



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

# **Zapis stenograficzny** **(1146)**

Wspólne posiedzenie  
Komisji Rodziny  
i Polityki Społecznej (110.)  
oraz Komisji Zdrowia (72.)  
w dniu 20 października 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Finansowanie gwarantowanych świadczeń pielęgnarskich w domach pomocy społecznej.

*(Początek posiedzenia o godzinie 8 minut 36)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Mieczysław Augustyn)*

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Dzień dobry.

Proszę państwa, zwołaliśmy to posiedzenie w dosyć nagłym trybie, na wniosek pana przewodniczącego Komisji Zdrowia.

Chciałbym bardzo serdecznie powitać: pana ministra Dudę z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, pana ministra Cezarego Rzemka, jak również pana ministra Marka Habera – witam serdecznie obu panów ministrów i ich współpracowników. Witam panią Elżbietę Buczkowską z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Wszystkich państwa bardzo serdecznie witam.

Tematem naszego posiedzenia jest sytuacja opieki pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej po wydaniu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Nie wiem jak inni członkowie komisji, ale ja dostaję ogromną liczbę mejli i pism, w których wyrażany jest niepokój, że opóźnia się podjęcie wiążących decyzji co do tego, na jakich zasadach będzie kontynuowane kontraktowanie opieki pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej.

Czas mija. Raz okazuje się, że będzie to w opiece długoterminowej, potem projekt zarządzenia prezesa NFZ znika. Tutaj przy okazji witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest pan Krzysztof Klichowicz... Czy tak? Ale proszę się przedstawić.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Dziękuję bardzo. Nie chciałem przekreślić nazwiska.

W każdym razie potem nie wiadomo, czego się trzymać. Dlatego chcielibyśmy dzisiaj zapytać przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, jakie są decyzje, i ewentualnie przyjąć jakieś stanowisko komisji.

Zatem, by nie marnować czasu, którego mamy bardzo mało, bardzo proszę o przedstawienie sytuacji przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ, a potem Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Kto z panów ministrów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę też o przedstawianie się do protokołu.

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

Panie Przewodniczący! Panowie Ministrowie! Szanowni Państwo!

---

Marek Haber, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Sytuacja, z jaką mamy do czynienia, jest konsekwencją pewnych zmian związanych ze sposobem kontraktowania świadczeń zdrowotnych i wejściem w życie tak zwanej ustawy koszykowej oraz rozporządzeń, które zostały przygotowane do tej ustawy.

Rozmowy dotyczące sposobu kontraktowania świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak również objęcia opieką pensjonariuszy domów pomocy społecznej rozpoczęły się wcześniej, jeszcze zanim zostały zakończone prace nad rozporządzeniami koszykowymi. W efekcie tych rozmów mieliśmy wypracowane w resorcie zdrowia dość czytelne stanowisko, mówiące o tym, że w zakresie świadczeń pielęgniarских pensjonariusze domów pomocy społecznej mają być objęci taką samą opieką jak osoby, które przebywają w domach rodzinnych.

W bieżącym roku świadczenia te były realizowane w formie tak zwanej opieki zadaniowej. Nie należy oczywiście zapominać o innych formach opieki realizowanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, a więc o świadczeniach finansowanych na zasadach kapitacyjnych, ale tutaj chodzi nam przede wszystkim o opiekę zadaniową. W trakcie tych prac uznaliśmy, między innymi na podstawie doświadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia, że forma opieki zadaniowej nie spełnia oczekiwań, ponieważ jest zbyt kosztowna i nie do końca skierowana do tej grupy pacjentów, do której powinna być skierowana. W związku z tym została przyjęta koncepcja zamiany opieki zadaniowej na opiekę inaczej realizowaną, to jest na opiekę, która byłaby skierowana do pacjentów najbardziej potrzebujących i finansowana w bardziej zryczałtowanej formie. W efekcie doszliśmy do przekonania, że realizacja tego powinna polegać na finansowaniu zadań poprzez opiekę długoterminową, objęciu opieką pacjentów najbardziej potrzebujących, a więc sklasyfikowanych według skali Barthel w przedziale 0–40 punktów, i zmienieniu, jak powiedziałem, formy finansowania w formę zryczałtowaną, a więc płaceniu za jeden osobodzień opieki.

Takie prace zostały wykonane. Jednak w momencie, gdy doszło do przygotowania rozporządzeń koszykowych, ustalenia te nie znalazły się w rozporządzeniu regulującym zakres świadczeń opieki długoterminowej, ponieważ podstawą prac nad rozporządzeniami była tak zwana zasada jeden do jednego. A więc to wszystko, co znajdowało się w zarządzeniach prezesa do momentu rozpoczęcia prac nad rozporządzeniami koszykowymi, miało się znaleźć również w tych rozporządzeniach. W momencie, kiedy to rozporządzenie się ukazało, zostały podjęte prace nad jego zmianą, nad znowelizowaniem go w taki sposób, aby ustalenia, o których mówiłem, po prostu zostały zrealizowane.

W chwili obecnej stanowisko Ministerstwa Zdrowia jest następujące: mamy przygotowany projekt rozporządzenia regulującego zasady opieki długoterminowej, w której zawiera się również opieka nad osobami przebywającymi w domach pomocy społecznej i w domach rodzinnych. Osoby te mają być kwalifikowane do opieki długoterminowej na podstawie ich stanu zdrowia, a więc po otrzymaniu oceny według skali Barthel w przedziale 0–40 punktów. Opieka ta będzie finansowana na zasadach płacenia za osobodzień. Jest też propozycja zróżnicowania liczby pacjentów, którzy będą pod opieką jednej pielęgniarki. Od sześciu pacjentów zamieszkałych w różnych miejscach, a więc w terenie, do ośmiu, dziesięciu, dwunastu lub piętnastu pacjentów – bo takie liczby padają w rozmowach z Narodowym Funduszem Zdrowia – zamieszkałych w jednym miejscu, czyli pacjentów domów pomocy społecznej. Górna granica liczby pacjentów, którzy będą pod opieką pielęgniarki, powinna być ustalona przede

wszystkim przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie jego możliwości finansowych i szacowanej liczby pacjentów do objęcia opieką w terenie.

