



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(166)

10. posiedzenie
Komisji Rodziny i Polityki Społecznej
w dniu 18 marca 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat opieki pielęgniarstwa i rehabilitacji w domach pomocy i stacjonarnych placówkach opiekuńczych.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 14)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Mieczysław Augustyn)

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Bardzo serdecznie witam państwa na posiedzeniu Komisji Rodziny i Polityki Społecznej poświęconej sytuacji w domach pomocy społecznej i innych placówkach zapewniających długoterminową opiekę w zakresie realizacji praw do opieki medycznej mieszkających tam osób.

Chciałbym bardzo serdecznie powitać obecnych na dzisiejszym posiedzeniu przedstawicieli Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z panią minister Chojną-Duch na czele.

(Głos z sali: Panią Chłoń-Domińczak. Pani minister Chojna-Duch jest z Ministerstwa Finansów.)

Tak, z panią Chłoń-Domińczak. Pani Chojna-Duch jest z Ministerstwa Finansów, byłem tam dwa czy trzy dni temu i jest efekt. Jest z nami pani Chłoń-Domińczak. Bardzo panią przepraszam, Pani Minister. Bardzo serdecznie panią witam wraz ze wszystkimi przedstawicielami ministerstwa.

Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, zastępcę dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, głównego specjalistę z tego departamentu, a także głównego specjalistę w innym departamencie... Pozwólcie państwo, że nie będę odczytywał nazwisk, aby ich nie poprzekręcać, bo są niewyraźnie napisane. Może, a właściwie na pewno potem będziecie państwo mieli okazję się przedstawić.

Witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, rzecznika praw pacjenta, panią Aleksandrę Piątek, przedstawicieli Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej – dziękuję za rozszyfrowanie nazwy, ale już nie będę odczytywał więcej nazwisk, gdyż mógłbym to źle zrobić – witam specjalistę z tego departamentu. Witam pana wiceprezesa Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, pana Romana Uhliga wraz z przedstawicielami PFRON, którzy przybyli na dzisiejsze spotkanie.

Witam przedstawicieli samorządów. Widzę tu pana Tomasza Bugajskiego, starostę pilskiego. Bardzo serdecznie witam panią profesor Annę Wilmowską z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego z Warszawy, ale dzisiaj przede wszystkim w roli osoby kierującej pracami nad przygotowaniem ustawy o ubezpieczeniach pielęgnacyjnych. Witam serdecznie przedstawicieli związków i stowarzyszeń menedżerów pomocy społecznej, którzy reprezentują stowarzyszenie ogólnopolskie, lubuskie oraz stowarzyszenie z Lublina. Witam przedstawicieli związków zawodowych, witam pana Henryka Sikorę z NSZZ „Solidarność”, przedstawiciel OPZZ usprawiedliwił swoją

nieobecność. Później będę państwa przestawiał, a jeśli nie, to proszę o przedstawianie się za każdym razem przed zabraniem głosu.

Proszę państwa, dwa słowa wstępu. Gdy przygotowywaliśmy to posiedzenie, to chcieliśmy przyjrzeć się kwestii realizacji uprawnień mieszkańców domów pomocy społecznej, którzy zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych są ubezpieczonymi i mają prawo do gwarantowanych świadczeń, w tym opieki pielęgniarstwa i rehabilitacji. W tej Izbie toczył się spory bój o załatwienie kwestii finansowania tych usług. Nie zakończył się w tamtej kadencji żadnym rozstrzygnięciem, choć projekt ustawy z tego zakresu kilkakrotnie był omawiany na posiedzeniu komisji. Niezależnie od stosunku do tego projektu problem pozostał.

Tymczasem sytuacja w domach pomocy społecznej zmieniała się dramatycznie i dzisiejszy temat posiedzenia komisji będzie rozważany w szerszej optyce, w kontekście sytuacji w domach pomocy społecznej w ogólności. Tak jak wiemy, sytuacja ta, przynajmniej w odniesieniu do finansowania personelu, zdecydowanie się pogorszyła. W niektórych regionach dochodzi do strajków, pracownicy odchodzą z pracy, ogromna ich część ma najniższe wynagrodzenia.

W związku z tym zaprosiłem na dzisiejsze spotkanie szersze grono gości i dopuszczam możliwość rozmowy o sytuacji w domach pomocy społecznej w ogólności, abyśmy mówiąc o ubezpieczeniu zdrowotnym i wynikających z tego możliwościach finansowania, umieszczali to w odpowiednim kontekście, w kontekście sytuacji w domach pomocy społecznej.

Witam panią przewodniczącą Buczkowską z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Bardzo serdecznie witam.

Szanowni Państwo, poprosiłem także resorty, resort pracy i polityki społecznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, PFRON, o przygotowanie się do dzisiejszej rozmowy, do dzisiejszej dyskusji, dlatego pozwólcie państwo, że na początek oddam głos przedstawicielom resortów, by uzyskać ich opinie na temat sytuacji w tej szczególnej sprawie, która jest przedmiotem posiedzenia, ale liczę także na państwa wypowiedzi odnoszące się do sytuacji w domach pomocy społecznej w ogólności.

Poproszę panią minister Chłoń-Domińczak.

Proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej
Agnieszka Chłoń-Domińczak:**

Dziękuję bardzo.

W związku z prośbą komisji otrzymali państwo materiał, który dotyczy opieki pielęgniarstwa i rehabilitacyjnej oraz opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej z danymi statystycznymi przedstawiającymi liczbę domów, liczbę mieszkańców i liczbę świadczeń zdrowotnych świadczonych na terenie domów pomocy społecznej. Ja krótko zreferuję tę informację.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Bardzo proszę, bo ten materiał dostaliśmy tak późno, że nie wszyscy mogli się z nim zapoznać. Bardzo proszę.)

Reforma z 1999 r. zmieniła warunki funkcjonowania domów pomocy społecznej w zakresie opieki zdrowotnej. Domy w wyniku zapisów ustawowych nie posiadają tytułu do świadczenia usług zdrowotnych w placówce, a umożliwiają mieszkańcom korzystanie z tych usług. Z kolei w wyniku reformy administracyjnej domy pomocy

społecznej stały się placówkami, które są organizowane, prowadzone i finansowane w ramach zadań własnych powiatu. Domy pomocy społecznej jako jednostki organizacyjne pomocy społecznej zaspokajają podstawowe potrzeby bytowe mieszkańców, ale nie sprawują funkcji leczniczych, nie zapewniają świadczeń medycznych, w tym opieki pielęgniarstwa, a osoby, które mieszkają w domu pomocy społecznej i wymagają pomocy medycznej, mają prawo do takich samych świadczeń opieki pielęgnacyjnej, jak osoby, które zamieszkują w domach rodzinnych.

W domu pomocy społecznej można korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na analogicznych zasadach jak w domu pacjenta, czyli świadczeń lekarza, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Art. 58 ustawy o pomocy społecznej nakłada na domy pomocy społecznej obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, przysługujących im na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego. To jest sytuacja, która obowiązuje w obecnym stanie prawnym.

Jak to się może odbywać? Na terenie domu pomocy społecznej na podstawie art. 2 ust. 2a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domu. Świadczenia te mogą być udzielane przez personel domu, jeśli posiada on prawo wykonywania zawodu medycznego i ZOZ zawrze z nim stosowne umowy. Osoby przebywające w domach pomocy społecznej wymagają częstych porad i świadczeń diagnostycznych, dlatego też w przypadku stawki kapitałowej lekarza POZ, który świadczy usługi, został wprowadzony zwiększony współczynnik korygujący, który wynosi 2,5.

Z informacji dotyczących sytuacji w zakresie świadczeń medycznych w domach pomocy społecznej, które Departament Pomocy i Integracji Społecznej uzyskał od podległych jednostek, wynika, że na terenie DPS wyodrębniono jedynie siedemnaście takich jednostek. Tak że w stosunku do liczby domów ogółem, których jest ponad siedemset, prawie osiemset, jest to niewiele. W ubiegłym roku ministerstwo wystąpiło do wszystkich starostów z pismem zawierającym apel do podejmowania działań, aby zapewnić właściwy dostęp do świadczeń medycznych mieszkańcom jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, udostępniając informacje o możliwych w aktualnym stanie prawnym rozwiązaniach organizacyjnych. Zatem pewne działania, które można było podjąć, zostały podjęte.

Od stycznia tego roku pojawiła się nowa możliwość realizowania świadczeń opieki zdrowotnej. Chodzi o świadczenia pielęgniarstwa. Pielęgniarki domu pomocy społecznej mogą realizować takie świadczenia po zawarciu z nimi stosownych umów, ale pod warunkiem, że spełniają wymogi kwalifikacyjne, zawarte w zarządzeniu prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określania warunków, zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W takiej sytuacji zakład opieki zdrowotnej występuje do wojewody o zmianę statutu, rozszerzając działalność o udzielanie świadczeń mieszkańcom domu pomocy społecznej przez wydzieloną jednostkę, oraz do inspekcji sanitarnej o dopuszczenie domu pomocy społecznej jako miejsca świadczeń zdrowotnych, a następnie kontraktuje usługi. ZOZ może również rozliczać pielęgniarki środowiskowe w systemie zadaniowym. Jeśli pielęgniarki zatrudnione w DPS spełniają wymagania kwalifi-

kacyjne i zostaną wybrane przez pacjentów, to po części mogą się stać pracownikami ZOZ. Wówczas świadczą one usługi zgodnie z zarządzeniem nr 69 prezesa NFZ. Ponieważ jest to relatywnie nowa możliwość, na dziś nie mamy informacji o tym, ile pielęgniarek w domach pomocy społecznej pracuje, korzystając z tej możliwości. To byłby taki krótki wstęp. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Poprosiłbym teraz może przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie swojego poglądu na kwestię zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej możliwości korzystania z usług medycznych, w szczególności z pielęgnacji i rehabilitacji, bo w materiale przedstawionym przez panią minister Agnieszkę Chłoń-Domińczak tego nie było, nie mówiliśmy o rehabilitacji, a to też jest świadczenie gwarantowane. Pojawia się pytanie, jak osoby przebywające w tych domach, a niemogące się poruszać i dojeżdżać do przychodni, mają realizować swoje uprawnienia.

Bardzo proszę, kto z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia zechciałby zabrać głos?

Proszę bardzo.

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

Dagmara Korbasińska. Jestem zastępcą dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia.

Proszę państwa, z punktu widzenia systemu organizacji opieki zdrowotnej dom pomocy społecznej jest niczym innym jak miejscem zamieszkania osoby, która korzysta ze świadczeń zdrowotnych. Z punktu widzenia naszego systemu osoba zamieszkująca w domu pomocy społecznej ma dokładnie takie same prawa, powinna mieć dokładnie takie same, identyczne prawa do świadczeń opieki zdrowotnej jak osoba zamieszkująca w domu rodzinnym. Mowa tu o pełnych prawach do świadczeń.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Tak państwo rozstrzygnęliście.)

Tak jest to rozstrzygnięte w prawie.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Tak powinno być, bez dyskusji.)

Tak stanowi prawo. A z punktu widzenia urzędnika prawo stanowi...

Osoba przebywająca w domu pomocy społecznej ma prawo do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz do tych świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, do których ma prawo osoba zamieszkująca w domu rodzinnym. Oczywiście nie zmienia to faktu, że ponieważ dom pomocy społecznej jest stworzony dla osób mających ograniczenia w samodzielnym zaspakajaniu swoich potrzeb społecznych, także ze względu na stan zdrowia, to osoby zamieszkujące w domu pomocy społecznej będą częściej korzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec tego zastosowano tu specjalne rozwiązania natury finansowej, promujące zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla tych osób, ale myślę, że w tym zakresie szczegółowe informacje przedstawią koledzy z Narodowego Funduszu Zdrowia. W każdym razie osoba prze-

bywająca w domu pomocy społecznej, tak jak każdy mieszkający w domu rodzinnym, ma prawo do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń pielęgniarstwa w opiece długoterminowej, świadczeń w hospicjum domowym, w poradni medycyny paliatywnej, świadczeń zespołu długoterminowej opieki zdrowotnej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w takim zakresie, w jakim tych świadczeń udziela się w domu pacjenta.

Jednocześnie sytuacja wygląda tak, że ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, o czym była uprzejma wspomnieć pani minister Chłoń-Domińczak, ze względu na szczególną sytuację mieszkańców domów pomocy społecznej stworzyła rozwiązanie czy wskazała zakładom pewne rozwiązanie jako pożądane – bo ta możliwość prawna była, ale tu wskazaliśmy ją w formie instrukcyjnej – możliwość tworzenia na terenie domów pomocy społecznej jednostek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej.

Na poprzednim posiedzeniu komisji jeden ze starostów postulował, aby takie wskazanie było obowiązkiem tworzenia w zakładach opieki zdrowotnej takich jednostek organizacyjnych. Tego nie można wprowadzić, dlatego że jeżeli zakład opieki zdrowotnej stanowi tylko i wyłącznie laboratorium diagnostyczne, to trudno, żeby organizował filię laboratorium diagnostycznego w domu pomocy społecznej. Takie rozwiązanie tak naprawdę nie jest zasadne i nie może zostać przyjęte.

Jednocześnie, tak jak pani minister zwróciła na to uwagę, zakłady opieki zdrowotnej rzadko korzystają z takich możliwości prawnych, mimo że często jednostki samorządu terytorialnego są zarówno podmiotami tworzącymi zakłady opieki zdrowotnej, czyli decydują o strukturze organizacyjno-prawnej tych zakładów, jak i podmiotami prowadzącymi domy pomocy społecznej. W tej sytuacji wydawałoby się, że jeżeli mają obowiązek zapewnienia świadczeń zdrowotnych mieszkańcom swojej gminy, czyli także osobom przebywającym w domach pomocy społecznej, to zebranie tych obowiązków w jednym miejscu powinno sprawić, że nie będzie tego typu problemów organizacyjnych w zagwarantowaniu świadczeń zdrowotnych, jeżeli oczywiście istnieje taka potrzeba. Mówię o istnieniu takiej potrzeby, bowiem świadczenia zdrowotne mogą być także zagwarantowane w inny sposób, to znaczy poprzez zapewnienie opieki zdrowotnej tym osobom w formie indywidualnych bądź grupowych praktyk lekarskich, indywidualnych bądź grupowych praktyk pielęgniarstwa i położonych, które też mogą funkcjonować na terenie zakładu opieki zdrowotnej.

Proszę zwrócić uwagę na to, że wszystkie formy organizacyjne, które są przez nas proponowane, muszą być zorganizowane w ten sposób, żeby pamiętać o ochronie praw pacjenta – osoby przebywającej w domu pomocy społecznej. Chodzi o to, aby nie naruszać uprawnień tej osoby do wolnego wyboru lekarza, do wolnego wyboru świadczeniodawcy, czyli tego, kto udziela mu świadczeń opieki zdrowotnej. Zawężenie kręgu tych podmiotów będzie ograniczeniem uprawnień osób przebywających w domu pomocy społecznej. Narzucając pewne rozwiązania organizacyjne, nie możemy ograniczać tych uprawnień, chociaż, o czym wiemy na podstawie badań, około 90% pacjentów wybiera świadczeniodawcę usytuowanego najbliżej jego miejsca zamieszkania, czyli świadczeniodawcę najbardziej dostępnego.

Jeżeli chodzi o zasady tworzenia indywidualnych praktyk pielęgniarstwa, grupowych praktyk pielęgniarstwa i specjalistycznych praktyk pielęgniarstwa, to o zasadach tych stanowi ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Jeżeli pielęgniarki zatrudnione w domu pomocy społecznej chciałyby tworzyć tego rodzaju formę organiza-

cyjno-prawną, to wsparciem służą tu przede wszystkim okręgowe izby pielęgniarek i położnych właściwe względem funkcjonowania tej praktyki, czyli domu pomocy społecznej.

Chciałabym także zwrócić uwagę na taką sprawę. Jeżeli w zakładzie opieki zdrowotnej tworzymy jednostkę organizacyjną, która udziela świadczeń opieki zdrowotnej dla domu pomocy społecznej i dom pomocy społecznej nie spełnia wymagań fachowych i sanitarnych potrzebnych do utworzenia tam zakładu opieki zdrowotnej, a zatem jest tego rodzaju bariera prawna dla utworzenia jednostki organizacyjnej w domu pomocy społecznej, to nic nie stoi na przeszkodzie, żeby ta jednostka organizacyjna funkcjonowała w siedzibie macierzystej domu pomocy społecznej, dlatego że z punktu widzenia prawa świadczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców domu pomocy społecznej nie są udzielane w zakładzie opieki zdrowotnej, lecz w domu pacjenta, a dom pomocy społecznej jest w tym przypadku domem pacjenta. Jeżeli zatem istnieje taka przeszkoda prawna, to można tę jednostkę organizacyjną utworzyć w zakładzie opieki zdrowotnej, a ona będzie udzielała świadczeń zdrowotnych w domu pacjenta, czyli w domu pomocy społecznej.

Odrębnym problem dotyczącym funkcjonowania domów pomocy społecznej i tego, co się tam dzieje, jest kwestia uprawnień do wykonywania zawodu, uprawnień pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej na stanowisku pielęgniarki. Z punktu widzenia przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wątpliwe jest to, czy osoby zatrudnione w domu pomocy społecznej nadal wykonują pracę pielęgniarki, a wobec tego i to, czy zachowują prawo wykonywania zawodu. Obserwujemy tu pewną niezborność przepisów prawnych. Rozporządzenie Rady Ministrów stanowi o tym, że stanowisko pielęgniarki jest stanowiskiem tworzonym w domach pomocy społecznej. Wobec tego w celu usunięcia wątpliwości w tym zakresie w pakiecie ustaw, które zostały skierowane przez rząd za pośrednictwem Klubu Parlamentarnego Platformy Obywatelskiej do opracowania – te prace rozpoczną się w przyszłym tygodniu – w przepisach wprowadzających zaproponowano rozwiązanie, zgodnie z którym pielęgniarka zatrudniona w domu pomocy społecznej, niezależnie od tego, czy wykonuje tam swoje zadania na podstawie umowy o pracę, czy innej umowy, umowy cywilnoprawnej, będzie zachowywała prawo wykonywania zawodu. Chodzi o to, aby nie było w tej sprawie wątpliwości, tym bardziej że należy się zgodzić z tym, że pielęgniarka przygotowana zawodowo, o ogromnej wiedzy, pracując w domu pomocy społecznej, zapewnia mieszkającym tam osobom takie same świadczenia czy część takich samych świadczeń, bo nie dokładnie wszystkie, jakie zapewniałaby, pracując w zakładzie opieki zdrowotnej. Wobec tego nie można tu mieć wątpliwości i twierdzić, że te pielęgniarki tracą pewne kwalifikacje i nie są przygotowane do wykonywania zawodu. Zastosowano tu rozwiązanie, które powinno rozwiązać problem.

Przy okazji dyskusji nad problemem, który pan senator był uprzejmy poruszyć w poprzedniej kadencji parlamentu, za co tak naprawdę jesteśmy wdzięczni, ponieważ to spowodowało, że podjęliśmy wiele... Fakt, że prawnie jest to dobrze opisane, nie oznacza, że nie mamy wątpliwości co do tego, że pewne prawa nie są respektowane i nie jest tak, że te osoby nie mają ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Przeanalizowaliśmy skargi, jakie wpłynęły w tym zakresie do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia. Ze tych skarg nie wynika, że mieszkańcy domów pomocy społecznej bądź kierownicy domów pomocy spo-

łecznej, którzy przecież mają obowiązek zapewnienia dostępu do pewnego rodzaju świadczeń swoim mieszkańcom, skarżą się na nierealizowanie tego obowiązku. W naszej ocenie jednocześnie nie wynika to z tego, że ten obowiązek jest właściwie realizowany, ale w dużym stopniu z tego, że brakuje właściwej wiedzy o tym, jaka powinna być relacja pomiędzy domem pomocy społecznej a systemem opieki zdrowotnej.

Z tego powodu z koleżankami i kolegami z ministerstwa pracy podjęliśmy wiele działań normujących te kwestie i prowadzących do zwiększania świadomości na temat tego, w jaki sposób powinno to być systemowo organizowane. Między innymi minister zdrowia skierował do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pismo z prośbą o zwrócenie szczególnej uwagi na respektowanie tych praw. Jednym z efektów tego działania jest przygotowanie nowych produktów i pewne zmiany w zasadach kontraktowania w Narodowym Funduszu Zdrowia, co za chwilę, mam nadzieję, koledzy państwu bliżej przedstawią.

