



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(801)**

Wspólne posiedzenie
Komisji Rodziny
i Polityki Społecznej (79.),
Komisji Zdrowia (51.)
oraz Komisji Ustawodawczej (116.)
w dniu 19 czerwca 2007 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Pierwsze czytanie projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o pomocy społecznej (cd.) (druk nr 296).

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 40)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Antoni Szymański)

Przewodniczący Antoni Szymański:

Otwieram wspólne posiedzenie trzech senackich komisji: Komisji Zdrowia, Komisji Ustawodawczej oraz Komisji Rodziny i Polityki Społecznej.

Serdecznie witam panie i panów senatorów, panów ministrów, wszystkich zaproszonych gości.

Proszę państwa, kontynuujemy dzisiaj pracę nad pierwszym czytaniem projektu ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o pomocy społecznej. Będziemy rozmawiać o dostępie do usług medycznych, pielęgniarских i rehabilitacji w domach pomocy społecznej w kontekście perspektywy budowy systemu opieki nad osobami przewlekle chorymi i niesamodzielnymi w Polsce.

Przypomnę, że na poprzednim spotkaniu, po wnikliwej dyskusji, postanowiliśmy zawiesić te prace, prosząc resort zdrowia, resort polityki społecznej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia o wspólne spotkanie i rozważenie propozycji...

(Rozmowy na sali)

Przepraszam, proszę o skupienie.

...która została złożona przez senatorów, w szczególności o rozważenie problemu opieki nad osobami przewlekle chorymi i niesamodzielnymi w Polsce, przebywającymi w domach pomocy społecznej.

W odpowiedzi na to odbyło się wspólne posiedzenie, o czym poinformował nas minister zdrowia, który w piśmie do marszałka Senatu napisał, że zgodnie ze zobowiązaniem przyjętym na wspólnym posiedzeniu komisji senackich: Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, Komisji Zdrowia oraz Komisji Ustawodawczej, w dniu 20 lutego 2007 r. Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej podjęły, każde w zakresie swojej właściwości, działania zmierzające do wypracowania możliwych rozwiązań prawnych w przedmiotowej sprawie. W dniu dzisiejszym otrzymaliśmy pisemną informację również z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Poproszę w tej chwili o wypowiedź w tej sprawie pana wiceministra Marka Ludwika Grabowskiego, następnie ministra pracy i polityki społecznej i przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia. A potem, po przeprowadzeniu dyskusji, zastanowimy się nad wnioskami.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:

Witam wszystkich bardzo serdecznie.

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Rzeczywiście, jak pan przewodniczący był uprzejmy powiedzieć, 11 kwietnia odbyło się spotkanie przedstawicieli obu resortów, ministra pracy i polityki społecznej oraz ministra zdrowia, na którym omówiono problem świadczeń zdrowotnych należnych mieszkańcom domów pomocy społecznej oraz dokonano szczegółowej analizy zagadnienia, a także omówiono propozycje rozwiązań.

Powołując się na nowelizację, wprowadzoną w czerwcu 2006 r. zmianę do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przypomniano możliwości działań, jakie mogą być podejmowane w ramach realizacji tejże nowelizacji. Oczywiście, po długiej dyskusji wydaje nam się zasadne dokonywanie w pewnym odstępie czasu pewnych korekt w tych działaniach. Kiedy utworzymy jednostki organizacyjne zakładu opieki zdrowotnej na terenie depeesów, niektóre standardy mogą ulec pewnym zmianom.

Trzeba powiedzieć, że domy pomocy społecznej zaspokajają podstawowe potrzeby bytowe swoich mieszkańców, ale ich rolą nie jest sprawowanie funkcji leczniczych i zapewnianie świadczeń zdrowotnych, w tym opieki pielęgniarstwa. Osoba wymagająca pomocy medycznej, mieszkająca w domu pomocy społecznej, ma prawo do takich samych świadczeń medycznych, pielęgnacyjnych, jak osoba pozostająca w domu rodzinnym. Może zatem na miejscu, w domu pomocy społecznej korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych na analogicznych zasadach co w domu pacjenta. Przypomnę tylko, że są to przede wszystkim świadczenia lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, w zakresie hospicjum domowego, a także świadczenia zespołu długoterminowej opieki zdrowotnej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Oczywiście na terenie domu pomocy społecznej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna ZOZ, której zadaniem będzie udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domu pomocy społecznej. Osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w tak wydzielonej jednostce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej mogłyby być te same osoby, które są zatrudnione w domu pomocy społecznej. Naturalnie, pod warunkiem, że mają one prawo wykonywania zawodu medycznego i zakład opieki zdrowotnej zawrze stosowne umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Należy zwrócić uwagę, że do zapewnienia możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej zobowiązane są jednostki samorządu terytorialnego, które są nie tylko podmiotami prowadzącymi domy pomocy społecznej, ale przede wszystkim organami tworzącymi zakłady opieki zdrowotnej. A więc odpowiedzialność za zapewnienie opieki zdrowotnej mieszkańcom domów opieki społecznej i za funkcjonowanie tych domów spoczywa jak gdyby na tych samych podmiotach.

Zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej powinien wystąpić o zawarcie kontraktu na udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej.

Jak już powiedziałem, nic nie stoi na przeszkodzie, ażeby zakład opieki zdrowotnej zatrudnił w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osoby, które posiadają prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, a zatrudnione są w domach pomocy społecznej w celu zapewnienia im mieszkańcom świadczeń opiekuńczych. Rozwiązanie takie powinno być promowane i wdrażane ze względu na korzyści, jakie z tego wyni-

kają dla dwóch stron. Te korzyści są trojaki – mieszkańcy domu opieki społecznej będą zainteresowani wyborem znanych sobie osób jako udzielających świadczeń zdrowotnych w danym zakresie, zakład opieki zdrowotnej będzie mógł przy względnie małym zaangażowaniu środków finansowych rozszerzyć możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym pozyskiwania środków finansowych, zaś pracownicy depeesów, jednocześnie współpracujący z zakładem opieki zdrowotnej w wybranej przez siebie formule prawnej, bo mogą to być umowy o pracę bądź kontrakty, będą mogli udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, a więc zachować prawo do wykonywania zawodu. W ten sposób kierujący domem opieki społecznej i podmiot odpowiedzialny za jego funkcjonowanie, wywiązując się ze zobowiązania wynikającego z ustawy o pomocy społecznej, zapewnią mieszkańcom możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Świadczenia zdrowotne na rzecz mieszkańców domów pomocy społecznej będą mogły być również udzielane przez świadczeniodawców działających w innych formach prawnych, jak na przykład indywidualne lub grupowe praktyki lekarzy bądź pielęgniarek. A więc nie ma tutaj ograniczenia co do lekarzy czy pielęgniarek zatrudnionych przez depeesy.

W wyniku ustaleń między przedstawicielami obydwu resortów, resortu pracy i resortu zdrowia, podjęto decyzję, iż zasadne jest wystąpienie do Narodowego Funduszu Zdrowia o zwrócenie szczególnej uwagi w zakresie realizacji jego zadań na zjawisko ograniczania dostępu do świadczeń pielęgnacyjnych udzielanych w domu pacjenta mieszkańcom domów pomocy społecznej.

Przekażę teraz państwu informację otrzymaną z Narodowego Funduszu Zdrowia. Otóż na podstawie umów zawartych w 2007 r. w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej szacuje się koszty świadczeń dla mieszkańców domów pomocy społecznej na kwotę ponad 1 miliona 630 tysięcy zł, zaś z przedstawionych przez lekarzy list aktywnych wynika, że zadeklarowanych pacjentów w 2006 r. w domach pomocy społecznej było ponad dziewięćdziesiąt jeden tysięcy, prawie dziewięćdziesiąt dwa tysiące osób.

Mając na uwadze fakt, że osoby przebywające w domach pomocy społecznej wymagają dużo częstszych wizyt, porad, świadczeń diagnostycznych, wprowadzony został zwiększony współczynnik korygujący stawkę kapitałową lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do 2,5. Dla porównania powiem, że ten sam wskaźnik korygujący w poszczególnych grupach wiekowych jest następujący: do szóstego roku życia, a więc dla małych dzieci, wynosi 1,7; od siódmego roku życia do sześćdziesiątego piątego roku życia – 1,0; powyżej sześćdziesiątego piątego roku – 1,7. A więc w depeesach stawka kapitałowa jest podniesiona o 0,8 i wynosi 2,5.

Jednocześnie system sprawozdawczy nie pozwala na weryfikowanie liczby udzielonych świadczeń w poszczególnych kategoriach według miejsca zamieszkania i tym samym nie może być przedstawiona informacja, ile świadczeń w wymienionych zakresach zostało udzielonych mieszkańcom domów pomocy społecznej. A więc tutaj również nie ma ograniczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia podkreśla, że nie stosuje żadnych mechanizmów, które miałyby na celu ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej.

Powiem również, że krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, pani Elżbieta Szwalkiewicz, wskazuje na to, iż zbyt

mało mieszkańców domów pomocy społecznej korzysta ze świadczeń opieki długoterminowej. Konsultant obserwuje zjawisko utrzymywania zasady, w której domy pomocy społecznej zamiast zabezpieczać dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, realizują je we własnym zakresie i w tym celu zatrudniają kadrę pielęgniarstwa, co w efekcie skutkuje ograniczeniem mieszkańcom domów pomocy społecznej dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na ogólnych zasadach.

Dlatego celowe jest podjęcie działań propagujących przyjęcie w tym zakresie właściwych rozwiązań organizacyjnych. Rozwiązania te mogą wykazać, że potrzeby zdrowotne w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej w domu pacjenta są większe od tych, które są obecnie ujawniane i kontraktowane przez NFZ.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w tym zakresie zobowiązało się, że tak powiem, zwrócić uwagę podmiotom prowadzącym domy pomocy społecznej na konieczność podejmowania stosownej interwencji w sytuacji ograniczenia prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej mieszkańcom domów pomocy społecznej. W tym celu, między innymi, przygotowana zostanie informacja dla dyrektorów domów pomocy społecznej oraz jednostek samorządu terytorialnego na temat możliwych rozwiązań.

Oczywiście Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej i Ministerstwo Zdrowia wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia będą w dalszym ciągu pracowały nad możliwością, że tak powiem, usprawniania dalszej współpracy i poprawy dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców depeesów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy mógłbym jednocześnie zapytać o stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie projektu przygotowanego i podpisanego przez grupę senatorów? Jakie jest stanowisko w tej sprawie?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

No niestety, Panie Przewodniczący, muszę powiedzieć, że stanowisko jest negatywne. Chciałbym utrzymać status quo w stanie prawnym, jaki obecnie obowiązuje. Dziękuję.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję.

Chciałbym teraz poprosić o zabranie głosu ministra pracy i polityki społecznej, pana Mielniczuka.

Bardzo proszę.

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Mirosław Mielniczuk*: Panie Przewodniczący, Szanowna Komisjo, w moim imieniu sprawę zreferuje pani dyrektor Wyrwicka.)