W czasie prac pojawił się jeszcze jeden element, będący dokładnie przeniesieniem zapisów, które znajdowały się w zarządzeniu prezesa do pierwotnej wersji rozporządzenia, a mianowicie dodatkowe warunki objęcia pacjenta opieką, obok zakwalifikowania go według skali Barthel w przedziale 0–40 punktów. Było tam szereg wymogów, które trzeba było spełnić, między innymi długotrwałe wlewy kroplowe, żywienie pozajelitowe i tym podobne zabiegi. Pragnę wyraźnie podkreślić, że w nowej wersji rozporządzenia te wymogi się nie znalazły, a więc mówimy tylko i wyłącznie o liczbie 0–40 punktów, bez dodatkowych warunków, jakie znajdują się w obecnej wersji rozporządzenia.

Myszę, że to tyle co do wprowadzenia. Podsumuję jeszcze krótko prace, które w tej chwili praktycznie dopinamy, jeśli chodzi o projekt rozporządzenia. A więc zmiana zasad objęcia opieką długoterminową pacjentów przebywających w środowisku domowym lub – bo traktujemy je na równi – w środowisku domu pomocy społecznej, skierowanie do nich świadczeń umieszczonych w opiece długoterminowej i objęcie tą opieką pacjentów, którzy według skali Barthel osiągają 0–40 punktów, bez dodatkowych wymogów.

Oprócz tego do wszystkich pacjentów skierowane są świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Są one kierowane do pacjentów na zasadach kapitacyjnych, ewentualnie poprawionych wskaźnikami w zależności od stanu zdrowia i wieku pacjentów. Te świadczenia są utrzymane i oczywiście dalej obowiązują. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Dziękuję uprzejmie.

Poproszę również o wypowiedź pana ministra Dudę.

**Sekretarz Stanu  
w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej  
Jarosław Duda:**

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Pan minister Haber zrelacjonował stan prac, które prowadzimy wspólnie od kilku miesięcy po to, żeby wyjść z impasu i doprowadzić całą kwestię do szczęśliwego końca. Wydaje się, że jest on już bliski, chociaż tak naprawdę nie widzieliśmy jeszcze tego rozporządzenia. Dobrze by było, żebyśmy się w dalszym ciągu konsultowali, szczególnie jeśli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia, który, jak rozumiem, ma swoje ograniczenia związane głównie z finansowaniem. Zamieszanie bowiem wynikało między innymi z tego, co trzeba otwarcie powiedzieć, że na skutek propozycji, która była związana z działaniami o charakterze zadaniowym, pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej rezygnowały z pracy etatowej i przechodziły na kontrakty indywidualne lub zbiorowe. To wyglądało dobrze z punktu widzenia służb pomocy społecznej, czyli głównie pielęgniarek, które są w nich zatrudnione. Jednak w sytuacji, kiedy to się załamało – a załamało się od czerwca – gros pań pielęgniarek i panów pielęgniarzy zostało na przysłowiowym lodzie. Nie mieli pracy etatowej w domu pomocy społecznej i zostali pozbawieni możliwości zakontraktowania tej usługi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ja rozumiem, że oferta zaproponowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia była, przepraszam za kolokwializm, lekko przegrzana, to znaczy zbyt korzystna, bo jedna pielęgniarka miała pod opieką sześcioro czy ośmioro podopiecznych. W środowisku być może przez moment tak to było realizowane, zapewne głównie z korzyścią dla pielęgniarek, bo sytuacja, w której jedna pielęgniarka przypada na ośmiu pacjentów, to rzeczywiście dosyć korzystne rozwiązanie. Tego system po prostu nie wytrzymał, jak rozumiem, z powodów finansowych, i potem mieliśmy ten swoisty krach. Dlatego szukamy nowego rozwiązania.

Już kilka miesięcy temu, a nawet rok temu powołałem w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej specjalny zespół, który miał rozwiązać tę kwestię, ale zatrzymywaliśmy się zawsze na barierze finansowej związanej z niewystarczającymi środkami w Narodowym Funduszu Zdrowia. Rozumiemy, że trudno oczekiwać, iż nagle będziemy mogli wprowadzić wszystkie nasze pomysły, chociażby takie, żeby dom pomocy społecznej funkcjonował na zasadzie zakładu opieki zdrowotnej i mógł normalnie kontraktować usługi poprzez swojego dyrektora. To by pewnie rozsądziło system. Dlatego szukamy kompromisu, o którym mówiłem. Poza tym trzeba byłoby spełniać określone standardy w związku z wymogami ujętymi w ustawach i w rozporządzeniach.

Niemniej jednak konkluzja jest taka: wierzę, że od 1 stycznia sytuacja się poprawi, jeśli prawdą jest to, o czym rozmawiamy w związku z tym rozporządzeniem. Jestem absolutnie przekonany, że i pan minister Haber, i pan minister Rzemek na pewno zrealizują ustalenia. Wówczas od stycznia będziemy mieć sytuację nieco opanowaną. Z naszych wyliczeń wynika, że nawet gdyby jedna pielęgniarka przypadała na piętnastu pacjentów – bo rozumiemy, że skumulowanie pacjentów w jednym miejscu to jest inna sytuacja niż praca w terenie i że w układzie opieki długoterminowej to nie powinno być ośmiu czy dziesięciu pacjentów, tylko może być nawet piętnastu, chociaż jednocześnie, biorąc pod uwagę sytuację w domach pomocy społecznej, uważamy, że liczba dziesięciu podopiecznych byłaby bardziej korzystna – to i tak mielibyśmy zatrudnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mówiąc wprost: zakontraktowanych, około tysiąca pięciuset pielęgniarek w domach pomocy społecznej, przypadających na... Pani Dyrektor?