Chciałabym powiedzieć o jeszcze jednej sprawie. W trakcie analizy problematyki dotyczącej korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w domach pomocy społecznej ponownie wypłynęła kwestia, co do której już dawno zgadzaliśmy się ze współpracującymi z nami osobami z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, otóż, kwestia często niewłaściwego kierowania pacjentów do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i niewłaściwego kierowania pensjonariuszy do domów pomocy społecznej. Nie ma tu właściwego rozdziału. Tak naprawdę wynika to z zaproponowanego w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej sposobu kierowania do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Minister zdrowia we wspomnianym już pakiecie, który został skierowany do prac, zaproponował zmianę zasad kierowania do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i do zakładów opiekuńczo-leczniczych, tak aby nie kierował do nich organ tworzący tych zakładów.

Naszym zdaniem nie jest to dobre rozwiązanie z kilku powodów. Organ tworzący jako organ administracji nie dysponuje możliwością dokonania właściwej oceny pacjenta czy osoby kierowanej, jest on przede wszystkim organem administracyjnym, a nie fachowym pracownikiem ochrony zdrowia. W tej sytuacji ciężar ten został przeniesiony na pracowników ochrony zdrowia, tak aby w oparciu o kryteria, które zostaną określone, można było odpowiednio kierować osobę wymagającą opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym i aby nie była to decyzja organu administracji samorządowej. Jednocześnie pojawiał się problem ochrony dóbr osobistych osoby kierowanej. Gdy informacje trafiały do organu administracji publicznej, to dostęp do nich podczas realizacji nałożonych prawem obowiązków miały osoby, które nie wykonują zawodu medycznego. Wobec tego pojawiła się wątpliwość, czy właściwie dysponuje się informacją o stanie zdrowia pacjentów. To jest kolejny problem, w przypadku którego powinno być zastosowane inne rozwiązanie. Zostanie zastosowane rozwiązanie, zgodnie z którym lekarz sprawujący ciągłą opiekę nad osobą będzie mógł ją skierować do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego bądź zakładu opiekuńczo-leczniczego. Potwierdzenie tego skierowania będzie się odbywało w Narodowym Funduszu Zdrowia, a jeżeli będzie to skierowanie do zakładu niepublicznego, to będzie się to odbywało bezpośrednio. Takie skierowanie będzie dotyczyło zarówno opieki domowej, jak i opieki stacjonarnej. To wszystko, co chciałabym powiedzieć. Mam nadzieję, że przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia uzupełnią pewne informacje.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo. Dziękuję za wspomnienie naszych wspólnych utarczek z poprzedniej kadencji.

(Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Dagmara Korbasińska: Ja zawsze uważam, że jeżeli z tego można stworzyć coś konkretnego na przyszłość, to jest to bardzo celowe.)

Tak. Z tego wszystkiego został nam pewien cel, nie szczegółowe rozwiązania, ale cel. Ja wtedy mówiłem, że chętnie i natychmiast odstąpię od przedstawianego projektu, jeśli tylko pojawią się sensowniejsze rozwiązania. Dobrze, że jest postęp i że końcówka ubiegłego roku pozwoliła w innych formach aniżeli filia ZOZ, nazwijmy to tak roboczo, kontraktować usługi w domach pomocy społecznej, mam na myśli metodę zadaniową, choć jest to droga, jak wiadomo, trudna. Ten trud jednak się kalkuluje, ja bym chciał to podkreślić, kalkuluje się, dlatego że ta część pomocy, wsparcia dla osób mieszkających w domach pomocy społecznej była do tej pory niezestandardyzowana. Kontrakt powoduje, że będzie to ustandaryzowane. To jest bardzo ważne także z punktu widzenia samych pielęgniarek świadczących pomoc, ponieważ żyjemy w państwie, w którym obywatele coraz śmieiej upominają się o swoje prawa, także w domach pomocy społecznej, poruszając już nie tylko media, ale również odpowiednie instytucje wymiaru sprawiedliwości. W związku z tym ważne jest to, żeby było wiadomo, co można robić, według jakich standardów, jak udowodnić w dokumentacji, że standard jest zachowany. To są zalety.

Jednak otwartym problemem pozostaje to – zaraz oddam głos Narodowemu Funduszowi Zdrowia – czy proponowana usługa jest adekwatna do potrzeb mieszkających tam osób. Nie kwestionuję tego, żeby traktować tych mieszkańców jako mieszkających w domu. Pojawia się jednak pytanie, czy ambulatoryjna opieka jest wystarczająca dla osób, które przed skierowaniem do domu pomocy społecznej, zwłaszcza w przypadku osób przewlekle chorych, objęte były całodobowym wsparciem w szpitalu i w ZOL, ponieważ tego wymagały. Co więcej, kierowane są one do domu pomocy społecznej nie z tego powodu, że ich stan zdrowia się poprawił, ale właśnie z tego powodu, że się nie poprawił i w ocenie medycznej się nie poprawi. Czy w takiej sytuacji należy się zmniejszenie liczby świadczeń? Jest to rzeczywiście decyzja dramatyczna, decyzja dramatyczna, zresztą nie tylko w Polsce, tak samo w Anglii, w innych krajach, nawet w Niemczech, gdzie istnieje ubezpieczenie pielęgnacyjne, to jest bardzo trudna decyzja. Jednak dla tych, którzy są z tymi mieszkańcami, jest – jak się wydaje – sprawą jasną, że bezpieczeństwo zdrowotne osób kierowanych do domu pomocy społecznej powinno być zapewnione, wtedy kiedy trzeba, także całą dobę, i możliwie najtaniej. Możemy sobie wyobrazić, że tego nie robimy, nie zmierzamy w tym kierunku, ale trzeba się liczyć z tym, że wówczas ciężar zapewnienia opieki spadnie na instytucje ochrony zdrowia, na pogotowia, szpitale itd. Trzeba się zastanowić, co jest droższe, a co tańsze, warto to zrobić, a może zrobił to już Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozwoliłem sobie teraz na pewien przerywnik.

Ja już to wszystko przedstawiałem panu prezesowi Paszkiewiczowi w osobistej rozmowie i wtedy uzyskałem zapewnienie, że przy poszukiwaniu nowego produktu szczególna sytuacja części mieszkańców domów pomocy społecznej, bardzo to podkreślałam, części, tylko tych, którzy spełniają kryteria, zostanie uwzględniona. Kwalifikacja do opieki przewiduje badanie i określenie w unowocześnionej skali Bartel tego,

kto powinien to otrzymać, a kto nie. Ja to sygnalizowałem panu prezesowi, który powiedział, że będzie to brał pod uwagę w pracach NFZ nad udoskonalaniem produktu oferowanego tej części ubezpieczonych, których jest ponad dziewięćdziesiąt tysięcy.

Bardzo proszę przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kierownik

**Sekcji do spraw Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Stomatologii
w Wydziale Lecznictwa Ambulatoryjnego
w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Krzysztof Klichowicz:**

Krzysztof Klichowicz, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

Podzielam wszystkie opinie i stwierdzenia, które zostały przedstawione przez przedstawiciela ministerstwa pracy i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, i chciałbym się z państwem podzielić następującymi danymi. Są to dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej w interesującym nas przedmiotowym zakresie tego spotkania, świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2007. Dlaczego nie w roku 2008? Ponieważ proces zawierania umów został zakończony, ale trwa syntetyzowanie informacji z zawartych umów.

Jakimi danymi chciałbym się z państwem podzielić? Otóż, w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach pięciu tysięcy dwustu czternastu umów zawartych ze świadczeniodawcami, jeśli chodzi o lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń opieki zdrowotnej udziela dwadzieścia cztery tysiące dziewięćset osiemdziesięciu sześciu lekarzy. Jeśli chodzi o część dotyczącą pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, to w ramach pięciu tysięcy dwustu dwudziestu trzech umów w 2007 r. świadczeń udzielało szesnaście tysięcy siedemset pięćdziesiąt jeden pielęgniarek. Chciałbym zaznaczyć, bo główny problem dotyczy opieki pielęgniarskiej, że w systemie finansowania kapitałowego średnio jedna pielęgniarka obejmowała opieką dwa tysiące czterdziestu pięciu pacjentów. Proszę się tym nie przerażać. Ja mówię to świadomie, aby nie odnosić tego do sytuacji domu pomocy społecznej, czyli małej lokalnej społeczności, w której pacjenci z pewnymi schorzeniami podlegającymi opiece pielęgniarskiej i opiekuńczej pozostają zdecydowanie w mniejszej liczbie.

Dlatego w przywołanym zarządzeniu nr 69 prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia od 1 stycznia zaplanowano kontraktowanie świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej finansowane nie w sposób kapitałowy, lecz finansowane w sposób, jak to już przywołano, zadaniowy, w oparciu o katalog czynności do zrealizowania, z pewnymi założeniami granicznymi, które pielęgniarka musi wypełnić, realizując te czynności. Oczywiście nie będę wspominał o kwalifikacjach pielęgniarek, bo to jest również ustawowo ściśle sprecyzowane.

Inna forma finansowania w swoim założeniu miała być ukierunkowana na prace jednej zakontraktowanej pielęgniarki, która mogłaby zrealizować – będę się posługiwał może niezbyt czytelnym sformułowaniem – pięć tysięcy pięćset punktów z założonego katalogu, ale na populacji od sześciu do ośmiu pacjentów. Produkt, nazwijmy to, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej finansowany w ten sposób byłby zbliżony do realnych potrzeb również domu pomocy społecznej. Pielęgniarka ta ma udzielać świadczeń, tak jak zostało to wspomniane, w miejscu zamieszkania pacjenta. Narodo-

wy Fundusz Zdrowia w zarządzeniu nr 69 zawarł informację, że miejscem zamieszkania pacjenta jest również dom pomocy społecznej. Zatem jest możliwość, aby te świadczenia były teraz ukierunkowane, ale pod jednym warunkiem, pod tym warunkiem, że znajdą się pielęgniarki, które zdecydują się na taką formę realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, zostaną, powiem kolokwialnie, wpuszczone na teren domu pomocy społecznej przez kierownika domu pomocy społecznej lub będą to pielęgniarki, które dotychczas były zatrudnione w domu pomocy społecznej i po spełnieniu pewnych wymogów formalnoprawnych będą mogły stać się świadczeniodawcą w rozumieniu ustawowym dla Narodowego Funduszu Zdrowia po to, żeby zawrzeć umowę. Ten kierunek działań może spowodować, że świadczenia pielęgnacyjne udzielane mieszkańcom domów pomocy społecznej zostaną zintensyfikowane.

Jeżeli chodzi o świadczenia rehabilitacyjne, czyli świadczenia długoterminowe, to może przekazać głos koledze.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Niewątpliwie ta możliwość była bardzo oczekiwana przez domy pomocy społecznej, choć jest pewna trudność – na pewno wiele o tym usłyszymy – w skorzystaniu z tej oferty, ale o tym za moment.

Bardzo proszę o głos w sprawie perspektyw związanych z opieką długoterminową. Być może zechciałby się pan także odnieść do wątku poruszonego przez przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, czyli do relacji między domem pomocy społecznej a ZOL i ZPO, bo istotną kwestią jest też to, jak to rozdzielić.

Bardzo proszę.

**Starszy Specjalista
w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Grzegorz Krasicki:**

Dzień dobry.

Grzegorz Krasicki, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Jeżeli chodzi o pielęgniarzką opiekę długoterminową, to w tym roku warunki realizacji tej opieki nie uległy zmianie w porównaniu do roku 2007. Według naszych danych, zebranych z szesnastu województw, w 2007 r. było sześćset dziesięć pielęgniarek, które realizowały takie świadczenia. Liczba ta zwiększyła się w stosunku do 2006 r., w którym takich pielęgniarek było pięćset dwadzieścia sześć. Dostępność tej formy opieki długoterminowej, czyli świadczeń pielęgniarzkiej opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej, nie jest niczym ograniczona. Maksymalna liczba pacjentów, którą może objąć pielęgniarka, to pięciu chorych. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby pielęgniarki realizowały te świadczenia w domach pomocy społecznej. Pozostaje ewentualnie kwestia zachęcania, aby pielęgniarki w formie indywidualnych praktyk albo praktyk zbiorowych zechciały te świadczenia realizować.

Jeżeli chodzi o zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, to problem polegał na tym, że w pewnym momencie stwierdzono, że licz-

ba pacjentów na stałe przebywających w tych zakładach dość znacznie się zwiększyła i w efekcie liczba pacjentów oczekujących na świadczenia w zakładach opieki długoterminowej zaczęła dość drastycznie rosnać. W szczytowym momencie, to był okres sierpnia i września 2007 r., ta liczba sięgnęła około trzech tysięcy pacjentów. W związku z tym pojawił się problem, co zrobić z pacjentami przebywającymi w zakładach opiekuńczo-leczniczych, którzy mają skierowanie na pobyt stały, oraz z pacjentami oczekującymi na świadczenia w takiej formie w tych zakładach. Skala Bartel – oczywiście, możemy dyskutować, czy jej użycie jest w tym momencie zasadne, czy ona faktycznie weryfikuje stan zdrowia pacjenta, jeśli chodzi o tę część pielęgnacyjną – posłużyła do tego, aby wyłować pacjentów, którzy naprawdę czy też najbardziej potrzebują pomocy w formie stacjonarnej. Należałoby, może nawet już w perspektywie organizowania zakładów opieki zdrowotnej w domach pomocy społecznej, zastanowić się...

Jeżeli chodzi o stronę praktyczną, to w realizacji świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych i w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych różnice są w zasadzie minimalne. W tym przypadku tak naprawdę różnica – powołuję się tu na nasze materiały – polega na obecności lekarza, a rodzaj świadczeń jest bardzo podobny. Jeżeli pacjenci przebywający w domach pomocy społecznej kwalifikują się do zakładów opiekuńczo-leczniczych, a tych mamy – tak to wygląda – za mało, to trzeba byłoby się może zastanowić nad jakąś jedną formą udzielania świadczeń, która obejmowałaby pacjentów przebywających i w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, i w zakładach opiekuńczo-leczniczych, i w domach pomocy społecznej. To na razie tyle.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Oczywiście mówimy o opiece medycznej, prawda?

(Starszy Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Grzegorz Krasicki: Tak.)

Być może, być może. My oczekujemy konkurencji w tym zakresie na tworzącym się rynku usług opieki długoterminowej, tymczasem teraz jest tak, że w ZOL i w ZPO są kolejki, a w domach pomocy społecznej jest tysiąc dwieście miejsc wolnych. Z punktu widzenia ekonomicznego jest to niedobre dla NFZ, ponieważ finansowanie opieki medycznej w NFZ – zostało to wyliczone i przedstawione w raporcie dotyczącym opieki długoterminowej przygotowanym przez Bank Światowy – są to koszty nieporównywalne, więc państwu powinno „się kalkulować” doprowadzenie do tego, aby te osoby znalazły się w domu pomocy społecznej. I tak powinno być. Tymczasem tak się nie dzieje właśnie ze względu na różnice w sposobie finansowania, ale pewnie jeszcze do tego wrócimy.

Ja myślę, że byłoby to bardzo interesujące, gdybyśmy – zanim przejdziemy do ogólnej dyskusji – wysłuchali jeszcze głosów przynajmniej dwóch osób, jeśli państwo pozwolicie. Mam na myśli panią przewodniczącą Buczkowską, która powiedziała nam, jak to wygląda ze strony pielęgniarek. Chodzi o to, abyśmy uświadomili sobie te bariery, które powodują, że zgodnie z wyliczeniami, o czym mieliśmy przed chwilą okazję usłyszeć od pani minister Chłoń-Domińczak, nie ma jednak dużego postępu w zakresie kontraktowania usług medycznych w domach pomocy społecznej. A potem w tym samym duchu poprosiłbym może pana starostę Tomasza Bugajskiego, żeby jako praktyk, jako zarządzający domami pomocy społecznej powiedział, jakie on widzi plu-

sy i minusy, jak powiat, przykładowy powiat mający pięć domów pomocy społecznej się do tego ustosunkowuje.

Teraz bardzo proszę panią przewodniczącą Buczkowską, a potem oczywiście wszystkich państwa zapraszam do dyskusji.

Proszę bardzo.

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

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze.

Przepraszam wszystkich państwa za spóźnienie.

Naszej filozofii pielęgniarskiej bliskie jest takie myślenie, aby stworzyć taką opiekę nad osobami, w tym mieszkańcami DPS, która satysfakcjonowałaby naprawdę nie tylko tych, którzy płacą, ale przede wszystkim ludzi. Proszę państwa, w tej samej sali, chyba w zeszłym roku, Panie Senatorze, pozwoliłam sobie nawet powiedzieć, że my społeczeństwo zdrowe doprowadzamy do sytuacji eutanazji społecznej osób niechcianych. Było to powiedziane świadomie.

Ja nie ukrywam, że chyba powinnam być w stanie permanentnego wkurzenia, nie tylko na to, co usłyszałam tutaj od przedmówczyni, ale i ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Mam pytanie do wszystkich zainteresowanych państwa. Jak państwo to zrozumieliście? Czy jest dobrze, czy jest źle? Właściwie powinno być dobrze, wszyscy się starają, starają się domy pomocy społecznej, stara się resort opieki społecznej, Narodowy Fundusz Zdrowia stara się płacić, a my ciągle pokazujemy i utyskujemy – coraz częściej medialnie, bo co chwila jest to w mediach – że te osoby są głodzone, niedożywione, brudne, umierają. Wystarczy w porze obiadowej przeprowadzić kontrolę. Rzeczywiście wszyscy byśmy zobaczyli los ludzi, których powierza nam państwo. Nie wiem, kto odpowiada za tych ludzi.

Ja ubolewam nad tym, że od lat nikt nie czytał wskazań konsultanta krajowego do spraw opieki długoterminowej. Mamy wypracowane standardy, standardy opieki pielęgnacyjnej pielęgniarskiej. Nawiążę do tego, o czym państwo mówiliście. Miejscem dla pielęgniarek z ich zakresem zadań jest nie tylko system ochrony zdrowia, ale także opieka nad ludźmi potrzebującymi. Tak należy postrzegać pielęgniarki. Pielęgniarka to osoba zawodowo przygotowana do rozpoznawania problemów zdrowotnych, rozpoznawania potrzeb zdrowotnych, do ich kwalifikowania. Wydawałoby się, że z natury tego zawodu wynika funkcja głównego koordynatora tej opieki, szczególnie w warunkach domowych.

Reforma, dzięki której w tej chwili przeżywamy totalny chaos, konfrontuje się pomiędzy finansami, potrzebami i możliwościami. My to rozumiemy. Pytanie dotyczy tak naprawdę tego, czy jesteśmy w stanie zapewnić opiekę osobom – ładnie tu jest napisane – w domach pomocy społecznej. Dla mnie jest to również dom obywatela, dom mieszkańca, bo to jest taki sam dom, w którym przebywa pacjent, nasz pacjent, podopieczny w warunkach optymalnych, nie w warunkach hospitalizacji. Hospitalizacja jest ostateczną formą, formą najdroższą. Nie mówimy tu o przyczynach socjalnych, inne są przyczyny ostrej hospitalizacji. Dopiero wtedy będzie można mówić o potaniu kosztów. Naszym zadaniem jest utrzymać tego człowieka, mieszkańca, obywatela jak najdłużej w domu, w warunkach przyjaznych. Pojawia się pytanie, czy my stworzymy mu te warunki.

Czytamy tutaj, bo bardzo szybko zdążyłam się zapoznać z materiałem, że w domach pomocy społecznej przebywają osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, które wymagają wyrównywania różnego rodzaju deficytów poprzez świadczenie opieki, terapii oraz zagwarantowanie poczucia bezpieczeństwa łatwym dostępem do świadczeń zdrowotnych w systemie dwudziestoczterogodzinnym. Ładna definicja. My też stworzyliśmy taką definicję osoby niesamodzielnej. Co to znaczy, kto to jest w normalnym rozumieniu osoba niesamodzielna, niezdolna do samodzielnej egzystencji? Chodzi o to, żebyśmy mówili o tym samym. Osoba, która uwięziona we własnym ciele nie jest zdolna do odżywienia się, umycia, poruszania się, przemieszczania, czyli do niczego, jest skazana na pomoc innych osób w domu, w DPS.

