



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

# **Zapis stenograficzny** **(616)**

Wspólne posiedzenie  
Komisji Zdrowia (36.),  
Komisji Rodziny  
i Polityki Społecznej (62.)  
oraz Komisji Ustawodawczej (88.)  
w dniu 20 lutego 2007 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

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

*(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 05)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Komisji Zdrowia Władysław Sidorowicz)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę o zajmowanie miejsc.

*(Rozmowy na sali)*

Widzę, że toczy się podokienny dyskurs, który proponuję przenieść tutaj.

*(Rozmowy na sali)*

Panią dyrektor też prosimy, tak.

Widzę, że senatorowie i goście już wygodnie zasiedli.

Szanowni Państwo! Otwieram posiedzenie połączonych Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, Komisji Ustawodawczej oraz Komisji Zdrowia.

Witam przewodniczących komisji: pana senatora Antoniego Szymańskiego i pana senatora Gałkowskiego. Witam serdecznie przedstawicieli ministra zdrowia, ministra polityki społecznej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam wszystkich zaproszonych gości.

Szanowni Państwo, przedmiotem wspólnych obrad komisji jest projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o pomocy społecznej. Jest to inicjatywa podjęta przez senatora Mieczysława Augustyna, poparta przez grupę senatorów.

Proponuję, by zacząć od przedstawienia przez autora projektu zmiany. Następnie do tych zmian odnieśliby się przedstawiciele obecnych tutaj ministrów i Narodowego Funduszu Zdrowia, później byłyby zaś pytania i dyskusja, najpierw z udziałem senatorów, a potem także zaproszonych gości.

Czy są uwagi do takiego porządku naszego spotkania?

Skoro nie, to przystępujemy do pracy.

Bardzo proszę pana senatora Augustyna o zaprezentowanie kierunku zmian.

**Senator Mieczysław Augustyn:**

Dzień dobry państwu.

Ogromnie się cieszę z tego spotkania połączonych komisji, ale także z tego, że jest taka liczba osób, partnerów społecznych, którzy zechcieli przybyć na dzisiejsze posiedzenie. Już dawno kwestia domów pomocy społecznej nie zgromadziła tak szacownego grona, za co już teraz jestem państwu bardzo wdzięczny.

Jeśli chodzi o ustawę, którą państwo macie, to w tym krótkim czasie od momentu jej złożenia, czyli od 1 grudnia, do dzisiaj w domach pomocy społecznej zaszły

---

dalsze znaczące niekorzystne zmiany. W domach pomocy społecznej od 1/3 do 1/2 pielęgniarek złożyło już wypowiedzenia. Część odeszła, część zamierza odejść i trudno będzie ten proces zatrzymać.

Czego to jest wynikiem? Oczywiście wynika to z sytuacji, w której pielęgniarki się znalazły w wyniku błędnych zapisów ustawowych. Gdyby dzisiaj zadać pytanie, na jakich podstawach prawnych pracują pielęgniarki w domach pomocy społecznej, to można byłoby mieć wątpliwości, dlatego że art. 58 ust. 4 czytany od tyłu mówi, że może je zatrudniać tylko do zadań, których realizacja wykracza poza uprawnienia mieszkańców domów pomocy społecznej wynikających z ustawy o powszechnym obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia. To oznacza, że do wykonywania podstawowych gwarantowanych świadczeń pielęgniarskich i rehabilitacyjnych pielęgniarki przez sam dom pomocy społecznej nie powinny być zatrudniane.

Projekt ustawy ma za zadanie zagwarantować mieszkańcom domów pomocy społecznej realizację ich uprawnień wynikających z ustawy o świadczeniach zdrowotnych w ochronie zdrowia finansowanych ze środków publicznych i wynikających z ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Znaczna część usług medycznych jest zabezpieczona prawidłowo. Mieszkańcy tych domów mają dostęp do lekarzy, mają dostęp do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, mają dostęp do specjalistów na tych samych zasadach jak my wszyscy, chociaż być może częściej niż inni bywają w szpitalach. Ale w wypadku mieszkańców domów pomocy społecznej, które są przecież adresowane do osób przewlekle chorych, do osób niepełnosprawnych, ta podstawowa usługa, jaką jest pielęgnacja, niestety nie jest realizowana na porządnym poziomie prawnym i nie jest finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jest to moim zdaniem sytuacja niedobra. I to od lat jest zauważane. Cieszę się z tych odpowiedzi na liczne zapytania, oświadczenia: począwszy od wszystkich ministerstw, przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a skończywszy na rzeczniku praw obywatelskich wszyscy problem widzą. Ale do tej pory nie pojawiła się żadna porządna propozycja legislacyjna, która by dzisiejszy stan zmieniła. Wprawdzie oprócz wspomnianego art. 58 ust. 4, o którym już wspomniałem, jest jeszcze zapis w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, art. 2 ust. 2a, zapis, który zezwala zewnętrznym podmiotom, innym niż zozom świadczyć usługi na terenie domu pomocy społecznej, ale nie tylko ze względu na to, że wszedł on do obiegu prawnego po wyroku trybunału dopiero w czerwcu minionego roku, lecz i ze względu na jego istotne wady, nie znam przykładu domu pomocy społecznej, w którym taka formuła by się sprawdziła i była stosowana. Jest to zatem przepis martwy, który w opinii zarówno pielęgniarek skupionych w związkach zawodowych i w naczelnej radzie, jak i pracowników domów pomocy społecznej, zwłaszcza ich menadżerów, jest nie do zastosowania, choćby z tego powodu, że takimi zakładami musiałyby być albo zakłady opiekuńczo-lecznicze, albo zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne, albo szpitale z oddziałami długoterminowymi i wtedy dom pomocy społecznej, zgodnie z ustawą, musiałby spełniać dokładnie takie same warunki jak te placówki, co w wypadku domów pomocy społecznej ani nie jest potrzebne, ani nie jest wykonalne.

Biorąc pod uwagę dzisiejszy stan prawny, zaproponowałem rozwiązanie, które polega na stworzeniu nowego rodzaju zakładu opieki zdrowotnej pod nazwą „zespół opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej”. Ten zespół zdecydowanie różniłby się – bo po przeczytaniu odpowiedzi ministerstw miałem wrażenie, że nie zrozu-

miano do końca idei tego nowego ZOZ – od stacjonarnego ZOZ, który wymaga wydzielenia pomieszczeń, stałych pomieszczeń, odpowiednio urządzonych itd. Byłaby to forma pośrednia między długoterminową opieką środowiskową a tą właśnie opieką stacjonarną realizowaną w placówkach opieki całodobowej. Jest możliwość takiego skonstruowania wymagań dotyczących tego nowego zakładu opieki zdrowotnej, tego zespołu opieki długoterminowej, ażeby uszanowane było to, co przez lata było i jest dzisiaj świadczone w domach pomocy społecznej w zakresie opieki pielęgniarstwa i rehabilitacyjnej, a więc tak, by ten zespół zawiadywał gabinetem zabiegowym, by miał w swoim władaniu gabinet rehabilitacyjny, ale wykonywał również usługi dla mieszkańców domów pomocy społecznej tam, gdzie oni się znajdują. Skoro jest możliwe świadczenie opieki długoterminowej w środowisku, dlaczego nie byłoby możliwe czynienie tego samego w domu pomocy społecznej?

Zaproponowałem ten zakład dlatego, że w wielu odpowiedziach na pisma skierowane do Narodowego Funduszu Zdrowia wskazywano, że jedną z podstawowych barier jest to, że nie ma zakładu chętnego do kontraktowania usług w domu pomocy społecznej. Gdy więc domy pomocy społecznej będą razem z organami prowadzącymi zobowiązane do założenia takiego zakładu opieki zdrowotnej, czyli zespołu opieki długoterminowej, z całą pewnością pojawi się podmiot nie tylko tym zainteresowany, ale wręcz zobowiązany do przygotowania oferty dla Narodowego Funduszu Zdrowia w celu zakontraktowania należnych mieszkańcom domów pomocy społecznej usług pielęgniarstwa i rehabilitacyjnych świadczonych w domu pomocy społecznej.

Skoro tak, to należałoby się zastanowić, czy dzisiejszy ust. 2a w art. 2 ustawy o zozach jest do utrzymania, czy jest potrzebny. Powiem państwu szczerze, że się wahałem i w tym projekcie, który państwo dostaliście, ten artykuł funkcjonował tak, że dawał możliwość wyboru: albo po staremu, na tej zasadzie – z wątpliwościami, ale i z jakąś nadzieją – że być może kiedyś to zaskoczy, że tak powiem, i być może znajdują się takie zewnętrzne w stosunku do DPS zozy, które będą chciały te usługi kontraktować, albo zgodnie z tą nową formułą. Ostatecznie doszedłem jednak do przekonania, że te dwa przepisy – zresztą jedno z ministerstw zwracało na to uwagę – są nie do pogodzenia i że stworzenie takiej furtki, iż zespół opieki długoterminowej tylko może być utworzony w domu pomocy społecznej, może spowodować, chociażby ze względów finansowych, że jeśli nawet on powstanie, to w ogóle niczego nie zakontraktuje.

Kolejny przepis, który wymaga omówienia, jest związany z wątpliwościami, które się rodzą w związku z wykonaniem tego zamierzenia. No dobrze, ale wobec tego jakie wymogi miałby spełniać taki zespół opieki długoterminowej? Oczywiście to zależy od decyzji ministerstw. Przypomnę państwu, że do określenia tych wymagań Ministerstwo Zdrowia jest już upoważnione w ustawie o zozach w art. 9 ust. 1–4. Dlatego – odpowiadam tym ministerstwom, które to podnosiły – nie było potrzeby, ażeby na nowo formułować taki przepis.

Stawiano też pytanie o normy zatrudnienia, dlaczego projekt ustawy tego nie reguluje. No, nie na poziomie ustawy reguluje się normy zatrudnienia, a dyspozycja art. 40 ustawy o zozach jest jednoznaczna, daje Ministerstwu Zdrowia taką możliwość, ażeby te normy dla tych zozów określać. Zresztą taka jest praktyka. Każdy z państwa, kto zna wrześnieowe zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wie, że tak naprawdę normy zatrudnienia dla poszczególnych zozów są określone dopiero w załączniku do tego zarządzenia, mówię o rozwiązaniach absolutnie szczegółowych: kto

w jakim zozie ma być zatrudniony, jakie ma pełnić funkcje, są odpowiednie tabele, które to regulują, tak samo jak wymagania. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę to, że wymagania dla takiego zespołu opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej nie tylko powinny być określone przez ministra zdrowia, ale powinny także uwzględniać praktykę domów pomocy społecznej i praktykę działania zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, postanowiłem zaproponować wprowadzenie poprawki, która by dawała ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, prawo do określania, w drodze rozporządzenia, sposobu i trybu kwalifikowania osób do udzielania świadczeń zdrowotnych przez zespoły opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej, oczywiście z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności, niesamodzielności oraz stanu zdrowia osoby kwalifikowanej, a także zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych.

Ale znowu chciałbym powiedzieć, że prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w specjalnych dodatkowych wytycznych dla opieki długoterminowej w tym wrześniowym rozporządzeniu dokładnie określa warunki kwalifikowania do opieki długoterminowej. Wystarczyłoby zatem nawet na tym poziomie dostosować te warunki do wymogów domów pomocy społecznej dotyczących nowego zakładu opieki zdrowotnej, jakim ma być zespół opieki długoterminowej.

Jaki wpływ finansowy miałyby wprowadzenie tego nowego zespołu? Oczywiście usługi wykonywane przez ten zespół kontraktowane w Narodowym Funduszu Zdrowia musiałyby być, powinny być opłacone przez ten fundusz. Zatem po wejściu w życie tych przepisów rzeczywiście konieczne byłoby inne liczenie średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej. Dlatego pozwoliłem sobie w art. 2 w odniesieniu do art. 6 pkt 15 ustawy o pomocy społecznej zaproponować, ażeby koszty czy wydatki poniesione przez zespół opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia nie były liczone do średniomiesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej.

Ja przepraszam, że brzmienie tego art. 6 pkt 15a jest już dzisiaj, w tym momencie nie do końca zgodne z zapisami ustawowymi, bo zostały one dopiero co zmienione, ale pan prezydent jeszcze tych zmian nie podpisał, a ja pisałem to nieco wcześniej, więc prawdę powiedziawszy, nie miałem podstaw, by napisać to inaczej. Ale od razu mówię, że rzecz jasna musiałoby to być, nawet w trakcie prac nad ustawą, po podpisaniu przez prezydenta zmian w ustawie o pomocy społecznej inaczej zapisane.

Ostatnia wątpliwość, zgłaszana przez jedno z ministerstw, dotyczyła sytuacji, w której domowi pomocy społecznej, na przykład na skutek tego, że nie spełnił pewnych warunków wymagalnych, nie udało się zakontraktować usługi w Narodowym Funduszu Zdrowia. To bardzo poważna uwaga i poważnie do niej się odniosłem, proponując w art. 58 pewną zmianę – jest ona wytłuszczona, żeby to państwu zobrazować – taką, że dom pomocy społecznej jest zobowiązany do świadczenia mieszkańcom usług pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych poprzez ten zespół opieki długoterminowej na podstawie zapisów ustawy o zozach, ale w zakresie i na warunkach określonych w kontrakcie tego zespołu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Innymi słowy, czytając to od tyłu, byłoby tak, że gdyby takiego kontraktu nie udało się zawrzeć, to oczywiście dom pomocy społecznej nie byłby zobowiązany na tych zasadach tych usług świadczyć. Czy wobec tego

miałby szansę świadczyć je inaczej? Oczywiście, że tak, dlatego że dalej ten przepis mówi, że dom pomocy społecznej umożliwi mieszkańcom dostęp do pozostałych świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów.

