



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(219)**

Wspólne posiedzenie
Komisji Zdrowia (20.)
oraz Komisji Rodziny
i Polityki Społecznej (15.)
w dniu 25 kwietnia 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat teraźniejszości i przyszłości systemu opieki długoterminowej w Polsce.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 10)

(Posiedzeniu przewodniczą przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Mieczysław Augustyn oraz przewodniczący Komisji Zdrowia Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dzień dobry państwu. Na sali jest wiele zacnych i ważnych osób. Jestem w dużym kłopotcie, bo nie sposób wszystkich państwa witać imiennie. Pozwólcie jednak państwu, że zacznę nasze powitanie wyjątkowo. Otóż witam pana ministra Jarosława Dudę, który przybył tu do nas, mimo że jest to dzień dla niego szczególny – właśnie dzisiaj ma imieniny...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Bardzo serdecznie witam wiceministra zdrowia, pana Adama Fronczaka. Witam przedstawicieli ministerstw – Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Chciałbym powitać pana Tomasza Gellerta, który reprezentuje Biuro Praw Pacjenta. Witam pana profesora Łuczaka, który jest legendą polskiego ruchu hospicyjnego i wciąż jest liderem tego ruchu. Bardzo serdecznie witam. Cieszę się, że pan profesor przybył. Witam pana profesora Piotra Błędowskiego z SGH, który był jednym z twórców wstępnego projektu ustawy o ubezpieczeniach pielęgnacyjnych. Bardzo się cieszę, że pan przybył. Bardzo witam pana doktora Adama Koziarkiewicza, który jest autorem raportu przygotowanego przez Bank Światowy, dotyczącego problematyki, jaką będziemy się zajmować. Wydaje się, że nie sposób mówić o tych zagadnieniach, nie sięgając do tego raportu, którego współautorem jest również pani doktor Katarzyna Szczerbińska, i ona też jest tutaj z nami. Bardzo się cieszę i również gorąco witam. Dziękuję już w tej chwili za to państwa opracowanie, tak ważne dla nas wszystkich. Witam wszystkich państwa, samorządowców, przedstawicieli stowarzyszeń, którzy przybyli na dzisiejsze spotkanie.

Szanowni Państwo, spotykamy się w ważnym momencie. Uznaliśmy wspólnie z panem przewodniczącym Władysławem Sidorowiczem, że właśnie w tym momencie powinniśmy się spotkać, zebrać, gdyż potrzebny jest namysł nad tym, jak naprawdę funkcjonuje dzisiaj w Polsce opieka nad ludźmi niesamodzielnymi. Moment trudny – strajki, fluktuacja kadr, niedofinansowanie. To jest to otoczenie, które widzimy. Z drugiej strony jesteśmy bombardowani informacjami, że nie dzieje się dobrze w wielu placówkach, że prawa człowieka, prawa ubezpieczonych nie są w pełni respektowane. To jest spojrzenie na dziś, to, co prowokuje do tego, żeby usiąść do stołu. Ale jest także perspektywa, o której zapewne tutaj też powinniśmy mówić. Trzeba wziąć pod uwagę już teraz to, co się wkrótce stanie. Zmienia się struktura demograficzna. Starzejemy się. Za kilkadziesiąt lat będzie jeszcze raz tyle osób starszych, a dwa razy tyle osób

bardzo sędziwych. Trzeba się do tego przygotowywać już teraz i myśleć o nowych instrumentach.

Sądzę, że te wszystkie tematy będą poruszane w dzisiejszej dyskusji. Do tego bardzo serdecznie państwa namawiam. Liczymy na to, że uda nam się dzisiaj wypracować, przynajmniej w niektórych sprawach, wspólne stanowisko. Będziemy chcieli zaproponować to pod sam koniec posiedzenia.

Na początek – może to już najlepiej zrobi pan senator Sidorowicz – chcielibyśmy państwu przedstawić porządek dzisiejszego spotkania. Pan przewodniczący Sidorowicz pozwoli, że oddam mu przewodnictwo, ponieważ chciałbym być także jednym spośród państwa, jednym z tych, którzy będą mogli zabrać głos. Gdyby było inaczej, to stanowczo byłoby to niegrzecznością.

Już teraz dziękuję panu przewodniczącemu i proszę o prowadzenie posiedzenia.

(Przewodnictwo obrad obejmuje przewodniczący Komisji Zdrowia Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, przed dzisiejszym posiedzeniem obu komisji zastanawialiśmy się nad jego porządkiem i formalnie powinniśmy go przyjąć. Zwracam się więc w tej chwili do senatorów, proponując następujący porządek naszego spotkania. Otwarcie posiedzenia już się odbyło, zrobił to pan senator Augustyn. Mamy w programie następujące punkty: dziesięciminutowe wystąpienie ministra zdrowia dotyczące systemu opieki długoterminowej w Polsce w teraźniejszości i przyszłości. Wystąpienia są dziesięciminutowe, bo chcielibyśmy, żeby była także okazja do dyskusji. Dalej, wystąpienie ministra pracy i polityki społecznej na temat opieki długoterminowej w systemie pomocy społecznej. Następna będzie informacja przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia na temat realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej. Później pan doktor Kozierkiewicz będzie mówił o opiece długoterminowej w Polsce i ocenie stanu obecnego oraz o rozwiązaniach na przyszłość. Pan profesor Błędowski przedstawi koncepcje ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Polsce. Następnie odbędzie się dyskusja, którą planujemy na półtorej godziny, tak by koło godziny 12.30 przedstawić konkluzje naszego spotkania seminaryjnego i przed godziną 14.00 zakończyć obrady.

Czy państwo senatorowie mają uwagi do takiego porządku obrad? Nie? Wobec tego uznaję, że program dzisiejszego posiedzenia obu komisji został przyjęty.

Bardzo proszę pana ministra o zabranie głosu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Goście!

System opieki długoterminowej w Polsce w teraźniejszości i w przyszłości. Wiedza o starzeniu się społeczeństwa, o problemach wieku podeszłego jest niezbędna, by móc racjonalnie zaplanować i efektywnie wykorzystać istniejące zasoby dla zapewnienia właściwej opieki nad osobami w wieku podeszłym. Mimo przyjętego ogólnie

twierdzenia, że ochrona zdrowia tylko w 10% odpowiada za stan naszego zdrowia, to w odniesieniu do osób starszych, niesamodzielną relacją ta wygląda zdecydowanie inaczej.

Dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia musi wpłynąć z jednej strony na wydłużenie trwania życia, ale z drugiej niewątpliwie pociągnie za sobą epidemiczne zagrożenie chorobami przewlekłymi wraz z konsekwencją konieczności zapewnienia rozszerzonej opieki tej grupie osób. Epidemiczne – to wyrażenie jest oczywiście użyte w cudzysłowie. Chodzi o pokazanie faktu, że to zjawisko staje się bardzo powszechne.

Szczególną rolę w opiece nad osobami starszymi odgrywa podstawowa opieka zdrowotna, która jest główną częścią systemu opieki zapewniającą powszechny i ciągły dostęp do świadczeń zdrowotnych w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Nieodzownym elementem przy planowaniu działań na rzecz poprawy sytuacji osób starszych i zniepełniających powinno być zapewnienie w istniejącym systemie ochrony zdrowia dostępności do opieki geriatrycznej.

Chcę państwu w tym momencie powiedzieć, że dwa dni temu w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie zespołu do spraw geriatry, gdzie dyskutowaliśmy nad sprawą opieki geriatrycznej. Okazuje się, że jest ona, można powiedzieć, w fazie szczątkowej. Faza szczątkowa to brzmi tak, jakbyśmy się cofali... Może lepiej brzmi sformułowanie: „w powijkach”, ponieważ są województwa, w których w ogóle nie ma geriatrów i są województwa, gdzie w ogóle nie ma stacjonarnych łóżek geriatrycznych.

W przypadku, gdy podopieczny nie może sobie sam poradzić z problemami zdrowotnymi, korzysta z form opieki długoterminowej realizowanej w warunkach stacjonarnych i domowych. U kresu życia lub w fazie znacznego zaawansowania choroby pacjent może być objęty opieką paliatywną hospicyjną, czyli wszechstronną, całościową opieką sprawowaną nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu postępujące choroby. Opieka ta obejmuje zapobieganie bólowi, uśmierzanie bólu i łagodzenie innych objawów somatycznych, cierpienie psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodzin chorych w czasie trwania choroby, jak i po śmierci chorego w okresie osierocenia.

W ostatnim komunikacie Komisji Europejskiej w sprawie zmian demograficznych przedstawiono potrójne wyzwanie, przed którym stoi Europa: osiągnięcie wieku emerytalnego przez pokolenie wyżu demograficznego, wydłużenie oczekiwanej długości życia i spadek wskaźnika narodzin, co jeszcze bardziej pogorszy wskaźnik zależności pomiędzy populacją czynną zawodowo a osobami na emeryturze. W miarę wydłużania się życia zwiększy się obciążenie związane z koniecznością zapewnienia opieki osobom starszym, w podeszłym wieku, niesamodzielnym, wymagającym opieki innych osób.

Analizując sytuację demograficzną ludności Polski – w nawiązaniu do słów panna senatora Augustyna – należy zauważyć, że według danych GUS z lat 2000–2005 opracowanych metodą bilansową na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z roku 2000 oraz danych sprawozdawczości bieżącej wynika, że liczba osób mających sześćdziesiąt pięć lat i więcej wzrasta. W roku 2001 r. liczba osób powyżej sześćdziesiątego piątego roku wynosiła cztery miliony osiemset tysięcy, a już w 2005 r. – pięć milionów siedemdziesiąt tysięcy. W kolejnych latach, według prognoz GUS, w dalszym ciągu będzie następował spadek umieralności i systematyczny wzrost przeciętnej długości trwania życia do poziomu 77,6 lat życia dla mężczyzn oraz 83,3 lat dla kobiet w 2030 r.

Malejący przyrost naturalny oraz wzrastająca długość życia powodują starzenie się społeczeństwa. Obecnie średni wiek mieszkańca Polski wynosi około trzydziestu siedmiu lat, a do 2030 r. wzrośnie on do ponad czterdziestu pięciu z tendencją do dalszego wzrostu. Widzimy więc, jak duża jest dynamika wzrostu. Zgodnie z przewidywaniami gwałtowne starzenie się ludności nastąpi po 2020 r., kiedy znaczny przyrost będzie dotyczyć najstarszych grup wiekowych. Liczba osób w wieku osiemdziesięciu pięciu lat i więcej, która obecnie wynosi niespełna trzysta dwadzieścia tysięcy, to jest 0,8% populacji, wzrośnie w 2010 r. o 50% i osiągnie pół miliona, a w 2030 r. prawie osiemset tysięcy, czyli ponad 2,2%. Populacja powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia, która obecnie liczy niewiele ponad cztery miliony, zgodnie z przyjętymi szacunkami w 2030 r., podwoi się i będzie liczyć około ośmiu milionów.

Człowiek w wieku podeszłym, jeśli chodzi o leczenie, należy do najtrudniejszych i najdroższych pacjentów w systemie opieki zdrowotnej z powodu złożoności problemów socjoekonomicznych, zdrowotnych i psychospołecznych występujących w trakcie opieki nad nim. Starośći towarzyszy wielochorobowość. Znaczna część chorób przebiega w sposób skryty z powodu upośledzenia termoregulacji, słabszego odczuwania bólu, gorszej pamięci. Dla człowieka starszego najważniejszą kwestią psychospołeczną gwarantującą dobre samopoczucie jest zachowanie niezależności. Świadomość dużych obciążeń opiekuńczych przekraczających wydolność rodziny, przy zachowanej ocenie własnego stanu zdrowia, sprawia, że osoby starsze często podejmują decyzję o pobycie w zakładzie opieki, poza swoim domem.

Polskę na tle innych krajów europejskich nie charakteryzują większe odmienności w występowaniu chorób przewlekłych, tyle tylko, że inne kraje mają rozbudowany, sprawdzony i przeważnie kompleksowy program opieki medycznej i socjalnej nad osobami starszymi, przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. Zdecydowanie największy zasięg rozpoznania i realizacji potrzeb tej grupy ludności, dostosowany model realizacji świadczeń posiadają Szwecja, Finlandia, Dania i Holandia.

Z danych statystycznych Zakładu Statystyki Medycznej Państwowego Zakładu Higieny wynika, iż w 2003 r. wskaźnik hospitalizacji osób powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia był blisko trzykrotnie wyższy niż dla ogółu populacji. Średnia długość pobytu w szpitalu osób w wieku podeszłym wynosiła odpowiednio 9,2 dni dla mężczyzn i 9,5 dni dla kobiet. Wśród osób hospitalizowanych odsetek hospitalizowanych po sześćdziesiątym piątym roku życia wynosił 37%. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w tej grupie wiekowej były choroby przewlekłe, między innymi choroby układu krążenia – trzydziści cztery osobodni oraz choroby nowotworowe – dwanaście i sześć dziesiątych osobodni. Całkowity koszt hospitalizacji osób po sześćdziesiątym piątym roku życia w 2003 r. w Polsce wyniósł prawie 4 miliardy zł, co stanowiło 33% ogólnych nakładów finansowych na lecznictwo szpitalne.

Uwzględniając wzrastające zapotrzebowanie społeczne na usługi o charakterze opieki długoterminowej należy podkreślić, że ważnym elementem przyszłych i planowanych działań powinno być dążenie do stworzenia spójnej koncepcji opieki nad populacją osób w wieku podeszłym. To jest bardzo ważne, że stale zmniejsza się wydolność opiekuńcza rodziny – głównie ze względu na migracje zarobkowe – a przy tym przewiduje się wzrost chorób o przewlekłym i nawracającym przebiegu w populacji osób starszych. To wszystko powoduje, że niezbędne jest zwrócenie uwagi na zakres opieki sprawowanej przez lekarzy, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz na

rolę, jaką mają do spełnienia w tej opiece lekarze geriatrzy i specjaliści z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej.

W przypadku, gdy podopieczny nie może sobie sam poradzić z problemami zdrowotnymi i społecznymi, korzysta z form opieki instytucjonalnej, która stanowi okresową pomoc specjalistyczną. Opieką długoterminową powinni być objęci pacjenci, u których zakończony został proces diagnozowania i intensywnego leczenia w oddziale szpitalnym. Chory powinien być zatem umieszczony w zakładzie, który zapewni mu kontynuację leczenia, rehabilitację oraz opiekę pielęgniarstwa. Zakres świadczeń oferowanych pacjentowi w ramach opieki długoterminowej ilustruję w załącznik nr 1 do materiałów, które państwo otrzymaliście.

Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także tryb określa ustawa z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz akty wykonawcze. Zgodnie z przepisem art. 15 ust. 2 wymienionej ustawy świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych między innymi świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. Świadczenia te są finansowane ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Szczegóły są określone w opisie opieki długoterminowej ze zmianami wydanymi na podstawie art. 102 ust. 5 i art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 tej ustawy.

Z danych GUS z końca 2004 r. wynika, że liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych sukcesywnie wzrasta. Wzrost liczby łóżek i zakładów jest również przedstawiony w tabeli nr 4, ale chcę zwrócić uwagę na dynamikę tego procesu. W 1999 r. mieliśmy w sumie sto piętnaście zakładów i osiem i pół tysiąca łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych, a w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych osiemset sześćdziesiąt jeden. W 2004 r. mieliśmy trzysta trzydzieści dziewięć zakładów, czyli można powiedzieć trzykrotny wzrost na przestrzeni pięciu lat i – jeśli chodzi o liczbę łóżek – ogromna dynamika wzrostu. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych z ośmiuset sześćdziesięciu do czterech i pół tysiąca, a w zakładach opiekuńczo-leczniczych o 50% z ośmiu i pół do dwunastu i pół tysiąca. W 2007 r. mieliśmy w sumie czterysta osiemnaście zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. W 2004 r. w tych oddziałach przyjęto w sumie prawie czterdzieści pięć tysięcy pacjentów, w tym blisko czterysta dziewięćdziesiąt troje dzieci do lat osiemnastu. Średni czas pobytu chorego na oddziale wynosił dwadzieścia sześć dni.

Jeśli chodzi o oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze, na dziewięciu oddziałach usytuowanych w szpitalach ogólnych, o łącznej liczbie łóżek na poziomie dwustu pięćdziesięciu dwóch, leczono blisko tysiąc dwustu pacjentów, a średni czas pobytu wynosił blisko siedemdziesiąt dni.

Jeśli chodzi o dane dotyczące personelu, zakłady opieki długoterminowej stacjonarnej realizujące umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia zatrudniają łącznie prawie dziewięćset lekarzy, prawie cztery i pół tysiąca pielęgniarek, dziewięćset osiemnastu rehabilitantów i siedemset trzy opiekunki.

W 2006 r. zawarto umowy z Funduszem na łączną wartość 560 milionów zł. W 2007 r. to były już 602 miliony zł. Wykonanie tych usług jest średnio na poziomie 96–98%.

I już na sam koniec ogólne kierunki dalszych działań. Jednym z dokumentów, który wskazuje kierunki i możliwości pełnienia ról społecznych osób w wieku podeszłym jest „Strategia rozwoju ochrony zdrowia na lata 2007–2015”, przyjęta przez Ra-

dę Ministrów w 2005 r. Obecnie trwają prace nad uaktualnieniem tego dokumentu. Działania te obejmują: przygotowanie i wdrożenie procedur opiekuńczo-leczniczych pozwalających na racjonalną opiekę nad osobami w wieku podeszłym, organizowanie form opieki domowej nad osobami w wieku podeszłym, restrukturyzację sieci szpitalnej i wydzielenie zakładów przystosowanych do prowadzenia opieki długoterminowej pielęgnacyjno-opiekuńczej i paliatywno-hospicyjnej, następnie integrację funkcjonalną opieki zdrowotnej z opieką społeczną przez dostosowanie zasad finansowania w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych, rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych do prowadzenia postępowania zapobiegawczego leczniczego i usprawniającego, wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym i rozwój infrastruktury społecznej na obszarach wiejskich, umożliwiającej poprawę świadczenia usług zdrowotnych osobom w wieku podeszłym.