Usłyszałam tu od państwa, że tak naprawdę DPS to powinien być dom wieczystej szczęśliwości, w którym przebywają ludzie...

(Głos z sali: Szczęśliwi.)

Tak, szczęśliwi, zdrowi, ubrani w T-shirty, którzy nie wymagają wzmożonej opieki i pielęgnacji. Ja rozumiem to, że lekarz nie musi przebywać tam na co dzień, on nie jest od tego, żeby tych ludzi każdego dnia leczyć i codziennie zmieniać diagnozę. Często ci ludzie są dobrze zdiagnozowani, przebywają w tym domu na zasadzie pewnego przymusu i obowiązku państwa. W domu pomocy społecznej – ograniczmy się już do domu pomocy społecznej – powinny być zatrudnione głównie opiekunki, pielęgniarki, do tego rehabilitant, ewentualnie fizjoterapeuta. Konsultantem jest lekarz i to tylko wtedy, gdy wskazują na to potrzeby zdrowotne ocenione przez koordynatora – pielęgniarkę, która ma uprawnienia do diagnozowania stanu zdrowia, do określenia tych wszystkich potrzeb.

Teraz pytanie, ile tych pielęgniarek jest w naszym kraju. Państwo mówicie o takim dobrostanie. Odniosę się teraz do funduszu, który ma płacić za świadczenia zdrowotne i wydzielił w tej reformie dziwne kategorie pielęgniarek. Dzisiaj jest pielęgniarka POZ, czyli podstawowej opieki zdrowotnej. Dawniej nazywała się ona, zresztą ładniej, pielęgniarką środowiskowo-rodzinną i miała obowiązek chodzić do każdego pacjenta, podopiecznego do domu, nie tylko wykonywać mu iniekcje, ale dbać o to, żeby miał komfort, dobre samopoczucie, akceptował chorobę, wychodził z niej, była ona wsparciem dla rodziny. Dom pomocy społecznej niczym się zatem nie różni i rzeczywiście zatrudnia pielęgniarki. Średnio na jeden dom pomocy społecznej przypada 9,7 pielęgniarki, tu państwo piszecie, że jest to 9,3. Dwadzieścia cztery godziny od poniedziałku do niedzieli, czyli trzysta sześćdziesiąt pięć dni w roku. Jak w takim razie fundusz, który wprowadził podział, ma płacić za świadczenia zdrowotne? Jest pielęgniarka POZ, która ma średnio dwa tysiące czterdziestu podopiecznych. Teraz tak się dziwnie porobiło, że to pacjent wybiera sobie pielęgniarkę, lekarza. Może i słusznie, wreszcie ma prawo wybrania kogoś dobrego, a nie przy okazji. Jednak żadna pielęgniarka w POZ, która dzisiaj ma do dyspozycji różne formy organizacyjno-prawne wykonywania swojego zawodu, nie jest w stanie przyjąć obowiązków w DPS, bo ma dwa tysiące czterdziestu podopiecznych na obszarze swojego działania. Nie można dołożyć jej jeszcze DPS, sprawić, aby wykonywała świadczenia zdrowotne wzmożonej pielęgnacji i opieki dla osób niesamodzielnych – pamiętajmy państwa definicję – gdzie dostępność do tych świadczeń powinna być zapewniona przez dwadzieścia cztery godziny na dobę.

Co to oznacza? To wcale nie musi oznaczać, że my w DPS będziemy tworzyć ZOZ, bo rzeczywiście one nie są w stanie spełnić wymogów określonych w ustawie

o zakładach opieki zdrowotnej. To jest inny rodzaj domu. Jednak tam możemy wykonywać świadczenia zdrowotne, tak jak w domu u pacjenta, typowo lecznicze, które wynikają albo ze stałych albo okazjonalnych wskazań leczniczych zleconych przez lekarza, lekarza specjalistę, ale również szpital, który z powrotem oddaje pacjenta do domu pomocy społecznej. Są to wlewy kroplowe, iniekcje, inhalacje, wszystkie zabiegi lecznicze, które są bardzo dokładnie określone czasowo oraz finansowo.

Pozostaje nam cały obszar świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, które trudno przypisać samym pielęgniarcom, bo można je przypisać również opiekunkom. Zatem opiekunka również powinna być w domu pomocy społecznej. To nie może być osoba przypadkowa, z ulicy, lecz przygotowana do tego zawodu w aspekcie szczególnego rodzaju opieki nad człowiekiem, który nie jest w stanie nic wokół siebie zrobić. Chodzi o to, o czym tu państwo mówiliście, o ochronę praw i godności człowieka, ja już nie mówię o pacjencie, bo to jest mieszkaniec.

Teraz Narodowy Fundusz Zdrowia daje więcej pieniędzy i tworzy jakiś produkt, który nazwał zakresem zadaniowym. Proszę jednak zauważyć, że również Narodowy Fundusz Zdrowia... Jesteśmy na razie w ostrym sporze, ale myślę, że dojdziemy do porozumienia i oddzielimy wreszcie pielęgniarzkę POZ, której głównym zadaniem jest rozpoznanie środowiska, rozpoznanie potrzeb zdrowotnych obywatela w kraju, od pielęgniarki, do której należy zakres zadań związanych z opieką długoterminową nad wybranymi pacjentami, którzy z tego wielkiego katalogu mogą nie tylko wybrać, ale mają gwarancję. Mówimy tu o gwarancji państwa, gwarancji ubezpieczyciela, gwarancji tego, że pan Kowalski, który mieszka w DPS, powinien mieć to po prostu zrealizowane w ciągu dwudziestu czterech godzin. Co to by oznaczało? Oznaczałoby to tyle, że pielęgniarka nie pracuje przez dwie godziny na zasadzie *outsourcingu*, nie przychodzi tylko po to, aby rozdać leki, wykonać iniekcje i wyjść. Jeżeli na to pójdziemy, to proszę powiedzieć społeczeństwu, że pielęgniarka jest tylko na receptę i nie należy się nikomu, bo nie dość, że ich nie ma, to po prostu na to nie stać, nazwijmy to, resortu. Tak, znowu mamy Polskę resortową, która nad tym, czy ma zatrudnić pielęgniarkę, czy nie, nie myśli kryteriami potrzeb zdrowotnych, tylko resortu. Jeżeli zatrudnia się pielęgniarkę w systemie zmianowym, to trzeba się zastanowić nad tym, że wzmożona opieka i pielęgnacja jest w ciągu dnia, na przykład między godziną 8.00 a godziną 20.00, a gdy mieszkaniec powinien godnie spać, bo mu się to zapewnia nie tylko w sensie leków, ale i socjalnie, wtedy wystarczy jeden dyżur pielęgniarski.

Pojawia się teraz takie pytanie. My potrafimy kategoryzować ludzi, o czym wspominał pan senator, nie tylko według skali Bartel, którą środowisko pielęgniarskie, proszę państwa, przyjęło jako formę opisu nie stanu zdrowia, lecz upośledzonych funkcji do egzystencji, samoopieki, samowystarczalności i udziału osób drugich, czyli opiekunki, pielęgniarki, a być może dietetyczki i innych terapeutów. To jest skala Bartel. Ona określa, jakiej pomocy potrzebuje dana osoba, w jakich godzinach w planie opieki. To nie jest kryterium stanu zdrowia. Myślę, że środowisko, szczególnie państwo, którzy będą podejmowali tak strategiczne decyzje, musicie o tym wiedzieć. Ta skala ujawniła, wskazała, można powiedzieć, co mieszkaniec powinien mieć zapewnione. Nam się wydawało, że to powinno być świadczenie gwarantowane, że powinien być chociażby dwa razy w tygodniu wykąpany, przewinięty, mieć zmienione pamperesy, pieluchomajtki, tudzież inne wkładki w sytuacji nietrzymania moczu, co najmniej trzy, cztery razy na dobę podmyty, żeby nie było powikłań. Jeżeli się nie porusza, to

trzeba go przemieszczać itd. Proszę państwa, powinien zostać nakarmiony, nie powinno się czekać, żeby mu jedzenie wystygło, a następnie od razu je zabierać.

Jeden z ministrów obraził się, gdy powiedziałam, że nasze DPS, tak samo jak zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i pielęgnacyjno-lecznicze, nie są panaceum, jeśli chodzi o przerzucanie kosztów na delikwenta, bo on się czuje gorzej. Proszę państwa, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy czy pielęgnacyjno-leczniczy niczym się nie różni od DPS, to jest tylko inny resort. Koszty powinny być takie same. Sposób kierowania jest taki sam. Do nas należy zapewnienie opieki.

Trzeba odpowiedzieć sobie na pytanie, na co stać Polskę z ubezpieczenia zdrowotnego i z zabezpieczenia państwa wobec obywatela, który jest najłabszym ogniwem, bo on się już nie obroni. Kto ma stanąć w jego imieniu? Dyrektor DPS czy pielęgniarzka jako osoba, która odpowiada za proces opiekuńczo-pielęgnacyjno-leczniczy? To powinien być główny naturalny koordynator, bo lekarz zawsze będzie odpowiadał za świadczenia diagnostyczno-lecznicze. Na tym jego rola powinna się skończyć, bo on nie jest od sprawowania nadzoru, kontrolowania tego, czy ktoś wykopał pacjenta w sposób właściwy, odpowiedni i w odpowiedniej temperaturze, bo go nie znaleziono w poniedziałek martwego w łazience. Przepraszam. Media będą nam pokazywały wszystkie niedociągnięcia.

(Głos z sali: Media? Ludzie.)

Tak, ludzie, rodzina, która przyjeżdża w odwiedzin. Ja byłam zdruzgotana po medialnych doniesieniach o sytuacjach, w których bici są staruszkowie. Proszę państwa, to robią przypadkowe osoby, niedouczzone, wzięte z ulicy, najtańsze, bez przygotowania, dlatego że nikt nie panuje nad rozwiązaniem systemowym.

Ja nie chcę doraźnych rozwiązań. Jeżeli wiemy, że to będzie kosztowało, jeżeli wiemy, ile będzie kosztował pobyt mieszkańca w DPS, w zakładzie pielęgnacyjnym, to powiedzmy, kto ma zapłacić, w jakiej części, również sam zainteresowany lub jego rodzina, bo przecież, przepraszam, ale są jeszcze zobowiązania rodziny wobec członka rodziny. Mówmy wreszcie otwartym tekstem, że to jest kodeks rodzinny, który też chyba powinien się czymś zająć. My ustalmy standard. Proszę państwa, jako środowisko zawodowe my mamy takie standardy, to jest ustalone. Wspomniał tu przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia – bardzo się cieszę, że został do tego przekonany – o tym, że ustalono liczbę pięciu podopiecznych. Proszę państwa, rzeczywiście jedna pielęgniarka jest w stanie w miarę możliwości, tak kolokwialnie to nazwę, obrobić pięciu podopiecznych na tyle godziwie, na tyle starannie, żeby nie doprowadzić do powikłań. My tu mówimy o promocji, profilaktyce zdrowia, podniesieniu jakości życia człowieka, który dla siebie już nic więcej zrobić nie może. To nie tylko pan Świtaj, to nie tylko nasz słynny pan Gruszka, w naszym kraju mamy takich tysiące.

Teraz pojawia się pytanie, na ile my...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Bardzo proszę zmierzać do konkluzji, aby dać szansę innym.)

Tak, właśnie. Ja chciałam państwu pokazać naprawdę wielki problem, a zdrowie nie chcę się tym zająć. To jest problem nie tylko starzejącej się Europy, ale również naszego siwiejącego społeczeństwa, kwestia psychogeriatrici. My się z tym zderzymy za rok, za dwa, za trzy, za pięć już będzie za późno. W systemie nie będzie pielęgniarek. Opiekunek, które chcemy sobie wyhodować, wyuczyć, też nie ma, bo system edukacji tego jeszcze nie widzi. My widzimy te potrzeby. Dziękuję za to, że Senat podtrzymuje

swoje stanowisko i pokazuje, że trzeba stworzyć spójny system opieki nad człowiekiem w każdym okresie jego życia, nie tylko na starość. Medycyna ratunkowa wyprodukuje nam osoby niesamodzielne, musimy być tego świadomi. Będzie tak, że one będą w warunkach domowych, w warunkach DPS, w zakładach pielęgnacyjnych.

Bardzo państwa proszę, nie przerzucajmy się kosztami, nie róbmy tak, żeby trzeba było odsyłać mieszkańców. Mieszkaniec przyzwyczaja się do miejsca i ma prawo do poczucia bezpieczeństwa, a nie do tego, aby co trzy miesiące być w innym domu, w innym zakładzie. W ten sposób fundujemy mu frustrację, depresję i pogorszenie stanu zdrowia. On ma być bezpieczny.

Na co nas stać? To już konkluzja. Cieszę się, że są płatnicy, choć płatnicy dzisiaj źle płacą, nie płacą właściwie. Proszę państwa, iniekcja czy wlewy kroplowe są niżej wycenione od mycia głowy. To jest przykład. Na razie, mam nadzieję, nadal będziemy współpracować i wypromujemy te produkty. Jeżeli państwo zadecydujecie, że ma to być *outsourcing*, i wyprowadzicie pielęgniarki na zewnątrz, to musicie być świadomi tego, że wtedy moim zdaniem pielęgniarka będzie najlepszym rzecznikiem i powinna dyktować prawa dyrektorowi, wszystkim, którzy są odpowiedzialni za stan mieszkańca. Jednak nie może być tak, że my, przepraszam za wyrażenie, pójdziemy z torbami i nie będziemy zarabiać, bo gdy ktoś wyliczy stawkę kapitacyjną w wysokości złotych, to pielęgniarka w obawie nie przyjmie innej formuły prawnej. Ja jestem za. Wiecie państwo, że na Zachodzie polskie pielęgniarki są rozchwytywane do domów pomocy społecznej i zakładów pielęgnacyjnych, bo są najlepsze. Dzieje się tak nie dlatego, jak tu pani wspomniała, że utracą prawo wykonywania zawodu, to jest prawda. Nie może być tak, że jako pielęgniarka jest zatrudniania opiekunka, bo jest tańsza, albo oferuje się jej umowę o dzieło. Proszę państwa, jaka to jest umowa o dzieło? Nie próbujmy poszukiwać kosztów tam, gdzie nie powinno być...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Pani Przewodnicząca, bardzo proszę...)

Panie Senatorze, ja bardzo przepraszam za ten długi wstęp, ale ja pokazuję problemy. Z tego, co rozumiem, mamy wspólnie stworzyć warunki dobrej opieki...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Pani Przewodnicząca, zmierzamy do konkluzji.)

...dla tych mieszkańców. Wymaga to kosztów, to prawda. Gdybyśmy poszukali oszczędności, uszczelnili system, ja tu powtórzę może niechlubne sformułowanie, wiedzieli, jak to uszczelniać i kto powinien tam pracować – tu też się zgadzam – przyjęli zasady kierowania częściowej odpłatności, to powinniśmy mówić o wszystkich, o zakładach pielęgnacyjnych, o zakładach pielęgnacyjno-leczniczych, o domach pomocy społecznej. Wtedy nie będzie przepychanki, bo ci sami ludzie z tymi samymi kwalifikacjami będą zainteresowani pracą w domach pomocy społecznej, w zakładach pielęgnacyjnych, gdyż ich mieszkańcy, obywatele, pacjenci, podopieczni niczym się nie różnią, to jest tylko inny resort. W związku z tym...

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

(Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska: ...na razie bardzo dziękuję.)

Dziękuję.

Proszę państwa, uwidoczniły się tu dwie perspektywy. Jedna to perspektywa dzisiejsza, tego, co jest teraz. Z tego, co zrozumiałem, trzeba spróbować skonsumować to, co jest, tak, przyjmujemy do wiadomości i z zadowoleniem, że wreszcie jest produkt, tak jak mówiła pani przewodnicząca, wreszcie płatnik poczuł się do tego, że musi płacić za coś, co należy się ubezpieczonemu. To dobrze, to postęp. Bo nawet na tej sali nas przekonywano, że nigdy w życiu, pewien były minister mi pokazywał, że gdzieś w tych okolicach kaktus mu wyrośnie. Na szczęście kaktusy rosną i jeszcze nie są może takie, jakich byśmy oczekiwali, ale jest postęp. Trzeba to skonstatować. Jest także perspektywa długoterminowa. Tak, ten produkt rzeczywiście wymaga udoskonalenia. Trzeba coś zrobić, ażeby zapewnić bezpieczeństwo także w nocy. Tu jest luka. Widać różnicę ocen. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej mówi o dwudziestoczterogodzinnej potrzebie opieki, my też jako praktycy mówimy, że to jest potrzebne. Prosiłbym tego nie spychać i nie lekceważyć, bo to jest korzystne dla NFZ. W przeciwnym razie ci ludzie trafią do innych miejsc, tam, gdzie jest droższa forma opieki. Być może powinien się tym zająć rzecznik praw pacjenta, nie na wniosek kogoś, ale z własnej inicjatywy, bo to jest kwestia, którą może podjąć, a może nawet powinien. Dlatego zachęcam panią rzecznik do tego, żeby się tej kwestii przyglądać i nie pozostawać biernym.

Druga perspektywa jest szersza – poruszyła ten wątek pani przewodnicząca – szersza, wymagająca namysłu, jest to perspektywa stworzenia rynku opieki długoterminowej, stworzenia podstaw do zapewnienia ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności, tak to nazwijmy. To, co nadchodzi, co nas czeka, powtórzę za panią przewodniczącą, za dwa, trzy lata, tak, w 2010 r. ma nastąpić przełom, który będzie widoczny w statystykach, a także w tych miejscach. Do tego trzeba się przygotować w duchu, który został tutaj – nie będę już wszystkiego powtarzał – z emocjami nakreślony, tak żeby człowieka utrzymać w domu. W przeciwnym razie pojawi się lawina wniosków. Miejsca w DPS też się zapełnią, ale nie w tym rzecz. Z tego nie możemy się cieszyć, tym, że będzie na to nacisk, powinniśmy się smucić. Powinniśmy zrobić wszystko, żeby zatrzymać te osoby w domu. To jest szersza perspektywa, wymagająca pracy. Ja to podkreślam – mam nadzieję, że jeszcze pani profesor Wilmowska się na ten temat wypowie – że rzeczywiście istnieje pilna potrzeba kontynuowania prac nad tego rodzaju ubezpieczeniem, ponieważ wydaje się bezsporne, że Narodowy Fundusz Zdrowia obciążony obecnymi zadaniami nie będzie w stanie samodzielnie sfinansować tego rodzaju usług w dłuższej perspektywie. Tak trzeba do tego podejść.

Teraz jeszcze dwa głosy. Pierwszy pana starosty Bugajskiego, który będzie polemizował, jak sądzę, z tym, że w domach pomocy jest aż tak strasznie źle – nie wiem, jak jest u niego, mam nadzieję, że tak nie jest – ale też powie, jak pielęgniarki i starostwo próbują sobie poradzić z opieką pielęgniarską i rehabilitacją w domach pomocy społecznej. A potem będę prosił przedstawicieli PFRON o wypowiedź na temat oferty dla domów pomocy społecznej.

Bardzo proszę.

Starosta Piłski Tomasz Bugajski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Witam państwa serdecznie.

Tomasz Bugajski, starosta pilski, dużego powiatu, nie ukrywam, z którego wywodzi się też pan senator Augustyn, bezpośredni praktyk, jak państwo wiecie, bo urlopowany dyrektor domu pomocy społecznej, to tak w kwestii formalnej.

Wiele spraw, o których pan senator powiedział, rozpoczynając tę rozmowę, znajduje bezpośrednio przełożenie na praktykę. Ja nie ukrywam, przygotowałem sobie wystąpienie, ale całe ono legło w gruzach po wystąpieniu pani przewodniczącej, którą – też muszę państwu o tym powiedzieć – znam od ponad dziesięciu lat, cztery lata pracowaliśmy razem w komisji trójstronnej, więc dzisiaj jestem troszkę zaskoczony jej wystąpieniem, bo to zawsze była ugodowa pani, jeśli chodzi o trudne sprawy, podkreślałam, trudne sprawy.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale pozwoli pani, Pani Przewodnicząca, że ja do tego wrócę.