Ktoś powie: ale przecież pan informował nas, że ust. 2a w art. 2 ustawy o ZOZ ma być skreślony, jaka zatem będzie ta podstawa prawna? Otóż przytoczę odpowiedź Narodowego Funduszu Zdrowia: z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia zapis ust. 2a w art. 2 ustawy o ZOZach nie ma żadnego praktycznego znaczenia, ponieważ również bez tego zapisu, jeśli jakikolwiek ZOZ chciał kontraktować usługi na terenie domu pomocy społecznej, to mógł to zrobić, i teraz dalej może to czynić. Nie ma tu zatem żadnej sprzeczności ustawowej.

Na koniec omawiania treści tej ustawy chciałbym odnieść się jeszcze do kilku kwestii podnoszonych w różnych odpowiedziach na sygnalizowany problem złego usytuowania pielęgnacji i rehabilitacji w domach pomocy społecznej.

Wskazywano na to, że przecież można by świadczyć te usługi na terenie domu pomocy społecznej w ramach środowiskowej opieki pielęgniarstwa. Otóż, Drodzy Państwo, Panie i Panowie Senatorowie, nie można i tak się nie dzieje. Nie dlatego, że domom pomocy społecznej się nie chce czy też im to nie odpowiada, ale przede wszystkim dlatego, że te usługi nie są całodobowe. Pytam zatem: co się takiego dzieje z mieszkańcem domu pomocy społecznej, skierowanym tutaj najczęściej, w bardzo dużym procencie przypadków tak to wygląda, z oddziału dla przewlekle chorych, ponieważ nie ma nadziei na wyleczenie? Co takiego dzieje się z klientem ZOZ i ZPO, kiedy trafia do domu pomocy społecznej, że tam wymagał bezwzględnie całodobowej pielęgnacji, a w domu pomocy społecznej już tego wymagać nie będzie? Otóż ja wiem, co się dzieje i państwo dobrze wiecie, co się dzieje. Dzieje się to, że stan tych chorych jeszcze się pogarsza, że chorzy nie rokują poprawy, a więc wymagana jest wzmożona pielęgnacja, choć leczenie być może znacznie bardziej zachowawcze. Mówienie, że usługami ambulatoryjnymi, usługami środowiskowymi, da się tę lukę wypełnić, jest wprowadzaniem w błąd. Mam nadzieję, że tego argumentu nikt tutaj nie będzie podnosił, chyba że nie był w domu pomocy społecznej i nie wie, co to znaczy, że dom pomocy społecznej przyjmuje, zgodnie z ustawą, wyłącznie osoby stare, gros których to osoby niepełnosprawne, wyłącznie osoby przewlekle chore i wyłącznie niepełnosprawne. Innych nie przyjmuje zgodnie z ustawą.

Inna kwestia, jaką podnoszono: że ustawa jest trudna, jest niejasna, bo zapisane w projekcie usługi dla ZOZ, dla ZPO – mam nadzieję, że ta nomenklatura nie jest państwu obca, nie będę używał pełnych nazw – są właściwie bardzo podobne jak dla ZOZ. Ależ oczywiście, że tak, to wynika z tego choćby, co powiedziałem przed chwilą. Tak musi być, tak powinno być. Inaczej jednak byłaby świadczona ta opieka. Jeszcze raz chcę państwu powiedzieć: ten instrument, którego tak bardzo w systemie brakowało, jest instrumentem mobilnym. My dzisiaj nie jesteśmy w stanie określić, ile w jakim domu usług ma być zakontraktowanych. Nie jesteśmy dzisiaj w stanie dla każdego DPS tego wskazać. Nie jesteśmy też w stanie dzisiaj powiedzieć, ile to będzie kosztowało.

No właśnie, ostatnia kwestia czy przedostatnia, o której chciałbym powiedzieć, to koszty. To będzie generowało koszty – mówi jedno ministerstwo i Narodowy Fundusz Zdrowia. Będzie generowało koszty. Ja uważam, że już generuje. Pozostawienie stanu, który obecnie jest, będzie powodowało coraz większe koszty dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeśli pielęgniarki opuszczą tych ciężko chorych, na odpowiedzial-

ność ministerstw, na odpowiedzialność państwa senatorów, w ciągu najbliższego kwartału, góra pół roku, to kto wówczas poniesie koszty leczenia tych ludzi? Odpowiedzialni pracownicy domu pomocy społecznej będą zmuszeni dążyć do tego, ażeby znaleźli się oni w placówkach ochrony zdrowia. Ja dokonałem szacunkowego porównania, ile mniej więcej kosztowałaby dziennie na mieszkańca realizacja wąskiego zakresu usług pielęgniarских przez zespół opieki długoterminowej. Akurat brałem pod uwagę mieszkańca domu, który dobrze znałem, czyli domu pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych. Kosztowałaby w granicach 12–15 zł. A czy państwo wiecie, ile kosztuje pobyt na oddziale niezabiegowym, niezabiegowym, podkreślam, w szpitalu? W szpitalu, który ja dobrze znam, według informacji dyrektora, jest to 330 zł na dobę. Co się kalkuluje? Kto zatrzyma tych ludzi z odleżynami? Kto zatrzyma tych ludzi z koniecznością wymiany cewnika itd., itd., w domu pomocy społecznej bez pielęgniarki? Trzeba ich będzie kierować do szpitala i to będzie kosztowało dużo, dużo więcej. Licząc zatem te pieniądze, liczymy wszystkie wydatki. Liczymy wydatki wtedy, gdy ustawa będzie wprowadzona, i wydatki, gdy nie będzie wprowadzona.

No i na koniec termin. Ustawa miałaby wejść w życie w styczniu 2008 r., a więc w tym roku nie generowałaby żadnych dodatkowych wydatków. Odnosiłaby się do roku następnego, zostawiając ten czas na dokładne dopracowanie wszystkich rozporządzeń, a także przygotowanie odpowiedniego zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który przygotowałby szczegółowo, tak jak dla innych zakładów opieki długoterminowej, wszystkie wymagania. Płatności pojawiłyby się zatem w roku 2008 i Narodowy Fundusz Zdrowia miałby szanse do tego się odpowiednio przygotować. Nie będzie, proszę państwa, prawdopodobnie już więcej takiej okazji. Jeśli rzeczywiście jest tak, jak międzynarodowe instytucje finansowe nas zapewniają, jak nam pokazuje miniony miesiąc, że wzrost gospodarczy będzie wyjątkowo wysoki; jeśli rzeczywiście będzie tak, że składka będzie rosła, a będzie rosła, to lepszej okazji do wdrożenia tego instrumentu już chyba nie będzie. Dlatego bardzo państwa proszę...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tylko prosiłbym już o...)*

Już kończę.

Dlatego bardzo państwa proszę o życzliwe rozpatrzenie tego projektu. Jesteśmy wszyscy zobowiązani wobec tych blisko stu tysięcy mieszkańców domów pomocy społecznej, jesteśmy zobowiązani, ażeby zapewnić im właściwe warunki pielęgnacji i rehabilitacji.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję za obszerną prezentację ustawy i rozpoczęcie już pewnej polemiki z opiniami ministerstw. Mimo wszystko jednak bardzo bym prosił ministerstwa o zajęcie stanowiska w sprawie tej ustawy.

Bardzo proszę, które z ministerstw chciałoby pierwsze?

Bardzo proszę panią minister Rafalską.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Elżbieta Rafalska:**

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja rozumiem, że ta propozycja ustawowa to próba chociażby częściowego rozwiązania trzech najważniejszych kwestii – tak to postrzegam. A więc po pierwsze, za-



pewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej usług zdrowotnych świadczonych w domach pomocy społecznej, a nie gdzieś na zewnątrz; po drugie, rozwiązania pewnego złożonego problemu, problemu kadry wykonującej dotychczas te usługi, a więc tego elementu, który jest związany nie tylko z utratą kwalifikacji, ale również z wysokością uposażeń i tym, że na przykład podwyżką wynagrodzeń nie jest objęta kadra pielęgniarska zatrudniona w DPS; i równocześnie, po trzecie, w sposób pośredni ma to wpłynąć na obniżenie kosztów utrzymania domów pomocy społecznej i spowodować, że dwa i pół tysiąca wolnych, w tej chwili niewykorzystanych, miejsc zostanie wykorzystane, co również wpłynie na obniżenie kosztów, a dodatkowo spowoduje, że wszyscy ubezpieczeni będą mieli równe prawo korzystania ze świadczeń czy usług zdrowotnych.

I gdyby tym aktem prawnym, w sposób niebudzący wątpliwości resortu pracy, udało się rozwiązać ten problem, który pojawił się w 1999 r., kiedy to samorzady przejęły prowadzenie domów pomocy społecznej jako zadanie własne, i równocześnie zmienił się system świadczenia usług zdrowotnych i przeżyliśmy reformę służby zdrowia, można byłoby powiedzieć, że akurat resort pracy, który korzystałby z tego w sensie finansowym, organizacyjnym i ustawowym, powinien temu pomysłowi przyklasnąć.

Dlaczego jednak tak się nie dzieje i dlaczego dostrzegamy pewne wątpliwości, oceniając tę propozycję rozwiązania legislacyjnego jako nietrafioną? Mamy poważne obawy co do tego, czy nie zatrze się klarowność usług świadczonych przez jeden typ podmiotu, myślę tu o ZOZ, i przez dom pomocy społecznej, bo jednak jest tu zasadnicza różnica. Proszę pamiętać o tym, że domy pomocy społecznej są jednostką organizacyjną pomocy społecznej, świadczącą przede wszystkim usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne. Usługi z zakresu opieki zdrowotnej świadczą publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Pamiętamy, że kiedyś w Polsce domy pomocy społecznej były ujęte w systemie zdrowia i wcale nie od tak bardzo dawna są w systemie pomocy społecznej. Czyli musimy też dostrzegać zasadniczą różnicę między tym, co oferują ZOZ a tym, co oferują domy pomocy społecznej.

Ja państwu powiem, że według mnie bardzo niebezpieczne jest, stanowi bardzo istotne zagrożenie w ogóle dla bytu domów pomocy społecznej, rozwijanie długoterminowej opieki. Mam na myśli deklaracje ze strony ministra zdrowia, że w ramach tworzenia sieci szpitali część szpitali zostanie przekształcona właśnie w zakłady opiekuńczo-lecznicze. W takim wypadku ze względu na różny sposób finansowania DPS i ZOZ może pojawić się tendencja, samorzady mogą być bardziej zainteresowane tym, żeby swoich mieszkańców umieszczać w ZOZ, gdzie ich pobyt będzie finansowany z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy pobyt w domu pomocy społecznej będzie finansowany, jako zadanie własne gminy, z dochodu gminy. I to jest najpoważniejsze niebezpieczeństwo. I to też jest niebezpieczeństwo, jeżeli pozwolimy na to, żeby domy pomocy społecznej w takim zakresie, w jakim tu państwo proponujecie, kontraktowały tę część usług w Narodowym Funduszu Zdrowia.

W naszym przekonaniu, lepsza jest ta zmiana, która została wprowadzona do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w art. 2 ust. 2a i weszła w życie dopiero od czerwca 2006 r., Ten zapis umożliwia tworzenie filii zakładów opieki zdrowotnej, czyli stwarza sytuację odwrotną niż w rozwiązaniu proponowanym w tej ustawie. Wydaje się, że ten kierunek jest dobry. Kontraktowanie pozostaje w ZOZ, tak jak do tej pory, ZOZ mogą utworzyć na terenie DPS filie swojego zakładu i świadczyć te usługi zdrowotne, które są tu wyraźnie określone.

Można mówić o tym, czy to rozwiązanie funkcjonuje, czy nie funkcjonuje, ale też trzeba by zapytać, dlaczego, jeżeli nie funkcjonuje, tym bardziej że takie rozwiązanie możliwe jest dopiero od pół roku. Wydaje się, że okres obowiązywania tego art. 2 ust. 2a jest stosunkowo krótki i należałoby z dalszymi zmianami poczekać do jednorocznego chociażby funkcjonowania tak znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Takie mamy przekonanie. Może należałoby zapytać, zebrać od wszystkich DPS informacje, jak jest. Zapytać w Narodowym Funduszu Zdrowia, dlaczego nie podjęto tego kierunku zmian, pokazać, że rzeczywiście mieszkańcy DPS, absolutnie podzielamy ten pogląd, mają takie samo prawo do korzystania z usług zdrowotnych jak każdy z obywateli, również ten, który korzysta z opieki na oddziale długoterminowym. Wpisywanie do ustawy o pomocy społecznej obowiązku zapewnienia i zagwarantowania usług pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych w sytuacji, w której na przykład fundusz by tego obowiązku nie zrealizował, nakładałoby jednak, w pośredni sposób, finansowanie tego zadania na gminę, proszę państwa. I stałoby się akurat chyba odwrotnie niż tu mówimy, wskazując na dążenie do obniżenia kosztów utrzymania mieszkańca.