Drugi dokument wyznaczający kierunki działań, to jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, przyjęty w maju 2007 r. Oczekiwane efekty do 2015 r. to propagowanie idei aktywnego starzenia się, uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym, zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów po operacji osób powyżej sześćdziesiątego roku życia.

Odkąd sytuację demograficzną w Europie cechuje długowieczność społeczeństwa, poważnym wyzwaniem dla opieki zdrowotnej jest zapobieganie chorobom osób w wieku podeszłym lub walka o opóźnienie etapu niepełnosprawności lub zniedołężnienia w tym wieku. Sytuacja demograficzna wymusza potrzebę stworzenia systemu opieki długoterminowej w celu zapewnienia lepszej opieki medycznej, jak również lepszej opieki rehabilitacyjnej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę o zabranie głosu pana ministra Dudę.

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

Dziękuję bardzo.

Panowie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Bardzo się cieszę, że mój kolega głębiej potraktował temat w sensie paranaukowego czy nawet naukowego podejścia do problemu, ponieważ ja przejdę do konkretnych i to z pozycji właśnie pomocy społecznej, po to, żeby przekazać państwu pewne dane i uzmysłowić problem służb pomocy społecznej w tym, co nazywa się opieką długoterminową. Problem ten bowiem rzeczywiście jest i narasta w różnych obszarach, a wygląda to tak oto. Najpierw kilka danych statystycznych. Otóż w Polsce mamy około ośmiuset domów pomocy społecznej. W tych domach jest około osiemdziesięciu tysięcy mieszkańców. Liczba mieszkańców, którzy nie opuszczają łóżek, czyli są przewlekle chorzy, wynosi prawie dziesięć tysięcy. Zrobię małe rozróżnienie, dlatego że to też jest nasz kłopot. W domach samorządowych, których organem zało-

życielskim są samorządy, osób nieopuszczających łóżek, czyli leżących, jest około ośmiu tysięcy i około dwóch tysięcy w domach podmiotów niepublicznych, prowadzonych przez różne podmioty. Wskazuje to jasno, że proporcja jest na korzyść domów niepublicznych. Z tego wynikają niejednokrotnie sytuacje, które państwo pamiętacie, a o których media głośno mówiły. To był nawet kilkudniowy przekaz, dotyczący na przykład domu opieki w Radości, który w ogóle nie był zarejestrowany, był podmiotem zupełnie dziko funkcjonującym i nagle okazuje się, że mają miejsce tego typu sytuacje.

Jeszcze kilka danych. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej powyżej sześćdziesiątego roku życia to ponad czterdzieści tysięcy osób. Z tych danych wynika – to są już nasze wyliczenia – że osoby powyżej sześćdziesiątego roku życia stanowią prawie 52% ogółu mieszkańców domów pomocy społecznej.

Jak państwo wiecie, dom pomocy społecznej, będąc jednostką organizacyjną pomocy społecznej, zaspokaja podstawowe potrzeby bytowe mieszkańców, nie sprawuje natomiast funkcji leczniczych i nie zapewnia świadczeń medycznych, w tym opieki pielęgnacyjnej... nie, pielęgniarstwie, tak to nazwijmy, bo pielęgnacyjną tak, ale pielęgniarstwie nie.

W naszych domach przebywają osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, wymagające całodobowej opieki, wyrównywania różnych deficytów poprzez świadczenie opieki, terapii, co gwarantuje im poczucie bezpieczeństwa, poczucie stabilności w życiu – trafiają tam przecież z różnych względów. I my powinniśmy zagwarantować też łatwy dostęp do świadczeń zdrowotnych w systemie dwudziestoczterogodzinnym. Praktyka działania sprowadza się jednak do tego, że mieszkańcy domów pomocy społecznej są pod opieką personelu pielęgniarstwa zatrudnionego w domach pomocy społecznej w całości finansowanego ze środków tegoż domu. To jest dzisiaj ten podstawowy kłopot. Pozwolę sobie go pokrótce omówić.

Po pierwsze, zaczyna nam ubywać kadry. Pielęgniarki wyspecjalizowane interdyscyplinarnie, no, takie osoby po prostu odchodzą. Pamiętam lata dziewięćdziesiąte, kiedy byłem dyrektorem Wojewódzkiego Zespołu Pomocy Społecznej we Wrocławiu. Nie mogliśmy się wtedy, przepraszam za kolokwializm, opędzić od pań pielęgniarek, które chciały pracować w domach pomocy społecznej, ponieważ płaciliśmy wówczas zupełnie inaczej i byliśmy atrakcyjni. Dzisiaj z domów pomocy społecznej pielęgniarce odchodzą i po prostu szukają swojego miejsca w szpitalach, niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej itd. itd. Kadra nam się, może nie dramatycznie, ale bardzo sukcesywnie uszczupla. Odchodzą najbardziej doświadczone osoby. To po pierwsze.

Po drugie, organem założycielskim dla domów pomocy społecznej są obecnie powiaty i o ile nie ma problemów w dużych miastach, o tyle w małych środowiskach powiaty nie bardzo czują, że to jest ich jednostka. Mają natomiast poczucie, że została im zlecona, narzucona przez administrację w ramach reformy. Traktują to miejsce, które być może jest nawet ważnym miejscem, jako miejsca pracy. Rzeczywiście, niejednokrotnie jest to największe miejsce pracy w powiecie – dom pomocy społecznej. W efekcie jednak przekazują środki i nic więcej z tym nie robią. Ostatnio zdarzało się również i tak, że niektóre powiaty, poszukując środków, zabierały odpłatność mieszkańców i przekazywały ją na inne cele. Inne ważne, jak rozumiem, ale dla nas niedopuszczalne działania są związane z tym, że odpłatność pobierana od mieszkańców przeznaczana jest na infrastrukturę techniczną.

W art. 2 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jest mowa o tym, że na terenie domu pomocy społecznej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej, której zadaniem będzie udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domu pomocy społecznej. Z tym jednak jest taki problem, że jak dotąd na terenie całego kraju udało się uruchomić zaledwie siedemnaście jednostek, które obecnie funkcjonują. W tych ośmiuset domach tylko siedemnaście jednostek jest w formule ZOZ, zgodnie z wymienioną przeze mnie regulacją prawną.

Główną przeszkodą do tworzenia tego typu filii zakładów opieki zdrowotnej jest niespełnienie wymogów w zakresie standardu wyposażenia. To jest jeden z podstawowych problemów i dlatego one nie powstają. I, tak jak mówię, w niektórych przypadkach, w dużych miastach można sobie z tym poradzić. Mogę się podzielić swoim doświadczeniem. Jako dyrektor Miejskiego Zarządu Domów Pomocy Społecznej – właśnie we Wrocławiu, gdzie miałem tych domów cztery czy pięć i było nagromadzenie wielu mieszkańców w jednym miejscu – udało się ogłosić konkurs na niepubliczny zakład opieki zdrowotnej i obsłużyć wszystkich mieszkańców. I to jest koncepcja, którą można było zbudować.

W małym natomiast środowisku po prostu nie ma możliwości, żeby takie działania można było wdrożyć i zrealizować. Stąd też dochodzi do dramatycznych sytuacji. Znam takie historie, gdzie zdeterminowani pracownicy domu pomocy społecznej, kiedy lekarz pierwszego kontaktu, dla którego mieszkaniem domu pomocy społecznej jest, powiem wprost, pacjentem nieatrakcyjnym, bo jest czasochłonny, drogi... Wiadomo, jaki pacjent jest najlepszy – taki, który nie przychodzi i jest nieabsorbujący. No i zainteresowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej mieszkańcami domów pomocy społecznej jest, powiedziałbym, nikłe, żeby nie powiedzieć bardziej dosadnie.

Mamy więc z tym ogromny kłopot. Chcę to państwu dzisiaj powiedzieć. Raz, że kadra nam się uszczupla, a dwa, że środki są na tym poziomie, o którym mówiłem, od lat nierewaloryzowane, jeśli chodzi o utrzymanie domów pomocy społecznej. Przegrywamy konkurencję z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi. Mamy w tej chwili dylemat, w jaki sposób te kwestie będą rozstrzygane, ponieważ naszym mieszkańcom, tak jak podawałem to w danych, ta pomoc jest niejednokrotnie bardziej potrzebna, jak sądzę, niż w ZOL. Takie są nasze doświadczenia.

Myślę, że będą pytania. Nie wiem, w jakiej formule...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: W dyskusji.)

Aha, w dyskusji. To ja już, niestety, nie będę mógł uczestniczyć.

Chciałbym jeszcze dodać, że w ogóle w polskim systemie opieki usługi opiekuńcze funkcjonują poza stacjonarnymi ośrodkami. Na to wydajemy w środowisku ponad 300 milionów zł. Do tego są jeszcze tak zwane usługi specjalistyczne, głównie psychiatryczne, na które wydajemy rocznie w skali kraju prawie 11 milionów zł.

I to są te dane, które chciałem państwu w tym momencie przekazać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję za to syntetyczne wprowadzenie nas w istniejące problemy.

Teraz bardzo proszę przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia o przedstawienie...

**Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Krzysztof Klichowicz:**

Mogę tylko i wyłącznie potwierdzić słowa pana ministra Fronczaka i pana ministra Dudy, dotyczące kontraktowania i zakresu kontraktowania świadczeń opieki długoterminowej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W 2007 r. na świadczenia opieki długoterminowej Narodowy Fundusz Zdrowia wydatkował 736 milionów zł. Po nowelizacji z 11 lutego planu na 2008 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na ten rodzaj świadczeń ponad 791 milionów zł. Jest to wzrost o około 7%, jeżeli chodzi o porównanie planu z 2007 r. do planu z 2008 r.

W materiale, który został państwu przedstawiony, w tabelach w układzie poziomym w poszczególnych zakresach świadczeń w opiece długoterminowej macie państwo w rozbiciu na oddziały wojewódzkie liczby pacjentów, którzy byli objęci opieką długoterminową, liczby świadczeniodawców oraz kwoty wydatkowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację tego zadania oraz średnie ceny osobodni i średni czas pobytu albo udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach.

Chciałbym zwrócić uwagę, że ze względu na to, że dotychczas obowiązujące ogólne warunki umów katalogowały opiekę długoterminową w jednym rodzaju świadczeń, przygotowywany projekt nowych warunków umów uwzględnia głosy, które docierały ze środowiska, że należałoby rozdzielić opiekę długoterminową na – krótko mówiąc – świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze i na świadczenia paliatywno-hospicyjne. Tak więc będzie to w projekcie uwzględnione. To będzie skutkowało również zmianą strumienia finansowania skierowanego na te dwa nowe rodzaje świadczeń.

Jeżeli mogę mówić coś o przyszłości i finansowaniu opieki długoterminowej czy tych dwóch nowych elementów, które będzie Narodowy Fundusz Zdrowia finansował, to od 1 lipca planowana jest zmiana i zwiększenie finansowania w ogólnej kwocie o ponad 84 miliony zł, co powinno stanowić około jedenastoprocentowy wzrost nakładów na te świadczenia, realizowane dotychczas w opiece długoterminowej.

W nawiązaniu do posiedzenia senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej z 18 marca, kiedy przedstawialiśmy problem realizacji świadczeń w domach pomocy społecznej, chciałbym poinformować szanownych państwa, że od początku roku stu osiemnastu świadczeniodawców realizuje nowy produkt w podstawowej opiece zdrowotnej, o którym wspominaliśmy, czyli opiekę pielęgniarzką finansowaną za wykonane zadania, za zrealizowane świadczenia, a nie kapitałowo. Państwo sobie przypominają, rozmawialiśmy o tym, że jest to jeden ze sposobów rozwiązywania problemów w domach pomocy społecznej, w których bez nakładów instytucjonalnych pielęgniarki realizujące to świadczenie mogą docierać do pensjonariuszy domów pomocy społecznej.

Jeżeli będziecie państwo mieli jakieś pytania, to służę informacją w dalszej części posiedzenia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

To dobra wiadomość, że ten nowy produkt się przyjmuje.

Bardzo proszę pana doktora Adama Koziarkiewicza, współautora raportu o opiece długoterminowej w Polsce, o syntetyczne przedstawienie wniosków dotyczących oceny stanu obecnego i rozwiązań na przyszłość.

Bardzo proszę.

**Adiunkt w Zakładzie Medycznych Systemów Informacyjnych
w Instytucie Zdrowia Publicznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu
w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Adam Koziarkiewicz:**

Szanowni Państwo!

Raport był zamówiony przez Europejski Bank Inwestycyjny i Bank Światowy. Nasza praca trwała mniej więcej dwa lata. Spotykaliśmy się w tej sali około półtora roku temu, żeby przedstawić tak zwany raport pierwszej fazy. Raport drugiej fazy, to znaczy skrót tego raportu, jego podsumowanie, zostało opublikowane w takiej oto książeczce. Część z państwa, mam nadzieję, ją widziała. Mam jeszcze kilka egzemplarzy, tak że będę mógł je przekazać.

Dlaczego Europejski Bank Inwestycyjny i Bank Światowy zajęły się tym problemem? Otóż Bank Światowy interesuje się problemem reformy ochrony zdrowia. Opieka długoterminowa stale występuje we wszystkich systemach jako motto zmian w ochronie zdrowia ze względu na to, że zmienia się struktura demograficzna, co dzisiaj było omawiane. Z kolei Europejski Bank Inwestycyjny to jest bank publiczny zlokalizowany w Luksemburgu, który wspiera inicjatywy społeczne krajów członkowskich Unii Europejskiej oraz działa w ramach tak zwanych polityk europejskich, wśród których są również priorytety związane z opieką nad osobami starszymi. Dlatego też Europejski Bank Inwestycyjny był zainteresowany tym tematem, uznając, że jest to obszar, który może być w Polsce niedorozwinięty. Takie wstępne założenie przyjęli i my mieliśmy to ewentualnie potwierdzić bądź też wykluczyć.

Wyniki tego raportu są dość obszerne. Nie będę ich tu bardzo dokładnie omawiał. Chcę tylko powiedzieć o kilku rzeczach. Po pierwsze, przyjęliśmy, że opieka długoterminowa – to już się przewinęło dzisiaj w trakcie spotkania – realizowana jest w dwóch sektorach, czyli w opiece zdrowotnej... Tutaj są przedstawione zakresy opieki zdrowotnej, które wliczyliśmy do opieki długoterminowej. Widzicie je państwo przedstawione na slajdzie. To jest oczywiście umowny zakres i na przykład opieka paliatywna jest w tym momencie takim wątpliwym elementem. Z drugiej natomiast strony w opiece społecznej jest ileś tam aktywności, które uznaliśmy – powiedzmy, że trochę arbitralnie – za działania związane z opieką długoterminową. Było nam to potrzebne do tego, żeby ocenić wydatki na tak zwaną opiekę długoterminową i generalnie korzystanie z opieki długoterminowej.

Na następnym slajdzie widzą państwo wykres sporządzony na podstawie danych, które wówczas mieliśmy, czyli danych z lat 1999–2003, dotyczących zakumulowanych osobodni z sektora zdrowia i sektora opieki społecznej, osobodni w stacjonarnych placówkach. Tutaj nie ma całego obszaru opieki domowej, ambulatoryjnej itd., czyli jest tylko opieka stacjonarna. Widać wyraźny trend wzrostowy. To, oczywiście, jest efekt pewnych działań polityki, która polegała na tym, że rozwijano w sektorze zdrowia opiekę długoterminową. Ale ważne jest to, że ten trend jest tak zaznaczony, iż na podstawie tego postaraliśmy się wykreślić projekcje na przyszłość.

To są dane i projekcje dotyczące wydatków na opiekę długoterminową przy założeniu, że nic się w niej nie zmieni, to znaczy, że nie pojawią się nowe źródła, że nie pojawi się na przykład podwyższona jakość i generalnie sytuacja nie ulegnie jakościowej zmianie. To jest interesujący wykres – słupek brązowy dotyczy opieki społecznej, a słupek niebieski opieki zdrowotnej – ponieważ, jak państwo zauważycie, takie są proporcje wydatków obu sektorów na ten cel przy tak zdefiniowanych, jak wspomniałem wcześniej, granicach opieki długoterminowej.

Sumarycznie w roku, z którego mieliśmy dane – czyli był to bodajże rok 2005 – była to kwota w okolicach 4 miliardów zł. Wykreśliliśmy bardzo proste projekcje. Na podstawie dotychczasowych obserwacji odnotowaliśmy po prostu trend liniowy. Spróbowaliśmy również zarysować pewien model opieki długoterminowej. Chciałbym go państwu pokrótce tutaj zreferować. To, oczywiście, wymaga szerszej dyskusji. Nasz model generalnie zakłada funkcjonalną integrację systemu opieki długoterminowej, świadczonej w ochronie zdrowia i w ramach opieki socjalnej. Czy ta integracja miała by mieć również strukturalny charakter, czyli na przykład jedno źródło finansowania, jeden zarząd, czy nie, czy też tylko funkcjonalny, to już jest jakby drugorzędna kwestia. Uważaliśmy natomiast i uważamy w dalszym ciągu, że funkcjonalnie te systemy powinny bardzo ściśle współpracować, ponieważ jak wynika z doświadczeń, zmiany w jednym systemie natychmiast odbijają się na drugim. Są to naczynia połączone. Jeśli w systemie opieki społecznej następuje zawężenie kryteriów albo zwiększanie obciążeń, to natychmiast to się przejawia w postaci zwiększonego popytu w sektorze opieki zdrowotnej. Integracja tych dwóch części jest zatem bardzo ważna.