Pani Dyrektor, bardzo proszę.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej
w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Krystyna Wyrwicka:**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, tytułem uzupełnienia, ponieważ nasze stanowiska, jeśli chodzi o dwa resorty, są zbieżne, a pan minister większość kwestii zawarł w swoim wystąpieniu.

Chcę powiedzieć, że rzeczywiście nasz resort wywiązał się ze swojego zobowiązania. Wystąpiliśmy do wszystkich starostów, przypominając organom prowadzącym o tym, do kogo należy obowiązek realizacji świadczeń zdrowotnych.

Do tego momentu, a jesteśmy po kontaktach z różnymi domami i analizie problemu, nie odnotowaliśmy przypadków odmów przez podstawową opiekę zdrowotną realizacji świadczeń. W związku z tym tak naprawdę nie mamy bazy wyjściowej do dyskusji, że coś funkcjonuje źle.

Oczywiście podtrzymujemy swoje stanowisko, że nie jesteśmy w stanie – z całym szacunkiem, rozumiejąc cel i intencje – poprzeć tych rozwiązań, ponieważ one tworzą piętrowe konstrukcje, które naszym zdaniem w praktyce niczego nie usprawnią, tylko utrudnią. Weźmy chociażby sprawę standardów, sprawę kontraktowania, kto byłby podmiotem kontraktującym, kto by realizował świadczenia itd., itd.

Pozostaje jeszcze jeden problem, o którym pan minister tu nie mówił. Zakładamy, że na podstawie art. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej uda się uporządkować system w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ale mamy też świadomość, że zakres świadczeń zdrowotnych, przynajmniej w niektórych typach domów, może okazać się niewystarczający. Wiedząc to, zapisaliśmy w ustawie o pomocy społecznej, że dom może zapewnić usługi ponadstandardowe, czyli to, co wykracza poza koszyk podstawowych świadczeń, który, jak rozumiem, za moment się pojawi. I w tym właśnie zakresie pozostaje do rozwiązania pewien problem. A mianowicie, jeśli dom uzna, że to, co zakontraktuje, czy to, co będzie realizował w ramach POZ, będzie niewystarczające, to tak naprawdę ma tytuł prawny do poszerzenia zakresu swoich usług, wszakże z jednym wyjątkiem. I to właśnie sygnalizujemy, ponieważ sprawa jest niejasna i nieczytelna. Chodzi o zatrudnienie personelu medycznego w domu pomocy społecznej, ponieważ w praktyce mamy tutaj różne, odrębne stanowiska. My uważamy, że praktycznie pracownicy medyczni powinni wykonywać świadczenia zdrowotne w zakładach opieki zdrowotnej.

Dom pomocy społecznej nie jest zakładem opieki zdrowotnej, a więc nawet trudno jest realizować dzisiejszy zapis ustawowy. Tajemnicą poliszynela jest pewna praktyka, która ma miejsce. Pielęgniarki pracujące w domach pomocy społecznej bardzo często realizują swoje zadania – i są to świadczenia zdrowotne – na terenie domu pomocy społecznej. Są takie historie, że po upływie czterech lat i dziesięciu miesięcy idą do pracy w szpitalu na dwa, trzy miesiące, po czym wracają do domów pomocy, czasami te przerwy nie następują, co też jest uznawane. Ale z pełnej analizy prawnej wynika, że ten obszar wymagałby uporządkowania. Tak jak mówię – kiedy dobrze zadziała art. 2a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i będzie zgoda wszystkich na pozostawienie zapisów, że dom może robić coś więcej. Mówimy, że mieszkańcy domów pomocy będą mogli korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na takich zasadach jak osoby, które mieszkają normalnie, w swoim środowisku. I teraz jest tak: jeśli to jest wystarczające, to nikt nie korzysta więcej, jeśli nas na to stać, możemy kupić usługi.

W tej chwili jedyna furtka umożliwiająca zatrudnienie pielęgniarek w domu pomocy społecznej w celu wykonywania ponadstandardowych usług to...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, praktyka indywidualna albo grupowa. I to jest, naszym zdaniem, problem na dzisiaj.

Ale oczywiście ta sprzeczność wynika z tego powodu, o którym mówiliśmy na poprzednich spotkaniach, czyli jakby odrębnych standardów odrębnych podmiotów, budowania jednych jednostek organizacyjnych w drugich jednostkach. My widzimy te mankamenty, naszym zdaniem czas funkcjonowania zmienionego art. 2 jest jeszcze zbyt krótki, żeby dokonywać tego typu zmian, które tak naprawdę przeniosą obowiązki świadczeń zdrowotnych na dom pomocy społecznej, bez gwarancji tego, że te obowiązki będą mogły być realizowane – oczywiście, ze względu na koszty, ze względu na środki Narodowego Funduszu Zdrowia. Mamy również w pamięci – to co prawda sprawa ministra zdrowia, ale my z nim współpracowaliśmy – projekt ustawy o ubezpieczeniach pielęgnacyjnych, w którym następuje pewne porządkowanie systemu poprzez dostępność do świadczeń pielęgnacyjnych osób niezależnie do miejsca, w którym są, a więc bez względu na to, czy to jest zakład opiekuńczo-leczniczy, czy dom pomocy społecznej, czy środowisko lokalne. I wydaje się, że to jest właściwy kierunek porządkowania systemu. Dziękuję.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję pani dyrektor. Dziękuję panu ministrowi.

Bardzo proszę o zabranie głosu wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Jacka Grabowskiego.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Otóż na początku chciałbym państwu podać kilka liczb, związanych z tymi rodzajami świadczeń i zakresami świadczeń, które dotyczą pensjonariuszy domów pomocy społecznej.

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje opiekę nad tymi osobami nie tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, o czym była tutaj mowa, ale również w zakresie opieki długoterminowej. I tak w roku 2007 zawarliśmy umowy na blisko 700 milionów zł w tym zakresie, a kontrakty wzrosły o 16% w porównaniu do roku 2006. Czyli jest to ten rodzaj świadczeń, do którego fundusz przywiązuje znaczną wagę, co znajduje odzwierciedlenie w finansach. Takim rodzaje świadczeń jest też rehabilitacja lecznicza – kontrakty wzrosły o ponad 10% i sięgają 1 miliarda 155 milionów zł. Takim może bardzo niedużym wątkiem w zakresie opieki długoterminowej są świadczenia pielęgnarskie. I tutaj zawarto w tym roku kontrakty łącznie na 77 milionów. Był to poziom kontraktów wyższy niż poziom wykonania w zeszłym roku, czyli fundusz założył jeszcze pewną rezerwę w tym zakresie.

I teraz kwestia najważniejsza, kluczowa dla zrozumienia problemu, o którym tutaj mówimy. Otóż przyniosłem ze sobą wyciąg z materiałów informacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie których zawierano kontrakty. Rzecz akurat

dotyczy rehabilitacji w warunkach domowych. Co jest istotne? Istotne jest to, że w §12 materiałów informacyjnych funduszu piszemy, że świadczenia udzielane w warunkach domowych realizowane są w domu pacjenta lub w miejscu przebywania pacjenta, tym miejscem oczywiście może być dom pomocy społecznej. Rehabilitacją w warunkach domowych powinny być objęte osoby, które ze względu na brak możliwości samodzielnego przemieszczania się nie mogą dotrzeć do świadczeniodawców udzielających świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, a wymagają rehabilitacji i fizjoterapii. Tak więc nie są prawdziwe tezy zawarte w uzasadnieniu do projektu ustawy, że te osoby nie podlegają opiece i fundusz nie zwraca na nie uwagi, bo to jest wręcz warunkiem zawarcia i realizowania tych kontraktów.

Co jest istotne i kluczowe dla tej sprawy? Otóż nie każdy pacjent może być objęty taką opieką. W tych materiałach informacyjnych enumeratywnie są wymienione poważne stany chorobowe, które mogą być tytułem do udzielania takich świadczeń. No tu wymienię tylko niektóre: ogniskowe uszkodzenie środkowego układu nerwowego, ciężkie uszkodzenie obwodowego układu nerwowego, uszkodzenia rdzenia kręgowego, choroby przewlekłe postępujące, choroby zwyrodnieniowe stawów biodrowych lub choroby po zabiegach endoprotezoplastyki i urazy kończyn itd., itd. Ta lista jest długa. Jest oczywiście też taka klauzula, że w innych wypadkach dyrektor oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia może wyrazić zgodę na objęcie taką formą opieki. Ale istotna jest informacja, że cały ten wysiłek jest skierowany na osoby potrzebujące, a nie na osoby, które mają takie wewnętrzne przekonanie, że należy się rehabilitować. Chodzi o osoby, które mają obiektywne wskazania – te wskazania zresztą są uzgadniane z konsultantami krajowymi – i potrzebują takiej opieki.

Chcę też powiedzieć, że Narodowy Fundusz Zdrowia, po wysłuchaniu tych wszystkich argumentów, które padały w trakcie procedowania nad tym projektem ustawy, podjął decyzję o stworzeniu nowego rodzaju świadczenia, my to nazywamy produktem, przeznaczonego dla pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej, która do tej pory była finansowana w ramach zebranych deklaracji – ona może zebrać około dwóch tysięcy siedmiuset deklaracji i opłata jest kapitacyjna, niezależnie od jej aktywności. Chcemy w przyszłym roku równolegle realizować kontrakty dla tych pielęgniarek, które znajdują od sześciu do ośmiu ciężko chorych obłożnie pacjentów w domu lub w miejscu przebywania, może być to dom pomocy społecznej. One będą rozliczane za wykonane pakiety świadczeń, co zdecydowanie zmotywuje pielęgniarki do wyszukiwania właśnie osób obłożnie chorych i realizowania tych świadczeń, bo będzie to jedyny tytuł do wypłaty.

Jak państwo widziecie, Narodowy Fundusz Zdrowia, we wszystkich wspomnianych obszarach już zawiera kontrakty, a w przyszłości będzie zawierał jeszcze więcej kontraktów, które służą opiece nad tym pacjentem. Nie widzimy też żadnego powodu, żeby osoby, które w tej chwili są zatrudniane w domach pomocy społecznej i mają kwalifikacje pielęgniarskie, nie zawierały z nami takich umów i nie realizowały świadczeń. Powiedziałbym wręcz, że mamy pierwsze sygnały z różnych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, że brak pielęgniarek jest pewnym utrudnieniem w kontraktowaniu świadczeń, na przykład w zakładach opiekuńczo-leczniczych po prostu nie ma personelu i w związku z tym jest znaczny kłopot. Mówiąc szczerze, nie uzgadniałem wcześniej tej wypowiedzi z panią dyrektorem, zachęcam do zawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nie widzę żadnych przeciwwskazań ku temu, co wię-

cej te osoby nie muszą mieć gabinetów pielęgniarских, mogą realizować świadczenia w domu pomocy społecznej, a praktykę mieć zarejestrowaną w miejscu zamieszkania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję panu wiceprezesowi Jackowi Grabowskiemu.

Proszę państwa, otwieram w tej chwili dyskusję.

