tak jest, natomiast są też takie, gdzie nabór został zakończony na takiej liczbie kandydatów, jaka się zgłosiła. Ale tak jak się umówiliśmy, będziemy to jeszcze dokładnie sprawdzać. Trochę też nieuczciwością jest to, że nikt nie mówi o tym, że Niemcy, czy Austriacy zostawili sobie ścieżkę kształcenia zawodowego do wybranych czynności pielęgniarских, czyli troszkę poniżej poziomu akademickiego.

Polska pielęgniarka powinna pracować w Polsce

Pytał pan, „dlaczego polska pielęgniarka wyjeżdża” albo, „dlaczego miałyby nie wyjechać”? Myślę, że z samej nazwy „polska pielęgniarka” wynika, że powinna zostać w kraju. Ja jestem polskim lekarzem i nie wyjechałem, chociaż jako anestezjolog otrzymywałem bardzo dużo propozycji. Uznałem jednak, że trzeba się troszkę pomęczyć w kraju dla kraju. Nie jest to może argument dla osoby, która ma perspektywy finansowe pewnie znacząco gorsze niż w innych krajach, natomiast nie można tej sytuacji zmienić z dnia na dzień. Straciliśmy 8 lat, jeśli chodzi o podnoszenie nakładów na ochronę zdrowia, to jest niezaprzeczalne. Teraz przed nami kolejna perspektywa 8 lat podnoszenia nakładów. Uważam, że jest to pierwsza perspektywa, która daje nadzieję, że do czegoś dojdziemy. Oczywiście, jest niezadowolone z projektu płacy minimalnej dla zawodów medycznych, zbyt odległa w ocenie wielu środowisk droga dochodzenia do średnioeuropejskiego poziomu nakładów na zdrowie w kontekście PKB. Można się z tym zgodzić, że 9 lat to za długo, chciałoby się już. Ale jest to pierwsza konkretna perspektywa. Bierzymy pod uwagę wszystkie apele z okręgowych izb lekarskich, rozmawiamy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, także ze związkiem zawodowym, tak jak obiecałem, daliśmy sobie dwa miesiące przerwy na zebranie szczegółowych danych. Jestem umówiony w przyszłym tygodniu w Ministerstwie Rodziny na spotkanie w sprawie wsparcia dla absolwentek szkół pielęgniarских, a także dla pracodawców, którzy nie mają odpowiednio atrakcyjnej oferty dla absolwentek. Mam nadzieję, że będą możliwości

rozszerzenia naboru, programu typu pierwsza praca, poprzez staże, kierunek zamawiany, wiele takich propozycji jest w sferze naszych zainteresowań. Mam nadzieję, że dojdzie do zbliżenia stanowisk. Natomiast bardzo bym prosił, żeby środowisko nie myślało tylko przez pryzmat zawodu, ale troszkę szerzej. To nie może być myślenie korporacyjne, bo jednak najważniejszym celem jest pacjent, a nie własna korporacja zawodowa.

Wojciech Szelaąg: Powiedział Pan, że za dwa miesiące będziecie Państwo mieli „przeгляд stanu”.

Marek Tombarkiewicz: W trakcie spotkań z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, a także w Radzie Dialogu Społecznego 27 października ustaliliśmy, że najbliższe dwa miesiące, czyli listopad – grudzień to jest czas, kiedy jako resort będziemy zbierać dokładne dane dotyczące stanu obecnego, abyśmy mogli wyciągnąć odpowiednie i mam nadzieję właściwe wnioski. Spotkanie to zostało zorganizowane na wniosek środowiska pielęgniarского skierowany do premier Beaty Szydło.

Wojciech Szelaąg: A co Państwo robili przez ostatni rok?

Marek Tombarkiewicz: Zajmowaliśmy się tym w sposób podobny, natomiast być może podszliśmy do tego nie po kolei. Czyli zaproponowaliśmy pewną zmianę, która spotkała się z ogromnym sprzeciwem środowiska. Proszę pamiętać, że skończył się jeden rok akademicki i rozpoczął się nabór na kolejny rok. W związku z tym pojawiły się informacje, że jest po kilku chętnych kandydatów na jedno miejsce na studia licencjackie. Chcemy to zweryfikować, rozszerzyć możliwości wsparcia absolwentek, ale także zakładów pracy. Pojawiły się bowiem takie głosy, czego wcześniej nie było, że szpitale nie zatrudniają, bo nie mają możliwości finansowych lub przyjmują na nisko płatne staże, nie gwarantując kontynuacji zatrudnienia. W Urzędach Pracy pojawiły się różnego rodzaju oferty, np. rok stażu i rok zatrudnienia, czyli przez rok Urząd Pracy płaci za pracownika, a po roku zakład pracy jest zobowiązany zatrudnić go na kolejny rok. Zwykle po dwóch latach pracownik zostaje w danym zakładzie pracy. Dlatego chcielibyśmy rozwijać takie możliwości.

Teraz przed nami kolejna perspektywa 8 lat podnoszenia nakładów. Uważam, że jest to pierwsza perspektywa, która daje nadzieję, że do czegoś dojdziemy.



Czy sieć szpitali wpłynie negatywnie na stan zatrudnienia

Grzegorz Ziemniak: A czy dość rewolucyjna koncepcja wprowadzenia sieci szpitali nie budzi pewnych obaw, że może to również wpłynąć negatywnie na zatrudnienie, że powstanie zamieszanie na rynku pracy, jeśli chodzi i o pielęgniarki i o lekarzy? Takie sygnały dochodzą z różnych stron, zwłaszcza ze szpitali o tzw. niższym stopniu referencyjności. Tam te obawy o pracę są bardzo duże, a towarzyszy im dodatkowo niepokój o spełnienie kryteriów, które będą warunkować przyjęcie do sieci. Czy nie boicie się Państwo, że jednoczesna likwidacja NFZ-u, wprowadzenie sieci szpitali, aneksowanie, kontraktowanie nie spowoduje, że ta sytuacja w zatrudnieniu pielęgniarek, położnych, lekarzy dodatkowo się pogorszy? Czy to nie będzie miało negatywnego wpływu na tę sytuację, o której mówiliśmy, czyli odchodzenie z zawodu, tego klifu pokoleniowego, kryzysu, który nas czeka - tak jak wiele osób mówi - w 2020 roku?

Marek Tombarkiewicz: Nie mam obaw, że coś może się rozmyć w trakcie tak wielu równoległych zmian. Po pierwsze, każdy ma swój zakres obowiązków, ja odpowiadam za cztery departamenty i daję sobie radę. Siecią szpitali zajmuje się minister zdrowia. Oczywiście, wspólne działania są ustalane na poziomie ścisłego kierownictwa. Absolutnie, tworzenie sieci szpitali nie może mieć negatywnego wpływu na rynek pracy, dlatego że zasady, czy standardy zatrudnienia, normy, nad którymi teraz zaczęliśmy pracować, także te dotyczące zatrudnienia dla pielęgniarek i położnych są w trakcie dyskusji. Proszę zrozumieć, że regulator rynku nie może spowodować wprowadzenia takiej normy prawnej która, kolokwialnie powiem, rozłoży system. W związku z tym chcemy dostosować aktualne możliwości zatrudnienia, dostępność personelu na rynku pracy do wprowadzanych norm. Nie widzę tutaj zagrożenia. Z drugiej strony zaczęły się pojawiać interpelacje poselskie i pytania czy jesteśmy przygotowani na efekty Brexitu w postaci powrotu części personelu do kraju. Oczywiście z szerokimi ramionami przyjemy każdego, kto będzie chciał pracować w zawodzie.

Wojciech Szelaąg: Tak szczerze mówiąc ten punkt się nie zrealizuje.

Marek Tombarkiewicz: Zobaczymy, ja jestem optymistą w każdym aspekcie.

Wojciech Szelaąg: Jeśli już ktoś zna angielski, pracował za granicą, to ma jeszcze kilka krajów do wyboru.

Marek Tombarkiewicz: Oczywiście, że tak, ale znam też przypadki osób, które wracają i szukają pracy. Nie wierzę też, że Brexit spowoduje ruch, że będą samoloty pełne w drugą stronę. Natomiast są różne przypadki, sprawy rodzinne, losowe, które powodują, że osoby wracają i szukają pracy.

Pielęgniarki pytają ministra – odpowiedź będzie za dwa miesiące

Grzegorz Ziemniak: Od nadmiaru głowa nie boli, więc myślę, że nas to także nie przestrasza. Korzystając z tego, że Pan Minister jest z nami. Pani Prezes, co chciałaby Pani usłyszeć za dwa miesiące od Pana Ministra? Zapytam też Pana Ministra jak Pan to widzi i czy to będzie spełniać te oczekiwania?

Marek Tombarkiewicz: Mogłbym dać odpowiedź za dwa miesiące. My przyspieszamy, bo nie mamy czasu.

Zofia Małas: Chciałabym usłyszeć Panie Ministrze, że nie zastanawiamy się nad zmianą systemu kształcenia pielęgniarek, bo jeżeli chodzi o szkoły branżowe, to jest tylko rok krótsze kształcenie niż obecne. Natomiast nie spełnia dyrektywy unijnej. Niestety prawo unijne nas obowiązuje, bo jesteśmy krajem unijnym. Ale dajmy temu spokój, bo to byłoby nieporozumienie skoro mamy młodzież chętną do studiowania na wydziałach pielęgniarskich i 8000 absolwentów rocznie, którzy mogliby potencjalnie podjąć pracę. Rozmawiamy z absolwentami jako samorząd w okręgowych izbach pielęgniarek i położnych, w naczelnej radzie. Polskie pielęgniarki, które mają dyplomy, chcą pracować w Polsce.

Wojciech Szelaąg: To czemu tego nie robią?

Zofia Małas: No właśnie. To jest kwadratura koła. Np. Warszawa, gdzie są bardzo duże braki, wchłonie każdą pielęgniarkę chętną do pracy. W warszawskim Centrum Zdrowia Dziecka oferta płacy to 2400 zł brutto. Pielęgniarka przyjeżdżająca



z innych części Polski, z województwa świętokrzyskiego, lubelskiego, ściany wschodniej, (gdzie jest sporo uczelni, których absolwentki szukają pracy) musi wynająć mieszkanie, utrzymać się. Więc te 2400 zł brutto to jest naprawdę bariera. Rozmawiałam z absolwentami z Lublina, którzy szukali pracy we wszystkich szpitalach lubelskich, wojewódzkich, okolicznych - niestety nie ma dla nich ofert pracy, ponieważ dyrektorzy mówią, że nie mają pieniędzy na etaty pielęgniarskie. To jest właśnie kwadratura koła i to jest to, o czym rozmawiamy. Proponowaliśmy wprowadzenie stażu „pierwsza praca”. Jeżeli byłaby możliwość odbycia takiego stażu, bardzo chętnie większość pielęgniarek skorzystałaby z tej możliwości. Pamiętajmy, że pielęgniarki to w większości kobiety. Często jeszcze w czasie studiów zachodzą w ciążę, więc rok lub dwa wypada im z zawodowej kariery, ale chcą pracować w Polsce. To nie jest tak, że chcą skończyć studia i uzyskać dyplom dla dyplomu. Tylko jeśli w ekskluzywnym butiku absolwentka pielęgniarka dostanie dwa razy tyle niż jej się oferuje w placówce medycznej, to wybiera to, co wybiera. Pielęgniarki też chcą żyć godnie, chcą zarobić tyle, żeby były w stanie się utrzymać ze swojej pensji.

Wojciech Szelaąg: Myślę, że pytanie, co Pani chciałaby usłyszeć mamy sformułowane, a co Pan Minister chciałby odpowiedzieć i odpowie?

Marek Tombarkiewicz: Odpowiem to, co powiedziałem już wcześniej, że dałem sobie dwa miesiące czasu, więc powtarzanie tego nie ma sensu. Będzie analiza, będą wnioski, będzie konkretna odpowiedź. A wracając do dyrektywy unijnej: Niemcy i Austria zachowały część kształcenia zawodowego, nie muszą kształcić tak, jak się nam zarzuca, że nie będziemy kształcić pielęgniarek dla Unii, bo my mamy kształcić pielęgniarki dla Polski. Niemcy mają bez porównania lepsze warunki finansowe, zachowały część kształcenia zawodowego dla pewnych czynności, dla pewnych jednostek. Tam nie ma zagrożenia, że pielęgniarki będą wyjeżdżać za granicę. U nas to zagrożenie jest. Przede wszystkim zależy nam na zwiększeniu liczby pielęgniarek w Polsce.

Grzegorz Ziemniak: Wróćmy z naszymi postulatami i rekomendacjami na pewno do Pana Ministra i będziemy prezentować, co tu dzisiaj przedyskutujemy.

Ad vocem, Danuta Kryś. Centrum Opieki i Rehabilitacji Zdrowie

Mówimy o tym, że brakuje pielęgniarek. Jeżeli nie mamy pieniędzy, to może stwórzmy zachęty w systemie, dzięki którym pielęgniarki zostaną w Polsce. Mogą to być np.: dodatkowy urlop zdrowotny po dwudziestu latach pracy, ochrona pielęgniarki jako osoby publicznej - mało się o tym mówi, a pielęgniarka stale jest narażona na agresję ze strony pacjentów. Kolejna sprawa to rozszerzenie listy chorób zawodowych, które obejmują tylko uznane choroby kręgosłupa. Bardzo pomocna byłaby zachęty dla pielęgniarek również w sektorze opieki długoterminowej, np. forma bezpłatnego parkowania na terenie miasta. Ta pielęgniarka ma kilkukilogramową torbę, musi często wejść na czwarte, piąte piętro, bo nie wszędzie są windy. Poprawiłoby to znacznie warunki pracy pielęgniarek.

Wojciech Szelaąg: Zastanawiam się czy to nie są jednak zachęty dla osoby, która już jest w zawodzie sporo lat, żeby w nim pozostać. Natomiast zachęcanie do wejścia do zawodu tym, że po 20 latach będzie dodatkowy urlop jest dosyć abstrakcyjne biorąc pod uwagę też to, jak się myśli w młodym wieku. Wszyscy wiemy, jaka jest wśród młodych ludzi świadomość tego, że kiedyś trzeba

będzie przejść na emeryturę i że już teraz trzeba zacząć odkładać. To jest mniej więcej ten sam problem.

Co na to pracodawcy – Maciej Piróg, Konfederacja Lewiatan

Grzegorz Ziemniak: Chciałbym poprosić o opinię przedstawiciela pracodawców. Maciej Piróg reprezentuje organizację PKPP Lewiatan. Sądzę, że jako człowiek, który ma także doświadczenie w zarządzaniu szpitalami i jest specjalistą zdrowia publicznego, będzie Pan miał z pewnością do powiedzenia kilka rzeczy dotyczących tego, w jaki sposób pielęgniarki, które kończą szkoły zachęcić, żeby weszły do zawodu, żeby pracowały w Polsce, żeby były z nami właśnie za te 5, 10, 15 lat, kiedy będziemy tego potrzebować.

Wojciech Szelaąg: Jeśli pozwolicie Panowie, to chciałbym poruszyć jeszcze jeden wątek, który być może w Pana wypowiedzi się pojawi, a może ktoś inny go podejmie. Niech on też będzie obecny. Prawdopodobnie, w związku z tym, że Polsce jest coraz liczniejsza grupa dosyć zamożnych osób, a społeczeństwo się starzeje, wzrośnie zapotrzebowania na usługę pielęgnacyjną, nie ściśle pielęgniarską w sensie klinicznym, czy w sensie szpitalnym, ale opieki właśnie nad starszą osobą z różnymi schorzeniami i z różnym stopniem nie-

pełnosprawności. Czy to nie będzie też jeden z powodów, dla których pielęgniarki wykształcone nie będą wchodzić albo będą wypadać z zawodu. Jest coraz więcej osób, które z własnych środków, prywatnie, chętnie zapłacą za opiekę nad swoimi rodzicami. Czy widzimy ten problem, czy może jest on jeszcze teoretyczny? Czy jest w jakiś sposób monitorowany?

Maciej Piróg: Nie sposób rzeczywiście uciec od mówienia o tej sprawie w sposób nieco pesymistyczny. Zostałem wywołany do tablicy, aby wypowiadać się z punktu widzenia pracodawców, czy dyrektorów, managerów opieki zdrowotnej i systemu publicznego. Przez 11 lat byłem dyrektorem Centrum Zdrowia Dziecka, kilka lat kierowałem szpitalem prywatnym i na jedną rzecz chciałbym zwrócić uwagę. Przez ostatnie 26 lat pewnymi asumptami do zmiany są protesty i rzeczywiście pokłosiem protestu pielęgniarek w 1999 roku było wprowadzenie norm zatrudnienia, może nie doskonałych, ale było to jednak jakieś rozwiązanie. Opieka długoterminowa została wydzielona i oby nie została zepsuta, czy to przy okazji tworzenia sieci szpitali, czy innych proponowanych zmian. Natomiast akurat strajk w Centrum Zdrowia Dziecka to nie był protest pielęgniarek, tylko raczej esencja tego, co działo się w zakresie specjalistycznej opieki pediatrycznej. Protest był konsekwencją tego, co miało miejsce w wysokospecjalistycznych szpitalach. Proszę zauważyć, że jeśli chodzi o środowisko pielęgniarskie, protest był ograniczony do jednego miejsca, czyli właściwie był głosem instytutu czy podobnych placówek. Natomiast dobrze, że dzięki temu temat pielęgniarek jest uznawany za ważny, że rzeczywiście szuka się rozwiązań. Trudno mówić o zachętach do podjęcia pracy i o zmianie sposobu zatrudnienia, kształcenia, jeżeli później nie mówimy o zatrudnieniu, co najwyżej o zatrudnieniu tak małego procenta absolwentów. Proszę zauważyć, przed jakimi dylematami staje dyrektor zakładu opieki zdrowotnej, obojętnie czy publicznego, czy prywatnego. Ma najwyżej wykwalifikowaną kadrę w postaci lekarzy, ale jednym z największych problemów, z punktu widzenia lekarza, jest praca biurokratyczna. W związku z tym, może go w tym zastąpić niżej wykwalifikowany pracownik. Ale dyrektor ma problem, bo w ogóle nie może zatrudniać takich osób. Dyrektor zatrudnia przede wszystkim tych, których w szpitalu mieć musi – lekarza i pielęgniarkę. Więc paradoksalnie, mając mało pieniędzy, nie może zatrudnić osób, które pra-

cowałyby na stanowisku sekretarza, czy asystentki lekarza. Takie zawody istnieją nie tylko w Europie, ale i w Stanach Zjednoczonych i doskonale odciążają od pracy, której lekarz czy pielęgniarka nie muszą wykonywać. No i tutaj dochodzimy do sedna, czyli do czegoś, o czym Pan Minister starał się mówić niepolitycznie, ale bardzo politycznie mówił o wzrostach, czy braku wzrostów nakładów na opiekę zdrowotną. Wiem, że można mówić, że przez 8 czy 25 lat niewiele się stało. W roku 1998, gdy powstawały kasy chorych było 21 miliardów, w tej chwili jest 72, więc, jeżeli to się porówna procentowo z PKB – oczywiście, zależy jak liczymy i co z czym porównujemy – to może wielkiego wzrostu nie było, natomiast nominalny wzrost jest, bo wzrastał także budżet. Tutaj dygresja – oby inny sposób zbierania pieniędzy nie spowodował, że tego tak dużego do tej pory wzrostu nie będzie wcale. Generalnie, nakłady na ochronę zdrowia muszą być większe, bo stajemy przed dylematem, środowisko się burzy, że „ktoś komuś coś wywalczył, a ktoś komuś coś zabrał”, albo – jak to jest w wypadku pakietu onkologicznego – żeby leczyć jedną grupę schorzeń, umniejszamy inną. Każda tego typu zmiana powoduje i pokazuje, że dochodzimy do ściany, jeżeli chodzi o nakłady na opiekę zdrowotną, które bez wątpienia muszą być z roku na rok znacząco wyższe. To nie jest tak, że ich nie ma, ale to jest dylemat, na co wydać, a na co nie wydać i co jest bardziej racjonalne.