Jeśli idzie o uzasadnienie projektu, to podjąłabym również polemikę z tym, czy tak naprawdę wszystkim nam chodzi o to, żeby o ten koszt obniżyć miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w domu pomocy społecznej. Bo tak naprawdę dzisiaj do tej dyskusji doprowadziła nas trudna sytuacja w dwóch systemach: w systemie pomocy społecznej i w systemie zdrowotnym. Tu nastąpi tylko przesunięcie finansowania tej części, którą państwo określiliście jako jedną trzecią kosztu pobytu jednego mieszkańca w DPS, dokonując wyceny tej usługi, prawda? I dalej mówimy, że tego nie będzie finansowała pomoc społeczna, że to będzie finansował Narodowy Fundusz Zdrowia z puli, którą do tej pory dysponuje. Ze strony samorządu natychmiast byłoby pytanie, czy o te 30% obniżymy ten koszt, czyli te tysiąc osiemset czy dwa tysiące na miesięczne utrzymanie. I natychmiast byłoby też kolejne pytanie, co z kadrami, która jest do tej pory zatrudniona: czy ta kadra, czy ta ilość, czy ta wysokość wynagrodzenia itd. A więc dostrzegamy tu pewne zagrożenia. Nie jest tak, że tylko rozwiązujemy problem. Wiąże się z tym pewne zagrożenia wynikające z faktu, że w jednostce pomocy społecznej będzie działał zespół na takich zasadach, na jakich powinien funkcjonować zakład opieki zdrowotnej, czyli będą dwa typy działalności w jednej placówce. Ale tak naprawdę bałabym się kierunku zmian polegającego na przekształcaniu domów pomocy społecznej w zakłady opiekuńczo-lecznicze ze względu na odmienną sposobu finansowania tych dwóch różnych zadań.

Stąd Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej uważa, że należałoby pozwolić na roczne chociażby funkcjonowanie zmian, które zostały wprowadzone w roku 2006, a później dokonać oceny tamtej nowelizacji i przedstawić stan faktyczny również pod tym względem, o którym mówił pan senator Augustyn. Z informacji pana senatora Augustyna wynika, że następuje dramatyczny odpływ kadry pielęgniarzkiej z DPS. My w ministerstwie nie mamy aż tak dramatycznych informacji o tym, że jest to problem w większości domów pomocy społecznej. Należałoby uzyskać od służb wojewodów pełną informację, jak w poszczególnych województwach to się odbywa, jaka jest rotacja tej kadry, jakie są główne powody odchodzenia kadry pielęgniarzkiej, i rozmawiać na poziomie konkretnej, rzeczowej, pełnej informacji.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę pana ministra Grabowskiego.

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

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Wypada mi bardzo serdecznie podziękować pani minister Rafalskiej, ponieważ resort zdrowia ma dosłownie identyczne zdanie jak przedstawione tu przez panią minister Rafalską, z tym że oczywiście w zakresie działań ministra zdrowia. Minister zdrowia rozesłał państwu swoją odpowiedź, w niej nic się nie zmienia. Ja tylko może uwypuklę pewien szczegół i jeszcze poproszę, jeśli pan przewodniczący pozwoli, panią Korbasińską, wicedyrektor departamentu organizacji ochrony zdrowia, o podanie szczegółów. Ja tylko dopowiem, Szanowni Państwo.

Otóż rzeczywiście pół roku od obowiązywania nowego, znowelizowanego przepisu ust. 2a to za mało, ażebyśmy w szybkim czasie kolejny raz nowelizowali tenże przepis. Niektóre domy de facto nie zdążyły wprowadzić go w życie, a więc na pewno będzie kumulacja dodatkowych kosztów. Nie zapominajmy jeszcze o takim szczególe, że jeżeli doszłoby do utworzenia zespołu opieki długoterminowej, no to wówczas naprawdę należałoby zrealizować rozporządzenie ministra zdrowia z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. A to będzie generowało koszty dodatkowe. Pamiętamy, że jest to rozporządzenie dla zakładów opieki zdrowotnej, powiedziałbym, niełatwe do realizacji, ale ono zabezpiecza nasze zakłady opieki zdrowotnej pod względem szerokiego bezpieczeństwa, nie tylko sanitarnego, ale i zdrowotnego. W związku z tym nasze, resortu zdrowia, zdanie jest takie jak w udzielonej odpowiedzi. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, poprosiłbym jeszcze panią dyrektor o kilka słów.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, króciutko, Pani Dyrektor.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia  
w Ministerstwie Zdrowia Dagmara Korbasińska:**

Ja chciałabym zwrócić uwagę na to, że zaproponowana nowelizacja, jej realizacja, oprócz tego kluczowego elementu, na który państwo ministrowie zwrócili uwagę, nastęrcza tak naprawdę bardzo dużo problemów. De facto te przepisy nie mogłyby funkcjonować.

Proszę zwrócić uwagę, że obowiązujący obecnie tekst ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pozwala na tworzenie innego, niewymienionego z nazwy zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. W tej chwili ta możliwość prawna nie jest realizowana. Nie wiemy jeszcze, jak będzie działał art. 2a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ponieważ samo utworzenie zakładu opieki zdrowotnej wymaga określonego czasu, wobec czego trudno teraz wnioskować o wpływie tego artykułu na rozwiązanie takiego problemu. Proszę zwrócić uwagę jeszcze i na to, że system ochrony zdrowia pozwala na funkcjonowanie indywidualnych bądź grupowych praktyk pielęgniarek na terenie zakładów opieki zdrowot-

nej, a także na terenie domów pomocy społecznej, które to praktyki mogłyby zapewniać te świadczenia zdrowotne z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia tym osobom się należące.

Należy zwrócić uwagę na to, że problem, jaki się przede wszystkim pojawia to to, że faktycznie nie może być tak, aby zakład opieki zdrowotnej nie posiadał wydzielonego mienia. Sama definicja zakładu opieki zdrowotnej wskazuje, że to jest wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, wobec czego w domu pomocy społecznej musiałoby to być wydzielone mienie, które musiałoby spełniać wszystkie wymagania stawiane w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, czyli w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakie powinny spełniać zakłady opieki zdrowotnej.

Proszę zwrócić uwagę na to, że tak naprawdę ustawa nie rozwiązuje problemu, z którym mamy tu do czynienia: czy ten zespół, który jest powołany, jest tak naprawdę jednostką organizacyjną domu pomocy społecznej, czy oddzielnym podmiotem prawa – zakładem opieki zdrowotnej. Jeżeli jest zakładem opieki zdrowotnej, to proszę zauważyć, że katalog podmiotów, które mogą tworzyć taki zakład opieki zdrowotnej, jest w ustawie bardzo ściśle określony, to jest katalog zamknięty. Wobec tego nie można mówić, że taka jednostka organizacyjna tworzyłaby zakład opieki zdrowotnej. Poza tym ja mam bardzo duże wątpliwości co do tego, jak w ogóle będzie realizowany swobodny wybór zakładu opieki zdrowotnej przez mieszkańca domu pomocy społecznej, jeżeli w tym domu będzie funkcjonował zakład opieki zdrowotnej. A więc nawet gdyby utworzyć taki podmiot, który na podstawie obecnie obowiązującego prawa zupełnie spokojnie może być tworzony, i nawet gdyby taki zakład opieki zdrowotnej funkcjonował w wynajętej części domu pomocy społecznej, to i tak naprawdę nie zwalniałoby to domu pomocy społecznej z tego, że jeżeli mieszkaniiec domu pomocy społecznej chce korzystać ze świadczeń zdrowotnych w innym zakładzie opieki zdrowotnej, należy je zapewnić w tym domu pomocy społecznej.

Oczywiście jest zupełnie inną kwestią, czy pewne uprawnienia są realizowane w należyty sposób. Proszę zwrócić uwagę, jak my z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia traktujemy dom pomocy społecznej. Przebywanie pacjenta przewlekle chorego w domu pomocy społecznej nie różni się niczym od przebywania pacjenta przewlekle chorego w domu rodzinnym. Wobec tego wszystkie te świadczenia, czyli zarówno opieka pielęgniarki środowiskowej, jak i opieka pielęgnacyjna długoterminowa w domu chorego, powinny tak naprawdę należeć się temu pacjentowi w domu pomocy społecznej i są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Innym problemem jest to, czy osoby, które wykonują te świadczenia, faktycznie tam wchodzi i w tym zakresie dokonano kontroli. Ale zupełnie nie zmienia to faktu, że taka zmiana jest przede wszystkim zmianą niepełną. Poza tym ona tak naprawdę nie zmienia stanu faktycznego, ponieważ szereg możliwości funkcjonujących obecnie w prawie nie jest wykorzystanych albo nie zostało jeszcze wykorzystanych z uwagi na upływ czasu. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę pana wiceprezesa Grabowskiego z Narodowego Funduszu Zdrowia o odniesienie się do projektu zmiany ustawy.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Jeśli chodzi o proponowaną zmianę, to chcę zwrócić uwagę na to, że są to zmiany w dwóch ustawach, a ich skutek oddziałuje na trzecią ustawę, ustawę o świadczeniach zdrowotnych, pod rygorami której działa, funkcjonuje, Narodowy Fundusz Zdrowia. Już w tym można upatrywać pewnej niespójności. Była mowa o tym, że mamy usytuować zakłady opieki zdrowotnej w DPS. Chcę powiedzieć, że rejestracja zakładu opieki zdrowotnej jest przepustką do kontraktu w Narodowym Funduszu Zdrowia i jest to z punktu widzenia funduszu zjawisko zewnętrzne, które my sprawdzamy w momencie, kiedy ktoś zgłasza się do nas z ofertą i jest gotów zawrzeć z nami umowę. W związku z tym nie widzimy takiej możliwości, aby obniżać lub podwyższać wymagania w stosunku do rejestracji zakładu opieki zdrowotnej. Te wymagania określa minister zdrowia i system rejestru wojewody. W związku z tym jest wielce prawdopodobne, że większość zakładów opieki zdrowotnej, proponowana w tym projekcie, nigdy nie zostanie zarejestrowana, ponieważ tych wymogów nie spełnią. Gdybyśmy jednak znaleźli jakiś klucz do obniżenia owych wymogów, to chcę powiedzieć, że my już w tej chwili mamy poważne problemy z dużą liczbą zakładów opieki zdrowotnej, które nie spełniają wymogów przywołanego już tutaj rozporządzenia dotyczącego wymagań w stosunku do tych zakładów opieki zdrowotnej, i system ochrony zdrowia poniesie znaczne wydatki na ich dostosowanie. Tym projektem dołączylibyśmy do tej grupy jeszcze spory zestaw nowych podmiotów, które również nie spełniałyby wymagań. Jest to rozwiązanie, w naszym przekonaniu, wadliwe.

Wadą jest również niejasny zakres uprawnień, przedmiotowy i podmiotowy, które mieszkaniac DPS nabyłby w wyniku tego projektu. W rezultacie, co najważniejsze, nie mamy oceny skutków finansowych całej tej regulacji, bo to, co się znajduje w uzasadnieniu do projektu, należy ocenić jako w najwyższym stopniu niesatysfakcjonujące. Dlaczego? Otóż choćby dlatego – proste porównanie, bo następuje tutaj pewne wyliczenie, dość niejasne, ponieważ ten zakres przedmiotowy nie jest bliżej określony – że ten koszt ma wynosić 12 zł na dobę za działania o charakterze pielęgnacyjno-rehabilitacyjnym, podczas gdy w trakcie wypowiedzi pana senatora padło stwierdzenie, że nie widać żadnej różnicy między DPS a ZOL. Tymczasem w ZOL płacimy 48 zł, a więc cztery razy więcej. Już z porównania tych dwóch wielkości wynika, że skutki tej regulacji są niedoszacowane czterokrotnie. Takie będzie roszczenie w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeśli uznamy, że będzie to tyle, ile jest zapisane w uzasadnieniu, czyli będzie to skutek w wysokości 300 milionów zł, to czy to dużo, czy mało. Padło stwierdzenie, że to mało, bo szpital kosztuje znacznie więcej. Chcę powiedzieć, że to jest równowartość kontraktów dwóch największych szpitali o charakterze szpitali wojewódzkich lub klinik albo równowartość wszystkich kontraktów szpitali powiatowych w regionie średniej wielkości. W związku z tym, że nie wskazano źródła finansowania tego przedsięwzięcia, Narodowy Fundusz Zdrowia ma poważne obawy o konsekwencje tego projektu, a mogą one być znaczne.

Rozumiem, że przygotowanie funduszu w roku kolejnym polegałoby na tym, że należałoby obciąć kontrakty szpitali, bo sam pan senator wskazywał na to, że te świadczenia mają konkurować ze świadczeniami szpitalnymi. Doświadczenia wskazują jed-

nak na to, że takiej konkurencji nie ma. Owszem ZOL, ZPO i hospicja konkurują z DPS, to jest rzeczywiście pewien problem, i obniżają skłonność samorządów do partycypowania w tych przedsięwzięciach i skłonność do umieszczania podopiecznych w DPS, ale w żadnym stopniu nie konkurują ze szpitalami i opieką na tych ostrych oddziałach, ponieważ po prostu pacjenci występują i tu, i tu, wypełniają się zarówno jednostki opieki długoterminowej, jak i szpitale. My nie widzimy tutaj żadnej konkurencji. Na pewno ona nie zostanie zarejestrowana na przestrzeni jednego roku czy dwóch lat, może w jakimś okresie dziesięcioletnim moglibyśmy taką tendencję zarejestrować. Jeśli mamy nagle wydać 300 milionów zł, to oznacza to bardzo poważne perturbacje o skali, o której już mówiłem.