Prosiłbym tylko o uwzględnienie, że to jest kontynuacja posiedzenia, pamiętamy tamto posiedzenie, pamiętamy argumentację, jaka padła. Tak więc proszę, żebyśmy tu nie powielali dyskusji, która już się odbyła. Naszym celem dzisiaj jest zadecydowanie, czy tę inicjatywę legislacyjną, która została zgłoszona, poprzemy w pierwszym czytaniu, czy też nie. Mogą być też inne wnioski.

Jako pierwszy zgłosił się do dyskusji pan senator Augustyn.

Proszę bardzo.

Senator Mieczysław Augustyn:

Proszę państwa, przedstawione stanowiska odnosiły się w jednakowej mierze zarówno do problemów, jak i do samego projektu ustawy, która ma tym problemom zaradzić.

Ja przede wszystkim chcę powiedzieć, że państwo źle definiujecie problem. Nie chce mi się wierzyć, żeby krajowy konsultant chciał w boju sprawdzać, jaki jest stan zdrowotny mieszkańców domów pomocy społecznej, i żeby sugerował, by ewentualnie później zastanowić się nad zmianą narzędzia.

Otóż chcę państwa poinformować – zapraszam też, żeby to zobaczyć, bo warto – że mieszkańcy domów pomocy społecznej potrzebują całodobowej, podkreślam, całodobowej opieki pielęgniarской. Stąd też państwa sugestie, ażeby to była opieka w ramach POZ, choć pięknie brzmią, są w większości przypadków... Badania na wrywkowej próbie stu domów pomocy społecznej, przeprowadzone z uwzględnieniem kryteriów Narodowego Funduszu Zdrowia dla zakładów opieki długoterminowej, pokazują, że od 38% do ponad 70%, w zależności od typu, rodzaju domu itd., mieszkańców, którzy tam trafili, Drodzy Państwo, z ZOL, z ZPO, z oddziałów szpitalnych, znalazło się tam dlatego, że ich stan zdrowia nie polepszył się, a na tyle się pogorszył, że nie rokuje poprawy. Czy państwo chcecie tego rodzaju osobom zaproponować gorszy standard pielęgnacji medycznej, aniżeli mieli przed chwilą? No do tego zmierzają, Drodzy Państwo, wasze sugestie, żeby otoczyć ich dzienną opieką, skoro całodobowa okazała się nieskuteczna, skoro okazała się niewystarczająca.

Tak więc źle jest zdefiniowany problem. Ten problem nie dotyczy opieki pielęgniarской w ogóle, Panie Ministrze, Pani Minister, Panie Prezesie, lecz dotyczy tego, że mieszkańcy domów pomocy społecznej potrzebują całodobowej opieki pielęgniarской. W przypadku niektórych segmentów, na przykład niemałego segmentu, wciąż się zwiększającego – Narodowy Fundusz Zdrowia o tym wie, a minister to już na pewno – osób psychicznie chorych, przebywających w domach pomocy społecznej obowiązuje rozporządzenie ministra, które to wręcz nakazuje.

No więc, Drodzy Państwo, te ścieżki, które państwo wskazaliście dość zgodnie, zwłaszcza w odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia, pana ministra Religi, na moje oświad-

czenie – widzę, że w materiałach jest dokładnie to samo – nie są odpowiedzią na problem. To teoretycznie dobrze wygląda, ale nie stanowi odpowiedzi na problem. Wymienię tutaj te ścieżki: to są świadczenia z zakresu pielęgniarstwa długoterminowego, i świadczenia hospicyjne, i zespoły opieki długoterminowej. Ja powtarzam po panu ministrze. Te pierwsze na przykład są możliwe na sześć miesięcy, z możliwością przedłużenia na sześć miesięcy. Czy myślicie państwo, że nasi mieszkańcy mają takie skierowania? Drugie, hospicyjne, owszem, są możliwe, ale tylko dla wydzielonej grupy mieszkańców, konkretnie chorych na choroby nowotworowe, pod warunkiem, że stanowić będą 90% wszystkich tych, którymi się ten zakład opiekuje. No jeśli chodzi o zespoły długoterminowej opieki dla wentylowanych, to nie będę tego rozwijał, bo to jest ułamek procenta mieszkańców domów pomocy społecznej. Oczywiście, jako rozwiązanie docelowe, w jakimś mierze uzupełniające, jest to do pomyślenia, ale nie jako rozwiązanie podstawowe.

A jeszcze chcę dodać, że ruch w odwrotną stronę, na podstawie tego samego dokumentu, który pan prezes był łaskaw przytoczyć, szczegółowych materiałów informacyjnych, a konkretnie załącznika, ruch w drugą stronę, to znaczy, z DPS do ZOL, ZPO, jest oczywiście niemożliwy. Przytaczam: do stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej nie mogą być przyjmowane osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej.

(Wypowiedź poza mikrofonem: No tak.)

No właśnie. Przecież oni nie mogą mieć takich praw, choć nie wiem na podstawie jakiego przepisu.

Ale, Drodzy Państwo, powracam do ustosunkowania się do tego, co mówiła pani dyrektor Wyrwicka.

Standardy, wprowadzenie możliwości działania na terenie domu pomocy społecznej, z mocy art. 2 ust. 2a, zewnętrznego ZOZ. Za tym się Państwo opowiadacie, mówicie, że to byłoby dobre.

Otóż ustawa o zakładach opieki zdrowotnej – jestem przekonany, że przedstawiciele resortów znakomicie ją znają – nakłada obowiązek, ażeby ta filia spełniała dokładnie takie same warunki co macierzysty ZOZ. To dopiero są standardy, to dopiero są wymagania, czasem bardzo trudne, a zwłaszcza gdyby chodziło o opiekę właściwą, czyli opiekę całodobową, bo może w dziennej znalazłyby się takie formy. Stąd też nazwałem to narzędzie nie zakładem opieki długoterminowej, choć oczywiście w świetle prawa to jest zakład opieki zdrowotnej, lecz zespołem. Po to właśnie, Pani Dyrektor, Panie Ministrze, ażeby uniknąć niesłuchania wysokich a koniecznych standardów. To właśnie brałem pod uwagę, chcąc, ażeby to był zespół. Skoro chcemy być domem, to niech ten zespół wchodzi do mieszkań, w których mieszkają mieszkańcy domów pomocy społecznej, a nie będzie zobowiązania do standaryzacji całego obiektu. Muszę powiedzieć, że ze zdziwieniem słuchałem pani dyrektor Wyrwickiej, kiedy mówiła, że byłaby to piętrowa konstrukcja i jednostka w jednostce. A jak ZOZ miałby swoją filię na terenie depeesu, to nie byłoby jednostki w jednostce? Byłaby to nie filia, nie filia, oczywiście, no ale grupa, która będzie tam świadczyła te usługi, zgodnie z art. 2 ust. 2a.

Otóż uważam, że przy moim rozwiązaniu – jeszcze raz to powtórzę i już kończę – nie zdeorganizujemy pracy domów pomocy społecznej, Pani Dyrektor, wręcz przeciwnie, stwarzamy unikalną, moim zdaniem, szansę integracji. Jeśli obcy podmiot będzie operował na terenie domu pomocy społecznej, to oczywiście bez wątplenia poja-

wią się problemy organizacyjne. Ten podmiot, który miałby powstać, wprawdzie byłby samodzielnym podmiotem, ale na pewno nie można by go nazwać w żadnej mierze obcym. Choćby z tego powodu, że organem założycielskim – i to też warto podkreślić – tak jak w przypadku większości domów pomocy społecznej byłby także powiat, a w przypadku niepublicznych domów pomocy społecznej, zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, organami założycielskimi byłyby albo zgromadzenia zakonne, albo stowarzyszenia, które zdecydowałyby się na prowadzenie tych domów pomocy społecznej.

Ale ważne jest to, że to byłby ten sam podmiot, mający wiedzę na temat stanu podopiecznych, za których ponosi odpowiedzialność, mający orientację co do zasad funkcjonowania tych jednostek. Byłaby zatem możliwość integracji tej służby na takim poziomie, który nie niszczyłby ustroju, bo byłby to w dalszym ciągu zakład opieki zdrowotnej. Oczywiście, ktoś powie: a jak by byli kierowani, a jakby to wyglądało itd.? No od razu państwu uprzedzam, że to nie jest materia ustawy, to się reguluje na poziomie rozporządzenia. Poprawka, którą złożyłem podczas poprzedniego posiedzenia, wyraźnie mówi, że te kwestie zostałyby uregulowane w dialogu między ministerstwami, z udziałem przedstawicieli pielęgniarek i lekarzy, tak ażeby było to adekwatne do potrzeb.

Jeszcze raz na zakończenie chcę podkreślić, że to wszystko, co państwo mówicie, byłoby możliwe i pewnie byłoby wdrażane, bo inaczej musielibyśmy prowadzące organy i dyrektorów nazwać ludźmi całkowicie nieodpowiedzialnymi. Ale nie jest wdrażane z tego powodu, że jest nieodpowiednim narzędziem w stosunku do potrzeb znaczącej, a nierzadko przeważającej, grupy mieszkańców domów pomocy społecznej. I do tego państwa chciałbym bardzo gorąco przekonać. Niezafatwienie tej kwestii, przy ubytku pielęgniarek, które odchodzą z DPS, będzie powodowało, że ktoś nie będzie zorientowany w stanie zdrowia i będą nas opisywać, że oto w domach pomocy społecznej nikt nie dopatrył się, że ktoś ma złamaną nogę, albo coś mu grozi, albo coś tam jeszcze. Każdy oczywiście ma jakąś wrażliwość, orientację i w pewnym momencie dzwoni, gdzie trzeba, ale z osobami starszymi jest jak z dziećmi – trzeba naprawdę fachowego oka, żeby wiedzieć, że dzieje się coś niedobrego. No albo będzie taka sytuacja, że ci odpowiedzialni pracownicy będą wysyłać te osoby do szpitali, bo co będą mogli zrobić. A obawiam się, że wtedy koszty jeszcze będą rosły zamiast maleć. Ja już nie będę rozwijał wątku, że tak powiem, nieuczciwego rynku, który w tej chwili jest...

(Przewodniczący Antoni Szymański: Panie Senatorze, bardzo proszę o konkluzję i ewentualne wnioski.)

Już kończę.

Jeszcze raz bardzo państwu proszę, żebyście wzięli te przedstawione przeze mnie argumenty pod uwagę. Cieszę się, że zgadzamy się co do tego, iż mieszkańcy domów pomocy społecznej jako ubezpieczeni mają prawo do opieki pielęgniarzkiej. Wszyscy mówimy jednym językiem. Teraz chodzi tylko o to, by powiedzieć, żeby ta opieka, którą chcemy im zaoferować, a do której mają prawo, była adekwatna do ich potrzeb, i żeby zastosować narzędzie, które będzie skuteczne. A to, co państwo proponowaliście, ma właśnie te dwie wady.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję panu senatorowi.

Kto z państwa senatorów chce jeszcze w tej dyskusji zabrać głos? Proszę o podniesienie ręki. Trzy osoby.

Proponuję, żeby potem, w ramach podsumowania i odpowiedzi, przedstawiciele resortów i Narodowego Funduszu Zdrowia zabrali głos, a następnie zdecydujemy o przyjęciu wniosków. Proszę też o formułowanie wniosków.