*(Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Krystyna Wyrwicka: Na dwadzieścia trzy tysiące osób, które...)*

...dwadzieścia trzy tysiące osób, które zgodnie ze skalą Barthel mają 0–40 punktów. A wszystkich pielęgniarek w domach pomocy społecznej mamy...

*(Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Krystyna Wyrwicka: Siedem tysięcy.)*

...siedem tysięcy. No, to już jest jakiś znaczący element. Aczkolwiek, trzeba to sobie powiedzieć wprost, to nie jest rozwiązanie docelowe. I pytanie właśnie, czy będą nowe kontrakty na nowe świadczenia.

Kłopot jest jeszcze jeden – jeśli pan przewodniczący pozwoli, to chciałbym zasygnalizować problem, o którym też dyskutujemy. Są nim pacjenci psychiatryczni. Chodzi o to, w jaki sposób rozwiązać problem w domach dla osób chorych psychicznie. Teoretycznie mają oni prawa, jednak nie mogą z nich dzisiaj korzystać.

Konkludując chcę powiedzieć, że uzgodnienia między dwoma resortami, Ministerstwem Zdrowia oraz Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, dobiegają końca, ale warunkiem jest podtrzymanie ich przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chcielibyśmy zobaczyć to rozporządzenie. Ono może tylko częściowo rozwiązuje problem, ale jest to znaczące w sytuacji, która ma dzisiaj miejsce, jeśli chodzi o zatrudnienie

pielęgniarek, a przede wszystkim o zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom domów pomocy społecznej w Polsce. Dziękuję.

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Dziękuję.

Chcę państwa poinformować, że pani minister Kopacz poprosiła mnie, abym – w jakiejś mierze reprezentując także stanowisko Rady do spraw Osób niesamodzielnych – uczestniczył w pracach nad nowelizacją rozporządzenia dotyczącego opieki długoterminowej. Pracuje nad tym zespół pod kierunkiem pana ministra Rzemka. Byłem na posiedzeniu tego zespołu dwukrotnie, ale akurat w takim ujęciu kwestie domów pomocy społecznej nie były tam przedstawiane.

Może zanim przejdziemy do dalszej dyskusji, poproszę o wypowiedź, jeśli państwo senatorowie pozwolicie, panią przewodniczącą Buczkowską. Proszę, żeby zechciała przedstawić sytuację z punktu widzenia pielęgniarek.

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

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Może najpierw zapoznam państwa z rozpoznaniem, jakie poczyniliśmy wspólnie z Departamentem Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia i wiceministrem Haberem, ilu mamy tych podopiecznych.

Według uzasadnień do wszystkich projektów mamy dziewięćset publicznych i niepublicznych domów pomocy społecznej i około dziewięćdziesięciu sześciu tysięcy osób starszych, chorych i niepełnosprawnych o profilu psychosomatycznym i psychiatrycznym. Pielęgniarek zatrudnionych dotychczas w tychże domach jest około pięciu i pół tysiąca. Jeżeli chodzi o kontraktowanie, do którego pielęgniarki rzeczywiście przystąpiły w tym roku, zresztą wprowadzone jako pilotaż, to dotyczyło ono skategoryzowania tych podopiecznych według międzynarodowej skali Barthel. Ta skala ujawniła nam nie tylko stan zdrowia podopiecznych, ale przede wszystkim zapotrzebowanie na wzmożoną opiekę pielęgniarską.

Pacjenci sklasyfikowani według tej słynnej punktacji mieszczą się mniej więcej w następujących kategoriach. Kategoria 0–5 punktów oznacza człowieka, który się nie porusza, leży, może być nieprzytomny, wszystko wokół niego trzeba zrobić, od nakarmienia przez obsługę higieniczną, i zapewnić wszystkie świadczenia zdrowotne. Takich osób jest sześć tysięcy. Kategoria 6–40 punktów oznacza pacjentów, którzy wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej. Takich osób jest około siedemnastu tysięcy trzystu. No i wreszcie kategoria 41–60 punktów – bo do półroczną granicą, do której pielęgniarki mogły kontraktować usługi metodą zadaniową bezpośrednio z płatnikiem, mogły realizować świadczenia zdrowotne również w warunkach domowych, była granica 60 punktów. Takich osób jest trzynaście tysięcy trzysta. W sumie wszystkich podopiecznych, którzy wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej, tylko w DPS jest trzydzieści sześć tysięcy sześćset.

Jeżeli w kraju wszystkich podopiecznych mamy dziewięćdziesiąt sześć tysięcy i odejmiemy podaną już sumę, to pozostaje sześćdziesiąt tysięcy osób. To są pozostali, którzy nie wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej, co nie oznacza, że powinni być pozbawieni jakiegokolwiek opieki zdrowotnej w ramach zadań lekarza POZ czy pielęgniarki POZ. Jednak oświadczam, że pielęgniarka, która ma na swojej liście dwa

tysiące siedmiuset pięćdziesięciu pacjentów, bo tak stanowi przepis, nie jest w stanie zająć się dodatkowo jakąkolwiek opieką pielęgniarską dla szczególnych pacjentów. Ustawa koszykowa wprowadziła nowy system, czyli nowe zasady, i dlatego tym, że brakuje pieniędzy w Narodowym Funduszu Zdrowia, nie powinniśmy być zdziwieni. Dość krytycznie podchodzę do sytuacji, w której nigdy w sposób należyty płatnik nie zabezpieczył opieki długoterminowej. Dotyczy to zarówno ZOL i ZPO, jak i opieki domowej, w tym również mieszkańców DPS.