Grzegorz Ziemniak: Przepraszam, że wejdę Panu w słowo, ale wszyscy, cały czas mamy świadomość, że mnóstwo pieniędzy wycieka z systemu w sposób bezsensowny, że pieniądze są marnowane. Nie mówię już o tym, ile lat trwają dyskusje na temat koszyka świadczeń gwarantowanych. Każdy rząd się boi podjąć ten temat, bo jest to temat polityczny. Ale w końcu trzeba będzie wziąć tego byka za rogi i powiedzieć wprost społeczeństwu, że państwo nie może fundować wszystkich świadczeń, że to musi być ograniczone do naprawdę podstawowej opieki, która pozwala wyleczyć z głównych chorób i zaopiekować się pacjentem, a nie opłacać świadczenia, które są wręcz absurdalne. Wprawdzie Ministerstwo powołało zespół do spraw takich absurdów, ale myślę, że jest to margines. Natomiast systemowo wiemy, że pieniądze powinny być inaczej wykorzystane. Są, mówiąc wprost, priorytety, do których także należy zapewnienie odpowiednich warunków pielęgniarkom i lekarzom, bez których systemu



ochrony zdrowia nie ma, bo pusty szpital, nawet z najnowocześniejszym sprzętem ani nie zdiagnozuje, ani nie wyleczy pacjenta. Tam muszą być ludzie, którzy go obsłużą, będą umieli postawić diagnozę, zaopiekować się pacjentem, wyleczyć również najnowocześniejszymi metodami terapeutycznymi. Czy my w ogóle jesteśmy w tej chwili przygotowani przy założeniu, że państwo chce wziąć całą odpowiedzialność za zdrowie, ograniczyć prywatne świadczenia do płatności z kieszeni pacjenta prywatnego, przerzucić całą odpowiedzialność na sieć szpitali, które będą publiczne i będą z publicznych pieniędzy finansowane, czy w ogóle mamy jakiekolwiek pole manewru? Należałoby się zastanowić czy system zmierza w dobrą stronę i czy jest w nim miejsce dla polskich dziewczyn i chłopaków, którzy kończą szkoły pielęgniarские i chcą pracować tutaj, zakładać rodziny. Czy to się wszystko łączy, czy jesteśmy w stanie odpowiedzieć również jako pracodawcy na to wyzwanie?

Wojciech Szelaąg: Ja jeszcze jedno zdanie polemiki, jako dziennikarz ekonomiczny. Panie dyrektorze, jeżeli system jest źle skonstruowany i wypływają z niego pieniądze, to może Pan wlać do niego cały budżet państwa, a i tak nie zostanie tam woda.

Maciej Piróg: Generalnie się z Panami nie zgadzam. Każda nowa ekipa zaczyna od uszczelniania systemu. Politycy i ekonomiści mówią o tym, że to jest worek bez dna - co by tam nie wlać, to i tak wycieknie. Tylko my zawsze zmieniamy jedną rzecz i to zmieniamy od ściany do ściany całą organizację systemu ochrony zdrowia, nie dokładając pieniędzy. Reakcją całego środowiska, i nie jest to samospełniające proroctwo, jest tęsknota do poprzedniego systemu, którego wcale nie uważamy za dobry. Ale uważamy za lepszy niż ten, który będzie jako następny. Pierwszy zaczął uszczelniać system Mariusz Łapiński – jak to się skończyło wiemy. Później inni także uszczelniali, wzrasta biurokracja, kontrola. Pokazujemy w systemie tych, którzy zachowują się nieetycznie jako przykład, że mieliśmy rację. Natomiast w ślad za zmianą organizacji systemu, muszą iść także pieniądze. Jeżeli zaczniemy mówić do młodych ludzi o ideologii o tym, że jako patrioci powinni zostać w Polsce, że zdobyli piękny zawód, do którego mają powołanie, to nie dojdziemy nigdzie.

Grzegorz Ziemniak: Już to przerabialiśmy dwadzieścia parę lat temu.

Maciej Piróg: Tak, ale my sami, z pokolenia podobnego do mojego, albo tylko trochę młodszego, zaczęliśmy przekazywać młodym ludziom opowieści o tym, jak kiedyś pracowaliśmy. Ale oni nie muszą tak pracować, w związku z czym, dlaczego mamy ich do tego zmuszać?

Pielęgniarki odchodzą do innych zawodów

Zofia Małas: Poza tym musimy wziąć pod uwagę, że zaczyna się rynek pracownika, chociażby w handlu. Zobaczmy ile jest ogłoszeń, o ile korporacje podniosły płace, bo już mają problem z pozyskiwaniem pracowników. I to także jest odpowiedź - jeżeli nie przedstawi się dobrej oferty młodej pielęgniarki, to skorzysta ona z innych możliwości pracy w różnych zawodach, w ubezpieczeniach, czy w firmach farmaceutycznych. Już w tej chwili widzę nasze młode koleżanki w prywatnym sektorze ochrony zdrowia. Coraz więcej osób znika w sektorze prywatnym.

Maciej Piróg: Nie znika Pani Prezes. One są, jak to mówił Pan Minister, dla dobra pacjenta. Chciałbym jeszcze dodać kilka zdań na temat kształcenia. Mnie, jako pracodawcę, wbrew temu, co mówi Pan Minister, spawa płac minimalnych nie interesuje dlatego, że normy minimalne są już osiągnęte. Co nie znaczy, że nie ma jakichś złych nawyków szpitali prywatnych w poszczególnych zawodach w stosunku do publicznych. Natomiast, jeżeli chodzi o system kształcenia, to zgodziłbym się, że system różnoraki sprawdziłby się wtedy, gdy określmy kompetencje w poszczególnych zawodach i być może nawet te zawody inaczej nazwiemy. Państwo pewnie nie pamiętacie asystentek pielęgniarских, to były te panie z dwoma paskami pionowymi w przeciwieństwie do jednego grubego poziomego na białym kitlu. Normy były wówczas dokładnie określone – jakie czynności może wykonywać pielęgniarka z paskiem poziomym, a jakie asystentki pielęgniarstwa. Nie nazywajmy pielęgniarkami osób z wykształceniem na poziomie licencjackim czy zawodowym. Nazwijmy te zawody inaczej. Kształćmy pielęgniarki, niech będzie ich 8000, oby wszystkie mogły wejść do systemu. Natomiast są nam potrzebni również pracownicy niżej wykwalifikowani, pomocniczy, asystentki pielęgniarstwa, czy opiekun-



ki. Mnie, jako dyrektorowi szpitala, taki zawód jest, oprócz pielęgniarek, bardzo potrzebny. Podobnie w zakresie zawodów lekarskich, również należy sprecyzować zakres obowiązków np. rezydenta, czy stażysty, a nie wpuszczać go tam, gdzie jest najgorzej i niech się tam połamie. Natomiast on ma się uczyć, może wyręczać lekarza, ale nie w ten sposób jak się to dzieje niejednokrotnie dzisiaj. Nie mówmy o wyciekaniu pieniędzy, o dziurawym worku, bo w ten sposób dajemy politykom pretekst, żeby tych pieniędzy nie dawali.

Zofia Małas: Jak najbardziej, samorząd pielęgniarek i położnych od dawna mówi, że daje zielone światło dla personelu o niższych kwalifikacjach, opiekunów medycznych. Jest to zawód usankcjonowany ustawowo. Na rynku pracy jest obecnie 30 tys. osób z takimi kwalifikacjami. Te osoby były kształcone jako personel pomocniczy ze środków unijnych i bardzo chciały pracować zgodnie ze swoimi kwalifikacjami. Niestety, nie znalazły zatrudnienia w systemie ochrony zdrowia. A cały Zachód już to dawno zrozumiał, że dobrze wykształcona pielęgniarka jest potrzebna w systemie do bardziej skomplikowanych zadań wokół pacjenta, ale czynności higieniczno-sanitarne może wykonywać osoba o niższych kwalifikacjach.

Personel pomocniczy - jak najbardziej tak. Ale jeżeli taki opiekun medyczny wchodzący do systemu dostaje minimalną płacę, podobnie jak pielęgniarka, to wiemy, jaki jest problem – dysproporcja.

Jeżeli nie przedstawi się dobrej oferty młodej pielęgniarki, to skorzysta ona z innych możliwości pracy w różnych zawodach, w ubezpieczeniach, czy w firmach farmaceutycznych.

Jak widzą problem związku zawodowe – Zofia Czyż, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych

Grzegorz Ziemiak: Mam prośbę do Pani Zofii Czyż, która reprezentuje Zawodowy Związek Pielęgniarek i Położnych. Jak powiedział wcześniej pracodawca, związki zawodowe też mają tutaj coś do powiedzenia, zarówno jeśli chodzi o kształcenia, jak i wejście do zawodu, bo przyszłe pielęgniarki to Państwa potencjalni członkowie. Jak Państwo się zapatrujecie na te problemy, o których dyskutujemy?

Zofia Czyż: Odniosę się na samym początku do systemu kształcenia i tego, że koleżanki, które kończą studia licencjackie, nie podejmują pracy. W czasie studiów przychodzą na zajęcia, na ćwiczenia do podmiotów leczniczych i przez trzy lata obserwują pracę pielęgniarki i położnej w podmiocie leczniczym, gdzie zderzają się z zupełnie inną rzeczywistością niż ta, prezentowana na wykładach. Mają przez trzy lata obraz podmiotu leczniczego, w którym pracują ich starsze koleżanki i to już im wystarczy. Te, które wstępują do zawodu, to są naprawdę patriotki przez duże „P”. Zarząd krajowy bardzo ściśle współpracuje z Państwową Inspekcją Pracy. Dostajemy informacje z przeprowadzanych kontroli, które pokazują, że z powodu braku pieniędzy pielęgniarka jest wykorzystywana do innych zadań takich jak np. wydawanie ciała zmarłego firmie pogrzebowej z prosektorium, czy rozpuszczenie i przygotowywanie cytostatyków. To nie są zadanie wynikające z ustawy regulującej obowiązki pielęgniarek, a jednak wykonywane przez pielęgniarki. Nie wspominając o tempie pracy. Mimo że podmioty lecznicze są już wyposażone w bardzo dobry sprzęt, to niestety pielęgniarka i położna pracują jak automat. I najlepiej, gdyby nikt w tym schemacie dnia o nic już nie pytał i nie prosił, czas pracy jest ustawiony tak, że każde dodatkowe zadanie jest praktycznie niewykonalne. A o tym, żeby przekazać wiedzę młodszej koleżance, która odbywa ćwiczenia w tym szpitalu, pokazać jej ten piękny obraz zawodu, nie ma mowy, my się po prostu mijamy.

Grzegorz Ziemiak: O normach i o tym, co Pani mówi będziemy jeszcze za chwileczkę mówić przy okazji, jakości, także nie porzucimy tego tematu.

Wojciech Szelaąg: Rozumiem, że informacje, że pielęgniarki robią coś poza zakresem ich właściwych obowiązków, to nie jest coś, co się zdarza, ale dzieje się na tyle często, że można mówić o pa-

tologii. Pewnego rodzaju elastyczność pracownika nie jest niczym złym, tylko pytanie, do którego momentu mieści się to w tolerowanych ramach, a kiedy ta sytuacja staje się patologią.

Czy polska pielęgniarka powinna pracować w Polsce

Kaja Szwykowska: Jeśli można jeszcze tylko słowo. Dwu- lub trzykrotnie w czasie naszej debaty padło hasło patriotyzm. Pan minister był łaskaw zauważyć, że polska pielęgniarka powinna pracować w Polsce, bo jest polską pielęgniarką. To jest przekleństwo mitu romantycznego, w którym tkwimy nieustająco i który głosi, że patriotą jest ten, kto umrze dla ojczyzny. Kiedyś umierał w powstaniu, a teraz ma umrzeć z niedożywienia lub z przepracowania.

Wojciech Szelaąg: Ale pamiętajmy, że większość poetów romantycznych zmarła na emigracji.

Kaja Szwykowska: To też jest prawda, ale czas myśleć o tym, że patriota to ten, kto z pełną motywacją, profesjonalnie i dobrze pracuje, a ludzie pracują z pełną motywacją i dobrze, wtedy, kiedy są spełnione cztery ich potrzeby. Instytut Gallupa sprawdził to na 6 tys. organizacji. Po pierwsze wtedy, kiedy człowiek ma poczucie sensu swojej pracy i to jak sądzę w przypadku pielęgniarek nie podlega wątpliwości. Po drugie – ma pozostawioną pewną samodzielność decyzji i wynikający z tego respektowany zakres kompetencji, a tu już wiele pozostaje do życzenia. Po trzecie – docenia się jego kompetencje także w wymiarze finansowym. To nie jest najważniejsze, ale istotne są relacje z szefem, relacje z przełożonymi. To, w jaki sposób traktuje się pielęgniarki, np. w Holandii czy w Stanach Zjednoczonych, czemu miałam okazję się przyjrzeć w czasie studiów, a to, jakie jest miejsce pielęgniarki w Polsce znacząco od siebie odbiega, i wreszcie to, że pielęgniarka ma szansę wnieść wkład, pracownik ma szansę wnieść wkład w organizację, a więc może pokazać to, co wynika z jego kompetencji i doświadczenia. Także ten nowoczesny patriotyzm to nie jest brak patriotyzmu. Ludzie mogą pracować dobrze, zmotywowani i czerpać z tej pracy satysfakcję.

Grzegorz Ziemiak: Patriotyzm to także płacenie podatków, składek – myślę, że to się w tym absolutnie zawiera.

Zofia Czyż: Jeśli chodzi o system kształcenia, to chciałabym jeszcze odnieść się do jednej kwestii, która jest związana z nagłym wzrostem liczby zainteresowanych kierunkiem pielęgniarskim. Myślę, że powinniśmy się pokusić o analizę wieku osób, które podejmują naukę w tym zawodzie. Ja to robiłam na podstawie mojego małego miasta Siedlce, gdzie jest wydział pielęgniarstwa. Na 15 osób, które rozpoczęły studia, 5 to osoby prosto po maturze, natomiast 10 to ludzie w wieku 35-45, którzy gdy wejdą do systemu, podniosą średni wiek grupy zawodowej. Znam przykład jednego z podmiotów niepublicznych, który w obawie o deficyt pracowników wpadł na pomysł, by zasponsorować każdej sekretarce zatrudnionej w tym podmiocie studia pielęgniarstwa, zastrzegając w umowie, że będą pracowały dożywotnio.

Wojciech Szelaąg: A jaki był odzew?

Zofia Czyż: Odzew jest pozytywny.

Na kierunki pielęgniarstwa nie brakuje kandydatów, Beata Cholewka - Dyrektor Departamentu. Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia

Beata Cholewka: Chciałabym wrócić do uwarunkowań aktualnego systemu kształcenia, który zmienił się w momencie akcesji Polski do Unii Europejskiej. Uplasowanie tego systemu kształcenia na poziomie wyższym spowodowało takie implikacje, które nie do końca są korzystne dla takiego zawodu, jakim jest zawód pielęgniarki. Być może większe zainteresowanie kandydatów studiami na kierunkach pielęgniarstwa było spowodowane regulacjami płacowymi. Z analiz przeprowadzonych przez nasz departament wynika, że w tym roku na uczelniach publicznych największa liczba kandydatów na jedno miejsce to było 6 osób. Ale liczba kandydatów globalnie kształtowała się na poziomie 11 tys. chętnych, natomiast na pierwszy rok studiów przyjęto 5944 osoby. To są najświeższe nasze dane. Tylko po pierwszym roku studenci z tych uczelni nie przechodzą na drugi rok z tego powodu, że już nie chcą studiować. Mamy bardzo duży odsiew na poziomie około 2 tys. osób.

Grzegorz Ziemiak: Czyli spróbowali na pierwszym roku i im się nie spodobało?