Może wyjaśnię skróty, które tu występują. Po pierwsze, zakłady opieki medycznej – ZOL i ZPO. Nawiasem mówiąc, uważaliśmy i mam nadzieję, że nie zmieniliśmy zdania, że to rozróżnienie jest generalnie niepotrzebne, niezasadne, można powiedzieć przypadkowe. Nie będę komentował, kto to ustalił i w jaki sposób ono nastąpiło. Możliwe, że w miarę upływu czasu to rozróżnienie faktycznie się jakoś ujawnia, przejawia fizycznie. W danych statystycznych dotyczących wydatków tych podmiotów, dotyczących na przykład obsady kadrowej, tak naprawdę nie ma istotnych różnic. Czyli na marginesie taka uwaga, że to rozróżnienie wydaje się zbędne.

Z drugiej strony mamy zakłady pobytu stałego odróżnione od czegoś, co jest domem pomocy społecznej w tym sensie, że uważamy, że istnieje potrzeba zaproponowania dobrej jakościowo opieki, niekoniecznie w pełni czy w tak silnym stopniu finansowanej ze środków pomocy społecznej. Obecnie mamy domy pomocy społecznej, które stanowią jakby ostatnią instancję. Wydaje się, że w miarę wzrostu populacji osób starszych, które niekoniecznie są ubogie, ale po prostu samotne, wzrośnie potrzeba rozwijania takich form pobytu, które nie będą miały charakteru pomocy społecznej, tylko będą miały charakter nadzorowanego pobytu czy też wspomaganego pobytu. W każdym razie chodzi o miejsca, gdzie w miarę komfortowo, pod pewną ochroną te osoby będą mogły przebywać.

Oczywiście opieka dzienna i opieka domowa są ważnym elementem. Pytanie, jakie mają być proporcje? To jest zawsze otwarte pytanie. W krajach zachodnioeuropejskich generalnie dąży się do tego, żeby utrzymywać osoby starsze w domu. Z tym, że należy zaznaczyć, że na przykład Holandia, która tak bardzo rozwinęła system opieki długoterminowej, spowodowała trwałe przeniesienie tych osób do instytucji i teraz Holendrzy mają ogromny problem, żeby to odwrócić. My mamy taką sytuację, że jeszcze tego nie zrobiliśmy, w związku z tym możemy temu zapobiec.

Po to, żeby utrzymywać osoby w domach uruchamiane są rozmaite aktywności, na przykład przystosowanie domów do pobytu osoby niepełnosprawnej, czyli tak naprawdę przystosowanie wyposażenia, remonty w prywatnych domach. Jest to dość trudne, aczkolwiek coś takiego się praktykuje. Oczywiście opiekę domową wspierają również systemy zasiłków pieniężnych, które czy to przyznawane rodzinom, czy też oddawane do dyspozycji osób, podlegających tej opiece, mogą być po prostu wykorzystywane na tę opiekę.

W naszym modelu zrobiliśmy następujące założenie, że zdefiniowane usługi zdrowotne – mieliśmy nadzieję, że zdefiniowane w zakresie koszyka świadczeń gwarantowanych – niezależnie od tego, gdzie są wykonywane, będą finansowane przez źródło w postaci Funduszu Zdrowia. Usługi socjalne natomiast powinny być finansowane z innych źródeł. Obecnie zasadniczo takim źródłem są środki prywatne i środki pomocy społecznej.

Mieliśmy roboczą wizję, że w pewnym momencie powstanie system ubezpieczeń pielęgnacyjnych, który będzie podstawowym źródłem finansowania tej stacjonarnej... przepraszam, socjalnej części opieki długoterminowej. Oczywiście, ważnym elementem są opłaty klientów i – w przypadku osób, które nie mają możliwości finansowych – wsparcie systemu opieki społecznej.

Tutaj ważną ideologicznie sprawą, którą chcielibyśmy przedstawić, jest idea pomocniczości. Generalnie chodzi o to, żeby nie oferować wszystkim, w szczególności od początku, pełnego czy też bardzo szczodrego wsparcia publicznego, jeśli to nie jest konieczne. Jak wspomniał pan minister Fronczak i jak można zobaczyć na różnych wykresach dotyczących zmian demograficznych, będzie narastał problem potrzeb. W związku z tym, gdybyśmy wystąpili natychmiast z bardzo szczodłą ofertą, możemy doprowadzić do takiej sytuacji, jaka na przykład wystąpiła w Holandii, a za dziesięć lat znajdziemy się w sytuacji bardzo trudnej finansowo. Dlatego ważna jest tu zasada pomocniczości.

Z tym wiąże się zasada, że osoby, które są objęte opieką, obciążamy jakimiś zobowiązaniami finansowymi, proporcjonalnymi do możliwości tych osób. I to jest druga sprawa. Oczywiście, taka zasada generalnie w Polsce jest przestrzegana. Ostatnio w systemie opieki społecznej została, jak rozumiem, rozciągnięta dodatkowo na alimentację rodzinną. Bardzo dobrze. Jednej rzeczy jeszcze nie testowaliśmy w Polsce, mianowicie możliwości wykorzystania kapitału osoby, która podlega opiece. To jest rzecz, która jest, trzeba powiedzieć, dość wrażliwa, ale w krajach anglosaskich bardzo powszechna, w Szwajcarii również, gdzie zanim są zaangażowane środki publiczne, najpierw sprawdza się, czy osoby, które podlegają tej opiece, mają zasoby, aktywa, które mogą wykorzystać na rzecz swojej opieki. Dokładnie rzecz biorąc, chodzi o mieszkania, o domy, tego typu elementy. Trzeba powiedzieć, że to jest rzecz delikatna, ale myślę, że warto ją rozważyć. To tyle o modelu.

Prognozy korzystania z usług... Tutaj mają państwo przedstawione na wykresach... Przepraszam, że nie ma opisu. Chodzi o dni pobytu w placówkach opieki długoterminowej stacjonarnej. Na tej podstawie zbudowaliśmy wykresy dotyczące zapotrzebowania na łóżka czy też miejsca w opiece długoterminowej, nie determinując, czy w ochronie zdrowia, czy w opiece społecznej. W tym w szczególności chodzi o wykres dotyczący nowych łóżek, nowych miejsc. Potrzeba nowych miejsc w tak zwanych zakładach opieki medycznej rocznie w okolicach trzech, czterech tysięcy miejsc, w za-

leżności od tego, jaki przyjąć scenariusz. W zakładach pomocy społecznej czy też w szerszym ujęciu – pobytu stałego, to są potrzeby rzędu tysiąca nowych miejsc rocznie. Z tego wynikają, oczywiście, nakłady inwestycyjne. Tę kwestię już pomnę.

Wnioski, bardzo skracając, są następujące. Po pierwsze, opieka zdrowotna i opieka społeczna jako części tego samego systemu nie powinny się ze sobą ścierać, powinny współpracować. To jest zawsze trudne, jeśli to są dwie różne instytucje, ale generalnie, ponieważ są to naczynia połączone, ta integracja, przynajmniej funkcjonalna, jest bardzo ważna. A po drugie, właśnie zasada pomocniczości i kwestia tego, że za dziesięć lat będziemy mieli dużo większe obciążenie niż dzisiaj. Po trzecie, koordynacja opieki. Ponieważ stan osób, które podlegają opiece długoterminowej, się zmienia – on nie tylko się pogarsza, on się czasem poprawia – w związku z tym jest istotne, żeby zapewnić możliwość w miarę bieżącej oceny potrzeb i adaptowania oferty do tych potrzeb. Czyli w szczególności, jeśli osoby przebywają w domu pod rodzinnym nadzorem i na jakiś czas pogarsza się ich stan – nie trwale, tylko na jakiś czas – powinna być możliwość umieszczenia ich gdzieś na jakiś czas i następnie w miarę elastycznego powrotu na poprzednie miejsce. Trudno powiedzieć, kto by miał realizować tę koordynację opieki. Powinna dotyczyć obu systemów, czyli opieki zdrowotnej i społecznej na raz.

Zapewnienie zrównoważonych motywacji dla osób zaangażowanych w system, czyli ocena potrzeb i koordynacja opieki powinny być raczej oddzielone od wykonawstwa. Trudno, żeby wykonujący byli jednocześnie oceniającymi potrzeby, gdyż, jak wiadomo, jest to system, które się sam napędza. Bieżąca ocena jakości również jest bardzo ważna, co podkreślam w szczególności w kontekście tego, co powiedział pan minister Duda. To tyle, jeśli chodzi o nasze obserwacje. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę pana profesora Piotra Błędowskiego, żeby powiedział o koncepcji ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Wspominał o nim pan doktor Adam Kozierekiewicz.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

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

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ponad dwa lata temu w Ministerstwie Zdrowia został powołany zespół, którego celem było przygotowanie najpierw założeń, a potem projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, ustawy, która byłaby istotnym novum nie tylko w skali naszego kraju, ale w ogóle byłibyśmy jednym z pierwszych krajów, gdzie tego rodzaju rozwiązanie zostałoby wprowadzone. Wprawdzie ono obowiązuje już od ponad dziesięciu lat w Niemczech, obowiązuje także w Holandii, w pewnej zbliżonej formie w Japonii, ale w tych wszystkich krajach proces dochodzenia do tego rodzaju rozwiązań zajmował wiele czasu.

My nie mamy wprawdzie takiej sytuacji, że oto z dnia na dzień trzeba podejmować bardzo radykalne decyzje, ale nie mamy także zbyt wiele czasu, tym bardziej, jeżeli wziąć pod uwagę różnego rodzaju procesy, jakie zachodzą w naszym społeczeń-

stwie, między innymi zmianę struktury rodziny, jej wielkości, funkcji, zakresu funkcji, jakie rodzina jest w stanie wykonywać. To przecież do niedawna przede wszystkim rodzina zajmowała się pielęgnacją osób niesamodzielnych i powiedziałbym, że do pewnego stopnia administracja publiczna traktowała tę rodzinę i jej obecność jako swojego rodzaju alibi – jeżeli nie inne jednostki, to rodzina mogła tę funkcję wypełniać. Teraz jest to coraz trudniejsze.

Trzeba wziąć pod uwagę, że społeczeństwo podlega procesowi demograficznego starzenia się. W związku z tym będziemy coraz więcej wydawali na świadczenia lecznicze. Wydatki na opiekę długoterminową, o których przed chwilą słyszeliśmy, to jest przecież zaledwie 2% ogółu wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia. Nawet mimo wzrostu nakładów, jaki jest oczekiwany, to przecież ten udział znacznie się nie zwiększy. A zatem trzeba poszukiwać innych rozwiązań. Na dodatek musimy pamiętać, że same świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne są świadczeniami, które stają się coraz bardziej kosztochłonne i kapitałochłonne. Nie wystarczy już bowiem teraz ograniczać się do różnego rodzaju zabiegów związanych z usuwaniem albo zapobieganiem powstawaniu odleżyn. Do pielęgnacji używa się coraz bardziej wyspecjalizowanych urzędów. To wymaga także odpowiedniego przygotowania zawodowego.

Pojawia się w naszym społeczeństwie nowe ryzyko – ryzyko niesamodzielności, ryzyko tego, że osoba, niekoniecznie starsza, bo przecież wiemy, że to dotyczy także młodszych, jest skazana na korzystanie ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych niezależnie od tego, że nie ma obiektywnych możliwości, przynajmniej na razie, poprawy jej stanu zdrowia.

Ubezpieczenie pielęgnacyjne sprawiałoby zatem to, że moglibyśmy zdobyć środki na zapewnienie świadczeń przynajmniej w podstawowym zakresie. Środki na to, żeby po pierwsze zapewnić zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych tych osób, po drugie, zapewnić im bezpieczeństwo w ich najbliższym otoczeniu i, po trzecie, żeby zapewnić możliwości integracji społecznej. Pamiętajmy o tym, że te osoby mają także prawo do udziału w życiu społecznym, a procesy wykluczenia zachodzące ostatnio coraz szybciej, są akurat tymi, którym państwo jest zobowiązane zdecydowanie zapobiegać.

Ubezpieczenie pielęgnacyjne, nad którego projektem pracowaliśmy, nie obejmuje świadczeń paliatywno-hospicyjnych. Dotyczy tylko i wyłącznie części związanej ze świadczeniami pielęgnacyjnymi w ramach systemu opieki długoterminowej i jako społeczne ubezpieczenie miałoby charakter obowiązkowy. Innymi słowy, wszyscy mielibyśmy podjąć czy wziąć na siebie trud współfinansowania tych świadczeń, niezależnie od tego, czy w przyszłości miałyby to się odbywać na podstawie metody repartycyjnej, czy też na podstawie metody kapitałowej. Chociaż wydaje się, że ze względów społecznych i ze względu na możliwości uzyskania akceptacji społecznej ta pierwsza jest chyba bardziej obiecująca.

W związku z tym, żeby uniknąć tutaj problemów związanych z określaniem zakresu podmiotowego tego ubezpieczenia, sądzimy, że najlepszym rozwiązaniem byłoby przyjęcie takiego samego zakresu, jak w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego, czyli te osoby, które są objęte – albo na podstawie obowiązku, albo dobrowolnie – ubezpieczeniem zdrowotnym.

Świadczenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego powinny być realizowane na podstawie umów zawieranych przez kasę ubezpieczenia pielęgnacyjnego, fundusz ubez-

pieczenia pielęgnacyjnego. My zdecydowaliśmy się na tę formę: „fundusz”, ale to ma w tej chwili charakter bardziej umowy czy informacyjny.

Istnieją dwie grupy świadczeniodawców, których należałoby włączyć do udzielania tych świadczeń. Pierwszą z nich byłiby świadczeniodawcy profesjonalni, ci, którzy są już teraz na rynku, i ci, którzy powstaną w przyszłości, którzy mogliby udzielać świadczeń zarówno w ramach pomocy instytucjonalnej, jak i – tak, jak przed chwilą wspominał pan doktor Kozierkiewicz – w ramach pomocy w miejscu zamieszkania. Ona bowiem wydaje się najbardziej obiecująca i przede wszystkim większość osób pielęgnowanych nie będzie wymagała pielęgnacji w zakładzie. Ale także chcielibyśmy, żeby umowy były zawierane ze świadczeniodawcami nieprofesjonalnymi, to znaczy przede wszystkim z rodziną.

Nie możemy rezygnować tutaj z docenienia roli rodziny i jej znaczenia w tym systemie. Badania – i te, które były przed chwilą referowane, i te, prowadzone dwa lata temu w ramach międzynarodowego systemu programu dotyczącego oceny roli rodziny osób pielęgnowanych – pokazują, że rodzina chce być pełnoprawnym uczestnikiem programu pielęgnacji. Jednak ta pełnoprawność musi łączyć się nie tylko z pełnią obowiązków, ale także z pełnią praw, także z możliwościami korzystania z czasowych przerw w wykonaniu tej funkcji. Dlatego też myślimy nie tylko o takich rozwiązaniach, które sprowadzałyby się do zapewnienia pomocy czy to w zakładzie czy to w domu, ale także o czasowych formach świadczenia pomocy na okres urlopu rodziny, członków gospodarstwa domowego, spełniających te funkcje rodzinne na co dzień.

Oczywiście, zdajemy sobie sprawę z tego, że stopień niesamodzielności będzie zróżnicowany. A więc chcielibyśmy w projekcie ustawy przewidzieć trzy różne stopnie i stosowny zakres świadczeń. I to jest jeden z tych newralgicznych punktów. Mianowicie ten system musiałby być szczelny i kompetencje w zakresie podejmowania decyzji o stopniu niesamodzielności są niezwykle istotne. One bowiem będą decydowały w dużej mierze o zachowaniu płynności finansowej tego systemu.

Orzeczenie o stopniu niesamodzielności to pierwszy krok, drugi to orzeczenie o tym, jakiego rodzaju świadczenia byłyby rzeczywiście niezbędne. Tutaj wszyscy byli zgodni co do tego, że istnieje potrzeba koordynacji prac resortu zdrowia i resortu pracy w tym zakresie. My także wyobrażamy sobie, że te decyzje o zakresie świadczeń podejmowałyby zawsze pewien zespół praktyków, zespół, w którego skład wchodziłoby zarówno przedstawiciele służb medycznych, pielęgniarki, ale także i pracownicy socjalni.

Formy świadczeń, o jakich myśleliśmy w projekcie ustawy, to są świadczenia rzeczowe i świadczenia finansowe. Te pierwsze, rzeczowe, dotyczyłyby świadczeń pielęgnacyjnych i świadczeń opiekuńczych. I tutaj, pracując nad tym projektem we wspólnie z przedstawicielami resortu zdrowia, próbowaliśmy określić zakres kompetencji poszczególnych jednostek. Z całą pewnością wymaga to jeszcze dalszych prac, ale otwartość obu resortów była bardzo obiecująca.