(*Senator Mieczysław Augustyn*: Ja przepraszam, Panie Przewodniczący, czy mam przez to rozumieć, że w dyskusji partnerzy społeczni nie będą mogli zabrać głosu?)

Zapytałem, kto chciałby zabrać głos w dyskusji...

(*Senator Mieczysław Augustyn*: Senatorów pan zapytał.)

Tak jest.

(*Senator Mieczysław Augustyn*: Pan przewodniczący zapytał senatorów, więc trudno by się niesenatorowie zgłosili.)

Przepraszam bardzo, dostrzegłem również panie.

Proszę w tej chwili pana senatora Karczewskiego o zabranie głosu.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja jestem krytycznie ustosunkowany do tej ustawy i podobnie jak przedstawiciele dwóch ministerstw, a także prezes Narodowego Funduszu Zdrowia negatywnie oceniam koncepcję poszerzenia katalogu zakładów opieki zdrowotnej. Jestem przekonany, że ten system...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Być może, Panie Senatorze, my pracujemy w jakiś zupełnie innych obszarach. Ja pracuję na Mazowszu, gdzie tego typu problemów nie ma. Ja widzę, że tutaj jeden problem powstaje, jeden problem, nad którym państwo chcecie niejako się prześlizgnąć w tej ustawie. Mam na myśli opiekę pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej.

Dla mnie dom pomocy społecznej to jest po prostu dom i pielęgniarka nie musi tam pracować.

(*Wesołość na sali*)

Tak jest, ja to powtórzę jeszcze raz, nie musi. Trzy tygodnie temu mieliśmy z paniami spotkanie i dostaliśmy piękną książkę pielęgniarki, która była w Norwegii. Przeczytajcie sobie Panie, kto pracuje w Norwegii w domach pomocy społecznej. Opiekunki a nie pielęgniarki, bo pielęgniarki są wysoko wykwalifikowanymi pracownikami czy pracownikami systemu opieki zdrowotnej. Ja uważam, że pielęgniarki powinny pracować w szpitalach i w ramach tych pakietów, o których mówił tutaj pan minister i pan prezes, w zakresie podstawowej opieki specjalistycznej.

Bardzo podoba mi się pomysł przypisania pielęgniarce od sześciu do ośmiu podopiecznych. Aczkolwiek wydaje mi się, i stałbym na takim na stanowisku, że ta liczba od sześciu do ośmiu obłożnie chorych, ciężko chorych jest chyba za duża. No ja wiem, jak wygląda opieka nad ciężko chorymi. Jeżeli jedna pielęgniarka miałaby opiekować się taką liczbą ciężko chorych, a pan prezes mówił też o obłożnie chorych, to wydaje mi się, że to byłoby niemożliwe.

Jestem przeciwny temu projektowi, uważam, że stwarza wiele komplikacji, wiele niepotrzebnego zamieszania, stwarza możliwość tworzenia zakładu w zakładzie, a to jest taka struktura, czy pionowa, czy pozioma, która stwarza wręcz możliwości

nieuczciwego przekazywania sobie pacjentów z jednego zakładu, czyli z domu pomocy społecznej, do drugiego, czyli tego oddziału.

Tak więc ja podtrzymuję stanowisko, jakie zajmowałem na poprzednim posiedzeniu. Zgłaszałem poprzednio wniosek o odrzucenie projektu, nie wiem, czy jest możliwe złożenie w tej chwili takiego wniosku – do pani mecenas zwracam się z takim pytaniem. Jeśli jest, to ja zgłaszam wniosek o odrzucenie tej ustawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Prosiła o możliwość zabrania głosu pani senator Fetlińska.

Bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Państwo Senatorowie! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja jestem pielęgniarką i w związku z tym moja optyka tego zjawiska, o którym dzisiaj mówimy, jest taka właśnie pielęgniariska. Ale też mam świadomość, że pielęgniarstwo się zmienia. Zmienia się też sytuacja organizacyjna zarówno systemu opieki społecznej, jak i służby zdrowia. I myślę...

Bardzo się cieszę, że pan senator Augustyn wystąpił z tą inicjatywą, ja się też pod nią podpisałam, bo uważam, że trzeba zwrócić uwagę rządu i społeczeństwa na to, że coś z tym problemem, jakim jest opieka pielęgniariska i w ogóle medyczna nad osobami, które są w depeesach, należy zrobić. To musi być po prostu zmodyfikowane. Z tym że może nie do końca tak, jak to zapisaliśmy. Ale myślę, że chodziło o wywołanie pewnego tematu.

Nasza sytuacja jest taka: jesteśmy w starym systemie – są DPS, ZOL i zakłady opiekuńcze, ale nie ma jasnego podziału kompetencji między poszczególnymi zakładami, nie ma określonego zakresu ich działalności, nie ma standardów. Do tej pory było tak, że Narodowy Fundusz Zdrowia w zasadzie nie kontraktował świadczeń opieki pielęgniariskiej w depeesach, w związku z czym problemy były takie, że pielęgniarki dyplomowane zatrudnione były jako opiekunki, a to budziło bunt i niechęć, bo jak gdyby rola była nie ta. Ale to wynikało też z zupełnie innej przyczyny.

Otóż my musimy sobie zdać sprawę z tego, że tak naprawdę trzeba dokładnie wydzielić strefy opieki nad człowiekiem starym. Człowiek stary może mieszkać w swoim dotychczasowym środowisku i wówczas ma opiekę typową dla tego środowiska zamieszkania; może mieszkać w domu rencisty albo w depeesie jako zdrowy i tam korzystać z opieki pielęgniariskiej czy lekarskiej na zasadach mieszkańca środowiska zamieszkania. Ale są już takie strefy, na przykład w depeesie, gdzie przebywają osoby chore i tam już jest potrzebna nie tylko działalność opiekuńcza jak dostarczenie jedzenia, zaspokajanie potrzeb psychospołecznych, ale też pielęgniariska. I wtedy zaczyna się problem, tam już jest potrzebna opieka pielęgniariska, taka wzmożona, potrzebna jest pielęgniarka na stałe. Ale czy w takiej liczbie, jak obecnie mamy, z zakresem czynności i dla opiekunki, i dla pielęgniarki? No tutaj jest problem.

I kolejna strefa. Są takie domy, które ze względu na to, że ich mieszkańcy starzeją się, stają się zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, chociaż są w systemie opie-

ki społecznej, a nie w systemie służby zdrowia. Jeśli chodzi o ich faktyczną działalność, to jest tam przewaga tego rodzaju działania, bo po prostu starsi mieszkańcy potrzebują więcej opieki pielęgniarstwa.

I piąta strefa, gdzie jest potrzeba większej opieki lekarskiej, ponieważ stan zdrowia mieszkańców jest taki, że wchodzimy już w zakres działalności zakładów opiekuńczo-leczniczych, ZOL.

I teraz musimy się dobrze zastanowić, właśnie środowisko pielęgniarstwa, moje środowisko, musi się dobrze zastanowić, jak opisać te kompetencje i jak je po prostu sprzedać. Wydaje mi się, że w drugiej, trzeciej strefie, w depeesach, gdzie są zdrowi mieszkańcy, gdzie są niewielkie potrzeby pielęgniarstwa, wystarczy po prostu pojedyncza pielęgniarka na kontrakcie indywidualnym, która pełni rolę dyżurnej pielęgniarki. I naprawdę nie ma potrzeby, żeby pracowało tam kilkadziesiąt czy kilkanaście pielęgniarek. Ale w tych domach, gdzie jest bardzo duża potrzeba opieki pielęgniarstwa, zaawansowanej, wzmożonej opieki, to tam już musi być ZOL. I tam albo pacjent musi być przeniesiony, albo od razu zakontraktowany i odpowiednio do stanu zdrowia pacjentów potrzebna jest czy grupowa praktyka pielęgniarstwa, czy też utworzenie zakładu opieki długoterminowej – w zależności od sytuacji.

Wydaje mi się, że rozwiązanie tego problemu wymaga naprawdę gruntownego przemyślenia. A żeby stanowiska ministerstw, i Ministerstwa Zdrowia, i Ministerstwa Polityki Społecznej, mogły być naprawdę adekwatne do potrzeb, środowisko pielęgniarstwa powinno dokładnie opisać, co naprawdę jest w standardzie tej opieki i co chciałoby, żeby było kontraktowane. A depeesy powinny dokładnie opisać, co to znaczy, działalność opiekuńcza wobec pensjonariuszy. Wydaje mi się, że brak tego opisu, co jest działalnością opiekuńczą, a co działalnością pielęgniarstwa – działalnością lekarską jest właściwie znana – stanowi problemem, który powoduje, że tak naprawdę Narodowemu Funduszowi Zdrowia trudno jest zakontraktować odpowiednio tę działalność.

I w tej sytuacji ja bym była może nie za odrzuceniem, ale za ponownym zastanowieniem się nad tym. Dobrze byłoby, żeby właśnie środowisko pielęgniarstwa i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej zechciały opisać zakresy kompetencji tych zawodów. Zawód opiekunki w tej chwili już jest zawodem, do którego wykonywania przygotowuje się w policealnych szkołach medycznych. Tak więc wydaje się, że należałoby to opisać i dopiero wtedy, mając jak gdyby koncepcję, jak ta opieka ma być organizowana, jaki jest zakres poszczególnych stref opiekuńczych, ponownie podejść do tego tematu.

Uważam, że jest marnowaniem fachowej kadry pielęgniarstwa zatrudnianie kilkunastu pielęgniarek w depeesach, bo jeśli tam nie ma dużo chorych, to ta działalność opiekuńcza pielęgniarki... No to jest właściwie strata dyplomu i wysokich kwalifikacji. A żadne państwo chyba nie jest tak bogate, żeby płacić za prostą opieką pielęgniarkom. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Chciałbym uściślić, Pani Senator. Czy pani składa jakiś wniosek? Jeśli tak, to proszę go zapisać.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Senator Janina Fetlińska: Ja może powiem...)

Proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Ja jestem za tym, żeby pracować nad nowymi rozwiązaniami, jeśli chodzi o działalność opiekuńczą w depeesach i opiekę pielęgniarstwa, tak żeby to odpowiadało na potrzeby społeczne, ale także by było ekonomicznie zorganizowane.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Ten wniosek oczywiście jest bardzo ważny, ale on się nie odnosi do inicjatywy legislacyjnej.

Bardzo proszę, pan senator Sidorowicz.

Senator Władysław Sidorowicz:

Chciałbym najpierw zadać pytanie panu prezesowi Grabowskiemu o ten nowy produkt. Czy jest określony limit czasowy tego produktu? Czy państwo ograniczają wykonywanie tych funkcji pielęgnacyjnych do opieki dziennej?

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

To polega na tym, że są wymienione w pewnych grupach – z tego co pamiętam, w sześciu – szczegółowe zabiegi, mówiąc szczerze, po części również opiekuńcze: od obcinania paznokci, czesania, mycia, aż do bardzo wykwalifikowanej opieki pielęgniarstwa, dotyczącej terapii odleżyn, kontynuacji terapii szpitalnej itd., itd.

