



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(737)

64. posiedzenie
Komisji Rodziny i Polityki Społecznej
w dniu 3 marca 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (druk senacki nr 470, druki sejmowe nr 1454, 1655).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o działach administracji rządowej oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (druk senacki nr 471, druki sejmowe nr 952, 1654).
3. Informacja Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej na temat sytuacji mieszkańców domów pomocy społecznej w zakresie świadczeń pielęgnarskich należnych z tytułu ubezpieczenia społecznego.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 34)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Mieczysław Augustyn)

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Witam na posiedzeniu Komisji Rodziny i Polityki Społecznej.

Dzisiaj w porządku obrad mamy trzy punkty, a mianowicie rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o działach administracji rządowej oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a następnie kwestii finansowania usług pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej.

Czy ktoś z członków komisji chciałby wnieść uwagi do porządku obrad? Jeśli nie, uważam, że przyjęliśmy taki porządek obrad. Dziękuję bardzo.

Witam bardzo serdecznie przybyłych na dzisiejsze posiedzenie gości. Witam pana ministra Buciora wraz z wszystkimi pracownikami resortu, witam panią dyrektor Elżbietę Łozińską z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, panią Aleksandrę Pabiańską z KPP...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Z Konfederacji Pracodawców Prywatnych.

Witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, jeśli są już wśród nas. Podejrzewam, że jeszcze nie, gdyż ich udział jest przewidziany przy rozpatrywaniu następnego punktu posiedzenia. Witam przedstawicieli pozostałych związków zawodowych. Witam pozostałych przedstawicieli Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Witam państwa bardzo serdecznie.

Przystępujemy do rozpatrzenia punktu pierwszego: ustawa o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Poproszę pana ministra, lub wskazaną przez niego osobę, o przedstawienie celu ustawy.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej
Marek Bucior:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Zmiana art. 81 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych dotyczy prawa do zasiłku pogrzebowego, które to prawo, zgodnie z dzisiejszym brzmieniem, wygasa w razie niezgłoszenia wniosku o jego przyznanie w okresie dwunastu miesięcy od dnia śmierci osoby, po której zasiłek przysługuje. Zaproponowane sformułowanie, które miałyby się mieścić w ust. 1, powoduje, że w przy-

padku znalezienia zwłok po dwunastu miesiącach – a takie sytuacje bywają, wiem, że Polacy podróżują po świecie, bywają również różnego rodzaju wypadki gdzieś w górach, takie losowe sytuacje po prostu się zdarzają – uniemożliwia to wypłatę zasiłku pogrzebowego.

W związku z tym zaproponowano oznaczenie tego artykułu jako ust. 1 i dodanie dwóch kolejnych ustępów. W ust. 2 określono, że gdyby było niemożliwe zgłoszenie wniosku o zasiłek pogrzebowy z tego powodu, że dopiero później odnalazły się zwłoki, to prawo do zasiłku pogrzebowego wygasa po upływie dwunastu miesięcy od dnia sporządzenia aktu zgonu. To umożliwi właśnie w takich przypadkach wypłatę zasiłku pogrzebowego. No i ust. 3, mówiący o tym, że tego typu okoliczności dokumentuje się zaświadczeniem policji lub prokuratury albo odpisem zupełnym aktu zgonu. W art. 2 proponuje się, aby ustawa weszła w życie czternaście dni od dnia ogłoszenia. I to jest właściwie całość ustawy. Strona rządowa oczywiście tę ustawę popiera. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję.

Poproszę o opinię Biuro Legislacyjne.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:**

Biuro Legislacyjne ma uwagę do ust. 3, czyli do wykazania szczególności sytuacji. Chodzi o to, żeby przyrzeć się ust. 3 pod kątem legislacyjnym, czyli odzwierciedlenia tego *ratio legis* i redakcji przepisu. Chodzi o to, aby on był maksymalnie jasny i adekwatny do tego, co było intencją jego autorów. Wydaje się, że wyraz: „fakt” jest może niezbyt fortunnie użyty, ponieważ znalezienie czyjegoś ciała w terminie późniejszym niż dwanaście miesięcy od śmierci, to jest jakby coś więcej niż fakt. To jest przecież stwierdzenie śmierci, ustalanie tożsamości zmarłej osoby, jednocześnie jest w ogóle możliwość wystawienia samego aktu zgonu, a dopiero później odpisów tego aktu. Mówiąc krótko, potoczność, która wkradła się do ustawy poprzez rozumienie słowa: „fakt”, nakazywałaby może zrezygnowanie z takiego brzmienia i uściślenie tego w wersji zaproponowanej przez nas w naszej opinii. Jeżeli chodzi o Biuro Legislacyjne, to tyle. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Czy pan minister chciałby się ustosunkować do tej propozycji?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej
Marek Bucior:**

Rozstrzygnięcie tej kwestii pozostawiamy państwu. Oczywiście trudno byłoby mi podjąć dyskusję z tym, co przedstawiła pani legislator. Mogę jedynie wskazać na tę okoliczność, że to po prostu opóźni datę wejścia w życie ustawy. Poza tym jednym elementem nie zgłaszam żadnych innych uwag.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję.

Rozpoczynamy dyskusję.

Kto z państwa senatorów chciałby zabrać głos w tej sprawie? Nie ma zgłoszeń.

Wydaje się, że intencja jest bardzo czytelna. Wprowadzenie przepisu jest konieczne. To chyba nie budzi kontrowersji. Rzeczywiście, wydaje mi się, że słowo: „okoliczności” jest zdecydowanie lepsze, aniżeli słowo: „fakt”. To bowiem, rzeczywiście, nie jest jeden fakt, tylko są liczne okoliczności, związane z odnalezieniem zwłok czy też ich zidentyfikowaniem. W związku z tym, jeśli pani pozwoli, Pani Legislator, to ja przejmę tę poprawkę. Tutaj jeszcze jest kwestia... Nie, chyba nie będzie problemu z zachowaniem terminu czternastu dni? Chyba nie?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wystarczy.

Czy ktoś chciałby jeszcze zabrać głos w tej kwestii? Jeśli nie, to przystąpimy do głosowania nad poprawką, która jest zawarta w propozycji przedstawionej przez panią legislator Bożenę Langner.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki w brzmieniu, proponowanym przez Biuro Legislacyjne w opinii? Proszę o podniesienie ręki. (6)

Kto jest przeciwny? (0)

Kto się wstrzymał? (0)

Stwierdzam, że senatorowie jednogłośnie przyjęli tę poprawkę.

Przystępujemy zatem do głosowania nad całą ustawą wraz z przyjętą poprawką.

Kto jest za jej przyjęciem? Proszę o podniesienie ręki. (6)

Stwierdzam, że wszyscy senatorowie głosowali za.

Wobec tego została nam jeszcze kwestia rozstrzygnięcia, kto przedstawiałby opinię komisji w tej sprawie. Kto chciałby?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pan senator Muchacki.

Ktoś jest przeciwny? Nie. Dziękuję.

Przystępujemy do rozpatrzenia punktu drugiego: ustawa o zmianie ustawy o działach administracji rządowej oraz ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych.

Poproszę pana ministra o przedstawienie celu ustawy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej

Marek Bucior:

Szanowni Państwo!

W 2007 r. nastąpiła zmiana, a więc przekazanie nadzoru ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego nad działaniami ZUS, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w ręce prezesa Rady Ministrów, do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Obecnie uznajemy za właściwe przywrócenie poprzedniego stanu, a więc powrót nadzoru nad działaniami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, w ręce ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. I to jest zasadnicza kwestia, która wynika z tej ustawy.

Jednocześnie w międzyczasie doszło do zmian w zasadach powoływania prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Bodajże 24 marca wejdzie w życie nowa ustawa

o służbie cywilnej i tam jest określony nowy, konkursowy sposób powoływania prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Oczywiście, nic nie modyfikujemy w sposobie powoływania prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jedynie – zgodnie z duchem ustawy o służbie cywilnej – tam, gdzie są takie przypadki, że nadzór jest w rękach nie premiera, a właściwego ministra, to komisja konkursowa jest powoływana przez właściwego ministra. Na wniosek właściwego ministra będzie powoływany dany prezes czy też odwoływany i dokładnie w ten sposób również tu zostało to wprowadzone.

To są najważniejsze kwestie, wynikające z ustawy o zmianie ustawy o działach administracji rządowej oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Nie było tu jakichś szczególnych zastrzeżeń i w związku z tym jest chyba właśnie to. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję bardzo.

Poproszę panią Aldonę Figurę, legislatora senackiego, o przedstawienie stanowiska Biura Legislacyjnego.

Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Aldona Figura:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo! Biuro Legislacyjne chciałoby przedstawić dwie krótkie uwagi. Jedna dotyczy art. 4. Powstaje tutaj wątpliwość, czy jest celowe wprowadzanie przepisu, który utrzymuje w mocy przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 74 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W związku z tym, że zmienia się treść tego artykułu, dochodzi tutaj do zmiany, która powoduje tylko to, że inny organ będzie upoważniony do wydania aktu wykonawczego na podstawie tych przepisów. Wydaje się, że wprowadzenie tego artykułu nie jest potrzebne, ponieważ w tym zakresie przesądza rozporządzenie i zasady techniki prawodawczej.

Druga uwaga dotyczy terminu wejścia w życie ustawy. Sygnalizujemy, że wejście w życie ustawy we wskazanym terminie może być niemożliwe, dlatego proponujemy inny zapis tego artykułu, aby ustawa po prostu weszła w życie po upływie czterech dni od dnia ogłoszenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję.

Poproszę ministerstwo o ustosunkowanie się do uwag Biura Legislacyjnego.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej

Marek Bucior:

Zgodnie z §32 ust. 3, gdzie jest mowa o tym, że w przypadku, gdy zmienia się organ upoważniony do wydania aktu wykonawczego, a pozostała część tego upoważnienia do wydania aktu wykonawczego nie ulega żadnym zmianom, rzeczywiście przyznalibyśmy pani legislator rację. Ale zwrócimy uwagę tylko na jeden element. On pewnie umknął uwadze. Oprócz tego, że zmienia się organ właściwy do wydania sta-

tutu, to również zmienia się delegacja. Ten statut ma być zaopiniowany przez radę nadzorczą zakładu, czego nie było w dotychczasowym brzmieniu art. 74 ust. 5.

W związku z tym również treść upoważnienia do wydania statutu uległa zmianie i uznajemy za właściwe pozostawienie obecnego brzmienia art. 4. Postulujemy zatem o niedokonywanie tej zmiany. Jeżeli by zaś nie było takiej zmiany, nie byłoby takiej woli, to nie wydaje się, aby zagrożony był termin wejścia w życie z dniem 1 kwietnia 2009 r. W związku z tym również i w tym przypadku prosimy o niedokonywanie zmian. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję.

Czy pani legislator chciałaby się odnieść do tej wypowiedzi?

Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Aldona Figura:

Jeśli chodzi o pierwszą uwagę, to bardzo za nią dziękuję. Przyjmuję ją. Pozostawiam natomiast państwu senatorom do rozważenia, czy rzeczywiście jest możliwe, żeby ustawa w takim trybie, jak obecnie, na tym etapie legislacyjnym, weszła w życie 1 kwietnia. Nie jest mi bowiem wiadome, czy ta ustawa będzie rozpatrywana...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Proszę państwa, to będzie wynikało troszkę z przebiegu dyskusji. Jeżeli nie będzie jakichś poprawek, gdyby ustawa została przyjęta przez Izbę bez poprawek, to jest szansa, że wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia. Gdyby natomiast pojawiły się poprawki, to byłby kłopot. Będziemy więc przypominać w debacie i będziemy pamiętać, że gdyby były zgłoszone podczas debaty poprawki, nawet gdyby ich tutaj nie było, to nie można zmieniać przepisu i nie zmieniać terminu wejścia w życie ustawy.

Proszę bardzo, kto chciałby zabrać głos w dyskusji?

(Głos z sali: Tylko pochwalić.)

Tak, rzeczywiście, tylko pochwalić. Znamy specyficzne okoliczności, w których to upoważnienie do nadzoru nad ZUS zostało wyprowadzone z ministerstwa pracy. Miało to miejsce w obawie przed tym, że jacyś nieodpowiedzialni politycy mogliby uprawnienia ministra źle rozumieć i wykorzystywać. Myślę, że wracamy do normalności i to minister właściwy będzie miał nadzór nad ZUS.

Czy ktoś chciałby zabrać głos w tej sprawie? Jeśli nie, to proponowałbym podanie pod głosowanie w pierwszej kolejności wniosku komisji o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Kto jest za? Proszę o podniesienie ręki. (5)

Kto się wstrzymał? (0)

Kto był przeciwny? (1)

Komisja postanowiła rekomendować Izbie przyjęcie ustawy bez poprawek.

Zostaje nam tylko ustalenie, kto przedstawiłby w imieniu komisji ten wniosek?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie ma chętnych. Na razie nikt się nie zgłasza. Mogę więc to zrobić.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dziękuję bardzo.

Proszę sekretarza o powiadomienie naszych kolejnych gości, tak abyśmy mogli ich przywitać i przystąpić do rozpatrywania pktu 3.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Witam panią Elżbietę Szwałkiewicz, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Witam panią Elżbietę Buczkowską, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarskiej Pielęgniarek i Położnych. Witam przedstawicieli związków zawodowych. „Solidarność” reprezentuje pani Agnieszka Kochańska, OPZZ – członkowie zarządu, pani Ewa Obuchowska i pani Iwona Borchulska...

(Głos z sali: Przepraszam, nie OPZZ, tylko Ogólnopolski Związek Pielęgniarek i Położnych.)

Przepraszam bardzo. Ale pewnie członek OPZZ?

(Głos z sali: Nie.)

Nie? To się pomyliłem. Przepraszam najmocniej.

Wszystkich państwa bardzo serdecznie witam.

Ponieważ chcemy przyjrzeć się sytuacji, najlepiej będzie, jeżeli rozpoczniemy od informacji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, a właściwie pana ministra w roli szefa międzyresortowego zespołu, w skład którego wchodzi zarówno przedstawiciele resortu zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, związków zawodowych, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, o ile wiem, i innych partnerów społecznych.

Bardzo proszę, Panie Ministrze, oddaję panu głos.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Jarosław Duda:

Bardzo dziękuję.