Dzisiaj stajemy wobec takiej sytuacji, że w pierwszym półroczu pielęgniarki się odważyły, oczywiście dotyczy to tylko części kraju, założyć podmioty gospodarcze i zaczęły realizować tę wzmoczoną opiekę od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–18.00, bo tak stanowi przepis. Pieniądzy nie ma. Dalsze kontrakty są niemożliwe. Nowy rok 2010 przyniesie nam nową formułę, mianowicie taką, że wzmoczona opieka zostanie przesunięta z systemu podstawowej opieki zdrowotnej do opieki długoterminowej. Mamy bardzo dużo zastrzeżeń do rozporządzenia, które nas dzisiaj obowiązuje. Oprócz ograniczenia kategorii pacjentów objętych wzmoczoną opieką do pacjentów sklasyfikowanych według skali Barthel w przedziale 0–40 punktów – czyli pozostali, sklasyfikowani w przedziale 40–60 punktów, nie będą już nią objęci, co znacznie zmniejszy liczbę pacjentów – słynny §9 zawiera jeszcze dodatkowe obostrzenia. Chodzi o dodatkowe wskaźniki kwalifikujące do wzmoczonej opieki, takie jak wykonywanie opatrunków, karmienie przez zgłębnik, płukanie pęcherza itd. To może spowodować, że jeszcze mniej pacjentów załapie się na wzmoczoną opiekę pielęgniarską.

Ja reprezentuję nie tylko środowisko pielęgniarek, ale przede wszystkim pacjentów. I w związku z tym bardzo liczyłam na to, że minister pracy z ministrem zdrowia rzeczywiście potrafią się dogadać na temat tego, co powinien zabezpieczyć, z racji obowiązującej ustawy, minister pracy – mam tutaj na uwadze usługi opiekuńcze – a minister zdrowia, z racji zadań swojego resortu, zajmie się z kolei wszystkimi świadczeniami, które służą utrzymaniu zdrowia.

No i projekty, o których dziś się mówi. Mianowicie nowelizacja rozporządzenia do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wskazuje, gdzie może zostać powołany zespół opieki długoterminowej, w skład którego trudno mi dzisiaj nawet powiedzieć, kto miałby wchodzić.

Tak więc nie ukrywam, że pielęgniarki, które poczyniły starania, przede wszystkim podniosły w sposób znaczący swoje kwalifikacje, pokończyły kursy, podjęły działalność gospodarczą, zainwestowały środki, a dzisiaj nie mają kontraktów, bo zabrakło pieniędzy, są sfrustrowane. A od nowego roku może również zabraknąć pieniędzy na kontrakty dla tych, które dzisiaj jeszcze je mają.

Ponadto – i kieruję to do ministra Dudy – podjęto taką decyzję, zrobiono taki krok, że po środki na świadczenia zdrowotne można sięgnąć do Narodowego Funduszu Zdrowia, nazwijmy to tak, rękami pielęgniarek. Na pewnym etapie zaczęło to przeszkadzać. Trzeba bowiem również otwarcie powiedzieć, że zbuntowali się dyrektorzy DPS, którzy raptem uznali, że to są lukratywne kontrakty, i pomylili przychody z zyskami. Ale prawdą jest również to, że dyrektorzy oczekiwali, iż pielęgniarki będą pracowały i zabezpieczały świadczenia zdrowotne przez dwadzieścia cztery godziny na dobę. Proponowaliśmy na pewnym etapie rozwiązanie polegające na kontraktowaniu usług pielęgniarskich poprzez outsourcing, bo grupowa praktyka pielęgniarska jest właśnie outsourcingiem, czyli firmą zewnętrzną podnajmującą gabinet i realizującą świadczenia zdrowotne na obszarze domów pomocy społecznej. Wtedy rzeczywiście na jednym obszarze



można by objąć opieką większą liczbę podopiecznych. Nie jest to dom, pielęgniarka nie musi się przemieszczać z ulicy Kolejowej na Zielińskiego, w związku z tym wzrost liczby pacjentów z sześciu do dziesięciu jest słuszny. Tak więc tutaj nie wnosimy żadnych zastrzeżeń, również dlatego iż mamy świadomość, że nie ma pielęgniarek.

Okazuje się przy tym, że zwalnianie pielęgniarek, a ten problem pojawił się w zeszłym roku, poczyniło dużo złego. Najpierw w domach pomocy społecznej pielęgniarki były bardzo źle widziane, najczęściej niechciane, ponieważ uznano, że wystarczy opiekun, a pielęgniarka jest niepotrzebna. W tej chwili sytuacja jest odwrotna, pielęgniarka jest bardzo potrzebna do opieki z tej racji, że jest jedynym profesjonalistą, który jest w stanie zabezpieczyć świadczenia zdrowotne być może nawet przez dwadzieścia cztery godziny na dobę. Może więc należałoby rozważyć taką sytuację, że Narodowy Fundusz Zdrowia będzie płacił za opiekę od poniedziałku do piątku – a być może nawet przez trzysta sześćdziesiąt pięć dni w roku, bo to wszystko jest do negocjacji i zależy od systemu organizacji – w godzinach 8.00–18.00, a były też propozycje, że w godzinach 8.00–20.00, metodą osobodnia na pacjenta. Oczekiwania są również takie, że ministerstwo pracy zabezpieczy tak zwane dyżury pielęgniarskie od godziny 18.00 do rana. Czyli chodzi o to, żeby podzielić się także kosztami. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Dziękuję bardzo.

Pan minister Duda chciałby się jeszcze do tego odnieść. Bardzo proszę.