Powiem tak. To, że w tak czarnych barwach przedstawia się domy pomocy społecznej w naszej prasie, szczególnie w mediach ogólnopolskich, to są przypadki, ja osobiście tak to określam, w dobrze funkcjonującym w pewnym stopniu systemie. Z tym że ten system, o dziwo, został naruszony. Naruszony on został dwa lata temu, gdy znalazł się tam wtedy taki senator – mogę tu nawiązać do tego kaktusa, który nie urośnie – który zaczął inaczej myśleć. Proszę mi wierzyć, wszyscy państwo, a szczególnie z instytucji centralnych, powinniście – powiem to bardzo brutalnie – odwiedzić kilka domów pomocy społecznej. Gdybyście je odwiedzili, wiele z tych słów, które tu dzisiaj padły, by nie padło.

Proszę państwa, całkowicie pomijam stronę kwalifikacji chorego, tym zajmują się specjaliści, ale trzeba mieć orientację, przynajmniej orientację, kim są mieszkańcy domów pomocy społecznej. Zarządzam pięcioma domami pomocy społecznej i każdy z nich ma inną strukturę. Jeden – chore dzieci, 80% leżących, ciągle leżących, drugi dom pomocy społecznej przeznaczony jest tylko dla kobiet, z tego 40% to kobiety leżące, trzeci dom przeznaczony jest tylko dla mężczyzn, których rozpięra energia, a w głowie zero – państwo rozumiecie, o czym mówię – w sumie sto dwadzieścia osób, czwarty, podobny, to dom dla kobiet w innym wieku, cierpiących na inne schorzenia, a w piątym mieszkają ludzie w pełni świadomi, ale niesprawni fizycznie, z czego też około 40% są to osoby leżące, leżące cały czas. Mówię o tym po to, żeby rozumieć, jaki jest przekrój problemów.

Nie ukrywam, że od początku, gdy ukazało się maleńkie światełko, że można coś zrobić, od momentu, gdy w ubiegłym roku pojawiła się ustawa dotycząca możliwości kontraktowania, próbowaliśmy rozwiązać ten problem. Jaki był największy opór? Oczywiście ludzki, samych pielęgniarek, po prostu ich obawa – i ja to rozumiem – ich obawa o to, że wchodzi w coś, czego nikt nie zna. Tu jest największy opór, nie zarządzających, nie pacjentów, którzy nie wiedzą, co się będzie dla nich robić, może częściowo, może 20% wie. Z tym środowiskiem trzeba rozmawiać, to są normalni ludzie, ileś lat pracowali w domach pomocy społecznej.

Nieprawdą jest to przerzucanie, o którym się mówi. Ja jestem zszokowany tym, że ktoś mówi, że pacjentów z domu pomocy się co trzy, cztery miesiące przerzuca. Gdzie się ich przerzuca? Oni wchodzi do domu i pozostają długo, państwo wiecie, do jakiego momentu. Chyba że mówimy tu o pewnej skrajności, o tym, że na tych chorych robi się biznes. Jeśli się robi biznes, to wtedy takie sytuacje mogą mieć miejsce. Jednak w normalnie funkcjonującym domu pomocy społecznej jest pewna struktura ludzi, oni

są tam dopóty, dopóki natura czy Pan Bóg, jak to się mówi, nie powoła ich do siebie. O tym też trzeba mówić.

Jeśli chodzi o pielęgniarki, to są, myślę, jedyne osoby, które w domach pomocy społecznej w największym stopniu udzielają pomocy, nie tylko pomocy medycznej. Proszę państwa, pewnie wiecie, ile minut ma dla danego domu lekarz w tym systemie, który jest liczony w punktach. On wpada, nie jest tak, że go nie ma, on jest, on tam wpada, ale zostaje pielęgniarka. To ona jest, powiedziałbym, nawet więcej niż przyjacielem, ona jest pod każdym względem opiekunem chorego, bo to są chorzy ludzie.

Na Boga, nie można łączyć zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych z domami pomocy społecznej, to są dwie diametralnie różne instytucje, ale finansować trzeba tak samo, bo to są dwadzieścia cztery godziny, taki jest cykl opieki nad chorym człowiekiem w instytucji, jaką jest dom pomocy społecznej. Przecież pieniądze, które na dzisiaj – ja nie wiem, jak w innych powiatach, mówię o swoim – zostały przeznaczone na to, żeby próbować osiągnąć standard, nigdy takie nie były. W ubiegłym roku osobiście włożyłem, tak to nazwę, 4,5 miliona zł w domy pomocy społecznej, żeby poprawić ich standard. Na Boga, zauważcie państwo, jaka to jest parodia. Nie daj Bóg, abyśmy osiągnęli tak zwaną standaryzację domu, bo już nie dostaniemy złotówki na inwestycje w tym domu ani na jakiegokolwiek zmiany. Między innymi dwa moje domy pomocy społecznej zostały tak ukarane. Dzisiaj one są najbiedniejsze. Gdy o tym mówię, to aż mi przykro, ale taka jest prawda. Pani wie, o czym mówię, i nie musimy tu nawet komentować tego faktu. Za dobrą pracę od razu jest się karanym. Tak jak w kapitał ludzki trzeba bez przerwy wkładać całe życie, tak i w tej materii, w tych ludzi trzeba wkładać całe życie. Tu nie może być przerwy, osiągnięcia tylko jakiegoś standardu, też wymyślonego pod instytucje, bo kto to określa. Ważne jest to, że został już osiągnięty wysoki poziom, jeśli chodzi o przebywanie tych ludzi w domach.

Jeszcze jedna sprawa. Może to nie jest praktykowane gdzieś indziej, ale my pracujemy w tak zwanych grupach osobowych, w których jest nie więcej niż dwanaście osób, w każdej grupie wszyscy mają swoje kolory itd., bo przecież oni muszą siebie nawzajem rozpoznawać, a nie w masie stu dwudziestu osób zabijać się, bo takie przypadki też były. To naprawdę zapewnia spokój. Kilka dni temu byli u mnie Niemcy, odwiedzali domy. Oni też dążą do wypracowania jakiegoś systemu, bo wcale nie jest on idealny, żeby była jasność, poszukują tak samo jak my. Gdy ja im pokazałem jeden z domów pomocy społecznej, to nie wierzyli, że tam są ludzie z takimi orzeczeniami. Przecież to jest 100% ludzi chorych. Jest taki dom w Dębnie, w gminie Łobzenica – jeśli kiedyś państwo będziecie w okolicy, to zapraszam serdecznie – o którym mogę powiedzieć, że to jest cel, jaki jest do osiągnięcia, jednak pozostałym daleko do niego.

Pozostaje jeszcze jedna bardzo ważna sprawa, moment, w którym ta ustawa zezwoliła na kontraktowanie tych usług, ale o tym za chwilę. Mogę powiedzieć, że wspólnie z pielęgniarkami przeprowadziliśmy bardzo dużo rozmów, bo to jest problem przebudowania myślenia człowieka, ale z tych rozmów zaczęły się wyłaniać bardzo mądre inicjatywy. Jednym z dyrektorów domu jest akurat pielęgniarka z zawodu, pielęgniarka z wyższym wykształceniem. To ona niejako to pociągnęła, można powiedzieć, wskazała konkretne plusy i minusy. Podwyżek nie ma żadnych, państwo o tym wiecie, a za chwilę i ja o tym powiem, że w tej chwili pracownicy domów pomocy społecznej są najniżej opłacani. To jest tragedia. Panie czują, o co chodzi, ale dalej tak być nie może. My jako samorząd coś dajemy, utrzymujemy, dajemy dużo, bardzo dużo

pomagamy. Tymczasem wszyscy patrzą i pytają, czy samorząd ma się zajmować tylko pomocą społeczną. A gdzie inwestycje oświatowe, drogowe i inne? Z tego najbardziej się nas rozlicza.

Ja należę akurat do humanistów dużego formatu i myślę, że nie pozwolę w domach pomocy społecznej nie zainwestować w kapitał ludzki i w kapitał materialny. Rozpoczęły się rozmowy. Dzisiaj sytuacja wygląda tak – powiem państwu o tym w dużym skrócie, bo na pewno wiele osób chce zabrać głos. Te rozmowy trwają od października ubiegłego roku, od momentu, gdy ukazała się ustawa. Nie ukrywam, że motorem, siłą napędową był tu pan senator Augustyn. Bardzo za to dziękuję, Panie Senatorze. Zorganizowałem wówczas spotkanie z wieloma dyrektorami domów pomocy społecznej i gdy te hasła zostały rzucone, to najpierw wszyscy popatrzyli jak na jeża, sami też przybrali takie postawy, ale po tygodniu, po kolejnym tygodniu kolce zaczęły się zginać. Okazało się także, że nagle Narodowy Fundusz Zdrowia zaczął inaczej do tego podchodzić, to znaczy dał szansę. Prowadzone były rozmowy. Tymczasem znów zderzenie – kwalifikacje. Wiecie państwo, jakie są wymogi, a przecież to są osoby – pani przewodnicząca się nie obrazi – w pewnym stopniu wyalienowane z treści formalnych. One są bardzo dobre w sensie praktyki, mają praktykę w jednym palcu, ale do tego konieczna jest teoria, bo i system się zmienia, i leki się zmieniają, nie będę argumentował, państwo wiecie, co mam na uwadze. Prawie 80% pielęgniarek zgodziło się na zmianę, poprawienie niejako swojego image, podniesienie kwalifikacji formalnych. Jeśli chodzi o oddział pielęgniarek w Pile, pan Tomasz Baran bardzo poszedł nam na rękę i te pielęgniarki natychmiast zostały przeszkolone. Zostało 20%, ale już teraz one też są szkolone.

Myślę, że akurat w tym przypadku samorząd poszedł do tego poprawnie. To są duże kwoty, to nie są małe kwoty. My to sfinansowaliśmy z naszych środków, ze środków przeznaczonych na szkolenia, bo są takie pieniądze i można je wykorzystać, jeśli się to dobrze zaplanuje. Przecież w każdym domu pomocy społecznej są pieniądze na szkolenie, tylko bywało to różnie, na szkolenia jeździli dyrektorzy, księgowi, bo oni też są ważni, a sądzę, że pielęgniarki niekoniecznie, a teraz na szkolenia jeżdżą pielęgniarki. Zatem uzyskaliśmy już moralną zgodę pielęgniarek, temat został przedstawiony. Ja byłbym bardzo ostrożny, jeśli chodzi o uzupełnianie szkolenia, bo ono trwa.

Mogę państwu powiedzieć, że jeden z domów pomocy, DPS Rzadkowo od 1 kwietnia rozpoczyna już wszystkie prace związane z pełną praktyką prywatną pielęgniarek zarejestrowaną w Narodowym Funduszu Zdrowia. Panie Senatorze, pozostaje tylko problem całodobowości. To jest ten problem, który pan przed chwilą podkreślił i wskazał, że może powinien się tym zająć rzecznik. Ja myślę, że nie rzecznik. Przecież państwo tu obecni czujecie, o co chodzi, przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia również.

Ja zgadzam się z tym, że my, mówiąc o pomocy społecznej, sięgamy do wspólnej puli, którą ma Narodowy Fundusz Zdrowia. To jest pula wydzielona, precyzyjnie określona, więc komuś zabieramy. Jeśli jednak to będzie... Nie wiem, ja patrzę na to w ten sposób, że jednak powinno się tym zająć ministerstwo reprezentowane tu przez państwa, jakoś w porozumieniu, w systemie. No, gdzieś musi być logiczne rozwiązanie. Logika powinna podpowiadać takie rozwiązania: tam, gdzie pomoc społeczna, tam, gdzie wszystkie procedury, tam powinny być kierowane pieniądze, a czy my zle-

cimy te zadania takim pielęgniarkom, czy takiemu lekarzowi, to jest już inna forma odpowiedzialności.

Dalej...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Panie Starosto, proszę już zmierzać do konkluzji. Dziękuję bardzo.)

Panie Senatorze, pan wie, że na temat pomocy można godzinami.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Tak. Przepraszam, że ja tak dyscyplinowałem najpierw panią przewodniczącą, a teraz pana starostę, ale chcę dać szansę wypowiedzieć się gościom, często przybyłym z daleka.)

Ja jestem przygotowany do zakończenia natychmiast.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Nie, nie, bardzo proszę.)

Wnioski są bardzo proste. Jeszcze raz mówię, kapitał ludzki, czyli pielęgniarki, bardzo istotne rozmowy. Powiem tyle, że następne dwa domy podpisują umowę obowiązującą od 1 czerwca, a ostatni – od 1 lipca. Zatem we wszystkich pięciu domach podpisujemy porozumienia, na mocy których pielęgniarki będą pełniły funkcje w ramach swoich praktyk pielęgniarskich. Problemem jest tylko – tak jak powiedziałem – zamknięcie dwudziestu czterech godzin we wszystkie dni w tygodniu i święta. To jest bardzo poważny problem.

Myślę, że wyważenie tych punktów, które zaproponował Narodowy Fundusz Zdrowia, byłoby – oby rzeczywiście tak się stało – jakimś takim logicznym rozwiązaniem. Mam na myśli na przykład to, o czym państwo mówiliście, że na jedną pielęgniarkę przypada sześciu pacjentów. To byłoby coś, co byłoby celem samym w sobie, oby go osiągnąć, byłaby to jakaś miara.

Panie Senatorze, chciałbym jeszcze powiedzieć – i tu będę bardzo uparty, żeby nie odbierać mi teraz głosu – o dwóch tematach, które są dla mnie najważniejsze. Sprawa pierwsza. Powiat może rozwiązać problem, ja to pokazałem, oczywiście wspólnie, warunek jest jeden – musi mieć chęć wsparcia pomocy społecznej, to jest bardzo istotne. Drugi problem to jest problem warsztatów terapii zajęciowej. Ja muszę poruszyć ten temat, bo jest on obok...

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Panie Starosto, ja już dzisiaj pana zapraszam na posiedzenie, które odbędzie się dwudziestego szóstego, a będzie ono poświęcone warsztatom terapii zajęciowej i zakładom aktywności zawodowej, dobrze? Dzisiaj przed naszym spotkaniem – to tak dla informacji, przedstawiciele funduszu wiedzą o tym – odbyło się spotkanie poświęcone WTZ i przyjęliśmy pewne założenia, żeby przygotować się do rozmowy.

Panie Starosto, serdecznie zapraszam.

Starosta Pilski Tomasz Bugajski:

Panie Senatorze, Panie Przewodniczący, mnie chodzi tylko o jedno. Jeśli finansowanie warsztatów terapii zajęciowej przez samorządy zwiększymy powyżej 10%, to samorządy nie będą zainteresowane ich dofinansowaniem, mówię o tym, aby była tego świadomość.

Ostatni element to głodowe pensje pracowników DPS. Ja naprawdę proszę, żeby tu zadziałał system. Nikt więcej tu nie pomoże, tylko system może pomóc. Pensje są głodowe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Do tego tematu na pewno wrócimy.

Bardzo bym jeszcze prosił o wypowiedź przedstawicieli Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, których zaprosiłem ze względu na ostatni problem poruszony przez pana starostę. Mianowicie, osoby niesamodzielne, które według różnych ocen stanowią od ośmiuset pięćdziesięciu tysięcy do miliona osób niepełnosprawnych, mają prawo oczekiwać, że fundusz stworzony specjalnie w celu wsparcia tych osób – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – będzie zajmował się także problematyką dotyczącą tej grupy, bo to jest 20% wszystkich niepełnosprawnych. Działania PFRON – sama ustawa na to wskazuje – prowadzą przede wszystkim do powrotu na rynek pracy. Zgoda, przedsiębiorcy płacą, przedsiębiorcy „dostają” usprawnionych niepełnosprawnych do pracy, nikt tego nie kwestionuje. Ale przecież PFRON zajmuje się także likwidacją barier, pomocą transportową, a to obejmuje już nie tylko tych, którzy się przygotowują do wejścia na rynek pracy, lecz wszystkich niepełnosprawnych.

Ostatnio otrzymuję sygnały o tym, że w tych najtrudniejszych latach dla domów pomocy społecznej, kiedy – jak mówił pan starosta Bugajski – sytuacja inwestycyjna jest trudna, wstrzymano realizację wielu programów. Narzekania na to są powszechne. Prosiłbym państwa o przedstawienie, jak to jest dzisiaj, i wysłuchanie potem naszego zdania.

Bardzo proszę. Nie wiem, czy wszyscy państwo macie materiał.
Bardzo proszę o parę słów. Wiceprezes funduszu, bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Zarządu
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Roman Uhlig:**

Roman Uhlig, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oczywiście, tak jak pan przewodniczący słusznie zauważył, głównym zadaniem PFRON jest wspieranie finansowe zatrudniania oraz rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. Taka była intencja powołania tego funduszu przed kilkunastu laty, przed siedemnastoma laty. Z czasem zakres jego zadań się rozszerzał, ustawa była wielokrotnie nowelizowana. W tej chwili możemy powiedzieć, że ustawa dotyczy osób niepełnosprawnych z orzeczoną niepełnosprawnością i to jest pole wsparcia finansowego, które fundusz może zaoferować. My nie możemy wspierać rehabilitacji leczniczej, my nie uczestniczymy w opiece pielęgniarstwie, która jest tematem dzisiejszych obrad, ale możemy wspierać osoby niepełnosprawne w domach pomocy społecznej na podstawie zadań ustawowych i na podstawie naszych programów.

Chciałbym powiedzieć tylko tyle, że z przedstawionych przez nas danych, które państwo otrzymaliście, jasno wynika, że WTZ, które istnieją w domach pomocy społecznej, są przez nas finansowane, ale to się odbywa na podstawie art. 10b ust. 3 naszej ustawy, który mówi o wskaźniku udziału. Określenie wskaźnika udziału powoduje to,

że dofinansowanie może się odbywać tylko na określonym poziomie. Jednocześnie zestawienie z ogólną liczbą WTZ pokazuje dynamikę zjawiska jako takiego, dlatego liczba dziewięćdziesięciu ośmiu WTZ istniejących w DPS wobec ogólnej liczby nie wydaje się imponująca, jednak mimo wszystko WTZ istnieją i są przez nas dofinansowane, tak jak pozwala na to ustawa.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na inny rodzaj bezpośredniego dofinansowania przez fundusz. Pan przewodniczący mówił o tym, że fundusz dofinansowuje, tak, to prawda, ale po decentralizacji naszych zadań podstawowe zadania, zwłaszcza z zakresu barier indywidualnych i barier w obiektach użyteczności publicznej, zresztą nie ma tego w ośrodkach służących rehabilitacji, zostały przeniesione do województw, znalazły się w samorządach. My natomiast możemy wspierać w ramach naszego programu, czyli programu funduszu zatwierdzonego przez radę nadzorczą, programu wyrównywania różnic między regionami. Te dane zostały tu przez nas przedstawione i są to, jak państwo widzicie, niemałe kwoty, które obejmują znaczną liczbę domów pomocy społecznej.

Nie chcę mówić o zadaniach, które przestały być zadaniami funduszu, bo to już jest historia. Chciałbym jednak zwrócić uwagę na jedną sprawę w kontekście tego, co zostało powiedziane na temat zmniejszenia udziału czy aktywności funduszu, jeśli chodzi o przekazywane środki. Środki te, jak wiadomo, są przekazywane zgodnie z algorytmem zarówno do samorządów powiatowych, jak i do samorządów wojewódzkich. Proszę zwrócić uwagę na informację dotyczącą dofinansowania z ośrodków PFRON robót budowlanych w domach pomocy społecznej w latach 2005–2007. Szczególnie wiele mówi tu zestawienie, które wynika z podsumowania poszczególnych lat i pokazuje udział tych środków w środkach ogółem wykorzystywanych przez wszystkich beneficjentów. Chciałbym się odwołać tylko do ostatniej rubryki tej informacji i powiedzieć, że w latach 2005–2007 środki funduszu, które były wydatkowane na ten cel, stanowiły 25% wszystkich środków PFRON wydatkowanych przez samorządy wojewódzkie na roboty budowlane. Wydaje mi się, że jest to kwota znacząca i nie świadczy o tym, że udział pieniędzy z funduszu jakoś maleje czy znacząco odstaje od lat poprzednich. Te lata były różne, rzeczywiście w roku 2007 było tych środków minimalnie więcej, ale w roku 2006 było ich mniej. Średnia na poziomie 25% wydaje mi się dosyć znaczącą wielkością, znaczącym udziałem naszych środków w tym zadaniu.