My oszacowaliśmy czas trwania poszczególnej grupy działań pielęgniarstwa i oczywiście staramy się tak ten produkt – przepraszam za żargon, którym w tej chwili posługuję – ustawić, żeby był bardziej rentowny niż fakt zebrania dwóch tysięcy siedmiuset deklaracji bez oceny aktywności tejże pielęgniarstwa. Chcemy, żeby ten produkt był bardziej rentowny mniej więcej o 30% niż aktualne funkcjonowanie finansowe pielęgniarstwa POZ. Dziękuję.

Senator Władysław Sidorowicz:

Ja tylko chciałem powiedzieć, że oddzielenie opieki społecznej w 1990 r. spowodowało, że z automatu pewne osoby obłożnie chore zostały przeniesione z instytucji medycznych do instytucji opiekuńczych. Stan ten de facto do dzisiaj nie uległ uporządkowaniu. Projekt ustawy, który zgłosił senator Augustyn, jest próbą ucywilizowania pewnego segmentu deficytowego. Muszę powiedzieć, że podjęte w międzyczasie działania resortowe dowodzą, że wysunięcie tego problemu było ze wszech miar słuszne, bo resorty się spotykają, Narodowy Fundusz Zdrowia problem dostrzega. Ja w dalszym ciągu jednak będę opowiadał się za nadaniem biegu legislacyjnego tej ustawie, choćby dlatego że obszar nieuregulowany dobrze przez państwo jest obszarem, w którym jednak dyskryminowane są potrzeby pewnej grupy ludzi, problemowej w całej Europie. W całej Europie zapewnienie dostępu do świadczeń osobom starszym i chorym jest jednym z wyzwań Strategii Lizbońskiej, jest jednym z wyzwań organizacji syste-

mu świadczeń. I w tym sensie mam wrażenie, że projekt ustawy pana senatora Augustyna ewidentnie idzie w tym kierunku, który z tamtych rozporządzeń by wynikał. Czy on jest docelowy? To jest już inna sprawa – trudno mi powiedzieć. Wydaje mi się, że w dzisiejszym stanie prawnym to jest krok sprawiedliwy i solidarny z tą grupą ludzi, która we wszystkich systemach ma kłopoty z realizacją zaspokajaniem swoich potrzeb zdrowotnych. Nasze rewolucyjne zmiany, jakie się dokonały w roku 1990, de facto nigdy nie uporządkowały tej sfery. Dzisiaj możecie idąc przez takie zakłady, które kiedyś były domami terminalnej opieki, spotkać jeszcze tych ludzi, którzy dokonują swojego żywota, a jednak nie jesteśmy w stanie przy dzisiejszym systemie finansowania świadczeń zapewnić im godziwej jakości usług medycznych.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję.

Proszę teraz o zabranie głosu naszych gości.

Pani, która się zgłasza... Proszę się przedstawiać może, dobrze?

Bardzo proszę.

**Przewodnicząca Zespołu do spraw Pielęgniarek
Wykonujących Zawód w Domu Pomocy Społecznej
w Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych
Dorota Urbańska:**

Ja jestem pielęgniarką, ale także dyrektorem Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych. I szczerze powiedziawszy z przykrością słuchałam niektórych stwierdzeń, bo one, w moim przekonaniu wynikającym z wieloletniej praktyki, są całkowicie niezgodne z rzeczywistością.

Przede wszystkim myśmy dokonali oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w domach pomocy społecznej, kierując się tymi samymi wskaźnikami, jakie są stosowane przy kwalifikacji do ZOL. Proszę państwa, my tymi danymi dysponujemy – ja z terenu województwa wielkopolskiego, koleżanka z terenu Radomia, Łodzi i Małopolski. Jest jedna podstawowa sprawa: ani organy prowadzące, ani dyrektorzy domów pomocy społecznej, w obecnej sytuacji nie mogą zrobić niczego więcej, poza tym co aktualnie w domach pomocy w zakresie opieki pielęgniarskiej się dzieje, ponieważ ustawa zdrowotna tego nie dopuszcza. Gdyby wchodziła w grę możliwość zakontraktowania opieki całodobowej i długoterminowej, to problem byłby rozwiązany, nawet można by było to zastosować, ale nie ma takiej możliwości. Dlatego obarczanie winą dyrektorów za brak starań i inwencji jest wielce niesprawiedliwy.

Czy pielęgniarka powinna być w domu pomocy społecznej? Jak jej tam może nie być, skoro naczelnym kryterium kierowania do domu pomocy społecznej jest stan zdrowia i podeszły wiek? Jak jej może tam nie być? I nie może być w środowisku, bo tam nie będzie zapewniona opieka. Jak jej można zaserwować – przepraszam bardzo – opiekę na osiem godzin? A co potem?

Zawód opiekunki i zawód asystenta osoby niepełnosprawnej w domu pomocy społecznej. Proszę państwa, ja byłam nauczycielem, pracowałam dodatkowo, uczyłam te osoby, znam program i wiem, że to są tak naprawdę asystenci pielęgniarek. Zgadzam się z koleżanką senator Janiną Fetlińską, że nie potrzeba rzesz pielęgniarek w domach

pomocy społecznej, bo to są wysoko wykwalifikowane osoby. Ale one muszą tam być stale po to, żeby sprawować właściwy nadzór nad działalnością pielęgniarstwa, również opiekuńczą i aktualnie oceniać zagrożenie zdrowotne. Żadna opiekunka nie jest w stanie rozpoznać prawidłowo zagrożenia stanu zdrowia, a odpowiedzialność za to ponosi dyrektor domu pomocy społecznej.

Ja w dniu dzisiejszym pracuję w domu pomocy społecznej, gdzie są cztery pielęgniarki, siedemdziesięciu podopiecznych, a gdzie jest zapotrzebowanie na długoterminową opiekę pielęgniarstwa dla pięćdziesięciu ośmiu osób. A więc nie mam nawet całodobowego zabezpieczenia, korzystam z pomocy koleżanek ze szpitala i praktycznie funkcjonujemy łamiąc podstawowe zasady, że tak powiem, bezpieczeństwa podopiecznych, zagrożenie jest bardzo poważne.

Ja bym bardzo prosiła, żeby państwo jeszcze raz rozważyli możliwość pracy nad projektem ustawy pana senatora. Tak jak pan profesor Sidorowicz sądzę, że to jest naprawdę światło w tunelu, to jest zwrócenie uwagi na problemy tego środowiska, nie tylko środowiska medycznego, które tam pracuje, ale przede wszystkim pacjentów, mieszkańców, którzy są naprawdę pozbawieni należnych im praw. Ja również nie mogę się pogodzić z tym, że pielęgniarstwo nie ma w domach pomocy społecznej. One zawsze, nawet jeżeli ich tam fizycznie nie ma, współpracują i zabezpieczają pomoc w takim obszarze, o którym ja mówiłam. Nam nie chodzi o rzeszę pielęgniarek, czasem jedna wystarczy czy dwie na dyżurze. Ale one muszą pracować w jakimś systemie, muszą pracować w zespole terapeutyczno-opiekuńczym, żeby zapewniona była kompleksowa opieka.

Gdyby ten pkt 2a – to trzeba wyraźnie powiedzieć – dawał jakąkolwiek szansę na zakontraktowanie tych usług, to my byśmy już to dawno zrobili, bo próbowaliśmy. Niestety, żaden ze świadczeniodawców nie chce w ogóle tego rozważać, bo nie ma jakichkolwiek podstaw, żeby z wnioskiem o taki kontrakt wystąpić. A więc jeszcze raz bardzo bym prosiła, ażeby prace nad projektem były dalej kontynuowane.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Bardzo bym prosił o niepowtarzanie pewnych treści, które już zostały powiedziane, albo ich przedstawianie w skrótowej formie.

Bardzo proszę.

Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Maria Marczak-Cichońska:

Maria Marczak, sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Proszę państwa, ponieważ tu kilka razy pojawiał się wątek zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarstwa, ja powiem, że na terenie byłego województwa radomskiego w siedemnastu domach pomocy społecznej zamieszkuje tysiąc pięćset sześćdziesięciu sześciu mieszkańców: w stanie lekkim, mierzoną skalą Bartel przyjętą dla ZOL, ośmiuset czterdzieści mieszkańców, w średnio ciężkim – dwustu trzech, a w ciężkim – pięciuset dwudziestu trzech. Podaję te dane, by pokazać, dlaczego w domu pomocy społecznej powinna być zatrudniona pielęgniarka.

Proszę państwa, pielęgniarki w tych siedemnastu domach pomocy społecznej wykonały – skupię się tylko na czynnościach należących do kompetencji pielęgniarek,

nie opiekunek – w okresie sześciu miesięcy dwadzieścia cztery tysiące wlewów kroplowych. Proszę państwa, kto może zastosować przymus bezpośredni? Pielęgniarka. A zobaczymy, w ilu domach są mieszkańcy z zaburzeniami psychicznymi.

(Głos z sali: W każdym.)

Tak, w każdym. Proszę państwa, opiekunka nie ma tych kompetencji. Dlatego właśnie musi być tam pielęgniarka. Profilaktyka odleżynowa, która należy również do kompetencji pielęgniarek – było wykonanych pięćdziesiąt sześć tysięcy opatrunków. To są liczby, proszę państwa.

Jeżeli chodzi o inne województwo, województwo łódzkie – sześćdziesiąt sześć domów, z których 30% mieszkańców może z dnia na dzień przejść do zakładów opiekuńczo-leczniczych. To są badania aktualne.

Proszę państwa, niedawno organizowaliśmy konferencję dla pielęgniarek zatrudnionych w depeesach, naszym gościem był pan minister Socha. Pojawił się problem, żeby badania powtórzyć i może niekoniecznie skalą Bartel, ale nową skalą kompleksowej oceny geriatrycznej. Pan minister Socha powiedział, że nie robi się badań w przypadku rzeczy oczywistych, dla pana ministra było wiadomym, że te świadczenia, należące do kompetencji pielęgniarek, w domach pomocy społecznej występują.

Proszę państwa, następna sprawa to indywidualna praktyka. Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej mówi o tym, że indywidualna praktyka nie może być wykonywana w ramach stosunku pracy, podlega innym rygorom. A więc nie mówmy o tym, że pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę może świadczyć całodobowe świadczenia w domach pomocy społecznej, bo że te świadczenia są całodobowe, to my o tym wiemy.

Proszę państwa, liczba pielęgniarek. 50% pielęgniarek już odeszło do zakładów opieki zdrowotnej. Jeżeli dzisiejszy protest, nie przyniesie skutku – liczymy, że jednak przyniesie – następne koleżanki po prostu odejdą do zakładów opieki zdrowotnej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze, ale to państwo odpowiada za organizację ochrony zdrowia. Niby to dobrze wygląda, system zapewnia dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej. Ale zastanawiam się, dlaczego po pkt 3 nie ma informacji o tym, ile zakontraktowano świadczeń należących do kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i na jaką kwotę. My takie pytanie skierowaliśmy do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Niestety, naczelna rada nie dostała odpowiedzi do dnia dzisiejszego, ale myślę, że doczekamy się.

(Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski: Przekazałem osobiście na ręce pani przewodniczącej.)

Proszę państwa, na koniec powiem, że naczelna rada opowiada się za rozwiązaniem przedstawionym w projekcie przez pana senatora. Myślę, że w pracach nad koszty świadczeń miejsce dla mieszkańców domów pomocy społecznej na świadczenia w zakresie nie tylko podstawowej opieki, ale opieki długoterminowej, również się znajdzie. Dziękuję.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę panią o zabranie głosu.

**Członek Prezydium Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Ewa Obuchowska:**

Ewa Obuchowska, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.
Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Pielęgniarki i położne nie od dzisiaj apelują do strony rządowej, do ekip politycznych, o rozwiązanie problemu realizacji świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej. Musimy mieć wszyscy świadomość tego, że tam przebywa człowiek stary, chory i samotny. Informacja z Narodowego Funduszu Zdrowia, że ma być nowy produkt pod tytułem „indywidualna praktyka” – od sześciu do ośmiu pacjentów – jest dla nas zaskoczeniem, bo dzisiaj mamy indywidualną praktykę w ramach praktyki domowej długoterminowej i to jest również praktyka ograniczona co do liczebności pacjentów podległych pielęgniarce, ale praktyka znowu nie całodobowa, tylko praktyka ograniczona do kilku godzin, dosłownie od jednej godziny do godzin czterech. I to jest jeden podstawowy argument.

Proszę państwa, odnosząc się do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, powiem – to jest również argument z przepisów prawnych – że tam można przebywać tylko w określonym czasie, to jest do sześciu miesięcy, a w domach pomocy społecznej jak się tam trafi, do końca życia. I znowu gdybyśmy się tutaj powołali na materiał opracowany przez ministerstwo pracy, to zobaczylibyśmy, że naprawdę lekarze nie mają problemu, żeby kierować mieszkańców domów pomocy społecznej do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, lecz rzecz taka nie ma miejsca. I dobrze by się stało, gdyby w tych wykazach było to uwzględnione. Drodzy Państwo, wierzcie mi, że tutaj naprawdę nie chcemy nikomu nic wypominać.

Uważamy, że rozwiązania zaproponowane przez senatora Augustyna idą w kierunku rozwiązania problemu, który może dzisiaj dotyczyć nas wszystkich. Zwracam się tutaj do senatora Karczewskiego – szkoda, Panie Senatorze, że nie przyjął pan zaproszenia pielęgniarek z Radomia do domu pomocy społecznej. Zobaczyłby pan, jaka jest rzeczywistość w tym domu pomocy społecznej. Sześć tysięcy pielęgniarek zatrudnionych na tych warunkach i dzięki przychylności ministerstwa pracy, bo my to też doceniamy, może odejść do szpitali. I nie ma problemu, żeby tam panie zostały, bo w systemie brakuje sześćdziesiąt tysięcy pielęgniarek. I to nie o to chodzi, żeby na siłę tam pielęgniarki zostały. Chodzi o to, żeby świadczenie zdrowotne było sfinansowane i żeby była zalegalizowana praca osób, które wykonują zawód medyczny. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę pana o zabranie głosu. Prosiłbym tylko o niepowtarzanie treści, które były już wypowiedziane.

Proszę bardzo.

**Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia
Organizatorów i Menedżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia
Stanisław Litman:**

Stanisław Litman, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menedżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia – ja przepraszam, dość długa

nazwa stowarzyszenia. Jest to stowarzyszenie skupiające głównie dyrektorów domów pomocy z terenu całej Polski.

Chciałbym w imieniu stowarzyszenia, również własnym, w całej rozciągłości poprzeć te rozwiązania, które zgłasza w swoim projekcie pan senator Augustyn. Myśmśmy dyskutowali w ubiegły czwartek na temat tych założeń i chciałbym przekazać to w imieniu praktyków, którzy od lat prowadzą domy pomocy społecznej i którzy mieli wątpliwości w czasie tej naszej dyskusji dotyczące tych rozwiązań. Wątpliwości dotyczyły nie samej idei, tylko rozwiązań technicznych.

I chciałbym jeszcze jedno z całą mocą podkreślić: projekt ustawy, nad którym dzisiaj dyskutujemy, nie zakłada tworzenia nowych struktur w ramach domów pomocy społecznej. To mają być zespoły, które będą integralną częścią struktury domów pomocy społecznej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To są już rozwiązania techniczne. Jak to zrobić, to są już rozwiązania techniczne.

Chciałbym też jeszcze jedną rzecz państwu uzmysłowić à propos konieczności pracy pielęgniarek w domach pomocy społecznej. Odkąd zmieniły się zasady finansowania pobytu w domach pomocy społecznej, do domów pomocy społecznej nie trafia nikt zdrowy – ani jedna osoba. To są osoby, które nie są samodzielne, nie mają możliwości samodzielnego bytu w środowisku, wymagają całodobowej opieki.

I jeszcze jeden temat, który troszeczkę mnie zbulwersował, a który podniósł pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Ja z całą mocą zapewniam, że mieszkańcy domów pomocy społecznej mają pełną rehabilitację. Mają ją, tyle tylko, że ta rehabilitacja jest podwójnie finansowana, a my chcemy, żeby ona była finansowana, tak jak w przypadku każdego innego obywatela, z Narodowego Funduszu Zdrowia. Każdy mieszkaniac domu pomocy społecznej płaci składkę na Narodowy Fundusz Zdrowia, a pokrywa odpłatność z własnych środków. Czyli jest to podwójne finansowanie? Jest. Tak więc to nie chodzi o to, że mieszkańcy w domach pomocy społecznej nie mają rehabilitacji. Oni mają, tylko rehabilitacja ta...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę pana senatora Karczewskiego o zabranie głosu.

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja chciałbym tak powiedzieć. Proszę państwa, może zbyt drastycznie się wypowiedziałem, ale tego typu wypowiedzi bardziej nas jeszcze pobudzają do dyskusji. Ja jestem bardzo wdzięczny panu senatorowi Augustynowi za tę ustawę, za ten projekt, ponieważ on wzbudza jednak debatę, wzbudza nasze zainteresowanie problemem, co również daje pewne efekty. Dla mnie jest już dużym osiągnięciem to, o czym mówił pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, ten pakiet, o którym tutaj była mowa, jest, w moim odczuciu, bardzo dobrym rozwiązaniem.

Pan tutaj przed chwilą powiedział, że ludzie w domach pomocy społecznej, przytaczam pana słowa, wymagają opieki całodobowej. Ja się z tym zgadzam, oni wymagają opieki całodobowej, ale nie wymagają świadczeń zdrowotnych przez całą dobę. Moglibyśmy powiedzieć, że no cóż, wszyscy chorzy na cukrzycę wymagają świadczeń zdrowotnych, bo trzeba im insulinę robić, to zakontraktujmy świadczenia zdrowotne, będzie nam się opłacało. Nie. Chorzy w domach pomocy społecznej po prostu... I też się nie zgodzę z panią, która pierwsza zabierała głos, że kryterium jest stan zdrowia. Nie, kryteria są zupełnie inne. A to, że trafiają tam ludzie chorzy... Trafiają tam po prostu ludzie starzy, a to są najczęściej ludzie, którzy cierpią z powodu różnych schorzeń.

Proszę państwa, przed nami stoi – i tutaj zwracam się do przedstawicieli izby pielęgniarstwa... Proszę pań, przecież brakuje pielęgniarek. Ja jestem lekarzem, ja wolę, i pewno pani również, i pewno pielęgniarki, pracować na dobrze wyposażonym oddziale, krótkoterminowym, niż przy pacjentach mówicie: ciężko, obłożnie chorych. To są chorzy, którzy wymagają opieki, ale świadczeń wymagają częściowo. Ja nie mówię, że tam ma nie być pielęgniarki w ogóle. Może być w tym pakiecie i powinna być. Ale nie upierajcie się Panie, że to jest dobry instrument do rozwiązania problemu. Moim zdaniem jest to zły instrument i pomimo tego że bardzo cenię sobie inicjatywę pana senatora, bo widzę w niej przede wszystkim bardzo dużą troskę o tych pacjentów, co trzeba docenić, widzę inne rozwiązanie tego problemu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję.

Zgodnie z wcześniejszą decyzją bardzo proszę o...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Senatorze, umówiliśmy się, że będą po głosach w dyskusji wypowiedzi przedstawicieli resortów. No chyba, że bardzo króciutko.

Bardzo proszę.

Senator Mieczysław Augustyn:

Drodzy Państwo, ja chciałbym się odnieść do bardzo ważnej kwestii, nie podchwyconej tutaj, a poruszonej przez panią senator Fetlińską i przez pana senatora Sidorowicza.

Chcę państwa zapewnić, że jestem w ciągłym kontakcie z przedstawicielami zespołu, który pracuje nad rozwiązaniami dotyczącymi długoterminowej opieki pielęgniarstwa czyli ubezpieczeń pielęgnacyjnych. I problem rozdzielenia tego, co opiekuńcze, od tego, co medyczne, jest tam bardzo wyraźnie widziany. Ale chcę też państwa zapewnić, że przyjęcie tego rozwiązania w opinii osób, z którymi rozmawiałem, i mojej własnej na podstawie projektu, który miałem okazję oglądać, nie kłóci się z tamtymi rozwiązaniami, ponieważ tam również trzeba będzie rozdzielić to, co w opiece pielęgniarstwa medyczne, od tego, co jest opiekuńcze. Także w domach pomocy społecznej. I dotyczy to opieki pielęgniarstwa.

Jeśli chodzi o kształcenie, o którym tutaj była mowa, czytałem... Już kończę, Panie Przewodniczący. Czytałem program, czym się opiekunka będzie zajmowała, między innymi w bodajże pktcie 6 jest napisane, że będzie po prostu asystowała pielęgniarkom, która tam musi też być.

Tak że chciałem tylko dorzucić, że te rozwiązania nie są doraźne, ale projektowane były z pewną myślą, ażeby się za chwilę przydały do rozwiązania generalnego w opiece długoterminowej. Dziękuję.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję.

Przechodzimy w tej chwili do wypowiedzi pana ministra zdrowia.

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marek Grabowski:

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze!

Staramy się jak najbardziej rozumieć potrzeby ludzi przebywających w domach pomocy społecznej, ale nasuwa się proste pytanie: jeżeli, założmy, pacjentom domów pomocy społecznej...

(*Głos z sali: Mieszkańcom.*)

...mieszkańcom zapewnimy całodobowo świadczenia medyczne, to czym będzie się różnił zakład opieki zdrowotnej, zakład opiekuńczo-leczniczy bądź zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy od DPS? To zakłady pomocy społecznej należałoby zarejestrować jako ZOZ i wtedy świadczenia są wykonywane całodobowo.