Beata Cholewka: Powody są bardzo różne, nie chciałabym o nich tutaj mówić. Ale, wracając do wątku głównego. W uczelniach publicznych wygląda to tak

jak opisałam to wcześniej, natomiast w uczelniach niepublicznych liczba kandydatów jest równa liczbie miejsc przyjmowanych. Tendencja ta wynika z tego, że osoby, które przychodzą zdobywać tam zawód, płacą za studia. Skoro więc zdobywają zawód w tak trudnych warunkach ekonomicznych, to zgodnie z trendami, o których Państwo mówią i przeczących nieco patriotyzmowi, chcą później odpracowywać tak zdobytą profesję w innych państwach, gdzie finansowanie pracy pielęgniarek odbywa się na innych zasadach. Dla przykładu – Finlandia dysponuje 16 szkołami i są to wyłącznie szkoły publiczne. Jeśli więc potrzebujemy zawodu, który jest niezbędny ze społecznego punktu widzenia, to musimy w maksymalny sposób umożliwić kształcenie na uczelniach publicznych. Nie możemy się dziwić, że jeśli ktoś inwestuje w zdobycie tego zawodu, to później chce z tego skorzystać w najlepszych warunkach ekonomicznych. Stąd pewien odpływ kadry. Z góry wiadomo, że po skończonych studiach część osób podejmuje decyzję o wyjeździe za granicę. Dodatkowo, niezagospodarowanie obszaru kompetencji niższych przez niemal dekadę, powoduje taką, a nie inną sytuację pielęgniarek. Na nią nakładają się zjawiska demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa, ale także z pewnymi zmianami systemowi. Wracając do zawodu opiekuna medycznego – to był zawód, który w czasie tej dekady został stworzony ze względu na potrzebę zagospodarowania tego obszaru, ale nie pojawił się w systemie w tak znaczący sposób, by zniwelować lukę w zawodzie pielęgniarki. Oczywiście w cudzysłowie, bo zawód opiekuna medycznego nie jest substytutem opieki pielęgniarstwa i nie może być w taki sposób traktowany. Ponad 30 tys. osób, które wykształciły się w tym zawodzie, nie zawsze zostały na rynku polskim. Z naszych informacji wynika, że osoby posiadające zawód opiekuna medycznego mają zagwarantowaną pracę w Niemczech, kierują się więc bezpośrednio na rynek niemiecki. Czyli to nie jest 30 tys. osób wykształconych i pracujących w Polsce. Próba rozwiązania systemowego włączenia świadczenia tego typu opieki do koszyka świadczeń gwarantowanych nie do końca skończyła się powodzeniem. Środowisko pielęgniarstwa było przeciwnie kontaktowaniu takich profesji. Dlatego opiekunowie medyczni na chwilę pojawili się w koszyku świadczeń gwarantowanych w opiece długoterminowej, ale zostali z niego szybko wyłączeni. Obecnie mamy taką sytuację, że ta półka z kompetencjami niższymi, które także są przypisane pielęgniarstwu,

jest częściowo niezagospodarowana. Ale, aby nie mówić tylko o sprawach pesymistycznych, pragnę zwrócić uwagę, że kompetencje pielęgniarek na poziomie wyższym zostały dodatkowo podkreślone poprzez umożliwienie pielęgniarkom ordynacji leków. Do tej pory 50 podmiotów wystąpiło o możliwość przydzielenia unikatowych numerów dla pielęgniarek, które będą wypisać recepty, co do tej pory było zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy. Jest to pewne przesunięcie w systemie w ramach potrzeb, bo lekarzy także brakuje. Przesuwając zakresy kompetencji można uzupełniać pewne luki w systemie.

Wojciech Szelaż: Ja może znowu powołując się na dziennikarstwo ekonomiczne. Czekam od początku debaty aż pojawi się ten temat, a ponieważ się nie pojawia, co mnie dziwi, wprowadzę go sam. Czy ktoś w Polsce myśli o tym, żeby zrobić jeśli chodzi o rozwiązania tego problemu dokładnie to, co jest naszym problemem w odniesieniu do Niemiec, Norwegii, Szwecji? Czy to nie jest trochę zamykanie oczu na najprostsze rozwiązanie problemu? Powodem, dla którego chciałem to poruszyć, jest spotkanie na Ukrainie z osobą, która jeździ do Polski, pracuje w Polsce, właściwie

żyje w Polsce, zrywa jabłka, śliwki i jest wykwalifikowaną pielęgniarką. Z jej punktu widzenia, a świetnie mówi po polsku, praca pielęgniarki w Polsce miałaby sens, bo zarabiałaby więcej, realizowałaby się zawodowo. Z naszego punktu widzenia miałaby sens, bo brakuje nam pielęgniarek. Z punktu widzenia pacjenta, bo pacjent potrzebuje pielęgniarek więcej. O co chodzi?

Beata Cholewka: To jest bardzo ważny temat, ale niezwykle trudny – uznanie kwalifikacji pielęgniarek z Ukrainy czy z państw takich jak Białoruś, Ukraina, Uzbekistan, czy Tadżykistan, z których rzeczywiście pielęgniarki próbują migrować do Polski. Jeśli w Wielkiej Brytanii pracują Filipinki, to w Polsce mogą pracować Ukrainki. Ostatnio miałam okazję rozmawiać z panią burmistrz Mrągowa, która zwróciła się do mnie z prośbą, abym pomogła w uznaniu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, która wraz z mężem przeniosła się do Polski w ramach uchodźstwa, co zostało także wsparte działaniami rządowymi. Ta rodzina jest bezradna, jeśli chodzi o możliwość podjęcia pracy. Ale problem jest tutaj dwupoziomowy. Problem dotyczy uznania kwalifikacji, które to kwalifikacje są uznawane przez organy rejestrowe, czyli okręgowe izby pielęgniarek i położ-

nych i tylko organy samorządu mogą przyznać prawo do wykonywania zawodu. Organy tych władz posiadają narzędzia służące do uznania kwalifikacji, ale nie mogą tego zrobić w niektórych przypadkach, ponieważ system kształcenia pielęgniarek na Ukrainie jest odmienny od polskiego systemu kształcenia. Dlatego też my, jako państwo unijne jesteśmy zobowiązani dokonać przeglądu właściwości tego kształcenia, ponieważ dokonanie uznania kwalifikacji na terenie naszego państwa powoduje, że te osoby otrzymują furtkę do pracy w UE i także jesteśmy pod tym względem w reżimie bardzo trudnych uwarunkowań.

Drugim problemem bardzo istotnym z punktu widzenia pacjenta jest bariera językowa. W przypadku osoby, o której rozmawiałam z panią burmistrz, znajomość języka polskiego po roku pobytu w Polsce jest po prostu niewystarczająca, by wejść w relację z pacjentem. W grę wchodzi także prowadzenie dokumentacji medycznej – w tym wypadku wymogi są bezwzględne, konieczna jest dobra znajomość języka. W większości wypadków oczywiście nie ma problemu i osoby ubiegające się o pracę znają język na wystarczającym poziomie.

Wojciech Szelaż: A zatem polska pielęgniarka jest w stanie się nauczyć szwedzkiego, a ukraińska polskiego.

Beata Cholewka: Myślę, że tak. Mieliśmy nawet dwa przypadki pielęgniarki z Kenii, którzy nie znają polskiego, ale chcą u nas pracować. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych zajmują się potwierdzaniem uprawnień do wykonywania zawodu także takich osób, nie tylko obywateli Ukrainy, czy Białorusi. Legitymowanie się znajomością tylko języka angielskiego nie pozwala na wykonywanie pracy na polskim rynku. Ale obserwujemy takie zjawisko, że młodzież ukraińska uczy się zawodu kształcąc się w polskich uczelniach.

Grzegorz Ziemniak: Ale to jest też chyba ten problem, że obywatele Ukrainy chętnie się u nas uczą, bo dodatkowo mają także możliwość nauki angielskiego i innych języków, a potem chętnie mając papiery unijne pojadą dalej.

Zofia Małas: Muszę się odnieść do tego, co powiedziała Pani dyrektor Cholewka i bardzo dziękuję za to, co Pani powiedziała odnośnie Filipinek czy innych narodowości, które pracują w Wielkiej Brytanii, ale w Wielkiej Brytanii odpowiednik naszego organu

rejestrowego nie wpuści do systemu nikogo, kto nie spełni kryteriów. Jest to zrozumiałe, taka jest rola samorządów w Polsce, czy innych organów rejestrowych na terenie całej Europy.

Wojciech Szelaż: Ale to odwróćmy rozumowanie, może zrobimy wszystko, żeby te osoby spełniły kryteria, a nie trzymajmy się tego – nie spełniają kryteriów no to „do widzenia”.

Zofia Małas: To nie w tym rzecz. Nie możemy wpuścić na rynek pracy osoby, która nie spełnia kryteriów, nie zna języka, czy nie jest w stanie komunikować się w sposób perfekcyjny. Każdy z pacjentów i współpracowników chce mieć pewność, że ta osoba zrozumie, w jaki sposób przebiega proces leczenia i jakie są dawki leków.

Wojciech Szelaż: To bez dwóch zdań nie wpuszczamy osoby, która nie spełnia kryteriów.

Sebastian Irzykowski, Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Natomiast nie jesteśmy przeciwni pojawieniu się na rynku polskim obcokrajowców. Wystarczy wspomnieć o pewnych próbach porozumienia się uczelni polskich z uczelniami ukraińskimi. Zostałem także zaproszony na takie spotkanie w WUM-ie z dziekanem. Dyskutowaliśmy o tym, jakie są potrzeby i możliwości, w jaki sposób ten proces usprawnić, aby te osoby mogły podjąć pracę w Polsce. Natomiast z pewnych powodów obywatele Ukrainy czy Białorusi prawdopodobnie w Polsce miejsca nie zagrzeją, nie będą tym remedium na brak polskich pielęgniarek. Polska jest krajem tranzytowym. Jeśli w Polsce młoda Ukrainka nie ma koligacji rodzinnych, nie wiąże się mocniej z naszym krajem, to tak naprawdę tylko człowiek, który nie zna rynku pracy nie skorzysta z tego, by pojechać dalej.

Grzegorz Ziemniak: Bo jego nie obowiązuje patriotyzm, o którym mówił Pan Minister.

Sebastian Irzykowski: Oczywiście, że tak. I w żaden sposób tego człowieka nie zatrzymamy. Mało tego – zainwestujemy w niego pieniądze, bo trzeba będzie go zaadaptować do naszego rynku pracy, a za moment on znowu wyjedzie. Pozostaje jeszcze kwestia Austrii i Niemiec. Ministerstwo Zdrowia przywołuje przykłady tych dwóch krajów. Ale krajów europejskich mamy kilkanaście, tylko



Austria i tylko Niemcy pozostawiły zawodowy system kształcenia. Dlaczego tak się stało? To jest pytanie do osób, które zarządzają ochroną zdrowia w tych krajach. Pytanie, czy tam także nie ma deficytu pielęgniarek. Czy system kształcenia wpłynął na to, że pielęgniarek jest więcej i Niemcy, czy Austriacy się z tym problemem nie borykają? Myślę, że nie. Druga kwestia to odpowiedzialność, czy współodpowiedzialności Ministerstwa Zdrowia za wprowadzanie limitów przyjęć na studia. Pani Dyrektor doskonale wie, że był taki okres, kiedy to minister zdrowia decydował o limitach i naborach na studia pielęgniarskie. Kiedy Ministerstwo Zdrowia powiedziało dosyć i zrezygnowało z wyznaczania limitów na studiach pielęgniarskich, to co się stało? Na kierunku pielęgniarstwo mamy 200 osób, na ratownictwie 200, na kosmetologii 200, na zdrowiu publicznym 200 osób i ci ludzie nie mogą znaleźć pracy. Pielęgniarki chcą się uczyć, ale niestety brakuje dla nich miejsc. Ratowników medycznych wyszkolono rzesze, a ci ludzie nie mają pracy, więc tworzy się dla nich przepisy, które ułatwiają im wejście na rynek pracy. Ale przecież ci ludzie chcą się później kształcić w zawodzie pielęgniarki, czy pielęgniarsza, o czym też Pani Dyrektor wspominała, po raz kolejny uczęszczają na studia. Po co? Pozwólm się kształcić pielęgniarkom i położnym na studiach, ustalmy limity, niech państwo weźmie za to odpowiedzialność. Potrzebujemy 8 tys. absolwentów rocznie, tyle miejsc im zapewnimy. Przecież to jest bardzo proste.

Grzegorz Ziemniak: To, co Pan Prezes powiedział, jest niezwykle ważne, ale odwołam się także do informacji np. z rynku szwedzkiego, gdzie myśli się perspektywą kształcenia pielęgniarzy i pielęgniarek 17 lat naprzód. Ustalany jest limit przyjęć na daną specjalizację, dziedzinę, zarówno lekarską jak i pielęgniarską, czy o szczególnych kwalifikacjach, ustalana jest bardzo precyzyjna liczba. Państwo uczestnicząc w tym procesie i planując go, promując pewne kierunki, bierze za to odpowiedzialność i młodemu człowiekowi, który rozpoczyna studia i wybiera ten kierunek pokazuje ścieżkę kariery. Może to za daleko powiedziane, ale w każdym razie jest pewność, że on będzie w tym zawodzie pracował po skończeniu studiów i zostanie przyjęty do pracy.

Wojciech Szelaż: Mało tego, ci obłąkani Szwedzi nie wiedzą, ile razy są wybory w ciągu tych 17 lat?

Sebastian Irzykowski: Powiem więcej – oprócz tego, że w krajach skandynawskich, gdzie planuje się w tak ogromnym wyprzedzeniu karierę zawodową i obsadę kluczowych stanowisk w ochronie zdrowia, jest także bardzo dobrze rozwinięty rynek head hunterów wspierany przez rząd. Gdyby tylko bariera językowa w krajach skandynawskich nie była taka duża, to znacznie więcej pielęgniarek wyjechałoby tam do pracy, a są do tego zachęcane przez tamtejsze instytucje państwowe.

Kaja Szwykowska: Wiele krajów, w których występuje deficyt pielęgniarek decyduje się na finansowanie nauki języka. Dlatego nie przekonuje mnie argument, że dla osób, które chcą się zatrudnić w zawodzie pielęgniarki w Polsce barierą jest brak znajomości języka. To znaczy tylko jedno, że państwo nie czyni wystarczających wysiłków, by polski stał się dla nich językiem prowadzącym do atrakcyjnej pracy.

Zofia Małas: Niedawno braliśmy udział w konferencji Grupy Wyszehradzkiej poświęconej problemom pielęgniarek gdzie byli obecni przedstawiciele związków zawodowych oraz rządów Ukrainy, Czech, Słowacji i Polski. I co się okazało? Braki pielęgniarek występują wszędzie, na Ukrainie również. Powodem migracji będą więc przede wszystkim warunki płacowe. W Czechach i na Słowacji zarobki są powyżej średniej krajowej, na Węgrzech porównywalne do średniej krajowej. Natomiast

Gdzie jest
źródło
problemu



w Polsce niestety sytuacja wygląda inaczej. Według danych GUS, jest to 70% średniej płacy krajowej. I dlatego nie mamy co liczyć na to, że pozyskamy jakąś ogromną liczbę Ukrainek. Nie pozyskamy. Wiele polskich pielęgniarek pracuje w Czechach, bo tam płace są wyższe. Od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej wydaliśmy 20 tys. zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe. To tak jakby wyemigrowało całe województwo świętokrzyskie i opolskie. W skali roku to i tak nie jest ogromna skala zaświadczeń wydawanych z powodu emigracji. Bardziej martwi nas liczba absolwentów, którzy pozostają w kraju i podejmują pracę w innych zawodach, bo tam otrzymują wyższe wynagrodzenie. Z zawodu emigrują, a nie z Polski. Tak, to jest problem. Dobra oferta dla absolwentów!

Gdzie leży źródło problemu - Grażyna Wójcik, prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Grażyna Wójcik: Ta dyskusja nam się troszeczkę rozeszła w różnych kierunkach, pojawiły się wątki szczegółowe, które są bardzo ważne, ale powinniśmy jednak wrócić do tematu głównego. Jaki jest problem, gdzie jest źródło problemu? Częściowo już Państwo odpowiedzieli na to pytanie. Ale ja spróbowałabym powiedzieć to prostym komunikatem. Przez ostatnie 25 lat pielęgniarstwo

poszybowało w górę. Najpierw był bardzo gwałtowny impuls legislacyjny w latach 90-tych, później impuls reformatorski związany z wejściem Polski do Unii Europejskiej – nastąpił rozwój zawodu, któremu towarzyszyły zmiany. Przedtem, jeszcze w latach dziewięćdziesiątych, w sektorze zdrowia działo się dużo – utworzenie kas chorych, zmiana modelu finansowania, powstanie obszarów dla przedsiębiorczości pielęgniarek. Nastąpiła równowaga. Natomiast w ciągu ostatnich kilkunastu lat zatrzymaliśmy się. Pielęgniarstwo nie otrzymało żadnej oferty ze strony zmieniającego się systemu. Mamy dobrze, zgodnie ze światowymi standardami, przygotowaną kadrę, która trafia do systemu, rodem z lat 70-tych. Co więcej, ten system próbuje jeszcze się czasami nawet cofać. A więc odpowiedź jest prosta – każdy sobie radzi jak może, jeden idzie do sektora prywatnego, drugi emigruje. Nasze analizy, czy na emigracji pielęgniarki pracują w zawodzie, czy jako opiekunki, jest wtórne. Nas interesuje, jak tę kadrę zatrzymać dla polskiego pacjenta i jaki system zachęt budujemy. Ja tych zachęt nie widzę. Nie będę się odnosić do kwestii politycznych, ale generalnie powiem, że politycy interesują się pielęgniarkami w czasie kampanii wyborczej, bo jest to temat, na którym można trochę głosów zdobyć. Tak naprawdę do tej pory żaden z ministrów nie był zainteresowany jakimś ogromnym systemowym działaniem.

Nie udało nam się zbudować we współpracy z rządami z programem rozwoju dziedziny, który obejmowałby 20-30 lat i wprowadzał mechanizmy socjologiczno – ekonomiczne.

Grzegorz Ziemiak: A może przyczyną jest również to, że środowiska pielęgniarskiego nie ma w strukturze kierownictwa Ministerstwa Zdrowia?