Przepraszam za spóźnienie, ale myślałem, że dwa punkty, które były wcześniej, potrważą dłużej. Jeszcze raz przepraszam.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Omawiamy dziś temat, który jest bardzo żywy i wzbudza od jakiegoś czasu emocje, związane z opieką pielęgniarstwą i rehabilitacyjną w domach pomocy społecznej. Przypomnę, myślę o środowisku pomocy społecznej, że marzą nam się czasy, które kiedyś funkcjonowały, że panie pielęgniarki chciały pracować w domach pomocy społecznej, ponieważ byliśmy konkurencyjni, mieliśmy lepsze propozycje płacowe. Te czasy odeszły w zamierzchłą zaszłość. Dzisiaj mamy taką, a nie inną sytuację i borykamy się powoli – trzeba powiedzieć, że nie jest to jakiś gwałtowny proces, aczkolwiek mocno dotkliwy i zauważalny – z odchodzeniem z domów pomocy społecznej pań pielęgniarek, panów pielęgniarzy. To dotyczy też w jakiejś mierze obszaru związanego z rehabilitacją. Próbujemy ten temat, przynajmniej od pół roku, ale może i dłużej, rozwiązać. Pan przewodniczący, jako znający od podszewki tę kwestię, włączył się

w ten temat i go pilotuje, za co chcę bardzo podziękować. Każde takie spotkanie daje szansę, żeby podzielić się pomysłami i dojść do jakiegoś konsensusu.

Pan przewodniczący wspominał o tym, że mamy pracujący z przyzwoitą intensywnością zespół międzyresortowy, który również jutro się spotyka po to, żeby – mam nadzieję – posunąć się w sposób znaczący w rozwiązywaniu tego problemu, tak aby w jakiejś perspektywie udało się go rozwiązać.

Pokrótkie, wszyscy bowiem jesteśmy z branży i wszyscy wiemy, na czym to polega, przypomnę tylko, że reforma ochrony zdrowia zmieniła warunki funkcjonowania domów pomocy społecznej w zakresie opieki zdrowotnej. W wyniku zapisów ustawowych domy nie posiadają tytułu do świadczenia usług zdrowotnych w placówce, a jedynie umożliwiają mieszkańcom korzystanie z tych usług. Równocześnie domy są placówkami organizowanymi, prowadzonymi i finansowanymi w ramach zadań własnych powiatu, co teoretycznie umożliwia władzom samorządowym realizowanie własnej koncepcji organizacji tychże placówek w ramach obowiązującego prawa.

Chciałbym dodać, że mamy takie przeświadczenie – i o tym trzeba w tym gronie mówić otwartym tekstem – że nasz mieszkaniec domu pomocy społecznej jest w jakiś sposób podwójnie opodatkowany. Po pierwsze, odprowadza składkę zdrowotną jako mieszkaniec domu, tak jak każdy inny obywatel, a po drugie, płaci 70% swojego świadczenia emerytalnego i rentowego na tenże dom, co powoduje, że za te środki my jako służby pomocy społecznej zatrudniamy również pielęgniarzy. I co do jednego, myślę, wszyscy się zgadzamy, że tu może być nawet – i chcę to powiedzieć otwarcie – zarzut niekonstytucyjności, dlatego że to jest, tak jak mówię...

(Głos z sali: Dyskryminacja.)

Dyskryminacja. Swoista dyskryminacja.

I dlatego próbujemy to od jakiegoś czasu, tak jak powiedziałem, zdecydowanie uporządkować i rozwiązać. Dyskusje z naszymi partnerami z Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i z Ministerstwa Zdrowia, są dosyć trudne. Mamy kilka propozycji. Jest kilka rozwiązań. Jak słyszałem, jest pan prezydent miasta Piły...

(Głos z sali: Nie prezydent, ale starosta.)

Pan starosta. Witam, Panie Starosto.

Pomysł, który został uruchomiony w Pile sprawdza się i jest pewnym wyjściem z tej sytuacji. Ale to też nie jest chyba do końca rozwiązanie systemowe. I co do tego, myślę, wszyscy się zgadzamy.

W moim odczuciu domy pomocy społecznej – i chcę, żeby to mocno zabrzmiało – niczym albo prawie niczym nie różnią się od zakładów opiekuńczo-leczniczych. Stany mieszkańców, stany w sensie zdrowotnym, są bardzo podobne albo, powiedziałbym, nawet niejednokrotnie gorsze, na przykład z punktu widzenia domu o profilu dla przewlekle somatycznie chorych, gdzie są karmienia zgłębnikowe, gdzie są zacewnikowane osoby, gdzie mamy bardzo specjalistyczne procedury, które stosujemy w odniesieniu do naszych podopiecznych, naszych mieszkańców, pensjonariuszy.

I też trzeba powiedzieć, że pewnie nie byłoby tego problemu, gdyby nie problem finansowy. Do tej pory to tak wyglądało, że przez całe lata były opłacane, czy też po prostu zatrudniane w myśl ustawy i zapisów prawnych, panie pielęgniarzy i rehabilitanci w domach pomocy społecznej. Wydaje się natomiast, tak jak powiedziałem w czasie wcześniejszego wywodu, że to jest swoista dyskryminacja tychże mieszkańców. I szukamy sposobu rozwiązania. Tych sposobów jest kilka. Ja optowałem, optuję

i będę optował, tak długo jak to będzie możliwe, za najprostszą, w moim przekonaniu, formą rozwiązania tego problemu, o czym dyskutujemy na posiedzeniach zespołu i nie tylko, że dyrektor domu pomocy społecznej powinien mieć możliwość zakontraktowania w Narodowym Funduszu Zdrowia pielęgniarek i rehabilitantów.

Na przykład jest zatrudnionych w domu pomocy dziesięć czy dwadzieścia pielęgniarek. Płatnikiem powinien być Narodowy Fundusz Zdrowia. Dyrektor powinien zakontraktować taką usługę w Narodowym Funduszu Zdrowia. Oczywiście, do tego potrzebna jest zmiana ustawy i wspólne nasze uzgodnienie, czy jest to możliwe. Ja nawet powiem, że my to w jakiś sposób wyliczyliśmy. Szacujemy, że w domach pomocy społecznej w Polsce pracuje około ośmiu tysięcy pielęgniarek i około dwóch i pół do trzech tysięcy rehabilitantów, ale ta liczba jeszcze nie jest ustalona. Gdybyśmy mieli tę samą procedurę, która jest stosowana w stosunku do pań pielęgniarek, na przykład w szpitalach, czy w ZOL, to moglibyśmy ten temat bardzo prosto załatwić. Nie jest to, rozumiem, oferta najbardziej podobająca się naszym partnerom, z którymi o tym rozmawiamy. Tu chodzi o załatwienie sprawy, ale chodzi też o interes państwa. Chodzi o bezpieczeństwo budżetu. My to wszystko rozumiemy. Tutaj wymagana byłaby zmiana ustawowa, która oczywiście jest możliwa do przeprowadzenia, jeśli będzie wola wszystkich partnerów.

Drugi sposób to jest ten, który świetnie funkcjonuje – chcę pogratulować – u pana starosty w Pile, a mianowicie jest to po prostu kontraktowanie grupowe. Może być też indywidualne. Jak wiem, nasi partnerzy, czy nasze szanowne panie partnerki z izby pielęgniarstwa oraz rehabilitacyjnej są w miarę tym tematem zainteresowane i można właśnie to w ten sposób zrobić. Aczkolwiek to jest też niesystemowe, po raz kolejny powtarzam, rozwiązanie, ale się sprawdza. Sprawdza się nie tylko w Pile, rozszerzyło się bowiem na kraj. Jak wiemy, w wielu miejscach w Polsce jest stosowane tego typu rozwiązanie.

Trzecia propozycja, o której chciałbym powiedzieć kilka zdań, którą w rozmowie z panem prezesem Paszkiewiczem i z panią dyrektorką omawialiśmy, jest taka, że można by było w domu pomocy społecznej, na przykład na jednym piętrze – a Narodowy Fundusz Zdrowia podkreśla potrzebę długoterminowej opieki – wydzielić piętro i po prostu zrobić ZOL, gdzie dyrektor domu pomocy społecznej będzie też dyrektorem zakładu opieki leczniczej. Przy tym znowu musielibyśmy spełnić określone, dosyć wysokie wymagania. Byłoby to też rozbiciem pewnej spójności zarządzania i funkcjonowania domu.

Chcę też powiedzieć, że mamy teraz w domach pomocy społecznej w Polsce około tysiąc sto wolnych miejsc. Jest to dosyć znacząca liczba w skali kraju, aczkolwiek są też miejsca – myślę tutaj o dużych ośrodkach miejskich – które w dalszym ciągu generują kolejki i trzeba czekać na umieszczenie w domu pomocy społecznej po kilka miesięcy, a może już dłużej. To nie są już te czasy, gdy kiedyś sam jako dyrektor wojewódzkiego zespołu pomocy społecznej, pamiętam, podpisywałem decyzję, że kieruję pana, czy panią, do domu pomocy społecznej i określam prawdopodobny termin przyjęcia na 2018 r. Było to przynajmniej pięć, czy dziesięć lat temu... Tak, przepraszam, minęło już dziesięć lat. Myślę, że tamta sytuacja też była przynajmniej anormalna. W moim odczuciu propozycje, które przedstawiłem, są takimi najbardziej do negocjacji, do rozmowy. Zespół, który – jak powiedziałem – jutro się spotyka, będzie nad nimi się bardzo mocno pochylał.

Inna sprawa to jest problem tak zwanej opieki pielęgniarstwie psychiatrycznej w domach dla osób psychicznie chorych. Mam nadzieję, że też w jakiś sposób będziemy mogli jutro wspólnie bardziej szczegółowo, w sensie rozwiązań systemowych, przedstawić propozycje. Tak naprawdę, Szanowni Państwo, dom pomocy społecznej mógłby zrealizować następującą rzecz. Mianowicie jest coś takiego, co jest nazwane opieką zadaniową lub też opieką środowiskową pielęgniarstwie. Mieszkańcy domu pomocy społecznej są takimi samymi mieszkańcami, jak ci, którzy funkcjonują w środowisku w swoich mieszkaniach. Jak państwo pamiętacie, jest pewien algorytm, czy też pewien wskaźnik, że jedna pani pielęgniarka opiekuje się ośmioma osobami w środowisku, od godziny ósmej do osiemnastej. Moglibyśmy prosić, a może nawet żądać, żeby z najbliższego zakładu opieki zdrowotnej do domu pomocy społecznej, który na przykład liczy dwieście osób... Podzielmy to na ośmiu mieszkańców, to ile pielęgniarek mielibyśmy wtedy w domu pomocy społecznej?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Za chwilę będziemy o tym mówić.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie. Ja też mam świadomość, że nie wszyscy się kwalifikują, ale, powiedzmy, gwarantuję, że z dwustu osób w domu dla przewlekle somatycznie chorych...

(Głos z sali: Połowa.)

Połowa to jest najmniejsza liczba osób, która się kwalifikuje, jeśli nie więcej... Jeśli nie więcej. To więc też jest jakiś sposób, żeby ten problem rozwiązywać. Ale, tak jak podkreślam, nam wszystkim chodzi – i jest dobra wola, i w Ministerstwie Zdrowia u pani minister, i w Narodowym Funduszu Zdrowia – żeby tę kwestię systemowo rozwiązać. Propozycje, które bardzo skrótowo przedstawiłem, Panie Przewodniczący – myślę bowiem, że warto też byłoby o tym tutaj podyskutować – są do rozważenia, są do zbudowania i do wcielenia. Być może nawet przy zmianie prawnej.

Zacząłem już mówić o pewnych kosztach, które symulowaliśmy. Mianowicie osiem tysięcy pielęgniarek można było opłacić z Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z pewnym planem, kosztowałyby to około 450 milionów zł. Ja wiem, że to nie jest bagatelna kwota. Niemniej jednak przy budżecie 55 miliardów zł w NFZ może warto byłoby też iść w tym kierunku. Wiem, że ta sprawa wywołuje bardzo duże emocje, zarówno w Komisji Polityki Społecznej Sejmu, jak również pan przewodniczący Mieczysław Augustyn tą sprawą żywotnie się interesuje od miesięcy, a tak naprawdę może i lat. Dzisiaj więc, żeby państwa nie zanudzać pewnymi informacjami, które mamy zebrane po to, żeby pokazywać skalę i pokazywać problem, chcę powiedzieć, że jak się wydaje, bez zmiany prawa nie jesteśmy w stanie – poza tym doraźnym rozwiązaniem, które jakoś się sprawdza, mianowicie praktykami grupowymi – tego tematu kompleksowo załatwić.

Mówiłem o tym i raz jeszcze powtórzę. Sam byłem przykładem takich działań w dużym mieście, gdy kiedyś prowadziłem jako dyrektor miejskiego centrum usług socjalnych wszystkie domy pomocy społecznej. To było duże miasto wojewódzkie, jakim jest Wrocław. Wówczas można było to bardzo prosto zrobić, bo wtedy ogłosiłem konkurs na to, żeby publiczny, czy niepubliczny, zakład opieki zdrowotnej mógł świadczyć usługi na rzecz mieszkańców domu pomocy społecznej. Wydzieliliśmy część z domu pomocy społecznej, który był bardzo dobrze zlokalizowany, w bardzo dobrej dzielnicy, z otwarciem na środowisko. Następnie przekazaliśmy około dziewięćset, czy osiemset pięćdziesięciu mieszkańców, jako tak zwaną listę aktywną, temuż

nowo powstałemu, czy też już istniejącemu ZOZ, który przejął mieszkańców i otworzył usługi, w oparciu o miejsce, które zarejestrował jako zakład opieki zdrowotnej. Ten problem jest więc do pogodzenia, gdyż wtedy pielęgniarce i rehabilitanci mogli przejść do tego ZOZ i świadczyć usługi na rzecz domu pomocy społecznej, ale też i dla środowiska. To było kompleksowe, systemowe rozwiązanie i ono funkcjonuje do dzisiaj. Wydaje się, że to jest, myślę o opiece lekarskiej i rehabilitacyjnej, dobre rozwiązanie.

Niemniej jednak, wiecie państwo doskonale, wiele domów pomocy społecznej w ramach realizowanej kiedyś akcji pod nazwą: lokalizować je daleko od społeczności – w ramach właśnie takiego typowego wykluczenia społecznego – jest daleko od centrów, gdzieś na uboczu, w małych miejscowościach, w starych pałacach. Tam tego typu rozwiązanie nie ma racji bytu. To bowiem nie jest miejsce do takiej oferty. Stąd też musimy zadbać głównie o tego typu miejsca w Polsce, których jest bardzo wiele. Tak jak mówiłem, duże miasta sobie poradzą. Między innymi był problem Łodzi z tym wielkim domem. Rozmawialiśmy o tym na posiedzeniu komisji sejmowej. Tam jednak, w moim przekonaniu, można by było to rozwiązać tak, jak to przed chwilą, Szanowni Państwo, omówiłem i prezentowałem. To natomiast jest problem w małych powiatach oddalonych domów, domów oddalonych od centrów, oddalonych nawet od małych miast, na uboczu itd. No bo grupowa praktyka, to jeszcze pół biedy, ale praktyka indywidualna – gdyż czasami trzeba by w takich sytuacjach realizować praktykę indywidualną – to nie jest, tak jak mówiłem, rozwiązanie systemowe.