Jeśli jednak ten zakres świadczeń, który zostanie, mam nadzieję, jakoś bardziej precyzyjnie opisany w projekcie, będzie znacznie większy, to skutki również będą co najmniej czterokrotnie, w naszej ocenie, wyższe. Wobec tego sugerujemy, żeby ten projekt połączyć ewentualnie z projektem dotyczącym odrębnych ubezpieczeń pielęgnacyjnych, i wtedy tak, możemy rozwijać intensywnie tego typu przedsięwzięcia i myśleć o zapewnieniu opieki na bardzo wysokim poziomie. W tej chwili, gdy tak oceniamy skutki finansowe, nie jesteśmy w stanie udźwignąć ciężaru tego projektu.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Zanim oddamy głos autorowi... Ja bym proponował jednak, żebyśmy najpierw odbyli dyskusję, a potem, żeby pan senator do niej się odniósł. Ja tylko przypomnę, że wprowadzając drugi i trzeci szczebel samorządu, jednocześnie nowelizowano ustawę o pomocy społecznej i tam, jeśli chodzi o zakres pracy domów pomocy społecznej, wykreślono odpowiedzialność domu za usługi zdrowotne, co spowodowało nielegalność działań pielęgnacyjnych w domach pomocy społecznej skutkującą jednak pewnym stanem faktycznym, dobrze znanym autorowi ustawy.

Teraz bardzo bym prosił o dyskusję. W pierwszej kolejności panie i panowie senatorowie, a potem poproszę pana senatora Augustyna o odniesienie się do zgłoszonych uwag.

Skoro nie ma chętnych do dyskusji, to pan senator Augustyn...

A, jeden chętny jest...

**Senator Stanisław Karczewski:**

Jeśli można... Liczyłem na bardzo gorącą dyskusję i chciałem później zabrać głos, ale skoro nikt się nie zgłasza, to pozwolę sobie zabrać głos teraz.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pan senator Karczewski, wiceprzewodniczący senackiej Komisji Zdrowia.)*

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panowie Przewodniczący! Pani Minister! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja przychyliam się do opinii przedstawionej przez panią minister, pana ministra i pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. I może już nie będę powtarzał tych wszystkich argumentów i tych wszystkich zdań, które padły, no bo nie ma to sensu, ale zwrócę uwagę na kilka elementów, a mianowicie na formę i na czas. Najpierw to, o czym mówiła pani senator. Uważam – w przeciwieństwie do pana senatora Augusty-

na – że ten czas jest najgorszym czasem na tego typu zmiany, i to wbrew pozorom ogromne zmiany, dlatego że to jest bardzo duża ingerencja w cały system ochrony zdrowia. Tworzymy coś, co pan senator Augustyn... Ja gratuluję panu senatorowi i chciałbym docenić jego olbrzymi wkład w te sprawy, to, co pan senator robi, ale muszę powiedzieć, że forma i czas, o których chcę powiedzieć, są chyba dalekie od ideału.

Jeśli chodzi o czas, to dotyczy to tego okresu, kiedy czekamy na sieć szpitali, a ja sobie tłumaczę tę sieć szpitali jako sieć łóżek, sieć tak zwanych łóżek ostrych, krótkoterminowych i długoterminowych. Tak więc wprowadzenie formy pośredniej, o której pan senator mówi... Zawsze forma pośrednia jest formą najgorszą, najbardziej niedoskonałą. Pan senator mówi tutaj o barierze i o wskazaniach do przeniesienia chorego z domu pomocy społecznej do szpitala. A jaka będzie – o czym już tutaj była mowa – granica i w którym momencie pacjent będzie korzystał z takiej formy świadczenia usług opieki zdrowotnej, a w którym z innej?

Pani minister mówiła o kosztach, bo każdy się martwi o koszty. I tutaj bardzo dziękuję panu prezesowi, bo ja tak intuicyjnie też myślałem o co najmniej 1 miliardzie zł. I trzeba powiedzieć, że te wyliczenia, Panie Senatorze, są bardzo optymistyczne, ale są nierealne. Wydaje mi się, że to, co powiedział pan prezes, jest bliższe prawdy, bo intuicyjnie również myślałem o takiej kwocie, bliskiej 1 miliarda zł. Tak że myślę, że w tym czasie, kiedy pracujemy nad koszykiem świadczeń gwarantowanych, w tym czasie, kiedy pracujemy nad siecią szpitali, wprowadzenie do systemu dodatkowych łóżek, na których będziemy świadczyli świadczenia w zakresie opieki zdrowotnej... Jest to na pewno robione w niedobrym czasie.

Cieszę się, że pan senator zauważył, że te podwyżki dotyczące pracowników opieki zdrowotnej są takie duże i że faktycznie pielęgniarki w domach pomocy społecznej nie zostały objęte tymi podwyżkami. Muszę jednak powiedzieć, że był taki czas, kiedy – ja znam i domy pomocy społecznej, i szpitale – pielęgniarki przechodziły ze szpitali do domów pomocy społecznej, bo tam pensje były dużo wyższe. W tej chwili troszeczkę to się zmieniło.

Myślę, że konkluzją tego, co chciałem powiedzieć, jest ostatnie zdanie w opinii prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ja proponowałbym, żebyśmy wrócili do debaty na ten temat w chwili, kiedy wprowadzimy dodatkowe ubezpieczenia pielęgnacyjne. I to jest chyba taki moment i ten czas, kiedy będzie można na ten temat rozmawiać.

A jeśli mógłbym jeszcze przedstawić jakiś wniosek czy konkluzję – nie wiem, czy to jest możliwe w pierwszym czytaniu – to w związku z tymi wątpliwościami przedstawionymi przez dwa ministerstwa i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia prosiłbym, jeśli to jest możliwe, o odrzucenie tej ustawy w pierwszym czytaniu. Dziękuję.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Będzie to wniosek najdalej idący. Ale jeszcze nie głosujemy, jeszcze jest dyskusja. Pan senator Bentkowski chciał zadać pytanie. Bardzo proszę.

### **Senator Aleksander Bentkowski:**

Chciałbym zadać pytanie, które kieruję do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pani minister Rafalska wspomniała o możliwości rozwiązania tego problemu za pomocą ust 2a w art. 2, a pan senator Augustyn stwierdził, że zdaniem Narodowego Funduszu

Zdrowia jest to martwy przepis. Chciałbym zapytać, czy rzeczywiście można ten problem rozwiązać za pomocą tego przepisu, które już istnieje. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Nie jestem w stanie w tej chwili ocenić skutków tej regulacji, wymaga to zbadania, tak żeby ta odpowiedź była rzetelna. Bez wątplenia podejmiemy się tego działania, żeby ocenić, czy po stronie świadczeniodawców, czy po stronie oferentów jest aktywność związana z ową regulacją. Tego po prostu w tej chwili jeszcze nie wiemy, ponieważ nie spłynęły do nas w pełni informacje o całym postępowaniu konkursowym. Chcę powiedzieć jedno: w opinii większości oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia opieka długoterminowa jest priorytetem stawianym przez oddziały w pierwszym rzędzie celów, które próbują realizować. I oczywiście jeśli będzie podaż tych świadczeń, to prawdopodobnie popyt po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia również będzie rozwijany, choć oczywiście równomiernie w miarę wzrostu przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chcę zwrócić uwagę na to – ja nie mówiłem o wielu szczegółowych kwestiach – że skoro my nie wiemy, jaki będzie rodzaj tej opieki: czy ona będzie całodobowa, czy ona będzie stacjonarna, czy będzie ambulatoryjna, i jaki będzie zakres tych świadczeń, czy wejdą leki, czy nie, a jeszcze te koszty, o które mówiłem, mogą być niedoszacowane, bo trzeba je skorygować kosztami leków i zaopatrzenia... no, tyle jest znaków zapytania wobec tej ustawy. Ja naprawdę zaledwie w paru słowach zasygnalizowałem, że fakt regulowania tego zakresu przedmiotowego i podmiotowego w ustawach niezależnych od ustawy o świadczeniach zdrowotnych skutkuje po prostu całymi kaskadami problemów, które staną przed Narodowym Funduszem Zdrowia, i pytanie, jak w ogóle zrealizować taki projekt ustawy. W związku z tym dzisiaj nie wiem, jak ta nowela ustawy wpłynie na oferty z zakresu opieki długoterminowej, ale myślę, że jesteśmy w stanie dokonać takiej oceny po I kwartale.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.  
Pan senator Bentkowski.

**Senator Aleksander Bentkowski:**

Rozumiem, że nie ma przeszkód formalnoprawnych, ażeby korzystać z tego zapisu i żeby rozwiązywać ten problem w oparciu o ten przepis, tak? Nie ma.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Nie ma. I nie ma rzeczywistych przeszkód, bo fundusz generalnie względnie chętnie kontraktuje opiekę długoterminową.



**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, pani senator Fetlińska.

**Senator Janina Fetlińska:**

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo Przewodniczący! Państwo Ministrowie! Szanowni Senatorowie! Szanowni Goście!

Ja przede wszystkim chciałabym bardzo podziękować panu senatorowi Augustynowi za podjęcie trudu analizy sytuacji zabezpieczenia opieki zdrowotnej pensjonariuszom domu pomocy społecznej. Od wielu już lat mamy taką sytuację, że nie bardzo właściwie odróżniamy dom pomocy społecznej od zakładu opiekuńczo-leczniczego lub zakładu opiekuńczo-pielęgniacyjnego. Wiadomo, że różne są formy ich finansowania i są to różne zakłady, bo przecież zakłady opieki zdrowotnej to nie to samo, co zakłady pomocy społecznej, ale tak naprawdę, zwłaszcza jeśli chodzi o zabezpieczenie opieki pielęgniarskiej, to jest pewien problem. Dlatego że właściwie zamknęliśmy oczy na to, że pielęgniarki pracują tam nielegalnie, że pracują jako opiekunki, że pracują po prostu nie jako osoby, które mają dyplom pielęgniarstwa, często szkoły wyższej, a niestety – tak są traktowane – jako opiekunki bez dyplomu. Jeżeli dyrektor znajdzie formułę, żeby zatrudnić pielęgniarkę jako pielęgniarkę – opiekunkę, to ona pracuje jako pielęgniarka jakoś półformalnie, ale często, pracując jako opiekunka, traci uprawnienia. Był taki moment, taki czas odmedykalizowywania domów pomocy społecznej. Wtedy wiele pielęgniarek albo odeszło, albo, jeśli tę pracę kochało, pozostało, ale traciło dyplom i uprawnienia, godziło się na traktowanie tego zawodu jako zawodu pomocniczego.

I ja myślę, że pan senator Augustyn działał z bardzo szlachetnych pobudek, żeby właśnie tę sytuację jakoś uzdrowić i wywołać dyskusję na temat, który bardzo boli środowisko pielęgniarskie. I myślę, że proponowane tutaj rozwiązania... No, w czasie dyskusji wykazano ich słabe strony, ale problem pozostaje. Pozostaje problem, żeby tę opiekę zabezpieczyć pensjonariuszom domu pomocy społecznej i żeby pozwolić pielęgniarkom, by pracowały jako pielęgniarki, a nie jako opiekunki. I myślę, że tutaj rzeczywiście słabą stroną tego rozwiązania jest to, że my w zasadzie nie mamy zdefiniowanych kompetencji zawodu opiekunki, bo tak w tej chwili to wygląda, jest zawód opiekunki środowiska domu pomocy społecznej, bo takie policealne kształcenie w tej chwili jest, a nie ma w zakresie zadań opiekunki kompetencji pielęgniarskich potrzebnych do pracy w domu pomocy społecznej. Uważam, że zarówno samorząd pielęgniarski, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia i oczywiście ministerstwo będą musiały się zastanowić nad tym, jak określić zakres tej opieki pielęgniarskiej w domu pomocy społecznej, jaki powinien być rodzaj tej opieki domowej. Bo to jest rodzaj opieki środowiskowej, należy dom pomocy społecznej traktować jako miejsce zamieszkania. Tak jak ktoś mieszka z rodziną, tak samo mieszka jakby w środowisku domowym, tylko zorganizowanym instytucjonalnie. W zasadzie więc nie jest konieczna, biorąc pod uwagę to porównanie: dom – dom pomocy społecznej, stała obecność pielęgniarki. Ale teraz tak, jeżeli system kierowania jest taki, że tam trafiają chorzy, którzy wymagają opieki pielęgniarskiej, nie tylko typowo pielęgniacyjnej, higienicznej, ale także tej kwalifikowanej, gdzie wymagana jest już ingerencja, powiedziałabym, zabiegowa, no, to trzeba określić, na jakich zasadach to miałyby działać. I ja myślę, że tutaj chyba troszeczkę

Narodowy Fundusz Zdrowia się spóźnił z zorganizowaniem konkursów na tego rodzaju świadczenia. I nie byłoby problemu nowelizacji ustawy, gdybyśmy wykorzystali – tutaj pan senator zadał już o to pytanie – art. 2 ust. 2a. Być może, gdyby takie konkursy były ogłoszone, pielęgniarki w ramach zespołu praktyk indywidualnych albo praktyk grupowych mogłyby taką opiekę świetnie zorganizować. I wtedy działałyby niezależnie, podobnie zresztą jak lekarz rodzinny w ramach kontraktu czy w ramach swojego kontraktu również mógłby sprawować opiekę nad osobami w DPS.

Wydaje mi się, że nawet jeśli byśmy tutaj zdecydowali się oddalić tę nowelizację ustawy, to sam fakt takiego postawienia sprawy, jak zostało to tutaj przedstawione przez pana senatora Augustyna – ja zresztą poparałam ten projekt z całą, że tak powiem, świadomością – może spowoduje, że zastanowimy się ponownie, jak to wszystko zróżnicować: domy pomocy społecznej dla osób z różnymi schorzeniami somatycznymi, ZOL czy zakład opiekuńczo-pielęgnacyjny, i jak to zabezpieczyć. Bo wydaje mi się, że gdybyśmy poszli tropem tej nowelizacji, to należałoby powiedzieć tak: no d obrze, ale w ZOL zapewniamy także hotel, wyżywienie, sprawy bytowe, opiekę pielęgnacyjną. To wobec tego niech system pomocy społecznej dokłada do ZOL i do zakładów opiekuńczo-pielęgnacyjnych. I wtedy nastąpi tylko przemieszanie tych budżetów. Ja z tego powodu myślę, że cokolwiek by się stało, czy będziemy to rozważać dalej, czy to odrzucimy, to ten pomysł pana senatora jest znakomitym wstępem do tego, żeby to uporządkować, i to w najbliższym czasie. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo prosiłbym panią legislator o to, żeby wypowiedziała się jeszcze co do poprawności tego projektu.