Jeśli chodzi o wspieranie ze środków funduszu, to chciałbym powiedzieć jeszcze o zadaniu, które wykonuje samorząd powiatowy. Chodzi o bardzo ważne zadanie, które kiedyś należało do funduszu, a potem w ramach decentralizacji zostało przekazane samorządom, o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów. Ja chcę powiedzieć tylko tyle, że w roku 2007 złożono dwieście cztery tysiące wniosków na łączną kwotę 195 milionów 243 tysięcy 474 zł, zawarto ponad czterdzieści cztery tysiące umów na sprzęt rehabilitacyjny o wartości 42 milionów 800 tysięcy zł, a ogółem wypłacono dofinansowanie ponad stu dziewięćdziesięciu tysiącom osób na łączną kwotę 164 milionów 537 tysięcy zł. Tak że są to kwoty, powiedziałbym, bardzo znaczące i to zadanie ma ogromne znaczenie również dla mieszkańców domów pomocy społecznej.

Chcę powiedzieć, że mieszkańcy domów pomocy społecznej mogą ponadto uczestniczyć we wszystkich programach skierowanych do osób indywidualnych, które

realizuje fundusz, myślę tu o programie Pegaz 2003, Homer 2003 i innych programach, które dotyczą osób indywidualnych. My niestety nie mamy szczegółowych danych, które dotyczą osób z domów pomocy społecznej uczestniczących w tych programach, ale doskonale wiemy, że takie osoby są i zawsze bierzemy je pod uwagę.

Dla nas liczy się to, że osoba jest osobą niepełnosprawną, z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. Taka osoba, zgodnie z warunkami naszych programów oraz z warunkami zawartymi w ustawie, zawsze może ubiegać się o wsparcie finansowe funduszu. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Być może szwankuje też informacja na temat tego, z czego tak naprawdę mieszkańcy domów pomocy społecznej mogliby korzystać, w jakim zakresie domy jako instytucje mogłyby korzystać i stąd te głosy. Być może warto, Panie Prezesie, abyśmy wspólnie pomyśleli o przygotowaniu informacji dla tych placówek, które aktualnie znajdują się naprawdę w bardzo trudnym położeniu. Tak jak powiedziałem, 20% wszystkich osób niepełnosprawnych w Polsce to osoby niesamodzielne, a znaczna ich część przebywa w domach pomocy społecznej.

Zgłaszał się pan przewodniczący Henryk Sikora z NSZZ „Solidarność”.

Bardzo proszę.

Wiceprzewodniczący

Sekcji Krajowej Pracowników Pomocy Społecznej

Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”

Henryk Sikora:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja muszę się odnieść do dwóch wypowiedzi, które były dalekie, powiedziałbym, od tego, żeby można je nazwać spójnymi. Jedna z nich to wypowiedź pani przewodniczącej na temat tych kuriozalnych sytuacji w domach pomocy społecznej, których ja, mimo ćwierćwiecza pracy w tychże jednostkach, nie dostrzegam. Ogląd sprawy tylko przez pryzmat jednej grupy zawodowej nie może mieć miejsca. Dla mnie to jest szokujące, że my tu niejako licytujemy się, która grupa ma wieść prym, a nie mówimy o meritum sprawy.

Odniosę się również do tego, co stwierdziła pani dyrektor z Ministerstwa Zdrowia, że mieszkaniec domu pomocy społecznej to jest tak traktowany jak zwykły obywatel. Otóż, w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego jest zapis, który do dziś dnia widnieje, mówiący o tym, że w domach dla osób przewlekłe psychicznie chorych jest obowiązek zatrudniania lekarzy psychiatrii. Mam teraz pytanie, czy w zwykłym domu, w zwykłym domu, w którym mieszka zwykły obywatel, chory psychicznie pan Kowalski, taki zapis również funkcjonuje. Wydaje mi się, że nie. Ten zapis jest o tyle kuriozalny, że on pozostaje niejako w sprzeczności z ustawą o pomocy społecznej, która nic na ten temat nie mówi. Kontrole NIK, jeżeli dość głęboko wchodzą w tę tematykę, wyłuszcza ją to i nakładane są nawet kary, które jednoznacznie dowodzą tego, że łamane jest prawo. Chciałbym tym samym pokazać, że jednak nie do końca jest tak, że

mieszkaniec DPS traktowany jest jak mieszkaniec Polski, bo są sytuacje, w których traktuje się go w sposób inny. To jest druga kwestia.

Teraz trzecia kwestia, którą chciałbym poruszyć. Szkoda, że wyszedł już pan starosta, bo lał mi miód na serce...

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Pozwólcie państwo, że usprawiedliwię pana starostę. Otóż, pan starosta ma jeszcze kilka spotkań w Warszawie i prosił o usprawiedliwienie, więc przepraszam, ale ja mu wszystko przekażę.

**Wiceprzewodniczący
Sekcji Krajowej Pracowników Pomocy Społecznej
Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”
Henryk Sikora:**

Pan starosta lał mi miód na serce, bo ja życzylibym wszystkim DPS w Polsce ostrzegania spraw przez taki pryzmat. Z racji tego, że jestem związkowcem, ale nie tylko, tutaj naprawdę widzę pochylenie się nad tematem, nad problemem. Tymczasem otrzymuję z Polski inne sygnały, proszę państwa, i to są fakty. Otóż, władze samorządowe już podejmują uchwały, czyli akty prawa lokalnego, które zwalniają domy pomocy społecznej z posiadania pielęgniarek, dotyczy to nawet domów dla przewlekle psychicznie chorych. Można powiedzieć, że samorządy czują się dzisiaj na tyle – ja to nazwę tak – bezkarne, że tworzą prawo, które w sposób jednoznaczny zagraża życiu i zdrowiu naszych mieszkańców. Nadzór wojewody też nie do końca zdaje egzamin, bo są takie przypadki. Jest to sygnał, że jednak wszystko wymyka się spod kontroli.

Istotną sprawą, o której jako związkowiec powinienem powiedzieć na wstępie, jest to, że nie można za naprawdę bardzo marne pieniądze kupić usług na wysokim poziomie. My wszyscy o tym wiemy. To jest takie ciągłe spychanie sprawy, wsuwanie pod dywan. Chcielibyśmy uzyskać usługi na wysokim poziomie, standardy, nie poszukując źródła wpompowania, bo tak to trzeba nazwać, pewnych środków do systemu. To, czy będzie to realizowane w systemie płatności za usługi medyczne z funduszu, czy w innej formie, to klienta naprawdę nie powinno interesować. On powinien te usługi otrzymać.

Jeśli zaś chodzi o pracowników – mówię o tym z całą odpowiedzialnością, bo to obserwuję – to myślę, że jeżeli nie podejmiemy radykalnych działań, to z chwilą zakończenia tej kadencji Sejmu system opieki całodobowej, nazwijmy to, samorządowej przestanie istnieć. Tu chodzi nie tylko o pielęgniarki i opiekunów, wśród których dzisiaj jest już wielu zawodowców, wiele osób z wykształceniem, są psychologowie, socjologowie, całe rzesze, całe grupy zawodowe. Przyczyny są oczywiste, płace są nie do zniesienia, nie można zarabiać 1 tysiąca 200 zł. Proszę państwa, od samego mieszania herbata nie stanie się słodka, środki muszą się znaleźć, bo w przeciwnym razie nasze reformy i najlepsze chęci spełzną na niczym. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Pozwolę sobie na króciutki komentarz. Rzeczywiście dotykamy szerszej materii, czego się zresztą spodziewałem, tak jak mówiłem, czyli sytuacji w domach pomocy społecznej w ogólności. Te dwie sprawy pozostają oczywiście w pewnym związku. Chodzi o to, że dzisiaj finansowanie części usług medycznych odbywa się, śmiem twierdzić, bezprawnie. Zresztą następny krok, który chciałem wykonać, to po prostu złożenie skargi konstytucyjnej. W każdym razie bezprawnie musimy finansować tę część opieki medycznej, która jest gwarantowana z ubezpieczenia. Musimy to finansować, bo taki jest system finansowania, z odpłatności tych osób, rodziny albo gminy, bo trzecich pieniędzy nie było, więc poruszamy się tylko w tym kręgu. Oczywiście, rozwiązanie tego jednego problemu i zdjęcie finansowania tych spraw, których finansowaniem powinien się zająć Narodowy Fundusz Zdrowia, nieco tę sytuację poprawi, ale to jest tylko jeden z kroków. Mam nadzieję, że ministerstwo też się do tego odniesie.

Otwieramy się jeszcze bardziej na dyskusję, już nie tylko o usługach medycznych i ich finansowaniu, ale o sytuacji w domach pomocy społecznej w ogólności. Bardzo proszę. Może po kolei, najpierw pan, potem pani przewodnicząca, tak? Także pani profesor Wilmowska. A później pani dyrektor ustosunkuje się do tego, tak to nazwę, bardziej globalnie, tak bym proponował, dobrze? Prosiłbym może o notowanie spraw, aby potem się do nich odnieść.

Bardzo proszę.

**Wiceprezes Zarządu
Krajowego Ogólnopolskiego Stowarzyszenia
Organizatorów i Menedżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia
Wacław Kerpert:**

Proszę państwa, ja chciałbym się ustosunkować do...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Przedstawiamy się do protokołu.)

Kerpert, wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menedżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia, jednocześnie wieloletni dyrektor i domów pomocy społecznej, i ZOL, tak że mogę na te sprawy popatrzeć z dwóch stron.

Kilka takich spraw, na które chciałbym zwrócić uwagę, bo być może część z państwa będzie uczestniczyła w przygotowywaniu jakichś rozwiązań systemowych. Chciałbym się zgodzić z wypowiedzią pani przewodniczącej na temat skali Bartel. Faktycznie skala Bartel nie jest skalą, która powinna być brana pod uwagę przy kierowaniu pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych, ponieważ jest to tylko skala pokazująca niedomagania poszczególnych osób.

Przecież często zdarzają się tego typu sytuacje, na przykład przy przyjęciach do ZOL, dam może przykład. Tam są przyznawane punkty – myślę, że większość z państwa wie, jak to wygląda, ale tak dla orientacji podam – za to, czy pacjent potrafi samodzielnie jeść, czy pacjent potrafi samodzielnie chodzić, czy pacjent potrafi skorzystać z łazienki. W sytuacji gdy pacjent to potrafi, choć aby skorzystać z łazienki, to ktoś go do tej łazienki musi na przykład zaprowadzić, bo nie trafi, albo aby zjadł, trzeba mu podstawić jedzenie pod nos, to otrzymuje taką liczbę punktów, że już nie kwalifikuje się do zakładu opiekuńczo-leczniczego, ponieważ zgodnie ze skalą obrazującą sprawność fizyczną przekracza czterdzieści punktów. W ogóle nie są tam brane pod uwagę

schorzenia psychiczne, demencje i inne schorzenia. Jest to przyczyną straszliwych dyskusji z rodzinami tych pacjentów, którzy – w sumie słusznie – nie potrafią zrozumieć tego, że jest człowiek, który nie może sam zostać w domu, i nie kwalifikuje się na przykład do zakładu opiekuńczo-leczniczego. Nie bardzo można to wytłumaczyć. Do DPS, gdzie przy przyjmowaniu nie obowiązuje skala Bartel, on się będzie kwalifikował, choć być może ze względu na potrzebę wzmożonej opieki medycznej powinien się znaleźć właśnie w ZOL.

Druga moja uwaga też wynika z możliwości porównywania DPS i ZOL. Mówiliśmy tu o odpłatnościach, o tym, że pewnym problemem są odpłatności, bo po zmianach, które wprowadzono kilka lat temu, inaczej płaci pacjent DPS, inaczej płaci pacjent ZOL. Owszem, ale trzeba wziąć pod uwagę również inną sprawę, o czym na pewno państwo z Narodowego Funduszu Zdrowie wiedzą, że pacjent ZOL w stosunku do mieszkańca DPS traci całą masę uprawnień, na przykład uprawnienia do zniżkowych leków, co w sytuacji, gdy mamy do czynienia z osobami chorymi, stanowi olbrzymi koszt. Gdy zaczniemy się temu przyglądać, to okaże się, że koszty w ZOL są sporo wyższe, chociaż dotacja, to, co płaci Narodowy Fundusz Zdrowia, jest proporcjonalna w stosunku do tego, co płacą zgodnie z ustawą samorządy. Koszty ZOL są wyższe. To jest druga sprawa.

Trzecia sprawa również dotyczy i DPS, i ZOL, kolega tu już o tym wspominał. Otóż, bez kształcenia pielęgniarek, bez rozwiązania tego problemu, bez pieniędzy dla pielęgniarek i dla opiekunek, bo mówimy również o opiekunkach... Proszę państwa, nie ma chętnych do kształcenia w zakresie opieki. Ludzie nie chcą się kształcić, bo wiedzą, ile zarabiają opiekunki. Kto ze średnim wykształceniem pójdzie na przykład do dwuletniej szkoły, żeby zarabiać 1 tysiąc zł czy 1 tysiąc 200 zł? Kto tam pójdzie? Nikt. Niedługo nawet ci ludzie, na których tak bardzo liczymy, ze Wschodu, z Ukrainy, z Białorusi, też nie przyjdą, bo im się to nie będzie opłacało.

I już ostatnia sprawa wiążąca się z tym wszystkim, sprawa dofinansowania. To jest to, o czym wspominał tu również pan starosta, chodzi o prace systemowe dotyczące dofinansowania przede wszystkim płac w DPS. Przy okazji również prośba do Narodowego Funduszu Zdrowia o dofinansowywanie opieki długoterminowej. Ja wiem, że w służbie zdrowia jest tak, że każda grupa zawodowa ma swoje potrzeby i będzie to podkreślała. Proszę jednak wziąć pod uwagę to, że w przypadku opieki długoterminowej do największych kosztów należą koszty osobowe, to nie jest specjalistyka, gdzie są bardzo drogie urządzenia, bardzo drogie procedury, to są po prostu ludzie. Ludzie, którym trzeba zapłacić, bo w przeciwnym razie odejdą, a my, gdybyśmy się nawet skęcili, to nie zapewnimy standardów, których wymaga od nas chociażby Narodowy Fundusz Zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję za ten ważny głos, który po raz kolejny podkreśla – chciałbym to uwypuklić – potrzebę uregulowania relacji między zakładami opiekuńczo-leczniczymi a domami pomocy społecznej w zakresie dostępności do usług medycznych i zasad odpłatności. Rzeczywiście, jest tu pewna dysproporcja, niekoniecznie wynikająca, co podkreślali zarówno przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia, z różnicy stanu zdrowia tych osób, prawda? Warto szczególnie to uwypuklić, choć w całości było to ważne wystąpienie.

Bardzo proszę, tak, teraz pan, a potem pani przewodnicząca, dobrze?
Proszę bardzo.

Prezes

**Stowarzyszenia Dyrektorów Domów Pomocy Społecznej Ziemi Lubuskiej
Andrzej Żelechowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja nie będę się odnosił do tego, co powiedział...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Proszę się przedstawić.)

Andrzej Żelechowski, prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Domów Pomocy Społecznej Ziemi Lubuskiej.

Ja nie będę się odnosił do tego, co powiedzieli moi przedmówcy, chociaż bardzo serdecznie chciałbym podziękować pani przewodniczącej i panu staroście za przedstawienie podmiotu, którym się zajmujemy, mieszkańca domu pomocy społecznej oraz podmiotu, który te usługi wykonuje, mam na myśli pracowników, wszystkich pracowników.

Chciałbym stwierdzić, że ponad wszelką wątpliwość charakter pracy w domu pomocy społecznej oraz stan zdrowia jego mieszkańców są tożsame z charakterem pracy i stanem zdrowia pacjentów w szpitalach na oddziałach internistycznych, rehabilitacyjnych, geriatricznych i psychiatrycznych, z tym że stopień trudności wykonywanej pracy w domu pomocy społecznej, naszym zdaniem, jest o wiele wyższy, a wypalenie zawodowe dotyka pracowników częściej i szybciej na każdym stanowisku pracy.

Szanowni Państwo, mówiąc o mieszkańcu domu pomocy społecznej, należy mieć na uwadze to, że mieszkańcy domów pomocy społecznej, tak jak pozostali obywatele naszego państwa, opłacali i opłacają składki na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, a zmuszeni przez los, ja zaznaczam, zmuszeni przez los – to jest szczęście w nieszczęściu, a nie szczęście, bo niektórzy mówią, że to szczęście, że znajdują się w domu pomocy społecznej, nie, oni woleliby być w swoim środowisku – zmuszeni przez los do korzystania z formy pomocy, jaką są domy pomocy społecznej, mają konstytucyjne prawo do korzystania ze świadczeń wynikających z ustawy o pomocy społecznej oraz usług określonych w standardzie zapisanym w rozporządzeniu ministra pracy i polityki społecznej. Warunkiem zapewnienia takich świadczeń jest zatrudnienie przez domy pomocy społecznej pracowników posiadających wysokie kwalifikacje i odpowiednią osobowość, co jest bardzo, bardzo ważne.

Szanowni Państwo, jeżeli chodzi o domy pomocy społecznej, to mają one ogromnie ograniczony dostęp do środków budżetowych, a bardzo zła sytuacja płacowa, ciężar gatunkowy pracy, wypalenie zawodowe, wymagane wysokie kwalifikacje, jak już wspominałem, powodują, że pracownicy DPS odchodzą do pracy w zakładach opieki zdrowotnej za granicą i do innych jednostek, w których mają zdecydowanie wyższe zarobki i większy komfort pracy. Ja chciałbym tu przekazać pewną informację. Mieliśmy akurat spotkanie z panią ministrem w województwie lubuskim i mogę przedstawić informację o tym, jak to wyglądało w województwie lubuskim. W ubiegłym roku odeszło siedemdziesięciu dwóch opiekunów z dwudziestu czterech domów, to jest wzrost w stosunku do roku ubiegłego o 95%, odeszły sześćdziesiąt trzy pielęgniarki, to jest wzrost o 85%, odeszło trzydzieści pięć pokojowych, wzrost o 150%, odeszło dwudziestu pięciu instruktorów terapii, wzrost o 150%. Tak to mniej więcej wygląda.

W październiku 2006 r. pracownicy służby zdrowia na mocy ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przyznaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzenia, podstawy prawnej nie czytam, otrzymali 30% podwyżki. Niestety, ta sytuacja bardzo negatywnie wpłynęła na funkcjonowanie domów pomocy społecznej. Rozpoczął się dodatkowy drenaż i przechodzenie najwyżej wykwalifikowanej kadry pracowniczej między innymi do zakładów opieki zdrowotnej.

Ja chciałbym powiedzieć, że pracownicy DPS, wykonując identyczną pracę, jaką wykonują pracownicy zakładów opieki zdrowotnej, są naszym zdaniem dyskryminowani. Otrzymują oni zdecydowanie niższe wynagrodzenie za swoją pracę. Z jednej strony parlament znacząco podwyższa wynagrodzenia pracownikom zatrudnionym w służbie zdrowia, z drugiej strony dyskryminuje takich samych pracowników zatrudnionych w domach pomocy społecznej, pracowników wykonujących taką samą pracę, nie przydzielając im podwyżek z budżetu państwa. Chciałbym powiedzieć, że reguluje to ustawa – Kodeks pracy w art. 18^{3c}, który mówi o tym, że pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości, a tu chodzi o taką samą pracę.

Moi Państwo, ja jestem dyrektorem domu pomocy społecznej dla dwustu trzydziestu dwóch mieszkańców. To są mieszkańcy przeważnie przewlekle somatycznie chorzy i niepełnosprawni fizycznie – akurat wczoraj była telewizja i to pokazywała – to są osoby praktycznie leżące, to jest szpital geriatryczny. Nie można tych pracowników... Tak jak powiedziałem, pracownicy wykonują tu taką samą pracę, obojętne, czy to jest dyrektor, pracznka, sprzątacznka, pokojowa, kucharka, pielęgniarka, czy ktokolwiek inny, oni wykonują identyczną pracę i też są finansowani z budżetu państwa. Chciałbym na to zwrócić uwagę. Chciałbym zwrócić uwagę także na to, że te sprawy reguluje konstytucja. Prosiłbym parlamentarzystów, żeby przy tworzeniu prawa zwracali uwagę na ustawę zasadniczą, wiedząc, że decydują o wszystkich i mają dbać o wszystkich obywateli Rzeczypospolitej Polskiej.