Ja w jakiejś mierze jestem zwolennikiem pewnego montażu finansowego. Rozumiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia zapłaciłby za usługę pielęgniarstwa w domu pomocy społecznej od godziny 8.00 do 18.00. Przecież nie ukrywamy tego, że w przypadku domu pomocy społecznej też zostaną określone środki. Moglibyśmy na przykład zakontraktować w ramach porozumienia opiekę nocną. Wówczas stawki mogą być porównywalne, bo po prostu zostają środki w systemowym budżecie. Tych pomysłów jest więcej. Z największą przyjemnością dowiem się o nich. Chodzi o to, żebyśmy mogli jutro wypracować razem jakiś konsensus. Tak to wygląda z naszego punktu widzenia.

Jesteśmy zdeterminowani, żeby tę sprawę rozwiązać. W którymś momencie pani minister Fedak wystosowała do starostów takie dosyć mocne pismo, w którym wskazywała na to, że to nie dom pomocy społecznej i nie starosta powinien płacić za zatrudnianie pielęgniarek i rehabilitantów. Oczywiście, wycofaliśmy się z tego o tyle, żeby pokazać potrzebę tego montażu, że my też jesteśmy po to, żeby to zapewnić. Gros tych zadań powinno być finansowane – w naszym odczuciu i nie tylko naszym – mówię o całym środowisku, albo większości środowiska – z Narodowego Funduszu Zdrowia jako płatnika tego przedsięwzięcia.

I tyle, Panie Przewodniczący, tytułem wprowadzenia. Pewnie będą pytania i dyskusja. Z przyjemnością odpowiemy na wszystkie, na które potrafimy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję.

Państwo wybaczą, ale ze względu na ciągłość i pamięć instytucjonalną, pozwolę sobie w tym momencie powiedzieć jeszcze dwa słowa wstępu.

Rzeczywiście, tak jest, że Komisja Rodziny i Polityki Społecznej zajmuje się tą kwestią od bardzo dawna, jeszcze od początku poprzedniej kadencji. Byliśmy co do jednego zgodni, niezależnie od tego jakie reprezentowaliśmy barwy, że dochodzi do

dyskryminacji, w tym tylko przedziale, dostępu do opieki zdrowotnej, gdy chodzi o ubezpieczonych mieszkańców domów pomocy społecznej. Jako, że świadczenie pielęgnacyjne jest świadczeniem gwarantowanym ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, gwarantowanym ubezpieczonym, a więc także mieszkańcom domów pomocy społecznej.

Była zatem sprawa jak to uprawnienie zrealizować. Nie było łatwo. Chodziło o pieniądze. Cztery, pięć chyba posiedzeń, z których żadne nie zakończyło się ani przyjęciem projektu, który przygotowałem, ani jego odrzuceniem. Powstał w międzyczasie ogólnopolski komitet protestacyjny, który zbierał podpisy pod listami protestacyjnymi, zarówno od mieszkańców, jak i od pracowników, jak i od rodzin tych mieszkańców, po to, żeby zdopingować rzecznika praw ubezpieczonych, Narodowy Fundusz Zdrowia i ministerstwo do tego, by podjąć odpowiednie działania. Tego zespołu międzyresortowego bowiem nie było. Ostatecznie – myślę, że w jakiejś mierze, pod presją, którą stosowaliśmy – pojawiła się druga możliwość rozwiązania problemu. Pierwsza, to była możliwość działalności na terenie domu pomocy społecznej zewnętrznego ZOZ, który świadczyłby usługi. Taka możliwość w ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych została stworzona, bodajże w ust. 2 w art. 2, prawda?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przepraszam, w ustawie o ZOZ. Ale to nie jest tylko kwestia tego, że nie zawsze te ZOZ były, tylko od razu była kwestia wymagań, które za tym stały. Otóż okazało się, że dom pomocy społecznej musiał spełnić te same wymagania, które ten NZOZ musiał mieć na zewnątrz. A ponieważ kwalifikowanym do tego NZOZ był taki, który prowadził ZOL lub ZPO, to te wymagania były dla domu pomocy społecznej trudne do spełnienia. Ale, co więcej, Drodzy Państwo, to było nieracjonalne. Ostatecznie pojawił się w grudniu, tak właściwie rzutem na taśmę, ale już pod nowymi rządami – zresztą, oddajmy to, przygotowany przez poprzedników – nowy właściwie produkt, pozwalający kontraktować pielęgniarcom usługi w domach pomocy społecznej.

Proszę państwa, kwestia domów pomocy społecznej i usług medycznych może być rozpatrywana dzisiaj, z perspektywy już większego doświadczenia, albo w perspektywie krótkoterminowej, albo w perspektywie docelowej koniecznych zmian i uporządkowania sytuacji w opiece długoterminowej w Polsce. W tej krótkiej perspektywie, wydaje się, byłoby rozsądne nie burzyć żadnego z systemów, a próbować dojść do konsensusu w oparciu o kontrakt, który zaczął się sprawdzać. Po latach pojawiło się coś, co zaczyna funkcjonować. Myślę, że obecny tutaj pan starosta pewnie powie jak to jest. To nie jest doskonałe narzędzie. O pewnych mankamentach mówił pan minister. Inne, czyli brak obsadzenia nocy, brak dotyczący weekendów, oczywiście bardzo bolesny brak, o którym pan minister mówił, że skala Barthel zupełnie nie przystaje do sytuacji osób w domach dla psychicznie chorych, nie bardzo też przystaje do sytuacji w domach dla niepełnosprawnych intelektualnie. Powiedzmy jednak, że tam bardziej, chociażby z tego powodu, że ci mieszkańcy zdążyli się już postarzyć i tam są sprzężone niepełnosprawności. To się więc jeszcze jakoś tam mieści. I to tyle o perspektywie krótkookresowej.

Jest natomiast perspektywa szersza i jest też pytanie dalsze: ku czemu chcemy iść? I to jest pytanie centralne. My bowiem dzisiaj mówimy o kadrze. O tym, że odchodzą pielęgniarce, o wysokości motywujących wynagrodzeń, ale też trzeba pytać, czy tylko pieniądze powodują to, że zaczyna brakować kadry w domach pomocy społecznej. Trzeba pytać, w jakim zakresie w domach pomocy społecznej i w ZOL jest potrzebna aż

tak wykwalifikowana kadra i czy jej w ogóle na przyszłość wystarczy? Już dzisiaj jest przeciąganie liny i wykradanie sobie personelu. To nie jest dobre dla nikogo.

Dlatego chcę państwa poinformować, że decyzją klubu parlamentarnego, przy wsparciu pana ministra Boniego, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej i Ministerstwa Zdrowia, powstał parlamentarno-ekspertsko-międzyresortowy zespół, który planuje zakończyć prace nad ustawą o ubezpieczeniu opiekuńczym. Chodzi o to, ażeby dobrze rozgraniczyć to, co niezbędne ze względu na stan zdrowia, od tego, co jest niezbędne do zachowania przyzwoitej higieny, w rozumieniu pielęgnacji podstawowej. Chciałbym, żebyście państwo wypowiadając się, brali pod uwagę obie te perspektywy – to, co jest do zrobienia teraz, by mieszkańcom zapewnić przyzwoitą opiekę, i to, co byłoby do zrobienia i co jest ważne do zrobienia za chwilę, na przykład w kontekście tego, że kształcimy już opiekunów medycznych i właściwie też nie wiemy, gdzie i na jakich zasadach oni powinni się znaleźć. Warto o tym pamiętać, bo każdy kto się trochę orientuje... Jest tu pani przewodnicząca Buczkowska, która mogłaby sypnąć danymi, jaka jest perspektywa. Informowała nas na posiedzeniu komisji o możliwości zatrudniania i pracy pielęgniarek i jaka szykuje się luka kadrowa. A przecież na drugim biegunie wzbiera chociażby geriatryczne tsunami i unosi się fala osób niesamodzielnych, które będą wymagać opieki. Tych osób zacznie gwałtownie przybywać od 2010 r., dramatycznie po 2015 r., i nie wiem, czego nie wymyślilibyśmy, jakiego to produktu dla pielęgniarek, to po prostu ich fizycznie nie starczy. Tyle ich nie będzie. Dlatego te dwie perspektywy warto mieć na uwadze.

Bardzo proszę, otwieram wobec tego dyskusję. Może jeszcze przed rozpoczęciem dyskusji poprosiłbym o stanowisko Ministerstwa Zdrowia.

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Mariola Dwornikowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Pan minister bardzo dokładnie zobrazował tutaj dotychczasowy dorobek, wskazując na określony problem. Wskazał również na pewne działania, które zostały dokonane pomimo obowiązujących przepisów, pomimo tego, że w dzisiejszej sytuacji prawnej mamy rozgraniczenie pomiędzy zakładem opieki zdrowotnej, który ma uprawnienia do tego, żeby kontraktować z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczenia finansowane z naszych składek, a domem pomocy społecznej, który takiej możliwości nie ma, jest wyodrębniony ustawowo, ma zupełnie inne zadania. Pan minister wskazał również jakie rozwiązania dotychczas funkcjonują. Problem na pewno jest bardzo trudny w sytuacji, kiedy mamy do czynienia ze stykiem tego, czym się zajmuje dom pomocy społecznej w opiece nad pensjonariuszami, a kiedy ten dom pomocy społecznej również zabezpiecza pensjonariuszy w dostęp do świadczeń zdrowotnych. Na dzisiaj rozwiązanie i propozycje, które pan minister wskazał – w zasadzie te dwie ostatnie – są możliwe w kontekście formuły prawnej, która jest. Czyli albo wyodrębniamy z domu opieki społecznej organizacyjną jednostkę, która będzie mogła kontraktować z Narodowym Funduszem Zdrowia usługi... I to jest najprostsze rozwiązanie. Oczywiście, ono podlega określonym regułom, gdyż, niestety, taką mamy sytuację. Na tym polegała sama reforma, związana z systemem ubezpieczeniowym i z kontraktowaniem, że ona miała też pewne rzeczy uporządkować. Albo, druga propozycja, możemy to rozwiązywać w ten sposób, aby odrębny podmiot, grupując się w praktyki pielęgniarские czy lekarskie, zabezpieczał nam te świadczenia.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: I to zaczęło funkcjonować.)

I to funkcjonuje. Nas ogromnie cieszy, że świadomość i rozmowa na temat tego problemu właśnie wskazała na takie rozwiązanie. W tym momencie ten proces się uaktywnia.

Pan przewodniczący powiedział istotną rzecz: musimy sobie zadać pytanie, jak ten system ma wyglądać w przyszłości. Chodzi o to, żebyśmy tutaj dzisiaj, chcąc rozstrzygać i rozwiązywać problem, nie zrobili krzywdy samemu systemowi. Pytanie jest takie: jak ma wyglądać opieka długoterminowa, czy opieka w domach pomocy społecznej w kontekście tych zagrożeń, o których pan senator powiedział, w kontekście starzejącego się społeczeństwa, w kontekście być może większego zapotrzebowania na osłony socjalne? I te rozwiązania, jakiegokolwiek miałyby nosić za sobą zmiany prawne, muszą być rozpatrywane w takim kontekście, aby system, który jest związany ze świadczeniami zdrowotnymi, był stricte przejrzysty, czytelny i wyodrębniony z systemu społecznego.

Cieszy nas też rozwiązanie, dotyczące pielęgnacji. Ono bowiem być może pokaże właśnie takie systemowe rozgraniczenie tego, czym się zajmuje dzisiaj płatnik w kontekście zabezpieczenia podstawowych usług zdrowotnych, a czym miałby się zajmować system w kontekście zabezpieczenia usług pielęgniarstwa. Nie chciałabym powtarzać tutaj tematów związanych z rozwiązaniami dotychczas funkcjonującymi, związanymi z tym, że pielęgniarstwo już mają dodatkowy produkt, który zaproponował Narodowy Fundusz Zdrowia, który zwiększył również finansowanie, jeżeli chodzi o stawkę kapitałową dla lekarza rodzinnego.

Są przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, są też przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia z Departamentu Zdrowia Publicznego i w kontekście tej dyskusji mogliby głębiej przedstawić – jeżeli pan przewodniczący pozwoli – kwestię związaną z opieką psychiatryczną, czy też tą opieką długoterminową. Tak że jeśli bym mogła prosić, to ewentualnie...

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Proszę uprzejmie. Chodziłoby zwłaszcza o kwestię opieki psychiatrycznej. To bowiem jest zadanie najpilniejsze, najbardziej trudne. Przypomnę państwu, że jest kontrowersja co do tego, czy rozporządzenie ministra zdrowia z 1995 r. w ogóle obowiązuje, a jeśli obowiązuje, to przecież nie może chyba być tak, że minister zdrowia nakazuje zapewnienie opieki pielęgniarstwa osobom, podkreślam, ubezpieczonym zdrowotnie, a Narodowy Fundusz Zdrowia nie chce tych świadczeń kontraktować, albo nie ma narzędzia do kontraktowania... Może nie mówmy, że ktoś nie ma woli, ale na razie, że nie ma narzędzia do kontraktowania. I to jest jakiś paradoks, w przypadku którego bardzo chętnie chcielibyśmy usłyszeć, jak będzie rozwiązany.

Bardzo proszę.

Pełniący Obowiązki Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia

Kuba Sękowski:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Może najpierw w kwestii tego nieszczęsnego, jak już zostało określone, rozporządzenia, które nakazuje, gwarantuje, udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych... Tam nie jest powiedziane, to znaczy dopiero w rozporządzeniu jest powiedziane, co się należy, ale mówi o konkretnych...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tam jest, i lekarskie, i pielęgniarские.

Rozporządzenie mówi o konkretnych świadczeniach zdrowotnych, które mają być zapewniane przez dom pomocy społecznej. Musimy sobie zdać sprawę z tego, że rozporządzenie to zostało wydane w zupełnie innym stanie prawnym, w zupełnie innym systemowym rozwiązaniu organizacji zakładów opieki zdrowotnej. Obowiązuje do tego czasu mimo, że wszedł system ubezpieczeniowy, mimo, że ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, czy ustawa o zawodzie lekarza i lekarza denty, ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej, kształtują nam formy wykonywania zawodu przez przedstawicieli tych zawodów, kształtuje nam formy organizacyjno-prawne, w jakich mogą być udzielane świadczenia zdrowotne, wreszcie ustawa o świadczeniach kształtuje nam podmioty, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia może zawrzeć umowy.