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

Jeśli chodzi o ten projekt, to z przykrością muszę powiedzieć, że ja podzielam wszystkie wątpliwości merytoryczne, które tutaj zostały przedstawione. To jest rzeczywiście poważny problem na styku funkcjonowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w praktyce. I to jest materia merytoryczna.

Jeśli chodzi o kwestie legislacyjne, to ten projekt, powiedzmy, spełnia pewne wymogi, które dotyczą projektu ustawy, jednakże chcę mocno zaakcentować, że kwestie merytoryczne daleko bardziej wysuwają się tutaj na pierwszy plan. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pan senator Ślusarz, potem pani senator Rudnicka i pan senator Szymański.

**Senator Rafał Ślusarz:**

Szanowni Państwo, system opieki zdrowotnej jest w tej chwili zadłużony na ponad 10 miliardów zł, mówię o środkach wymagalnych i niewymagalnych. Cierpią na

tym lekarze, pielęgniarki, a przede wszystkim pacjenci. I nieuchronna logika wobec tego faktu jest taka: ponieważ to wynika z tego, że zakres świadczeń w stosunku do możliwości finansowych systemu jest bardzo szeroki, należałoby zwiększyć ilość pieniędzy w systemie. I takie są propozycje ministra: wprowadzenie dodatkowych składek, wprowadzenie OC, ale także choćby medycyna ratunkowa, która pozwoliła dać więcej pieniędzy z budżetu o ten 1 miliard 200 milionów zł. I jest drugi ruch: zmniejszanie zakresu świadczeń, to jest ograniczanie koszyka świadczeń, to w jakiejś mierze sieć szpitali. Z tego punktu widzenia, z punktu widzenia tej logiki, ustawa proponowana przez pana senatora Augustyna, którego pracowitość też bardzo chciałbym publicznie docenić, jest jakby wbrew niej, bo to jest poszerzenie świadczeń przy tych samych pieniądzach. I to jest wbrew logice. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pani senator Rudnicka, bardzo proszę.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Panie Przewodniczący! Pani Minister! Szanowni Zebrani!

Ja powiem kilka słów o historii tego, co powstawało w reformie zdrowia. Ja byłam wtedy na pograniczu, w Sejmie, a potem w sejmiku i bardzo się niepokoiłam i sprzeciwiałam sytuacji, kiedy po prostu wypędzono lekarzy, pielęgniarki i dentystów z domów opieki społecznej, od ludzi, którzy właśnie w tym wieku najbardziej tej opieki potrzebują. A więc jest to błąd systemowy, pojawiający się w reformie niejako od urodzenia, od momentu, gdy była ona *in statu nascendi*, bo już wtedy zakładano to, z czym dzisiaj się spotykamy, teraz jest to już długoletnie doświadczenie, tak jak powiedziała moja przedmówczyni, pani senator Fetlińska, że dom opieki traktuje się jako dom zamieszkania. Tylko że jest jeszcze taka różnica: w domu zamieszkania przeważnie – nie zawsze, ale przeważnie – bywa ktoś z rodziny, tutaj zaś znajdują się osoby, które z powodu wieku, z powodu przebytych chorób potrzebują stałego czuwania nad ich stanem zdrowia. No i w tej sytuacji, w której się teraz znaleźliśmy...

Z kolei panowie senatorzy, pan Karczewski i pan Ślusarz, zwracają uwagę na stronę finansową. I ona rzeczywiście jest istotna, bo w tej chwili na wszystko brakuje, i znowu wyrwanie 1 miliarda zł na powrót do tego, co było, a w każdym domu opieki była pielęgniarka, był do południa lekarz, był dentysta, no... A potem różne – przepraszam, że to powiem – mądrale uznały, że staruszki i staruszkowie mają biegać do lekarza pierwszego kontaktu, jak ich coś zabolę, i do dentysty chodzić itd., itd. Ja te sprawy dobrze znam, bo w tych komisjach polityki społecznej i zdrowia od lat siedzę. Ten problem musi być rozwiązany, bo nie można zostawiać starych ludzi bez opieki medycznej. Tam trzeba dawać zastrzyki, tam trzeba leczyć odleżyny, tam trzeba różne rzeczy robić, o których ten, kto się tym zajmował, interesował, to wie.

Moja propozycja jest taka, ażeby się zastanowić nad tym 1 miliardem zł, zastanowić konkretnie, skąd go wziąć. To mogą być różne sprawy. A ja też jeszcze chcę przypomnieć ten odrzucony przed laty solidarnościowy projekt reformy służby zdrowia, który proponował 11,5% na służbę zdrowia. Wyszliśmy na 7%, no i mamy, co mamy.

To tyle. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.  
Jeszcze senator Szymański zada pytanie.  
Bardzo proszę.

**Senator Antoni Szymański:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym zadać pytanie pani minister Rafalskiej, która podając przesłanki, dla jakich proponuje odrzucenie tego projektu, jednocześnie wymieniła szereg bardzo poważnych problemów, i na to powinniśmy odpowiedzieć. Jeden problem dotyczy na przykład tego, że będą tworzone – takie są zapowiedzi – zakłady opieki długoterminowej, a w domach pomocy społecznej będziemy mieli być może coraz większą liczbę wolnych miejsc ze względu na różne źródła finansowania. Ja nie chcę przytaczać tych wszystkich kwestii, o których pani Rafalska bardzo celnie mówiła. Moje pytanie dotyczy tego, kto w rządzie – i czy jest jakiś zespół w rządzie – te rzeczy analizuje, po to, żeby zaproponować dojrzałe odpowiedzi, i to nie tylko z okazji tej dyskusji czy dyskusji, która się odbędzie na posiedzeniu plenarnym, ale dlatego, że w najbliższym czasie takiej odpowiedzi powinniśmy się spodziewać.

Również w kontekście wypowiedzi koleżanki, pani senator, która podnosiła tutaj rozmaite bardzo istotne kwestie, chciałbym zapytać, czy możemy spodziewać się, że na te pytania będziemy mieli odpowiedzi na posiedzeniu plenarnym. Ponieważ ten projekt, niezależnie od tego, czy go zaopiniujemy pozytywnie, czy negatywnie, będzie również przedmiotem debaty Senatu. Czy wówczas rząd na te pytania, które także sam sobie zadawał, będzie potrafił odpowiedzieć? Być może są rozwiązania lepsze niż te, które zaproponował pan senator Augustyn. Zostało tu poczynionych wiele uwag, z którymi trudno się nie zgodzić, pod adresem tego projektu, ale problemy, które tutaj szereg osób wymieniało, pozostają.

A więc chodzi o dalsze konsekwencje podjęcia tego tematu, tej dyskusji. Bo oczywiście bardzo częstą sytuacją jest to, że jednego dnia żarliwie dyskutujemy, po czym o tym zapominamy, bo są inne problemy, spotykamy się za rok, a tamte sprawy są nadal nierozwiązane. Mnie by bardziej odpowiadało, żeby, jeżeli krytykujemy rozwiązanie, które w tej chwili jest proponowane, ale jednak szereg problemów widzimy, struktury rządowe pomogły w rozwiązaniu tych problemów, może proponując inne rozwiązania, i to najlepiej w niedługim czasie, bo spodziewamy się, że Senat będzie nad tym dyskutował w najbliższych miesiącach. Możemy oczywiście wnioskować o to, żeby to nie było za trzy tygodnie, właśnie po to, żeby rząd mógł się przygotować do odpowiedzi na te pytania. I to pewnie byłoby zasadne, żeby coś z tej całej wykonanej tu pracy wynikało. Tak że sugeruję tu jednocześnie pewien tok naszych prac. Myślę, że pośpieszne działanie w tej sprawie i kończenie problemu na przyszłym posiedzeniu Senatu czy nawet na bieżącym, tak mnie się w tej chwili zdaje, po tej dyskusji, byłoby niezasadne, bo chciałbym usłyszeć dojrzałe odpowiedzi ze strony rządu na szereg problemów, które on sam tutaj bardzo wyraziście stawia, po to, żeby jednak w miarę możliwości te problemy rozwiązać.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pani senator Tomaszewska.  
A już za chwilę odpowie pani minister Rafalska.

**Senator Ewa Tomaszewska:**

Dziękuję.

Ja chciałabym przypomnieć, że większość podopiecznych domów pomocy społecznej to są emeryci i renciści, a więc osoby ubezpieczone. Ubezpieczone i w zakresie ubezpieczeń społecznych, i w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. I świadczenia zarówno z jednego tytułu, jak i drugiego, im przysługują. Nie możemy o tym zapominać, kiedy rozważamy ten problem. Mają prawo z nich korzystać i system nie może im tego utrudniać. Jest to także zobowiązanie konstytucyjne, więc to, co się dzieje w przepisach niższego rzędu, musi uwzględniać zapisy konstytucji, uprawnienia, które przysługują z racji zapisów konstytucyjnych. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, teraz pani minister Rafalska, a potem pan senator Augustyn i później dyskusja dla pozostałych uczestników tego spotkania.

Bardzo proszę.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej  
Elżbieta Rafalska:**

Może zacznę od odpowiedzi na to pytanie, a właściwie stwierdzenie pani senator Ewy Tomaszewskiej. Jest całkowicie oczywiste, że osoby, które korzystają z pobytu w domach pomocy społecznej, są ubezpieczone, jak wszystkie pozostałe, i te, które korzystają z opieki długoterminowej w ZOL czy w ZOP, i mają prawo do korzystania. I tu nie ma jakiegoś dobrego rozwiązania czy udziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ja, po części dzieląc wątpliwości resortu zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, nie do końca zgadzam się z tym, że nie ma tu jakiegoś dobrego rozwiązania, bo chociażby to, co zaproponowano w drodze kompromisu w art. 2 ust. 2a o ZOZ, jest jednak jakąś alternatywą. I być może dzisiejsze posiedzenie będzie taką formą nacisku na fundusz, który jak zobaczy, że może być kosztowniejsze rozwiązanie, to chociaż trochę skorzysta z tej furtki, jaką stworzono pół roku temu. Ja wiem, że w tym systemie zawsze będzie brakowało pieniędzy, ale warto się zastanowić, czy boimy się ubytku miliarda, czy boimy się ubytku stu czy iluś milionów, co w jakiś sposób byłoby uczestnictwem w finansowaniu chociażby części usług zdrowotnych, które tej grupie dziewięćdziesięciu tysięcy osób się należą. Co do tego już przy reformie był spór i rzeczywiście nie można było znaleźć wtedy jakiegoś dobrego rozwiązania.

Chociaż ja, proszę państwa, będę się tu upierać przy tym, że dla mnie... No pani Fetlińska rzuciła taki problem, czy to wada, czy zaleta, że ZOL, ZOP i DPS różnią się od siebie. Ja zdecydowanie uważam, że to, iż DPS się odróżnia, jest wartością, jest zaletą. Bo jeżeli okaże się, że to wszystko jest na jednakowym poziomie, to, proszę państwa, jest przed tym krótka historia: parę lat i DPS zostaną zlikwidowane. Znam powiaty, w których nie było ani ZOL, ani DPS, i gdy próbowałam zmobilizować starostów tych powiatów do zorganizowania tam długoterminowej opieki, żaden z nich nie rozważał możliwości utworzenia DPS, ale każdy zmierzał do przekształcenia likwidowanego oddziału w zakładzie opieki zdrowotnej w oddział opiekuńczo-leczniczy. I to z różnych powodów: bo dla szpitali wykazujemy większe zrozumienie, bo jest większa

presja społeczna, gdy ma miejsce likwidacja szpitala, bo jest tak dalece odrębny sposób finansowania. I to jest oczywiste, pierwszym argumentem jest właśnie ten argument finansowy.

Nie zmierzałabym więc do rozwiązań, które wprowadzie dzisiaj zlikwidują pewien istotny, niemniej jednak jeśli nie wąski, to przynajmniej fragmentaryczny problem w domach pomocy społecznej, ale tak naprawdę mogą być przyczynkiem do likwidacji w przyszłości tych domów pomocy społecznej. Bo jeśli powiemy: skoro one się nie różnią...

I tu absolutnie popieram... Bo dlaczego w domu pomocy społecznej mieszkańcy mają prawo do finansowania usług wspierających, edukacyjnych, opiekuńczych, a w ZOL – skoro w tym ZOL czas pobytu nie jest określony, na pół roku...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jest określony, jest.)*

*(Rozmowy na sali)*

No dobrze, ale tak naprawdę mieszkańcy potem wracają. Prawda? Różne rzeczy się dzieją, proszę państwa.

Naprawdę nie chcemy likwidować szpitali. Dzisiaj nikt nie ma odwagi powiedzieć, że stworzenie sieci szpitali spowoduje likwidację szpitali. Mówimy, że je przekształcimy. Prawda? Przekształcimy je. A więc będzie tu alternatywa, będzie wybór formy sprawowania opieki. Stan zdrowia osób przebywających długo, a nawet coraz dłużej w domach pomocy społecznej, pogarsza się, więc w którymś momencie trzeba będzie powiedzieć, że w danym przypadku opieka pielęgniarska już nie wystarcza, że musi być zapewniona usługa opieki medycznej na wysokim poziomie, opieki lekarskiej, a więc takie osoby trzeba przenieść. A zatem jakiś poważny problem naprawdę tu istnieje.