Jeżeli chodzi o świadczenia finansowe, przewidujemy także dwie formy. Pierwsza z nich to świadczenia pieniężne w wysokości zależnej od stopnia niesamodzielności, przeznaczone na to, żeby osoba niesamodzielna albo jej prawni opiekunowie niejako sami kupowali na rynku świadczenia lecznicze. Druga natomiast forma świadczeń pieniężnych polegałaby na tym – i tutaj wracam do roli rodziny – że oto fundusz ubezpieczenia pielęgnacyjnego przejmowałby koszt ponoszenia części wydatków na składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe tych osób, które rezygnowałyby

w całości albo przynajmniej częściowo z pracy zawodowej w związku z wypełnianiem funkcji pielęgnacyjnej w stosunku do członków gospodarstwa domowego. Takie rozwiązanie jest stosowane także w Niemczech. Spełnia tam swoje funkcje i jednocześnie przyczynia się do tego, że opiekunowie rodzinni mają świadomość, że ich funkcja, ich rola jest doceniana przez środowisko.

Oczywiście, powstaje pytanie: jak wysoka powinna być ta składka i kto ją powinien płacić? My wychodzimy z założenia, że składka powinna być opłacana przez wszystkich ubezpieczonych, z wyjątkiem osób, które nie osiągają żadnych dochodów. W związku z tym myślimy o tym, żeby obciążyć obowiązkiem opłacania tej składki także rolników indywidualnych. W naszych przymiarkach nie zakładaliśmy natomiast tego, że to pracodawcy będą współfinansowali tę składkę. To jest konsekwencja przyjęcia także udziału rolników w finansowaniu tej składki.

Wydaje się, że przy obecnych kosztach i tym, czego spodziewam się w przyszłości, wysokość składki na poziomie 2% tej samej podstawy, jak w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego, pozwalałaby na to, żeby zaspokoić wszystkie potrzeby związane ze świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi na satysfakcjonującym poziomie.

Na zakończenie chcę zwrócić uwagę jeszcze na to, że ta ustawa miałaby także istotne znaczenie dla sytuacji na rynku pracy, dlatego że powstawałyby nowe miejsca pracy, zarówno jeżeli chodzi o placówki zamknięte, jak i o pomoc w domach. Powstawałyby nowe miejsca pracy w instytucjach usługowych, związanych ze świadczeniem usług bytowych dla osób, które byłyby objęte tymi świadczeniami, no i wreszcie związane z samą obsługą nowego rynku usług społecznych. Na tym rynku pojawia się już nowy zawód – zawód opiekuna medycznego. Myślę, że to byłaby ta grupa, która przede wszystkim świadczyłaby tę pomoc pod nadzorem wykwalifikowanych pracowników i służb medycznych, i służb społecznych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Teraz bardzo proszę o zabranie głosu, jeszcze przed dyskusją, pana profesora Łuczaka, którego rola w budowaniu systemu wsparcia dla najtrudniejszej grupy podopiecznych w Polsce jest przez nas wszystkich doceniana i bardzo się cieszę, że możemy wysłuchać także i jego wystąpienia w tej części naszego spotkania.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

Kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Jacek Łuczak:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Panowie Senatorowie! Panie Ministrze!

Jestem wdzięczny za umożliwienie mi zabrania głosu w sprawach, które dotyczą nas wszystkich, naszych bliskich. Jest to opieka, która dotyczy człowieka bardzo cierpiącego.

Na slajdzie przedstawiony jest pewien schemat amerykański. Człowiek, który ma zaawansowaną postępującą chorobę, i nie można jej już wyleczyć, doznaje różnego rodzaju dolegliwości związanych nie tylko z bólem, innymi objawami, ale również z lękami, niepokojem, niedołężnością, bólem egzystencjalnym, duchowym, o którym często nie pamiętamy. Do tego dochodzą problemy rodzinne, finansowe, no i czasem

również opieka zdrowotna dostarcza różnego rodzaju upokorzeń. Chorzy paliatywni są często traktowani w szpitalach przez lekarzy jako coś niepożądanego, jako ci, którzy nie przynoszą korzyści, również jako ci, którzy mają niekorzystny wpływ na innych.

Krótką definicją cierpienia. Cała bowiem medycyna, nasze działania lekarskie, pielęgniarские dotyczą człowieka cierpiącego, który ma tak wiele różnych problemów, który prócz tego, że niedołąźnieje, traci swoją rolę, traci godność. I to są te wielkie nieszczęścia, z którymi bardzo trudno sobie poradzić, a które również świadczą o tym, że godność to jest to, jak my sobie radzimy z naszym cierpieniem.

Tutaj pan minister już przytoczył definicję opieki paliatywnej hospicyjnej. Widzimy, że jest to całość działań bardzo skomplikowanych i trudnych. Chcę państwu powiedzieć, że „British Medical Journal” ogłosił listę najważniejszych specjalności, które zmieniają stosunek do człowieka cierpiącego chorego. Na pierwszym miejscu jest medycyna paliatywna. Było dziewiętnaście dyscyplin. Dostałem wczoraj informację z organizacji, której jestem członkiem – światowej organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej. Mówimy o tej opiece, która dotyczy nie tylko leczenia przyczynowego.

Tutaj ktoś wspominał o opiece terminalnej. Nie używa się już tego terminu jako pejoratywnego określenia. To jest opieka nad człowiekiem u schyłku życia. Życie zawsze jest bardzo ważne. Jest tym jedynym darem, dla którego musimy w jakiś sposób opiekować się chorym jak najlepiej. Jest to opieka, która dotyczy również całego ważnego okresu przyczynowego leczenia i leczenia przedłużającego życie, a opieka u schyłku życia, jak państwo widzicie – to, co ktoś określał jako opiekę terminalną – dotyczy tylko pewnego wycinka całej opieki, która może trwać dłużej lub krócej, zależnie od sytuacji. To jest również okres osierocenia rodziny. O tym też już powiedziano.

Medycyna specjalistyczna paliatywna jest tą nową specjalnością, którą na szczęście dzięki pomocy Ministerstwa Zdrowia udało się wprowadzić w Polsce. Jesteśmy drugim krajem w Europie. Mamy ponad stu lekarzy. Pięćdziesięciu jest w trakcie specjalizacji. Potrzeba nam osiem razy więcej. Potrzeba nam również tysiąca pięciuset pielęgniarek.

Szkolimy rocznie około dwóch tysięcy osób. To jest zespół interdyscyplinarny. Najważniejszy jest chory, jego żona, a potem ci wszyscy, często bardzo młodzi, ludzie. Na prezentowanym slajdzie jest akurat zespół z Miszkolca z Węgier. To jest pracownik socjalny, pielęgniarka. Ten człowiek z rozwianą czupryną to ksiądz. Oni wszyscy zajmują się chorym.

Mówimy często o niewłaściwym stosunku personelu do chorego, o medykalizacji. Wczoraj konsultowałem chorą, która ma dziewięćdziesiąt lat. Na nią wydano 4 tysiące zł. Ona wymaga opieki paliatywnej. Nikt się jej nie pytał o to, czy ma mieć robione bardzo bolesne inwazyjne badania. Tak że to jest paradoks to, co się obserwuje... Jeżeli jest właściwa opieka paliatywna, chociażby opieka wspierająca w szpitalach, dzięki temu, że chory sam podejmuje decyzje... Oczywiście, są sytuacje, kiedy na przykład trzeba stosować żywienie pozajelitowe u chorych z niedrożnością nieoperacyjną. Ale musimy na ten temat rozmawiać z chorym. Autonomia osoby chorej decyduje o tym, jaki rodzaj opieki jest ważny.

Jest też ważne, żeby ta opieka była dostępna wszędzie. Liczby, które może nie wszyscy państwo znają. W Polsce wymiera rocznie duże miasto, mieszkańcy dużego miasta, w tym wskutek chorób przewlekłych – trzysta dwadzieścia dwa... Coraz więcej mamy zgonów z powodu chorób nowotworowych. 15% to osoby powyżej sześć-

dziesiątego roku życia. O tym była już mowa. Jest około pięciuset ośrodków, w tym hospicja domowe jako jedna z najważniejszych form. Około osiemdziesiąt tysięcy chorych. Tej opieki wymaga dwieście tysięcy osób.

Specjalista od opieki nad dziećmi, pan docent Dangel i inni lekarze, pielęgniarki w Polsce – na przykład w Wielkopolsce takich zespołów jest piętnaście – wiedzą o tym, że również bardzo trudnym wyzwaniem jest opieka nad dziećmi. Te formy, które już w 1991 r. zaproponowaliśmy Ministerstwu Zdrowia, to jest zespół opieki paliatywnej domowej, hospicjum domowe, zespół wspierający w szpitalu, stacjonarny ośrodek opieki dziennej, wolnostojące hospicjum. Takim hospicjum wolnostojącym był jeden z pierwszych szpitali żydowskich, który miał hospicjum... Pierwsze hospicjum w Poznaniu pochodzi z X wieku – wzmianka przy okazji działalności Kawalerów Maltańskich.

Początki w Polsce są ważne, bo mamy już historię trzydziestopięcioletnią, tak samo długą, jak Stany Zjednoczone, i tylko o siedem lat krótszą niż Wielka Brytania. Zresztą Wielka Brytania bardzo nam pomogła szkoląc około stu osób. To są kamienie milowe – Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum imienia świętego Łazarza”, 1981 r.; Hospicjum Domowe księdza Dutkiewicza; poradnia wyjazdowa, którą utworzyliśmy przy szpitalu Przemienienia Pańskiego, a która była wzorcem dla opieki w ramach narodowej służby zdrowia, i domowe hospicjum dla dzieci. Mamy drugie miejsce w Europie. To jest zdjęcie Cicely Saunders, która odbiera medal od prezydenta miasta Krakowa. Wszystkie organizacje, które istnieją, które działają lub nie działają – na przykład Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej została zawieszona przez jednego z ministrów jako twór niepotrzebny – konsultanci i wiele różnych działań wspierających... Ministerstwo Zdrowia wprowadziło program rozwoju opieki paliatywnej w 1991 r. Potem zapisano w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, że chory ma prawo do umierania w spokoju i godności. Wielki wpływ Ministerstwa Zdrowia na program rozwoju opieki paliatywnej, który został opublikowany w 1998 r. Nieodpłatne zaopatrzenie w sprzęt – program rządowy i Banku Światowego. Pan Koziarkiewicz nie powiedział, że dzięki programowi rządowemu, środkom Banku Światowego powstało sto nowych zakładów opieki długoterminowej, w tym trzydzieści opieki paliatywnej hospicyjnej. Chcę państwu powiedzieć, że kilka hospicjów już zlikwidowano z braku pieniędzy. Na slajdzie – ksiądz Dutkiewicz, który gdyby to widział, na pewno by nie był taki spokojny w niebie. On był moim zastępcą przez wiele lat i zrobił bardzo dużo dobrego.

Mówiąc o opiece paliatywnej hospicyjnej mówimy przede wszystkim o tym, co wynika z inicjatyw społecznych, czyli to dotyczy początków. To jest rola wolontariatu, struktur organizacyjnych. Regulacje prawne itd., budowa zespołu, standardy, audyt. Wiele, wiele czynników na to się składa. Korzystamy również z opieki duchowej, która zaczęła się w 1988 r. wtedy, kiedy Jan Paweł II powiedział, żebyśmy naciskali Kościół w swoich działaniach. To było dwadzieścia lat temu. Byliśmy wtedy bardzo młodzi. Na prezentowanym zdjęciu pierwszy kurs – to było akurat w klasztorze w Łądzie – z czołowymi ludźmi ze świata. To byli pionierzy, kilkanaście osób, które były jak zaczyn, jak drożdże. To wszystko powstawało dzięki ludziom, którzy byli edukowani do tej opieki.

Wiadomo, że od 1998 r. mamy opiekę hospicyjną paliatywną gwarantowaną w ramach kontraktacji. Jak państwo wiedzą, w Niemczech nie ma kontraktacji opieki

hospicyjnej. Niemcy są daleko z tyłu za nami – ta opieka nie jest specjalistyczna, nie jest kwalifikowana – a mają dużo pieniędzy. Dużo więc zależy od państwa, od Ministerstwa Zdrowia, od ludzi dobrej woli. Standardy opublikowaliśmy w 1999 r., ale zniknęły one z witryny Ministerstwa Zdrowia jako niewygodne narzędzie, które pomnażało koszty Narodowego Funduszu.

Specjalizacje w dziedzinie medycyny paliatywnej dla lekarzy, opieka paliatywna dla pielęgniarek. Mamy również kodyfikację wielu ośrodków. Tu jest miejsce, gdzie zawsze się w Ministerstwie Zdrowia spotykaliśmy. Tu jest ksiądz Eugeniusz Dutkiewicz, pani doktor Pyszkowska. Przez dziewięć lat spotykaliśmy się i dużo zrobiliśmy.

Wytyczne, rekomendacje Rady Europy pomagają nam w zrozumieniu wagi tej opieki. To ważne, że każdy ma prawo do tej opieki. Pozmieniano również normy WHO, jeżeli chodzi o łóżka. Sto pięćdziesiąt łóżek na milion mieszkańców... To zostało zmodyfikowane.

Narosły tu pewne mity. Ktoś powiedział, że to jest opieka długoterminowa. Średni czas pobytu wynosi czternaście dni. Średni czas opieki w domu – czterdzieści pięć, sześćdziesiąt dni. Jest to bardzo często intensywna opieka nad chorym, który ma wiele objawów, dużo różnych problemów.

Mit o bardzo tanim świadczeniu. Narodowy Fundusz Zdrowia nie uwzględnił nawet potrzeby obecności lekarza dyżurnego na tym oddziale, gdzie zachodzi bardzo dużo różnych, dynamicznych zmian w czasie dyżuru. Często jest to bardzo intensywne leczenie objawów przy pomocy nowoczesnych technik medycznych, które pozwalają na jak najlepszą pomoc człowiekowi. To są te rekomendacje. W Polsce mamy około tysiąca sześciuset łóżek. W rejestrze są zafałszowane dane. Podawane są łóżka z ZOL. Wrzuca się te dane do tego samego worka i mówi się, że mamy już w tej chwili dwa tysiące siedemset łóżek, a przecież to nieprawda. Następuje regres. Oddziały są zamykane. Mam tutaj list alarmujący z Bielska-Białej, gdzie zamyka się wspianały, działający oddział, który przed wielu laty udało nam się otworzyć.

Na tym slajdzie jest bardzo krótki przegląd wszystkiego, co mamy, dotyczący wszystkich województw. W 2007 r. były 102 miliony zł na działalność około trzystu dziewięćdziesięciu ośrodków. Widać, że to bardzo różnie wygląda. Tragicznie wygląda to na Śląsku, ale i w innych miejscach jest wielkie niedofinansowanie. Na następnym slajdzie są podane inne liczby obrazujące kontrakcje opieki stacjonarnej, gdzie jest olbrzymie niedofinansowanie tej opieki. Jak państwo wiedzą, mamy jednostki rozliczeniowe – osobodzień, poradę. Mamy bardzo zróżnicowane stawki w stacjonarnej opiece, na co chcę zwrócić uwagę. W Wielkopolsce mieliśmy w 2003 r. za osobodzień 300 zł. Tak że to jest niepojęte, że zmniejsza się nakłady na coś, co jest niezwykle ważne. Bo my służymy również edukacji nie tylko w Polsce, ale w Europie Środkowo-Wschodniej.

Na następnym slajdzie jest prezentowany przykład kalkulacji opracowanej przez panią doktor Bogusz. Pani doktor zajmuje się w naszym szpitalu sprawami jakości. Podane są informacje, jakie powinno być zatrudnienie, jak wysokie są pensje lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów. Proszę państwa, ci ludzie tak pracują, że trzeba się młdlić, żeby pracowali dalej. To są możliwe przychody i straty roczne. Dyrektor mówi do mnie: bardzo państwa cenimy, ale państwo nas straszliwie zadłużacie. To jest zadłużenie sięgające 874 tysięcy zł. Na trzysta siedemdziesiąt ośrodków wydano 100 milionów zł. Obniżono standardy. Potrzeba około 100 milionów zł, żeby to

wszystko w jakikolwiek sposób zabezpieczyć. Obniża się jakość opieki leczenia. Wypalenie zawodowego personelu, zadłużenie szpitali, zamykanie oddziałów – to jest to, do czego nie możemy dopuścić. Wiemy, że państwo nam w tym pomożecie.

Chciałbym, żebyśmy pomyśleli o tym, co jest bardzo pilne, żeby wznowić działalność Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, żeby zwiększyć finansowanie. To leży w interesie nas wszystkich, całego społeczeństwa, bo wtedy nauczymy opieki nad ludźmi cierpiącymi i również obniżymy koszty tej opieki.

Samarytanin, pochylający się nad człowiekiem – nad którym nie wszyscy się pochylają – musi mieć pewne zasoby. Oprócz swoich zasobów musi mieć jakieś pieniądze, jakieś środki, jakąś pomoc innych ludzi, bo gospodarz w tej gospodarce, gdzie będzie przebywał chory, musi mieć pieniądze, żeby temu choremu wyleczyć rany i żeby, gdy samarytanin wróci z wyprawy, zastał chorego już niecierpiącego.

Bardzo chcielibyśmy, żebyście państwo nam w tej pracy samarytańskiej pomagali. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, otwieram dyskusję. Bardzo proszę o zgłaszanie się i prosiłbym, ponieważ jest nas sporo, aby wystąpienia w dyskusji nie były dłuższe niż pięć minut, dobrze?

Bardzo proszę.

Rzecznik Prasowy Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci Marta Kwaśniewska:

Reprezentuję organizację pożytku publicznego, dlatego pozwalam sobie zabrać głos. Reprezentuję docenta Dangela. Bardzo dziękuję panu profesorowi Łuczakowi, ponieważ jako pierwszy na dzisiejszym posiedzeniu zwrócił uwagę na nieuleczalnie chore dzieci.