Grażyna Wójcik: To są tylko drobne objawy tych procesów. Trudno oceniać rząd po roku, ale przez rok nie było żadnego zainteresowania naszymi problemami. W maju alarmowaliśmy ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła, że potrzebne jest wdrożenie jakichś działań, bo nastąpi kryzys i kryzys rozpoczął się za miesiąc. Pielęgniarki z Centrum Zdrowia Dziecka były poniekąd ambasaderkami środowiska. To był naprawdę heroiczny czyn. A co media i społeczeństwo usłyszało od ministra – kryminalistki, osoby, które szkodzą. Później, przywołany do porządku przez premier Beatę Szydło, zmienił ton. Brakuje więc pozytywnych bodźców. Nie mamy na myśli socjologii, komunikacji społecznej, ale mówimy o mechanizmach ekonomicznych. Moje przedmówczynie dużo mówiły o warunkach zatrudnienia. Ja powiem tak – wystarczy wrócić do przykładu, o którym mówiła koleżanka. Minister zainwestował w agencję wyceniającą świadczenia i proces wyceny jednego z obszarów świadczeń pielęgniarskich – opieki długoterminowej. Trwało to kilka miesięcy, w wielkiej łaskawości wycenił te świadczenia na 30 zł, ale już nie miał na tyle łaskawości, by to prawo wdrożyć w życie. Warszawa pozostawiła wycenę na poziomie 22 zł łamiąc postanowienia prawa. Obecnie jesteśmy w trakcie aneksowania umów. Proszę zwrócić uwagę, że z tych 22 zł pielęgniarka idąc do pacjentów np. na Emilii Plater musi zaparkować samochód i nie wystarczy jej to nawet na parkometr. Jeżeli pielęgniarka nie dotrze do pacjenta, to trafi on na internę, gdzie mamy deficyt łóżek i gdzie doba pobytu będzie kosztować 400, czy 500 zł. Brakuje podejścia kompleksowego. W przypadku braku kadr wszystkie systemy idą w jedną stronę – przesuwają kompetencje. Sekretarka wykonuje część pracy dokumentacyjnej za lekarza, pielęgniarka wykonuje część czynności zabiegowych, czy diagnostycznych, a lekarz zostaje skierowany do najtrudniejszych i najbardziej złożonych działań. My tego nie stosujemy, a są to narzędzia budowania systemu. Mówiliśmy tu o zwiększaniu nakładów finansowych, to wszystko

prawda. Ale prawdą jest także, że np. w POZ występują ogromne straty kadry pielęgniarskiej, która jest wykorzystywana poza swoim zawodem, głównie na stanowiskach rejestratorek. Dzisiaj najtańszy pracownik kosztuje 2 tys. zł. Zdarza się, że pielęgniarka także otrzymuje taką ofertę pracy. Więc jeśli się ma lepszego pracownika, bardziej kompetentnego, to przesuwamy się go na stanowisko pierwszego kontaktu z pacjentem, a nie powinno tak być.

Tydzień temu wróciłam z Portugalii, która nie jest ani najbogatsza, ani nie posiada najlepiej rozwiniętego systemu. Tam w POZ-cie jest zatrudniona sekretarka, która zdejmuje z lekarzy i pielęgniarek obowiązki administracyjne. Podobnie sytuacja wygląda w szpitalu, gdzie jest także dużo pracy około administracyjnej. Ale na to potrzebne są środki i to również musimy realizować. Jeżeli chodzi o kształcenie, to jeśli coś jest uporządkowane i dobrze rozwinięte i nie jest to główny problem polskiego pielęgniarstwa, to nie zaczynamy naprawy systemu od tego obszaru. Niepokoi mnie również coś, co jest cechą i przywilejem polityków – każdy, kto obejmuje wysokie stanowisko, natychmiast ma tysiąc nowych pomysłów. Spróbujcie sobie Państwo wyobrazić taką sytuację – jeżeli wysyłamy dziecko do przedszkola, to tam z dzieckiem pracuje wykwalifikowany pracownik pedagogiczny, najczęściej po studiach pedagogicznych. Ale jak to chore dziecko wysyłamy do szpitala, to mówimy, że tam może się nim zająć pielęgniarka po szkole branżowej albo zawodowej. Nie rozumiem takiego myślenia, bo jest to podwójnie odpowiedzialny i wyższy poziom relacji z pacjentem, a teraz mówimy, że możemy go obniżyć. Rektorzy uczelni technicznych sygnalizują, że obniżył się standard edukacji. Na kierunki politechniczne trafiają ludzie, którzy mają kłopoty z liczeniem. To są wypowiedzi rektorów największych polskich politechnik. Złożoność zawodu, dostępna technologia nie pozwala na to, żeby był to człowiek, który ma problemy z podstawową wiedzą logiczną, czy matematyczną. A taki będzie trafiał do szkoły zawodowej. Jeżeli minister sformułował strategię, zgodnie z którą po szkole podstawowej do zawodówki trafi ktoś, kto nie spełnia żadnych kryteriów edukacyjnych, a kto od razu po 5 latach ma być super pielęgniarką, to wolę się nie wypowiadać w tej kwestii. Nie ma wątpliwości, że potrzebne jest myślenie systemowe. Bo dzisiaj zadowolimy jedną dziedzinę – kardiologię, czy POZ, ale jeśli nie zadamy o pielęgniarki, to do POZ będzie trafiał nie-

doleczony pacjent z powikłaniami. Jeśli lekarz POZ wyśle swojego 80-letniego pacjenta do szpitala, to za dwa dni nastąpi zgon albo ciężkie powikłanie. Bo tam nie będzie opieki. Wystarczy, że położymy pacjenta z zapaleniem płuc na złej internie – a dobra interna to dobra pielęgniarka. Wszędzie na świecie zatrudnia się personel pomocniczy. Uważamy, że jest to obszar dla nowych zawodów, dla rynku pracy, tylko mądrze nazwanych. W kraju takim jak Dania, która prezentuje najwyższy z poziomów, ostatnio przeprowadzono badania populacyjne. Pomimo, że Duńczycy mają kilkanaście pielęgniarek na 1000 mieszkańców, twierdzą, że to za mało. Duńskie społeczeństwo jest gotowe dopłacić do opieki pielęgniarskiej. Nie nasze realia i nie nasza rzeczywistość.

Grzegorz Ziemiak: Tam są wyższe podatki, a ludzie wiedzą za co te wyższe podatki płacą.

Grażyna Wójcik: Percepcja tego problemu zaczyna się tak naprawdę na poziomie relacji w pracy, w zespołach terapeutycznych, z dyrekcją. Do niedawna większość dyrektorów mówiła „co tam, za drzwiami stoją pielęgniarki, nie muszą się przejmować”. To mało zarządcze myślenie. Niepokoją mnie zapowiedzi ministra Tombarkiewicza dotyczące tego, co się wydarzy po tych dwóch miesiącach. Mam wrażenie, że w tej chwili minister nie dostrzega jeszcze problemu pielęgniarek, nie rozumie jak jest ważnym wręcz kluczowy. Brakuje namysłu i pochylenia się nad złożonością problemu.



Grzegorz Ziemiak: Ale jest chyba też tak, że temat, o którym mówimy jest złożony. W pewnej mierze zależy od Ministerstwa Rodziny, ale również trochę od Ministerstwa Finansów, czy Ministerstwa Rozwoju. Za dużo jest centrów decyzyjnych.

Grażyna Wójcik: Kiedyś spotkałam się z wypowiedzią jednego z premierów, który gdy pojawiły się okresowe problemy, powiedział „nie, to jest za duży problem, my tego nie rozwiążemy”. Czyli świadomie stwierdził, że jest to zbyt trudny problem. Sądzę, że władze często nie mówią tego głośno, dlatego wielką rolę mogą tu odegrać inne ośrodki decyzyjne, które są odpowiedzialne za swoje podmioty.

Współpraca pielęgniarek i lekarzy – Jacek Krajewski, szef Porozumienia Zielonogórskiego

Grzegorz Ziemiak: Naturalnie weszliśmy w temat współpracy środowiska pielęgniarek i lekarzy. Sądzę, że dojrzelśmy do tego, żeby wejść w debatę dotyczącą problemów, które są wspólne dla tych środowisk. Zarówno finansowe, niedobór kadry, warunki pracy, normy, standardy. To wszystko jest wspólnym mianownikiem, natomiast wyczuwa się od pewnego czasu, że problemy rozwiązuje się nie wspólnie, a obok. Chciałbym prosić o wypowiedź Jacka Krajewskiego, Szefa Porozumienia Zielonogórskiego. Panie Doktorze, jak Pan widzi te problemy, które są w POZ? Pielęgniarki to także bardzo istotna grupa zawodowa, ale z Państwa punktu widzenia lekarza rodzinnego, jakie Państwo widzicie rozwiązania?

Jacek Krajewski: Wiele wątków zostało poruszonych w czasie debaty, temat jest ogromny. Przed spotkaniem rozmawialiśmy z Panią Prezes o tym, że tak naprawdę jesteśmy na siebie skazani. Problemy, które poruszamy, niezależnie czy wrzucamy kamyczek do ogródka jednego środowiska, czy do drugiego, są jednakowe. Wiadomo, w systemie jest za mało pieniędzy, a ponieważ jest krótka kołderka, to każdy ciągnie w swoją stronę. Każdy w swoim środowisku widzi problemy, definiuje je prawidłowo, ale uderzamy w ścianę, która różnie się nazywa, raz to jest NFZ, raz Ministerstwo Zdrowia, innym razem w Sejmie próbujemy załatwiać pewne sprawy, które dotyczą podstawowej kwestii, o której tutaj nie mówiliśmy. Jeżeli współpraca

dobrze się układa, mamy dobry zespół pielęgniarsko-lekarski z położną, tak jak np. w POZ, mamy wysoko wykwalifikowany personel, to czujemy się bezpieczniejsi. Odpowiedzialność za pacjenta i ryzyka, które ponosimy, są wtedy nieco mniejsze. Natomiast warto się poważnie przyjrzeć raportowi Pani Prezes, temu, że mamy coraz większe problemy z zapewnieniem właściwej obsady czy na oddziałach, czy z pozyskaniem pielęgniarki do POZ, bo również w tej chwili jest to wyczyn. Po prostu nie ma pielęgniarek na rynku, a jeśli już chcą podjąć pracę, to zazwyczaj nie na cały etat, najczęściej zatrudniają się w różnych miejscach. Albo dorabiają, przychodzą na godziny. Rzeczywistość naszego systemu to łatanie przez pół, ćwierć etatu, dorabianie sobie. A już dorabianie, jeśli chodzi o pielęgniarki jest wyzwaniem życiowym, bo co to jest 2400 zł brutto. Umówmy się. A to są przecież matki dzieciom, żony mężom, utrzymujące bardzo często w naszym tradycyjnym społeczeństwie te domy na swoich barkach, więc problem jest ogromny. To nie jest problem tylko tego rządu, to jest problem, który od wielu lat narasta.

Grzegorz Ziemiak: Ale nie jest to też wytłumaczenie.

Jacek Krajewski: Oczywiście, że nie. Ale przecież te zrywy, protesty Porozumienia Zielonogórskiego, a u nas pracują również pielęgniarki, zostały wcześniej uzgodnione w zespole, tak pracujemy w POZ. I rzeczywiście, zespół to podstawa funkcjonowania. W tej chwili stawia się na POZ i trudno, żebyśmy mieli coś przeciw temu, bo uważamy, że w każdym dobrym systemie ochrony zdrowia w jakimkolwiek kraju, dobry, silny, dobrze zorganizowany POZ to podstawa funkcjonowania. Zgadzam się, że poprawianie systemu w taki w sposób, że usprawniamy jeden obszar, a drugi zostawiamy odłogiem nie jest najlepszym pomysłem. Zmiany muszą być wprowadzane systemowo, potrzebna jest całościowa wizja jak system ma funkcjonować. Ale to są truizmy. Należy taką wizję stworzyć, opracować strategię, harmonogram. A my mamy obecnie jedną daną, która mówi, że za 10 lat będzie więcej pieniędzy w systemie. Ale to będzie za 10 lat.

Obecnie mamy taką sytuację, że młodzi ludzie kończą studia i wyjeżdżają – 10 tys. osób skończyło studia, a 2 tys. weszło do systemu, a co z resztą? Wszyscy wiemy jak to wygląda, język nie jest już w tej chwili problemem. Jesteśmy krajem otwar-

tym, mamy Internet, każdy wie jak się pracuje. Pracowałem za granicą, gdzie spotykałem wiele pielęgniarek Pakistanek, czy Filipinek, ale i Polek bardzo cenionych za granicą, podobnie jak lekarze. To nie problem znaleźć pracę w naszym zawodzie. Problemem jest, jak zostać w Polsce, wytrwać i ponosić odpowiedzialność przed pacjentem, że czegoś mu nie możemy zaoferować, bo finanse na to nie pozwalają. Politycy wypowiadają się w taki czy w inny sposób, że jest jakiś plan na załatwienie problemów, ale to my pielęgniarki, lekarze musimy wysłuchiwać od pacjentów różnego rodzaju pretensji, a także roszczeń. Dlatego postulaty środowiska pielęgniarskiego są jak najbardziej zrozumiałe. Pozostaje jeszcze kwestia jak te problemy zostaną rozwiązane, jaki będzie nacisk na decydentów i na ile to można załatwić w sposób dyplomatyczny i parlamentarny wskazując priorytety. Jak to zrobić w momencie, gdy politycy mówią „tak dobrze, ale jak wam damy, to zabierzemy armii, zabierzemy tam innym działom”.

Wojciech Szelaż: Ja już dawno Panie Doktorze wpadłem na pomysł, żeby każdy lekarz miał numer telefonu komórkowego do najbliższego lokalnego posła i przekazywał go pacjentom.

Jacek Krajewski: Pewnie poseł usłyszałby kilka ciepłych słów na swój temat.

Wojciech Szelaż: Zapewne, tylko chodzi właśnie o to, żeby społeczeństwu tę świadomość wszczepić, że oprócz relacji lekarz-pacjent jest jeszcze ktoś, kto tak naprawdę podejmuje decyzję i warto byłoby go uwzględnić w tych pretensjach.

Jacek Krajewski: Problemów jest bardzo dużo, a dzisiaj Pan Minister Tombarkiewicz nie był szczególnie przygotowany do odpowiedzi na zadane pytania. Myślę, że za dwa miesiące także nie będzie miał tych odpowiedzi. A jeżeli rozmawiamy poważnie, to jakąś wizję rozwiązania problemu warto byłoby mieć. Porównywanie się do krajów zachodnich to bardzo ryzykowna sprawa. Inny standard życia, inne rozwiązania, te systemy są tak różne i tak wiele spraw zależy także od społeczeństwa. Pacjent jest przyzwyczajony od wielu lat do pewnych standardów, do pewnych usług. Natomiast u nas, gdy spojrzymy na jakość świadczeń, to jesteśmy przekonani, że mamy bardzo dobry personel pielęgniarki i lekar-

ski. Ale jeżeli mówimy o tym, że należy zwiększać liczbę pracowników medycznych, to pamiętajmy, że obieg pieniądza w systemie jest zamknięty. Potrzebujemy większej liczby pielęgniarek, więcej lekarzy i położnych, bo oni tak naprawdę decydują o kierunku leczenia, ocenie zdrowia pacjenta. A do tego możemy dodawać inne zawody. Na to się muszą znaleźć pieniądze. My rzeczywiście tych wszystkich papierków nie musimy wypełniać i tej biurokracji, która nas przytłacza. Możemy się zająć tym, co najlepiej umiemy, czyli leczyć ludzi i pielęgnować. Natomiast to wszystko musi być załatwiane równolegle. Jeżeli planujemy zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia o następne trzydzieści kilka miliardów w ciągu 10 lat, to zastanówmy się jak te pieniądze wydamy. Czy ktoś powiedział, na co zostaną przeznaczone? Nie. Więc to, że w tej chwili środowisko pielęgniarskie podnosi coraz mocniej głos, służy także temu, by zwrócić uwagę na ten problem. A jaką część tych pieniędzy otrzymają lekarze – my także będziemy o to pytać. Czy wystarczy jeszcze na dodatkowe zawody? To jest słowo klucz. Samo mówienie o tym, że za 10 lat będzie więcej pieniędzy jest dla nas niewystarczające. Czekamy na więcej szczegółów.

Wojciech Szelaż: Chciałbym jeszcze dopytać Pana o jeden z problemów, o którym mówiliśmy tutaj na wstępie, czyli relację pielęgniarka-lekarz, bariery mentalne, stereotypy. Pan pięknie mówił i bardzo słusznie o pracy w zespole. I tak byśmy sobie to wyobrażali, że jesteśmy na siebie skazani, że jesteśmy od siebie zależni, że nie ma jednych bez drugich, że tak to powinno działać. Ale rzeczywistość jest czasem zupełnie inna – traktowanie pielęgniarek przez lekarzy to jeden z czynników odstręczających od zawodu.

Jacek Krajewski: Ja nie widziałem takich zachowań ani sam się tak nie zachowuję. Pielęgniarka to partner w zawodzie, natomiast być może takie zdarzenia mają miejsce. Uważam, że to jest temat poboczny. Musimy oczywiście pamiętać o tym, że łączy nas odpowiedzialność za pacjenta. Natomiast, jeśli relacje między pielęgniarką a lekarzem są takie jak Pan redaktor powiedział, to nie świadczy o tym, że lekarz jest lepszy od pielęgniarki, albo pielęgniarka od lekarza. To świadczy tylko o tych ludziach.



Wojciech Szelaż: Ale to jest zjawisko społeczne, bo ja nie mając związku z szeroko rozumianym środowiskiem medycznym również o tym słyszę. A argument, że ja się z tym nie stykam – Pan wybaczy – mnie nie przekonuje. Swego czasu uporczywie szukałem kogoś, kto zagłosował na Samoobronę, ale to, że nie znalazłem takiej osoby nie oznaczało, że Samoobrony nie było w Sejmie.

Jacek Krajewski: A mnie nie przekonuje to, co Pan mówi Panie redaktorze. Czy Pan widział takie zachowanie lekarza wobec pielęgniarki albo pielęgniarki wobec lekarza?

Wojciech Szelaż: Nie, ale słyszę od pacjentów.

Jacek Krajewski: Jeżeli pacjenci tak mówią to znaczy, że to są przykłady, natomiast nie jest to powszechne zjawisko. Pracowałem kilkanaście lat jako internista, później zrobiłem specjalizację z medycyny rodzinnej. Nie było takich zachowań. Cham może się zdarzyć w każdym środowisku, niekoniecznie lekarskim i niekoniecznie pielęgniarskim. Jesteśmy osobami publicznymi, a lekarz i pacjent przebywają w środowisku zamkniętym, więc pacjent widząc takie zachowanie, przekazuje informacje dalej. Natomiast wzajemny szacunek jest podstawą dobrej współpracy zespołu z pacjentem. Trudne, stresujące momenty między nami mogą zaistnieć w różnych sytuacjach – np. na oddziale, gdy ratujemy życie albo zdrowie pacjenta. Natomiast nie traktowałbym tego jako problem, który nas dzieli. Nam jest znacznie bliżej do siebie ze względu na wspólne interesy.

Lekarze i pielęgniarki – co ich łączy – Romuald Krajewski, Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Grzegorz Ziemniak: No właśnie o tych interesach czy o tej wspólnotce bym chciał porozmawiać prosząc Pana Romualda Krajewskiego, Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, o rozwinięcie tego tematu. W jakich obszarach widać tę wspólnotę i czy ma ona szansę być jeszcze bliższa. Bo tak jak mówiliśmy, jest tak wiele wspólnych tematów, że wydaje się, że synergia między środowiskami lekarskimi i pielęgniarskimi jest naturalna. Co przeszkadza żeby ją jeszcze bardziej wzmocnić. O ile coś przeszkadza.