W związku z tym, kierując się ogólnymi zasadami wykładni prawa, a w szczególności hierarchią aktów prawa, musimy stwierdzić, że akt niższy, czyli rozporządzenie, pozostające w sprzeczności z później wydanymi aktami wyższej rangi, czyli ustawami, nie może być w tym zakresie stosowany. Obowiązuje, ale tak naprawdę jest bezskuteczny.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Na szczęście doszliśmy już też podczas obrad zespołu roboczego do przeświadczenia, aby zaszczerpić je we wszystkich, żeby nikt się na ten akt prawny nie powoływał jako na osobną drogę zapewniania świadczeń zdrowotnych tej kategorii osobom, jaką są osoby z zaburzeniami psychicznymi, przebywającym w tej kategorii domów pomocy społecznej, jakimi są domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, żeby ten akt prawny – niższy, którego nie możemy stosować – nie wyłączał tych osób z zakresu ogólnych zasad udzielania świadczeń zdrowotnych. Stoimy zatem na stanowisku, że mimo iż taka osoba przebywa w domu pomocy społecznej, nie traci w żaden sposób uprawnień do świadczeń zdrowotnych udzielanych na zasadach ogólnych.

To już na pewno zostało wcześniej przedstawione. Otóż rolą domu pomocy społecznej jest zapewnianie tego, co kiedyś zapewniała rodzina. Czyli to jest to wsparcie instytucjonalne, przejmujące funkcję kiedyś obowiązującego wsparcia rodzinnego. W związku z tym z samego faktu innego sprawowania pewnych funkcji nie możemy zaraz mówić, że jest to wyłączenie z ogólnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego i dostępu do tych świadczeń. A tak czasami niektóre podmioty, szczególnie w terenie, zdawały się interpretować to rozporządzenie. Na szczęście w zakresie współpracy Ministerstwa Zdrowia i resortu polityki społecznej doszliśmy do wniosku, że w tym zakresie żadnych powoływań się na takie rozumienie tego rozporządzenia być nie może. Z takim stanowiskiem, może nie wspólnym, ale przynajmniej Ministerstwa Zdrowia, wystąpiliśmy do Narodowego Funduszu Zdrowia, ażeby tam też nie pojawiły się tego typu próby wy tłumaczenia jakichś utrudnień.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Obie strony się powoływały.)

Dlatego już...

(Głos z sali: NFZ twierdził, że na podstawie tego rozporządzenia można wywodzić jakoby dom pomocy społecznej miał obowiązek zapewnić te świadczenia medyczne, aczkolwiek przedstawiciele DPS mówili: chwileczkę...)

Panie Przewodniczący, mam nadzieję, że tymi podstawowymi narzędziami wykładni aktów prawnych rozstrzygnęliśmy ten problem raz na zawsze. Nie ulega wątpliwości, że istnieje potrzeba nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w tym zakresie i także nowelizacja jest ponownie przedmiotem uzgodnień międzyresortowych, ażeby wyprostować tę kwestię, która nie była do pogodzenia z obecnym systemem zapewniania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej... Widzę, że ktoś się zgłasza do głosu.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Już wiemy co nie, a chcielibyśmy usłyszeć, co tak. Że tamto nie obowiązuje – zgoda. Wobec tego, w jaki sposób zapewnić tę opiekę pielęgniarzką, biorąc pod uwagę chociażby ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, w kontekście konieczności zapewnienia osoby, która miałaby uprawnienia do stosowania przymusu bezpośredniego? Bardzo proszę.

**Pełniący Obowiązki Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego
w Ministerstwie Zdrowia
Kuba Sękowski:**

To też jest w zakresie tej nowelizacji, którą procedujemy. Do tej pory stan prawny przewidywał uprawnienie, przede wszystkim lekarza, do stosowania przymusu bezpośredniego. Ale w szczególnych okolicznościach, w razie pobytu tej osoby w domu pomocy społecznej, również uprawnienie pielęgniarki pod nieobecność lekarza do zastosowania tego przymusu. Stoimy na stanowisku, że utrzymanie również w znoveelizowanych przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego uprawnienia dla pielęgniarki do stosowania tej formy podejmowania decyzji o stosowaniu przymusu bezpośredniego nie nakłada na domy pomocy społecznej jako takiego obowiązku zatrudnienia tej osoby, li tylko daje możliwość tej specyficznej grupie zawodowej o specyficznych uprawnieniach, odpowiednim przygotowaniu, zastosowania tego środka. Ale to nie likwiduje tak naprawdę problemu, sygnalizowanego już przez obydwa resorty, czy wystarczy nam pielęgniarek do pracy w domach pomocy społecznej.

Nie jest natomiast celem przyznania pielęgniarce uprawnienia do stosowania przymusu bezpośredniego nakładanie na dom pomocy społecznej obowiązku posiadania takiej pielęgniarki na miejscu. Decyzja o ewentualnym zatrudnieniu tej pielęgniarki, ale nie w celu udzielania świadczeń, tylko właśnie z racji tych szczególnych uprawnień do stosowania przymusu, jakie ona posiada z racji posiadanego wykształcenia, to jest decyzja podmiotu organizującego dom pomocy społecznej.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Panie Dyrektorze, nie tylko decyzja, ale obowiązek wynikający z ustawy o pomocy społecznej, który dyrektora zobowiązuje... I tu, wie pan, kręcilibyśmy się w kółko...

(Pełniący Obowiązki Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia Kuba Sękowski: Ale to nie przesądza formy organizacyjnej...)

Trzy lata tutaj kręciliśmy się i teraz już chcemy wyjść z tego zakłętą kręgu. Może ten głos wniesie coś więcej.

**Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Agata Horanin-Bawor:**

Mam wrażenie, że my tutaj gmatwamy i chcemy spleść taką chałkę z dwóch polityk państwa. Pierwsza, to jest polityka zdrowotna państwa, a druga to jest polityka ochrony obywatela, czyli pomocy społecznej...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, wsparcia społecznego. Dziękuję pani.

W każdym razie mam do państwa tylko prośbę. Oczywiście, wola polityczna państwa jest, że tak powiem, wolą naczelną. My jako płatnik jesteśmy wykonawcą tej woli politycznej, czyli realizujemy zapisy ustaw i rozporządzeń. Tak jak państwo zdecydujecie, tak my będziemy wszystko kontraktować. Chcę tylko powiedzieć, żebyście państwo nie wchodzili z domami pomocy społecznej w obszar polityki zdrowotnej państwa. My bowiem jako płatnik dysponujemy w tej chwili odpowiednimi zapisami legislacyjnymi, które mówią o tym, z jakim świadczeniodawcą i co możemy kontraktować, za co my jako płatnik możemy płacić, co to jest świadczenie zdrowotne i gdzie ono może być wytwarzane. Przy całej naszej życzliwości i zrozumieniu sytuacji pensjonariuszy domów pomocy społecznej, nie jesteśmy po prostu w stanie złamać tych zapisów. Stąd były te nasze propozycje i próby takiego, jak proponowaliśmy, rozwiązania. Ja mimo całej życzliwości do pensjonariuszy, niestety, nie jestem w stanie, jako lekarz i jako dyrektor, i osoba przestrzegająca przepisy, postawić znaku równości pomiędzy pacjentami domów, które my nazywamy zakładami opiekuńczo-leczniczymi, są również zakłady opiekuńczo-lecznicze dla osób psychicznie chorych... Z tego bowiem, co państwo chcecie tutaj powiedzieć – ja tak to odbieram – wynika, że chcecie państwo postawić znak równości pomiędzy domami w zakresie opieki społecznej i w zakresie opieki zdrowotnej. Ze wszech miar nie widzę takiej możliwości. W obecnym stanie legislacji płatnik nie jest w stanie zakupić usług w domach pomocy społecznej.

Co chcę jeszcze powiedzieć? Proszę państwa, myślę, że należałoby zdefiniować, czym jest dom pomocy społecznej i jaką powinien spełniać rolę. Jeżeli więc zdefiniowalibyśmy to, to możemy...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

No tak, tylko że ja wiem w jaką pułapkę pan minister chce mnie wciągnąć.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Jarosław Duda: Państwo bowiem znieśliście ostatnio limit czasu przebywania w ZOL, prawda? I to jest ta pułapka, ale to państwo w nią wchodzić.)

Od czego zaczęłam? Od dwóch polityk, tak? Jeżeli będzie taka wola polityczna, że scalamy je w jedność, to wtedy nie ma żadnych przeszkód.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Panie Starosto, właśnie zamierzałem oddać za chwilę panu głos. Jeszcze moment. Skonstatuję tylko, że jeśli chodzi o konkretny produkt, który byłby właściwy dla mieszkańców domów pomocy społecznej dla psychicznie chorych, to – niestety – na razie nie usłyszeliśmy niczego nowego. Potrzeby tych osób są specyficzne. Jeżeli dyrektor domu pomocy społecznej jest z mocy ustawy o pomocy społecznej zobowiązany do zapewnie-

nia na określonym w ustawie ochronie zdrowia psychicznego poziomie opieki medycznej, w tym lekarskiej i pielęgniarstwa, to NFZ, który jest podobno wykonawcą wszystkiego, jak pani mówi, co jest zapisane w ustawach, powinien zaproponować...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No dobrze, ale NFZ powinien zgodnie z tymi ustawami zaproponować produkt, w którym będzie można uprawnić mieszkańca domu pomocy społecznej, oczywiście przez uznawanych przez NFZ świadczeniodawców, skosztować. Tymczasem problem polega na tym, że dla osób starszych, powiedzmy, że także w większości dla osób niepełnosprawnych intelektualnie, taki produkt jest...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

A w przypadku osób chorych psychicznie jest problem. Bardzo proszę, żeby się może jeszcze do tego odnieść, zanim oddam głos panu staroście.

Bardzo proszę.

Pełniący Obowiązki Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia

Kuba Sękowski:

Jeśli mogę jeszcze jedną rzecz...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: I potem pani prezes, tak?)

Należy się zgodzić ze stwierdzeniem, że rzeczywiście produkt opieki pielęgniarstwa, dostępny dla osób przebywających w tych, w cudzysłowie, normalnych domach pomocy społecznej, nie jest dostosowany do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Dlatego, że te przy zastosowaniu oceny według skali Barthel wypadają po prostu za dobrze. Jeżeli one wypadają zbyt dobrze i okazuje się, że nie kwalifikują się do pomocy pielęgniarstwa, to przy braku możliwości przede wszystkim finansowych... Nic bowiem nie stałoby na przeszkodzie, żeby właśnie te pielęgniarki jednak były w tym domu pomocy społecznej, prawda? Wtedy jednak nie byłyby finansowane z NFZ. Tak zatem przy braku możliwości zakontraktowania przez NFZ świadczeń w domu pomocy społecznej – dlatego że on z punktu widzenia NFZ nie ma zdolności kontraktowej – to, rzeczywiście, powstaje problem, który dostrzegamy i wyrażamy nadzieję, że taki produkt powstanie.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

To państwo przygotowujecie te produkty. My mamy nadzieję, a wy macie zadanie. Tak to wygląda.

Ja jeszcze chciałbym się odnieść do słów pani i do słów pana ministra.

(Głos z sali: W tej sprawie minister zdrowia wystąpił do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i czekamy na stanowisko.)

Super. Dziękuję bardzo. To jest ważna informacja, że wreszcie Ministerstwo Zdrowia, że tak powiem, zleca tę kwestię do przemyślenia i do wykonania w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Chciałbym wyjaśnić tutaj jeszcze jedną rzecz. Jestem praktykiem i ja dobrze rozróżniam ZOL od DPS. Różnice są dwie, albo przynajmniej były. Pierwsza, to cel, czyli rokowanie. Do ZOL idzie się po to, żeby przedłużyć czas rehabilitacji i leczenia, by potem człowiek mógł wrócić do domu. Jeśli to się nie spełni, to idzie często do do-

mu pomocy, albo jest pod opieką środowiskową w domu rodzinnym. Zgadza się? Na razie mówię dobrze, tak? Dobrze. Druga różnica jest taka, że wobec tego pobyt w ZOL jest czasowy, a pobyt w DPS jest nieograniczony.

Jednak z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych, które osoby mają większe potrzeby? Te, które już nie rokują, czy te, których stan zdrowia się poprawia i wracają samodzielnie do domu? To jest pytanie retoryczne, Drodzy Państwo. Stan zdrowia mieszkańców domów pomocy społecznej jest częstokroć gorszy, choć są wyjątki, bo czasem ktoś nie wraca do domu ze względów socjalnych, a nie ze względu na stan zdrowia. Ale najczęściej każdy, kto zna dzisiejsze kwalifikacje do domów pomocy społecznej, wie, że w 99% decydują o tym względy zdrowotne. Jest to osoba niesamodzielna, niezdolna do samodzielnej egzystencji ze względu na przewlekłe, nieuleczalne choroby.

Taka jest sytuacja. Cieszę się, że przestajemy się boksować w tej kwestii, gdyż nie warto. To nie jest tak intelektualnie trudne, żeby tego nie ogarnąć i nie będziemy, że tak powiem, tutaj się przekonywać. Moglibyśmy bowiem, któraś ze stron, stracić wobec siebie szacunek, że nie gramy w uczciwe karty. Tak więc tego nie róbmy, gdyż myślę, że to nie warto. Grajmy w uczciwe karty. Niewątpliwie mieszkańcy domów pomocy społecznej to jest grupa o szczególnych potrzebach także zdrowotnych. I dobrze, że NFZ zaczął szukać narzędzi, które pozwalają te potrzeby zaspokoić.

Powiem jeszcze tylko jedną rzecz. Proszę państwa, racjonalizujmy także wydatki. Tworzenie oddziału ZOL w DPS wydaje mi się ryzykowne w tym sensie, że pobyt w ZOL – zakładamy, że cały czas jest kwalifikacja i nie o wszystkich mówimy, tylko o tych, którzy się kwalifikują – jest z reguły, to łatwo wyliczyć, dużo droższy aniżeli pobyt w DPS. Jakież zatem miałby interes NFZ, żeby szukać takiego rozwiązania? Wydaje mi się, że to w ogóle nie jest droga, którą należałoby rozpoczynać.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To się nie kalkuluje ani DPS, ani NFZ, ani Drodzy Państwo – podkreślę to – nie jest to potrzebne, bo wtedy złamiemy regułę, która do tej pory pozwalała odróżnić ZOL od DPS. Jeżeli bowiem w DPS ustanowimy bezterminowy ZOL, to gdzie się znajdzie ta granica. Umówmy się, że ZOL jest po to, żeby przygotowywać do tego, by osoba w miarę możliwości po przedłużeniu leczenia, rehabilitacji i terapii trafiła do domu. I to wtedy pasuje, bo to jest leczenie. Jeśli to nie skutkuje, to wtedy zostaje nam zachowawcza pielęgnacja, świadczenie, które powinno być z natury rzeczy tańsze. I takich rozwiązań trzeba, moim zdaniem, poszukiwać – bo one są zgodne przede wszystkim z logiką systemu – żeby odróżnić to, co zdrowotne, od tego, co pielęgnacyjne, co jest po stronie pomocy społecznej.