**Sekretarz Stanu  
w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej  
Jarosław Duda:**

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, skomentuję. Ze zdziwieniem wysłuchałem pani przewodniczącej. Spotykaliśmy się wielokrotnie i nigdy, jak sądzę, pani przewodnicząca nie słyszała z moich ust stwierdzenia, że pielęgniarki w domach pomocy społecznej są niepotrzebne albo że trzeba je zwalniać. A wręcz przeciwnie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ale Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej nie jest organem założycielskim tych jednostek, które są dzisiaj omawiane, czyli domów pomocy społecznej.

Pani Przewodnicząca, Szanowni Państwo, nigdy tak nie było – jak rozumiem, to był jakiś skrót myślowy – że pielęgniarki sięgnęły po pieniądze Narodowego Funduszu Zdrowia. Sytuacja, która miała miejsce, rzeczywiście była dla pań pielęgniarek bardzo korzystna. Chyba pani przewodnicząca przyzna, że jeśli jedna pielęgniarka miała w terenie ośmiu pacjentów zakontraktowanych na kwotę ponad 6 tysięcy zł, to rzeczywiście była to komfortowa sytuacja. Ale budżet Narodowego Funduszu Zdrowia tego oczywiście nie wytrzymał.

A teraz wspólnie – bo przecież spotykaliśmy się wspólnie wielokrotnie – rozmawiamy, w jaki sposób zabezpieczyć mieszkańców domów pomocy społecznej. Chcę powiedzieć to z całą odpowiedzialnością: mieszkańców domu pomocy społecznej. W mojej ocenie – co podkreślam z uporem bliskim, przepraszam, jakiegoś chorobliwego stanu – stan zdrowia mieszkańców domów pomocy społecznej nie różni się od stanu zdrowia osób, z którym spotykamy się w zakładach opieki zdrowotnej. Jeszcze raz podkreślam, że jeśli pojedziemy do domu pomocy społecznej dla przewlekle somatycznie

chorych i do zakładu opiekuńczo-leczniczego, to gwarantuję państwu, że nie będziecie wiedzieli, w której jednostce jesteście, biorąc pod uwagę stany chorobowe czy też stan zdrowia osób, które tam się znajdują. Ale tu jest zupełnie inne kontraktowanie i na to są środki. Twierdzicie, myślę tutaj o Narodowym Funduszu Zdrowia i Ministerstwie Zdrowia, że macie ich za mało, a my mamy inny problem. Ale tego już nie podnosimy, bo z punktu widzenia potrzeb mieszkańców domów pomocy społecznej nie o to chodzi.

Pani Przewodnicząca, chcę jeszcze dodać, że ministerstwo pracy nigdy nie twierdziło, że pielęgniarce w domach pomocy społecznej powinny być na przykład przekwalifikowane na opiekunki. Był taki trend na początku lat dziewięćdziesiątych, kiedy, jak to się mówi, odmedyczniano domy pomocy społecznej. Potem jednak wrócono do zupełnie innego poglądu, zgodnego z oczekiwaniami i z rzeczywistością, że pielęgniarce w domu pomocy społecznej jest niezbędna do zapewnienia pewnych czynności stricte pielęgniarckich.

Ja chcę panią zapewnić – zresztą pani przecież doskonale o tym wie, może nawet lepiej niż ja – że w domach pomocy społecznej koncentrujemy się głównie na usługach opiekuńczych. Zapewniają je opiekunki i opiekunowie, którzy pielęgnują mieszkańców domów pomocy społecznej – mam tu na myśli wszystkie najbardziej podstawowe czynności życiowe. Pielęgniarki zaś są wykorzystywane do czynności stricte medycznych, oczywiście w zależności od zakresu czynności, które mają tam być wykonane.

Dlaczego ten temat podnosimy? Bo to warto – Panie Przewodniczący, jeśli mogę zająć jeszcze trzy minuty – dodać. Podnosimy ten temat dlatego, że uważamy – chcę to jeszcze raz podkreślić – iż będziemy mieć do czynienia ze skargą konstytucyjną, gdyż to jest podwójne finansowanie. Mieszkaniec domu pomocy społecznej jest płatnikiem składki, tak jak każdy inny mieszkaniec Rzeczypospolitej, i odprowadza tę składkę. Jednocześnie od tego mieszkańca pobiera się 70% świadczenia emerytalnego lub rentowego i z tych pieniędzy, które się od niego pobiera, opłaca się pielęgniarce, bo tak naprawdę są one w budżecie domu. A więc mamy tu do czynienia z dyskryminacyjnym podwójnym opodatkowaniem, że użyję takiego sformułowania.

I jeszcze sprawa, o której powiedziała już pani przewodnicząca: zostawmy to, co należy do pomocy społecznej, a więc panie, które w tych domach sprzątają, panie pokojowe, opiekunów, którzy są przygotowani do tego, żeby wykonywać wszystkie niezbędne dla mieszkańców domu pomocy społecznej czynności. Są tam też terapeuci zajęciowi, psychologowie, rehabilitanci. My za to wszystko przecież płacimy. Nie poruszamy w ogóle kwestii... Mówię „my” w tym sensie, że utożsamiam się ze sferą pomocy społecznej. Przecież środki na to są wydatkowane z funduszy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, a powinny za to płacić, w myśl wszystkich uregulowań, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Żeby już nie przedłużać, powiem tylko tyle, że odpowiedź na to pytanie, które mi pani zadała, czy robimy coś poza usługami pielęgniarckimi, jest oczywista. Przecież opiekunki i cały personel dodatkowy są właśnie dla mieszkańców domu pomocy społecznej. My chcemy się teraz skoncentrować tylko na usługach pielęgniarckich. Dziękuję.

*(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: I oczywiście warto dodać, że najczęściej są to też profesjonaliści. Czy nie tak?)*

Tak. Dziękuję, Panie Przewodniczący.

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Bardzo proszę. Pierwszy do głosu zgłosił się pan przewodniczący Okła.