Ale ja chciałbym, Panie Przewodniczący, poprosić jeszcze, ażeby pan pozwolił dwóm osobom na kilka zdań. Otóż jest z nami pani dyrektor Budzińska, zastępca dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia, powie kilka zdań pod względem prawnym, jest też pan profesor Błędowski – przedstawiciel zespołu do spraw opracowania nowej ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Ta nowa ustawa gwarantuje zaspokojenie potrzeb ludzi co do opieki medycznej w domach pomocy społecznej. Bardzo o to proszę, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo proszę – ze względu na wagę spraw i ze względu na odniesienie się do konkretnych problemów związanych z projektem – ale prosiłbym w jakimś syntetycznym trybie.

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marek Grabowski:

Dziękuję bardzo.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego
w Ministerstwie Zdrowia**

Alina Budzińska-Makulska:

Szanowni Państwo, ja odniosę się tylko do projektu pod względem formalno-prawnym.

Otóż tego, co sobie państwo tak naprawdę wyobrażają, jeśli chodzi o to, jak miałyby ten system opieki pielęgnacyjnej czy też pielęgniarstwa funkcjonować w domach pomocy społecznej, zupełnie nie odzwierciedla ten projekt. Chodzi mi o to, co mówił pan senator czy o to, co mówiły panie z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Ten projekt nie rozdziela, ten projekt łączy. Mamy do czynienia z czymś, można powiedzieć z jakąś instytucją, która jest tak naprawdę klasycznym „dwa w jednym”, ponieważ zmiana art. 2, pierwsza zmiana tej ustawy, powoduje, że zakładem opieki zdrowotnej jest zespół opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej, w związku z czym ten zespół opieki długoterminowej musi spełniać wszelkie wymagania co do personelu medycznego, co do wymagań fachowych i sanitarnych, takie jak są określone dla zakładów opieki zdrowotnej. A jednocześnie w związku z tym, że jest ta część w domu pomocy społecznej, musi spełniać...

(Senator Mieczysław Augustyn: Ale z wyjątkami przewidzianymi w tym projekcie.)

Panie Senatorze, ten projekt nie ma w sobie żadnych wyjątków. Jednocześnie w całości stosujemy ustawę o pomocy społecznej, gdzie również są określone wymagania odnośnie do funkcjonowania i struktury DPS.

Naprawdę od strony formalnoprawnej trudno to pogodzić i jeżeli ktokolwiek – jeżeli to by się stało prawem – zwrócił się o interpretację, które przepisy mają pierwszeństwo, które przepisy stosować, nikt nie jest w stanie, nie narażając się na zarzut niestosowania którejś z ustaw, czyli albo ustawy o ZOZ albo o pomocy społecznej, wywieść prawidłowej interpretacji. A prawo nie może być stanowione w ten sposób, że interpretacja powoduje albo jego łamanie, albo mamy interpretację absurdalną.

Kolejna sprawa to umiejscowienie struktury: zespół opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej. Pan senator mówi, że są tutaj odrębności. Mamy rozporządzenie, które jest w rozdziale „Zakłady opieki zdrowotnej podlegające szczególnej regulacji”. Tam są przepisy, które dotyczą zakładów wyodrębnionych ze względu na podmiot tworzący: MON, MSWiA, Ministerstwo Sprawiedliwości. Są to szczególne regulacje ze względu na bezpieczeństwo państwa bądź też bezpieczeństwo publiczne. Mówiąc krótko, są to ZOZ więzienne albo ZOZ, które są potrzebne do zapewnienia bezpieczeństwa narodowego. Tam naprawdę nie mieści się regulacja dotycząca domów pomocy społecznej.

Poza tym rozporządzenie, które by miało określać strukturę organizacyjną, sposób zarządzania, warunki i tryb kontroli, jest to upoważnienie od strony legislacyjnej mające taki zakres, który jest nie do wykonania dla legislatora, chcącego się kierować zasadami przyzwoitej legislacji.

Następna sprawa – dołączony tutaj projekt rozporządzenia. Nie można mówić, że minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia określa strukturę organizacyjną zespołu opieki długoterminowej, a następnie delegować to uprawnienie, które jest uprawnieniem ustawodawcy przeniesionym na organ wykonawczy, na dyrektora domu pomocy społecznej. To jest po prostu niezgodne z konstytucją.

To są naprawdę tylko takie podstawowe, elementarne uwagi.

Jeszcze jedna sprawa. Proszę zauważyć, że domy pomocy społecznej – ja teraz się skupię na tych publicznych, czyli tworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego – są jednostkami sektora finansów publicznych. Podobnie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. I teraz powstaje sytuacja tak naprawdę podwójnego finan-

sowania, ponieważ DPS ma możliwość pobierania pewnych opłat od pensjonariuszy domu pomocy społecznej. Pojawia się pytanie: jak te opłaty, które obejmowały również w obecnym stanie prawnym pewną opiekę pielęgnacyjną, będą się miały do sytuacji, kiedy tą ustawą jednocześnie stwierdzimy, że to jest zakład opieki zdrowotnej, do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej? Jak to będzie rozliczane, czy to wpłynie na opłaty w tych domach? Po prostu dochodzimy do podwójnego finansowania i tak naprawdę do niemożności...

(Senator Mieczysław Augustyn: Pani mecenas niestety nie zna poprawek przedstawionych na poprzednim posiedzeniu komisji.)

To prawda, nie znam, odnoszę się do druku...

(Senator Mieczysław Augustyn: Bardzo mi przykro.)

...który został mi udostępniony. Jest tutaj sytuacja tego typu, że nie ma jasności co do podziału, gdzie kończy się dom pomocy społecznej, a gdzie zaczyna zakład opieki zdrowotnej umiejscowiony w tym domu. A więc to, co powiedział pan minister, że albo dom pomocy społecznej albo zakład.

Jednocześnie wydaje mi się, że te niewątpliwie słuszne tutaj oczekiwania, szczególnie strony społecznej, można by było rozwiązać w gruncie rzeczy w zupełnie inny sposób, niekoniecznie tworząc zakład opieki zdrowotnej w domu pomocy społecznej.

(Przewodniczący Antoni Szymański: Bardzo proszę o konkluzję.)

Po prostu można by tak zmienić ustawę czy o wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej, czy jednocześnie ustawę o świadczeniach, żeby umożliwić, po pierwsze, odpowiednią pracę pielęgniarek i określić odpowiedni zakres kompetencji tych pielęgniarek, na wzór POZ. To są takie na gorąco, że tak powiem, moje wnioski. Oczywiście to by wymagało tutaj uzgodnień, ale wydaje mi się, że nie trzeba obudowywać tak instytucjonalnie tych potrzeb, które państwo wyrażają. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Proszę o zabranie głosu pana Jacka Grabowskiego.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Proszę państwa, ja bardzo dziękuję za ten głos pani mecenas, ponieważ to co jest uderzające dla oceny tego projektu przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to jest to, że on buduje pewną iluzję, która nie ma najmniejszej szansy się zrealizować. Dlaczego? Dlatego że w żaden sposób powołanie niepełnowartościowych ZOZ nie wpłynie na ich wybór w procesie wyboru, który jest opisany w ustawie o świadczeniach zdrowotnych. Ustawa o świadczeniach zdrowotnych bardzo precyzyjnie – a praktyka Narodowego Funduszu Zdrowia jest jeszcze bardziej precyzyjna – wybiera spośród tych, którzy składają ofertę. I te niepełnowymiarowe ZOZ nie miałyby najmniejszych szans. W związku z tym nawet jeśli państwo je powołacie na mocy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, to i tak to będzie obietnica nieskuteczna, ponieważ wybierając między lepszym a gorszym zawsze wybierzemy lepsze – gdzie będzie lepszy standard opieki, lepszy personel. My wybierzemy lepszy ZOZ. W związku z tym poniesiecie państwo

pewnie jakieś tam koszty dostosowawcze, po czym się okaże, że i tak szereg waszych konkurentów po prostu wygra.

Ponadto ja naprawdę zwracam uwagę, bo tutaj państwo mówicie o potrzebach ludzi z DPS, że potrzeby nie są związane z tym, czy ktoś mieszka w DPS, czy nie, tylko czy jest chory, czy nie, czy jest pełnosprawny, czy jest niepełnosprawny. I my się odwołujemy przede wszystkim do tego wątku. To jest najważniejszy wątek.

Jeśli państwo oczekujecie, że my rozpiszemy postępowanie konkursowe dla mieszkańców DPS, to jest to kompletne nieporozumienie. Po prostu jest to niemożliwe prawnie i musicie państwo o tym pamiętać.

Tutaj też pada hasło „stała opieka pielęgniarska”. My mamy kłopoty z zapewnieniem tej stałej opieki pielęgniarskiej w szpitalach. Pójdźcie państwo do szpitala, jeśli ostatnio tam nie byliście i zobaczcie, co to znaczy „stała opieka pielęgniarska dwadzieścia cztery godziny na dobę” w wydaniu oddziału szpitalnego internistycznego. I teraz brakuje jeszcze, same Panie mówicie, sześćdziesięciu tysięcy pielęgniarek. I my mamy wam obiecać, że ta iluzja przy braku tej kadry zostanie zrealizowana poprzez powołanie ZOZ niespełniających standardów?! Ja po prostu tego nie rozumiem. Dziękuję.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Proszę o zabranie głosu pana profesora Błędowskiego.

**Dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego
w Szkole Głównej Handlowej Piotr Błędowski:**

Piotr Błędowski, Szkoła Główna Handlowa, wiceprzewodniczący zespołu do spraw przygotowania ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.

Bardzo proszę, żeby państwo potraktowali tę informację zupełnie sygnalnie, ona jest troszkę na marginesie tej dyskusji.

Przygotowania do tej ustawy mają swoje głębokie uzasadnienie, dlatego że zarówno zmiany demograficzne i wzrost liczby ludzi starych, jak i związane z tym coraz wyższe koszty wymuszą na nas prędzej czy później zmianę organizacji opieki pielęgnacyjnej i w domach pomocy społecznej, i w placówkach ochrony zdrowia, i wreszcie w domach mieszkalnych obywateli. Myślę, że w związku z tym pewną drogą do rozwiązania tego problemu, pewną czy częściową, dlatego że nie chodzi o świadczenia lecznicze, będzie w przyszłości uchwalenie i wejście w życie ustawy o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, aczkolwiek już tutaj łatwo dostrzec, że pewnie nigdy do końca nie da się wyraźnie wytyczyć granic między świadczeniami opiekuńczymi i pielęgnacyjnymi czy leczniczymi – ten problem będzie się pojawiał. Dlatego sądzę, że jeżeli uda nam się – a mam przekonanie, że będzie to możliwe – do końca lipca przygotować ten projekt, to wtedy także sytuacja domów pomocy społecznej ulegnie pewnej poprawie, bo będzie istniała możliwość kontraktowania czy zawierania umów na świadczenia pielęgnacyjne. I wtedy niejako przedmiot dzisiejszej dyskusji zostanie zawężony przede wszystkim do świadczeń leczniczych, a być może wtedy będzie łatwiej także sprecyzować rolę i oczekiwania wobec pielęgniarki w domu pomocy społecznej. Dziękuję.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.
Jeszcze pani dyrektor Wyrwicka.
Proszę bardzo.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej
w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Krystyna Wyrwicka:**

Dziękuję bardzo.

