

Traci pacjent, budżet – wszyscy

# Eutanazja społeczna

Elżbieta Buczkowska



rys. Olga Reszelska

Z punktu widzenia pacjenta – to się nie mieści w głowie. Z punktu widzenia menedżera zdrowia – to stoi na głowie. Przebywający we własnym domu chory z dużymi deficytami w samoopiece, tzn. taki, który prawie nie wstaje z łóżka i wymaga pomocy we wszystkich czynnościach życiowych, często zostaje pozbawiony świadczeń gwarantowanych. To niehumanitarne, bo naraża tych ludzi na śmierć z wycieńczenia. Nieekonomiczne, bo zapewnienie im długoterminowej opieki jest znacznie tańsze niż hospitalizowanie, gdy ich stan się pogorszy.

Oczywiście, zdaniem NFZ takim osobom należą się jakieś usługi, ale ubezpieczyciel nie ma na nie zbyt dużo pieniędzy, a są to usługi kosztochłonne i czasochłonne. Funduszy jest za mało, a reguły ich przyznawania pozostawiają płatnikowi dużą swobodę w uznaniu, komu zostaną wypłacone. Problem dotyczy zapewne kilkuset tysięcy osób. Nikt nie wie dokładnie, jakie są potrzeby zdrowotne i społeczne w tym zakresie, w każdym razie problem dotyczy rosnącej grupy ludzi w wieku sędziwym, pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych, udarach i innych zaburzeniach czynności mózgu, w śpiączce, po amputacjach kończyn itd. Wszyscy oni wymagają długotrwałej, stałej opieki wykwalifikowanego personelu w domu.

## Problem jest niemedialny

Temat jest niewdzięczny, mało spektakularny, niemedialny, a przede wszystkim nieatrakcyjny promocyjnie. Opieka długoterminowa to profesjonalna działalność medyczna niedająca pozytywnych efektów

w postaci wyzdrowienia; określone świadczenia zdrowotne i opiekuńcze należy człowiekowi zapewnić do końca jego życia. I wiadomo, że nie poprawią one znacząco jego stanu, a jedynie pozwolą ograniczyć cierpienie i ból oraz powikłania wynikające z długotrwałego unieruchomienia. Te świadczenia nie wyleczą, ale wpłyną na jakość życia niedołęznego lub unieruchomionego chorego – dożyje on swoich dni godnie i po ludzku.



Taki pacjent nie upomni się o swoje prawa, a jego najbliżsi są bezradni i osamotnieni w zmaganiu się z problemem opieki nad nim. Bardziej zaradni starają się co jakiś czas umieścić chorego w szpitalu chociaż na kilkanaście dni, podejmują wysiłki, aby przekazać go do zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego lub opiekuńczo-leczniczego – co jest dużą sztuką, bo oczekiwanie na miejsce trwa od 6 do 8 miesięcy. Nie zawsze chory doczeka tej chwili, umiera i problem znika. Czy tak powinno być? Czy współczesne społeczeństwo nie powinno zapewnić swoim członkom godnego umierania? Każdy z nas może znaleźć się w takiej sytuacji bez względu na wiek! Średnio żyjemy coraz dłużej i na ogół podupadamy na zdrowiu, a poza tym – może się nam zdarzyć nieszczęście.

Nie ma systemowego rozwiązania kwestii opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji, zależnymi od innych i od przyjaznego otoczenia. Wprawdzie rząd w roku 2009 przyjął priorytety zdrowotne, wśród których umieszczono rozwój opieki dłu-

goterminowej, poprawę jakości i skuteczności opieki geriatrycznej i ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków. W praktyce jednak los ludzi o ograniczonej sprawności jest coraz bardziej dramatyczny. Od lat mówi się o konieczności ustawowej regulacji ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności i związanego z nim zabezpieczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego. Za czasów poprzedniego rządu powstał nawet projekt takiego rozwiązania, jednak nie spotkał się ze zrozumieniem obecnego.

### Co się składa na opiekę długoterminową

Opieka długoterminowa to temat niezwykle ważny i rozległy. Jego kompleksowe rozwiązanie wymaga nakładów finansowych, ale nie czas na mówienie o tym w przeddzień wyborów parlamentarnych.

Fundusz wie, jak wiele wysiłku wymaga zajmowanie się osobami uprawnionymi do świadczeń opieki długoterminowej, którzy nie poruszają się samodzielnie, nie są w stanie zapewnić sobie higieny osobistej, dobrze, jeśli mogą przelykać pokarm karmieni przez opiekuna. NFZ uznał, że należy zapłacić pielęgniarce wyższą stawkę za takiego pacjenta (od 21 do 31 zł za

„ Oczekiwanie na miejsce w ośrodku opiekuńczym trwa od 6 do 8 miesięcy. Nie zawsze chory doczeka tej chwili – umiera i problem znika „

osobodzień; poszczególne oddziały NFZ mają różne stawki), przy założeniu, że w okresie rozliczeniowym będzie się opiekować nie więcej niż sześcioma osobami pod różnymi adresami zamieszkania. Jakie są zadania pielęgniarki w ramach opieki długoterminowej? Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych i pielęgnacyjnych pacjenta; zaplanowanie i realizacja świadczeń zdrowotnych, jak podawanie leków, wlewy kroplowe, opatrunki; prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej; ocena stanu ogólnego chorego; wykonanie pomiarów ciśnienia, stężenia cukru we krwi; prowadzenie bilansu płynów; usprawnianie chorego w łóżku; edukacja rodziny lub bliskich, jak postępować z chorym, aby zapobiec groźnym powikłaniom; zlecenie usług opiekuńczych innym podmiotom w wypadku rodzin i osób biednych, które nie mogą wykonać w ramach własnych możliwości wielu czynności ze względu na wiek lub chorobę przewlekłą (np. pranie, sprząatanie obejścia, zakupy, przygotowanie posiłku, karmienie, załatwienie sprzętu ortopedycznego, materaca przeciw-