Romuald Krajewski: Pan redaktor mówi o relacjach pielęgniarka-lekarz w taki sposób, jak się dyskutuje publicznie na ten temat. Natomiast są dane, wiemy jak to wygląda. Po pierwsze, konfliktów w ochronie zdrowia jest bardzo dużo – między pracownikami, między pracownikami a pacjentami, to jest specyfika tego miejsca pracy. Amerykańskie dane pokazują, że jest ich parokrotnie więcej niż w jakimkolwiek innym miejscu pracy. Jeżeli mamy 100 tys. lekarzy i prawie 200 tys. pielęgniarek, to będą tu zdarzały się różne sytuacje i część z nich będzie na pewno skandaliczna. Polskie badania pokazują, że tylko kilka procent problemów, których doświadcza każda pielęgniarka w ciągu roku, to problemy z pracownikami. Powiedziałbym, że sytuacja się poprawia. Niewątpliwie pozytywny wpływ na wzajemne relacje ma wyższe wykształcenie pielęgniarek, co widać w codziennej pracy. Ja akurat miałem szczęście pracować w miejscach gdzie takich konfliktów nie widziałem, podobnie jak Jacek. Na pewno chcielibyśmy wszyscy, aby takich sytuacji nie było, ale jednocześnie zdajemy sobie sprawę, że ich nie unikniemy. Jeśli pracownicy spotykają się w stresujących warunkach, to od czasu do czasu między nimi zaiskrzy, ale staramy się, aby takich sytuacji było jak najmniej. Natomiast wracając do głównego wątku dyskusji. Ten rok w Europie można śmiało nazwać rokiem ochrony zdrowia. Docierają do nas informacje o strajkach lekarzy w wielu krajach, którym zazdrościmy ochrony zdrowia. W tej chwili np. strajkują koledzy w Słowenii – pracują tylko 40 godzin tygodniowo, czyli tyle, na ile pozwalają przepisy.

Grzegorz Ziemniak: Czyli tzw. strajk włoski.

Romuald Krajewski: Nie mieli chyba specjalnej nazwy. Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę, że kiedy rozmawiamy o problemach ochrony zdrowia i kadr, to skupiamy się na sektorze publicznym, co moim zdaniem jest nieco niewłaściwe. Pacjenci korzystają ze świadczeń przecież w różnych miejscach, zgodnie ze swoimi możliwościami, czy upodobaniami. Z kolei skupienie się na systemie publicznym jest tak ważne, bo tam trafiają częściej osoby nieuprzywilejowane. Sądzę także, że w naszym systemie nie ma problemu marnotrawienia środków. My tych środków mamy po prostu za mało. Natomiast temat ten pojawia się w dyskusji, bo filozofia naszego systemu jest taka, żeby dać każdemu, ale w tym momencie od-

chodzimy od jakości świadczeń. A jeśli tej jakości nie możemy zapewnić, to mówi się, że marnotrawimy środki. Brakuje takiej filozofii, że lepiej zrobić coś na wysokim poziomie, ale dla ograniczonej liczby osób. To jest kwestia podejścia i polityki. Druga rzecz, o której mówimy w samorządzie lekarskim od bardzo wielu lat – jeśli system funkcjonuje źle, to potrzeba kilkunastu lat, żeby to naprawić. Brakuje wyprzedzającego myślenia – „za kilkanaście lat to, jaki tam rząd będzie wtedy? Na pewno nie nasz” – takie podejście u nas dominuje. A jeżeli chcemy, by coś się zmieniło, to trzeba sobie zdawać sprawę, że zajmie to bardzo dużo czasu, będzie bardzo trudne i niezwykle skomplikowane, że trzeba podejmować wiele działań. Jeżeli chodzi o problemy samych pielęgniarek, to uważam, że zdecydowanie jest to wina systemu – po prostu w pewnym momencie się okazało, że pielęgniarki są tą grupą zawodową, na której można zaoszczędzić i zaoszczędzono. Dramatem jest to, o czym tu mówimy, że tylko 1/3 osób, które kończą studia, pozostaje w zawodzie. Dlaczego tak się dzieje? Bo oferta jest nieatrakcyjna. To samo dotyczy osób z zagranicy. Mówimy często: Ukraina, tam jest dużo osób chętnych, aby podjąć u nas pracę. Ale popatrzmy ile osób przyjeżdża do nas. Nie przyjeżdżają do Polski, bo to nie jest atrakcyjne miejsce do pracy. I to dotyczy zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy.

Wskazano tutaj władze publiczne, które mogłyby pomóc. My jednak zdecydowanie zwracamy uwagę na mechanizm, który przyniosła ze sobą Unia Europejska. Możliwość pracy w różnych miejscach pomogła pracownikom i na pewno wiele osób na tym skorzystało. Ale pomogła również pracodawcom, którzy zaczęli mówić ludzkim głosem. Bo za drzwiami nie stoi już kolejka chętnych do pracy i nie jest tak, że każdego można wyrzucić, bo na jego miejsce znajdą się trzy nowe osoby. Okazało się, że ludziom trzeba coś zaoferować. Nadchodzi era pracowników, a nie pracodawców i trzeba będzie naprawdę się postarać, żeby pracownika zdobyć i zatrzymać. Mówiliśmy też jak ważna jest jakość pracy. Cieszę się, że coraz więcej osób ten temat podejmuje. Zwracamy również uwagę, że należy budować zaufanie do systemu. W Polsce natomiast systematycznie politycy od lat rujnują to zaufanie. Można mieć również zaufanie do biednego systemu. Tylko, jeżeli tego nie robimy, to cokolwiek będzie, i tak wszyscy będą niezadowoleni i będą mówić, że powinno być

zupełnie inaczej. Jeżeli zachowamy taki poziom dyskusji, to nigdy nie będziemy mieć dobrego systemu, bo oczekiwania są zawsze większe. I na koniec jeszcze jedna uwaga, według mnie bardzo ważna w kontekście rozmów o systemie ochrony zdrowia. Proszę zauważyć, że nikt z tutaj dzisiaj występujących nie zwrócił uwagi, że system oceniamy na podstawie równowagi między potrzebami, oczekiwaniami, a możliwościami. Nasz problem polega na tym, że myślimy tak: potrzeby są jeszcze większe, a my potrzebujemy coraz większych nakładów. Ale jest jeszcze inne rozwiązanie, które moim zdaniem musi być stosowane, bo nakłady finansowe zawsze będą za niskie. Należy pracować również nad drugą stroną równania. To są oczekiwania wobec systemu ochrony zdrowia. Jeżeli będziemy wszystkim wszystko obiecywać, to cokolwiek byśmy zrobili, jesteśmy skazani na coraz gorszą ocenę systemu ochrony zdrowia. Mam nadzieję, że kiedyś ten trend się odwróci i cieszę się, że o tym mówimy. To byłby punkt wyjścia do racjonalnej dyskusji na co nas stać w ochronie zdrowia. Na co chcemy wydawać pieniądze, a na co pieniędzy nie mamy. Druga taka dyskusja nie będzie miała miejsca na forum politycznym i w takiej grupie jak nasza. Myślę, że tak samo, jak szamoczemy się teraz – jeszcze długo będziemy się szamotać. Dzisiejsza dyskusja o tym bardzo dobrze świadczy.

Weryfikacja kompetencji lekarzy i pielęgniarek – Ireneusz Pikulicki, niezależny ekspert

Grzegorz Ziemniak: Ja jeszcze jedno dołożyłbym do tego równania – mianowicie mierzenie efektów leczenia. Bo do tej pory mamy „fee for service”, a nie „fee for performance” jak to się mówi w żargonie naszego środowiska.

Ireneusz Pikulicki: Dotarłem do raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 2010 roku. Nie wiem czy Pani pamięta, że w 2001 roku Ministerstwo Zdrowia szacowało, że w 2010 roku potrzeby pielęgniarskie będą wynosiły między 328 a 345 tys. I to są dane z raportu z 2010. Mniej więcej w tym samym czasie NFZ zamroził stawki rozliczeniowe za punkty. Mimo, że raport był dramatyczny, to wycena punktu w lecznictwie szpitalnym, jest na tym samym poziomie praktycznie od tego roku. Jedyne, co się wydarzyło to podwyżki, tzw. „zembalówki”. Jedyne dopływ pieniędzy.

Grzegorz Ziemniak: Tak naprawdę przesunięcie. Bo wiemy, że to nie są dodatkowe pieniądze.

Ireneusz Pikulicki: To niewątpliwie przyczyna tego, co wydarzyło się później. Jeżeli wycena punktu była na tym samym poziomie, to skąd pracodawcy mogli mieć pieniądze na podwyżki. Z kolei brak podwyżek spowodował, że mniej osób po studiach chciało kontynuować pracę w zawodzie. I stąd taki niedobór – z 328 tys. na 220 tys. Poruszyliśmy w czasie tej dyskusji wiele tematów, które chciałbym podsumować. Bo Ministerstwu Zdrowia także należy podpowiedzieć, co i w jakiej kolejności powinno być zrobione.

Na początku należałoby zweryfikować kompetencje lekarzy i pielęgniarek. Faktem jest, że mamy w systemie niedobór i lekarzy i pielęgniarek, a wynagrodzenia pielęgniarek są tak niskie, że nie chcą one kontynuować pracy w zawodzie. I nie ma co liczyć na to, że będzie tak duży dopływ pieniędzy, że wynagrodzenia pielęgniarek znacznie wzrosną, bo proponowane 400 zł co roku nie zaspokoi potrzeb tej grupy zawodowej. W związku z tym przesunięcie części kompetencji z lekarzy na pielęgniarki, które w tej chwili mają wyższy poziom kształcenia, ponieważ wszystkie kończą wyższe studia, może spowodować uwolnienie pewnych środków, które będzie można przeznaczyć dla pielęgniarek i w ten sposób podnieść wynagrodzenia, szczególnie tych bardziej wykwalifikowanych.

Minister zdrowia mówił także o szkołach niższego szczebla dla pielęgniarek. Wydaje mi się, że nie powinniśmy upraszczać obecnego systemu kształcenia, ale kształcić zdecydowanie więcej opiekunek medycznych, które przejęłyby czynności pielęgnacyjne, dzięki czemu pewne zasoby pielęgniarek zostałyby uwolnione. Opiekunki wymagałyby prostszego wykształcenia i byłyby również tańszymi pracownikami. Być może te koszty, które spowodowałyby zwiększenie ilości personelu, nie byłyby aż tak wysokie jak proste podwyżki.

Mówi się także o normach zatrudnienia, które powinny uwzględniać nowe stanowiska w opiece zdrowotnej, takie jak chociażby opiekunki medyczne. Zostało wykształconych około 30 tys. opiekunek, których nie uwzględniono w żadnych regulacjach. Pracodawcy są zobowiązani zatrudnić minimalną ilość lekarzy i pielęgniarek, a nigdzie nie ma mowy o opiekunkach.

Gdyby udało się na nowo określić kompetencje pracowników medycznych, to należałoby również zweryfikować nieco system szkolnictwa, być może wprowadzić nowe elementy do edukacji pielęgniarek, a może nie, trudno powiedzieć w tej chwili. Natomiast z pewnością istnieje duża potrzeba planowania, państwo powinno planować.

Jakość kształcenia – podnosiłbym jakość kształcenia pielęgniarek. Społeczeństwo będzie się starzało, długość życia będzie się wydłużała, problemów będzie coraz więcej i coraz więcej trudniejszych. To, co jest naszą bolączką to wiele niepotrzebnych kierunków w szkolnictwie, za które państwo płaci, a ich absolwenci nie mogą znaleźć pracy. Jaki to ma sens? Nie ma sensu. Szkolnictwo powinno być dostosowane do potrzeb kraju i wówczas powinno być bezpłatne. Być może należałoby wprowadzić jakąś formę stypendiów dla tych zawodów, ale również zabezpieczenia przed tym, aby ci studenci zbyt wcześnie nie opuszczali Polski. Jeżeli ktoś się wykształcił za pieniądze państwowe, to jakiś czas po studiach powinien przepracować w Polsce. W tej chwili za studia medyczne lekarskie na polskich uczelniach płaci się 36 tys. zł rocznie, jeśli ktoś chce odbyć te studia prywatnie. Być może absolwenci tych studiów sfinansowanych przez państwo powinni zapłacić 6x36 tys. zł, jeśli chcą wyemigrować zaraz po ich zakończeniu.

Wojciech Szelaż: Nie pamiętam, który kraj stał się pretekstem do rozstrzygnięcia, że takie rozwiązanie jest sprzeczne z prawem UE.

Ireneusz Pikulicki: Jest to pewne ograniczenie. Natomiast potrzebny jest być może system zachęt. Jeżeli wszyscy studenci uczący się na kierunkach przez państwo pożądanym mieliby zagwarantowaną pracę po studiach, wsparcie w postaci stypendiów, które otrzymywaliby w czasie studiów, to sądzę, że to również by bardzo pomogło.

Grzegorz Ziemniak: W tym miejscu warto wspomnieć o rozwiązaniach typu „klarowna ścieżka kariery”. Młody człowiek wchodząc do systemu chciałby wiedzieć, co go czeka za 2-3 lata i ile będzie zarabiał. Potem, chciałby wiedzieć, że po następnym okresie pracy będzie zarabiał proporcjonalnie więcej.



Z przykrością stwierdzam, że pacjenci postrzegają relacje między lekarzem a pielęgniarką jako złe. Komunikujemy się ze sobą dla dobra pacjenta. Lepiej się pracuje w środowisku bez konfliktów.

Ireneusz Pikulicki: Rolą państwa jest zaplanowanie systemu finansowania kształcenia uwzględniającego liczbę specjalistów, których potrzebujemy oraz poziom ich wykształcenia. Inaczej będziemy tkwić w martwym punkcie. Jest jeszcze jedna rzecz, o której mówiliśmy, czyli otwarcie się na personel ze Wschodu. Naturalnie, po wejściu do UE ze wszystkich krajów Europy Wschodniej ludzie emigrują na Zachód, bo tam otrzymują wyższe wynagrodzenia. Natomiast w Polsce nic nie zrobiono, aby aktywnie ściągać personel ze Wschodu. Nie chodzi o to, żeby dopuszczać do zawodu ludzi, którzy nie spełniają kwalifikacji. Chodzi o to, aby wdrożyć różne rozwiązania, które pomogą tym ludziom się przystosować, czyli kursy językowe, być może doksztalcanie zakończone egzaminem, który zweryfikuje umiejętności. Gdyby cudzoziemiec otrzymał taki pakiet, a chciałby wyemigrować z Polski, musiałby pokryć jego koszty. Ale przede wszystkim chodzi o to, by w Polsce powstał system, który zachęciłby pracowników ze Wschodu. Tego typu rozwiązania są stosowane oddolnie, ale tu bardziej chodzi o to, żeby państwo uregulowało tę sprawę.

Pacjent jest najważniejszy – Urszula Jaworska, Fundacja Urszuli Jaworskiej

Wojciech Szelaż: Co pewien czas pojawia się tutaj słowo pacjent, bo pacjent jest najważniejszy. Ale pacjenci się jeszcze nie wypowiadali w tej dyskusji. Pani Urszula Jaworska, prosimy. Oczywiście z zastrzeżeniem, że dzielimy się na tych, którzy byli, są albo będą pacjentami.

Urszula Jaworska: Mam to szczęście, że będziemy współpracować z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych i próbować pogodzić te dwa środowiska. Celowo tak mówię, bo po 20 latach doświadczeń i badań potrzeb pacjenta mam swoje zdanie na ten temat. Pracując z każdą grupą zaczynamy od badania potrzeb. Przygotowałam dla Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych prezentację obejmującą takie zagadnienia jak pielęgniarka z punktu widzenia pacjenta, relacje pielęgniarka-pacjent, relacje pielęgniarka-lekarz. I tu z przykrością stwierdzam, że pacjenci postrzegają relacje między lekarzem a pielęgniarką jako złe. Takie problemy zdarzają się w każdym zawodzie nie tylko w medycynie. Podam taki przykład: Hanka Bielicka i Irena Kwiatkowska



przez 30 lat pracy w Teatrze Syrena nienawidziły się, a mimo to przebywały w tej samej garderobie. Czy ktoś zauważył to na scenie? – nie. Komunikujemy się ze sobą dla dobra pacjenta, dlatego trzeba te relacje tak budować, żeby pacjent na tym nie cierpiał. Pielęgniarkom i lekarzom też lepiej się pracuje w środowisku bez konfliktów, które mają wpływ na codzienną pracę – człowiek wychodzi bardziej zmęczony relacjami ze współpracownikami niż samą pracą.

Wojciech Szelaż: Pacjent nie powinien tego widzieć, ale Panowie mówią, że oni tego nie widzą.

Urszula Jaworska: Z punktu widzenia lekarza może to wyglądać inaczej niż z punktu widzenia pacjenta. Więc umówmy się, że każdy mówi ze swojego punktu widzenia. To nie jest moja jednoroczna obserwacja, ale 20 lat obserwacji potrzeb pacjenta i tego jak ten pacjent czuje się w placówce medycznej. Lekarz, czy pielęgniarka są tam z wyboru, bo taki zawód wybrali, ale pacjent przebywa tam z konieczności. Również relacje pielęgniarka – pielęgniarka nie są łatwe i warto o tym pamiętać. Środowisko pielęgniarek musi nad nimi popracować, szczególnie wtedy, gdy jedna z nich awansuje na dyrektorskie stanowisko, wówczas relacje w miejscu pracy nie są łatwe. To są trudne sprawy zarówno dla środowiska medycznego, jak i dla pacjenta, warto o tym pamiętać. W czasie dzisiejszej dyskusji padło bardzo ważne stwierdzenie, że system lekarza i pielęgniarki jest нефункцийny. Na pewno nie jest funkcyjny bez pacjenta. Z rozwiązywaniem tych problemów bardzo dobrze radzi sobie Holandia. Pamiętajmy, że gdyby na tydzień wszyscy pacjenci zastrajkowali, to my wszyscy stracilibyśmy pracę. To pacjent daje wszystkim zatrudnienie. Kompetencje są nieodłącznym elementem zawodów medycznych, ale równie ważne są predyspozycje.