Warszawskie Hospicjum dla Dzieci jako pierwsze hospicjum domowe dla dzieci od czternastu lat zajmuje się opieką nad nieuleczalnie chorymi dziećmi w ich domach. Od dwunastu lat szkolimy lekarzy, pielęgniarki z całej Polski w zakresie tej opieki. Od dziewięciu lat próbujemy zmienić przepisy, które zapewniłyby godne warunki dla dzieci nieuleczalnie chorych.

Pediatryczna domowa opieka paliatywna wymaga wprowadzenia standardów, jak również nowej umiejętności lekarskiej – pediatryczna medycyna paliatywna. Na podstawie Karty Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego, wprowadzonej przez rzecznika praw obywatelskich w listopadzie ubiegłego roku przy udziale Naczelnej Rady Adwokackiej, stworzyliśmy projekt takiego rozporządzenia, którego ostatnią wersję złożyliśmy 5 marca do pani minister zdrowia. Do dzisiaj nie mamy żadnej odpowiedzi. Wniosek jest, niestety, smutny, mianowicie taki, że dzieci nieuleczalnie chore są dyskryminowane.

Jest projekt rozporządzenia dotyczący ogólnie standardów opieki paliatywnej, ale właściwie dotyczy on tylko osób dorosłych. Dlatego chcemy zwrócić uwagę na problemy dzieci. Wierzmy w to, że państwo senatorowie siódmej kadencji pochylicie się nad najsłabszymi, czyli nieuleczalnie chorymi dziećmi, ponieważ te dzieci nie wyjdą na ulicę tak jak anestezjolodzy i inni, nie wywalczą w ten sposób właściwych standardów.

Życzę więc naszym podopiecznym, dzieciom, żeby to dzisiejsze spotkanie było owocne, żebyśmy wszyscy stanęli na wysokości zadania i wprowadzili odpowiednie przepisy, które tak naprawdę zapewnią godną śmierć dzieciom nieuleczalnie chorym, ostatni okres ich życia.

Jako organizacja pożytku publicznego jesteśmy do państwa dyspozycji, służymy naszym doświadczeniem. Tutaj wielokrotnie była mowa o setkach milionów złotych, ja powiem tylko tyle, żeby zapewnić godną opiekę dzieciom w całej Polsce potrzeba rocznie 26 milionów zł.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

(Rzecznik Prasowy Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci Marta Kwaśniewska: Dziękuję. Chciałabym jeszcze oddać głos pani z Naczelnej Rady Adwokackiej. To będzie nasz wspólny głos.)

Ale to po kolei.

(Rzecznik Prasowy Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci Marta Kwaśniewska: Tak jak wcześniej...)

Ale proszę nie prowadzić za mnie tego spotkania... W kolejności zgłoszeń dopuścimy panią do głosu.

Pan senator Rulewski zgłosił się jako drugi.

Bardzo proszę.

Senator Jan Rulewski:

Dziękuję.

Chciałbym zasygnalizować sprawę, po pierwsze, znaną, tylko nierozpowszechnioną, a po drugie, sprawę szczególną. Ona nie rozstrzyga o zmianie polityki ani w zakresie opieki, ani w zakresie usług pielęgnacyjnych. Mianowicie już chyba w 2001 r. do ustawy o pomocy społecznej wpisano instytucję rodzinnego domu pomocy jako inną, powiedziałbym bardziej przyjazną ludziom starszym, ludziom wymagającym obecności drugiego człowieka, nieinstytucjonalną formę sprawowania właśnie opieki nad ludźmi starszymi, ludźmi, którzy wykonują większość swoich funkcji życiowych, jednakże nie są w stanie podołać wszystkim trudom, między innymi rozwojowi cywilizacyjnemu.

Wyjątkowość tej formy miała polegać na tym, że ludzie starzy byłiby gośćmi u innych rodzin. W ten oto sposób zamierzało się uzyskać to, co najważniejsze w tej pomocy – integrację. Nawet najlepsze domy pomocy społecznej, te instytucjonalne, grzeszą jednak rozmachem, jakąś olbrzymią gigantomanią, a w związku z tym problemami organizacyjnymi. Rośnie też liczba konfliktów z uwagi na tak znaczną liczbę podopiecznych. I stąd pomysł na taką właśnie formę.

Dodajmy, że dzięki temu można opiekę w tej formie rozszerzać w sposób bezkapitałowy. Więcej, przesadnie już mówiąc, ludzie starsi, szczególnie samotni, którzy opuszczają swoje siedlisko mieszkaniowe, a dzięki gminie czy powiatowi korzystają z pomocy domu rodzinnego, zwalniają w ten sposób mieszkania. Można nawet przyjąć, że z tych mieszkań gmina, czy też sam zainteresowany tą formą, mogliby czerpać profity. Oczywiście tworzyłoby to też w sposób bezkapitałowy nowe miejsca pracy.

Widziałem takie dwa, trzy domy, w którym były trzy, cztery osoby starsze, co więcej, w dość bogatym kraju. Na ten dom zaadaptowano piwnice i mój wywiad ustalił, że wszyscy byli zadowoleni. Z jednej strony ci, którzy mogli sobie dzięki opiece dorobić nie wychodząc z domu, często to byli ludzie o dobrych sercach, ale o nie najwyższych kwalifikacjach zawodowych, a z drugiej strony ludzie starsi, główny podmiot tej działalności, mogli obserwować czy nawet uczestniczyć w życiu rodzinnym, którego tak mało jest w takich gigantach, choćby najlepiej zorganizowanych, choćby takich, które obserwowałem na przykład w Niemczech. Oczywiście, tam też są problemy, problemy ciągłości opieki, ciągłości zabezpieczenia, problemy wynikłe ze skupisk, problemy ubezpieczeń. Jednakże w państwie, w którym to obserwowałem – w Kanadzie, skarg z tego tytułu było bardzo mało.

Kończąc, bo słusznie, trzeba ograniczać czas wystąpień, pytam panią dyrektor z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej: jakie są przyczyny, że ta forma, którą są wszyscy zainteresowani – gmina, bo nie musi inwestować, państwo, bo nie musi tworzyć miejsc pracy – znalazła swoje uznanie u bardzo małej liczby podmiotów, a ponadto, co jest ciekawe, tylko w niektórych województwach?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Czy przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej chcą odpowiedzieć na pytanie, skąd takie małe powodzenie rodzinnych form pomocy dla osób starszych?

(Głos z sali: Przepraszam, za chwilę.)

Dobrze, za chwilę. Będą jeszcze następne pytania. Ale proszę gdzieś to pytanie zanotować.

(Głos z sali: Zanotowałam.)

Bardzo proszę, pan się tutaj zgłaszał.

**Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Zdzisław Bujas:**

Szanowni Panowie Przewodniczący! Szanowni Goście! Szanowni Państwo Senatorowie!

Bardzo mnie cieszy dzisiejsze spotkanie. Jestem drugi raz w Senacie. Problem opieki długoterminowej, problemy ludzi starych były już poruszane na spotkaniach pod przewodnictwem pana przewodniczącego. Dzisiaj, po tych wystąpieniach, powiem szczerze, należałoby powiedzieć tylko jedno: bardzo dobrze, idziemy w dobrą stronę. Ale ja, niestety, tak do końca tego optymizmu podzielać nie mogę.

Chciałbym w dwóch słowach podzielić się z państwem wątpliwościami i problemami, które my, środowisko pielęgniarskie, zauważamy.

Jak zapewne państwo wiedzą, przynajmniej ci, którzy obserwują działania związku zawodowego pielęgniarek i położnych, od 1996 r. dość intensywnie działamy na polu opieki długoterminowej, opieki hospicyjnej. Składaliśmy odpowiednie pisma do Ministerstwa Zdrowia, wcześniej dyskutowaliśmy z kasami chorych, później z Narodowym Funduszem Zdrowia. Te rozmowy są prowadzone do dnia dzisiejszego.

Proszę państwa, co jest pozytywne? Na pewno to, że zwiększają się środki finansowe. One nie zwiększają się radykalnie, ale możemy to zauważyć. Podawane są informacje, że zwiększa się też liczba łóżek długoterminowych, że mamy nieco więcej zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Proszę państwa, ale cały czas musimy pamiętać jeszcze o jednym – zwiększa się też liczba osób, które z tych łóżek korzystają. Te statystyki muszą iść ze sobą w parze. Dziś mówi się tylko o tym, że jest więcej pieniędzy i łóżek, a nie podaje się informacji o tym, że coraz więcej obywateli naszego kraju się starzeje i wymaga tej opieki. Tak że informacja jest jakby nie do końca pełna.

Druga rzecz...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ad vocem, o tym dzisiaj mówiliśmy, o demografii... To się wręcz pojawiało w prawie każdym wystąpieniu, że mamy taką a nie inną demografię, stąd może tutaj jakoś... Nie wiem, czemu to nie dotarło do pana.

**Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Zdzisław Bujas:**

Dotarło, Panie Przewodniczący, tylko, jak mówię, cały czas należało... My tutaj o tym mówimy, ale jak rozmawia się z podmiotami, które się tymi problemami zajmują, to one jakby tego nie zauważają, częściowo jest to spostrzegane. I proszę mi wierzyć, że tak jest. Zresztą siedzi tutaj zacna postać, pan doktor Serafin, który dokładnie wie, jak te problemy wyglądają w krajach, w komórkach, które się tym zajmują. Ale już nie będę tego tematu rozwijał, bo jest bardzo mało czasu.

Proszę państwa, dla nas bardzo istotne jest to, o czym tu dzisiaj mówiono, mianowicie że często zdarza się tak, iż pielęgniarki odchodzą z ośrodków opieki długoterminowej, odchodzą z MOPS. Należałoby się zastanowić, dlaczego. O tym nie decyduje, proszę państwa, tylko czynnik finansowy. O problemach w zakresie wyposażenia, zmiany formy, standardów, mówimy już od kilku lat. Proszę popatrzeć, rzeczywiście są bardzo nowoczesne ośrodki opieki długoterminowej, pacjenci mają tam wspaniałą rehabilitację, ale generalnie w Polsce nadal jest niedobór sprzętu, niedobór koniecznej aparatury. Koniecznej, proszę państwa. Często jest niewłaściwa rehabilitacja lub w ogóle brak środków na rehabilitację.

Panie Przewodniczący, do pana się zwrócę. Ja liczę, że tak jak zaczął pan pracę w poprzedniej kadencji w dobrym duchu, nadal poprowadzi pan tę komisję senacką we właściwym kierunku, co będzie się wyrażało między innymi poprzez to, że będziemy do tych podmiotów, które zajmowały się tymi problemami, mówili jednym głosem. Proszę mi wierzyć, że środowisko pielęgniarskie będzie w pełni z państwem i będzie popierało te działania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Pani Mecenas z Naczelnej Rady Adwokackiej, proszę bardzo.

Członek Naczelnej Rady Adwokackiej Monika Strus-Wołos:

Adwokat Monika Strus-Wołos, Naczelna Rada Adwokacka. Jestem przewodniczącą Komisji do spraw Nieodpłatnej Pomocy Prawnej oraz członkiem Komisji Praw Człowieka.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałabym zwrócić uwagę na jeden element w wypowiedzi pani reprezentującej Warszawskie Hospicjum dla Dzieci.

Pan minister zdrowia w swoim niezmiernie ciekawym wystąpieniu przedstawił koncepcję w zakresie opieki długoterminowej nad osobami starszymi. Ale zabrakło mi informacji, czy ministerstwo ma koncepcję, a jeśli tak, to na czym ona polega, jeśli chodzi o paliatywną opiekę pediatryczną, w szczególności opiekę domową.

Chcę podkreślić, że możliwość kontraktowania usług paliatywnej opieki pediatrycznej, szczególnie domowej, jest niewystarczająca. W niektórych wypadkach finansowanie tych usług wystarcza zaledwie na pokrycie 17–20% rzeczywistych kosztów. Trzeba zwrócić uwagę, że źródłem kłopotów jest nie tylko brak pieniędzy, ale również w mojej ocenie brak rozporządzenia wykonawczego do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W art. 9 ust. 3 ustawy zawarta jest delegacja ustawowa do wydania przez Ministerstwo Zdrowia rozporządzenia wykonawczego w sprawie standardów opieki paliatywnej. Mimo chyba już kilkunastu lat obowiązywania tej ustawy brak tego rozporządzenia wykonawczego, co jest oczywistym zaniechaniem organu administracji państwowej. Co prawda ministerstwo przygotowało rozporządzenie w sprawie standardów opieki paliatywnej, które nadal jest jeszcze na etapie projektu, ale jest ono na tyle ogólne, że zdaniem przedstawicieli hospicjów dziecięcych nie jest odpowiednie dla hospicjów dziecięcych, gdyż nie uwzględnia specyfiki schorzeń pediatrycznych, paliatywnej opieki pediatrycznej.

Chciałabym tylko bardzo krótko zwrócić uwagę na jeden element – niezbędności tego rozporządzenia. Dlaczego ono jest niezbędne? Otóż, proszę państwa, w praktyce NFZ wprowadzane są limity uzależniające przyjęcie dziecka ze względu na rodzaj nieuleczalnej choroby. Dzieci dzieli się na chore na choroby nowotworowe i pozostałe. Proporcje ustalone przez NFZ nie są właściwe, gdyż z uwagi na bardzo szybki rozwój onkologii pediatrycznej w tej chwili dzieci nieuleczalnie chore na choroby nowotworowe stanowią mniejszość w grupie dzieci nieuleczalnie chorych. Proszę państwa, dzielenie dzieci ze względu na rodzaj choroby, na jaką zapadły, i uzależnianie od tego, czy będą miały prawo do opieki zdrowotnej jest oczywistą formą dyskryminacji. Jest to sprzeczne z konstytucją. Dlatego chciałabym poinformować, o czym pani Marta wspominała, że powstał projekt rozporządzenia paliatywnego pediatrycznego. Został on złożony do Ministerstwa Zdrowia. I nie wiem, być może przedstawiciel ministerstwa chciałby zająć stanowisko czy...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To jest także pytanie do ministra. Mamy w tej chwili już dwa pytania do przedstawicieli rządu. I bardzo proszę może teraz państwa o odpowiedź.

(Członek Naczelnej Rady Adwokackiej Monika Strus-Wołos: Dziękuję bardzo.)

Pierwsze pytanie dotyczyło rodzinnych form pomocy, a konkretnie rodzinnych domów pomocy społecznej dla osób starszych, tego, czemu tak słabo się rozwijają.

Drugie pytanie, do pana ministra zdrowia, brzmiało: co z projektem rozporządzenia, które zostało złożone, czy trwają jakieś prace nad nim? To może po kolei.

Bardzo proszę.

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

Dziękuję bardzo.

Krystyna Wyrwicka, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Pytanie pana senatora jest dość trudne. Ja myślę, że trzeba by było troszkę sięgnąć do historii, do pewnej niechęci, która najpierw się pojawiła w samorządach, które korzystały z doświadczeń rodzin zastępczych w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Wtedy bardzo szybko się okazało, że ci ludzie zamiast otrzymywać rzeczywiste wsparcie w tych rodzinach, byli często tanią siłą roboczą, szczególnie w środowisku wiejskim, a na koniec i tak trafiali do instytucji pomocy społecznej. A więc to jest jakby taki lęk przeszłości.

Jest też tak, że tak naprawdę w ludziach nie ma woli rzeczywistego pomagania przy dość niełatwym zadaniu. My to widzimy szerzej – powiem tu o bardziej wdzięcznej grupie, jaką są dzieci – przy rozwoju rodzin zastępczych, rodzinnych domów. A więc tym bardziej grupa osób starszych, niesprawnych, jest tą kategorią niekoniecznie chcianą. Myślę, że to również wynika trochę z naszej mentalności.

Kolejna kwestia to posiadanie pewnych zasobów, odpowiednich warunków lokalowych. Jak państwo doskonale wiecie, nawet jak osoby dysponują domami, osiągną pewną wolność ekonomiczną i mogłyby taką działalność prowadzić, to często te zasoby stają się własnością rodziny, dzieci, one są jakby przekazywane. Mamy rodziny wielopokoleniowe, żyjące w tych samych domach, więc znowu nie jest to rzeczywiście takie proste. Ja mówię o tych zasobach w kontekście tego, o czym mówił pan doktor, o sięganiu do zasobów. Myśmy dzisiaj rozważali wątek sięgania po zasoby, a przynajmniej badania kondycji. Mamy wiele sygnałów, że w momencie kierowania osoby do instytucji okazuje się, jeśli chodzi o zasoby rodziny, że tych zasobów już nie ma, bo one bądź zostały przekazane w formie darowizny, bądź zostały sprzedane, bądź też pozostaje w tych zasobach faktycznie rodzina. Zastanawiając się nad tym, na ile powinniśmy sięgać do majątku zasobów, zastanawiamy się również nad pewnymi kosztami z tym związanymi. W wielu krajach takie rozwiązania są, również w Niemczech. Ale chcę też przypomnieć, że troszkę inne są tam systemy, ponieważ to nie po stronie instytucji, urzędów leży obowiązek udowodnienia, czy osoba posiada zasoby, tylko odwrotnie – ona musi udowodnić, że posiadane zasoby nie pozwalają jej na pokrywanie kosztów opieki. A więc myślę, że to jest jeszcze pewna przyszłość, kiedyś dopiero będziemy się nad tym zastanawiali, bo dziś koszty służby i całej policji socjalnej mogłyby przewyższyć nakłady, które są niezbędne do podjęcie takich działań. Pamiętając o tym, jaka jest kondycja ekonomiczna polskich rodzin w odniesieniu do minimum socjalnego, wydaje się, że na dzisiaj jest to rozwiązanie zbyt kosztowne.