Chciałbym też zwrócić uwagę na taki fakt. Ja w imieniu stowarzyszenia wystąpiłem do pana przewodniczącego z projektami zmian w ustawach. Pozwolę je sobie krótko skomentować, one są spójne z tym, co zostało tu powiedziane.

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy dokonać takich zmian zapisów, aby jednoznacznie były określone zasady kontraktowania usług pielęgniarских dla mieszkańców domów pomocy społecznej. Zdaniem naszego stowarzyszenia usługi pielęgniarские dla mieszkańców DPS powinny być kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia z domami pomocy społecznej według ustalonych procedur, tak jak to ma miejsce w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Domy pomocy społecznej są profesjonalnie przygotowane do świadczenia i kontraktowania takich usług, posiadają bazę i wysoko wykwalifikowaną kadrę. W województwie lubuskim mieszkańcy DPS nie są objęci usługami pielęgniarскими opłacanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia, a wszystkie osoby zamieszkujące w domach pomocy społecznej wymagają całodobowych usług pielęgniarских. Proponowane rozwiązanie jest bardzo korzystne pod względem organizacyjnym i finansowym, organizacyjnym dla domów pomocy społecznej, a przede wszystkim jest bardzo korzystne dla mieszkańców domów pomocy społecznej. Nawiązuję tu do zapisu §24 zarządzenia nr 69, które daje pewną furtkę, ale ograniczeniem jest fakt, że te usługi są

świadczone od godziny 8.00 do godziny 18.00 z wyłączeniem dni wolnych od pracy, więc pielęgniarce muszą się zwalniać i tworzyć swoje ZOZ czy grupy pielęgniarckie.

Następna nasza propozycja jest taka, aby w art. 158 ustawy o pomocy społecznej wykreślić słowo „nie” po wyrazach „dodatek pielęgnacyjny” oraz po przecinku od wyrazów „chyba że” do końca zdania. Po skreśleniu tych zapisów art. 158 brzmiałby następująco: „Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobom przebywającym w ponadgminnych domach pomocy społecznych, skierowanym do domu pomocy społecznej przed dniem 1 stycznia 2004 r.” W uzasadnieniu podajemy, że osoby, które ukończyły siedemdziesiąty piąty rok życia, na mocy ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych nabyły niezbywalne prawo do zasiłku pielęgnacyjnego z tytułu wieku i nie powinny być go pozbawiane z tego powodu, że przebywają w domach pomocy społecznej. Mieszkańcy DPS, tak jak pozostali obywatele naszego państwa, opłacali i opłacają składki na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, a zmuszeni przez los do korzystania z tej formy pomocy, jaką są domy pomocy społecznej, mają konstytucyjne prawo do nieograniczonego korzystania ze świadczeń wynikających z ustawy o pomocy społecznej, ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, także z innych ustaw, w tym zasiłku pielęgnacyjnego, co gwarantuje im zapis art. 32 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Dodatek ten stanowi należny dochód osoby uprawnionej – mieszkańca domu pomocy społecznej. Z tego przekazuje on 70% na opłacenie pobytu w domu pomocy społecznej, co stanowi 107 zł 10 gr, a 30% pozostaje do jego dyspozycji. Propozycji trzeciej zmiany nie będę już przedstawiał. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Pani przewodnicząca Buczkowska, pani profesor Wilmowska, a następnie pani. Proszę.

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

Dziękuję.

Wiele zostało już powiedziane i bardzo się cieszę z tego, że wszyscy mówimy o tym samym. Chciałabym jedynie wzmocnić pewne sprawy.

Pierwsza z nich to zmiana przepisów prawnych, które właściwie już dzisiaj ukazują nam niedoróbki i luki prawne, więc powinniśmy je bardzo szybko poprawić. Rzeczywiście, zespoły muszą być wielodyscyplinarne, ja się z tym zgadzam, ja absolutnie nie gloryfikuję pielęgniarek, wręcz przeciwnie, mówię, że pielęgniarka jest jednym z elementów w tym systemie, który powinniśmy, mam nadzieję, naprawić również w sensie organizacyjnym.

Chciałabym jeszcze zwrócić państwa uwagę na formy rejestracji zakładów. Cieszę się bardzo, zawsze są bardzo chlubne wyjątki, czego dowodem jest pilskie, zresztą pan senator wie, że są przykłady fantastycznych domów pomocy społecznej, domów, które są świetnie prowadzone, dobrze zarządzane. O tym wiemy. Proszę państwa, jak nie dopuścić do tego, aby były rejestrowane domy niepubliczne, prywatne, które bardzo często psują, można powiedzieć, markę? Jak wdrożyć tu nadzór?

My zwróciliśmy na to uwagę. Również do wojewodów skierowaliśmy pytanie, jak doprowadzić do tego, żeby nie była rejestrowana jedynie jakaś działalność gospodarcza. W przepisach prawnych powinny być zapory, które spowodują to, że nie zostanie zarejestrowana działalność gospodarcza w formie usług świadczonych przez firmę krzak, która doprowadzi do takiej czy innej sytuacji. Nie muszę państwu o tym mówić i nie w nazwie tkwi problem, bo można być instytucją niepubliczną, można być prywatną, można być publiczną, to nie zależy od formuły, jednak przed rejestracją muszą zostać spełnione superkryteria, powinien być prowadzony odpowiedni nadzór. Dzięki temu być może uniknęlibyśmy tego, o czym dowiadujemy się dzisiaj nie tylko z mediów.

Ważne jest również to, o czym się coraz częściej mówi, że będzie zapotrzebowanie na DPS, bo wymusi to samo życie. One muszą się mieć coraz lepiej, muszą świadczyć usługi coraz wyższej jakości. Ja również bardzo proszę o zwrócenie uwagi na to, że dom pomocy społecznej, ZOL i ZPO powinny opierać się na tych samych zasadach odpłatności. Cieszę się, że pan to zauważył i właściwie to pokazuje, bo ZOL i ZPO są niedoszacowane, głównie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w 60%, a wynika to z leczenia. Myślicie państwo, że w DPS tak nie będzie? Będzie tak.

W poprzednim wystąpieniu chciałam państwu pokazać, że nie będzie sztuką przenoszenie tego mieszkańca gdziekolwiek. Pozostaje pytanie, czy da się to zorganizować tak, aby w każdym miejscu, w każdym pokoju, w którym on mieszka, przebywa, stworzyć mu warunki do wzmożonej opieki i pielęgnacji, bo w domu przecież też się leczymy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Pani profesor Wilmowska, przypomnę, osoba, która kierowała zespołem przygotowującym projekt ustawy o ubezpieczeniach pielęgnacyjnych i nadal się tym zagadnieniem zajmuje. Teraz oddaję pani głos. Mam nadzieję, że będzie to spojrzenie z szerszej perspektywy, nie krótkookresowej, lecz długookresowej.

Bardzo proszę, Pani Profesor.

**Przewodnicząca Zespołu do spraw Rozwiązań Systemowych dla spraw Pracy, Polityki Prorodzinnej i Zabezpieczenia Społecznego w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej
Anna Wilmowska-Pietruszyńska:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Najpierw liczba osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w naszym kraju. Otóż ostatnie dane wskazują na sześć milionów dwieście tysięcy osób niepełnosprawnych, czyli co szósty mieszkaniec naszego kraju jest osobą niepełnosprawną. Nie do końca jest to prawda, dlatego że niektóre osoby mają po kilka orzeczeń z różnych instytucji, w związku z tym nie wiadomo, jaka jest rzeczywista liczba osób niepełnosprawnych.

Na podstawie prac prowadzonych w naszym zespole, przy pomocy Głównego Urzędu Statystycznego i wszystkich instytucji, które zajmują się tym problemem w Polsce, ustaliliśmy, że jest około miliona osób z orzeczeniem niezdolności do samo-

dzielnej egzystencji w następstwie chorób czy urazów, co oznacza, że w naszym kraju milion osób ze względu na stan zdrowia i upośledzenie funkcji organizmu wymaga pomocy i opieki osób drugich.

Proszę państwa, to są ludzie, którzy nie ze swojej winy stali się niezdolni do samodzielnej egzystencji, w części przypadków jest to spowodowane zdarzeniami losowymi, ale w części również tym, że w naszym kraju nie jest zachowana taka kolejność działań: prewencja, wczesna i prawidłowa diagnostyka w celu wdrożenia właściwego leczenia, rehabilitacja od początku choroby. Część z tych osób mogłaby się nie stać niepełnosprawna i niesamodzielna, gdyby w odpowiednim czasie zastosowano prawidłową diagnostykę, leczenie i rehabilitację, tymczasem nakłady na rehabilitację w naszym kraju corocznie ulegają zmniejszeniu.

Proszę państwa, oprócz tego w tej grupie mieści się jeszcze jedna grupa osób, bo według prawa polskiego każda osoba, tak jak pan był uprzejmy powiedzieć, która ukończyła siedemdziesiąty piąty rok życia, pobierająca dodatek pielęgnacyjny, również jest traktowana jako osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji. W tej chwili w naszym kraju żyje milion osiemset tysięcy osób powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia i w tej grupie trzysta pięćdziesiąt tysięcy osób, czyli co szósta, ma orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji. My musimy wiedzieć, że liczba osób niepełnosprawnych i niezdolnych do samodzielnej egzystencji jest również efektem prawidłowości działania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

Proszę państwa, ponieważ jest taka sytuacja, a sytuacja demograficzna w naszym kraju jest taka, że wydłuża się czas życia i będzie coraz więcej osób starszych, to trzeba zrobić wszystko, żeby jak najmniej spośród starszych osób stało się niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Wiem, że w Ministerstwie Zdrowia pracuje zespół, który zajmuje się opracowaniem propozycji działań mających na celu to, aby jak najwięcej ludzi nie stało się niezdolnymi do samodzielnej egzystencji. W NFZ brakuje środków na działania pielęgnacyjne. Nie ma na diagnostykę leczenia, a my jeszcze musimy znaleźć środki na pielęgnację dla olbrzymiej grupy osób. Proszę państwa, z tych powodów grupa ponad pięćdziesięciu osób różnych zawodów – część tych osób jest na tej sali – społecznie zebrała się i zaczęła myśleć, co zrobić, i tak powstał projekt ustawy pielęgnacyjnej, a chodzi o to, żeby znaleźć środki finansowe na opiekę nad tymi ludźmi.

Proszę państwa, dwa tygodnie temu byłam w ośrodku, nie powiem, w którym województwie. Pojechałam tam odwiedzić jedną osobę, stosunkowo młodego człowieka, który znalazł się tam po udarze. W sobotę i w niedzielę na czterysta dwadzieścia osób był tam jeden lekarz, którego nie mogłam znaleźć, w końcu po usilnych poszukiwaniach go znalazłam. Przy okazji nakarmiłam kilka osób, nie mogłam na to patrzeć, ich po prostu nie miał kto nakarmić.

W związku z tym powiem państwu, że nadal będę z państwem prowadziła te działania, których się podjęliśmy, bo tak po prostu być nie może. Ludzie, którzy nie są w stanie sami się obronić, nie mogą być skazani na absolutny brak opieki.

Tu nie może być mowy o tym, że tu jest taki resort, tam jest taki resort, to muszą być działania wspólne, międzyresortowe, z myślą o człowieku. Proszę państwa, każdy z nas, niezależnie od tego, gdzie mieszka, ile ma lat, jakie ma wykształcenie, może się stać niezdolny do samodzielnej egzystencji w następstwie wypadku bądź przewlekłej choroby. Dlatego powiem krótko. W ustawie istotny jest prymat pielęgnacji domowej nad stacjonarną, czyli tam, gdzie możemy zapewnić opiekę i pielęgnację osoby w do-

mu, trzeba to zrobić. Kolejna sprawa to prymat rehabilitacji nad kompensacją, nad pielęgnacją. Proszę państwa, tę grupę osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji można jeszcze podzielić, tak jak stało się to w Czechach, w Niemczech, w Japonii, na co najmniej trzy grupy. Wśród tych osób są osoby, które wymagają opieki i pomocy przez całą dobę, takie jak na przykład pan Świtaj – pozwolił się posługiwać swoim nazwiskiem, więc państwu o tym mówię – młody człowiek, nic nie jest w stanie zrobić sam, nie może się nawet podrapać, a są też grupy ludzi, które tej opieki potrzebują w mniejszym zakresie.

Proszę państwa, mówiliśmy tu o dodatku pielęgnacyjnym i zasiłku, o którym pan był uprzejmy wspomnieć. Po rewaloryzacji to jest 165 zł miesięcznie. Przecież to nie wystarczy na żadną opiekę.

Sytuacja demograficzna to jedno, a tymczasem już w tej chwili brakuje w Polsce kadry, brakuje pięćdziesięciu tysięcy pielęgniarek, żeby zapewnić prawidłową opiekę. Kto będzie sprawował opiekę w tych domach? Nie jest prowadzone kształcenie. Ile można rocznie...

(Głos z sali: Osiem tysięcy, to w ostatnim roku, wcześniej cztery tysiące.)

Tak, rocznie można wykształcić osiem tysięcy pielęgniarek.

(Głos z sali: ...piętnaście tysięcy.)

Piętnaście tysięcy to było w szkołach, a teraz, gdy obowiązują licencjaty, magisteria, to w ostatnim roku osiem tysięcy, a przedtem o wiele mniej. Powstaje luka pokoleniowa w zawodach medycznych, również wśród lekarzy obserwujemy lukę pokoleniową, na przykład w Warszawie 40% lekarzy to są ludzie, którzy zbliżają się do wieku emerytalnego. W związku z tym trzeba stworzyć nowy zawód opiekuna, opiekuna wykształconego, nie osoby, której już nigdzie nie chcą, więc ona idzie opiekować się tymi biednymi ludźmi, którzy leżą, nie mogą się poruszyć, nie mogą sami ani zjeść, ani się umyć, opiekuna, ale z zagwarantowanym motywującym do pracy wynagrodzeniem. Do tego ważny byłby podział tej grupy, tych najbardziej poszkodowanych osób na podgrupy w zależności od tego, ile potrzebują opieki, i dostosowanie świadczeń do stopnia niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Podczas opracowywania tej ustawy – przy tej okazji bardzo dziękuję również panu senatorowi Augustynowi, który nas w tych pracach wspierał – zapraszaliśmy różne osoby, także z Niemiec przyjechali ludzie, którzy z dobrej woli, bez żadnych dodatkowych profitów powiedzieli nam, jak to u nich funkcjonuje. Przyglądaliśmy się, jak to jest rozwiązane w Czechach, w Japonii, bo w Japonii również obowiązuje takie ubezpieczenie. Po prostu kraje, które myślą i widzą, jaka jest sytuacja demograficzna, starają się wprowadzić jakieś rozwiązania. Proszę państwa, to jest policzone. Projekt już jest, on wymaga jeszcze dopracowania, ale jest to projekt, nad którym warto się zastanowić i zobaczyć, czy rzeczywiście Narodowy Fundusz Zdrowia, nie mając pieniędzy na diagnostykę i leczenie, będzie miał pieniądze na zapewnienie tych świadczeń dla tak bardzo poszkodowanej grupy naszych współobywateli. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję.

Myślę, że dobra wiadomość jest taka, że generalnie udało się wywołać wolę polityczną pracy w tym kierunku, choć oczywiście każda forma dodatkowych płatności jest niewątpliwie trudna do wprowadzenia. Trzeba będzie jeszcze, jak to mówimy

w naszym gronie, ten pomysł dobrze opakować, tak aby go pokazać w szerszym kontekście pozytywnych działań w ogóle na rzecz osób starszych, w kontekście demograficznym. Wtedy być może uda się ten projekt wdrożyć w życie, choć rzeczywiście trzeba się jeszcze nad nim pochylić, ale wielka, wielka praca została już wykonana.

Ja bardzo dziękuję za głos na temat dłuższej perspektywy, czyli ubezpieczeń pielęgnacyjnych czy od ryzyka niesamodzielności. Podaję te nazwy alternatywnie, ponieważ w Polsce pielęgnacja kojarzy się troszkę z czymś innym niż na przykład w Niemczech, tam są domy pielęgnacyjne, więc to się wprost kojarzy, a u nas to są niejako dwie oddzielne sprawy, ale to tak na marginesie.

Bardzo proszę o dalsze głosy.

Prezes

Lubelskiego Stowarzyszenia Organizatorów Pomocy Społecznej

Jolanta Ślązak:

Jolanta Ślązak, prezes Lubelskiego Stowarzyszenia Organizatorów Pomocy Społecznej, jestem też dyrektorem domu pomocy społecznej w Lublinie dla kobiet przewlekle somatycznie chorych.

W imieniu środowiska lubelskiego bardzo chcę podziękować panu senatorowi za to, że wywołuje ten temat. My jako lubelskie stowarzyszenie od kilku lat apelowaliśmy do różnych instytucji o to, żeby świadczenia medyczne w domach pomocy społecznej finansować, dofinansowywać ze źródeł zewnętrznych.

Wszystkie słowa, które zostały powiedziane, to, co powiedziała pani profesor, to, co powiedziała pani przewodnicząca, to jest ważne. Podziały związane z tym, co się nazywa Polską resortową, w zakresie opieki nad osobami jej potrzebującymi są naprawdę bezprzedmiotowe. Wszyscy tu powinniśmy się zastanowić nad tym, jak od nowa budować system, który się pokruszył, bo wiele się pokruszyło.

Ja powiem, co się wydarzyło w ubiegłym tygodniu w Lublinie. Pracownicy domów pomocy społecznej rozpoczęli strajki, do desperacji doprowadziły ich niskie wynagrodzenia. Zablokowali oni swoimi marszami drogę do granicy państwa, granicy Unii Europejskiej, żeby wymusić rozmowy na temat ich płac. W ubiegłym tygodniu w urzędzie wojewódzkim odbyło się spotkanie, przyjechał pan minister Duda, obecni byli starostowie, dyrektorzy, pracownicy domów pomocy społecznej i ci protestujący. Atmosfera była bardzo gęsta, bardzo ciężka. Pracownicy nie chcieli ustąpić, powiedzieli: my już nie ustąpimy, starostowie na to powiedzieli: my też nie ustąpimy, bo już nie mamy z czego dopłacać i nie chcemy dopłacać. Dotarły do nas głosy, że starostowie zaczęli się zastanawiać nad tym, czy nie przekształcić domów pomocy społecznej w ZOL.

Czy o to nam chodziło? Standardy zostały osiągnięte, mamy wykwalifikowaną kadrę. Jednocześnie w domach pomocy społecznej są wolne miejsca, tak, w województwie lubelskim niewykorzystanych jest około dwustu miejsc. Standardy zostały osiągnięte i – tak jak pan starosta powiedział – dyrektorzy, którzy do tego doprowadzili, zostali ukarani, bo już nie mogą pozyskać żadnych pieniędzy, a nie mówi się na przykład o tym, że rosną koszty. Jako dyrektor domu pomocy społecznej mogę to potwierdzić, rosną koszty utrzymania, bo jest inflacja, inflacja nie na poziomie 2,3%, lecz na dużo wyższym poziomie. Od nas jako kierowników jednostek – są tutaj dyrektorzy domów pomocy społecznej – wymaga się obowiązkowych opłat za konserwację win-

dy, za dozory techniczne, za badania sanepidu, za badania wody, za wywóz śmieci, utylizację itd., itd., mówię w skrócie. To są ogromne pieniądze, które my wydajemy, a których nie widać. Jak konkurujemy? Tu nie chodzi o konkurowanie, my topimy to, co już zrobiliśmy, odchodzą pracownicy, a my jako dyrektorzy szukamy, łatamy. Tu jest dwadzieścia postulatów, ja nie będę mówiła o szczegółach. Jestem również wiceprzewodniczącą Rady Pomocy Społecznej, która funkcjonuje przy ministrze pracy i polityki społecznej, odpowiedzialnej za problematykę opieki długoterminowej i myślę, że wszyscy jesteśmy gotowi do tego, żeby usiąść przy stole i rozmawiać o zmianach systemowych, bo przyszedł już na to czas. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję.