Grzegorz Ziemiak: W tym miejscu chciałbym poruszyć jeszcze jedną kwestię. Mówimy tu o różnych siłach, wektorach, nazwijmy to konfliktowych. A ja mam duże wątpliwości co do zjawiska, które się w ostatnich latach nasila – pozwów o byle co kierowanych przeciw pracownikom medycznym, które czasem są po prostu nadużyciem, cwaniactwem – nie bójmy się tego słowa. Czy środowiska pacjenckie nie powinny przedsięwziąć jakichś kroków, akcji społecznych, które pokażą, że to są w wielu przypadkach działania nieuczciwe. Bo tam, gdzie mamy do czynienia z ewidentnymi błędami medycznymi, czy z działaniami o charakte-

rze karygodnym, to wówczas nie ma wątpliwości, ale wiemy, że z tym bywa różnie.

Urszula Jaworska: Kilka lat temu realizowaliśmy projekt, którego efektem było wydanie poradnika „Komunikacja w leczeniu”. Były to warsztaty, szkolenia lekarzy dla pacjentów, debata pacjentów i lekarzy z różnych ośrodków, bo zależało nam na tym, aby nie było między nimi relacji. Debatę była bardzo ostra i w pewnym momencie jeden z pacjentów powiedział, że oczekuje od lekarzy empatii. W odpowiedzi na to lekarz zapytał co to jest. A pacjenci chcieliby wiedzieć wszystko na temat swojego leczenia. Wiemy, że lekarze nie mają czasu, dlatego podczas realizacji tego projektu szkoliliśmy lekarzy jak zarządzać czasem podczas spotkania z pacjentem, aby lekarz był takim woźnicą, który trzyma w ryzach pacjenta. Jeśli pacjent dostanie pakiet informacji na temat swojego leczenia, będzie wiedział, czego oczekuje, to rzeczywiście trudniej będzie mu później do czegośkolwiek się przyklepić. Nie mówię tu o błędach lekarskich, bo one się zdarzają, ale o „widzi mi się” pacjenta, który bez powodu może złożyć pozew przeciw lekarzowi.

Grzegorz Ziemiak: Ta roszczeniowość ostatnio bardzo wzrosła, jest napędzana przez adwokatów, ale trzeba z tym walczyć. Bo proces leczenia to nie jest przykrećanie śruby w fabryce.

Urszula Jaworska: Staram się o tym w środowisku pacjentów mówić, ale ubolewam, że jesteśmy jedyną organizacją, która ma w statucie prawa i obowiązki pacjenta. Próbowaliśmy z biura Rzecznika Prawa Pacjenta wydobyć informacje, jakie są obowiązki pacjenta, musimy jako środowisko popracować nad tym sami. Pacjent powinien zdawać sobie sprawę, że ma nie tylko prawa. Powinien otrzymać informacje jak ma się przygotować do wizyty u lekarza, pobytu w szpitalu i całej procedury związanej z leczeniem, że ma się stosować do zaleceń lekarskich. W tej chwili wspólnie z Ministerstwem Zdrowia i NFZ wprowadzamy model opieki skoordynowanej w stwardnieniu rozsianym. Jedną z moich propozycji dotyczącej rehabilitacji hybrydowej jest taka, że jeśli pacjent przez tydzień nie będzie się stosował do zaleceń lekarza, świadczenie zostanie mu odebrane. Ja się tego nie boję, biorę to na siebie. I tu proszę do środowiska lekarskiego i pielęgniarskiego, abyście Państwo mówili pacjentom, że mają również obowiązek stosowania

się do zaleceń lekarskich. Nikt nikogo do leczenia nie zmusza. Państwa misją jest takie leczenie, żeby pacjent wyzdrowiał i w dobrym stanie został wypuszczony do domu. Proszę pamiętać, że macie prawo do tego, by wymagać, żeby pacjent stosował się do zaleceń. Nie może być tak, że w szpitalu pilnujemy pacjenta, a po wyjściu do domu robi co chce i wraca z powikłaniami. Państwo macie problem, system ma problem – nie tylko moralny, ale również finansowy.

Grzegorz Ziemiak: A płaci za to pan, pani, społeczeństwo.

Urszula Jaworska: To jest nasza prośba do środowiska medycznego, żeby zacząć odważnie mówić pacjentowi – masz swoje prawa, ale masz także obowiązki. Same organizacje pacjenckie sobie z tym nie poradzą, jeśli wy nas w tym nie wespriecie.

Grzegorz Ziemiak: Jeszcze drugi głos. Ewa Borek, fundacja My Pacjenci.

Ewa Borek: Jesteśmy obywatelskim think tankiem, rozwijającym się w ochronie zdrowia. Przyglądamy się tym procesom, które dotyczą zawodów medycznych, obserwujemy narastającą frustrację, przemęczenie i wypalenie zawodowe lekarzy. Obserwujemy problemy płacowe pielęgniarek, zgłaszane od wielu lat i jak do tej pory nierozwiązane skutecznie. Próbowujemy to zrozumieć, przeanalizować. Dochodzimy do wniosku, że to z czym mamy do czynienia, to że lekarze i pielęgniarki czują się niekomfortowo w swoich rolach zawodowych, a pacjenci też w pewnym sensie doświadczają skutków tej sytuacji, to m.in. efekt zmieniających się trendów w ochronie zdrowia. Na świecie ochrona zdrowia bardzo wyraźnie migruje – z dawnego modelu medycyny interwencyjnej do modelu medycyny prewencyjnej. Zupełnie inaczej wygląda podział zadań, relacje pomiędzy personelem medycznym, ale i pacjentami. W modelu medycyny interwencyjnej gros odpowiedzialności za leczenie spoczywa na lekarzu, pielęgniarka ma rolę pomocniczą. Pacjent również w tym modelu nie jest partnerem terapii. Z kolei model medycyny prewencyjnej zakłada zdecydowanie większy udział w kontaktach z pacjentem, w edukacji, zajęciu się profilaktyką, obsłudze pacjenta przez pielęgniarki, ale także przez szereg innych zawodów medycznych, które docelowo powinny się w tym

modelu pojawić, jeżeli on miałby być realizowany skutecznie. Medycyną prewencyjną, prócz pielęgniarek, powinni się zajmować dietetycy, fizjoterapeuci, eksperci edukacji zdrowotnej. I to jest taki model, w którym główny ciężar zadań opieki nad zdrowym pacjentem nie spoczywa na lekarzu. Szczerze mówiąc to model, w którym lekarz ma niewiele do zrobienia. Za to bardzo wiele ma pielęgniarka. Sądzimy, że i lekarze i pielęgniarki obecnie czują się w swoich rolach niekomfortowo.

Dlatego należy na nowo zdefiniować podział zadań między personelem medycznym i do takich słusznych wniosków Państwo tutaj doszli troszkę inną drogą. Ten podział zadań powinien uwzględniać zdecydowanie większą liczbę obowiązków, które mogą wziąć na siebie pielęgniarki. Takie procesy zachodzą w innych krajach od lat. Model pielęgniarki amerykańskiej „practicing nurse”, ma już 50 lat i warto czerpać z tego wzoru. To jest model, w którym pielęgniarka zbiera wywiad, bada, przygotowuje informacje o pacjencie dla lekarza. Lekarz przychodzi na 10 minut, czyli mniej więcej na tyle, ile w Polsce lekarz ma na wszystko – słucho, co ma do powiedzenia pielęgniarka, rozmawia z pacjentem, również bada, wydaje zalecenia pielęgniarskie, a ona je wdraża. Pielęgniarka prowadzi dokumentację medyczną, wypisuje skierowania, zaświadczenia, recepty i tak naprawdę 80% czasu pacjent spędza nie z lekarzem, tylko z pielęgniarką. To jest model, który oszczędza lekarza. W Polsce lekarze potrzebują bardzo dużego wsparcia, bo za chwilę ostatni lekarz wyemigruje sfrustrowany nadmiarem obowiązków. Te zadania mogą i powinny przejąć pielęgniarki. Są z resztą do tego chętne. Ale za zmianą zakresu zadań musi pójść zmiana wysokości uposażeń. Sądzę, że dyskusja o podwyżkach dla pielęgniarek odniosłaby większy skutek, gdyby wynikała właśnie z koncepcji nowego podziału zadań między lekarzami i pielęgniarkami. Wydaje mi się, że czeka nas ze strony Ministerstwa Zdrowia określenie pewnej wizji, do jakiego modelu medycyny zmierzamy. Myślę, że model medycyny interwencyjnej w Polsce jest nie do utrzymania, bo jest zbyt kosztowny. Istnieją jednak duże rezerwy, które mogłyby być przekazane na zmianę i rozwój medycyny o charakterze prewencyjnym. Przed nami pewnie duża debata społeczna dotycząca nowego podziału zadań, nowego podziału ról między lekarzami i pielęgniarkami, z bardzo prostej przyczyny – model, który mamy nie jest w

stanie wytrzymać próby czasu i on tylko będzie się osuwał w tych wskaźnikach, w których się osuwa i to osuwanie się we wskaźnikach jakości i skuteczności opieki zdrowotnej obserwujemy od lat. Mam nadzieję, że ta debata zapoczątkuje szerszą dyskusję na ten temat, bo nowy podział zadań z perspektywy pacjentów wydaje się nieunikniony.

Wojciech Szelaąg: Bardzo mi się podobała ta fraza o oszczędzaniu lekarzy, pielęgniarek i położnych. Nie oszczędzaniu na, ale oszczędzaniu ich samych.

Kaja Szwykowska: Pani poruszyła dokładnie ten aspekt relacji między lekarzem a pielęgniarką, który jest tym prawdziwym problemem. Mówiąc we wcześniejszej fazie dyskusji o relacji między lekarzem a pielęgniarką skupiliśmy się na wymiarze indywidualnym, wymiarze kultury osobistej i rzeczywiście to nie jest ten problem. Problemem jest postępujący i utrzymujący się brak zaufania w systemie do kompetencji pielęgniarskiej, ustalenie jej w systemie w roli – proszę wybaczyć to słowo – służebnej. Dokładanie kolejnych zobowiązań czy obowiązków, za czym nie idzie zmiana pozycji, czy zmiana wynagrodzenia. Przykładem może być kwestia wypisywania recept – system nie był łaskaw przez bardzo długi czas, chociaż chyba ostatnio to zostało zmienione, zapewnił finansowania szkoleń, a więc pielęgniarki miały obowiązek same sfinansować szkolenia w tym zakresie. Za wypisanie recepty lekarz dostaje stawkę, pielęgniarka póki co nadal chyba nie. Jeśli chodzi o relacje wewnętrzne, chciałabym zwrócić uwagę na dwie kwestie – na to, by zarządzających w systemie ochrony zdrowia na poziomie placówek, a więc w bardzo wielu przypadkach również lekarzy, wyposażać w miękkie kompetencje zarządcze, które dotyczą motywowania, zarządzania zespołem, przywództwa. Z tego, co się orientuję, w większości uczelni medycznych takich kompetencji się nie naucza. Jeszcze chciałabym zwrócić uwagę na jeden aspekt – zgoda na niskie wynagrodzenie i niską pozycję społeczną pielęgniarek w systemie w dużej mierze jest wynikiem ogólnego postrzegania kobiety w pracy zawodowej. Ponieważ pielęgniarstwo, z całym szacunkiem dla wszystkich panów pielęgniarczy, jest jednak zawodem sfeminizowanym, istnieje do pewnego stopnia społeczne przyzwolenie na to, że pielęgniarka może być traktowana inaczej, może za tą samą pracę otrzymywać inne wynagrodzenie.

Znaczenie jakości w systemie ochrony zdrowia – Robert Mołdach, Prezes IZiD

Grzegorz Ziemniak: Wcześniej rozmawialiśmy także o bardzo ważnym elemencie - o jakości, która pojawiła się w różnych kontekstach, zarówno, jakości leczenia, jak i jakości wyleczenia. I to jest chyba najważniejsze żeby miernik, jakości wyzdrowienia był uwzględniany we wszystkich dyskusjach jakościowych. Chciałbym poprosić o głos Roberta Mołdacha. Robercie – zarówno w kontekście Twoich doświadczeń, kiedy byłeś szefem kliniki, jak i działalności naukowej, chciałbym Cię poprosić o komentarz w tej kwestii. Jak Polska plasuje się w tej kategorii i czy jest szansa żeby w tej mizerii finansowej, którą cały czas mamy i którą Pan Minister potwierdzał, można postawić na jakość – w świadczeniach chociażby pielęgniarskich.

Robert Mołdach: Rzeczywiście w pewnym okresie swojego życia zarządzałem szpitalem, byłem prezesem spółki prowadzącej szpital i miałem wspańnię wyzwanie – zwiększyć 5-krotnie zakres usług w sensie finansowym oraz 10-krotnie skalę działalności w postaci powierzchni i 3-4-krotnie w zakresie zatrudnionego personelu. Wspólnie z zespołem udało nam się to osiągnąć. Trwało to około 5 lat,

a nie udało się bez pielęgniarek. Pielęgniarki były pierwszą grupą, do której zwróciłem się jako dyrektor szpitala. Nie miałem z tym problemu ani nie mieli z tym problemu lekarze, nikt nie miał z tym problemu, wszyscy wiedzieliśmy, że szpital, choć interwencyjny, bazuje nie tylko na lekarzach, ale i na pielęgniarkach. I jeżeli mamy tak daleko idące wyzwania, które stawiają nam inwestorzy, bo to był szpital prywatny, to jeżeli chcemy je zrealizować, musimy wykorzystać kluczowy potencjał szpitala, czyli pielęgniarki. Zadania, które udało nam się wtedy zrealizować to uporządkowanie i opisanie ścieżki kariery pielęgniarki w szpitalu – jeżeli szpital ma wzrosnąć kilkukrotnie, jeżeli ma być nowy budynek, nowe oddziały, nowe sale operacyjne, to w jaki sposób pielęgniarki z tym procesem mają się rozwijać, kim mają być za 5 lat. Taką daliśmy sobie skalę, pięcioletni horyzont. Z każdą pielęgniarką z naszego zespołu rozmawialiśmy nie raz, ale wielokrotnie. Rozmawialiśmy z nowymi pracownikami, budowaliśmy zespół. To nie było tak, że powstała karta rozwoju osobistego i tam było dokładnie wszystko napisane. Była to natomiast strategia działania, którą wszyscy podzielali. Chodziło o to, żeby stworzyć bardzo precyzyjne ścieżki kariery, z którymi wszyscy się zgadzają zarówno w kwestii organizacyjnej, jak i finansowej, aby wesprzeć zespół pielęgniarski w rozwoju.



Kolejne działanie dotyczyło uporządkowania kwestii wynagrodzeń. Decyzje były poważne, bo nie otrzymywaliśmy finansowania NFZ, wszystkie pieniądze musieliśmy uzyskać od płatników instytucjonalnych, przekonać pacjentów prywatnych do tego, by ci byli gotowi finansować własne zdrowie, a nasze usługi. Podjęliśmy decyzję o dość istotnym wzroście cen – nie obniżeniu tylko wzroście. Mieliśmy wybór, taki prezesowski wybór – mogliśmy zachować ceny na dotychczasowym poziomie i powiedzieć pielęgniarkom i pozostałemu personelowi „drodzy państwo rynek jest taki, jak widzicie, nie możemy, musicie zaakceptować takie warunki” albo też podjąć decyzję, która była dużo trudniejsza i wymagała większej odwagi szczególnie tych, którzy zainwestowali pieniądze w to przedsięwzięcie, czyli zaproponować poważny wzrost cen rynkowych, już wtedy byliśmy najdrożsi na rynku. I tak właśnie zrobiliśmy. Spowodowało to bardzo duży wzrost zaufania po pierwsze pracowników do nas, bo mieli przekonanie, że o nich walczymy, a po drugie pacjentów, którzy rozumieli, za co i po co płacą. To może być zaskakujące, że wzrost cen spowodował rozwój placówki.

Takie myślenie, że coś można zrobić taniej i lepiej nie działa. We wszystkich naszych rozmowach niezmiennie ważna była kwestia jakości. Pamiętam rozmowy dotyczące nocnych dyżurów i norm pielęgniarskich na dyżurach nocnych. Dzięki temu, że był to prywatny szpital mogliśmy swobodnie te normy ustalić, a jednak kierowaliśmy się daleko idącym bezpieczeństwem pacjentów i ustalaliśmy podwójny personel pielęgniarski. Zakładaliśmy, że na oddziale zawsze muszą być co najmniej dwie pielęgniarki. Podsumowując – jeżeli nie zrozumie się roli personelu pielęgniarskiego w szpitalu, a stale będzie się mówiło: „no cóż, nie mamy możliwości, musimy na czymś oszczędzić”, to system nie przetrwa. Jako grupa medyczna w zakresie rozwoju pielęgniarskiego byliśmy bodajże pierwszym podmiotem, w którym pielęgniarka, zresztą szefowa instrumentariuszek, została dyrektorem bloku operacyjnego. Wtedy były to rewolucyjne koncepcje i wcale nie tak szeroko popierane przez środowisko medyczne. Pielęgniarka ta była niezwykle kompetentna, doświadczona, dojrzała zarówno zawodowo, jak i emocjonalnie, pracowała w tym szpitalu wiele lat, pracowała z lekarzami i po prostu to był naturalny wybór. Nikt się nie zastanawiał, czy to jest pielęgniarka, czy lekarz, czy ktokolwiek inny.

To moje doświadczenie pokazuje, kontekst, jakości i mierników dotyczących bezpieczeństwa, że tych zmian nie udałoby się zrealizować bez wsparcia pielęgniarskiego. To jest moje osobiste wieloletnie doświadczenie, moich następców i całego zespołu, który na koniec liczył ponad 200 osób, był oparty o kluczowy zespół chirurgów, ale wokół tego zespołu chirurgów były pielęgniarki, które właśnie w tej koncepcji, którą Pani była tu skłonna przedstawić, uzupełniały go, uczestniczyły w zakresie, oczywiście, dopuszczalnym prawem. Staraliśmy się to prawo interpretować tak dalece jak to było możliwe, aby włączać pielęgniarki w proces leczenia i dzięki temu mogę powiedzieć, że także dzięki kompetencjom pielęgniarek udało nam się osiągnąć taki, a nie inny rezultat. Natomiast, jeśli chodzi o kontrolę wyników, to powinniśmy się nauczyć mierzyć w sposób transparentny kliniczne efekty leczenia i o nich mówić. Bo często się je mierzy, ale o nich nie mówi albo mówi się ogólnie, a nie per szpital. Cały nowoczesny świat to robi. To nie jest problem polski, ten problem nowoczesny świat już dawno rozwiązał. Są narzędzia statystyczne, narzędzia pomiaru satysfakcji klienta i można doskonale porównać szpitale. Dopóki w Polsce nie wprowadzimy takich narzędzi, które będą obiektywnymi narzędziami analizy efektów klinicznych, to niewiele będziemy mogli rozwiązać w każdym z tych zadań. Sukces, który ja osiągnąłem czy nasz zespół, polegał na tym, że wszystko mierzyliśmy, każdą sekundę działań, mieliśmy symulacje ile czasu jaka czynność zajmuje, łącznie z tym ile czasu otwiera się jakaś ikona na ekranie komputera. Wszystko mierzyliśmy na sekundy, na chwile i dzięki temu mogliśmy tym zarządzać. Bo stara zasada mówi, że nie możesz zarządzać efektywnie czymś, czego nie mierzysz. Nie możesz zarządzać szpitalem, jeśli nie mierzysz efektów tego szpitala. A nie mierząc efektów klinicznych, nie możesz mierzyć efektów szpitala.