Teraz kwestia propozycji pana senatora Szymańskiego. Są prowadzone prace, ma też miejsce współpraca jest z Ministerstwem Zdrowia, w odniesieniu do ustawy, umownie mówiąc, pielęgnacyjnej. Jak mówił senator Karczewski, z całą pewnością byłoby to częściowe rozwiązanie problemu. Chociaż ja cały czas zwracam się do Narodowego Funduszu Zdrowia o to, żeby jednak pomyśleć o kontraktowaniu tego, co dzisiaj jest możliwe, zgodnie z ustawą o zozach – taką, jaka ona jest. I żebyśmy na przykład za pół roku mogli wrócić do oceny funkcjonowania art. 2 ust. 2a i wtedy powiedzieli, czy skorzystano z tej możliwości. Być może jest to przyczynek do tego, żeby potraktować ten temat jako otwarty, żeby zdefiniować dokładnie to, co się kryje pod formułą ZOL, ZOP, jakie to są usługi, co jest oferowane w DPS, czyli żebyśmy wiedzieli, czym tak naprawdę różnią się te typy zakładów. Bo bez tego rzeczywiście temat pozostaje w jakiś sposób niezamknięty.

No a skoro już mówimy o zatrudnieniu pielęgniarek, to może takie zatrudnienie i ta możliwość, która została otwarta w czerwcu 2006 r., to byłoby pośrednie rozwiązanie tego problemu, bo byłyby tam te osoby, które dzisiaj są zatrudnione na etacie i pracują w domach pomocy społecznej. Chociaż problem wynagradzania pielęgniarek mógłby być też znakomicie rozwiązany przez samorząd – wystarczyłoby tylko, żeby samorząd podnosił te „swoje” wynagrodzenia. Bo, proszę państwa, jako minister pracy ciągle spotykam się z taką sytuacją, że do rządu kierowane są pretensje dotyczące wysokości wynagrodzeń w publicznych służbach zatrudnienia, w jednostkach pomocy społecznej typu OPS, w centrach pomocy rodzinie, w DPS, w których wypadku pracodawcą jest samorząd, różne organy założycielskie: czy to samorząd powiatu, czy samo-

rząd gminy, czy też samorząd województwa. Tak, minister pracy przygotowuje rozporządzenia, określa widełki płacowe, ale – no, przepraszam bardzo – to przecież wcale nie minister pracy i rząd podpisuje z kimś umowę i określa, jak plasuje się czyjaś płaca w ramach tych widełek, tylko robi to samorząd.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale to jest już inny temat, to inny temat.

Słuchajcie, musimy stworzyć szansę wzięcia udziału w dyskusji także innym ludziom. Stąd teraz prośba do pana senatora Augustyna o krótkie odniesienie się do tej dyskusji.

**Senator Mieczysław Augustyn:**

Najkrótsze odniesienie się, z powstrzymaniem emocji, to byłoby powiedzenie: źle się, Państwo, bawicie, i to od lat. A bawicie się kosztem losu ludzi, którzy wymagają w tych sprawach rozwiązań.

To nie jest tak, że ja podjąłem się zrobienia tego projektu, bo tak mi się zamarzyło. Zrobiłem to dlatego, że moje liczne, wielokrotne monity do wszystkich ministerstw nie przyniosły żadnego rezultatu. Bierność ministerstw w tym zakresie jest wielka, mimo że wspierał mnie w tych zabiegach także rzecznik praw obywatelskich, który, rzecz jasna wie i widzi – te informacje macie państwo w swoich materiałach – problem nierealizowania w pełni konstytucyjnych uprawnień mieszkańców domów pomocy społecznej do świadczeń pielęgnacyjnych i rehabilitacji.

We wszystkich wypowiedziach – z ogromną dozą albo braku logiki, albo, niestety, hipokryzji – przewijały się pewne wątki, które chciałbym skwitować.

Pierwsza sprawa. Ja jestem młodym parlamentarzystą, ale już mnie poinstruowano, że nie ma nic lepszego niż postraszenie twórców ustawy jej kosztami. Im miałyby być one wyższe, tym łatwiej projekt storpedować. Otóż, proszę państwa, ja nie lekceważę kwestii kosztów, ale chcę wyraźnie powiedzieć, że na ich wielkość, zgodnie z tą ustawą, to płatnik będzie miał największy wpływ. To on będzie ustalał wymagania co do kwalifikacji, to on będzie ustalał zakres świadczonych usług, to on będzie ustalał wartość punktu.

I teraz pytanie, a jednocześnie i odpowiedź dla pana Bentkowskiego. Proszę bardzo, spójrzcie państwo, to są warunki kontraktowania na ten rok. Pytam: Panie Prezesie, gdzie pan tutaj ma możliwość kontraktowania usług w domu pomocy społecznej? Nie ma tego. W każdym razie nie ma tego w tym zakresie, który jest tam absolutnie niezbędny, konieczny. Dlatego nikt tego nie zakontraktował i nie zakontraktuje tego dopóty, dopóki ta kwestia nie zostanie zdecydowanie uregulowana, chociażby poprzez przyjęcie tego projektu.

Sprawa kosztów w ZOL i DPS to żart, to niedoszacowanie!?! Panie Prezesie, no przecież pan dobrze wie, co się w ramach tego znajduje. Nie chcę pana podejrzewać o to, że pan tego nie wie. A jeśli pan to wie, to wie pan, jakiego rodzaju usługi wchodzi tu w grę, a domu pomocy społecznej są finansowane z odpłatności. Jest to terapia zajęciowa, jest to normalna opieka opiekunek... To wszystko w wypadku ZOL jest opłacane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale następnego dnia, gdy tylko dana osoba znajdzie się w domu pomocy społecznej, i nawet korzysta z tych usług w mniejszym zakresie, umywa się od tego ręce.

Była tu mowa o różnicy między ZOL, ZPO i tym rozwiązaniem, które ja proponuję. No, proszę państwa, tu chodzi przede wszystkim o czas i o rokowania. Czy ja naprawdę muszę to w tym gronie mówić? Jeśli państwo nie chcecie tego powiedzieć... A to jest przecież ta podstawowa różnica! W tej różnicy nie chodzi o zakres świadczeń, lecz o to, że najczęściej w domu pomocy społecznej jest się do końca życia – i wtedy raczej nie ma rokowań, że to się kiedyś skończy. A tamte wszystkie placówki są – i powinny być – wykorzystywane wtedy, kiedy jest jeszcze jakaś nadzieja, kiedy intensywna opieka, a nawet pielęgnacja, dają szansę chociażby na usamodzielnienie. Gdy takiej szansy już nie ma, wkraczają DPS. Dlatego one będą potrzebne zawsze, cały czas. I dlatego, zgodnie ze strategią działań w sferze pomocy społecznej, która na pewno pani minister jest znana, liczba domów pomocy społecznej nie tylko nie powinna się zmniejszać, ale powinna się zwiększać.

Jeszcze słowo co do kwestii finansowej. Ja nie wiem, ile to będzie wynosiło. To państwo zdecydujecie w kontraktach, ile to będzie. Klucz do tego jest po waszej stronie, ponieważ to właśnie Narodowy Fundusz Zdrowia szczegółowo określa warunki kwalifikowania i warunki kontraktowania usług, a także wysokość punktową tego wszystkiego, co będzie opłacane.

Mówicie, że ze względów finansowych jest to zły czas na zmiany. Proszę państwa, ja o tych sprawach tutaj wspominałem i to nie jest tak, że nie mówiłem, skąd mają się wziąć na to pieniądze. Jest przecież zwiększona składka, jest wysoki wzrost gospodarczy. Należy się też spodziewać, że również pan minister Religa za jakiś czas wyjdzie i powie: no proszę, mam znowu... – no, i wtedy będzie sprzecznienie się, czy to są 4 miliardy, czy 4,5 miliarda, czy 5 miliardów zł. Pytam więc: jeśli nie teraz, to kiedy?

No i kolejna sprawa: że można by to zrobić za pomocą art. 2 ust. 2a. Taka opinia pojawiała się we wszystkich wypowiedziach. Otóż jeszcze raz to podkreślam, tak jak na początku to mówiłem: nie można tego tak zrobić, dopóki nie będzie odpowiedniej ścieżki, dopóki nie będzie odpowiednich rozporządzeń ze strony Ministerstwa Zdrowia. Proszę państwa, ten przepis wszedł w życie pół roku temu, ale przecież on był znany ministerstwu od 2004 r. I co się stało przez te lata? Kto dzisiaj publicznie się tu przyzna do tych zaniechań? Kto jest winien temu, że nie jeszcze otworzono tej ścieżki? Dlatego, proszę państwa, stanowczo upieram się przy tym, że do zrobienia w wypadku tej ustawy jest dokładnie tyle samo, ile trzeba zrobić, żeby ruszył art. 2 ust. 2a. Nie mniej, Panie Ministrze, Panie Prezesie, naprawdę nie mniej ani więcej jest do zrobienia, ale tyle samo.

Ale ta moja propozycja jest o tyle lepsza, że jej przyjęcie nie zdeintegruje pracy w domu pomocy społecznej. Otóż ona przewiduje – państwo macie w dokumentach nawet projekt rozporządzenia w tej sprawie – że to kierujący domem pomocy społecznej będzie równocześnie kierował zespołem opieki długoterminowej, a wówczas będzie szansa, że te osoby będą uczestniczyły w przygotowywaniu indywidualnego planu wsparcia, że będą uczestniczyły w posiedzeniach zespołu opiekuńczo-terapeutycznego i tak dalej. Jeżeli tak będzie, Pani Minister... No, była tutaj mowa o pewnej dezintegracji i chaosie. Otóż właśnie zastosowanie art. 2 ust. 2a czymś takim grozi. Dwa niezależne od siebie podmioty, niezależnie kontraktujące usługi, to, że to nie organ prowadzący ani jego reprezentant zarządzający będzie się spierał z Narodowym Funduszem Zdrowia, co i ile ma być zrobione, lecz jakiś obcy podmiot – to jest właśnie droga do chaosu, na którą nikt nie chce wejść.



Droży Państwo, jeszcze raz apeluję, żebyście podeszli do tej kwestii w sposób jak najbardziej otwarty. To, co nie jest tutaj dopowiedziane, jest delegacją do rozporządzeń. To jest do zrobienia w każdym przypadku, nawet wówczas, gdyby art. 2 ust. 2a miał zacząć wreszcie funkcjonować. Zatem używanie tego jako argumentu jest absolutnie chybione. Apeluję do państwa, żeby przerwać ten międzyministerialny ping-pong, gdzie siatką, nad którą przerzuca się piłeczkę z kwestią „kto zapłaci?”, są mieszkańcy domów pomocy społecznej i ich potrzeby zdrowotne. Tak dalej być nie powinno. Przyjmowałbym wszystkie zastrzeżenia ze strony ministerstw i Narodowego Funduszu Zdrowia w otwarty sposób, gdyby one kończyły się stwierdzeniem: mamy dobre, lepsze rozwiązanie. Tylko że państwo akurat tego nie proponujecie.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo. No, w tej części uzasadniającej rozpoczął już pan senator obszerną polemikę.

Jednakże w tej chwili, ze względu na to, że chciałbym dopuścić do głosu także gości, a czas tego spotkania jest ograniczony do godziny 14.00...

Jeszcze pan senator Bentkowski chce zadać pytanie, i to, zdaje się, właśnie gościom.

Bardzo proszę.

**Senator Aleksander Bentkowski:**

Wracam do tego art. 2 ust. 2a, o którym tak szeroko mówili tutaj i pan senator, i państwo. Otóż ja nie wyczytałem w tym zapisie, aby była konieczność wydawania jakichkolwiek rozporządzeń wykonawczych. Ten zapis w całej swojej treści daje upoważnienie do podejmowania tychże działań.

Mam w związku z tym pytanie skierowane do Narodowego Funduszu Zdrowia i do ministra zdrowia: czy państwo widzicie jakiegokolwiek przeszkody w tym, ażeby Narodowy Fundusz Zdrowia rozpisywał konkursy na świadczenie pomocy na podstawie zapisu tego ust. 2a? Dlaczego on jeszcze nie funkcjonuje? Sześć miesięcy to wystarczająco dużo czasu, żeby zastanowić się nad nim i nad tym, jak to pan prezes określił...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Nie, ja mówię o tym ust. 2a wprowadzonym teraz, przed sześcioma miesiącami. A więc dlaczego nie rozpisano tych konkursów? A jeżeli nie rozpisano ich, bo nie byliście sprawni organizacyjnie, to kiedy zamierzacie rozpisać takie konkursy?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę o bardzo krótkie odpowiedzi, bo są jeszcze goście, którzy też pewnie chcieliby coś nam powiedzieć.

Bardzo proszę.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia  
w Ministerstwie Zdrowia Dagmara Korbasińska:**

Jeżeli mogę...

Narodowy Fundusz Zdrowia nie może rozpisać konkursu na udzielanie świadczeń przez dom pomocy społecznej, bo dom pomocy społecznej nie może świadczyć...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To rozumiemy. Pytanie jest inne.)*

Narodowy Fundusz Zdrowia rozpisuje konkursy na świadczenie usługi opieki pielęgniarstwa środowiskowej i opieki długoterminowej w domu pacjenta. I to, czy pacjent przebywa w domu pomocy społecznej, czy w domu rodzinnym, nie zmienia faktu, że taka opieka mu się należy. Ona może być realizowana przez podmioty, które zkontraktowały świadczenia zdrowotne...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale pytanie jest takie: dlaczego jest to przepis martwy? Tak rozumiem to pytanie. A pani objaśnia nam coś, co jest już objaśnione. Pytanie pana senatora brzmi: dlaczego ten przepis jest martwy i dlaczego nie powoduje on...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak jest, takie, które by załatwiały problem opieki...

**Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia  
w Ministerstwie Zdrowia Dagmara Korbasińska:**

Panie Senatorze, te konkursy na inaczej określone świadczenia – bo one nie mogą być tak określone – są rozpisane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zakład opieki zdrowotnej, który utworzy swoją komórkę organizacyjną w domu pomocy społecznej, do takiego konkursu będzie mógł wystartować. Co więcej, będzie do tego konkursu mogła wystartować indywidualna bądź grupowa praktyka pielęgniarek, która ma swoją siedzibę w domu pomocy społecznej – zresztą takie praktyki już funkcjonują. Będzie mógł też funkcjonować zakład opieki zdrowotnej, mający swoją siedzibę w wydzielonej części domu pomocy społecznej, oczywiście jeżeli taki zakład opieki zdrowotnej by tam powstał, a może on powstać na podstawie obecnie obowiązującego prawa, tak że nie trzeba nic w tej sprawie zmieniać.

*(Senator Aleksander Bentkowski: To dlaczego...)*

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

No właśnie.

Ale poczekajcie, teraz chciałbym poprosić o wypowiedzi państwa zaproszonych. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos w tej chwili? Raz, dwa, trzy, cztery... Kto jeszcze? Zgłaszają się cztery osoby. Mają państwo po góra trzy minuty, bo później będziemy musieli głosować.

Bardzo proszę po kolei, przedstawiając się na potrzeby protokołu. Krótko.

**Zastępca Przewodniczącego  
Sekcji Krajowej Kolejarzy NSZZ „Solidarność”  
Henryk Sikora:**

Henryk Sikora, „Solidarność”.

Panie Przewodniczący!

Ja się tutaj przysłuchuję temu z pewnym, że tak powiem, zdziwieniem. My tutaj pytamy, pan senator Bentkowski pyta, dlaczego nie ma tych kontraktów. Bo nie ma ze strony DPS bądź pielęgniarek podmiotów, które chciałyby tworzyć jakieś filie prawne, a to dlatego, że one już z góry są na przegranej pozycji. To jest sprawa pierwsza. Sprawa druga: ewentualne zozy, które mogłyby wziąć je pod swoje skrzydła, nie mają w tym żadnego interesu. Sprawa trzecia: w wielu takich domach byłaby wymagana opieka całodobowa, czyli byłaby to opieka także w noc, no a proszę sobie wyobrazić dom pomocy społecznej o profilu schorzeń psychiatrycznych, w którym opieka powinna być przez całą dobę, czyli również w nocy. A zapis tego artykułu, tego ust. 2a, jest w tej sytuacji w ogóle bezprzedmiotowy, on nie może w tym wypadku funkcjonować. Bo albo mówimy tylko i wyłącznie o tym, że chodzi o to usługi pielęgnacyjne w przeciągu dnia, czyli jest przyjazd i wyjazd pielęgniarki, albo mówimy o usługach, które są całodobowe, czyli świadczone praktycznie non stop. I to jest kwestia jakby pierwsza. Ta sytuacja jest rzeczywiście skomplikowana.

Chciałbym się jeszcze odnieść do tego, co mówiła pani minister, to znaczy że dochodzi – i to jest niebezpieczne – do konfrontacji, do konkurencji na rynku pomiędzy zakładami typu ZOL, powstającymi lawinowo, a taki jest faktycznie sygnał nadchodzący z samego dołu, a DPS, które w ciągu ostatnich sześciu lat wyłożyły ogromne środki na standaryzacje. Tak że dzisiaj jest pewien paradoks: coś, co jest jakby przygotowane do funkcjonowania, spełnia wszelkie wymogi, otrzymuje od wojewodów pisma, że może działać, to wszystko może za chwileczkę – mówmy to otwarcie – wskutek patrzenia tylko i wyłącznie przez pryzmat środków... Mówię tu o gminach, bo wybierają one tańsze usługi. Wprawdzie jest im wolno... Ale powiem więcej: gminy robią w tej kwestii, co chcą, są jakby nie do upilnowania.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak, dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, jeszcze zgłaszali się państwo... Po kolei, bardzo proszę. I proszę się przedstawiać.

**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Elżbieta Buczkowska:**

Elżbieta Buczkowska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Szanowne Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Bardzo się cieszę, że tutaj jesteśmy – jako przedstawiciele dwóch resortów i jako zaproszeni goście. Resort zdrowia tworzy system, resort pracy i polityki społecznej utworzył system, ale problem nam pozostał. Bardzo się więc cieszę, że pan senator podjął próbę rozwiązania nierozwiązanego problemu człowieka starego, chorego, niepełnosprawnego. Wiek XXI będzie wiekiem starzenia się społeczeństw. Musimy sobie zdawać sprawę – nie rozwiązaliśmy tego problemu. Narodowy Fundusz Zdrowia ma w tej chwili również dylemat, jak opłacić opiekę domową długoterminową. Mieszkaniec domu pomocy społecznej, skazany na zamieszkiwanie tam, będący w różnym stanie i w różnej fazie choroby, często naprawdę przewlekłej, nie dostanie się do ZOL ani ZPO. Czy się różni ten mieszkaniec od pacjenta? Niekiedy niczym, ale chodzi tu o inne

resorty. Oczekujemy od państwa, żebyście stworzyli ustawy, aby tam, gdzie jest potrzeba zdrowotna... A przecież potrzeba zdrowotna to potrzeba społeczna, potrzeba społeczeństwa, starzejącego się społeczeństwa, które będzie wielkim problemem. Jeśli szybko go rozwiążemy, to nie dopuścimy – przepraszam, że mówię tak ostro – do eutanazji społecznej. Przecież ci ludzie często są skazani na to, by obywać się bez pielęgniarek. I potem się dziwimy, że w mediach pokazują straszne rzeczy? Skoro tylko w poniedziałek przyjdzie pielęgniarka środowiskowa, która dzisiaj ma dwa i pół tysiąca podopiecznych? Bo taki jest zakres problemu – pielęgniarka rodzinna, lekarz rodzinny czy położna rodzinna, proszę państwa, ma deklaracje od dwóch i pół tysiąca. Co robi pielęgniarka rodzinna na obszarze, na którym się znajduje DPS? Nic. Zatrzymajmy pielęgniarki w domach pomocy społecznej. Ba, mało, Naczelna Rada ma opracowany nie tylko zakres zadań. Ma opracowany standard kwalifikacji do tej opieki, ma podzielone świadczenia opiekuńcze, od pielęgniarskich po zdrowotne. Jest to mierzalne. I oczekujemy dobrego prawa. Bardzo dziękuję za te wypowiedzi, w których państwo pokazujecie ten problem. Bo nas nie interesuje system; jeżeli on jest zły, to trzeba go naprawiać. Ale my chcemy zaspokajać potrzeby zdrowotne i społeczne naszego społeczeństwa.

W związku z tym apel również do państwa, Panowie Senatorowie, również do tego pana senatora, któremu bardzo dziękujemy za zainteresowanie dzisiejszą dyskusją... Pamiętajmy, najtańszą formą opieki społecznej i zdrowotnej jest dom pacjenta, dom mieszkańca. To my mamy iść do niego. Szpitale będą coraz droższe. Będzie sieć szpitali, która będzie się zajmowała głównie diagnostyką i leczeniem. Zapewnijmy więc ludziom opiekę w domu, bez względu na to, czy to się będzie nazywało DPS, czy ZPO, czy zakład leczniczy. Proszę państwa, to dotyczy i resortu zdrowia, i opieki społecznej. Bardzo proszę o rzetelną, uczciwą politykę i dobre prawo.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

*(Rozmowy na sali)*

Wyłączamy mikrofony. Pan z „Solidarności” nie wyłączył mikrofonu.

Bardzo proszę, ktoś jeszcze z państwa chciał zabrać głos.

### **Członek Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Ewa Obuchowska:**

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

Odniosę się do wypowiedzi Ministerstwa Zdrowia, ministerstwa pracy i Narodowego Funduszu Zdrowia. Państwo proponujecie indywidualną praktykę pielęgniarki w domu pomocy społecznej. Dzisiaj każda pielęgniarka w domu pomocy społecznej ma zatrudnienie w ramach stosunku pracy, a indywidualna praktyka oznacza działalność gospodarczą i podpisanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. To jest obecnie sprzeczne z obowiązującym prawem, a co więcej, nawet gdyby było to prawnie dopuszczalne i możliwe, to te pielęgniarki nie są w stanie utrzymać się za stawkę, którą proponuje dzisiaj Narodowy Fundusz Zdrowia. Proszę państwa, powinniśmy wszyscy pochylić się nad problemami dyrektorów domów pomocy społecznej,

a szczególnie pielęgniarek zatrudnionych w charakterze opiekunek, które w sposób świadomy zostały pozbawione uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki. Państwo na tej sali mówicie, że należy skatalogować świadczenia i kompetencje pielęgniarki. One są, proszę państwa, zawarte w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, w art. 4. Opiekunka ma określone zadania w ustawie o pomocy społecznej, i do nich zaliczają się świadczenia bytowe. A świadczenia bytowe zawierają się w świadczeniach pielęgnacyjnych określonych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej. Proszę państwa, to odebranie kompetencji spowodowało, że pielęgniarki, które pochyliły się nad problemem ludzi starszych i chorych w domach pomocy społecznej, godzą się na coś, co jest sprzeczne z prawem, ponieważ tylko i wyłącznie osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu, czyli lekarz, pielęgniarka i położna, mogą realizować świadczenia zdrowotne. Proszę państwa, piszą do nas, do Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, mieszkańcy domów pomocy społecznej z apelem i prośbą, żeby w końcu zalegalizować zatrudnienie pielęgniarek w domach pomocy społecznej. To jest apel ludzi chorych i starych, obywateli Rzeczypospolitej Polskiej. Proszę państwa, jeżeli chodzi o zatrudnienie pielęgniarek, to na sześc... Bo może państwo nie wiecie, w domach pomocy...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Wiemy, wiemy. Ale prosiłbym już...)*

Proszę państwa, to są tak ważne sprawy, że zastosowanie dzisiaj przymusu bezpośredniego... A są to świadczenia specjalistyczne, przypisane tylko i wyłącznie do pielęgniarek. W związku z tym pochyłcie się państwo na tym, co się dzieje.

Słuchałam wypowiedzi o kosztach. Proszę państwa, w takim razie my, jako związkowcy, będziemy teraz apelować do pielęgniarek – patrz: opiekunek – i dyrektorów domów pomocy społecznej, żeby nie przyjmowali do domów pomocy społecznej ludzi chorych. Bo dzieje się tak, że szpitale zaczęły liczyć koszty i jeżeli wiedzą, że chodzi o mieszkańca domu pomocy społecznej, to jest on załatwiany w ciągu dwudziestu czterech godzin; podaje się mu niezbędne leki ratujące życie, a potem on wraca do domu pomocy społecznej. Pytam: kto ma się nim opiekować? Poza tym dzisiaj zatrudnienie jako opiekunki i wynagrodzenie nie jest jedynym argumentem za odchodzeniem pielęgniarek z domów pomocy społecznej. Pielęgniarki odchodzą z domów pomocy społecznej do szpitali, bo po pierwsze – wynagrodzenie, a po drugie – tam mają poczucie bezpieczeństwa, Drodzy Państwo. Bo w szpitalu pielęgniarka ma prawo podnosić swoje kwalifikacje i się kształcić, bo w szpitalu jest zatrudniona na stanowisku pielęgniarki, bo w szpitalu ma pomoc lekarza lub drugiej koleżanki pielęgniarki. Tego, proszę państwa, w domu pomocy społecznej nie ma, bo jest tam jedna na stu mieszkańców. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

**Senator Mieczysław Augustyn:**

Panie Przewodniczący, ja tylko chciałem zwrócić uwagę państwu, że Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia mają pieniądze na rozwiązanie wprowadzane za pomocą art. 2 ust. 2, a na takie samo rozwiązanie w zakresie zespołu – już nie.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale to... Dobrze.

Pomalutku przechodzimy do konkluzji.

Tak?

*(Zastępca Dyrektora Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Pracy i Pomocy Społecznej Krystyna Wyrwicka: Czy można?)*

Pani dyrektor departamentu, często towarzysząca w naszych obradach, proszona jest o zabranie głosu.

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

Dziękuję bardzo.

Przepraszam, bo nie chciałam zabierać głosu, ale kilka głosów, które dotyczyły pielęgniarek w domach pomocy społecznej, rzeczywiście zabrzmiało dość dramatycznie, dlatego pozwoliłam jednak się odezwać.

Pani senator na początku powiedziała, że kiedyś wypędzono z domów pomocy społecznej personel służby zdrowia i że w ogóle komuś zabrakło wyobraźni. Przepraszam, ale ja pamiętam ten czas, znam tę historię, i wiem, że bardzo długo stoimy po tej samej stronie, żeby ten problem rozwiązać. I rzeczywiście było tak, że kiedy zmienił się system ubezpieczeń zdrowotnych, wtedy uznano, że winna się zmniejszyć dotacja na dom pomocy społecznej. A zmniejszając tę dotację na mieszkańców domu pomocy społecznej, musieliśmy z czegoś zrezygnować, czyli z tego zakresu świadczeń, które będą sfinansowane z innego źródła. I taki był powód. Potem zresztą weszło prawo...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tyle tylko, że to inne źródło, przypomnę, to było 7,5% w stosunku do postulowanych 11%. Tu się to rozjechało.