**Senator Michał Okła:**

Chciałbym zwrócić uwagę na to, że my troszeczkę zbyt demagogicznie podchodzimy do pracy pielęgniarek, twierdząc, że jest ich za mało. Uważam, że pielęgniarki, które w tej chwili są bardzo dobrze wykształconymi osobami – mają licencjaty, wyższe studia, specjalizacje, kursy kwalifikacyjne – nie powinny pracować z pacjentem tak, jak to się utarło, to znaczy karmić pacjenta, przewijać i wykonywać wszystkich usług higienicznych. Pielęgniarka powinna nadzorować taką pracę. W tej chwili mamy już dosyć powszechnie rozwinięty system opiekunów medycznych. I właśnie dobrze wykształcone pielęgniarki – uważam, że ich powinno być mniej i ta redukcja ma prawidłowy kierunek – powinny być zastąpione opiekunami medycznymi, ponieważ są oni tańsi, jeżeli chodzi o utrzymanie, a mogą wykonywać wszystkie usługi, które do tej pory, nie wiem czemu, były przypisane akurat pielęgniarkom. Dziękuję.

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Dziękuję.

Mogę chyba poprosić pana ministra o zdanie komentarza w tej sprawie. Nie chcę pana wyręczać, ale jeśli chodzi o rozporządzenie, to prace zmierzają trochę w kierunku, o którym mówi pan senator. Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Cezary Rzemek:**

Dziękuję bardzo.

Oczywiście, zauważyliśmy to na wcześniejszych spotkaniach, podobnie jak pan senator, który był na nich obecny. Ta kwestia była podnoszona. Stwierdziliśmy, że opiekunowie medyczni, ponieważ są wykształceni, będą pracować w zakładach długoterminowych, choć oczywiście nie sami. Chcemy wprowadzić to przy najbliższej nowelizacji, po prostu opisując, kim jest opiekun medyczny oraz określając jego zadania i wykształcenie, bo w ustawie o zawodach medycznych nie ma zawodu opiekuna medycznego. Tak więc wprowadzimy to przy najbliższej okazji.

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Dziękuję bardzo.

Tak więc ta kwestia, Panie Przewodniczący, jest podnoszona.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Jeśli nie, to ja mam parę pytań, ważnych moim zdaniem. Mianowicie, Panie Ministrze – kieruję to do pana ministra Habera – czy prawdą jest, że teraz, po przeniesieniu finansowania opieki pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej do opieki długoterminowej, nie będzie podwyższonej stawki kapitałowej w POZ? Bo stan mieszkańców jest bardzo różny, tak jak pani przewodnicząca mówiła. Będą tacy, którzy zgodnie z tym rozporządzeniem będą się musieli zająć osobami będącymi w bardzo trudnym stanie. I jest pytanie, gdzie znajdą się pozostali? To pierwsze pytanie.

Pytanie drugie. Czy robiliście państwo jakąś kalkulację, jakąś symulację, czy tym razem starczy pieniędzy? W wyniku zaistniałej sytuacji autorytet Ministerstwa Zdrowia i Na-

rodowego Funduszu Zdrowia naprawdę został nadwreżony. Zaoferowaliście państwo coś, za co potem nie byliście w stanie zapłacić. To spowodowało wielkie rozczarowanie ogromnej rzeszy pielęgniarek, kilku tysięcy osób – naprawdę nie chciałbym tego lekceważyć. One w dobrej wierze przyjęły to, co państwo zaproponowaliście, kształciły się, często na własny koszt, i zwolniły z etatów, żeby założyć własne praktyki. A tymczasem dowiedziały się, że finansowania nie będzie. Stąd moje pytanie, czy tym razem będzie to spełnione.

Następne pytanie dotyczy tego, co będzie z mieszkańcami domów pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie. Skala Barthel odnosi się do niesprawności fizycznych, z kolei inne przepisy, na przykład dotyczące przymusu bezpośredniego, nakładają obowiązek obecności pielęgniarki na terenie takiej placówki. I wtedy dzieje się coś takiego, o czym mówił pan minister, prawda? Są ubezpieczeni, jest dyrektor domu zobowiązany prawnie, by pielęgniarka tam była, i jest NFZ, który nie płaci, bo ci pacjenci najczęściej nie spełniają warunków określonych według skali Barthel.

A teraz już nie pytanie, tylko opinia. Dobrze, że w tym rozporządzeniu wspomnianych siedem warunków nie będzie branych pod uwagę w odniesieniu do mieszkańców domów pomocy społecznej. Niemniej jednak, w moim przekonaniu, nie można się w tej redukcji posuwać za daleko. Wydaje się, że nie możemy pozwolić sobie na jakiś woluntaryzm, skoro jesteśmy w stanie na podstawie danych, którymi dysponuje chociażby Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, określić, jaka jest liczba osób wymagających pomocy. Co prawda była mowa o skali do 60 punktów, ale możemy sobie przecież tę liczbę, że tak powiem, odpowiednio przyciąć. Na podstawie logicznego rozumowania można wywieść, jak ustanowić tę barierę i gdzie postawić granicę, ilu pacjentów może obsłużyć jedna osoba. Wydaje mi się, że trzeba tutaj dużego namysłu. I o to bardzo apeluję.