Grzegorz Ziemniak: Mieliście ten „luksus” bycia pierwszą specjalistyczną kliniką na rynku, która mogła dzięki wyższym cenom, dzięki prywatnemu pacjentowi pozwolić sobie na mierzenie.

Robert Mołdach: Mam tego świadomość, że byliśmy uprzywilejowani w jakiś sposób, bo nie mieliśmy jarzma NFZ. Z drugiej strony ten przykład pokazuje, że rozwiązania leżą gdzie indziej. Pan doktor Piróg mówił, że system należy uszczelnić. Ale jeśli nie będzie więcej środków po to właśnie,

żeby mierzyć jakość efektów klinicznych, żeby zatrudnić więcej personelu wspierającego pracę lekarzy, to może się nam to po prostu nie udać. I jeszcze mam taką refleksję na koniec. Gdy wchodziliśmy do Unii Europejskiej, byłem zaangażowany w kwestie dialogu pomiędzy organizacjami społecznymi w Wielkiej Brytanii, które odwiedzały Polskę albo zapraszały przedstawicieli polskich organizacji pracodawców do siebie. Bardzo im zależało, żeby do Wielkiej Brytanii wyjeżdżało więcej lekarzy i pielęgniarek. To było niezwykle. Jadąc na pierwsze spotkanie do Londynu byłem przekonany, że zapraszają nas po to, by zapytać, w jaki sposób zahamować ten napływ. Przedstawili nam strategię swoich działań, muszę przyznać, że zbłądłem, bo dotarło do mnie, co się stanie. Skala systemowego, państwowego wsparcia dla imigracji wykształconych ludzi do Wielkiej Brytanii nas zaskoczyła. To nie tylko kwestia nauki języka, czy wsparcia logistycznego, ale te ekipy działały na terenie Polski. To byli profesjonalnie działający head hunterzy. Prócz wsparcia związanego z przeprowadzką, logistycznego, indywidualnego rozwoju, adaptacji, gwarantowali także ochronę przed złym traktowaniem imigrantów. Duże działy, które powstawały w szpitalach brytyjskich po to, aby obcokrajowcy, którzy

niekoniecznie mówią perfekcyjnym angielskim lub znają przepisy, wdrażali się w przyjaznej atmosferze. Przyznam, że wtedy mnie to zaszokowało, a z dzisiejszej perspektywy myślę, że my widzimy tylko problem, a należy po prostu działać.

To była inwestycja rządu brytyjskiego, zresztą potężna. To cały czas działa. Jeżeli rozwiązaniem ma być, oczywiście to jest do dyskusji, ciągły transfer ze Wschodu na Zachód, to na pewno inna powinna być skala działalności rządu, czy Ministerstwa w zakresie regulacji, czy inicjatyw, w jaki sposób mamy współpracować z partnerami na Ukrainie. Brytyjczycy zaprosili nas jako partnerów. My również powinniśmy zapraszać ekspertów z Ukrainy z Białorusi, przedstawicieli tamtejszych środowisk, zadać im takie samo pytanie, które mnie i moim kolegom zadano – w jaki sposób wy możecie nam pomóc, wy Ukraińcy możecie nam pomóc, wy Białorusini możecie nam pomóc, aby w Polsce pracowało więcej waszego personelu.

Grzegorz Ziemniak: I jak mieć nad tym kontrolę, żeby nie puścić tego na żywioł?

Robert Mołdach: Szkoda, że Pan Minister musiał nas opuścić, bo – tak jak tu jeden z Panów powiedział,



a ja dostrzegam w tym pewną skalę priorytetów – gdyby to był priorytet to nie byłoby to 20 minut. My tę debatę już dawno anonsowaliśmy. Gdyby to był priorytet, to nie byłoby to sumarycznie 40 minut. No i proszę – na koniec na sali mamy lekarzy, pielęgniarki, związki zawodowe, pracodawców.

Wojciech Szelaż: A my wiemy, kogo Pan Minister zaszczylił?

Grzegorz Ziemniak: Równolegle odbywa się konferencja uzgodnieniowa, która trzy dni temu została ogłoszona.

Zofia Małas: Jest to konferencja uzgodnieniowa w sprawie rozporządzenia dotyczącego kompetencji pielęgniarek – chodzi o czynności, jakie pielęgniarka może wykonać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, o której dostaliśmy informację trzy dni temu. Do takiej konferencji trzeba się przygotować, w związku z tym nasz zespół pielęgniarski jest też podzielony. Miał być liczniejszy, ale jest to dla nas bardzo ważny akt prawny. Pan poruszył bardzo ważny problem jakości. Nie do końca jesteśmy jako grupa zawodowa traktowani poważnie przez decydentów, a w tym momencie przez rząd. Z tego powodu stale apelujemy – usiądźmy razem, rozmawiajmy, określmy strategię, my naprawdę pomożemy, nie chcemy bić piany, strajkować czy protestować, pochylmy się nad problemem. I cały czas tak mówimy. Poprzednia ekipa rządząca nas nie słuchała, taka jest prawda. Przykładem jest chociażby rozporządzenie o minimalnych normach zatrudnienia – to totalny bubel. W krajach zachodnich nie ma żadnego rozporządzenia o minimalnych normach zatrudnienia, tam powiedziano – pielęgniarka, położna nie może mieć więcej jak 5-6 pacjentów pod opieką i nie ma dyskusji. Oczywiście zależy, jaki to jest pacjent, czasem jest jeden na jeden. Nie mówimy tu o intensywnej terapii. Nie ma potrzeby tworzyć aktów prawnych, wystarczy sobie wyobrazić, że mamy w domu jedną osobę chorą – cały dom jest postawiony na głowie, bo ktoś poważnie choruje. Wiemy jaka może być jakość opieki, jeżeli będzie za mało personelu w szpitalu. Mamy siedmiu ministrów, sześciu w randze wiceministrów i stanowimy największą grupę zawodów medycznych. Nie mamy wiceministra, który byłby pielęgniarką i rozumiał nasze problemy. Pan minister szczyli się, że ma cztery departamenty i sobie radzi. Ale radzi sobie spoglądając na zegarek w momencie, gdy spotykamy się, by przedyskuto-

wać poważne problemy, żeby wspólnie im zaradzić, po 15 minutach wychodzi, bo ma następne spotkanie. I to jest problem, który nie zostanie zażegnany, jeśli nie będziemy się traktować poważnie, a rząd nie spędzi z nami jako partnerami dostatecznie dużej ilości czasu. Skoro powierzono nam, samorządowi medycznemu, pieczę nad wykonywaniem zawodów, to traktujmy to poważnie. My staramy się, jako samorząd traktować to poważnie, chociażby uczestnicząc w tej debacie. Nie chcemy mówić o strajkach, protestach, bo nie tędy droga. Przepraszam za długie wtrącenie, ale to jest podstawowy problem, że zostaliśmy sami.

Grzegorz Ziemniak: Bardzo dziękujemy to podsumowanie. Myślę, że ku temu też będziemy zmierzać. Czy są jeszcze jakieś pytania, głosy z sali, bo chcielibyśmy podsumowywać?

Grażyna Wójcik: Ja cieszę się, że jest nas tak mało, bo to daje spokój i pewną kulturę rozmowy i dyskusji, bo wszystkie większe fora kończą się przekrzykiwaniem. Wszystkie nasze debaty takie są, zapewniamy. Próbując znaleźć rekomendacje na przyszłość, myślę, że temat, o którym mówimy jest złożony, bardzo trudny. Musimy go rozpatrywać na wielu poziomach, potrzebne są instrumenty państwowe, ale także działania oddolne, które muszą się rodzić w placówkach na poziomie managerów, czy przedsiębiorców, o których mówił Pan Prezes. Wierzę, że ogromną rolę mają tu do odegrania różne grupy decydenckie, nie tylko polityczne. Mam duże doświadczenie w obserwacji udziału decydentów w polityce zdrowotnej i wobec tego nie spodziewam się, że rząd wypracuje konstruktywne rozwiązanie. Dlatego każda inicjatywa oddolna, wnioski, które tu wypracujemy, z pewnością byłyby bardzo dobrze przez środowisko pielęgniarskie przyjęte. Rektorzy największych uczelni medycznych napisali list do Pana Ministra o uchwale, w którym powiedzieli: Panie Ministrze to jest pomyłka, to nie o to chodzi, chodzi o rolę i miejsce pielęgniarek w systemie. Minister nie chce słuchać, więc my musimy to sami wdrażać.

Mówiliśmy o instrumentach, mówili Państwo o pieniędzach, o przykładach amerykańskich „practicing nurse”. Ta „practicing nurse” za konsultacje pacjenta rozlicza 80% stawki konsultanta amerykańskiego. Ona ma czasami dyskomfort, że tylko 80%, ale to jest relacja. Podobnie wyglądają wynagrodzenia w krajach skandynawskich. My jesteśmy na poziomie różnicy sięgającej 300-400% zależy, jaką część systemu porównujemy. Tak trudno się uzdrawia cały

system, ale łatwiej można wybrane dziedziny. Mówimy o ogromnym deficycie dostępu do lekarza w POZ. W Warszawie jeśli trafimy do dużej przychodni publicznej, zostaniemy tam zapisani za kilka dni. To nie jest jakość, o której społeczeństwo marzy. Pojawił się maleńki instrument poszerzonych kompetencji pielęgniarskich, czyli ordynacja leków. I mówimy tu o skonsultowaniu pacjenta, bo czasem trzeba go rozpoznać, ustalić, co jest powodem wizyty, czy jest to kontynuacja, czy nowy problem, który pielęgniarka może rozwiązać w ramach swoich kompetencji. Ta nowa kompetencja pielęgniarek musiałaby być połączona z nowym instrumentem finansowym.

Minister pisze do pielęgniarek, że to nie jest trudniejsza, bardziej odpowiedzialna praca, czyli próbuje zawrócić kierunek rzeki. Natomiast my, jako pracodawcy, też powinniśmy być bardziej aktywni. Ja bym się bardzo cieszyła, gdyby środowisko kolegów pracodawców wyszło z inicjatywą, jak można rozwiązać problemy. Bo jeżeli dzisiaj nie mamy w POZ pielęgniarki, to dlatego, że oferujemy jej 3-4 tysiące, w wielu miejscach nie zatrudnimy pielęgniarki przy takiej ofercie płacowej, a jednocześnie nie mamy lekarza, bo oferujemy mu 11-14 tys. Może więc warto się spotkać w połowie drogi. Zaoferować pielęgniarcę z poszerzonym, dużo większym, bardziej odpowiedzialnymi zadaniami 6, a może i 8 tys. I wtedy załatwić wolumen 20% pacjentów, których moglibyśmy w tym standardzie obsłużyć. A to są propozycje działań, które mogą wyjść od strony pracodawców. Jedna jaskółka nie zmienia systemu. Bardzo byśmy się cieszyli, jako środowisko akademickie i zawodowe na możliwość debaty roboczej na temat konkretnych propozycji, co dzisiaj bez wielkich rewolucji prawnopolitycznych można zrobić.

Jacek Krajewski: Tak często słyszę linki do Porozumienia Zielonogórskiego, jako ten pakt, który miałby rozwiązać problem. Pamiętajmy, że to my też jesteśmy jednym z beneficjentów środków, które otrzymujemy z NFZ i jakoś musimy się tym wszystkim podzielić. Rzeczywiście jest tak, że pozyskanie lekarza, czy pielęgniarki jest ogromnym problemem w POZ, nie możemy windować wynagrodzeń. Pamiętajmy, że jeśli chodzi o wypisywanie recept, to tych pielęgniarek tak dużo nie ma, dlatego, że nie chcą tego robić. Istnieje także problem z pozyskaniem pielęgniarek z wyższym wykształceniem. Pań, które mają wykształcenie wyższe magisterskie nie jest tak dużo. Wobec tego nie mówmy o tym, że to jest proces powszechny.

W Warszawie jeśli trafimy do dużej przychodni publicznej, zostaniemy tam zapisani za kilka dni.

To nie jest jakość, o której społeczeństwo marzy.

To będzie proces, pewnie te kompetencje będą się rozwijać. Jeśli chodzi o odciążenie nas, w przepisywaniu leków refundowanych, to byłaby ogromna pomoc. I oczywiście zabiera nam czas, który powinniśmy poświęcić na leczenie pacjentów. Chciałbym się jeszcze ustosunkować do tego, że pielęgniarka zarządzała blokiem operacyjnym. Jeżeli była kompetentna – to o czym rozmawiamy? W tym kraju kompetencji się nie ceni.

Jeżeli mówimy o jakości, mierzeniu pewnych procesów, to wszystko musi być jakoś odnotowane, a potem przeanalizowane. Sądzę, że nie ma lepszych pracowników niż pielęgniarki, jeśli chodzi o systematyczne i bardzo dokładne wykonywanie zaleceń. Więc jeżeli zależy nam na jakości, to mamy ogromne wsparcie w tej grupie zawodowej. Pod warunkiem, że szef placówki jest na tyle zdeterminowany, że zarządza przez jakość. Ale chciałbym się jeszcze odnieść do tego, o czym powiedziała Pani Ewa Borek, czyli medycyny naprawczej. Odbijamy się od ściany, stale o tym mówimy, że brnąć w model medycyny naprawczej zjadamy własny ogon. Musimy zatrzymać dopływ chorych, a to nie zależy tylko od systemu, ale również od stylu życia, zachowań pacjentów, od poczucia odpowiedzialności, które musimy im wpajać. Apelowaliśmy o to w czasie naszej dyskusji Urszula Jaworska. Być może postawa pacjentów to wynik zaszłości. Wywodzimy się z takiego systemu, w jakim funkcjonowaliśmy ponad 20 lat temu – byliśmy przekonani, że gdy zachorujemy, to ktoś weźmie za to odpowie-

działność, że pójdziemy do lekarza, który nas wyleczy. Jednak na szczęście świadomość pacjentów nieco się zmienia, bardzo powoli, ale się zmienia. Zaczynamy traktować zdrowie jako wartość samą w sobie. Jeżeli można zadbać o zdrowie, skorzystać z badań profilaktycznych, to z tego korzystamy. Wyszczepialność przeciwko grypie jest w Polsce jest na poziomie 3,8%. IZiD już organizował debatę na ten temat.

Grzegorz Ziemiak: Ale wie Pan Doktorze, ilu lekarzy się szczepi?

Jacek Krajewski: Więcej niż w ogólnej populacji. W ramach działań prozdrowotnych funkcjonują przecież programy profilaktyczne w POZ, chociażby związany z chorobami układu krążenia. Skaczymy z radości, gdy zgłasza się 30% pacjentów tam, gdzie je prowadzimy. A przecież są zawiadamiani, zapraszani, pilnowani przez pielęgniarki, które są niezwykle pomocne dla pacjentów. Więc co się dzieje w naszym kraju? Gdy przygotowuje się rozporządzenie o badaniach bilansowych i profilaktycznych dzieci i młodzieży, to wydaje się dwa dokumenty – jeden dla pielęgniarek, drugi dla lekarzy, przy czym oba powielają zadania. To są rzeczy, które trzeba zmieniać. Nie ma potrzeby, żebyśmy posiadając dwa zawody, w których każdy ma co robić, dublowali kompetencje. Wtedy, kiedy istnieje taka potrzeba, zawsze odbywa się konsultacja pielęgniarki i lekarza. Ale każdy z nas ma również pewną odrębność i nie powinniśmy tego powiełać, bo i tak mamy bardzo dużo pracy.

Przedostatnie słowo.

Kaja Szwykowska: Chciałabym się z Państwem podzielić tylko taką refleksją zarówno dotyczącą przebiegu dzisiejszej debaty, jak doświadczeń, które Państwo prezentują, a także z mojej praktyki zawodowej, która niekiedy wiąże się z udziałem w negocjacjach w trakcie sytuacji kryzysowych. Otóż w dziedzinie, o której mówimy dialog nie jest prowadzony stale. Ci, którzy podejmują decyzje, decydują się na dialog pod przymusem i w sytuacjach, kiedy dochodzi do protestów, do spiętrzenia konfliktu albo gdy zbliżają się wybory. Dyskutujemy wtedy całą noc – mamy czas. W innych przypadkach mamy 15 minut. Pani dyrektor została chwilę dłużej, ale również opuściła nasze grono. Warto byłoby przekonać rządzących i sformułować postulat z tej debaty, aby ten dialog nabrał form nieco bardziej systematycznych.

Grzegorz Ziemiak: Temu służy ta debata i mamy nadzieję, że troszeczkę ten kij w mrowisko włożymy. Dzisiejsza debata nie jest jednorazową akcją. A teraz ostatni głos.

Zofia Małas: Chciałabym podziękować Instytutowi Zdrowia i Demokracji za tę debatę, bo sami jako Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie bylibyśmy w stanie zorganizować dyskusji na tym poziomie. Szukamy poważnych partnerów, aby rozwiązać problemy, o których dzisiaj mówiliśmy. Problemów rzeczywiście jest dużo i nie jest łatwo doprowadzić do prawdziwego dialogu. W tej chwili możemy kurtuazyjnie powiedzieć, że Pan Minister nas przyjął i co z tego wynikło. Przyjął nas trzy razy, cztery razy, patrzył na zegarek tak jak tutaj. Nie zdążymy omówić jednego tematu, a Pan Minister już musi wyjść. Zgadzam się z tym, co powiedziała koleżanka, że potrzebna jest tzw. inicjatywa oddolna. Jeśli nie ma możliwości, by rozwiązać pewne problemy wspólnie z rządem, to będziemy musieli stawiać sprawy na ostrzu noża, ale chyba nie o to chodzi. Dlatego potrzebne są kolejne debaty. Z naszej dzisiejszej debaty powstanie raport, który posłuży nam również jako argument, będziemy mogli się na niego powoływać. Padło tutaj stwierdzenie dotyczące patriotyzmu, że pielęgniarka powinna zostać i pracować w Polsce. A weźmy przykład Anglii. Tam pielęgniarka, położna studiując bezpłatnie otrzymuje 500 funtów bezwrotnego stypendium. Jest to wysokość minimalnej emerytury, czy renty, która pozwala na utrzymanie się na podstawowym poziomie. Tak to wygląda, takie są relacje.