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

Nie, nie, to był 1 miliard 200 tysięcy zł, taki był koszt dotacji w domach pomocy społecznej, a 25%, czyli 300 tysięcy zł, to były środki zdjęte w związku z wprowadzeniem funduszu. I to miało być uzupełnione przez świadczenia z systemu usług opieki zdrowotnej, które miały tu wejść. A co więcej, to nie ta ustawa, tylko ustawy resortu określiły, gdzie mogą być zatrudnione pielęgniarki, że w zakładach opieki zdrowotnej, a dom pomocy zakładem opieki zdrowotnej nie był, prawda? A więc te dzisiejsze próby są próbami naprawienia tej sytuacji, próbami utrzymania pielęgniarek w domu pomocy społecznej jako tej instytucji.

Ale dziś chcę powiedzieć tak: ja rozumiem sytuację pań, ale też nie może przyświecać... Dzisiaj powstanie zakład opieki długoterminowej, nawet w ramach DPS, jak proponuje pan senator, nie daje gwarancji pełnego zatrudnienia pielęgniarce zatrudnionej w tym domu. Jest osiem i pół tysiąca pielęgniarek godzących się na bycie opiekunkami; właśnie godzących się, dlatego że dom pomocy społecznej jako taki nie będzie dla

nich nigdy instytucją, która może zatrudniać pielęgniarki. I na to wyzwanie musimy odpowiedzieć, i stąd ta próba. Myśmy bardzo długo pracowali nad zewnętrzną formułą, trochę taką, żeby wilk był syty i owca cała, czyli taką, żeby personel medyczny znalazł zatrudnienie we właściwym miejscu i żeby pielęgniarki nie musiały tracić uprawnień do wykonywania zawodu. Ale tak naprawdę jednocześnie chodziło o to, żeby zapewnić i świadczenia zdrowotne, i odpowiednie finansowanie. Chcę powiedzieć, że dlatego zabrałam głos, ponieważ to, o czym pani powiedziała, nie bardzo mnie przekonuje.

I jeszcze jedna kwestia, o której był łaskaw powiedzieć pan senator. Otóż mówił, że ta ustawa tylko poprawia sytuację. Proszę państwa, a co będzie się działo, jeśli dom zobowiązany ustawowo do zapewnienia świadczeń zdrowotnych nie zakontraktuje tych usług? To znaczy, po czyjej stronie jest tu obowiązek, po czyjej stronie jest wykonawstwo i po czyjej stronie są koszty? Te zapisy i te propozycje, moim zdaniem, nie idą w kierunku takiego rozwiązania, które oznacza pewne podniesienie kosztów i jakby pogorszenie sytuacji domów pomocy. My byśmy chcieli tak naprawdę ją uporządkować, wiedząc o różnicach i je widząc. Pan senator mówił, że o nich nie wiemy. Wiemy. I w momencie, w którym rozdzielano domy pomocy społecznej od zakładów opiekuńczo-leczniczych, istota tego podziału była dość czytelna: sto zostało w strukturach służby zdrowia, wtedy sto; wiedzieliśmy też, że zakład opiekuńczo-leczniczy występuje jako forma pośrednia między szpitalem a środowiskiem rodzinnym bądź domem pomocy społecznej. A więc istotę i różnice znamy. Chcę powiedzieć, że w ustawie o pomocy społecznej jest również zapis, tylko instruktażowy, ale jest, że osoby wymagające okresowo wzmoczonej opieki medycznej powinny trafiać do zakładów opiekuńczo-leczniczych, a potem do domów pomocy społecznej. Chcę po prostu powiedzieć, że zaproponowane rozwiązania, mimo istnienia chęci i potrzeby wprowadzenia pewnych uregulowań, nie odpowiadają na potrzeby domów pomocy społecznej.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

Tak? Jeszcze?

(*Senator Mieczysław Augustyn:* Panie Przewodniczący, pani minister zadała pytanie. Pozwoli pan, że odpowiem?)

Proszę bardzo.

**Senator Mieczysław Augustyn:**

Pytanie brzmiało tak: co się stanie, kiedy dom pomocy społecznej nie uzyska kontraktu? Otóż, jeśli nie uzyska kontraktu, to zgodnie z zapisem art. 50 ust. 2 dom pomocy społecznej będzie umożliwiał mieszkańcom dostęp do pozostałych świadczeń zdrowotnych, przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów. Krótko mówiąc, Pani Minister, nic się nie stanie. Będzie tak, jak jest.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Teraz już tylko wnioski.

Bardzo proszę, senator Fetlińska.

**Senator Janina Fetlińska:**

Chciałabym złożyć wniosek, ale najpierw jeszcze jeden komentarz. Jest bardzo jedno ważne...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: A nie, nie, już tylko wnioski, tylko wnioski.)*

Proszę państwa, w domach pomocy społecznej zostały pielęgniarki, które nie miały pracy w zakładach opieki zdrowotnej. Bardzo wiele zostało wyrzuconych na bruk z powodu braku finansów dla szpitali, w związku z tym to była dla nich jakaś forma przetrwania.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To nie jest wniosek.)*

A teraz wniosek, już przechodzę do wniosku. Ten komentarz był niezbędny, żeby stwierdzić, skąd taka duża liczba pielęgniarek w DPS.

Myślę, że ta sprawa, którą dzisiaj poruszamy, jest bardzo istotna. Dyskusja nie została zakończona, jest dalej potrzebna. Wydaje mi się, że należałoby powołać zespół, który zająłby się tym problemem, ale tak multidyscyplinarnie. A więc byłyby to osoby i z Komisji Zdrowia, i Komisji Polityki Społecznej, a także przedstawiciele izby pielęgniarskiej, związków zawodowych i oczywiście resortów, żebyśmy dokładnie przedyskutowali tę sprawę. Myślę, że ta praca powinna trwać nawet około trzech miesięcy, żebyśmy naprawdę mieli konkretne przemyślenia i żeby Narodowy Fundusz Zdrowia zdążył też od swojej strony przemyśleć to, jaka jest możliwość i formuła zabezpieczenia tej opieki w DPS. I wydaje mi się, że to będzie najrozsądniejsze. Oddalenie tego byłoby zmarnowaniem włożonej w to dużej pracy, a przejście do dalszych prac też może byłoby ze złym skutkiem dla finansów ochrony zdrowia. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Mamy w tej chwili dwa wnioski. Najdalej idący jest wniosek o odrzucenie.

Myślę, że od niego zaczniemy.

Przechodzimy do głosowania.

Kto z państwa senatorów jest za odrzuceniem...

*(Senator Antoni Szymański: Chciałbym skonkretyzować ten drugi wniosek.)*

Drugi wniosek? Ale to przejdzie...

Pan senator prosi o głos, żeby skonkretyzować wniosek pani senator Fetlińskiej.

Bardzo proszę.

**Senator Antoni Szymański:**

Proszę o to, bo chcę skonkretyzować to, nad czym będziemy w tej chwili głosować, czy to, co proponuje pani Fetlińska, jest pewną alternatywą. Ja rozumiem to w ten sposób, że proponuje pani przerwę w pracach komisji. Regulaminowo przerwa jest możliwa... Do ilu tygodni albo miesięcy? Pytam tu panią legislator.

*(Senator Stanisław Karczewski: Nie ma ograniczenia.)*

Nie, jest ograniczenie do kilku miesięcy. O ile wiem, do trzech miesięcy.

Czyli rozumiem, że pani senator proponuje przerwę, a w tym czasie odbywałyby się prace zespołu przedstawicieli Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Ale proponowałbym, jeśli tak będzie,



żeby do tego się to ograniczało i żeby ewentualnie ministerstwa mogły zapraszać zainteresowanych senatorów. Chodzi o to, żeby jednak było oparcie w ministerstwach.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jest prośba do pani mecenas o komentarz do tej propozycji, złożonej przez panią senator Fetlińską i pana senatora Szymańskiego.

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

Nie bardzo widzę możliwość realizacji tej propozycji, bo po prostu nie mamy takiego trybu. Jesteśmy w fazie pierwszego czytania projektu inicjatywy i komisje zobowiązane są do przedstawienia stanowiska w terminie nie dłuższym niż dwa miesiące. Jest możliwe wystąpienie o przedłużenie tego terminu, ale wniosek komisji powinien dotyczyć konkretnie tego projektu, który został skierowany. Można albo przyjąć go bez poprawek, albo przyjąć z poprawkami, lub też przedstawić wniosek o odrzucenie projektu. Dziękuję bardzo.

*(Rozmowy na sali)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

**Senator Antoni Szymański:**

W kilku sprawach już w ten sposób rozmaite projekty wakują, z różnych powodów: bo mają się wypowiedzieć inne komisje, bo ministerstwo ma przygotować odpowiedź... Czyli jest możliwa taka przerwa w obradach komisji, tylko nie wiem, jak się to formalnie nazywa. Chodzi mi o prawidłowe nazwanie tego.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jak rozumiem, wniosek jest taki – tutaj podpowiada mi pan przewodniczący Komisji Ustawodawczej – że występujemy do pana marszałka o przedłużenie terminu pracy nad projektem. I taki byłby wniosek, taka byłaby konkretyzacja...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

No to dopracowanie...

*(Senator Aleksander Bentkowski: Ale, jeśli można, Panie Przewodniczący...)*

Tak.

**Senator Aleksander Bentkowski:**

Proszę państwa, komisja zawiesza swoją pracę, natomiast w tym okresie Senat zwraca się do trzech resortów, ażeby powołały komisje... Może to być inicjatywa pani senator Fetlińskiej, ażeby powstał taki zespół. I w ciągu dwóch miesięcy należałoby przedstawić opracowanie i wyniki prac tego zespołu.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Komisja nie może tego zrobić – podpowiadają mi tutaj nasi prawnicy.

A co państwo... Nie, mam do państwa inne pytanie: Co możemy zrobić, skoro, jak rozumiem, w dzisiejszej dyskusji podniesiono pewne problemy i z jednej strony czujemy ciśnienie rzeczywistości, w której jest deficyt w sprawiedliwym dostępie osób z DPS do świadczeń zdrowotnych, a z drugiej strony mamy pewne obawy, czy dopracowana jest już formuła, czy nie popróbować jeszcze dopracować tego projektu? I pytanie do państwa: co możemy zrobić?

**Senator Aleksander Bentkowski:**

Nie, nie, Panie Przewodniczący, bardzo przepraszam, ale z całym szacunkiem do naszych szanownych prawników... Nie róbcie nam wody z mózgu i nie mówcie, że nam nie wolno powołać takiej komisji, takiej grupy osób, która opracuje projekt przydatny nam potem do dalszych prac. To zawsze można zrobić. To, że regulamin tego nie przewiduje, wcale nie znaczy, że nam nie wolno tego zrobić. I uważam, że jeżeli powiemy, dzisiaj postanowimy...

*(Poruszenie na sali)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Słuchajcie, jest tutaj, zdaje się, wyjście, bo możemy powołać podkomisję. I co wy na to?

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

Ale ta komisja powinna mieć dokładnie wyznaczony i sprecyzowany zakres działania...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Posłuchajcie: komisje mogą ze swojego składu powołać podkomisję, określając jej skład oraz zakres działania. Powołanie podkomisji stałej wymaga zgody marszałka Senatu, podjętej po zasięgnięciu opinii Prezydium Senatu. Czyli my byśmy mogli przyjąć dzisiaj wniosek...

*(Senator Antoni Szymański: Ja jestem przeciwny.)*

Bardzo proszę.

**Senator Antoni Szymański:**

Rozumiem wniosek pana przewodniczącego Sidorowicza, ale myślę, że wniosek pani Fetlińskiej szedł trochę w innym kierunku. Mnie ten wniosek nie jest bliski. Dlaczego nie jest bliski? No, to wymaga bardzo poważnych zmian, to wymaga wiedzy specjalistycznej, to jest praca dla resortu zdrowia, dla resortu polityki społecznej i tak

widziałbym wypracowanie tutaj pewnych rozwiązań i propozycji. W innych sprawach robiliśmy przerwę, wnosząc do pana marszałka o przedłużenie prac. I to rozwiązanie jest mi bliższe niż powoływanie w tej chwili podkomisji. Praca nad ustawą, szukanie rozwiązań powinno być w specjalistycznych rękach przedstawicieli ministerstwa pracy, Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

*(Senator Aleksander Bentkowski: Można?)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak, bardzo proszę, Panie Senatorze.

**Senator Aleksander Bentkowski:**

Mam taką propozycję, żeby trzy komisje podjęły dzisiaj uchwałę, w której zwrócimy się do tych trzech resortów o przedstawienie nam w ciągu dwóch miesięcy rozwiązania problemu. I już. I wtedy obligujemy...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak może być, jak mówią tutaj nasi prawnicy.

Wobec tego rozumiemy też, że propozycja pana senatora Augustyna zostanie jeszcze raz przez te prace w zespole...

*(Głos z sali: Ale to trzeba przegłosować.)*

Już, już będziemy głosować.

Pytanie jest takie: kto z państwa senatorów jest za wystąpieniem do trzech resortów o przygotowanie propozycji rozwiązania sprawy opieki zdrowotnej w domach pomocy społecznej? Kto z państwa jest za wystąpieniem o przygotowanie nam w terminie dwóch miesięcy takiego opracowania? Kto jest za? (8)

Kto jest przeciw? (3)

Kto się wstrzymał od głosu? (4)

Wniosek został przyjęty. Dziękuję bardzo.

Zamykam wspólne posiedzenie Komisji Ustawodawczej, Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Zdrowia.

Dziesięć minut przerwy dla Komisji Zdrowia.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 08)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 7 egz.

ISSN 1643-2851