I na koniec taka uwaga. Wraz z zespołem, w którym są przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, pracuję nad rozwiązaniami długofalowymi w opiece długoterminowej. Jesteśmy po pierwszym etapie prac. Wiemy na pewno, że to nie jest tylko polska specyfika. To, jak w placówkach opieki długoterminowej rozdzielić to, co medyczne, i to, co opiekuńcze, to nie jest tylko polski problem. Bo tak naprawdę tego to właśnie będzie dotyczyło. Sprawa jest oczywiście delikatna i trudna nie tylko u nas. Tam, gdzie to zrobiono, na przykład w Niemczech w ubezpieczeniu pielęgnacyjnym – już kończymy, Panie Przewodniczący, a ja na pewno już kończę – do dzisiaj, mimo tej próby, są rozprawy sądowe w kwestii: ubezpieczenie zdrowotne a ubezpieczenie opiekuńcze. A więc nie jest to łatwe. Nie twierdzę, że to jest łatwe, ale nie można też do tego podejść, że tak powiem, nierozsądnie albo, nie daj Boże, z siekierą – bo my tak uważamy, tak utniemy i już. Bardzo proszę o odpowiedzi na wątpliwości, które zgłosiłem.

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

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Tak jak pan przewodniczący powiedział, rozgraniczenie, określenie tego, gdzie kończy się zabezpieczenie społeczne, a gdzie zaczyna się ochrona zdrowia, jest trudne. Pracujemy z panem ministrem i z zespołem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej i jesteśmy przekonani o tym, że rozwiązania, które przyjmujemy z jednej strony mają

być klarowne, ale z drugiej strony nie mogą zmieniać systemu w sposób nagły i dramatyczny. Nie chodzi bowiem o to, żeby uporządkować wszystkie przepisy i być przekonanym, że wszystko jest fajnie poukładane. Przez cały czas musimy pamiętać o pacjentach i o tym, że nie można ich przenosić z miejsca na miejsce tylko dlatego, że chcemy uporządkować coś od strony proceduralnej. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Mamy przekonanie o tym, że te kwestie trzeba uporządkować i w tym kierunku idziemy. Tak przynajmniej odbieram te prace i te rozmowy.

Kwestia zasad finansowania opieki nad pacjentami w domach pomocy społecznej dzisiaj i tego, jak to by miało, według nowego rozporządzenia, wyglądać. Oczywiście cały czas mówimy o pewnym komplementarnym nakładaniu się opieki medycznej czy ochrony zdrowia na usługi w zakresie zabezpieczenia społecznego. Dalej są oczywiście utrzymane i opieka lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, i opieka pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej z określoną...

*(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Czy na podwyższonej stawce kapitałowej?)*

Wobec tych pacjentów, którzy nie będą objęci opieką długoterminową – oczywiście tak.

*(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Dziękuję.)*

Nie ma żadnego zamiaru zmieniania tego. Jednak jeżeli pacjent będzie objęty opieką długoterminową, to automatycznie ten wskaźnik powinien być wykluczony czy zawieszony. I takie prace w odniesieniu do zarządzenia w Narodowym Funduszu Zdrowia trwają.

Dalej, kwestie związane z prawidłową kalkulacją środków finansowych. Te sprawy być może są jedną z przyczyn wrażenia, że prace trwają za długo. Chodzi nam jednak o to, żeby wszystko zostało odpowiednio wyszacowane i żeby liczba pacjentów, którzy zostaną objęci opieką, i ilość środków finansowych będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia były ze sobą skorelowane.

Tutaj nieśmiało pragnę zwrócić uwagę, że sytuacja, z którą mieliśmy do czynienia w tym roku, wynikała nie tylko ze zbyt łatwego podejścia do sprawy i zbyt hojnego zakupu świadczeń, ale również z warunków finansowych, które zmieniły się praktycznie w trakcie tego roku – myślę o przychodach Narodowego Funduszu Zdrowia. A więc to też wpłynęło na decyzje i zachowanie oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. I...

*(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Osoby w domach dla psychicznie chorych, Panie Ministrze.)*

Jeśli chodzi o osoby, które przebywają w domach pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych, to powtórzę jedną rzecz. W chwili obecnej zarówno dom pomocy społecznej, jak i dom rodzinny pacjenta traktujemy identycznie. Czyli mamy do czynienia z opieką i zabezpieczeniem społecznym po stronie domu pomocy społecznej i po stronie domu pacjenta czy rodziny pacjenta. A do pacjentów, którzy wymagają opieki specjalistycznej, jest skierowana psychiatryczna opieka środowiskowa i taki produkt Narodowy Fundusz Zdrowia oferuje. Ta opieka psychiatryczna może być realizowana zarówno w domu pacjenta, jak i w domu pomocy społecznej.

Ja nie twierdzę, że to jest rozwiązanie idealne i w pełni satysfakcjonujące. Jednak po to, żeby przyjąć jakieś inne, bardziej pełne rozwiązanie, potrzebne są dalsze prace w tym kierunku. Nie wykluczam ich, ale obecnie to jest wszystko, co resort zdrowia może zaoferować pacjentom DPS.

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, chciałbym zaproponować, żebyście państwo przez chwilę wysłuchali stanowiska, które, jak uważam, mogłoby być owocem naszych dzisiejszych prac. Potem poproszę jeszcze o ewentualny komentarz.

Mam nadzieję, że państwo zgodzicie się z tym, iż komisje uważają, że, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opieka pielęgnarska jest usługą należną i gwarantowaną wszystkim ubezpieczonym, w tym także mieszkańcom domów pomocy społecznej. Opieka pielęgnarska w domach pomocy musi odpowiadać potrzebom osób tam przebywających, to znaczy powinna zabezpieczać ciągłość opieki dla mieszkańców – tu podkreślam – ciężko chorych i obłożnie chorych oraz dla osób głęboko upośledzonych i chorych psychicznie. W jakiej formule? To jest inna kwestia. Bezpieczeństwo zdrowotne tych osób wymaga, by opieka pielęgnarska obejmowała także noce i dni wolne od pracy. Czy w formie dyżuru? To znowu inna kwestia. Nie udawajmy jednak, że jeśli do wczoraj człowiek przebywał w ZOL, ale skończył mu się tam pobyt i został przeniesiony do DPS, to nagle stał się zdrowszy i coś zmieniło się w jego położeniu. A takie sytuacje będą, bo państwo skracacie czas pobytu w ZOL i gdzieś ci ludzie muszą pójść. Usługi te powinny być opłacane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Komisje uważają, że zarówno rozporządzenie dotyczące opieki długoterminowej, o którym państwo mówili, jak i odnoszące się do niego zarządzenie prezesa, o ile ono jeszcze wisi na stronach, wprowadzają daleko idące ograniczenia możliwości kontraktowania usług opieki długoterminowej dla mieszkańców domów pomocy społecznej, w efekcie czego usługami tymi zostanie objęta jedynie nieliczna grupa mieszkańców DPS – mówię o opiece długoterminowej – zwłaszcza w domach skupiających osoby upośledzone umysłowo i chore psychicznie.

Warunki zawarte w wymienionych przepisach nie dają pełnej możliwości skorzystania z należnych i absolutnie niezbędnych usług pielęgnarskich. Komisje wzywają wobec tego Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz prezesa NFZ do takiego dostosowania przepisów, aby dały one możliwość finansowania opieki pielęgnarskiej w domach pomocy społecznej na poziomie adekwatnym do stanu zdrowia i zgodnie z niezbędnym poziomem bezpieczeństwa zdrowotnego przebywających tam mieszkańców. Komisje zobowiązują się ponownie rozpatrzyć informacje resortów na temat zagwarantowania odpowiedniej do potrzeb opieki pielęgnarskiej w domach pomocy w terminie – myślę, że państwo zdążyście już wówczas przygotować gotowe propozycje – do 15 listopada 2009 r. I, jeśli taka będzie wola członków komisji, prosiłbym, żeby komisje upoważniły, a nawet zobowiązały przewodniczących komisji do monitorowania przebiegu prac nad zmianą przepisów, które budzą dzisiaj niepokój i niepewność.

Czy zdaniem państwa senatorów moglibyśmy przyjąć takie stanowisko?

Jeśli nie będzie sprzeciwu... Ale jest. Pan senator jest przeciwny, jak rozumiem. Bardzo proszę.

### **Senator Łukasz Abgarowicz:**

Panie Przewodniczący, wydaje mi się, że to jest dość rozbudowane stanowisko. Ono porusza bardzo wiele kwestii, dlatego ja nie podniosę ręki za tak przygotowanym stanowiskiem. Dziękuję.

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Rozumiem.

Wobec tego przystępujemy do głosowania.

Kto z państwa jest za przyjęciem tego stanowiska?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Bardzo proszę.

**Senator Jarosław Duda:**

Mam problem formalny. Nie wiem, czy jako członek Komisji Zdrowia mam głosować, czy nie.

*(Głos z sali: Tak.)*

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Oczywiście, że tak.

Bardzo proszę.

Kto jest za przyjęciem tego stanowiska? Proszę o podniesienie ręki. (2)

Kto jest przeciwny? (1)

Kto się wstrzymał? (3)

Stwierdzam, że stanowisko zostało przyjęte.

Ja rozumiem państwa wątpliwości. Niestety, termin był bardzo krótki. Nie było czasu, żebyście się państwo wcześniej zapoznali z tym stanowiskiem, nie ma też czasu na omówienie poszczególnych wątpliwości. Ale dziękuję za to minimum zaufania i za przyjęcie stanowiska, które jest przecież powodowane tylko troską o tych ludzi. My nie definiujemy tego, co to znaczy adekwatne zabezpieczenie, nie mówimy dokładnie, jak to powinno być, ale zwracamy uwagę na problemy. Liczymy na to, że do 15 listopada – w jego okolicach zwołamy kolejne posiedzenie – uda się wypracować ostateczne rozwiązania.

Bardzo też bym państwa prosił, żeby, jeśli wpływają do was mejlowe, listowne i inne zapytania, prezentować to stanowisko i uspokajać, że prace trwają, że zbliżają się do mety i że nie ma groźby – bo pojawia się też takie pytanie – iż usługi w opiece długoterminowej dla domów pomocy społecznej nie będą kontraktowane. Będą kontraktowane. Warto też podkreślać, że dodatkowe obostrzenia, które są zawarte w rozporządzeniu, nie będą dotyczyły domów pomocy społecznej. Tak usłyszałem od pana ministra Habera i to jest bardzo ważne, bo to budziło, powiem szczerze, największy niepokój. Wczoraj odwiedziłem jeszcze dwa domy pomocy społecznej, tam wszyscy rzucali mi przed oczy to rozporządzenie i mówili: no, teraz to już koniec, prawda? A więc dziękuję bardzo.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Pan minister Duda.

**Sekretarz Stanu**

**w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej**

**Jarosław Duda:**

Chcę jeszcze zwrócić uwagę na kwestię czasu, o której mówił pan przewodniczący. Mianowicie, to rozporządzenie – tutaj zwracam się do swoich kolegów – pięćdziesiąt cztery dni przed wejściem w życie powinno być...

*(Głos z sali: Przed końcem roku.)*

Tak, przed końcem roku. Dla kontrahentów jest to niezbędne. A więc pięćdziesiąt cztery dni przed. To oznacza, że zostało nam tak naprawdę dziesięć dni na to, żeby się ono pojawiło. Dziękuję.

**Przewodniczący Mieczysław Augustyn:**

Można nawet powiedzieć, że ten termin jest zbyt odległy, ale my już to przegłosowaliśmy i nie będziemy tego zmieniać. Niemniej jednak rzeczywiście taki jest stan prawny.

Dziękuję bardzo.

Panowie Ministrowie, zgodnie z tym stanowiskiem, my jako przewodniczący komisji jesteśmy do państwa dyspozycji. Dziękuję.

Zamykam posiedzenie.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 9 minut 32)*





Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 6 egz.

ISSN 1643-2851