A jeśli chodzi o te rodzinne domy, to są już pierwsze jaskółki. Myślę, że nic tak dobrze nie robi, jak dobre przykłady. Jest takich domów dziesięć, przebywa w nich czterdzieści sześć osób. Ja oczywiście rozumiem, że pan senator, mówiąc o tym, że od momentu wprowadzenia do dzisiaj... No to są pierwsze jaskółki, ale właśnie być może

te jaskółki spowodują, iż te dobre wzorce, dobre praktyki staną się przykładem dla innych. Nie mamy takich sygnałów, że to, co jest dzisiaj zapisane w prawie, stanowi jakąś barierę. Jest też tak, że w przypadku wszystkich funkcjonujących dzisiaj rodzinnych domów poza udziałem, jaki stanowi dochód osoby, jest udział samorządów. To właśnie samorzady partycypują w tym, co jest usługą opiekuńczą, uzupełniają jakby wkład własny osób trafiających do tych domów. Trudno tutaj mówić o jakichś pogłębianych analizach, bo tak jak mówię, skala rozwoju jest zbyt mała, żeby tutaj szukać innych motywacji. Tyle wynika z naszych informacji zebranych za pośrednictwem wydziałów, również w tych województwach, gdzie są chęci, wola wszystkich służb, aby tę formę rozwijać, a nie ma chętnych. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan minister Fronczak, bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Dziękuję bardzo.

Jeśli chodzi o odniesienie się, to ono musi być troszeczkę szersze, bo w swoim wystąpieniu pan profesor Łuczak był uprzejmy powiedzieć, że należy odróżnić opiekę długoterminową od opieki paliatywno-hospicyjnej. Dzisiejszym tematem spotkania jest opieka długoterminowa, a my coraz bardziej skupiamy się na problemach opieki paliatywno-hospicyjnej. Chcę podkreślić, że jest kolejny materiał, przygotowany przez ministerstwo, skierowany do sejmowej Komisji Zdrowia. Odbędzie się tam posiedzenie poświęcone opiece paliatywno-hospicyjnej i wtedy będziemy na ten temat szczegółowo dyskutować. Ja w swoim wystąpieniu ująłem liczbę dzieci, które są objęte taką właśnie opieką paliatywno-hospicyjną. Tak że nie tylko pan profesor Łuczak dostrzegł problem dzieci. To jest pierwsza sprawa.

Delegacja ustawowa dla ministra zdrowia – żebyśmy mówili jasno i otwarcie – jest następująca: minister może określić, a nie minister określi. W związku z tym to nie jest tak, że ktoś czegoś zaniechał, ktoś czegoś nie zrobił. Minister nad tymi problemami pracuje, a konkretnie pracuje nad standardami, rozporządzeniem, które określa organizacyjne formy opieki paliatywno-hospicyjnej. Mówimy tutaj o opiece stacjonarnej, opiece domowej, oddziałach dziennych. 5 maja odbędzie konferencja uzgodnieniowa, termin jest już ustalony, gdzie zostaną te sprawy jasno przedstawione. To się odnosi również do delegacji z Unii Europejskiej do tego typu działań, co chcę tu wyraźnie podkreślić.

Proszę państwa, te standardy są standardami całościowymi, tak byśmy to określili, czyli idziemy w dobrym kierunku. Do tej pory wydane jest tylko rozporządzenie w sprawie standardów anestezjologicznych. To nie jest tak, że wszędzie są standardy, a ta opieka, o której mówimy dzisiaj, została poza nawiasem, pozbawiona tych standardów, zaniechana itd., itd. Tak że nie używajmy takich trochę manipulujących naszą wyobraźnię stwierdzeń, ponieważ prace nad tym, jak wspomniałem, są zaawansowane, jesteśmy po uzgodnieniach międzyresortowych, ta sprawa praktycznie powoli dobiega końca, a nie jest na żadnym początku.

I propozycja wydania rozporządzenia dotyczącego standardów opieki paliatywno-hospicyjnej, tylko i wyłącznie, co podkreślam, opieki domowej dla dzieci. Jak

najbardziej, ministerstwo pochyliło się nad tą propozycją strony społecznej. Ta sprawa została przekazana do konsultanta krajowego. Konsultant krajowy przekazał swoją opinię. Sprawa jest procedowana. Teraz trzeba na to spojrzeć w ten sposób. Budujemy pojęciowo standardy ogólne i jeżeli na dalszym etapie procedowania sprawa standardów dziecięcych będzie mogła być ujęta w ogólnym czy też oddzielnym rozporządzeniu, to będziemy się nad tym dalej zastanawiać i o tym dyskutować. Myślę, że to wyczerpująca odpowiedź na artykułowane przez państwa przed chwilą obawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Następni mówcy w dyskusji. Teraz może ta strona, bo ta dotąd była aktywniejsza. Pan się zgłosił, bardzo proszę.

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

Wacław Kerpert, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Organizatorów i Menedżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia.

Proszę państwa, ponieważ ja mam możliwość porównywania działań w domach pomocy społecznej i w zakładach opiekuńczo-leczniczych, chciałbym przedstawić kilka uwag, które być może przydadzą się w dalszych pracach. Tak w dużym skrócie.

Istotną sprawą – nie będę już się rozwodził na temat całego problemu, bo wszyscy wiemy, że jeśli chodzi o opiekę nad osobami niepełnosprawnymi i starszymi, to jest to problem, który będzie narastał – jest doprowadzenie do rozwiązań systemowych, między innymi takich, żeby domy pomocy społecznej i ZOL nie konkurowały ze sobą, tylko żeby działały w jednym systemie, który będzie się nawzajem uzupełniał. Przecież kiedyś to wszystko wyrosło z jednego pnia. W reformie bodajże z 1989 czy 1990 r. podzielono te placówki, które kiedyś były wspólne. Ale okazuje się, jak to już zostało powiedziane, że to są naczynia połączone i przygotowywanie jakichkolwiek ustaw, gdzie będzie się uwzględniało racje tylko jednej strony, nic nie da.

Chciałbym powiedzieć, że jeśli chodzi o koszty w domach pomocy społecznej i ZOL, to teraz stworzyła się tego typu dziwna sytuacja, że nie ma wyróżniającej się instytucji. Przykładowo, koszty w ZOL znacznie wzrosły. Kiedyś uważało się – mówię o utrzymaniu placówki – że zakładom opiekuńczo-leczniczym jest łatwiej, bo dostają z Narodowego Funduszu Zdrowia więcej pieniędzy. To chyba nie do końca jest na dzień dzisiejszy prawda, ponieważ koszty, jakie ponoszą te zakłady, są w kilku przypadkach większe niż koszty ponoszone przez DPS. Mówię chociażby o sprawie środków medycznych, lekarstw, kiedy to ZOL mające kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia zobowiązane są zapewnić medykamenty ze stuprocentową odpłatnością. W DPS... I to jest taka drobna uwaga do ministerstwa pracy, bo w tych materiałach jest postulat, żeby były te same prawa dla pacjentów ZOL i mieszkańców DPS. Otóż gdyby tak się stało, to będzie to działało na niekorzyść DPS. Jeśli przyjmemy, że również w ten sposób mają być opłacane leki, no to DPS stracą, bo pa-

cji stracą uprawnienia do zniżek medycznych. A więc albo to powinno być razem brane pod uwagę i rozwiązane, albo... To jest jeden temat.

Drugi temat, bardzo istotny, dotyczący również i ZOL, i DPS, to są standardy. O tym się mówi od wielu lat. Można dyskutować, czy terminy, które są ustalone dla standardów, powinny być dotrzymane, czy można to troszeczkę odpuścić, ale problem jest w czymś innym – w zróżnicowaniu standardów. Proszę państwa, przecież niekoniecznie musi być tak, że wszędzie zapewnimy najwyższej jakości i najdroższe usługi. Są różni pacjenci. Chodzi o to, żeby zapewnić im właściwą opiekę.

Jeśli chodzi o inne możliwości, to przecież ceny mogą różne, nawet w domach pomocy społecznej – w zależności od wielkości pokoi, w od wyposażenia pokoi itd., itd. To bardzo ułatwiłoby działania kierownikom i dyrektorom tego typu placówek.

Następna kwestia to jak najszersze umożliwienie prowadzenia placówek – i zolowskich, i depeesowskich – różnego rodzaju podmiotom niepublicznym jak stowarzyszenia, fundacje itd., które, co z praktyki wiemy, bardzo często lepiej sobie radzą niż jednostki samorządowe. Po prostu przepisy są ciut inne, i możliwości są inne, kiedy się nie jest dyrektorem podległym samorządowi. Nie oszukujmy się – w wielu miejscach w Polsce sytuacja jest taka, że dyrektor domu pomocy społecznej to jest persona tylko i wyłącznie uzależniona od tego, co się dzieje w danym powiecie, jakie są władze. Władze się zmieniają i bardzo często, bez względu na to czy jest to dobry fachowiec, czy zły fachowiec, zmienia się i kierownik.

Jeszcze jeden temat, już tutaj poruszany, mianowicie pieniądze. Cieszę się, że słyszymy, jeśli chodzi o zakłady opiekuńczo-lecznicze, że coś tam drgnęło, ale pozostaje jeszcze sprawa domów pomocy społecznej. Sytuacja pracowników DPS jest naprawdę tragiczna w całej Polsce. Zresztą nie będę się już nad tym rozwodził, bo większość z państwa dobrze się orientuje w tych problemach. Wiecie państwo o protestach, które były w Lublinie i gdzie indziej, a także o tym, co się dzieje, i o tym, że tracimy fachowców, po prostu tracimy ludzi, którzy od wielu lat...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pomalutku proszę kończyć.)

I ostatnia sprawa, którą już tylko chciałbym zasygnalizować, to ustawa o ubezpieczeniach od utraty samodzielności. To jest naprawdę bardzo istotna sprawa, żeby do tego wrócić, ponieważ jest to takie rozwiązanie systemowe, które pozwoli w przyszłości być może to wszystko jakoś nam uregulować. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pani się zgłaszała, a później pani.

Włączamy mikrofony, bo wtedy się lepiej słyszymy.

Adiunkt w Zakładzie Promocji Zdrowia w Instytucie Zdrowia Publicznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego Katarzyna Szczerbińska:

Katarzyna Szczerbińska z Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ.

Wydaje mi się, że najważniejszym problemem, który się pojawiał w różnych wypowiedziach, jest kwestia integracji dwóch systemów. Ale nie myślę o integracji

całej struktury czy integracji finansów, tylko o integracji skupionej wokół rozpoznawania potrzeb człowieka. Otworzyłam książkę, ten właśnie raport, bo myśmy tutaj robili analizę tego, jak wyglądają pacjenci czy klienci – w pomocy społecznej tak się ich określa – DPS, ZOL czy ZPO w opiece długoterminowej. I okazuje się, że wielkich różnic nie ma. Jeśli patrzymy wiekowo, to osób starszych mamy 58% w ZPO, 45% – w ZOL, a 50% osób starszych, ale tych powyżej siedemdziesiątki piątki – w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych. Jeśli patrzymy na osoby niepełnosprawne, obłożnie chore, przykute do łóżka, to ten wskaźnik z oczywistych powodów jest nieco wyższy w ZPO – osoby prosto ze szpitali trafiają tam na rehabilitację – i stanowi 30–39%, a w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych – 22%.

I jeśli byśmy popatrzyli na strukturę chorobową, to – proszę mi wierzyć, mówię to jako lekarz geriatra, który pracował w DPS, ZOL, w szpitalu geriatrycznym, w poradni geriatrycznej – naprawdę nie zobaczymy wielkiej różnicy. Dotknęliśmy problemu, że stan pacjenta się zmienia. No właśnie. Sprawny osiemdziesięcioletni staruszek trafia do domu pomocy społecznej dla osób starszych, gdzie lekarz rodzinny działa tylko doraźnie na wezwanie. I nagle się okazuje, że ten staruszek ma udar, staje się niepełnosprawny albo zachorowuje na nowotwór i wymaga opieki paliatywnej. Co z nim zrobimy? Przesuwamy go do hospicjum? Nie. Dlatego uważam, że kierunek myślenia musi być zmieniony w stronę pacjenta, myślenie musi być skupione na pacjencie – ocena potrzeb i w zależności od zmieniającego się stanu dostawa świadczeń, bez względu na to, gdzie pacjent jest. Jego rolą jest podjęcie decyzji, czy zostać w domu, czy być leczonym w szpitalu, czy w hospicjum, czy też zostać przeniesionym do domu pomocy społecznej. A naszą rolą jest ocenić jego potrzeby w danym momencie. Ta ocena musi być robiona co jakiś czas w stosunku do pewnej grupy osób, bo ich stan się zmienia i trzeba dostosować pakiet świadczeń do potrzeb. To za pacjentem, za jego potrzebami powinny iść fundusze. Jeśli pacjent zdecyduje się umierać w domu, to jest to jego święte prawo, niech umiera w domu. I wtedy my decydujemy, że takie i takie są potrzeby, wobec czego cały zespół opieki paliatywnej, z wyszkolonymi pielęgniarzami, trafia do tej osoby. A jeśli nie zespół opieki paliatywnej, to zespół opieki długoterminowej. Może wystarczy tylko pielęgniarka środowiskowa i lekarz rodzinny. Już nie dotykam całej kwestii szkoleń, chodzi mi o filozofię systemu. Teraz jesteśmy rozrzucony i ścieramy się, kim my jesteśmy, czy my należymy tu czy tam. Przykładowo, jak się rozmawia z geriatrami, to się słyszy, że oni nie chcą być zaliczani do opieki długoterminowej. A ja pytam: gdzie jest ten stary pacjent? Gdzie jest ten pacjent, który nas potrzebuje? No właśnie, musimy być konsultantami, lekarze geriatrzy muszą konsultantami w domach pomocy społecznej czy w zakładach opiekuńczo-leczniczych dla osób starszych. Jeśli mówimy o ZOL dla osób młodszych, to oczywiście mamy lekarzy innych specjalności. Żeby nie tkwić w tych sztywnych sposobach myślenia, przerzucmy myślenie na pacjenta. Będzie to bardziej ludzkie...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zasada pomocniczości i elastycznego reagowania – tak jest.

Bardzo proszę, pani się zgłaszała.

**Pełnomocnik do spraw Zarządzania Jakością
w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Halina Bogusz:**

Ja chciałabym zadać pytanie panu z Narodowego Funduszu Zdrowia i odnieść się do bardzo interesującej wypowiedzi mojej poprzedniczki.

Wydaje mi się, że my również, sprawując opiekę hospicyjną, także tę domową, spotykamy się z problemem integracji, z tym, żeby wspólnie opiekować się pacjentem. Jak sędzę, jest to również wyzwanie dla Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby tę integralność promować, a nie jej szkodzić czy ją utrudniać. Jeżeli pacjent jest poddawany radioterapii, a my jedziemy do niego po południu do domu, bo wymaga tego, ponieważ ma bóle czy inne objawy, to NFZ mówi: macie koincydencję, nie dajemy wam pieniędzy. Kontrakty są traktowane zupełnie rozdzielnie i nie ma zupełnie miejsca na integrację. To jest jedna uwaga. Ja wiem, że to jest bardzo trudne, ułożenie tak kontraktu, żeby ta integracja była możliwa, żeby nie było tak, że każdy za tego samego pacjenta, za tę samą usługę chce dostać swoje pieniądze i odejść. Ale rozumiejąc tę trudność, chciałabym poruszyć ten problem.

Poza tym chciałabym zapytać, czy jeśli chodzi o te pieniądze, o których była mowa, że będą zwiększone... Czy to będzie dotyczyło liczby świadczeń czy kwoty za świadczenie? Chciałabym jeszcze raz tutaj bardzo mocno podkreślić to, co powiedział przede mną pan profesor: w tej chwili, jeżeli chodzi o opiekę domową hospicyjną nie jest najgorzej, ale jeżeli chodzi o opiekę stacjonarną, to ona po prostu umiera. A przyczyną tego jest to, czego wymaga Narodowy Fundusz Zdrowia, jeżeli chodzi o wynagrodzenia. Państwo widzieliście te wynagrodzenia, nie jesteśmy w stanie pokryć ich kosztów nawet przy maksymalnych możliwych przychodach, które są możliwe do osiągnięcia przez oddział. Praktycznie oddziały są już zamykane, a inne szpitale zastanawiają się nad wypowiedaniem umów funduszowi, no bo nie da się tego dalej prowadzić. Ja przepraszam, że tak mocno to podkreślam. Bardzo ciekawa jest również analiza zrobiona przez państwa z hospicjum dziecięcego, która pokazuje, że praktycznie z pieniędzy NFZ nie da się tego prowadzić.

I to jest osobna ogólna uwaga, że jeżeli tworzymy standardy, to strasznie ważne jest... Wydaje mi się, że to rozporządzenie może da się zrobić jedno – chodzi o to przecież, żeby raczej łączyć niż dzielić – może z dwoma częściami, dla dzieci i dla dorosłych, w końcu to wszystko to jest opieka paliatywna. Ale tworząc standardy, musimy się też zastanawiać, jak będziemy je finansować. Inaczej piszemy... Rozporządzenie o anestezjologach jest tego przykładem – wiele szpitali go nie przestrzega, bo nie ma na to pieniędzy. Tworzymy standardy i mówimy: powinno tak być. Ale jak nie damy na to pieniędzy, to na pewno tak nie będzie. I ten standard będzie tylko na papierze. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Chciałbym, żeby głos teraz zabrał przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia.

**Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Krzysztof Klichowicz:**

Jeżeli chodzi o część finansową pani wypowiedzi, to chciałbym potwierdzić, że wzrost finansowania będzie odbywał się nie poprzez wzrost liczby świadczeń, a poprzez wzrost jednostkowej ceny świadczenia. Są pewne szacunki, które ujawnię. W tej chwili możemy mówić o cenie osobodnia w hospicjum domowym dla dzieci na poziomie 51 zł, a szacujemy, że od 1 lipca będzie to na poziomie 75 zł. Mam nadzieję, że uda się to wprowadzić.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: A hospicja stacjonarne?)