Teraz oddaję głos panu staroście Bugajskiemu z Piły, który ma chyba wyjątkowy tytuł do tego, żeby zabrać głos. Dlatego, że z wyjątkową konsekwencją spróbował realizować tę propozycję, którą państwo umożliwiliście realizować w grudniu dwa lata temu. Myślę, że będzie dla nas ważne usłyszeć po takim czasie, jak to wyszło, Panie Starosto, w Pile.

Starosta Piłski Tomasz Bugajski:

Panie Ministrze! Państwo dyrektorzy departamentów, a przede wszystkim ci tu obecni, którym domy pomocy społecznej są bliskie i je rozumieją! Część bowiem dzisiejszej dyskusji zaczęła krążyć wokół niezrozumienia pewnych faktów. Ja, Panie Se-

natorze, nigdy się nie zgodzę z pojęciem znaku równości wobec polityk. Znak równości musimy postawić wobec ludzi, tak jak pan senator to ujął, a dotyczy to szczególnie ludzi, czy to chorych, czy zdrowych, czy umieszczonych w domach pomocy społecznej, czy w domach o innej formie leczenia. Trzeba patrzeć na ludzi jako podmiot, a nie jako przedmiot. Dlatego pozwoliłem sobie na tę małą dygresję, bo wysłuchałem pani dyrektor, która siedzi na końcu. Absolutnie z polityką pani się nie zgadzam. Mówię to jako pragmatyk. Upoważnia mnie do tego również wieloletnia praca samorządowa, którą dziesięć lat temu z tu obecną panią Elżbietą Buczkowską podjęliśmy w ramach tak zwanej Trójstronnej Komisji w sprawie higieny szkolnej, gdzie nikt nie mógł tego rozwiązać, a my w Wielkopolsce ten problem rozwiązaliśmy. Potrafiliśmy dogadać sprawę.

Również i dzisiaj powiat pilski, który ma pięć domów pomocy społecznej na czterystu szesnastu podopiecznych, jest powiatem specyficznym, który – dzięki uprzejmości senatora Augustyna, nie ukrywam, i jego mądrości jako byłego dyrektora domu pomocy społecznej, będącego aktualnie na urlopie...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: To oznacza, że jestem praktykiem.)

Tak.

Wyraźnie podkreślam ten temat. Było wiele naszych dyskusji, jak ten problem rozwiązać. To bowiem nie jest łatwy problem. Najważniejszym podmiotem jest jednak nasz podopieczny, a drugi to jest ten, kto koło niego chodzi, czyli pielęgniarka. Najważniejszy jest kontakt tych dwóch podmiotów. Doba ma bowiem dwadzieścia cztery godziny, a nie osiem. I przez dwadzieścia cztery godziny trzeba tą opiekę w jakiejś formie zabezpieczyć.

Uważamy, że opieka pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej jest absolutnie niezbędna ze względu na coraz trudniejsze z medycznego punktu widzenia stany osób, które tam przebywają. Przeważająca część tych mieszkańców to osoby w poważnym stopniu niesamodzielne i ciężko przewlekle chore, a więc wymagające opieki długoterminowej. To można różnie nazywać, ale to jest opieka długoterminowa.

Z nadzieją przyjęliśmy oczekiwaną od lat propozycję Narodowego Funduszu, aby można było kontraktować usługi pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej. Uznaliśmy, że umożliwi to utrzymanie uprawnień zawodowych przez pielęgniarki, podniesienie ich wynagrodzeń oraz wprowadzenie jednolitych standardów usług. Dopiero to daje szansę dyrektorowi domów. Zobowiązaliśmy więc dyrektorów domów do przygotowania domów do nowego systemu pracy pielęgniarek.

Panie Ministrze, chcę powiedzieć, że mamy już trzy domy pomocy społecznej z pełną rehabilitacją, o wysokim standardzie. To ma plusy. Ma też minusy. Za chwilę o nich powiem. Zdawaliśmy sobie sprawę, że zadanie kontraktowania jest poważnym wyzwaniem dla pracujących w domach zespołów pielęgniarek. Postanowiliśmy im wobec tego pomóc, bo nikt nie jest w stanie sam być od razu rzucony na nową falę myślenia i nagle stać się podmiotem gospodarczym. A często wobec wymogów, które Narodowy Fundusz Zdrowia stwarza... Słusznie, bo takie są przepisy, takie są normy. No, ale nie chciałbym dzisiaj, Panie Senatorze, komentować tego.

Podjęliśmy więc rozmowy przede wszystkim z izbą pielęgniarstwa w sprawie sfinansowania części szkoleń dla pielęgniarek. Okazało się bowiem, że część pielęgniarek w ogóle nie miała uprawnień, które by mogły być przedstawione Narodowemu Funduszowi Zdrowia do zawarcia kontraktu jako podmiot gospodarczy. Przejęliśmy

wobec tego na siebie nawet sfinansowanie tych szkoleń, wspólnie z izbą pielęgniarstwa. Do pomocy pielęgniarcom zostali zobligowani dyrektorzy i personel administracyjny domu, chcący zakontraktować usługi w domach pomocy społecznej. Odbyły się dziesiątki rozmów z tymi pielęgniarcami. To nie jest przypadek, że to się dzieje z dnia na dzień, że rozporządzenie weszło lub nie. To do pana mam takie małe aluzje. Wybraliśmy z tych pięciu jeden dom jako wiodący, w którym kadra posiada największą wiedzę w zakresie kontraktowym. On do dziś spełnia rolę koordynatora. Już nie na województwo, ale na kraj. Tyle do nas przychodzi różnych zapytań. Bardzo często dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Pile – konkretnie pani Urbańska – jest w moim imieniu takim koordynatorem w całej Polsce w wielu sprawach dotyczących domów pomocy społecznej. To nie przypadek, ale też i pewne zobowiązanie przyjęte na siebie.

Najtrudniej było pokonać lęk u samych pielęgniarek. Byliśmy jednak zdeterminowani. Dziś wszystkie nasze domy pracują już w nowym systemie. W czterech domach robi to właściwie dotychczasowa kadra. W jednym z nich pielęgniarki jednak nie zdecydowały się na kontraktowanie świadczeń tych usług, przyjęły inny model – zewnętrzny, niepubliczny zakład opieki zdrowotnej pracując tam dalej.

Na jakie natrafiliśmy trudności? Chciałbym zwrócić uwagę na to, jak dziś – po roku funkcjonowania domów pomocy społecznych w nowych warunkach – oceniamy możliwość kontraktowania. Przede wszystkim wielki lęk niepewności jutra. Kontrakty są zawarte maksymalnie na trzy lata. Człowiek nie żyje trzy lata. To jest problem najważniejszy, Panie Senatorze, Panie Przewodniczący. To bowiem jest znów problem, jak przestawić myślenie tego człowieka, czytaj pielęgniarki, żeby nie miała tej obawy... Ta obawa jest bowiem naturalna. Oczywiście, wołałyby pracować na etacie. Musieliśmy wiele czasu poświęcić na perswazję. Byliśmy jednak i jesteśmy dalej zdeterminowani do tego nowego systemu. Są to bowiem pieniądze, które wpływają do podmiotu, jakim jest dom pomocy społecznej, z zewnątrz.

Przecież ja jako zarządzający starosta byłbym ostatnim niemyślącym człowiekiem, który zabrałby z domu pomocy społecznej pieniądze, które wpłynęły poprzez ten nowy system, i przekazał do innej dziedziny, na przykład wybudował sto metrów chodnika. Te pieniądze zostały więc w domu pomocy społecznej. Część została skierowana na regulację płac pracowników. Przecież wiecie państwo, ile zarabiają pracownicy w domach pomocy społecznej. To jest problem ogólnokrajowy. To nie jest problem Piły, Poznania, czy Kalisza. To jest bardzo poważny problem.

Tak jak już mówiłem, kontrakty są na trzy lata, ale jego warunki mogą być co roku zmienione. Narodowy Fundusz Zdrowia korzysta z tych narzędzi, które ma. To są narzędzia, w które został wyposażony. Uważam, że jest tu pewne niebezpieczeństwo, o którym będę bardzo poważnie mówił. Ujawniły się również poważne braki w dostępie do kadry. Mówił już o tym dzisiaj pan senator, mówił pan minister, co niedługo nas czeka. Zawód pielęgniarki jako zawód gdzieś po prostu zostaje z tyłu. Była wieloletnia próżnia, około dziesięcioletnia, gdy zapomniano o kształceniu. Tak jak byśmy nagle mieli nadmiar pielęgniarek. Wolny rynek europejski pokazał, co z lekarzami, co z pielęgniarcami. Dzisiaj jest to już problem. Pielęgniarki nam się starzeją, a młodych nie ma. To jest bardzo ważny problem dla funkcjonowania szpitali.

Nie nadmieniałem, że w naszym powiecie mamy dwa szpitale. Jeden ma tysiąc trzystu pracowników. To jest były szpital wojewódzki. I drugi – szpital powiatowy. W tych dwóch szpitalach jest zatrudnionych około sześćset pielęgniarek. To jest bardzo

poważne miejsce pracy, w którym jest zapotrzebowanie na pielęgniarki. I jest pięć domów pomocy społecznej. Trwa więc wzajemna walka o pielęgniarki. Nieraz stawiany jest warunek, kto więcej zapłaci, gdzie jakie są stworzone warunki. Jest to mój problem, bo gdzie indziej wszystkie szpitale są marszałkowskie. U nas jest to w mojej gestii i osobiście mam wielki problem. Ale taka jest rola samorządu i musi on pokonywać trudności.

Myślę, że jednak napięcia na rynku pracy w usługach pielęgniarskich będą coraz większe. Trzeba się z tym liczyć. Czas najwyższy myśleć o tym, aby pielęgniarki w opiece długoterminowej wykonywały przede wszystkim zabiegi medyczne. Ja to bardzo mocno podkreślam. Kiedyś byli opiekunowie medyczni. Dzisiaj nagle oni zginęli. Powinni wrócić do tej hierarchii zawodowej. Nie musi być super wykształcona z tytułem magistra pielęgniarka i zajmować się takimi rzeczami, jak pielęgnacja higieniczna. Trzeba o tym mówić. To trzeba bardzo zdecydowanie podkreślać. Czy do rozdysponowania leków musi być magister pielęgniarstwa? Opiekunowie medyczni powinni być zatrudniani w ramach kontraktu jako personel uzupełniający, zamienny. Korzyści byłyby obopólne. Przede wszystkim dom pomocy społecznej nie miałby problemu z kadrami, a Narodowy Fundusz Zdrowia, moim zdaniem, miałby o wiele mniejsze wydatki. Przecież taka kadra jest potrzebna.

Nasz powiat prowadzi cztery domy dla osób niepełnosprawnych intelektualnie – było o tym przed chwilą mówione – w tym jeden dla dzieci. To jest bardzo specyficzny dom, podkreślam, dla dzieci. Przyjęta w kontrakcie jako podstawa kwalifikowania do pielęgniarskiej opieki długoterminowej skala Barthel jest nieadekwatna do stanu i potrzeb osób upośledzonych umysłowo. Wymagają one opieki pielęgniarskiej nie ze względu na dysfunkcje fizyczne, lecz zaburzenia umysłowe, które uniemożliwiają im samodzielne funkcjonowanie.

Oddzielnym zagadnieniem jest rehabilitacja, o której nie chciałbym dzisiaj mówić, bo widzę, że jest zbieżność między Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia, że szuka się rozwiązania, jak ująć w domach pomocy społecznej rehabilitację. Tak jak już mówiłem, wyszliśmy naprzeciw. W trzech domach stworzyliśmy za społeczne pieniądze – czytaj: za darmo – środowiskowe warunki rehabilitacji dla osób niepełnosprawnych. W trzech domach pomocy społecznej w ramach naszych kosztów prowadzimy pełną rehabilitację środowiskową dla osób. Mam na myśli warsztaty terapii zajęciowej, których też mamy pięć.

Chciałbym powiedzieć, że to wszystko się dzieje w jednym powiecie. Z tych warsztatów terapii zajęciowej, z rehabilitacji, korzystają niepełnosprawni w domach pomocy społecznej. Koszty pokrywamy już my z własnych środków, nie obciążając oczywiście ani Narodowego Funduszu Zdrowia, ani wojewody jako organu prowadzącego nasze domy pomocy społecznej, czyli płatnika naszych usług.

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze! Jestem panu bardzo wdzięczny, że w ogóle jest możliwość przedstawienia tego problemu, który my z bólem – podkreślam: z bólem – rozwiązaliśmy. Gdyby jednak w skali ogólnokrajowej było ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia troszkę więcej zrozumienia specyfiki funkcjonowania domów pomocy społecznej, zrozumienia tych dwudziestu czterech godzin, to sądzę, że wiele powiatów mogłoby się poszczycić tym, co my, mianowicie że mamy ten problem wstępnie rozwiązany. On bowiem nie jest rozwiązany do końca. Mówiłem o wadach. Chodzi o możliwości zmiany terminu kontraktu. Jest bardzo krótki okres kontraktu.

Nie może być inny... Według ustawy to są trzy lata. No i przede wszystkim zagrożenie dla zawodu, jakim jest zawód pielęgniarki.

Chciałbym powiedzieć jeszcze o jednej rzeczy, bo może nigdy nie będę miał tej okazji – standaryzacja a możliwość finansowania domów pomocy społecznej. Teoretycznie standaryzacja świadczeń w domu pomocy społecznej powinna być celem, gdyż za podopiecznego otrzymuje się większą stawkę. Teoretycznie. Praktycznie bowiem w tym dniu kończy się możliwość dofinansowania domu pomocy społecznej. Jest zarządzenie w tej sprawie. W momencie, kiedy uzyskujesz standaryzację, kończy się pomoc ze strony państwa, bo jako... Panie Ministrze, nie ukrywajmy, to jest problem. Boję się, bo mam jeszcze dwa domy przed standaryzacją – standaryzować je, czy nie. Ja się tego boję, bo już mam za sobą te trzy problemy. Domy, które nie mają jeszcze standaryzacji, to są cudowne pałace, doprowadzone do tego stanu naszymi pieniędzmi, podkreślam to, pieniędzmi starostwa. To są perełki. Mogę w całej Polsce pokazywać, jak żyją ludzie w domach pomocy społecznej. A te, które uzyskały standaryzację, jedne z pierwszych – gdy dyrektorem był pan senator Augustyn – są dzisiaj ukarane. Nie mogę bowiem dać tam więcej pieniędzy, bo znikąd ich nie otrzymuję. To jest bardzo poważny problem.