Gdy dwa lata temu w tej sali podejmowaliśmy ten temat i mówiłem, że pracownicy domów pomocy społecznej w desperacji zaczną w końcu strajkować, to po stronie słuchających niestety odzewu nie było, no i mamy strajki. Sytuacja jest rzeczywiście dramatyczna. Proszę państwa, wobec takiego przepływu kadry istnieje wielkie prawdopodobieństwo, jeśli nie jest to pewność, że do domów pomocy społecznej trafią osoby, które nigdy nie powinny się tam znaleźć. Stajemy na krawędzi zagrożenia patologią, która może zniszczyć dorobek kilkudziesięciu lat pracy tego środowiska, także jednego i drugiego ministerstwa. Nie można do tego dopuścić. Trzeba się zastanawiać nad możliwymi posunięciami ratunkowymi, a następnie nad długofalowym planem rozwoju opieki długoterminowej, bo to jest konieczne.

Bardzo proszę, pan Stanisław Litman, przewodniczący Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menedżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia.

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

Ja już nie będę się wypowiadał na temat sytuacji w domach pomocy społecznej, też jestem dyrektorem domu, prowadzę bardzo duży dom, bo dla dwustu osiemdziesięciu osób przewlekłe psychicznie chorych, i problemy domu od strony organizacji, zarządzania i finansowania są mi bardzo dobrze znane. W całej rozciągłości popieram stanowisko pana starosty oraz koleżanek i kolegi.

Ja chciałbym przedstawić stanowisko zarządu stowarzyszenia, które reprezentuję, dotyczące trybu czy zasad finansowania opieki medycznej w domach pomocy społecznej. W ramach naszego stowarzyszenia, które ma zaszczyt działać praktycznie na terenie całej Polski, zostaliśmy już wewnętrznie przekonani do idei zespołów opieki długoterminowej, pracujących w strukturach domów pomocy społecznej. Ten pomysł nadal leży nam na sercu i nadal jesteśmy do niego przekonani, choćby dlatego, że nie narusza struktur organizacyjnych domu pomocy społecznej. Wyprowadzenie na zewnątrz pielęgniarek, dziś mamy taką możliwość, powoduje wprowadzenie obcego organizmu do struktury domów pomocy społecznej, to jedna sprawa. Drugi, może mniej ważny element, ale element, z którego my jako dyrektorzy domów pomocy społecznej

zdajemy egzamin, to wskaźnik zatrudnienia w domach pomocy społecznej, który dzięki temu oczywiście spadnie, a nas mimo wszystko obowiązuje.

Nie oznacza to jednak, że nasze stanowisko jest sztywne i zdecydowane. Widzimy pewien element nowych możliwości, możliwości wsparcia finansowego również domów pomocy społecznej na mocy zapisów rozporządzenia nr 69, ale widzimy też zagrożenia, o których mówił między innymi pan starosta, przede wszystkim zagrożenia związane z czynnikiem ludzkim, z niechęcią ludzi, zwłaszcza pań pielęgniarek i panów pielęgniarzy, pracujących w małych ośrodkach miejskich i na wsiach. Przeważnie są to ludzie, którzy zostali w zakładach pracy tylko ze względu na zaawansowany wiek, ludzie, którzy już nie zdecydują się na wyjazd do większych ośrodków ani za granicę, choć rotacja kadrowa jest bardzo wysoka, potwierdzam to również na własnym przykładzie.

Myślę, że powinniśmy pomyśleć, zwłaszcza nasze ministerstwo, nad możliwościami wsparcia zespołów pielęgniarzkich w drodze do tworzenia tego nowego tworu, przepraszam za wyrażenie, tego nowego produktu. Natychmiast przyszedł mi na myśl Program Operacyjny „Kapitał ludzki”. Wiemy, że pielęgniarki muszą być przeszkolone. Nie dalej jak wczoraj dostałem ofertę z jednej z firm, w której tego typu dziesięciodniowe przeszkolenie pielęgniarek kosztuje 1 tysiąc 800 zł bez dojazdów i noclegów.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, 1 tysiąc 800 zł, dziesięciodniowe. Z punktu widzenia kieszeni tych osób, tak mało przecież zarabiających, jest to nie do zrealizowania. Skoro w Programie Operacyjnym „Kapitał ludzki” jest aż tyle pieniędzy na kształcenie, to dlaczego na takie kształcenie mają się nie znaleźć środki. Jeżeli będą środki, będą pieniądze, choćby na kształcenie, to dużo łatwiej będzie nam przekonać te panie do nowego produktu.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, to ważny głos, bo rzeczywiście chyba wszyscy widzimy potrzebę wsparcia pielęgniarek, które zdecydowałyby się spróbować pójść drogą nakreśloną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia i kontraktować usługi środowiskowe lub w opiece długoterminowej dla mieszkańców domów pomocy społecznej. Nie wszędzie będą tacy starostowie, jak starosta pilski, którzy wyłożą pieniądze, widząc w tym dalekosiężne korzyści, korzyści dla siebie. A jeśli tak nie jest, to trzeba szukać innych rozwiązań.

Jeśli nie ma dalszych zgłoszeń, to jeszcze raz oddam głos państwu z resortów i z Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby mogli się odnieść do przebiegu dyskusji.

Bardzo proszę, może zaczniemy od pani dyrektor. Proszę, pani Krystyna Wyrwicka z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

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

Zostało poruszonych sporo spraw, spróbuję się do nich odnieść. Może zacznę od ostatniego głosu, głosu pana przewodniczącego, pana dyrektora na temat szkoleń. Chcę

tylko informacyjnie powiedzieć, że pojawią się takie oferty. Instrument szwajcarski, który ruszy gdzieś od połowy roku, przewiduje taką możliwość finansowania. Jest też taka sprawa, zapewne pani dyrektor o tym powie, że w ramach PO KL są środki na pomostówki, tudzież na finansowanie specjalizacji. Gdyby miała to być główna bariera, to myślę, że w jakiejś kooperacji zrobimy wszystko, żeby pielęgniarki w domach pomocy społecznej w żaden sposób nie były pominięte w podnoszeniu lub uzupełnianiu kwalifikacji.

Druga sprawa, która pojawiała się w wielu wypowiedziach, dotyczyła pielęgniarki w domu pomocy społecznej i kwestii kontraktowania usług. Czy ta pielęgniarka pracuje w domu, czy jest pracownikiem POZ? Gdy te narzędzia powstawały, to wydaje mi się, że mieliśmy wyobrażenie, że tak naprawdę istnieje możliwość połączenia jednego z drugim i że będzie to kontrakt na część usług, na część etatu w domu pomocy społecznej. Jednocześnie rozwiązywałoby to problem czasu pracy, innej organizacji czasu pracy i nie powodowało pełnego rozłączenia z instytucją macierzystą, czyli z domem pomocy społecznej. Myślę, że pan dyrektor z Narodowego Funduszu Zdrowia będzie mógł powiedzieć, czy istnieją takie możliwości.

Jeśli chodzi o formę organizacyjną, to państwo mówicie, że to funkcjonuje od godziny 8.00 do godziny 18.00. Chciałabym powiedzieć, że ja to czytam troszeczkę inaczej. Jest tu przepis mówiący o tym, że w przypadkach uzasadnionych w §31 koniecznością zachowania ciągłości opieki – w pozostałe dni tygodnia w godzinach uzgodnionych ze świadczeniobiorcą. Ja to odbieram jako pewną elastyczną formułę i sądzę, że przy dobrej woli nie powinno to stanowić bariery. Pytanie, czy wszędzie jest dobra wola. Otóż, chcę państwu powiedzieć, że z tym jest jeszcze różnie, może to jest początek, może raczkujemy.

Chciałabym powiedzieć, że ja dzisiaj namawiam do tego dyrektorów domów, bo często są już po pierwszych kontaktach i rozmowach. Odpowiedzi zwykle brzmią: nie, ale nie są one w żaden sposób sformalizowane. Na prośbę o pokazanie odmowy, otrzymujemy odpowiedź, że jej nie ma, że jest ustna i pojawiają się pewne bariery. A te pierwsze jaskółki, to, że niektórym się udaje, to jest dobry sygnał, potwierdzenie, że jest to jakiś kierunek zmian. Przypominam, że możemy mówić o pewnych zmianach systemowych i oczywiście będziemy się do nich przymierzali – o tym za moment – ale bez uporządkowania przeszłości bardzo trudno będzie cokolwiek zrobić i zapewnić sobie dobrą pozycję wyjściową na starcie. Otóż, jedną ze spraw związanych z porządkowaniem jest pokazanie, jak wygląda ten system, jaka jest różnica... Państwo tu dzisiaj mówią, że jest różnica, dom jest czymś innym niż ZOL, tymczasem pani przewodnicząca powiedziała, że dom chce się przekształcać w ZOL – ja to sobie nawet zapisałam. Może i dobrze, ale pod warunkiem, że wpłynie to na poprawę życia osób przebywających w domach pomocy. Jest to pewien sygnał, sygnał, który jest wynikiem innego sposobu finansowania. Przekształcimy się w ZOL, przestaniemy mieć problemy finansowe. Z kolei z pozycji ZOL też widać, że nie jest tak różowo, bo to, co ZOL dostaje z Narodowego Funduszu Zdrowia, wraz z odpłatnością nie wystarcza, jest różnie w różnych zakładach opieki zdrowotnej.

Ten problem istnieje, a właściwie dopiero się zaczyna, zaraz to państwu pokażę. Mimo że od lat współpracujemy, jest to pewna nieuregulowana sprawa między zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi a domami pomocy społecznej. Mam przed sobą wystąpienie, które zostało skierowane do Narodowego Fun-

duszu Zdrowia, my otrzymaliśmy je do wiadomości. Otóż, dyrektor ZOL powiadamia urząd gminy o konieczności zapłacenia za dwudziestu pacjentów ZOL kwoty 1 tysiąca 800 zł od zaraz albo zabrania tych osób do domu pomocy społecznej, bo ci pacjenci przekroczyli czterdziestopunktową skalę Bartel i w związku z tym nie kwalifikują się do pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. To jest niejako sygnał, o którym wspomniała pani przewodnicząca, że zaczniemy mieć do czynienia z przekazywaniem sobie osób. Problem dotyczy osób z upośledzeniem umysłowym, które trafiły do tego domu jako dzieci, ale dziś już osób dorosłych, z czterdziestoletnim okresem pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Pytanie starosty, zresztą uzasadnione, jest mniej więcej takie: czy już wszyscy stracili rozum i są tak nieludscy, żeby w takiej sytuacji przenosić te osoby?

Rzeczywiście, potrzebne jest uporządkowanie sposobu odpłatności. Ja nie mówię, że on ma być jednakowy. Za domy pomocy dziś płaci rodzina i dopłaca gmina, a ja nie twierdzę, że tak samo ma być w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych. Musi być jednak pewien czytelny system różnic, żeby gmina nie wybierała zakładu opiekuńczo-leczniczego tylko z tego powodu, że może niejako ominąć system i nie dopłacić do domu pomocy. Myślę, że na tym polega problem.

Druga sprawa to jednakowy, zbliżony czy podobny system kierowania do tych placówek. Pani dyrektor, ja nie widziałam jeszcze tego zapisu, ale mówimy, że tu będzie kierował lekarz, a to oznacza, że te systemy są nadal niejako obok siebie. Jeśli chodzi o system kierowania, nie zbliżamy się w żaden sposób, a jest to chyba ważna sprawa, która będzie wymagała uporządkowania. Proszę państwa, ja mówię o systemie zbliżonym, nie do końca mam przemyślane to, czy powinien on być jednolity. Jeśli chodzi o domy pomocy społecznej, to przypomnę, że system kierowania jest jednak zróżnicowany. Jest oddolne kierowanie z gminy, ale są też postanowienia sądu, które kierują tu osoby, a to są trochę inne tryby. Zatem to, jak powinny wyglądać te systemy, wymaga przemyślenia.

Myślę, że trzeba spojrzeć historycznie. Niektórzy z nas pamiętają, że tak naprawdę ZOL miał być miejscem krótkiego pobytu z leczeniem, z jakimś intensywnym wspieraniem, nauką życia z chorobą, aby powrócić do rodziny bądź do domu pomocy. To nam się w pewien sposób zatarło.

Nie jest tak, że my nic nie robimy, było wiele prób porządkowania tego systemu. Pamiętacie państwo, była taka rezerwa na przekształcanie ZOL, które nie są nimi w tym rozumieniu, w domy pomocy społecznej. Mechanizm się nie sprawdził. Gdy nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o pieniądze. Ci, którzy wykazywali najczęściej chęci do przekształcania ZOL w domy pomocy społecznej, to byli ci, którzy uznali, że mieszkańcy tam przebywający są biedni, mają niskie renty, emerytury lub renty socjalne i w związku z tym są klientami pomocy społecznej. Patrzono przez pryzmat ekonomii, a nie na osoby tam przebywające. Nam zależało na tym, aby te ZOL, w których przebywają długoletni rezydenci, stały się domami pomocy społecznej. Do dziś się to nie udało. W każdym razie sygnalizuję kolejne sprawy, kolejne problemy.

Chcę też powiedzieć o tym naszym, można powiedzieć, dopominaniu się o to, aby świadczenia zdrowotne w domach pomocy społecznej były finansowane z funduszu. Łączy się to z tym, o czym mówił pan przewodniczący, pan senator. Otóż, jest to moim zdaniem trochę niekonstytucyjne, a i niemoralne, aby ludzie płacili po kilka razy za to samo. Przecież wszystkie te osoby, wszyscy mieszkańcy domów pomocy spo-

łecznej płacą składki, więc mają prawo do korzystania ze świadczeń, a tak naprawdę z tego nie korzystają. Czy gdyby przynajmniej w części te świadczenia były finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia, poprawiłoby to sytuację w domach pomocy społecznej? Otóż tak, dlatego że wówczas część zwolnionych środków mogłaby zostać przeznaczona na podwyżkę dla innych grup, czyli dla opiekunek, które są jeszcze gorzej opłacane. Nie uzdrowi to oczywiście całego systemu, problem jest bardziej złożony. Czas oszczędności, wyrzeczeń, inwestowania w poprawę standardów i niechęć gmin do kierowania doprowadziły do sytuacji, w której wobec istnienia takiego mechanizmu finansowego niejako nadmiernie oszczędzano. Dzisiaj mechanizm oparty na publikowanym koszcie w tym sensie się wyczerpał, że te koszty zostały bardzo zminimalizowane, nie ma tu przestrzeni, a przy założeniu, że w DPS płaca stanowi 70% kosztów, tak naprawdę nie ma w tej chwili możliwości wykonania ruchu bez zmiany czy pewnej modyfikacji przepisów.

Chciałabym się odnieść jeszcze do dwóch kwestii. Już bardzo krótko, Panie Przewodniczący.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Bardzo proszę, bo przewidywałem pięciominutowe résumé.)

Już ostatnie dwa zdania.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Bardzo proszę.)

Chciałabym wyjaśnić sprawę dodatku pielęgnacyjnego. Otóż, proszę państwa, mówimy chyba o nieco innych sprawach. Dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny przysługuje dzisiaj każdemu, bo to jest jego należne prawo, jeśli on ponosi odpłatność, czyli uzyskuje wszystkie dochody i z tego ponosi odpłatność. Ten apel pana dyrektora dotyczy przeszłości, bo sytuacja wygląda tak. Wtedy kiedy mieszkaniec domu był inaczej finansowany, czyli budżet dawał dotacje, nie wypłacało się takiej osobie dodatku pielęgnacyjnego, skądinąd z budżetu. Sytuacja tamtych osób, których dotyczą stare zasady, nie zmieniła się, więc apel o przywrócenie dodatku jest tylko wynikiem, tak to rozumiem, braków finansowych i pewnego poszukiwania, ale nie łączy się niejako ze złym prawem w tym obszarze.

Jest jeszcze jedna sprawa, o której powiedziała pani przewodnicząca, i bardzo za to dziękuję. My też nad tym ubolewamy. Jest to wynik niewiedzy, niedoinformowania mediów i być może naszego ubogiego słownictwa, chociaż nie są to domy pomocy społecznej. Mówimy o przypadku Radości i wielu innych, gdzie mamy przykłady, głównie w prywatnych podmiotach, niedostatecznej opieki i złego traktowania osób. Tymczasem z dużą łatwością mówi się po prostu o domach pomocy społecznej, co powoduje lęk, niepokój wśród osób, które do tych instytucji mają trafić. Nie jesteśmy w stanie w obecnym stanie prawnym tego dobrze nadzorować. Chciałabym powiedzieć, że przygotowujemy zmiany zmierzające w tym kierunku, aby zanim ktoś otrzyma zgodę na działalność gospodarczą, otrzymał zezwolenie. Nie chcemy oczywiście nikomu utrudniać życia, ale zależy nam na tym, aby zadbać o tę najsłabszą grupę, osoby, którymi rodziny się nie zajmują. Powiedzmy to sobie uczciwie, często rodziny kupują sobie w ten sposób spokój, uważają, że zapewniają tym osobom opiekę, płacąc za pobyt w prywatnej placówce. W związku z tym kontrola społeczna jest bardzo niska i takie sytuacje w tych podmiotach się zdarzają. Jeśli nałożymy na to niskie wynagrodzenia, niskie kwalifikacje, to potem dochodzi do takich sytuacji, o jakich słyszymy. W każdym razie będziemy wprowadzać te zmiany.

W tej chwili, po sprawie lubelskiej, po wizycie pana ministra przyglądamy się różnym kwestiom, aby wprowadzić zmiany, ale zmiany systemowe. Jeszcze raz podkreślam, jeśli nie uporządkujemy sytuacji niejako na styku tych instytucji, działających w dwóch różnych systemach – a myślę, że to jest do zrobienia, można to zrobić, nie wiem, przez drobne zmiany w prawie albo bez nich, na zasadzie pewnej informacji, pewnego dogadania się – to drugi krok, krok systemowy będzie trudny. A jeśli niebawem będziemy chcieli do tego jeszcze dodać to, o czym mówiła pani profesor, ustawę o ubezpieczeniach pielęgnacyjnych, która ma szerszy zakres, bo dotyczy i domów, i ZOL, i środowiska, to tym bardziej wydaje się, że pierwszy krok jest najważniejszy. Przepraszam za długą wypowiedź. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

A teraz już bardzo krótkie wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Bardzo proszę.

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

Odnosząc się do państwa wypowiedzi, bardzo bym chciała podziękować za zwrócenie uwagi na kilka problemów, a do kilku spraw chciałabym się ustosunkować.

Sytuacja wygląda tak, że pomiędzy zakładem pielęgnacyjno-opiekuńczym i zakładem opiekuńczo-leczniczym a domem pomocy społecznej jest jedna różnica, jedna zasadnicza różnica. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i zakład opiekuńczo-leczniczy są zakładami opieki zdrowotnej, a dom pomocy społecznej nim nie jest. Przejawia się to w wielu wymogach prawnych i zasadach postępowania, które obowiązują w zakładzie opieki zdrowotnej. To dotyczy postępowania z dokumentacją medyczną, nadzoru nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych, odpowiedzialności za te świadczenia. Dlatego nie jest tak, że my możemy wprost wpuścić do tego systemu domy pomocy społecznej. Nie jest tak, że my nie chcemy ich tam wpuścić ze względu na to, że nas to kosztuje. Chodzi o to, że to jest pewnego rodzaju wyłom w systemie, bo uznajemy, że świadczenia zdrowotne w naszym kraju mogą być wykonywane w innych niż określone prawem formach organizacyjno-prawnych, tymczasem odnosi się to do zupełnie innych spraw, które nie mają żadnego bezpośredniego związku z naszą pracą. To się odnosi na przykład do funkcjonowania klinik urody, do wszystkich innych sytuacji, w których nadużywa się nazewnictwa z zakresu ochrony zdrowia w odniesieniu do działalności, która z tą działalnością nie ma nic wspólnego. Są to przypadki podobne do przypadku w Radości, czyli wykonywania pewnych świadczeń bez nadzoru, wykonywania bez nadzoru pewnych czynności, które nie są z punktu widzenia prawa świadczeniami zdrowotnymi. Dlatego jest tu postawiona tak silna bariera i tę barierę będziemy chcieli zachować. Przypuszczam, że w tym zakresie pani przedstawicielki Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, pani przewodnicząca się z nami zgodzi, na pewno zgodzi się z nami co do tego, że ta bariera musi być zachowana.