Wojciech Szelaąg: Pani Prezes ja właśnie pomyślałem, że pielęgniarkom i położnym powinno się wypłacać tyle, ile się wypłaca, a zgodnie z logiką Pana Ministra, różnicę między zarobkami w Polsce i Wielkiej Brytanii wypłacać we flagach narodowych. Nie wiem czy to, co powiedziałem jest śmieszne, bo mi się płakać chce.

Zofia Małas: Problemów nie brakuje. Kiedy przestaniemy być traktowane jak „wielofunkcyjne kombajny”? Jeżeli dokłada się jakąkolwiek czynność, to zawsze pielęgniarki. Na Zachodzie jest to niemożliwe, by pielęgniarka wykonała jakąś czynność, która nie leży w jej kompetencjach. Tam pielęgniarka wykonuje stricte swoje czynności. U nas sytuacja jest odwrotna, dlatego pielęgniarki są sfrustrowane i dochodzi do takich wydarzeń jak w szpitalu w Starachowicach.

Śledztwo jeszcze trwa, a jak zachował się dyrektor placówki? Pięć pielęgniarek, czy położnych zwolnił z pracy, bo wszystkie w tym czasie były na dyżurze. Tylko już nie powiedział, że było ich pięć na sześciu odcinkach i różnych piętrach. A na tym odcinku, gdzie się to zdarzyło, dyżurowała jedna. I co miała robić? Patologicznego porodu nie może odebrać, bo nie leży to w jej kompetencji – regulują to standardy okołoporodowe. I tak od jednej afery do drugiej. Kto zawinił? Jak zwykle pielęgniarka. Bardzo Państwu dziękuję sądzę, że takie debaty są potrzebne. Może następnym razem ministrowie zarezerwują sobie więcej czasu na spotkanie.

Danuta Kryś: Chciałabym na zakończenie, jako przedstawicielka prywatnych pracodawców pielęgniarek i położnych powiedzieć Państwu, że moim marzeniem jest to, aby zostały docenione głosy prywatnych pracodawców, którym udało się poprowadzić dobrze funkcjonujące zakłady na terenie Polski, którzy współpracują z lekarzami, fizjoterapeutami, z opieką społeczną i odnoszą sukcesy. Jestem położną ze Śląska, a od 2000 roku prywatnym pracodawcą. Moja droga zawodowa jest podobna do tej, jaką przechodzi wiele koleżanek w kraju. Rozpoczynając pracę w tym zawodzie nie zakładałam, że pojawią się problemy, bo najważniejszy był pacjent, wprowadzenie nowej usługi, jaką była opieka długoterminowa. Nigdy nie sądziłam, że pojawią się takie okoliczności, jak brak kadry, że trzeba będzie tę kadrę w różny sposób dowartościować, motywować by została w tym sektorze świadczeń. Dzisiaj, po niemal 16 latach pracy, tej trudnej drogi, kursów doskonalących, specjalizacji zawodowych, studiów licencjackich i magisterskich, dochodzę do wniosku, że pielęgniarki nadal znajdują się na drugim planie. Cały czas postrzega się nas jako pracowników drugiej kategorii. A tak nie jest. W codziennej pracy mamy do czynienia naprawdę z trudnymi przypadkami – stopy cukrzycowe, odleżyny, pacjenci wentylowani mechanicznie – o tym się za mało mówi. Jesteśmy kopalnią wiedzy, dlatego chciałabym, aby wreszcie ktoś potraktował nasze doświadczenie i nasze głosy poważnie. Wiemy, gdzie są słabe strony, co można poprawić, ale jeśli kolejny raz spotykam się z takim zachowaniem decydentów jak dzisiaj, to mnie to bardzo boli. Uczestniczę bardzo czynnie w samorządzie pielęgniarek, jestem członkiem organizacji Lewiatan, kiedyś byłam członkiem Porozumienia Pracodawców, koleżanki tu również – bardzo chciałbyśmy być zapraszane na podobne debaty.

Grzegorz Ziemiak: Bardzo dziękujemy Państwu za spotkanie i za poświęcony czas. Jako Instytut Zdrowia i Demokracji stanowimy forum, platformę wymiany myśli i doświadczeń, która mam nadzieję sprzyja temu, by różne środowiska, grupy zawodowe, grupy interesów, a także grupy polityczne, menadżerskie, pracownicze spotykały się i rozmawiały w jednym miejscu. Ta sala, w której gości się ogień, woda, ziemia i powietrze, niech temu symbolicznie patronuje. Dyskusje w tym miejscu przynoszą efekty, które później przekuwamy w czyn, czego dowodem są poprzednie debaty. Z pewnością możemy się zobowiązać, że nie zapomnimy o tych tematach. Będziemy je kontynuować w postaci wniosków, raportów, które opracujemy, prześlemy Ministrowi Zdrowia i Sejmowi. Proszę zwrócić uwagę, że zaprosiliśmy na debatę posłów ze wszystkich partii politycznych – nie przyszedł żaden. Obiecujemy, że będziemy pracować nad przygotowaniem postulatów i rekomendacji z tej debaty. Wszystkich Państwa będziemy na bieżąco informować, co się z tym dzieje. Nasz zamysł to pilnowanie tematu, prezentowanie w Ministerstwie, w agendach rządowych, na forum Parlamentu i informowanie, jakie są efekty i odzew ze strony decydentów.



Podsumowanie



W dyskusji o problemach pielęgniarek i położnych zastanawia mnie jak głęboka musi nastąpić zapaść systemu, aby uznać, że problemy te stanowią priorytet polityczny, który wymaga już nie tylko działań odsuwających kryzys w czasie, ale definitywnie go rozwiązujących. Podkreślić należy, że rozwiązanie tych problemów wymaga przesunięcia środków finansowych liczonych w miliardach złotych rocznie, czego nie da się zrobić bez naruszenia czyichś interesów. I tak, jak długo te interesy będą ważniejsze od problemów pielęgniarek i położnych, tak długo nie będziemy mieli do czynienia z metodycznym działaniem ukierunkowanym na rozwiązanie problemu tylko na odsunięcie go w czasie.

Z perspektywy analizy przyczyn źródłowych, problemy środowiska pielęgniarstwa można wyprowadzić z trzech źródeł – nieadekwatnego do rangi i roli zawodu poziomu wynagrodzeń, kształcenia niedostatecznej liczby przedstawicieli zawodu i braku jednolitego stanowiska w zakresie ścieżki rozwoju, gradacji ról i zakresu odpowiedzialności. Niestety żadnego z tych problemów nie można rozwiązać bez istotnego zwiększenia nakładów. Dyskusja publiczna skupia się natomiast na omawianiu skutków – starzenia się grupy zawodowej, emigracji zarobkowej, niepodejmowania pracy w zawodzie, oporu przed przejęciem większej odpowiedzialności. Czas zacząć rozmawiać o pieniądzach, a dokładniej o źródłach finansowania niezbędnej transformacji.

Jeśli przyjąć, że jest to faktyczny priorytet w zarządzaniu państwem, czy w węższej perspektywie sys-

temem ochrony zdrowia, to mając sztywny budżet państwa czy NFZ należy wskazać przesunięcia budżetowe, które pozwolą sfinansować uzasadnione potrzeby środowiska pielęgniarstwa. I tu leży sedno problemu! Minister Marian Zembala, mimo wielu zastrzeżeń formalno-prawnych co do sposobu wprowadzenia podwyżek dla pielęgniarek, miał jednak odwagę wskazać, że transformacja nastąpi kosztem budżetu na świadczenia zdrowotne. Dokonał trudnego politycznego wyboru. Dziś, gdy zdrowie staje się, zgodnie z deklaracjami rządu, priorytetem państwa, pole tego wyboru powinno być szersze. Minister zdrowia powinien mieć do dyspozycji już nie tylko środki własne ministerstwa i NFZ, ale także środki z centralnego funduszu celowego, którego wielkość powinna uwzględniać potrzeby środowiska pielęgniarstwa.

Życzę środowisku pielęgniarek i położnych, aby nie musiało nigdy więcej być stawiane w roli tego, które odebrało innym, aby zaspokoić własne potrzeby. To nie może być dyskusja, czy podwyżki dostaną pielęgniarzki, czy inni profesjonaliści medyczni. Nie wolno przeciwstawiać sobie grup zawodowych, a szczególnie nie wolno tego robić, gdy grupy te łączy jeden cel – zdrowie pacjenta.

Można tego uniknąć tylko w jeden sposób. Koszty transformacji systemu opieki pielęgniarstwa muszą zostać zaplanowane na poziomie budżetu państwa. To musi być faktyczny priorytet państwa – taki sam, jakim jest obecnie Program 500+, gdyż planowany wzrost nakładów na opiekę zdrowotną zostanie

w przeważającej mierze pochłonięty przez wzrost kosztów leczenia starzejącego się społeczeństwa. Polska gospodarka i zdrowie pacjentów potrzebuje programu dla pielęgniarek i położnych – Programu Pielęgniarzki+. Bez pomocy państwa minister zdrowia nie zdoła uczynić cuda. Nieadekwatne, bo ograniczone budżetem działania, tak jak obserwowaliśmy to w ostatniej dekadzie, będą tylko odsuwać rozwiązanie problemu w czasie.

Robert Mołdach
Partner, Prezes Zarządu
Instytut Zdrowia i Demokracji

Polska gospodarka i zdrowie pacjentów potrzebuje programu dla pielęgniarek i położnych – **Programu Pielęgniarzki+.**





Dziękujemy za udział w dyskusji.

- Ewa **Borek**
Prezes Stowarzyszenie My Pacjenci
- Beata **Cholewka**
Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia
- Zofia **Czyż**
Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
- Leszek **Dudziński**
Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
- Monika **Duszyńska**
Adwokat, Kancelaria Law for Lifesciences
- Violetta **Dytko**
Dyrektor „Salus - opieka domowa”
- Lucyna **Jakubowska**
Dyrektor Biura Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Urszula **Jaworska**
Fundacja Urszuli Jaworskiej
- Jacek **Krajewski**
Prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”
- Romuald **Krajewski**
Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
- Danuta **Kryś**
Dyrektor Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” w Częstochowie
- Janina **Łowicka**
Dyrektor ds. Medycznych, Betamed Centrum Medyczne
- Zofia **Małas**
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Ireneusz **Pikulicki**
niezależny ekspert
- Maciej **Piróg**
Doradca Zarządu Konfederacji Lewiatan
- Marek **Tombarkiewicz**
Wiceminister Zdrowia
- Grażyna **Wójcik**
Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
- Monika **Wróbel-Harmas**
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny

Ze strony IZiD w debacie uczestniczyli:

- Robert **Mołdach**
Partner, Prezes Zarządu
- Kaja **Szwykowska**
Ekspert ds. dialogu społecznego
- Grzegorz **Ziemniak**
Partner, Wiceprezes Instytutu Zdrowia i Demokracji

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

- Samorządy zawodowe, w tym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych są ważnym ogniwem społeczeństwa obywatelskiego i działania zgodnego z interesem publicznym. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych powstał na mocy ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych znowelizowanej w dniu 1 lipca 2011 r.
- Samorząd pielęgniarek i położnych jest organizacją powołaną do reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów zawodów pielęgniarki i położnej. Jest organizacją, której jednym z ustawowych zadań jest zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia.
- Członkami samorządu są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę. Jednym z obszarów działań jest rozpowszechnianie wiedzy w zakresie pielęgnacji i ochrony zdrowia Polaków, poczynając od tych najmniejszych – noworodków i małych dzieci, aż do późnej starości.
- Jest to najliczniejsza korporacja zawodowa Rzeczypospolitej Polskiej, posiadająca ponad 300 tys. członków. Jednostkami organizacyjnymi samorządu jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz 45 okręgowych izb pielęgniarek i położnych powołanych uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Okręgowe izby posiadają autonomię i osobowość prawną.
- Do najważniejszych zadań samorządu należy sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu, ustalanie zasad etyki zawodowej, prowadzenie orzecznictwa zawodowego, wydawanie prawa wykonywania zawodu, ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy, współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych, obrona godności zawodowej, reprezentowanie i ochrona zawodów, zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

- Od momentu powstania samorządu w 1991 roku do chwili obecnej nastąpiło wiele zmian dotyczących naszych zawodów. Dokonała się transformacja kształcenia przed i podyplomowego. Dzięki niej pielęgniarki i położne są coraz lepiej wykształconymi profesjonalistami, a kształcenie zostało dostosowane do wymogów Unii Europejskiej. Odbywa się ono na poziomie wyższym zawodowym. Zorganizowany został również system kształcenia podyplomowego.
- Samorząd zawodowy podejmuje decyzje i wydaje zezwolenia na indywidualną i grupową praktykę pielęgniarek i położnych, dzięki czemu sprawowany jest nadzór nad wykonywaniem zawodu, a tym samym nad jakością świadczeń zdrowotnych. Wszystkie działania podejmowane przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa polskiemu społeczeństwu, które korzysta z usług świadczonych przez pielęgniarki i położne.
- Samorząd jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega tylko przepisom prawa.
- Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest Zofia Małas wybrana w styczniu 2016 r. na VII Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych.

www.nipip.pl



Grupa INTER w Polsce

partner
dla medycyny

- Grupa INTER w Polsce to dwa towarzystwa ubezpieczeń: TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. oraz spółka INTER Assistance Sp. z o.o. Akcjonariuszem towarzystw jest niemiecka Grupa Ubezpieczeniowa INTER, która powstała w 1926 roku i jest dzisiaj jedną z wiodących firm w Niemczech oferujących ubezpieczenia zdrowotne oraz specjalistyczne programy ubezpieczeniowe.
- Oferta Grupy INTER w Polsce obejmuje ubezpieczenia medyczne, zdrowotne, majątkowe oraz ubezpieczenia na życie, skierowane zarówno do Klientów indywidualnych, jak i instytucjonalnych.
- Szczególnym odbiorcą naszych usług jest branża medyczna, dla której tworzymy wyspecjalizowane pakiety ubezpieczeniowe. Od 25 lat współpracujemy z samorządami pielęgniarskimi i lekarskimi, których uznanie jest naszą najlepszą rekomendacją.
- Wspólnie z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych kreujemy świadomą ochronę ubezpieczeniową wpisującą się w wizerunek nowoczesnej i samodzielnej Pielęgniarki i Położnej.

INTER - profesjonalne ubezpieczenia dla pielęgniarek i położnych

Co jest najważniejsze w ubezpieczeniach? Poczucie bezpieczeństwa.

W pracy pielęgniarki i położnej jest coraz więcej zagrożeń. Nadmiar obowiązków, zmęczenie, stale podnoszone wymagania - to wszystko zwiększa ryzyko popełnienia błędu, a co za tym idzie może skutkować koniecznością wypłaty odszkodowania.

Od 25 lat INTER konsekwentnie buduje poczucie bezpieczeństwa wśród personelu medycznego poprzez kompleksowe programy ubezpieczeniowe. Oferta INTER posiada rekomendację Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Ochrona podczas wykonywania pracy:

Obowiązkowe Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej niezbędne dla pielęgniarek i położnych pracujących na kontrakcie, prowadzących praktykę pielęgniarską i położniczą.

Dobrowolne Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej jest doskonałym uzupełnieniem OC obowiązkowego. Rozszerza zakres ochrony np. o szkody w mieniu. Pielęgniarkom i położnym, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC, zapewnia ochronę m.in. w przypadku popełnienia błędu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ubezpieczenie INTER Kontrakt

umożliwi Ci utrzymanie przychodów w sytuacji, gdy z powodu choroby lub wypadku, nie będziesz mogła wykonywać pracy zawodowej.

Ubezpieczenie INTER Ochrona Prawna

w życiu zawodowym, prywatnym i w ruchu drogowym. Zapewnimy Ci szybką pomoc prawną wraz z pokryciem kosztów obsługi Twojego adwokata.

Ubezpieczenie skutków ekspozycji zawodowej INTER HIV/WZW

zapewnia refundację kuracji antyretrowirusowej. W przypadku zachorowania wypłacimy Ci świadczenia finansowe.

Ubezpieczenie INTER Partner

zabezpieczy Twoją praktykę, a w szczególności sprzęt medyczny na wypadek zniszczenia bądź kradzieży. W ramach ubezpieczenia otrzymasz również profesjonalną pomoc Assistance.



Rozszerz swoją ochronę o odpowiedzialność cywilną z tytułu naruszenia praw pacjenta i agresji pacjenta – jedyny taki produkt na rynku!

Poczuj się bezpiecznie

Ochrona w życiu prywatnym:

INTER Tour 365

to całoroczna ochrona ubezpieczeniowa podczas podróży dla Ciebie i Twoich najbliższych. Kupujesz ubezpieczenie na rok, płacisz jedną składkę, a wyjeżdżasz ile chcesz.

Ubezpieczenie INTER Lokum dla medycyny

chroni Twój dom, mieszkanie, a także mienie służące do działalności gospodarczej w możliwie najszerszym zakresie.

Ubezpieczenie na życie INTER Medyk Life

zabezpiecza Ciebie i Twoją rodzinę na wypadek choroby, uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.

Autor projektu

Instytut Zdrowia i Demokracji Sp. z o.o.



Współpraca

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Finansowanie

Projekt zrealizowany ze środków
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
oraz Instytutu Zdrowia i Demokracji
przy wsparciu TU INTER Polska S.A.

Realizacja

Joanna **Piszc** - Redaktor Wydawnictwa
Robert **Mołdach**
Kaja **Szwykowska**
Grzegorz **Ziemniak**

Projekt graficzny i skład

Joanna **Zawadzka** - Crowd Design

Dokumentacja fotograficzna debaty

Katarzyna **Rainka**

INSTYTUT
ZDROWIA
I DEMOKRACJI





Instytut Zdrowia i Demokracji Sp. z o.o.

**INSTYTUT
ZDROWIA
I DEMOKRACJI**

www.izid.pl