Jeszcze jedna rzecz, o której, myślę, że warto powiedzieć, o tak zwanym partnerstwie w tych wszystkich usługach. Jeśli weźmiemy pod uwagę podmiotowość człowieka – kobiety, mężczyźni, dzieci – który przychodzi do nas do opieki jako głównego podmiotu sprawy, gdzie będzie partnerstwo Narodowego Funduszu Zdrowia, oczywiście z samorządem, z zarządem DPS, z pielęgniarkami, z rehabilitantami, to wszystko to zamknie się w jakimś pięknym kręgu, który będzie służyć naszemu podopiecznemu. Mówicie państwo o tworzonych nowych przepisach, mówimy o ustawie o ZOZ, która jest martwą ustawą w wielu kwestiach. Myślę, że jest bardzo ważne, żeby nie zapomnieć o tej podmiotowości i o tym kręgu osób, które muszą tutaj funkcjonować. Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dziękuję.

Pani przewodnicząca Buczkowska.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska:

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze.

Cieszę się, że zebrało się takie grono osób, żeby omawiać problemy, które podejmowaliśmy kilka lat temu. Pozwolę sobie jednak zacytować pana zdanie – argument siły przekłada się na siłę argumentów. Mam nadzieję, że do tego wreszcie dojrzeliśmy. Rzeczywiście, jeżeli chodzi o środowisko pielęgniarek, bo problem nie dotyczy...

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

To ja zrewanżuję się cytatem jednego ze znakomitych przedstawicieli pewnego resortu, który powiedział – tu mi kaktus wyrośnie, jak zaczniemy kontraktować usługi pielęgniarskie w domach pomocy społecznej. Myślę, że tego pana ręce kłują.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ale to już tak na marginesie. Rzeczywiście, nie było łatwo.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska:

Niemniej jednak się cieszę, bo kierunek zmian systemowych jest kierunkiem jak najbardziej właściwym. Dobrze, że pani minister Fedak dołączyła oliwy do ognia i cieszę się, że dwa resorty zaczęły ze sobą rozmawiać. Mam nadzieję – to jest też ręka pielęgniarek – że chcemy rozwiązać problem mieszkańców.

Dzisiaj podlegamy pod dwie ustawy – ustawę o świadczeniach zdrowotnych i ustawę o DPS. Tam jest również miejsce pielęgniarek. Nigdy nie mówiłyśmy, że w DPS pielęgniarki nie powinny pracować. Wręcz odwrotnie. Co zrobić, żeby tam zapewnić pielęgniarkom odpowiednie funkcje, role i zadania na rzecz mieszkańców? Rzeczywiście, ZOL i ZPO to nie jest to samo, co DPS. My to świetnie rozróżniamy. Uważam, że nie należy tego mieszać. Wreszcie je zrównano z systemem finansowania pacjenta. Teraz mówimy o mieszkańcach. Rzeczywiście, prawdą jest – absolutnie nie bronię Narodowego Funduszu Zdrowia, mimo, że siedzi tu obok przedstawiciel – że mieszkaniec domu pomocy społecznej powinien być traktowany jak każdy obywatel w naszym kraju, który jest ubezpieczony. To nie ulega wątpliwości. Ale do ZOL i ZPO tak samo dopłaca, jak do DPS. Zwracam również uwagę, że i w ustawie o świadczeniach i w ustawie o DPS są zadania władz publicznych. Cieszę się, dziękuję bardzo, że pan starosta podjął to wyzwanie po raz drugi. Była bowiem kwestia terenu szkoły i teraz mamy kwestię mieszkańców DPS.

Rzeczywiście, pielęgniarki nie wejdą do DPS w umówionej godzinie. Mamy tego świadomość, że jest to pewien ewolucyjny proces, w którym potrafimy wprowadzić obrany kierunek zmian systemowych. Wskazujemy tu jako formę outsourcing. Pielęgniarka, tak samo lekarz, czy rehabilitant, jest świadczeniodawcą w rozumieniu ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a jednocześnie wynika to z tak zwanej ustawy regulującej te zawody. Mamy opiekę zdrowotną i świadczenia zdrowotne, mamy opiekę socjalną i świadczenia socjalne. Teraz sztuką jest pogodzenie tych rzeczy. Osiem i pół tysiąca pielęgniarek dzisiaj jeszcze funkcjonujących w DPS, ma nie przechodzić do szpitalnictwa. Zróbmy więc wszystko, żeby zatrzymać je, aby świadczyły usługi zdrowotnej na rzecz mieszkańców DPS. Nie wszystkie DPS są, Panie Ministrze, w centrum Wrocławia, czy w centrum Poznania. Często te domy są daleko. To są ładne domy, które na zapotrzebowanie obywateli w naszym kraju będą się rozwijały. Miejmy tego świadomość.

Wskaźniki demograficzne, zmiana funkcji rodziny będą prowokować wręcz do rozwoju tego typu usług i zakładania takich domów. Czy nazwiemy je domem pomocy społecznej, czy być może potem pensjonatami, ale to nadal będzie w tym resorcie tego typu dom, gdzie będzie zapewniona godna starość, godna niepełnosprawność, czy o profilu psychiatrycznym, czy dziecięcym, czy z niedorozwojami. Rzeczywiście, wszystkie te świadczenia powinno zapewnić państwo. Z jednej rzeczy cieszę się, że dojdzie do partnerstwa publiczno-prywatnego. To bowiem będzie obierało taki kierunek.

Co możemy dzisiaj przedłożyć jako grupa zawodowa? Samorząd zawodowy pielęgniarek próbuje nie tylko pokazać tożsamość zawodu, który zupełnie zmienił oblicze, kompetencje, chce się rozwijać... Rzeczywiście, niedobór kadr będzie wielki i niedobór finansów również. Jak zepną się nam te dwie rzeczy i jeszcze przy kryzysie... Mam nadzieję, że wyjdziemy w miarę suchą stopą.

Mamy wykaz świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarki i coraz bardziej potrafimy je zdefiniować, wycenić, jak również określić czasowo. Potrafimy

standaryzować te usługi w rozumieniu nadzoru, jakości. Zgadzam się, skala Barthel jest niewystarczającą skalą. Widzieliśmy tu wszystko. Ona przyjęła się nawet w ZUS jako pewien rodzaj nie oceny stanu pacjenta czy stanu mieszkańca, ale jako określenie zapotrzebowania na usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne.

(Głos z sali: Tylko tak powinna służyć.)

I tylko do tego ma służyć. Medycyna czy pielęgniarstwo zna wiele skal. Jest tylko kwestią wskazania, jaka skala powinna być najbardziej właściwa do oceny potrzeb zdrowotnych i potrzeb socjalnych. Tę skalę mamy. Mam nadzieję, i Fundusz też powinien być otwarty, że mamy skalę oceny psychiatrycznej, mamy ocenę według skali Barthel, która już zaistniała w świadomości medyków. Na całe szczęście potrafią się już tym posługiwać. To dotyczy również niedorozwojów. Czyli te skale warto w tej chwili pokazywać, bo one zanim zaistnieją w świadomości świadczeniodawców, czy usługodawców, minie pewien okres. To będą nowe warunki, nowe kwalifikacje, dokumentacja... Proszę państwa, dokumentacja nie tylko pacjenta, ale dokumentacja mieszkańca będzie wreszcie narzędziem kontroli jakości i tych potrzeb. Bo nikt nikogo nie próbuje oszukać. Mówimy o minimum potrzeb i minimum zabezpieczenia, a nie o maksimum. Polski bowiem na maksimum po prostu nie stać.

Gratuluje panu staroście. Bez samorządów terytorialnych, które mają dobre rozpoznanie problemów zdrowotnych, problemów społecznych nie da się zrobić reformy. Nie da się zrobić reformy odgórnie. To my wiemy. Żaden nakaz, żadna ustawa nie spowoduje myślenia organicznego. Formuła, na którą koleżanka Urbańska się odważyła – pan senator był kiedyś dyrektorem tego zakładu – gdy namówiła pielęgniarki, które zostały pozbawione możliwości ustawicznego kształcenia... Wreszcie rozpoczął się zryw pielęgniarskiej kadry do nauki. Oczywiście, wejdzie młoda kadra, która w domu pomocy społecznej musi widzieć awans zawodowy. Ja się zgadzam, że magistrowie pielęgniarstwa, czy z tytułem specjalisty, nie muszą pracować na co dzień bezpośrednio w podstawowej opiece i pielęgnacji. Wykształconej pielęgniarki główną misją, celem, zadaniem i wykształceniem jest zapewnienie, koordynowanie holistycznej opieki pielęgniarskiej. Jest to świadczeniodawca, który ma wreszcie uprawnienia do badania fizykalnego, do oceny zapotrzebowania. Musimy wreszcie wprowadzić, zgadzam się, kadrę pomocniczą – opiekuna medycznego. Opiekun medyczny nie ma zastępować we wszystkim pielęgniarki, tylko ma wesprzeć pielęgniarkę w prostych czynnościach opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Tak jak jest dzisiaj w DPS. Przecież jest w DPS opiekun.

Panie Ministrze, już o tym rozmawialiśmy. Wszystko jest do rozwiązania. Mamy psychiatryczną ocenę, mamy standardy. Chodzi tylko o to, żeby usiadł dobry zespół, napisał program. Wdrożenie następuje wolniej. Płatnik, jeżeli mu się wykaże, jest nie do organizacji, tylko do płacenia za usługi zdrowotne. Do płacenia. Oczywiście, będą negocjacje co do wyceny tej wartości. Zgadzam się. Sprawą płatnika jest jednak zapłacić, a naszą jest napisać wreszcie narodowy program. Szkoda, że nie weszła w życie tak zwana ustawa pielęgnacyjna, źle nazwana, ale dobrze zrobiona...

(Głos z sali: To wejdzie opiekun...)

Tak, wejdzie opiekun. Ona też jest na przyszłość potrzebna. To prawda, że i mieszkaniec, i pielęgniarka, i opiekun – jako ten zawód, który będzie wsparciem dla pielęgniarek, który będzie się rozwijał – muszą mieć poczucie stabilizacji. To prawda, że człowiek nie może żyć w niepewności, bo ma kontrakt na trzy lata. Musi mieć

wreszcie pewną perspektywę stabilności pracy, bez względu na formę prawną. Formy prawne wykonywania zawodu dzisiaj mamy olbrzymie.

Nawet nie popierałabym indywidualnej praktyki w DPS...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Pani Przewodnicząca...)

Już kończę, Panie Senatorze.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Właśnie, gdyż są następne zgłoszenia.)

Dlaczego? Dlatego, że lepiej realizować grupową praktykę. Chcę na coś zwrócić uwagę, Panie Senatorze, bo to jest ważne. Indywidualna i grupowa praktyka jest dzisiaj obwarowana słynnym rozporządzeniem, które nie jest już adekwatne do pomieszczeń i urzędzeń, gdzie musimy mieć podjazdy i wyjazdy itd. Dzisiaj trzeba myśleć, że przy okazji nowelizacji powinno się wyłączyć pewne możliwości wykonywania zawodu spod tej słynnej jurysdykcji pomieszczeń i urzędzeń gabinetów pielęgniarских, które składają się, jak pan wie, z dziwnych rzeczy. Oczekujemy, że to właśnie dyrektor DPS umożliwi nam i wydzierżawi takie gabinety, w których będzie spełniony standard, gdzie będziemy mogły prywatnie praktykować jako indywidualne czy grupowe praktyki, współpracować na zasadzie umowy i rozwiązań dotyczących pracy całodobowej, o czym pan mówił. Przy dobrej relacji dyrektora i tego podmiotu prawnego – grupowej praktyki, jest możliwe zapewnienie opieki przez dwadzieścia cztery godziny. Uważam też, że dyżur pielęgniarский jest możliwy również od godziny osiemnastej do rana w formie dodatkowej umowy, Panie Starosto, na dyżur pielęgniarский. Tak nawet trzeba go nazwać. A dlaczego nie? Można.

Być może Fundusz będzie się tu zżymał, ale gdyby była taka sytuacja, to proszę mi wierzyć, że mieszkańcy, którzy mieszkają przy ulicy Zielonkowej mają wtedy prawo wystąpić o zabezpieczenie świadczeń pielęgniarки przez dwadzieścia cztery godziny. Polski na to nie stać. A zatem od godziny 8:00 do 18:00, tak jak system wskazuje, POZ, z dobrą opieką długoterminową, domową, którą próbujemy jako pielęgniarки realizować z wykazem świadczeń, następnie dyżur pielęgniarский od godziny 18:00 do rana w dni świąteczne. Tu jest ukłon w stronę samorządów terytorialnych i dyrektora DPS. Tak chcemy to zabezpieczyć. I wtedy pielęgniarки będą naprawdę zainteresowane pracą dla tych mieszkańców, bo to jest sprawa pielęgniarская. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Proszę bardzo.

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

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Prezentując na posiedzeniu połączonych Komisji Rodziny i Polityki Społecznej i Komisji Zdrowia w kwietniu ubiegłego roku te rozwiązania, które nabierają dynamiki, przedstawiałem dlaczego one są wprowadzane w taki, nazwijmy to, kompromisowy sposób, w tym stanie prawnym, jaki mamy, dlaczego one są umiejscowione w podstawowej opiece zdrowotnej. Dlatego, żeby uprościć sposób kontraktowania.

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: I ta świadomość, rzeczywiście, przez te miesiące się upowszechniła.)

Teraz mogę poinformować, że w sytuacji, gdy kończymy okres kontraktowania świadczeń na 2009 r., podmiotów, które wybrały tę formę finansowania, mamy już ponad trzysta. A zatem jest to jakieś w tym prowizorium prawnym, którym mogliśmy się posługiwać, rozwiązanie.

Chciałbym państwu, niestety, przedstawić również pewne dane finansowe. Z zatrwożeniem przyjąłem kwotę podaną przez pana ministra – 400 milionów zł, które trzeba byłoby zabezpieczyć. Zwróćcie państwo uwagę, że na opiekę długoterminową, przy takiej konstrukcji planu finansowego, Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza w tej chwili odrobinę ponad 1 miliard zł. Po to, żeby zapewnić te dodatkowe świadczenia w domach pomocy społecznej, czy zabezpieczenie tych rozleglejszych świadczeń, należałoby mówić o prawie 40% wzroście nakładów na ten rodzaj świadczeń. Proszę mi wybaczyć, że podchodzę do tego z punktu widzenia księgowego, ale jesteśmy jednak instytucją płatniczą.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Mam nadzieję, że będziecie państwo wielkimi zwolennikami ustawy o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, czy też opiekuńczym.