W pełni zgadzam się także z państwem co do niewłaściwości skali Bartel. To jest po prostu jedno z narzędzi, którego używamy, ale na pewno nie jest ono narzędziem doskonałym. Jest to po prostu narzędzie, które pomaga nam w pracy, narzędzie, którym się posługujemy. Zaryzykuję stwierdzenie, że nie będziemy mieli narzędzia, które w pełni, jasno, w sposób systemowy w przypadku każdej osoby określi to, co trzeba, które będzie można zastosować do każdej osoby i zapewnić właściwe jej kierowanie, ponieważ życie jest naprawdę dużo bogatsze. Życie jest dużo bogatsze niż normy prawne i pewne zasady, które musimy jednak przyjmować po to, żeby zapewniać równy dostęp do świadczeń i jednakowy sposób katalogowania. Musimy przyjmować pewne założenia, musimy przyjąć jakąś kategoryzację, zdając sobie sprawę z tego, że tego nie da się w sposób oczywisty kategoryzować i że zawsze będą się pojawiały sytuacje, w których przyjęte przez nas kategorie i rozróżnienia będą niewłaściwe.

Jeżeli chodzi o osobę przebywającą w domu pomocy społecznej, to dla nas, dla systemu ochrony zdrowia ta osoba jest taką samą osobą, jak ta, która nie mieszka w domu pomocy. Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia nie ma znaczenia to, czy ona mieszka w domu pomocy społecznej, czy w domu rodzinnym, i niezależnie od tego możemy i powinniśmy dyskutować o tym, czy system ochrony zdrowia zapewnia to, co powinien zapewniać.

Proszę państwa, teraz sprawa dostępu do świadczeń, praw i kwestia opieki całodobowej. Osoba przebywająca w domu rodzinnym nie ma zapewnionej całodobowej opieki pielęgniarstwa. Jeżeli mówimy o tym, że ma nastąpić zrównanie w prawach, że tak samo mają być traktowane osoby przebywające w domu pomocy i osoby przebywające w domu rodzinnym, to chciałabym zwrócić uwagę na to, że system ochrony zdrowia też w pewnych sytuacjach przyjmuje takie założenia. Godząc się niejako na pewną specyfikę, w założeniach tych preferuje mieszkańców domu pomocy społecznej i przeznaczając więcej środków finansowych, gdyż uznaje, że większość, statystycznie więcej mieszkańców domów pomocy społecznej niż w przypadku grupy osób zamieszkujących w domach rodzinnych wymaga wzmożonej opieki.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. Chciałabym właśnie na to zwrócić uwagę, taka jest zasada. Chodzi o to, że z punktu widzenia uprawnień i systemu ochrony zdrowia nie możemy inaczej traktować mieszkańców domów pomocy społecznej i osób zamieszkujących w domach rodzinnych. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Wydaje mi się, że zwróciła pani uwagę – nie wiem, czy intencjonalnie, czy nie – na problem, który poruszała pani profesor Wilmowska, dalszej kategoryzacji w grupie osób niesamodzielnych, prawda?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę, czy przedstawiciel NFZ chciałby się odnieść do problemów poruszonych w dyskusji?

Proszę bardzo.

**Rzecznik Praw Pacjenta w Narodowym Funduszu Zdrowia
Aleksandra Piątek:**

Dziękuję za udzielenie głosu.

Aleksandra Piątek, rzecznik praw pacjenta.

Chciałabym niejako wzmocnić wypowiedź pani dyrektor, bo istotą z jednej strony mojej funkcji w NFZ, ale i samego NFZ jako płatnika, nie organizatora, ale płatnika, tak to trzeba rozumieć, jest zapewnienie równego traktowania. Zatem tak zdefiniowana potrzeba medyczna, potrzeba zdrowotna jest niejako pierwszą, naczelną zasadą. Owa potrzeba, niezależnie od tego, czy ta osoba będzie przebywała w domu pomocy, w domu rodzinnym, czy w jakimkolwiek innym miejscu, jest tu nadrzędna i równy dostęp, w zależności od potrzeby zdrowotnej, jest zasadą naczelną.

Druga sprawa. Nam jako płatnikowi jest w sumie dość obojętne, w jakiej formie my będziemy kontraktowali zakres świadczenia zdrowotnego, zakres ogólnie rozumianej usługi. Ważne jest to, żeby osobie potrzebującej, osobie chorej, często niepełnosprawnej zapewniona była dostępność. Nie jest jednak rolą funduszu wyznaczanie formy płatności, dla nas istotne jest to, żeby było zabezpieczenie. Proszę przyjrzeć się zadaniom funduszu jako takiego. Są plany wojewódzkie, przedstawiane również na posiedzeniu Rady NFZ, zatwierdzane przez ministra zdrowia i ministra finansów, które dotyczą nie tylko finansowania, można powiedzieć, że finanse są na drugim miejscu, a potrzeba jest pierwszą kwestią w tym zakresie. Tak że jest to przedsięwzięcie, nie chcę powiedzieć, że bardziej globalne, ale jednak o zasięgu krajowym. Potem ten plan realizowany jest w tym zakresie.

Bardzo istotną sprawą jest to, o czym powiedziała już pani dyrektor. Otóż, nie należy się spodziewać, że fundusz zawrze jakąś umowę z kimś, kto nie jest zakładem opieki zdrowotnej bądź nie prowadzi prywatnej praktyki indywidualnej lub grupowej w rozumieniu ustawy o świadczeniach zdrowotnych i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Na nas zostały nałożone pewne obowiązki. Po pierwsze, są przepisy ustawy, a po drugie, jest dyscyplina finansów publicznych. Wyznaczony jest zakres kontraktowania tak w drodze konkursów, jak i rokowań, jest to jednak bardzo ściśle określona forma, przy tym dyscyplina finansów publicznych też wprowadza pewne uwarunkowania. To, czy stało się dobrze, czy źle, że nałożono na fundusz taki obowiązek, którego nie miały kasy chorych, pozostaje już niejako poza dyskusją. Nie zmienia to faktu, że jest to bardzo ściśle określona forma.

Chciałabym państwu powiedzieć, że niezależnie od tego, że my jako fundusz nie jesteśmy organizatorem świadczeń, a jedynie płatnikiem, to jednak staramy się wyjść naprzeciw potrzebom i zgłoszeniom pochodzącym od świadczeniobiorców, czyli pacjentów. Są różne formy zgłoszeń, są skargi, prośby o interwencje, zapytania, tak my je nazywamy jako rzecznicy, pojawiają się rozmaite sprawy. Dokonujemy ich analizy. Analizujemy również zgłoszenia, które kierowane są do rzeczników od zakładów opieki zdrowotnej i bardzo rzadko, to prawda, od domów pomocy społecznej. Tak jak powiedziała pani dyrektor, takich zgłoszeń jest niezmiernie mało, być może dlatego, że świadomość...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Proszę nas nie prowokować, mogą się pojawić.)

Tak jak mówię, my zbieramy wszystkie zgłoszenia dotyczące jakiegoś problemu, czyli szeroko rozumianych praw pacjenta, i dokonujemy analizy, kierując to

przede wszystkim do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, ale również do instytucji właściwych w zakresie tematu, którego te analizy dotyczą.

Chciałabym tu nawiązać również do wypowiedzi pani przewodniczącej. Niezależnie od nieporozumień czy też niedogadanych jeszcze kwestii mamy zapewnienie prezesa, że jest otwarty na każdą formę i na każdą dyskusję w celu zarówno poprawienia obecnego systemu działania, jak i dokonania zmian. W końcu wszyscy przygotowujemy się do tego, żeby w dużej części zmienić ten system.

Jeszcze raz powiem o sprawie najważniejszej. Wyznacznikiem jest potrzeba zdrowotna, nie to, że ktoś jest pensjonariuszem czy mieszkańcem, jakkolwiek go nazwać, ale to, czy jest to osoba, którą można nazwać pacjentem. Jeżeli dana osoba jest pacjentem, jeżeli istnieje potrzeba zdrowotna, to my staramy się ją zaspokoić, zapewnić równy poziom dostępu do świadczeń. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Teraz naprawdę minutowe wypowiedzi.

Bardzo proszę, jeszcze przedstawicielka Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a potem państwo kolejno, ale naprawdę bardzo krótko.

Bardzo proszę.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Elżbieta Garwacka-Czachor:**

Elżbieta Garwacka-Czachor, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Chciałabym dodać słowo w kwestii finansowania kształcenia pielęgniarek z domów pomocy społecznej. Pan tutaj powiedział o programie operacyjnym, czyli funduszach z EFS, pani przedstawiciel resortu pracy powiedziała, że jest to finansowane. Chciałabym to wyjaśnić. Tu nie chodzi o specjalizacje. A żeby mieć kwalifikacje do pracy w systemie zadaniowym, wystarczy kurs kwalifikacyjny, a takowe nie są finansowane. Chciałabym to sprostować, żebyśmy po tym spotkaniu mieli rzetelne informacje. Kursy kwalifikacyjne nie są dofinansowywane z budżetu państwa, dofinansowywane są tylko specjalizacje. Specjalizacja trwa dwa lata i kosztuje około 5–6 tysięcy, więc żadnego z dyrektorów domów pomocy społecznej nie stać na to, żeby wysłać pielęgniarkę na specjalizację, a jeżeli już to robi, to wysyła jedną, bo nie będzie jej przez dwa lata. To jest jedna sprawa.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Dziękuję bardzo.)

Przepraszam, Panie Senatorze, ale chciałabym poruszyć jeszcze jedną sprawę. Jeśli chodzi o finansowanie studiów pomostowych, to chciałabym wiedzieć, czy ja dobrze rozumiem, że resort będzie beneficjentem systemowym w pozyskaniu tych pieniędzy. Jeśli chodzi o studia pomostowe, to jest tak w Ministerstwie Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych, jest beneficjentem systemowym. Czy ja dobrze rozumiem, że resort pracy też jest zainteresowany pozyskaniem tych środków? Potem trzeba przygotować projekt, następnie zamówienie publiczne itd. Czy tak mamy to rozumieć? Oczywiście chętnie włączymy się do tej pracy.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Proszę o odpowiedź.

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

Jeśli nastąpią zmiany w ustawie o zawodzie pielęgniarki, jeśli praca w DPS czy w żłobku będzie miejscem wykonywania pracy pielęgniarki, to nie ma powodu tworzenia drugiego beneficjenta systemowego. Tym beneficjentem jest wtedy minister zdrowia.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Poproszę o bardzo króciutką wypowiedź pana przewodniczącego Andrzeja Żelechowskiego.

**Prezes
Stowarzyszenia Dyrektorów Domów Pomocy Społecznej Ziemi Lubuskiej
Andrzej Żelechowski:**

Szanowni Państwo!

Uważam, że odniesienie sytuacji domu w Radości do sytuacji innych domów jest dużym nadużyciem w stosunku do pozostałych domów. Nie można stosować takich medialnych porównań w stosunku do działalności domów, które pracują bardzo rzetelnie, wykonują bardzo ciężką pracę i nie dostają za to należytego wynagrodzenia. Powiedziałbym, że to po prostu nieładnie.

Jeżeli chodzi o wypowiedź o tym, że domy pomocy nie mogą kontraktować usług medycznych, bo tam nie ma dokumentacji, i odniesienie tego znowu do domu w Radości, to jest to jakieś wielkie nieporozumienie. Zapewniam, że tu jest pełna dokumentacja, taka jak w szpitalu, i odbywa się to pod pełnym nadzorem. Jestem dyrektorem, więc wiem, jak to jest. Proszę takich rzeczy nie opowiadać, bo mam poczucie, że ci, którzy mówią o domach pomocy społecznej, nie mają pojęcia, jak to wygląda.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

I tak, i nie, też mówię jako praktyk. Jest to dokumentacja medyczna, wykonywana na podobnych zasadach jak ta, którą określają przepisy dotyczące chociażby opieki długoterminowej, ale gdy się dobrze wgryźć w to zarządzenie, to okazuje się, że musi być ona jeszcze uzupełniona. Generalnie jest to kwestia nie tylko dokumentacji, ale standardów, o których mówiłem na początku.

Szanowni Państwo, kończąc dzisiejsze posiedzenie, chciałbym zacytować Andrzeja Frycza Modrzewskiego, który w 1551 r. w dziele „O naprawie Rzeczypospolitej” pisał o Senacie: „Senat jest tym, co pozostałe władze do szlacheckich działań pobudza, od nieuczciwych odwodzi i namiętności studzi”. Taka też była intencja dzisiejszego spotkania. Chcielibyśmy, idąc za tym, aby od nieuczciwych odwodzić, powiedzieć chyba wspólnie, że w domach pomocy sytuacja jest dramatyczna. Protesty są wyrazem zniecierpliwienia środowiska, ale i troski o los mieszkańców domów pomocy społecznej. Jedną ze spraw, która wymaga uregulowania i która była wyrazem pewnej nieuczciwości, jest wieloletnie nieuregulowanie kontraktowania usług pielęgniarstwa i rehabilitacyjnych w domach pomocy społecznej i opłacania ich z Narodowego Funduszu Zdrowia. Mówiąc o przeszłości, zauważmy jednak, że to właśnie Senat, inspirowany do dobrych działań, doprowadził między innymi do tego – wspierając zresztą resort pracy i polityki społecznej, którego pozycja nie była na tyle silna, aby przebić się z tym, co dostrzegał od dawna – że pojawiły się pierwsze produkty. Są one jednak niedoskonałe i wymagają dopracowania.

Chciałbym, żeby posiedzenie naszej komisji zakończyło się przyjęciem stanowiska, które zawierałoby kilka postulatów.

Po pierwsze, komisja zwraca się do Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, do Narodowego Funduszu Zdrowia o zagwarantowanie pełnego przestrzegania prawa mieszkańców domów pomocy społecznej jako osób ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia do opieki pielęgniarstwa i rehabilitacji zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Po drugie, komisja zwraca się o objęcie kontraktowaniem i finansowaniem NFZ świadczeń pielęgniarstwa i rehabilitacji osób mieszkających w domach pomocy społecznej w wymiarze, który zapewni im bezpieczeństwo zdrowotne oraz podtrzymanie sprawności.

Po trzecie, zwracamy się o podjęcie skutecznego współdziałania pomiędzy resortami zdrowia, pracy i polityki społecznej oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, które umożliwi dyrektorom domów oraz personelowi pielęgniarstwu i rehabilitantom skorzystanie z oferty kontraktowania usług pielęgniarstwa i rehabilitacyjnych dla mieszkańców domów pomocy społecznej. Nie wiem, czy to ma być określone miejsce, czy to ma być stanowisko, czy to ma być infolinia, ale trzeba koniecznie, współdziałając, stworzyć punkt informowania o tym, jak z tego korzystać.

Proszę państwa, naprawdę zachęcałbym do tego, panią dyrektor też...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak, zachęcałbym do tego, żebyście państwo tych podniesionych głosów, choć wypowiedzianych ze zdecydowanie mniejszymi emocjami niż wymagałaby tego sytuacja, tym razem nie zlekceważyli. Nie doprowadzajcie państwo do wybuchu niezadowolonych i skandali związanych z obniżeniem usług w domach pomocy społecznej. Jesteśmy już tego bliscy, jesteśmy u wrót, jeśli nie zadziałamy szybko. Jest szansa, ale trzeba by było wysłać sygnał dyrektorom, wysłać sygnał pielęgniarstwu, sygnał o tym, że jest takie miejsce, że wystarczy zadzwonić, pojechać, zapytać, aby otrzymać fachowe wsparcie, informacje o tym, jak to robić krok po kroku. To gwoździ wyjaśnienia trzeciego punktu.

Po czwarte, zwracamy się o uwzględnienie potrzeby umieszczania świadczeń pielęgniarstwa i rehabilitacyjnych w domach pomocy społecznej w katalogu ofert ca-

łodobowej opieki długoterminowej. Jest to konieczność w przypadku ogromnej rzeszy mieszkańców.

Po piąte, zwracamy się o zrównanie warunków opłacania świadczeń opieki pielęgniarstwa i rehabilitacji dla mieszkańców domów pomocy społecznej z warunkami opłacania podobnych usług, świadczonymi w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej w ZOL i ZPO. Ażeby być dobrze zrozumianym, dodam, że nie chodzi o zrównywanie w odniesieniu do wszystkiego, ale o zrównywanie w ramach tego segmentu. To jest to, o czym tu mówiliśmy, że to, co medyczne, to, co mierzalne – i to nie zależnie od tego, mówiła też o tym pani rzecznik, gdzie kto przebywa – powinno być podobnie traktowane.

Na koniec prosimy o pilne podjęcie prac nad ustawą o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielnosci i tym samym stworzenie warunków do rozwoju rynku usług opieki długoterminowej dla stale i szybko rosnącej grupy osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Proszę państwa, jeżeli nie usłyszę sprzeciwu ze strony członków komisji, to uznaję, że przyjmujemy stanowisko w takim kształcie. Będziemy je nie tylko rozsyłali, ale również domagali się ustosunkowania do niego resortów i zdania sprawy z tego, co w tym zakresie zostało uczynione, co zostało zrobione.

Chciałbym państwu wszystkim bardzo serdecznie podziękować za dzisiejszą – wiem, że zabrzmi to troszkę sztampowo – naprawdę konstruktywną dyskusję. Poziom napięcia mógł być o wiele wyższy, jednak wszyscy zmierzali do merytorycznych konkluzji, za co bardzo serdecznie dziękuję. Dziękuję resortom, bo czasem padały pod ich adresem nie do końca miłe uwagi, dziękuję całej stronie, nazwijmy to, społecznej, dziękuję wszystkim państwu, dziękuję gościom.

Być może jeszcze warto byłoby zaproponować, żeby państwo, może nawet z naszym udziałem, zechcieli przygotować pisemnie materiał pokazujący krok po kroku, jak to robić, jeśli chcesz zakontraktować usługi dla mieszkańców domów pomocy społecznej, to zrób to i to, krok po kroku. Byłoby to bardzo ważne dla samorządów, dla dyrektorów domów pomocy społecznej, dla zespołów pielęgniarstwa, które są w domach pomocy społecznej. Bardzo apeluję o przygotowanie takiego materiału. Jednocześnie składam ofertę, jeśli trzeba, to Senat, komisja i ja osobiście jesteśmy do państwa dyspozycji, możemy się w te prace włączyć i spróbować to rozpropagować. Możemy stworzyć zespół, który zdołałby szybko przygotować taki dokument. Będę się z państwem spotykał czy informował na roboczo, jak to się kolokwialnie mówi, aby taki dokument powstał jak najszybciej.

Jeszcze raz bardzo serdecznie państwu dziękuję. Myślę, że trzeba by było podjąć jeszcze wiele innych kroków ratunkowych. Ja osobiście przedstawiłem w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej kilka propozycji, między innymi taką, ażeby w ramach działań ratunkowych postarać się przemyśleć niesprawiedliwy moim zdaniem system płatności za mieszkańców skierowanych na starych zasadach. To też jest duży cios. Prawdopodobnie nie kosztowałoby to wiele, być może prawie nic, dlatego że wojewodowie...

(Głos z sali: ...bardzo nam się podoba.)

Tak? Dziękuję, bardzo mi miło.

W każdym razie poprawiłoby to dosyć szybko sytuację wielu domów, zwłaszcza tych, w których nie ma tak dużej rotacji, gdzie można sobie pozwolić na spokojne

wdrażanie nowego systemu. Tam można by było to zrobić, oczywiście pod warunkiem, że ureguluje się inną kwestię, kwestię płatności na tak zwanych starych zasadach, ale to już temat na odrębną dyskusję.

Mam nadzieję, że państwo zawierzycie naszej komisji, że nie chcemy zakończyć pracy na tej rozmowie i że będziemy konsekwentnie działać, ażeby kwestia zapewnienia odpowiedniej opieki osobom niesamodzielnym tu i teraz, a także w przyszłości, na zdrowych zasadach została uregulowana jak najszybciej.

Jeszcze raz państwu dziękuję. Życzę miłych powrotów do domu i do swoich zajęć. Wszystkiego dobrego.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 17)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851