Momencik, momencik.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zanim pan się przygotowuje, proszę panią o zabranie głosu.

(Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Krzysztof Klichowicz: O, już mam.)

W takim razie proszę.

**Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Krzysztof Klichowicz:**

Świadczenia w hospicjum stacjonarnym były szacowane na poziomie 210 zł za osobodzień.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: Nie, nie, to pomyłka, nigdzie tak nie jest, to jest jeszcze mniej niż było...)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze. Nie rozwiążemy pewnie teraz tego problemu.

Sprawa opieki hospicyjno-paliatywnej dojrzeła jako temat osobnego posiedzenia Komisji Zdrowia, na które już dzisiaj państwa zapraszam.

Oddaję pani głos, proszę bardzo.

Wiceprezes

**Stowarzyszenia Dyrektorów Domów Pomocy Społecznej Ziemi Lubuskiej
Barbara Kucharska:**

Barbara Kucharska, wiceprezes Stowarzyszenia Domów Pomocy Społecznej Ziemi Lubuskiej.

Chciałabym serdecznie podziękować za zaproszenie na wspólne posiedzenie komisji. Padło tutaj wiele głosów, temat jest obszerny, ale ja skoncentruję się tylko

i wyłącznie na możliwości podpisywania kontraktów na świadczenia zdrowotne, rehabilitacyjne i pielęgniarские z domami pomocy społecznej.

Proszę państwa, my cały czas szukamy jakichś substytutów, żeby można było zakontraktować usługi, które świadczymy naszym mieszkańcom. Z dzisiejszej dyskusji wyraźnie wynika, że nie da się podzielić pracy zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej. Tam jest człowiek, który wymaga opieki medycznej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej. Proszę państwa, to nie powinno być tak jak teraz – możliwość podpisania kontraktu powinien mieć ten, kto świadczy usługę medyczną. Jeżeli w domach pomocy społecznej usługę pielęgniarską świadczą wykwalifikowane pielęgniarki, to powinny mieć one możliwość podpisania kontraktu, ale nie w ramach praktyki indywidualnej. My musimy tych ludzi w tej chwili, w świetle tych przepisów, które istnieją, wyprowadzić z domów pomocy społecznej, oni muszą podpisywać indywidualne praktyki i dopiero świadczyć usługę dla tego samego człowieka, nad którym już pracują.

Proszę państwa, tu naprawdę nie trzeba wielkiej dyskusji, wystarczy wziąć ustawę o świadczeniach zdrowotnych, gdzie w art. 5 ust. 41 mówi się, kto to jest świadczeniodawca. I tu się wymienia, że to jest zakład opieki zdrowotnej, pielęgniarka, grupowa pielęgniarka, osoba fizyczna, która jest zarejestrowana, jednostka budżetowa tworzona i nadzorowana przez MON, podmiot realizujący określone czynności. Nasze stowarzyszenie ma propozycję, żeby dopisać jeszcze jeden punkt, pkt e, co rozwiąże całą sprawę, że może to być również jednostka budżetowa: dom pomocy społecznej. Proszę państwa, tu nie chodzi o to, żeby podpisywać kontrakt na całość świadczonych usług. Jeżeli zastanowimy się, jaka jest oszczędność w kosztach... My jako dyrektorzy domów podpisywalibyśmy kontrakty tylko i wyłącznie na usługi pielęgniarские i rehabilitacyjne.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przepraszam, że wejdę pani w słowo. Tam jest jeszcze jedna przeszkoda. Mianowicie w noweli ustawy z 1998 r., o ile pamiętam, wycięto usługi zdrowotne z pakietu oferty DPS. To nie jest zatem tylko kwestia ustawy o ZOZ. Tak że ja bym proponował tego tematu...

Wiceprezes

Stowarzyszenia Dyrektorów Domów Pomocy Społecznej Ziemi Lubuskiej Barbara Kucharska:

Dobrze. Ja już jednym zdaniem do tego dotrę. Mamy jako domy świadczyć tylko usługi bytowe i socjalne. Proszę nam powiedzieć: kto ma świadczyć usługi pielęgniarские, kiedy jest to osoba skierowana z zakładu opiekuńczo-leczniczego? Art. 54 ustawy o pomocy społecznej z kolei mówi, że ludzi wymagających wzmożonej opieki medycznej powinniśmy kierować do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Proszę państwa, 80% moich mieszkańców musiałoby przejść do ZOL. My z ZOL przyjmujemy do domów pomocy społecznej.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dobrze. Jest to problem, jest to pytanie...)

Tak że ja złożę odpowiedni wniosek. I ten wniosek, i nasze stanowisko, są poparte przez Konwent Starostów Lubuskich.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Wracamy do tego problemu po raz kolejny, zasada pomocniczości gdzieś wyparowała przy konstruowaniu systemu pomocy. To się rozjechało. I to jest oczywista trudność, przed którą stajemy. Pewnym wyjściem, takim kompromisowym, było dopuszczenie możliwości tworzenia czy niejako wprowadzenia praktyk indywidualnych w stu siedemnastu placówkach. Takie już funkcjonują, więc można powiedzieć, że jakimś bocznym torem, jeszcze nie systemowo, ale coś próbujemy zrobić. Do rozważenia są jeszcze dalsze ruchy, o których pani mówi.

Bardzo proszę, pan się zgłaszał.

**Członek Zarządu Powiatu w Starostwie Powiatowym w Pile
Bogusław Mikita:**

Bogusław Mikita, przedstawiciel samorządu terytorialnego, a dokładnie powiatu pilskiego, w którym jest pięć domów pomocy społecznej, niegigantów – ogółem dla czterystu szesnastu osób. W zasadzie są u nas wszystkie możliwe formy tych domów – dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie i chorych psychicznie, dla osób upośledzonych umysłowo i psychicznie chorych oraz dla osób starszych i somatycznie chorych.

Ja prosiłbym państwa o jedną rzecz, o to, żeby zrozumieć, że ludzie przebywający tam, to są mieszkańcy miast i wsi. Oni mogą stać się pacjentami, kiedy zachorują. Tutaj bardzo ładnie i doktor Kozierkiewicz, i pani, która wspólnie z panem doktorem przygotowywała ten projekt badawczy, mówili, że to powinno się uzupełniać, a nie dzielić na ZOL, na DPS. I jeden, i drugi zakład uzupełniają się. Z tego badania wyszło, że więcej usług rehabilitacyjnych, pielęgniarских jest świadczonych w domach pomocy społecznej. Ale pieniędzy na realizację tychże usług za wiele nie ma. Teraz pojawiła się jaskółka w postaci grupowej praktyki pielęgniarskiej. Narodowy Fundusz Zdrowia w trakcie rozmów zmienił zasady gry, bo pamiętam jak dziś, w wielkopolskim oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia namawialiśmy pielęgniarki pracujące w domach pomocy społecznej, żeby podjęły tego typu praktykę. Naprawdę musieliśmy przewyciężyć bardzo wielkie obawy tych wykwalifikowanych, wykształconych pielęgniarek, żeby podjęły tego typu wyzwanie. Powiedziano im, że jeżeli zapiszą się na kurs, to taki kontrakt zostanie podpisany. Poszły, nie wiedząc, czy będą miały dofinansowane to szkolenie. My jako samorząd akurat chcieliśmy, żeby jakiegokolwiek chociaż możliwości podwyższenia płac pozostałym pracownikom domów pomocy społecznej... Już nie będę tego powtarzał, bo mój przedmówca powiedział, że tam są praktycznie głodowe pensje. Ci ludzie pracują z sercem, ale sercem rodziny nikt nie wyżywi. To są ludzie wykształceni, przygotowani do uprawiania zawodu.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Do konkluzji proszę przechodzić, bardzo proszę, bo nie zdąży pan.)

Konkluzja jest taka, żeby nie zmieniać tych zasad, nie ruszać tych stu siedemnastu praktyk pielęgniarских. Dobrze, to jest jaskółka, ale może warto byłoby pomyśleć o zakontraktowaniu w taki sam sposób usług rehabilitacyjnych. To dodatkowe finansowanie pozwoli na zwiększenie zarobków pozostałych pracowników domów pomocy społecznej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo, teraz pani.

**Konsultant Krajowy
w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych
Elżbieta Szwalkiewicz:**

Elżbieta Szwalkiewicz, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Może moja wypowiedź będzie troszkę takim podsumowaniem. Chciałabym odnieść się do tego, co powiedzieli pan Kozierkiewicz i pani Szczerbińska. Z mojej wieloletniej praktyki, jak również z wdrażania różnych modelowych rozwiązań wynika, że nie ma żadnej różnicy między chorymi przewlekle mieszkańcami DPS, a mieszkańcami ZOL czy ZPO. Jakiegokolwiek sztuczne podziały są bezsensowne.

Chciałabym zaproponować po prostu zaczęcie od początku – od fundamentów, od filozofii, od koncepcji opieki długoterminowej. Trzeba wyodrębnić ten obszar jako obszar odrębny dla chorych i niesamodzielnych ludzi. Nie należy dopasowywać na siłę do tego obszaru przepisów dotyczących leczenia szpitalnego czy pobytu w DPS. Nie ma znaczenia, gdzie ten pacjent jest, musi on mieć zaspokojone podstawowe potrzeby życiowe. Kto ma to zaspokoić? Każdy pacjent w opiece długoterminowej w 85% przetrwa w zależności od tego, czy będzie miał zapewnioną podstawową pielęgnację. Podstawowa pielęgnacja to higiena ciała, przemieszczanie, odżywianie plus opieka, czyli bezpieczeństwo w otoczeniu i komunikowanie się. To są te dwa obszary. Są one identyczne w domach pomocy społecznej i w ochronie zdrowia.

W domach pomocy społecznej jest nieco lepsza infrastruktura, są nieco lepsze kadry opiekuńcze, czego brakuje w systemie ochrony zdrowia. Naszym ogromnym problemem jest przygotowanie właściwych warunków dla tej kategorii obywateli, wszystko jedno gdzie przebywają. Na czym polegają nasze dramaty? Średnia wieku pielęgniarek w Polsce to jest czterdzieści siedem lat, a są i wyższe średnie w województwach. Za półtora roku prawie 1/4 polskich pielęgniarek uzyska uprawnienia emerytalne. Z racji tego, że emerytury są bardzo niskie i będą próby oddziaływania na nie przez szpitale, duża część tych osób zostanie w pracy, będzie na emeryturze pracować. Nie ma żadnej szansy, żeby tę ostatnią zmianę warty w domach pomocy społecznej w jakikolwiek sposób odtworzyć. Żadna pielęgniarka z wyższym wykształceniem nie pójdzie pracować do domu pomocy społecznej, żeby wykonywać podstawową pielęgnację. W nowej koncepcji opieki długoterminowej pielęgniarki mają być kreatorami procesów pielęgnowania, a wykonawcami i podstawową kadrą mają być dla ludzi chorych opiekunowie medyczni, dla ludzi niedołączonych – opiekunowie osób w podeszłym wieku, opiekunowie w DPS, asystenci osób niepełnosprawnych. To zależy od potrzeb.

Gdybyśmy my pochylili się nad przygotowaniem zupełnie nowej koncepcji, nowego ujęcia dla tej kategorii pacjentów i wykorzystali wszystko to, co jest w systemie... Tego jest obecnie za mało, bo problem dotyczy prawie półtora miliona obywateli, więc wszystko to, co mamy po stronie pomocy społecznej, co mamy po stronie ochrony zdrowia, to jest za mało. Do tego mamy tragedię związaną z tym, że brakuje

pielęgniarek i istnieje niesamowity przymus przygotowania profesjonalnych opiekunów na podstawowym poziomie do podstawowej pielęgnacji. Ja bym radziła, żeby już nie rozpatrywać w tej chwili, co leży po stronie pomocy społecznej, a co leży po stronie ochrony zdrowia. Zajmijmy się człowiekiem i jego potrzebami. Nie rozmawiamy o działaniach ponadstandardowych, pochylmy się tylko nad podstawowymi potrzebami. A to co ponadstandardowe, to będzie zależało oczywiście od dodatkowych ubezpieczeń czy innych możliwości zabezpieczenia.

Panie Przewodniczący, bardzo prosiłabym o to, bo zakłady opieki długoterminowej w żaden sposób nie pasują do przepisów szpitalnych, nie pasują do przepisów lokalowych wymaganych w przypadku szpitali. Domy pomocy społecznej też nie pasują do tych przepisów. Jeżeli chodzi o kadrę pielęgniarską w domach pomocy i ten strach, to powiem, że ja rozumiem strach osób, które działały poza wolnym rynkiem usług. Ja proponuję koleżankom, żeby zakładały regionalne zakłady. Niech będzie jeden niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, zrzeszający pracowników, pielęgniarki ze wszystkich domów w danym regionie, z jednym zarządem, z jedną dyrekcją, z możliwością przemieszczania kadr nawet z domu do domu, jak powstają jakieś duże dylematy związane z realizowaniem opieki.

Właściwie to wszystko jest bardzo proste do zrobienia, tylko trzeba wyjść tak, jak przed chwilą moi przedmówcy wszyscy mówili, nie od oczekiwań naszych pracowników, nie od oczekiwań systemu, nie od oczekiwań politycznych, tylko od metody i sposobu zaspokojenia podstawowych potrzeb człowieka niesamodzielnego i chorego. Ustalmy koncepcję opieki długoterminowej. Ja tak to widzę. Zawsze postrzegałam te dwa obszary jako całość, nie można tego rozdzielić w żaden sposób, bo w praktyce będzie to sztuczne i będzie to wiele kosztowało. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan doktor Kozierkiewicz, proszę bardzo.

**Adiunkt w Zakładzie Medycznych Systemów Informacyjnych
w Instytucie Zdrowia Publicznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu
w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Adam Kozierkiewicz:**

Dziękuję.

Dobrze, że tak późno udzielono mi głosu, bo mogę wzmocnić tylko to, co powiedziała pani doktor Szwałkiewicz.

Chciałbym powiedzieć, że w większości krajów europejskich obserwuje się, że narastają braki personelu medycznego, personelu wykwalifikowanego – im bardziej wykwalifikowany personel, tym bardziej te braki widać. W związku z tym nie można się spodziewać – jeszcze raz nawiążę do wypowiedzi przede mną – że sytuacja w dziale pod tytułem opieka długoterminowa poprawi się. Należałoby zatem zastanowić się nad jakąś krótszą ścieżką kształcenia jako opcją zawodową na drugą połowę życia. Byłaby to ścieżka dla osób, które na przykład po wychowaniu dziecka w wieku, powiedzmy, czterdziestu paru czy pięćdziesięciu lat, wchodzi w sferę aktywności zawodowej. Takie osoby prawdopodobnie nie oczekują już wielkiego sukcesu finanso-

wego, tylko oczekują pewnego rodzaju zajęcia. Tego typu konstrukcje dość często się pojawiają. Chodzi głównie o panie, które przez dłuższy czas nie były aktywne zawodowo, w pewnym momencie mają więcej czasu, a na dodatek tracą jakieś tam wsparcie finansowe. Dla nich oferta w postaci uzyskania podstawowych kwalifikacji, o których pani Szwalkiewicz przed chwilą mówiła, mogłaby być interesująca. To jednocześnie mogłoby trochę przynajmniej przynieść ulgę w tych problemach, o których mówimy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę.

Starosta Pilski Tomasz Bugajski:

Tomasz Bugajski, starosta pilski.

Panie Przewodniczący, chciałbym bardzo gorąco podziękować za to, że możemy jako samorządowcy wyrazić wobec tak poważnego gremium nasze zdanie, ocenę i oczekiwania.

Przybyłem na to posiedzenie komisji wspólnie z członkiem zarządu powiatu pilskiego, panem Bogusławem Mikitą, który przed chwilą zabierał głos, żeby pokazać jak ważny jest problem szeroko pojętej pomocy społecznej, jaka jest jego ranga dla nas samorządowców. Jeszcze raz bardzo dziękuję, że mogę w paru słowach to przedstawić, szczegóły są ujęte w piśmie, które prześlemy komisji.

Absolutnie nie zgadzam się z przedmówcą, który wyraził myśl, że to od polityki samorządowca zależy, kto będzie w domu pomocy społecznej dyrektorem czy kierownikiem. To jest błędne pojęcie, nie wolno tymi kategoriami patrzeć. Domy pomocy społecznej – mamy ich pięć w powiecie, a w województwie wielkopolskim, jak państwo wiecie, znacznie więcej – rządzą się swoimi prawami i są bardzo istotnym miejscem pomocy dla osób, których już nikt nie chce. I bardzo prosiłbym wziąć to pod uwagę. Są to osoby wyalienowane społecznie, a ktoś je z sobą zabiera. Nie komu innemu tylko samorządowi przypadło wyrównywać te zagubione gdzieś w pierzepekach 30%, które zniknęły podczas przekazywania obowiązków między pomocą społeczną a służbą zdrowia. Około 30% finansowania pomocy społecznej zostało zagubionych. To jest cały blok obsługi medycznej. Czy my to nazwiemy kontraktami medycznymi, czy lekarskimi, to nie jest ważne. Istotne jest to, że to jest sercem obsługi osób chorych. W niektórych domach społecznych u mnie jest 60% osób leżących. Jak to się ma do osoby, która pójdzie leżeć do szpitala? Inne pieniądze się za to płaci niż za taką samą osobę w domu pomocy społecznej, którą opiekują się pielęgniarki. Tych ostatnich nawet nie można przejść na kontrakt, bo są z tym problemy, o których mój przedmówca wcześniej powiedział. Ta zapłata jest inna.