(Głos z sali: A jeśli wszystkie panie zakontraktują praktykę grupową, to ile będzie to kosztować?)

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

Będziemy mogli to wyszacować...

(Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska: Tak, to można wyszacować.)

Możemy to wyszacować, ale wtedy będziemy mówili o kontraktowaniu świadczeń. Będziemy mogli te świadczenia, ich zasadność, weryfikować. To, o czym wspomniała przed chwilą pani prezes Buczkowska, skala Barthel nie jest skalą doskonałą, ale służy ona nam do pewnej wstępnej oceny zasadności zakontraktowania tych świadczeń również.

(Głos z sali: Służy do ograniczania dostępności do świadczeń.)

No, nie zgodziłbym się z panią profesor, ale pozostanę przy swoich zdaniach.

To, co powiedziała pani dyrektor Bawor – my jako instytucja nie prowadzimy polityki zdrowotnej, my mamy zakupić świadczenia w takim stanie prawnym, w jakim te świadczenia zakupić możemy. Nie będziemy i nie mamy takich możliwości, żeby prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wchodził w zupełnie inną rolę, czy w rolę pracodawcy dla pielęgniarek, czy w rolę kreatora polityki zdrowotnej. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

To jest jasne, choć oczywiście prawda jest taka, że w odniesieniu do wszystkich domów pomocy społecznej stan prawny jest taki sam, ale narzędzia jego skonsumowania muszą być różne. Narzędzia konstruujecie państwo w Narodowym Funduszu Zdrowia. Akurat nikt inny. W związku z tym mam nadzieję, że wystąpienie ministra

zdrowia spowoduje, że to narzędzie w najbliższym czasie pojawi się. Mówię o domach dla chorych psychicznie przede wszystkim, gdzie ta skala Barthel nie pozwala zrobić tego, o czym pan mówił.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę?

**Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Krystyna Łakomska:**

Po raz kolejny pojawia się stwierdzenie, że w domach psychicznie chorych skala Barthel nie ma żadnego zastosowania. Nie ma i słusznie. To bowiem nie jest ocena stanu zdrowia i nie stosuje się w zakładach opiekuńczo-leczniczych dla psychicznie chorych skali Barthel...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie stosuje się. Zakłady opiekuńczo-lecznicze dla psychicznie chorych, zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, traktuje się na takich samych zasadach, jak szpitale psychiatryczne. I nie ma zastosowania skala Barthel...

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Teraz tylko krok, żeby to zrobić w odniesieniu do domów pomocy i już jesteśmy na drugim brzegu.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

**Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Krystyna Łakomska:**

Nie ma takiej możliwości, żeby ją zastosować wobec pacjentów psychicznie chorych w domach pomocy społecznej.

(Głos z sali: Dlaczego?)

Dlatego, że zarządzenie nr 83 prezesa...

(Głos z sali: Niech pani nie mówi o zarządzeniu, tylko o tym dlaczego nie można stosować.)

Skala Barthel w kontraktowaniu świadczeń dla psychicznie chorych nie ma zastosowania. Ta skala wyłącznie...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Dobrze, dobrze. My nie chcemy stosować skali Barthel.)

Ale my ją bardzo negujemy.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Wiem, że się śpieszy przewodniczący...

(Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menedżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Stanisław Litman: Już się nie śpieszę, Panie Przewodniczący.)

Aha, to przepraszam.

Proszę bardzo.

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

Szanowni Państwo! Odnoszę wrażenie, że nasza dyskusja odbija się o pewien mur. Mur, który można nazwać niedostosowaniem naszego prawa do życia, do tego, co jest nam potrzebne na co dzień. Moim zdaniem po prostu powinniśmy szukać zmian legislacyjnych, a nie dziury w całym. Przepraszam za takie kolokwialne określenie, ale takie jest moje spostrzeżenie... Mamy tu przedstawicieli, właściwie został tylko pan senator Augustyn, ale myślę, że...

(*Głos z sali:* Ja też jestem senatorem.)

Bardzo przepraszam, Panie Ministrze. Tak że już jest dwóch.

Myślę więc, że powinniśmy szukać rozwiązań prawnych, które będą mogły to nasze codzienne życie uwzględnić, które będą bliżej naszych potrzeb, a właściwie potrzeb naszych podopiecznych.

Drugi temat związany z tak zwaną niesprawiedliwością społeczną, o której raczył wspomnieć pan minister i pan starosta. Przypomniała mi się jeszcze jedna sprawa, która, niestety, dzisiaj obowiązuje, mianowicie sprawa finansowania pobytu mieszkańców w domach pomocy społecznej. Może to jest troszeczkę obok, ale jednak dalej wiąże to się z pieniędzmi. Jak wiecie państwo, mieszkańcy zostali podzieleni na dwie kategorie – tych, którzy przybyli do DPS po 1 stycznia 2004 r. i są finansowani w całości, czyli do pełnego kosztu utrzymania, oraz druga grupa, która mieszka dłużej, jest finansowana nie w pełni, to znaczy 70% z własnych dochodów plus średnia wojewódzka dotacja, która dzięki naszym wysiłkom, wysiłkom samorządów, w tych domach, które osiągnęły standaryzację, co nieco wzrosła. Jest dziura w finansowaniu i w rezultacie ci mieszkańcy, którzy trafili później, finansują przynajmniej częściowo pobyt tych mieszkańców, którzy przebywają dłużej.

Myślę, że jest tu pora, miejsce i czas, by spróbować przyspieszyć wejście w życie nowelizacji ustawy o pomocy społecznej.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

W każdym razie zapewniam pana, Panie Przewodniczący, że ja osobiście wystąpiłem z tą sprawą do ministerstwa, przedkładałem na ręce pani dyrektor do rozważenia pewne propozycje, ale niezależnie od tego, jaki to przybierze obrót, uzyskałem zapewnienie, że ta kwestia będzie uregulowana. Być może trochę inaczej, ale z korzyścią dla mieszkańców. Zobaczymy, czy tak się stanie.

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

Bardzo mnie również cieszy fakt – ze względów zawodowych, gdyż jestem dyrektorem domu dla przewlekle psychicznie chorych – że dużo było tutaj mowy o specyfice tego domu. Szkoda, że nie ma pana dyrektora, bo przypomniała mi się moja własna przygoda sprzed trzech lat, gdzie dyrektor Narodowego Funduszu Zdrowia wyjął z biurka rozporządzenie z 1995 r. i zmusił mnie do finansowania zatrudnienia lekarza psychiatry. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Dlatego mówiłem, że obie strony używały tego rozporządzenia jako argumentu. Dziękuję bardzo.

Oddaję głos, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Mariola Dwornikowska:

Dziękuję, Panie Senatorze, Panie Przewodniczący.

Dysponuję ograniczonym czasem, ale chciałabym odnieść się do pewnych rozwiązań prawnych. Dyskutujemy nad bardzo istotnym problemem. Pan starosta wskazał tu na jeszcze jedną kwestię do zastanowienia się, czy wszystkie zadania, które są realizowane w domach pomocy społecznej, muszą być realizowane przez pielęgniarkę? Czy nie można byłoby zrealizować tego na przykład za pośrednictwem takiego zawodu, jak opiekun medyczny? W tej chwili resort zdrowia proceduje ustawę o zawodach medycznych, gdzie ten zawód się znajduje i są określone zadania, które będzie mógł wykonywać. Być może to też w jakiś sposób pozwoli nam na rozwiązanie problemu. Jeżeli bowiem dzisiaj, mówiąc w przenośni, rozwiążemy problem dotyczący finansowania świadczeń zdrowotnych, które są realizowane w DPS, to nie rozwiążemy innego problemu – braku kadry medycznej na naszym polskim rynku.

W związku z tym jakkolwiek by nie było, zawsze będzie dochodziło do pewnej konkurencji między podmiotami, czy to będzie szpital, czy praktyka lekarska, czy to będzie DPS. Zawsze dojdzie do tego, że jeden drugiemu będzie podbierał wykształconych ludzi, czy lekarzy, czy pielęgniarek, czy innego personelu. Miejmy bowiem jeszcze i tę świadomość, że inny personel też jest potrzebny, poza tym personelem, który dzisiaj tak naprawdę jest filarem usług zdrowotnych. Stąd mówimy o rozwiązaniach prawnych, które zaczynają funkcjonować. Chciałabym też, żeby pan minister popatrzył na Ministerstwo Zdrowia trochę z innej perspektywy. Szukamy rozwiązań. Myślę, że dyskusja, która się wywiązała pomiędzy Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej i Ministerstwem Zdrowia w kontekście różnych interesów... Każdy z nas ma bowiem inne zadania do zrealizowania, a szukamy wspólnego rozwiązania dotyczącego pacjenta, czy ten pacjent będzie w szpitalu, czy będzie w domu, czy będzie w domu pomocy społecznej.

Miejmy też świadomość, że nie możemy kosztem innych obywateli rozwiązywać problemów, bo to będzie miało skutek na przyszłość. To, co pan senator powiedział, tak naprawdę - sprawa dotycząca pielęgnacji ma aspekt długoterminowy. Musimy się w tych naszych dzisiejszych rozwiązaniach, jakie tu, czy na posiedzeniach zespołu wypracujemy, popatrzyć na to z uwzględnieniem przyszłości i z tym, jaki będzie rozwój rynku usług zdrowotnych związanych z długoterminowym zabezpieczeniem, czy z pielęgnacyjnym zabezpieczeniem naszego społeczeństwa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Tak, warto o tym myśleć, żeby – że tak powiem, jeszcze raz użyję słowa – racjonalizować cały problem. Rzeczywiście, jest tak, że gdybyśmy szli w pełne kontraktowanie usług w opiece długoterminowej przez pielęgniarki byłoby to rozwiązanie bardzo drogie, zwłaszcza w opiece instytucjonalnej. Jest pytanie, które stawiam ja i pan starosta, czy jest to konieczne, czy tak musi być? Czy nie możemy znaleźć rozwiązania

pośredniego? Możemy. Pierwsze narzędzie się tutaj pojawia. Problem, Pani Minister, jest w tym, że nawet ten zawód już funkcjonuje i kształcenie już jest. Dobrze, że państwo to potwierdza. Jest natomiast w wykazie Ministerstwa Edukacji Narodowej, a Ministerstwo Zdrowia...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

W moim okręgu sześć szkół kształci opiekunów medycznych. A tych szkół jest bardzo dużo. Problem jest w tym, i adresuję to do przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia – jutro będę z panem prezesem też na ten temat rozmawiał – żeby wprowadzić to w kontraktach. To nie jest problem tylko DPS. Na przykład hospicjów, prawda? Co ciekawe, proszę państwa, przeszliśmy pewną edukację, o której pan dyrektor tu wspominał. Jeszcze w kwietniu pewne rzeczy nie były rozumiane, a dzisiaj są. Przeszliśmy pewną edukację, bo okazuje się, że przedstawiciele hospicjów zgłaszają się i zastanawiają się, czy by tego nie zrobić. Nie jest tak, że ktoś się upiera przy czymś.

Wobec tego chciałbym, żebyśmy też nawet na Narodowy Fundusz Zdrowia patrzyli tak, że on jest trochę między młotem a kowadłem. Zdrowie bowiem jest bezcenne, bezpieczeństwo zdrowotne jest bezcenne, ale jednak kosztuje, ale jednak ktoś to musi wyceniać i tym kimś jest Narodowy Fundusz Zdrowia. I to jest to starcie, którego się nie pozbedziemy.

Pan minister Duda.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Jarosław Duda:

Dziękuję bardzo.

Jestem, nie chcę powiedzieć: rozczarowany, ale – toczymy tę dyskusję od wielu miesięcy i niestety nie posuwamy się do przodu, poza tym, że diagnozujemy sobie sytuację. Szanowna Pani Minister, dom pomocy społecznej to nie tylko mieszkańiec i pielęgniarka. Proszę mi wierzyć. Jest tam jeszcze bardzo dużo różnego, innego personelu. Tak naprawdę mieszkańcami w domu pomocy społecznej zajmują się głównie opiekunowie i panie pokojowe. Pani pielęgniarka nie wykonuje tych wszystkich czynności, które wykonuje w szpitalu, bo po prostu nie jest też nawet w zakresie czynności do tego zobowiązana. Chcę tylko powiedzieć, że przecież to nie jest tak, że to jest próżnia, że nie mamy dzisiaj innego personelu w domu pomocy społecznej. Wręcz przeciwnie – mamy zatrudnienie na poziomie 48 tysięcy osób. 8,5 tysiąca to są tylko panie pielęgniarki, czy panowie pielęgniarze. To są dwie różne rzeczywistości.

Chcę natomiast powiedzieć, że po to dzisiaj tę dyskusję toczymy i będziemy ją toczyć jutro, żeby znaleźć rozwiązanie. Myślę o zespole. Posuwamy się delikatnie do przodu. Mamy problem domów dla przewlekle psychicznie chorych osób. Naprawdę, Szanowni Państwo, nikt nie jest w stanie udowodnić, że zakład opiekuńczo-leczniczy, na przykład psychiatryczny, a dom pomocy społecznej psychiatryczny to są dwie różne rzeczywistości. Proszę mi wierzyć, to są takie same stany, albo niejednokrotnie gorsze, i te osoby są tam przez całe swoje życie. To nie jest tak, że są zaopatrzone w leki i wychodzą. To jest zupełnie inna rzeczywistość.

Mieliśmy znakomicie wykształcone pielęgniarki psychiatryczne, które odeszły. Po prostu ze względów ekonomicznych przeszły do szpitali i do innych podmiotów organizacyjnych służby zdrowia. Dzisiaj nie mamy, przy niejednokrotnie bardzo trudnych stanach, fachowej, rzetelnej możliwości wspierania tych osób, które są – podkre-

ślam – w domu, który jest ich miejscem docelowym. Z domu pomocy społecznej te osoby nie wychodzą, tak jak ze szpitala, tylko po prostu dożywają tam swoich ostatnich dni.

Nie obawiałbym się, bo życie nie znosi próżni i rynek też nie znosi próżni. Jestem przekonany, że po tych zaniedbaniach – nie wiem dlaczego tak się stało, że przez dziesięć lat nie kształcono dostatecznej liczby kadry pielęgniarstwa – dzisiaj mamy taką, a nie inną sytuację...

(Głos z sali: Chętnych nie ma.)