Ja troszkę tytułem odpowiedzi panu senatorowi, bo widzę różnicę między utworzeniem zespołu opieki długoterminowej, który zgodnie z ustawą i z propozycjami jest jednak – będę się upierała – jednostką w jednostce. W tej ustawie pojawiają się zapisy, że państwo wyłącza na przykład powołanie kierownika tej jednostki, ale tylko z trybu konkursowego, bo generalnie on musi być powołany. Jak rozumiem, on musi zakontraktować usługi zdrowotne, bo to nie jest tak, jak to w pewnej państwa wizji, że dyrektor domu będzie kontraktował, ponieważ on nie jest dyrektorem zakładu opieki zdrowotnej.

W art. 68 jednocześnie przy pewnym braku konsekwencji następuje wyłączenie minimalnych standardów zatrudnienia, które w zakładach opieki zdrowotnej obowiązują, co moim zdaniem pogarsza sytuację. I tutaj chcę się odnieść do pielęgniarek w domach pomocy społecznej – dziś mamy ich sześć i pół tysiąca. Rzeczywiście, liczba pielęgniarek w domach pomocy społecznej znacznie się zmniejszyła. Ja mówiąc o tym – i tego środowisko pań pielęgniarek nie podchwyciło – wskazywałam na pewien problem, dlatego że nawet gdyby przyjąć to, co mówiła pani dyrektor... Ja sobie to policzyłam: jedna pielęgniarka na dyżurze to cztery na dobę razy osiemset domów, to daje trzy tysiące dwieście pielęgniarek, które powinny być w domach, gdyby przyjąć, że jest jedna na dobę. A my mamy w tej chwili sześć i pół tysiąca, w związku z tym, proszę państwa, nie dramatyzujmy i nie pokazujmy, o czym ja co jakiś czas słyszę, że jest dramat w domach pomocy społecznej i ludzie umierają z braku opieki. Mówmy o porządkowaniu systemu i mówmy rzeczywiście o kwestiach istotnych jak to powinniśmy robić.

Sprawa kierowania. Proszę państwa, rozmawialiśmy o tym na wielu posiedzeniach komisji. Tak naprawdę wiemy doskonale, z czego wynikają takie dziwne rzeczy w sposobie kierowania: z różnych systemów odpłatności, z tego, że gminy bardzo często nie chcą dopłacać do domu pomocy. I nieprawdą jest, że nie kierują lekarze do ZOL albo mamy kolejki w ZOL, a ciągle jeszcze wolne miejsca w domach pomocy.

Przy czym chcę też powiedzieć, że pielęgniarki nigdy nie wyszły z domów pomocy społecznej. Zgadzając się, że one są potrzebne, chciałabym, żebyśmy rozróżniali jednak pewną niesamodzielność osób przebywających w domach pomocy jako pewną generalną zasadę od konieczności całodobowej opieki pielęgniarskiej. My mówimy dla kogo jest dom pomocy społecznej.

Przy czym jeszcze przychylając się do tego i nie kwestionując zasadności rozwiązań i mówienia o tym... My w materiale też państwu przedstawialiśmy, że tak jak nie istnieje problem lekarzy w domach pomocy i ta stawka kapitacyjna zmieniała rzeczywistość, tak rzeczywiście w ramach POZ zakres tych świadczeń jest zbyt mały. Naszym zdaniem ta dyskusja ma sens, ale ona jest właśnie po to, żeby spróbować dać szansę tym zapisom, które są, i wprowadzić świadczenia pielęgnacyjne w ramach POZ do domów pomocy społecznej. Jesteśmy tutaj zgodni, że problem istnieje, ale nie mamy odpowiedzi, na ile w ramach pod-

stawowej opieki zdrowotnej państwo dyrektorzy spotykają się z odmowami, że rzeczywiście jest tak, że nie można tych świadczeń zdrowotnych konsekwentnie wyegzekwować.

Pan prezes powiedział, że generalnie pieniędzy w systemie nie przybędzie i przełożenie obowiązków – chcę to jeszcze raz podkreślić – wcale nie będzie skutkowało poprawą sytuacji w domach pomocy, wręcz przeciwnie zaszkodzi nałożeniem obowiązków na domy pomocy społecznej, a to nie znaczy, że ten system stanie się przez to skuteczniejszy. A więc być może wspólnie warto pomyśleć o tym jak wymusić – przepraszam, brzydkie słowo – jak egzekwować istniejące prawo i w ramach podstawowej opieki zdrowotnej realizować świadczenia długoterminowe.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Zamykam dyskusję.

Szanowni Państwo, zostały zgłoszone następujące wnioski: o przyjęcie ustawy z poprawkami przygotowanymi przez pana senatora Augustyna...

(Senator Mieczysław Augustyn: Ja tylko wyjaśnię...)

Tak, proszę bardzo.

Senator Mieczysław Augustyn:

To co teraz zostało rozdane, było rozdane poprzednio, w bloku były wszystkie poprawki wytłuszczone, wraz z uzasadnieniem, a tu są po prostu surowe poprawki bez uzasadnienia. One są dokładnie takie same, jak złożone na poprzedniej części posiedzenia. Dziękuję.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję bardzo.

To jest pierwszy wniosek. Drugi wniosek, pana senatora Karczewskiego, najdalej idący, dotyczy odrzucenia tej ustawy. I pani senator Fetlińska sygnalizuje prośbę o złożenie wniosku.

Proszę bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, tak, wnioski możemy składać wyłącznie.

Senator Janina Fetlińska:

Ja miałabym taki wniosek, żeby zawiesić prace nad tą ustawą do czasu uchwalenia ustawy pielęgnacyjnej i wrócić do...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Antoni Szymański:

Pytam Biuro Legislacyjne: czy jest możliwe ponowne odroczenie prac komisji do czasu uchwalenia ustawy pielęgnacyjnej? Czy to jest wniosek, który się mieści w ramach regulaminu?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:**

Tylko że termin tego jest nieznanym i nieokreślony, a komisje mają obowiązek przedstawienia sprawozdania w określonym terminie. Zdaje się, iż ten termin już jakoś był przesuwany i on biegnie. A więc o tyle jest to pewien kłopot, że nieznanym jest termin uchwalenia tej ustawy przez parlament.

(Przewodniczący Antoni Szymański: Czy możemy zrobić przerwę w obradach do czasu rozpatrywania – tu nie chodzi o uchwalenie, tylko o rozpatrywanie – ustawy pielęgnacyjnej?)

Nie widzę przeszkód na gruncie regulaminu, żeby zrobić taką przerwę, zwracam tylko uwagę, że należy mieć zgodę marszałka, która wyraża się w przedłużeniu terminu nakreślonego na przedstawienie sprawozdania połączonym komisjom.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję bardzo.

Pani Fetlińska chce tylko zmodyfikować swój wniosek.

Proszę bardzo.

Senator Janina Fetlińska:

Nazwałam takim slangiem tę naszą ustawę, a to jest ustawa o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym – taka jest nazwa ustawy – o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Dziękuję.

Mamy zatem trzy wnioski. Z tego, co ustaliliśmy, te wnioski są uprawnione. Do marszałka możemy ewentualnie wystąpić dopiero po uchwaleniu wniosku pani senator Fetlińskiej, nie wcześniej tylko dopiero po uchwaleniu. Gdyby pan marszałek nie wyraził zgody, to komisje mogą zebrać się i przegłosować wnioski, które są.

Proszę państwa, chciałbym wobec tego przejść do głosowania nad wnioskiem pana senatora Karczewskiego, najdalej idącym: o odrzucenie projektu. Czy są jakieś uwagi? Nie ma.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem wniosku pana senatora Karczewskiego? (4)

Kto jest przeciw? (7)

Kto wstrzymał się od głosu? (3)

Dziękuję bardzo.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:**

W tej chwili, zgodnie z art. 82 ust. 6 regulaminu, porządek głosowania powinien być następujący: głosowanie nad wnioskiem o odrzucenie, które miało miejsce, głosowanie nad poprawkami do poszczególnych artykułów lub ustępów według kolejności przepisów projektu i głosowanie za przyjęciem projektu w całości w brzmieniu zaproponowanym przez komisję ze zmianami wynikającymi z przyjętych poprawek.

Problem jest z wnioskiem pani senator Fetlińskiej, bo to jest właściwie wniosek, który nie mieści się w uregulowaniach, to jest wniosek formalny. Głosowaliśmy w tej chwili nad wnioskiem, który nie jest wnioskiem formalnym.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Antoni Szymański:

Pan senator Bentkowski, proszę.

Senator Aleksander Bentkowski:

Proszę państwa, ja rozumiem, regulamin regulaminem, ale nie możemy nonsensownie czytać regulaminu. Ja bardzo proszę, aby nasi legislatorzy byli uprzejmi rozsądnie czytać ten regulamin. Jeżeli komisja ma zamiar przerwać pracę i zwrócić się do marszałka, to przecież zawsze możemy coś takiego przegłosować. Nie wszystko musi być napisane w tym regulaminie, na miły Bóg, jesteśmy prawnikami, część z nas przynajmniej wie, jak należy czytać regulaminy. W każdej chwili może pan przewodniczący głosować taki wniosek, o którym wspominała pani senator Fetlińska.

Przewodniczący Antoni Szymański:

Proszę panią Fetlińską o zabranie głosu.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Wobec tego, że jednak chciałabym, aby prace były kontynuowane, bo sprawa jest poważna, oczekiwania środowiska są ogromne, zgłaszam wniosek formalny o zawieszenie prac nad ustawą do czasu przygotowania ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Antoni Szymański:

Przedstawienia przez rząd? Sejmowi?

(Senator Janina Fetlińska: Przez rząd, Sejmowi.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę państwa, pani senator Fetlińska sprecyzowała swój wniosek. Chodzi o zawieszenie prac nad ustawą do czasu przedstawienia przez rząd projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę państwa, pani Fetlińska precyzyjnie zaproponowała: przyjęcie przez rząd, czyli projekt będzie znany, może być dyskutowany, po przyjęciu przez rząd.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę państwa, wątpliwości, że nikt nie będzie wiedział, kiedy rząd przyjął projekt ustawy...

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: I co wówczas ma wynikać z tego dla Senatu? Rząd ma...)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

To jest w sprawozdaniach z prac rządu...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Pani Legislator, u mnie to nie budzi wątpliwości, oznacza to, że do tego czasu trwa przerwa, a po tej przerwie powinniśmy się zebrać i zdecydować. I tyle.

(Głos z sali: O ile to przejdzie jako wniosek formalny.)

O ile to przejdzie jako wniosek formalny.

Proszę państwa, poddaję wniosek pani senator Fetlińskiej pod głosowanie.

Kto z pań i panów senatorów jest za przyjęciem tego wniosku? (8)

Kto jest przeciw? (4)

Kto wstrzymał się od głosu? (2)

Wniosek został przyjęty. Wobec tego postępujemy zgodnie z wnioskiem.

Zamykam posiedzenie połączonych komisji: Komisji Ustawodawczej, Komisji Zdrowia, Komisji Rodziny i Polityki Społecznej. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 25)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 7 egz.

ISSN 1643-2851