System musi wypracować, Panowie Senatorowie, nie kto inny, nie my tu na dole, chociaż serce wyjmemy, a szczególnie wszyscy nasi pracownicy... Ja podkreśliam... Obserwowałem ostatnio kilka spotkań dyrektorów ze związkami zawodowymi pracowników. Pan senator Augustyn zaangażował się osobiście w te sprawy. Za to bardzo Ci, Senatorze Mietku, dziękuję. To nie są żarty, kiedy mówi się o tym, jaka jest potrzebna pomoc dla domów pomocy społecznej. Tam są żebracze pensje. My musimy dopłacać do najniższej wypłaconej pensji z samorządowych pieniędzy, zabierając te

środki ze szkół, z dróg czy z czegoś innego. I my to robimy, inwestujemy w domy pomocy społecznej. Dyrektorzy domów pomocy społecznej i załogi tychże domów wykonują piękną pracę, dobrą robotę dla osób, które nigdy by nie wyszły poza dom pomocy społecznej. To jest jeden aspekt.

I drugi, myślę, że bardzo ważny, dziś już dotknięty temat, czyli standardy obowiązujące w domach pomocy społecznej. Przecież ja mógłbym zmniejszyć zatrudnienie, dać więcej płacy tym ludziom, ale nie – mnie obowiązują standardy: tyle metrów, takie miejsca, itd., itd. Trzeba dać troszkę swobody, zwłaszcza tym domom, w których naprawdę dobrze się dzieje. Mieszkańcy jako podmiot są tu najważniejsi i ludzie, którzy ich obsługują, z nimi wspólnie pracują.

Uważam, że dziwna jest też rola płatnika usług medycznych w tym wszystkim. Narodowy Fundusz Zdrowia prześciga się w tym, jak można nie dać czegoś dla pomocy społecznej. Myślę, że tu powinna być symbioza działań, ona jest wręcz konieczna. Trzeba szukać takich rozwiązań systemowych, którymi się pomoże pracownikom i samorządom, bo na razie utrudnia się im funkcjonowanie. Nie wolno zmieniać w czasie gry jej reguł. Jeśli było ustalone, i to zdecydowanie, że pielęgniarki, które tak trudno było przekonać, żeby otworzyły swoje prywatne praktyki, mogą rozpocząć rejestrację, jeśli zaczną poprawiać swoje wykształcenie... Nie, bo musicie ukończyć. To albo jedno, albo drugie.

I ostatni element, bo wiem, że czasu dla nikogo już nie ma. Uważam osobiście, że generalnie nie jest tak źle w domach pomocy społecznej. Ci ludzie są nieźle wykarmini, bardzo dobrze ubrani, mają wspaniałą obsługę, jeśli chodzi o pracowników, bo są to pracownicy oddani. W niektórych miejscowościach oni nie mają innej możliwości pracy, to jest jedyne ich miejsce pracy. Inaczej musieliby dojeżdżać ileś kilometrów. Trzeba znaleźć formę i sposób pomocy samorządom, wskazać, jak moglibyśmy podwyższyć płace pracowników, żeby mogli godnie zarabiać i mogli być odpowiedzialnymi od serca za te osoby, które są im powierzone.

Często rodziny, z których pochodzą chorzy, zapominają o nich. Pamiętają tylko wtedy, kiedy jest możliwe pobranie odrobiny pieniędzy. Kiedy indziej nie pamiętają o tych chorych. I to na nas, na samorządach spoczywa obowiązek opieki nad nimi. Jeszcze raz, Panowie Senatorowie, bardzo dziękuję, że mogłem to wyrazić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Wygląda na to, że lista mówców została wyczerpana.

Zanim oddam głos inicjatorowi tego wspólnego posiedzenia, chciałbym jeszcze powiedzieć o swoich doświadczeniach z okresu, gdy koordynowałem politykę społeczną we Wrocławiu. Oczywiście brakuje nam bardzo zasady pomocniczości i elastyczności w systemie. To, co można byłoby zrobić w domu, powinno być robione w domu, powinniśmy rozwijać systemy mieszkań chronionych, hosteli, elastyczne formy pomocy, bo to redukuje koszty i jednocześnie stwarza lepszą jakość życia podopiecznym.

Nie jestem pewny, czy nie powinniśmy popatrzeć jeszcze na wzorce niemieckie, gdzie centrum pomocy społecznej dysponuje całym pakiem zintegrowanych świadczeń, począwszy od mieszkania chronionego, przez hostel, oddział dzienny, po depees.

Może powinniśmy jednocześnie przyjrzeć się, co zrobić, żeby to, co tu jest deficytowe, czyli usługi medyczne... Chodzi mi o to, żeby ludzie korzystający z systemu pomocy nie byli dyskryminowani, bo do tego sprowadzają się problemy z zabezpieczeniem opieki medycznej w domach pomocy społecznej. Zresztą w ogóle w Europie problem równoprawnego dostępu osób starszych do pomocy medycznej jest jednym z gorących tematów.

Dziękuję bardzo państwu za aktywny udział w dyskusji. Nie dalej jak wczoraj przedyskutowaliśmy z panem senatorem Augustynem ewentualne propozycje wniosków. Pan senator to przygotował. Tak że teraz oddaję ci Mieciu głos.

Bardzo proszę.

Senator Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, na wstępie powiedziałem o czasie, w którym się spotykamy, że jest wyjątkowo ważny dla podjęcia konkretnych decyzji w dwóch perspektywach. One były bardzo widoczne w państwa wystąpieniach. Jedna perspektywa dotyczy tego, co w tej chwili najtrudniejsze, co teraz jest najważniejsze. Słyszeliśmy od przedstawicieli hospicjów, przedstawicieli domów pomocy społecznej, mocne słowa o bardzo kryzysowej sytuacji. I druga perspektywa, dłuższa, to panoramiczne spojrzenie na problemy opieki długoterminowej. Wydaje mi się, że nasze konkluzje muszą dotyczyć ich obu. Nie możemy przejść nad tym, co zostało powiedziane, do porządku dziennego i powiedzieć uczestnikom tego spotkania, reprezentującym określone środowiska: jak zbudujemy w przyszłości jakiś dobry system, to może wam też będzie lepiej. Nie, trzeba działań ratunkowych, żeby było na czym budować. Nie jest przecież tak, że nie mamy dorobku, wieloma rzeczami możemy się szycić, jest na czym budować. I nie możemy dopuścić do tego, żeby to zmarnować, tu i teraz.

Gdy mówimy o szerszej perspektywie, to oczywiście ona jest słuszna, nawet trzeba patrzeć jeszcze szerzej niż państwo pokazywaliście. Na opiekę długoterminową trzeba popatrzeć jako na element polityki wspomagania dynamicznie rosnącej liczby osób starszych. Jeśli się troszczymy o to, jak będzie wyglądało przestrzeganie praw ludzi niesamodzielnych, a więc tych, których prawa są najbardziej zagrożone, bo oni są przecież w dużej mierze bezbronni i na nas skazani, to musimy pamiętać o tych deficytach, które się rysują, owszem już są, a będą jeszcze większe, w różnych miejscach, co do których chcielibyśmy zastosować zasadę pomocniczości przy budowie nowego systemu.

Pan profesor Błędowski był ze mną na konferencji, na której mówiliśmy o tym, że złudzeniem jest myślenie, iż można będzie liczyć na to, że seniorzy sami udźwigną ten problem. Koszty w opiece długoterminowej – o tym była mowa – rosną zbyt gwałtownie. Ale też trzeba powiedzieć tutaj twardo i mocno przykre słowa: w najbliższych dziesięcioleciach zdolność finansowania kosztów leczenia i opieki przez emerytów niestety zmaleje. To się będzie zmieniać, ale akurat w wtedy, kiedy będziemy się spotykać z górką, że tak powiem, wyżu seniorów, w 2030 r., ten nowy system znacznie przynosić rzeczywiste efekty, a do tego czasu liczba osób starszych w Polsce podwoi się, a liczba najstarszych spośród starych się potroi.

Dlatego właśnie tak niesłychanie ważne jest, ażebyśmy teraz, konstruując nowy system, wzięli tę perspektywę pod uwagę. Oczywiście, wiele też trzeba zrobić w ramach ogólnej polityki, żeby zmienić sytuację emerytów i rencistów, bo nie można tego

znowu w drugą stronę przesunąć. Jaka będzie sytuacja rodzin, które przecież powinny się czuć zobowiązane do udziału w opiece i nie powinny być zwolnione z obowiązku partycypowania w opiece? Otóż to nie jest tylko tak, jak mówiła pani doktor Szwalkiewicz. Przepraszam, że gdzieś mi pani doktor umknęła przy powitaniach, potem się już nie mogłem przebić, jak to zauważyłem. Ale to nie jest tak, że możemy liczyć na rodzinę. Nie tylko dlatego, że ona przeżywa jakieś cywilizacyjne ważne przeobrażenia, ale także dlatego, że rodzina się też postarzeje, ten przedział, w którym będziemy mówić o opiece długoterminowej, też się będzie przesunął w latach wraz z przedłużaniem długości życia. To nie będzie tak, że jakieś mityczne wnuki zajmą się starszymi i niesamodzielnymi w przyszłości, ponieważ ich nie będzie w wystarczającej liczbie.

Mówię o tym dlatego, żeby wzmocnić pewien głos końcowy, który chciałbym w odniesieniu do wielu państwa głosów zaproponować. Nie chodzi o dokładne brzmienie, ale o sens. Chcielibyśmy wystąpić do pani minister Ewy Kopacz, do pani minister Jolanty Fedak, do pana ministra Michała Boniego, z którymi się w tej sprawie spotykaliśmy, o to, ażeby rozpocząć albo wznowić pilnie prace nad przygotowaniem nowego systemu opieki długoterminowej, w tym ubezpieczeń od ryzyka niesamodzielnosci. Żeby nie było złudzeń – ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielnosci są tylko elementem polityki w opiece długoterminowej. Daj Boże, żeby to był element integrujący, dobrze by było, żeby on kierował pieniądź w ślad za klientem, dobrze, żeby promował elastyczne, jak mówił tu słusznie pan przewodniczący Sidorowicz, formy opieki wsparcia dla osób starszych w Polsce. Takie wystąpienie chcielibyśmy przygotować.

Zrozumiałem podczas dyskusji, że tego rodzaju stanowisko wszystkich państwa, nie tylko członków komisji, zyska aprobatę. Jest już pewna jaskółka. Nie wiem Władku, czy mogę to zdradzić. Mogę chyba, tak? Liczne działania, które podjęliśmy, prowadzą do zaczątku powstania kolejnego zespołu, który pociągnie te prace. Szóstego się spotykamy i myślę, że wtedy zapadną jakieś decyzje. Daj Boże, żeby tak się stało. Nie jest to łatwe, także ze względów politycznych. Państwo to chyba dobrze czujecie. Kolejne obciążenie społeczeństwa jakąś dodatkową daniną nie będzie popularne. Dlatego trzeba też wielkiego wysiłku nas wszystkich – i apeluję do państwa o to – w przekonaniu polityków i decydentów, że to nie jest wydatek, tylko to jest inwestycja. Inwestycja w dobrą przyszłość także tych, którzy będą te decyzje, mam nadzieję, podejmowali. Żeby czasem nie zvekslować tego, jak na jednym z posiedzeń komisji sejmowych, gdzie padło pytanie: czy pan mówi o tym kolejnym podatku? To jedno zdanie, odezwanie trochę takie zaczepne, już pokazuje tę trudność. Z tego, że nam na tym zależy, że my to rozumiemy, wynika proszę państwa tylko jedno – nasze zobowiązanie, żeby to nasze przekonanie upowszechnić. Broń Boże, nie może z tego wynikać pewność, że wszyscy inni myślą tak samo, wręcz przeciwnie.

A teraz druga nasza propozycja. Mnóstwo mógłbym mówić jako człowiek pracujący w tym środowisku o problemach domów pomocy społecznej. Troszkę pan starosta o tym wspominał, dziękuję za miłe słowa. Tam jest w tej chwili najtrudniej – naprawdę. Trwają strajki, odejścia z pracy, tu nie było o tym może mowy, fluktuacja kadr, jedni odchodzą, drudzy przychodzą, istnieje zagrożenie nieutrzymania standardów, tam są limity, odchodzą ludzie, nie ma kim wypełnić luki. Jest tak, jak pani doktor mówiła – nie ma już kim wypełnić tych luk w wielu środowiskach.

Wiele spraw chcielibyśmy w stanowisku połączonych komisji zawrzeć. Przede wszystkim diagnozę. Powiem o tym tylko w skrócie, bo nie chcę państwa zanudzać,

o tej sferze pomocy mógłbym mówić na pewno bardzo długo. Niskie zarobki, ubytek personelu fachowego, nierozwiązany do końca problem finansowania usług pielęgniar-skich. Mam nadzieję, że pan dyrektor słyszał, iż przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia usłyszeli nie interesariuszy, lecz fachowców, którzy mówią, że poziom opieki nad ludźmi przebywającymi w domach pomocy społecznej musi być odpowiedni do stanu ich zdrowia, a ten się nie różni od tego, co jest w ZOL. Poziom opieki zdecydowanie się różni, a poziom finansowania też zdecydowanie się różni.

Mam przyrzeczenie pana prezesa NFZ, że będziecie państwo do końca roku pracować nad tym, żeby możliwe było kontraktowanie usług całodobowych w domach pomocy społecznej. Jeszcze nie było tu mowy o dramatycznej sytuacji domów, które mają chorych psychicznie. Oni nie mieszczą się w tych warunkach, które państwo zaproponowaliście, bo to są sprawni fizycznie ludzie. Tam potrzebny jest fachowy personel, także medyczny, co wynika zresztą z przepisów ochrony zdrowia, ale państwo nie chcecie za to płacić. To jest nieprzestrzeganie własnych nawet przepisów, to już jest, że tak powiem, jakaś wyższa szkoła jazdy.

Proszę państwa, jeszcze chcielibyśmy się upomnieć o niepubliczne domy pomocy społecznej. Ich sytuacja jest jeszcze trudniejsza, one nie różnią się w sprawach opieki zdrowotnej, ale różnią się w sprawach bieżącego finansowania. Otóż wiele samorządów owszem kontraktuje usługi w niepublicznych domach opieki, na przykład zakonnych, prowadzonych przez siostry i braci – jest tutaj przedstawiciel Komisji Episkopatu, która się tymi sprawami zajmuje – ale te domy dostają z kontraktów pieniądze tylko na bieżące koszty utrzymania, wynikające z odpłatności. Nie bierze się pod uwagę inwestycji, które są niezbędne dla osiągnięcia standardu, nie bierze się pod uwagę amortyzacji i nie bierze się pod uwagę od niedawna także bieżących napraw i remontów. Jak długo te domy mogą tak trwać? Czy zgodzimy się na to, żeby ten wielki dorobek, w tym wypadku akurat domów zakonnych, wręcz stuleci, na progu wielkiego zapotrzebowania na usługi długoterminowe zmarnować? Chcemy się w naszym stanowisku o to upomnieć.

Oczywiście będziemy też upominać się o inne finansowanie pobytu mieszkańców przyjętych na tak zwanych starych zasadach. Zwracałem się o to już do ministerstwa. No nie może być tak, że część domów dostaje pieniądze w wysokości poniżej kosztów utrzymania tych domów. W tym samym domu są osoby, które ponoszą koszty całego pobytu, i osoby, które dostają mniej niż tamte. To jest na dłuższą metę niemożliwe do utrzymania. Mam nadzieję, że uda mi się przekonać Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia, do których będziemy się zwracać z tym stanowiskiem, do zmiany tego, co najpilniej potrzebne w tej perspektywie na już i teraz. Nie podejmuję tematu hospicjów, dlatego że pan przewodniczący już zapowiedział kontynuację tematu na oddzielnym posiedzeniu Komisji Zdrowia i sądzę, że tam państwo o wiele bardziej kompetentnie rozważycie tę kwestię. Chcielibyśmy państwa tutaj gościć i wysłuchać, bo – można by było powtarzać za wieloma znakomitymi wypowiedziami – trzeba widzieć człowieka starszego z jego potrzebami całościowo aż do końca. Musi być w polityce i myśleniu o opiece długoterminowej także miejsce dla hospicjów. I co do tego jest chyba pełna zgoda.

Jeżeli państwo pozwolicie, to taką może nacechowaną emocjami, ale myślę, że dla nas wszystkich jest to sprawa ważna, konkluzją, tymi dwoma wystąpieniami chcielibyśmy zakończyć dzisiejsze posiedzenie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, dziękuję bardzo.

Jak zwykle, proszę państwa, tego typu spotkania zostawiają uczucie niedosytu, ale myślę, że przygotowane stanowisko jest otwarciem pewnej drogi.

Chciałbym wszystkim państwu bardzo podziękować za udział w posiedzeniu i wyrazić nadzieję, że to budowanie systemu będzie rzeczywiście powodowało zanikanie różnic, bo dzisiaj mamy miejsca, gdzie jest lepiej, ale mamy też czarne dziury, gdzie człowiek jest pozostawiony sam sobie. Bardzo się cieszę, że obie komisje mogą współpracować przy tej koncepcji.

Jeszcze raz bardzo państwu dziękuję za przybycie na posiedzenie naszych komisji.

Senator Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Chciałbym wielu spośród państwa móc powiedzieć: do zobaczenia w miejscu, gdzie będziemy być może wspólnie wypracowywać rozwiązania kompleksowe tej polityki, na którą czekamy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 53)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 6 egz.

ISSN 1643-2851