Myślę, że to też nie jest tak. Naprawdę, rynek nie znosi próżni. Będę to powtarzał z uporem maniaka. Chętni będą, jeśli będzie dobre przygotowanie, będą dobre oferty i będzie praca. A będzie, bo jest, jak widać.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Za chwilę będziemy mieć, w moim przekonaniu, tę lukę wypełnioną, tak jak w innych zawodach, które się odradzają. Ale nie o tym chciałem mówić, bo na tym akurat najmniej się znam. Chcę powiedzieć, że jest kilka możliwości, o których sobie tu dzisiaj powiedzieliśmy. Jeśli wyobrazilibyśmy sobie w ten sposób, że każdy dom pomocy społecznej spełni pewne wymogi standaryzacyjne, to DPS może zostać ZOL. Jeśli zapłacimy...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dlaczego nie, jeśli spełni wymogi standaryzacyjne... 80 zł osobodzień plus 70% i nie będziemy mieć domów pomocy społecznej. Teoretycznie...

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: I będzie drożej.)

I będzie dużo drożej.

Jeśli wycofalibyśmy – mówię oczywiście hipotetycznie, bo jest to niemożliwe, żeby była jasność – pielęgniarki i rehabilitantów z domów pomocy społecznej, to tę usługę musi zapewnić najbliższy zakład opieki zdrowotnej. A przecież nie o to chodzi, żebyśmy się przepychali. Tu chodzi o to, żebyśmy znaleźli wspólnie najbardziej racjonalne rozwiązanie. Jeśli płatnik, jakim jest NFZ, wspomógł w jakimś obszarze ten obszar pomocowy, to przecież też mamy jakieś środki... Do tej pory sobie radzimy, z ogromnym trudem, ale sobie radzimy. Przecież nie ma zapaści. Zatrudniamy niejednokrotnie, tak jak zostało to powiedziane, również lekarzy, chociaż nam tego nie wolno robić.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ale czego nie możemy?

(Przewodniczący Mieczysław Augustyn: Szanowni Państwo!)

Ale przepraszam, Panie Przewodniczący, chcę usłyszeć, czego nie możemy?

**Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Agata Horanin-Bawor:**

Panie Ministrze, ja już wiele razy mówiłam, że to nie jest kwestia wspomżenia, to jest kwestia otworzenia furki, gdzie będziemy mogli kupić usługę medyczną.

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

Ale ja o tym mówię. O tym właśnie mówię.

(Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Agata Horanin-Bawor: Ale to nie od nas zależy...)

Ale przecież o tym mówię. Mówię o uregulowaniach prawnych, o zmianach ustawowych. Przecież nie oczekuję od pani dzisiaj, żeby pani złamała prawo. Przecież byłoby to absurdalne. Pokazuję tylko potrzebę takiego, a nie innego uregulowania, mówiąc krótko zmiany ustawowej. Oczywiście, musimy zastanowić się. To, o czym mówił pan dyrektor, być może nas na to nie stać.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ale jest pytanie na co nas stać? Na co nas stać? Jeszcze raz powtórzę swoje pytanie. Jeśli będzie praktyka grupowa od godziny 8:00 do 18:00, to i tak musicie za to zapłacić. Zgoda? Musicie. To policzmy, jak zakontraktowalibyśmy wszystkie albo 90% pielęgniarek w Polsce na tę kwotę, to ile to będzie kosztować. Czy nie lepiej byłoby zrobić taką zmianę formalno-prawną w ustawie, żeby jednak dyrektor domu pomocy społecznej mógł z NFZ zakontraktować ich świadczenia. Tych sposobów jest naprawdę dużo, tylko znajdziemy najlepszy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Głos z sali: Tylko żebyśmy chcieli.)

Tylko żebyśmy jutro posunęli się w naszych pracach... Pani Minister, bardzo proszę, bo słyszałem, mam nadzieję nieprawdziwą, pogłoskę, że nie będzie nikogo z Ministerstwa Zdrowia. Chciałbym bardzo, żeby jednak ministerstwo było reprezentowane, po to, żebyśmy się ruszyli z pracami do przodu.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Bardzo gorąco o to proszę.

Mam nadzieję, że jutro będziemy mogli przekazać panu przewodniczącemu pewne konkretne dalsze ustalenia związane z uregulowaniem tej sprawy.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Proszę państwa, tak naprawdę wszyscy czujemy, że w tej całej grze chodzi o pieniądze. I słusznie, bo są to cudze pieniądze. To są pieniądze wyjęte z cudzych kieszeni. Trzeba zastanawiać się, jak je racjonalnie wydawać. Wydaje mi się, że racjonalne jest, ażeby wydawać na to, co niezbędne, co konieczne z punktu widzenia stanu mieszkańców. Jeszcze raz uważam i powtórzę, że naprawdę warto patrzeć na możliwość zatrudnienia opiekunów medycznych, że warto inwestować w opiekę pielęgniarską w domach pomocy społecznej, bo to jest taniej, niż w ZOL. Łatwo to wyliczyć.

Chcę tylko państwu powiedzieć, że gdyby z tego rynku usług miała się wycofać pomoc społeczna, to trzeba pamiętać, że w miarę upływu wieku zapotrzebowanie na opiekę medyczną zdecydowanie rośnie, ponad jakiegokolwiek możliwości wytrzymania tego ciężaru przez NFZ. W ostatnich 25% życia zużywamy 70% wszystkich środków na leczenie. 60–70% klientów oddziałów ortopedycznych, oddziałów wewnętrznych itd., to są pacjenci przewlekle chorzy, starzy. Dla nich musi być w opiece długoterminowej taka propozycja, którą NFZ i Ministerstwo Zdrowia są w stanie udźwignąć. Nad tym pracujemy. Wydaje się, że ta ustawa o ubezpieczeniu opiekunów będzie rozwiązaniem, ale na razie dajmy mieszkańcom to, co im się już w tej chwili należy.

Pani Zuzanna Grabusińska.

**Radca Ministra w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej
Zuzanna Grabusińska:**

Jeśli mogę, chcę dodać do tego, co mówił pan minister, jakie były ustalenia z ostatniego posiedzenia zespołu grupy roboczej. Wczoraj robiliśmy wstępne rozeznanie, jak funkcjonuje opieka pielęgniarska zadaniowa w domach pomocy społecznej. W dwunastu województwach ta zadaniówka już zaczyna się pojawiać i zaczyna dosyć sprawnie funkcjonować. Tam, gdzie się pojawia...

(Głos z sali: Ma być chyba do trzystu podmiotów.)

Ale to na pewno nie jest trzysta podmiotów, bo jest ich kilkadziesiąt, nie więcej. To dopiero zaczyna kiełkować. Poważnym problemem jest na przykład to, że pielęgniarki miały wstępnie deklarowane, że jak rozpoczną kursy, to będą mogły zawierać umowy. W praktyce okazało się, że nie mogą. To zatrzymało cały proces. Ale nie to chciałam powiedzieć. Chcę powiedzieć, że to, co ustaliłam w roboczych rozmowach z terenem, to przede wszystkim zator po stronie kontraktowania w zadaniówce opieki psychiatrycznej. Pomimo deklaracji na poprzednim posiedzeniu zespołu roboczego i ustalenia z Ministerstwem Zdrowia, że akt niższego rzędu nie może porządkować ładu prawnego, kiedy jest nowy ład prawny ustawowy – takie jest również stanowisko Rządowego Centrum Legislacji, że to rozporządzenie nie może mieć zastosowania w obecnym ładzie prawnym – oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia nadal zbywają i nie chcą podejmować rozmów w kwestii kontraktowania świadczeń dla pacjentów przewlekle psychicznie chorych w domach pomocy społecznej dla tego profilu osób.

Pomijam już skalę Barthel. Ona jest ułomna, ale dla pewnej części mieszkańców przewlekle chorych psychicznie nadal się sprawdza i mogłyby być te sześćdziesiąt punktów do czasu wypracowania nowej skali do oceny, co deklarowali nam koledzy z Ministerstwa Zdrowia, że na najbliższe posiedzenie zespołu roboczego będziemy mieć już jakąś propozycję. Nadal natomiast – i jest to sygnał z wczoraj i dzisiaj – oddziały NFZ odmawiają kontraktowania, mimo że deklaracja ze strony państwa była taka, że takiego zatoru być nie może. I tylko to chciałam powiedzieć.

(Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Krystyna Wyrwicka: Jeśli mogę, Panie Przewodniczący...)

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Bardzo proszę, pani dyrektor Wyrwicka.

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

Chcę odpowiedzieć w sprawie zupełnie innych kwestii. Najpierw chcę złożyć podziękowanie na ręce pana starosty...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

...z którym współpracowaliśmy. Dziękujemy również za film, który pomaga nam w terenie, bo najlepiej jest dotykać pewnych rzeczy i uczyć się na przykładach. Tak więc bardzo bardzo za to dziękujemy.

Chcę też odpowiedzieć na drugie pytanie, a mianowicie jeśli chodzi o te straty i zyski. Otóż, Panie Starosto, myślę, że jak liczyć globalnie, to są to zyski, a nie stra-

ty. Dlatego, że po pierwsze, w pana domach nie ma zakazu przyjmowania nowych mieszkańców, jest możliwość podwyższania kosztu do rzeczywistego kosztu funkcjonowania placówki, czego nie ma w domach, które nie osiągnęły standardu. A myślę też, że nie ma im co zazdrościć środków budżetowych, bo w skali kraju mamy co roku ból głowy. Do podziału przy ogromnych potrzebach mamy środki w wysokości około 20 milionów zł. Zawsze mamy ból głowy, jak tę biedę dzielić i komu ile dać. Oczywiście, dajemy tych pieniędzy mało i też staramy się dawać do tych powiatów, gdzie jest gwarancja, że w danym roku osiągną standard. To są bowiem środki wspomagające.

Odpowiadając jeszcze panu dyrektorowi co do kwestii środków i dotacji na mieszkańców o dłuższym stażu. Jak państwo wiecie, było to swoiste zobowiązanie pana ministra, które wykonał, ale w międzyczasie przyszedł do Polski również kryzys i wiemy w jakiej jesteśmy sytuacji ekonomicznej. W związku z tym pewno będzie trudno w tym roku znaleźć dodatkowe pieniądze, aby nawet to zamierzenie zrealizować. Otóż chcę powiedzieć, że jesteśmy przed decyzją Komitetu Rady Ministrów. W projekcie znajdują się zapisy wyrównujące dotacje dla starszych mieszkańców domów. Najprawdopodobniej, jeśli te rozwiązania znajdą się już w parlamencie, będziemy chcieli, żeby one zostały, ale też z pewnym odłożeniem w czasie, czyli z wdrożeniem w życie później. Oczywiście, jeśli tylko pojawią się środki budżetowe, to mamy dzisiaj pewną elastyczność i formułę prawną, żeby te dotacje wyrównywać. Myślę więc, że takich prawnych barier tu nie będzie, aczkolwiek przygotowujemy trwałe rozwiązania poza systemem świadczeń zdrowotnych w placówkach.

Chcę jeszcze powiedzieć zdanie, że to, że dzisiaj skupiliśmy się na domach dla osób z zaburzeniami psychicznymi wynika właśnie z tego pewnego zatoru związanego z kontraktowaniem. Powoli w innych typach domów, takich jak dla przewlekle chorych, ta formuła się rozwija i zaczyna funkcjonować. Myślę, że jest to tak naprawdę największa bariera przed nami, na którą zresztą napotyka personel medyczny domów pomocy, który chce negocjować kontrakty z oddziałami, a odchodzi tak naprawdę z kwitkiem. Jest to wyraźny nasz sygnał do państwa. Staramy się to na bieżąco monitorować i to są najczęściej pojawiające się dzisiaj problemy. Dziękuję.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Proszę państwa, myślę, że będziemy zmierzać do zakończenia obrad. Jeszcze oddam głos pani minister.

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Mariola Dwornikowska:

Panie Przewodniczący, pozwolę sobie tylko zapewnić, że na jutrzejszym posiedzeniu zespołu będą przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia. Jeśli zaś chodzi o sygnał, który była pani uprzejma przesłać, dotyczący pewnych barier w oddziałach wojewódzkich, to bardzo proszę o identyfikację tych oddziałów wojewódzkich, w których są problemy i będziemy reagować.

Jeżeli pan senator pozwoli, to niestety będę musiała...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Mieczysław Augustyn:

Proszę państwa, na zakończenie chciałbym powiedzieć, że dobrze, że Narodowy Fundusz Zdrowia zdecydował się na wprowadzenie kontraktu w DPS. To zaczyna funkcjonować. Rzadko mówi się dobrze o Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku tej kwestii powiedzmy, że dobrze się stało. Zorganizowaliśmy dzisiejsze posiedzenie, żeby dać dodatkową siłę staraniom pana ministra Dudy jako przewodniczącego zespołu, by dalej posunąć się w dobrym kierunku, dopracować ten kontrakt, ale też by myśleć o perspektywie, czyli na przykład o substytucyjnym tańszym zatrudnieniu. Nie tylko u nas, u państwa też – w ZOL też to można zrobić i w hospicjach też to można zrobić. Mało tego, ze względu na braki kadrowe powoli trzeba to robić. Dlatego niekoniecznie musi być między nami sprzeczność. Jesteśmy tu w poczuciu odpowiedzialności za to, że nie ma nic w zdrowiu za darmo. Jak gdzieś wydamy więcej, to pewnie gdzieś zabraknie. Trzeba szukać takiego konsensusu, który pozwoli zabezpieczyć niezbędne minimum dla bezpieczeństwa zdrowotnego i jednocześnie nie będzie bez potrzeby obciążał budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Gdyby tego rodzaju myślenie towarzyszyło w wielu innych dziedzinach w ochronie zdrowia, można byłoby dużo sensowniej te pieniądze dzielić. Wciąż bowiem jeszcze daleko do tego, żeby te środki były racjonalnie rozdysponowywane. Potem trzeba robić korekty, tak jak teraz z dializami, które były wcześniej żyłą złota. NFZ nie może tego udźwignąć, teraz więc się wycofuje i jest awantura, a przecież prawdopodobnie ktoś kiedyś za daleko się posunął i dlatego mamy taką sytuację. Nie popełniamy tego błędu w regulowaniu sytuacji w domach pomocy społecznej. Liczę bardzo na współdziałanie z Ministerstwem Zdrowia.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dziękuję.

Obiecuję, Panie Ministrze, że może pan na naszą komisję w tym aspekcie liczyć, bo są możliwe różne kompromisy, ale na pewno nie taki, że prawo mieszkańców domów pomocy społecznej do opieki pielęgniarstwa nie będzie realizowane. Przypomnę, że ten przełom z tym kontraktem nastąpił być może wtedy, kiedy ci, którzy starali się o jego wprowadzenie, byli już gotowi do skargi konstytucyjnej, bo są to konstytucyjne uprawnienia i dlatego powinny być one zrealizowane.

Dziękuję państwu za poświęcony tej sprawie czas.

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 00)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851