„ Przeciętny czas pracy pielęgniarki u chorego, pozwalający na realizację niezbędnych zadań, wynosi do dwóch godzin dziennie ”



rys. Olga Reszelka

„ Stawki za usługi są tak niskie, że umowa na opiekę długoterminową domową nie wystarczy jako jedyne źródło utrzymania ”

odleżynowego). W praktyce jest tak, że trzeba osobiście udać się do ośrodka pomocy rodzinie i zgłosić te sprawy odpowiednim służbom; kontakt telefoniczny jest utrudniony, a załatwianie listowne trwa zbyt długo.

Przeciętny czas pracy pielęgniarki, pozwalający na realizację niezbędnych zadań, wynosi półtorej do dwóch godzin dziennie (pamiętamy, że może ona świadczyć opieką długoterminową maksimum sześciu pacjentom). Często jest tak, że stan chorego wymaga dwóch wizyt dziennie, rano i wieczorem, ale za to NFZ nie płaci. Zdarza się, że do chorego muszą iść dwie pielęgniarki, bo jedna nie jest w stanie go przenieść, wykonać kąpieli leczniczej połączonej np. z gimnastyką oddechową, oklepaniem pleców i zaopatrzeniem miejsc narażonych na odleżyny; w takiej sytuacji również nie jest płacona podwojona stawka osobodnia. Dodajmy, że zgodnie z zarządzeniem prezesa NFZ (być może ten zapis znajduje się w akcie wykonawczym do tzw. ustawy koszy-

kowej) świadczenia pielęgnacyjne, lecznicze i rehabilitacyjne, do których upoważniona jest pielęgniarka, w uzasadnionych medycznie wypadkach są wykonywane również w dni wolne od pracy, w niedzielę i święta. Oznacza to ciężką pracę przez 365 dni w roku.

Sytuacja pielęgniarki jest następująca: z jednej strony, duże obciążenie pracą, prowadzące do zmęczenia fizycznego i psychicznego oraz wielka odpowiedzialność wobec pacjenta i jego rodziny, a z drugiej strony, proponowane przez płatnika stawki nierekompensujące tego wysiłku, niedające satysfakcji finansowej. Prawdopodobnie zainteresowanie kadr pielęgniarskich domową opieką długoterminową będzie malało. Dziś pielęgniarki deklarują, że pragną wykonywać ten rodzaj pracy. W tej działalności spełniają się zawodowo, widzą satysfakcję podopiecznych i zauważają społeczną akceptację. Stawki za usługi są jednak tak niskie, że umowa na długoterminową opiekę domową nie wystarczy jako jedyne źródło utrzymania. Co innego dorobić do pensji w innym miejscu zatrudnienia, mając pod opieką dwóch chorych, np. w dni wolne od pracy.

### Prosty rachunek

Przyjrzyjmy się finansom pielęgniarki zajmującej się wyłącznie świadczeniem długoterminowej opieki domowej. Maksymalną stawkę za osobodzień, jaką płaci jeden z oddziałów NFZ – 31 zł – pomnożmy przez 365 dni w roku; uzyskujemy 11 315 zł (tyle zarabiałaby, pracując dzień w dzień, bez urlopu i świąt). Po pomnożeniu tej kwoty przez 6 pacjentów otrzymujemy 67 890 zł, co daje 5657,5 zł miesięcznego przychodu. Od tego należy odliczyć podatek, wydatki związane z ubezpieczeniem społecznym, zdrowotnym, od odpowiedzialności cywilnej, dojazdy do pacjentów, środki medyczne jednorazowego użycia, podstawowe opatrunki, środki ochrony osobistej, utylizacji odpadów medycznych, najem gabinetu (pomieszczeń) na praktykę – zostaje nie więcej niż połowa tej kwoty, czyli około 2800 zł.

Pytanie, czy rzeczywiście są to powalające apanaże? Na pewno nie, biorąc pod uwagę zakres zadań, odpowiedzialność, dyspozycyjność, gwarancję rozwoju zawodowego. A przecież punktem wyjścia była najwyższa stawka w kraju za osobodzień – można obliczyć, jakie są wynagrodzenia przy niższych stawkach. Jeśli ktoś mówi, że pielęgniarki dobrze zarabiają w opiece długoterminowej na kontraktach z NFZ, to zaklina rzeczywistość. I jeszcze jedno: rozpatrujemy przykład pielęgniarki, która ma indywidualną praktykę. Tymczasem część pielęgniarek wykonuje usługi długoterminowej opieki domowej jako podwykonawcy. Te koleżanki – trzeba to powiedzieć jasno – są po prostu wykorzystywane i oszukiwane przez pracodawców (zleceniodawców), którzy dorabiają się ich kosztem. To czyste cwaniactwo. Niestety, przejawów wyzysku słabszych podmiotów jest coraz więcej.

*Autorka jest prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych*