



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(326)**

27. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 9 lipca 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat wyników prac zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 15 minut 20)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam serdecznie wszystkich przybyłych: panią senator, panów senatorów, zaproszonych gości, witam pana ministra Fronczaka, pana prezesa Radziwiłła, panią prezes Buczkowską, witam panią profesor Wilmowską, która będzie referowała dorobek zespołu ministerialnego, witam pozostałych przybyłych gości.

W projekcie porządku posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia mamy dwa punkty. Punkt pierwszy: informacja na temat wyników prac zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Punkt drugi: sprawy różne.

Czy są uwagi do takiego porządku posiedzenia? Nie widzę zgłoszeń. Uważam więc, że senatorowie przyjęli przedstawiony porządek obrad.

Chciałbym, żeby najpierw pani profesor Wilmowska przedstawiła nam prezentację na temat ubezpieczeń pielęgnacyjnych. Potem będzie dyskusja, w której chciałbym, aby w pierwszej kolejności zabrał głos pan minister, a potem już będą pytania i dyskusja zgodnie z zasadami, z jakimi pracuje Komisja Zdrowia. Nie ma sprzeciwu.

To bardzo proszę panią profesor o prezentację. Proszę bardzo.

**Przewodnicząca Zespołu do spraw Opracowania
Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym
Anna Wilmowska-Pietruszyńska:**

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny i charakteru, może zakończyć się wyzdrowieniem – i trzeba robić wszystko, żeby jak najwięcej naszych pacjentów wyzdrowiało – ale może także spowodować krótkotrwałe, długotrwałe bądź trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i psychicznej lub i fizycznej, i psychicznej.

Niepełnosprawność według Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Według Światowej Organizacji Zdrowia osobą niepełnosprawną jest osoba, która nie może częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości samodzielnego, normalnego życia indywidualnego i społecznego wskutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i psychicznych. Osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji jest osoba, która w wyniku następstw choroby lub urazu wymaga stałej lub długotrwałej

opieki i pomocy osób innych w wykonywaniu zwykłych czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego, czyli wszystkich podstawowych czynności życiowych.

Aktualna kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa przejawia się wysokim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruc, a także wzrostem zapadalności na niektóre choroby zakaźne i schorzeń psychicznych. Towarzyszy temu zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych oraz osób, które ze względu na stopień zaawansowania schorzeń i upośledzenie funkcji organizmu wymagają stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w zwykłych czynnościach dnia codziennego. Postęp w dziedzinie nauk medycznych powoduje wydłużenie długości trwania życia i zwiększanie się odsetka osób w wieku starszym. Rosnące oczekiwania lepszej jakości życia i zmieniająca się sytuacja rodziny powodują, że niepełnosprawność i niesamodzielność stały się problemem społecznym.

W Polsce system zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych i niezdolnych do samodzielnej egzystencji jest realizowany w ramach powszechnego ubezpieczenia społecznego pracowników, tego administrowanego przez ZUS, oraz rolników, tego administrowanego przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego; zabezpieczenia społecznego niektórych pracowników państwowych, pomocy społecznej oraz wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych i pracodawców tworzących dla nich miejsca pracy, czyli w skrócie zabezpieczenia społecznego. Każdy z nas, jak się urodzi, chciałby w zdrowiu, w sprawności, samodzielności przeżyć swoje życie, ale niestety takie zdarzenia losowe, jak choroba i w następstwie choroby niepełnosprawność, a nawet niesamodzielność mogą dotknąć każdego, niezależnie od miejsca zamieszkania, wieku, wykształcenia.

Jeżeli chodzi o chorobę, to prewencja, diagnostyka, leczenie są finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej tą chorobą są finansowane przez inne instytucje. Jeżeli nie da rady człowieka wyleczyć, po prostu przechodzi do następnej grupy osób niepełnosprawnych. Tu mamy pięć systemów zabezpieczenia społecznego niepełnosprawności. Jeżeli chodzi o niesamodzielność, to niezależnie od tego, czy osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji w następstwie choroby czy urazu wymaga opieki przez całą dobę, czy wymaga tylko częściowej opieki otrzymuje po waloryzacji 163 zł 15 gr miesięcznie jako dodatek pielęgnacyjny we wszystkich systemach zabezpieczenia społecznego. Osobą niesamodzielną, jak mówiłam, jest osoba, która w wyniku następstw choroby wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób innych w zwykłych czynnościach dnia codziennego.

Tak jak państwu powiedziałam, w Polsce zasiłek albo dodatek pielęgnacyjny jest przyznawany osobom, które ze względu na stan zdrowia i upośledzenie funkcji organizmu są niezdolne do samodzielnej egzystencji i wymagają pomocy osób innych, ale w tej samej wysokości jest również przyznawany wszystkim Polakom, którzy ukończyli siedemdziesiąt pięć lat życia. Nie we wszystkich więc przypadkach jest uzależniony od stwierdzenia niezdolności do samodzielnej egzystencji, a jego wysokość... Przedstawiona na slajdzie kwota jest jeszcze, przepraszam, sprzed waloryzacji. Było 153 zł, a teraz jest 163 zł 15 gr. Wysokość tej kwoty nie pokrywa nawet znikomej części wydatków związanych z koniecznością opieki i pomocy osób innych.

Na następnym slajdzie mamy bardzo dokładnie podane, kto pobiera zasiłek pielęgnacyjny według kryterium wieku. Jak państwo widziecie, to się zaczyna po czter-

dziestym szóstym roku życia i potem jest już tych osób coraz więcej w różnych systemach. Tutaj jest informacja: dodatek pielęgnacyjny a ludność, 2006 r. – powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia dodatek otrzymują osoby, które mają orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji, i wszyscy Polacy.

Przeciętne dalsze trwanie życia osoby w wieku sześćdziesiąt lat i więcej w 2005 r. w przypadku mężczyzn to było siedemnaście i pół roku, w przypadku kobiet – dwadzieścia dwa i siedem dziesiątych roku. Udział ludności w starszym wieku, według pięcioletnich grup wieku, w ogólnej liczbie ludności Polski: w 2005 r. to było 17% udziału osób w wieku sześćdziesiąt lat i więcej. W 2030 r. prognoza jest taka, że co trzeci Polak będzie w wieku powyżej sześćdziesiątego roku życia.

Obecnie wiele osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji nie ma zapewnionej odpowiedniej opieki i pomocy. Prognozy demograficzne przewidują, że problem ten będzie w przyszłości narastał i dlatego w wielu krajach prowadzone są dyskusje na temat jak najefektywniejszego jego rozwiązania. W tej sytuacji jedną z rozważanych możliwości jest wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Ubezpieczenie to jako element systemu ubezpieczeń społecznych funkcjonuje już w niektórych krajach europejskich i nie tylko. Japonia również wprowadziła ubezpieczenia pielęgnacyjne. Z tym że tam nie ma świadczeń pieniężnych, są tylko świadczenia rzeczowe.

Wysokość świadczeń pieniężnych, jak i świadczenia rzeczowe z tego ubezpieczenia powinny stworzyć możliwość zapewnienia osobom niesamodzielnym, niezdolnym do samodzielnej egzystencji godnego życia. Jak wiemy, proszę państwa, bywa z tym różnie. Przykładem jest pan Świtaj, który złożył wniosek o eutanazję ze względu na to, że póki żyją jego rodzice, to on jeszcze tę opiekę i pomoc będzie miał zapewnioną. Jest to człowiek, który w wyniku następstwa urazu ma porażenie czterech kończyn i wymaga przez całą dobę pomocy i opieki innych osób. On w trakcie opracowywania przez nasz zespół projektu ubezpieczenia pielęgnacyjnego po prostu prosił o to, żeby nie traktować jego wniosku o eutanazję jako jego osobistej sprawy, tylko mówił, że takich ludzi jak on jest więcej i że on prosiłby o to, żeby zainteresować się losem ludzi, którzy nie ze swojej winy, ale w wyniku następstw choroby czy urazu mają takie upośledzenia funkcjonalne, że wymagają stałej opieki i pomocy innych osób.

Dlaczego jest taka potrzeba wprowadzenia rozwiązania tego problemu? My dzisiaj przedstawiamy państwu projekt ubezpieczenia pielęgnacyjnego, tego tak bardzo palącego problemu, bo jest postępujące demograficzne starzenie się społeczeństwa i bezwzględny wzrost liczby osób w najwyższej grupie wieku. To spowoduje wzrost wydatków na leczenie.

Zmiany w strukturze wielkości i funkcjach rodziny ograniczają możliwości pełnienia przez rodzinę funkcji pielęgnacyjnych. Podniesienie poziomu pielęgnacji wymaga nowoczesnych sprzętów, których obsługa pozostaje w gestii przeszkolonych pracowników. Według badań niemieckich, bo polskich nie mamy, 4% osób w wieku sześćdziesięciu i więcej lat oraz 20% osób w wieku powyżej osiemdziesięciu lat nie są samodzielne.

Kto to jest osoba niesamodzielna? Jest to osoba pełnoletnia, który w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej wymaga niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych przez okres co najmniej sześciu miesięcy.

Ubezpieczenie pielęgnacyjne powinno być oparte na solidarności społecznej, samorządności, samofinansowaniu, prawie wyboru świadczeniodawcy przez ubezpie-

czonego, prawie wyboru przez ubezpieczonego formy świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego, prymacie opieki i pielęgnacji domowej nad innymi formami udzielania świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego, zapewnieniu równego dostępu do świadczeń, gospodarności i celowości działania.

Co mają na celu świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego? Zwiększanie samodzielności z zapobieganiem negatywnym skutkom niesamodzielności oraz kompensowanie utraconej samodzielności, w szczególności w zakresie zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych, bezpieczeństwa w otoczeniu, koegzystencji społecznej.

Czyli w ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, gdybyśmy taką formę rozwiązania przyjęli, są trzy najważniejsze rzeczy: prymat opieki domowej nad stacjonarną, prymat rehabilitacji nad kompensacją i możliwość sfinansowania składek na ubezpieczenia społeczne osobom, które pozostaną z osobą niesamodzielną – członkiem najbliższej rodziny – w domu i będą tę opiekę nad nim sprawowały. Podobne rozwiązanie, które przyjęto w Niemczech, wprowadzając w 1996 r. ubezpieczenie pielęgnacyjne, spowodowało, że duża część osób została ze swoimi osobami niesamodzielnymi w domu i po prostu się nimi opiekowała. To stworzyło duży rynek usług pielęgnacyjnych i w ciągu dosłownie dwóch lat po wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech powstało pięćset tysięcy nowych miejsc pracy dla osób, które te usługi pielęgnacyjne świadczyły.

Kto powinien podlegać obowiązkowi tego ubezpieczenia? Wszyscy Polacy, dlatego że każdy z nas w równym stopniu jest zagrożony takim ryzykiem. To ubezpieczenie pielęgnacyjne powinno gromadzić fundusze ze składek wszystkich obywateli. Zespół, w którym pracowało około pięćdziesięciu osób z różnych instytucji, ludzi dobrej woli, zajmował się tym problemem przez półtora roku. Pan profesor Błędowski ze Szkoły Głównej Handlowej, który bardzo przeprasza, że dzisiaj tutaj nie może państwu przedstawić strony ekonomicznej tych założeń, obliczył przy pomocy grona ekspertów na podstawie dostępnych danych, że taka składka powinna wynosić 2% podstawy wymiaru tych innych składek. Składka w tej wysokości starczyłaby na zapewnienie świadczeń dla grupy osób, które stały się niezdolne do samodzielnej egzystencji.

Kto mógłby udzielać tych świadczeń? Świadczeniodawcy profesjonalni i nieprofesjonalni. Nieprofesjonalni to jest przeszkolona rodzina, profesjonalni natomiast to jest nowy zawód opiekuna medycznego. Już jest zatwierdzony program przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i można rozpocząć kształcenie w tym zakresie, z tym że to kształcenie jest kształceniem i praktycznym, i teoretycznym, żeby jak najbardziej upraktynić ten nowy zawód.

Umowa o udzielanie tych świadczeń z ubezpieczenia może być zawarta ze świadczeniodawcą nieprofesjonalnym, czyli z osobą zamieszkującą wspólnie z osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, pozostającą z nim we wspólnym gospodarstwie domowym, albo ze świadczeniodawcą profesjonalnym. Świadczeniodawcy profesjonalni powinni zgłosić z własnej inicjatywy lub w odpowiedzi na ogłoszenie oferty udzielania świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Przyznanie świadczeń przysługuje na wniosek osoby ubezpieczonej, jej przedstawiciela ustawowego lub innego podmiotu za zgodą ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego.

Założyliśmy tutaj, że to powinno być bardzo szybko załatwione, dlatego że jeżeli człowiek nagle zachoruje – po udarze, ma tetraplegię – to on nie może czekać na to, żeby mu po prostu takie sprawy długo załatwiać. Chcielibyśmy wprowadzić coś,

czego w Polsce w tej chwili nie ma – ośrodki przejściowe. Zanim rodzina przystosuje się do nowej sytuacji, powinna mieć czas na zaadaptowanie mieszkania, ażeby taką osobę niesamodzielną przyjąć do domu. Ten człowiek mógłby pójść do ośrodków przejściowych bezpośrednio ze szpitala i dopiero potem do domu.

I najważniejsza w tym wszystkim sprawa. U nas człowiek niezdolny do samodzielnej egzystencji, który wymaga opieki przez dwadzieścia cztery godziny na dobę, czy krócej, otrzymuje tak samo 163 zł i 15 gr. W związku z tym, żeby zróżnicować wysokość tych świadczeń w zależności od stopnia niesamodzielnosci, nie ukrywam, że posługiwaliśmy się, współpracując z naszymi sąsiednimi krajami – z Niemcami i z Czechami – ich podziałem na trzy grupy niezdolności do samodzielnej egzystencji. Te grupy są uzależnione od stopnia opieki i pielęgnacji, które ten człowiek potrzebuje. Czyli ten, który potrzebuje opieki dwadzieścia cztery godziny na dobę na pewno musi dostać więcej niż ten, który potrzebuje tej opieki mniej. No i po orzeczeniu przez wykwalifikowane pielęgniarki stopnia niesamodzielnosci zespół do spraw świadczeń – pielęgniarka i pracownik socjalny – dokonuje ustalenia rodzaju, zakresu i liczby świadczeń. Świadczenia powinny być dwojakie: świadczenia rzeczowe i świadczenia pieniężne.

Świadczeniem pielęgnacyjnym jest pomoc w niezbędnych, regularnie powtarzanych czynnościach dnia codziennego w zakresie pielęgnacji ciała, odżywiania, mobilności. Świadczeniem opiekuńczym jest towarzyszenie i pomoc w niezbędnych i regularnie powtarzanych czynnościach dnia codziennego. Świadczeniami pieniężnymi są świadczenia pieniężne w wysokości zależnej od orzeczonego stopnia niesamodzielnosci. Następnym świadczeniem jest opłacanie składek dla członków rodziny, którzy na czas opieki zostaną z osobą niesamodzielną w domu.

Reasumując, zespół pracował w jedenastu podzespołach. Równolegle była przeprowadzona analiza aktów prawnych. W tej chwili w siedemnastu ustawach i kilkudziesięciu rozporządzeniach mamy pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Niestety, jest ono jednakowo oceniane w wysokości 163 zł 15 gr miesięcznie.

Następna sprawa. Niestety, nie wiemy, jak rozkładają się stopnie niesamodzielnosci w tym milionie osób w Polsce z orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Takich danych po prostu nie ma. W tej grupie osób około 30% żyje w samotnych gospodarstwach domowych. W związku z tym, jeżeli ma bardzo niską rentę, a renty są od 500 zł, 600 zł, 700 zł... Z siedmiu milionów dwustu tysięcy ludzi, którzy w naszym kraju pobierają świadczenia emerytalno-rentowe, 40% ludzi żyje w samotnych gospodarstwach domowych. W związku z tym nawet jeżeli ta renta jest w wysokości 1 tysiąca zł miesięcznie, to po odliczeniu podatku i składki zdrowotnej zostaje 800 zł. I jeżeli człowiek zapłaci wszystkie świadczenia, to wtedy zostaje mu bardzo mało środków, żeby przeżyć. A jeżeli, nie daj Boże, stanie się niezdolny do samodzielnej egzystencji, to do tego dostaje tylko te 163 zł i 15 gr miesięcznie.

No, jest proszę państwa ustawa o pomocy społecznej, zgodnie z którą w tej chwili każdy, kto ubiega się o miejsce w domu pomocy społecznej powinien sam pokryć koszty tego pobytu. Nie zawsze, jeżeli ta renta jest poniżej 1 tysiąca zł miesięcznie, a miejsce w domu pomocy kosztuje 1500–1600 zł, może sobie na to pozwolić. W drugiej kolejności jest rodzina, a w trzeciej pomoc społeczna, która również nie ma pieniędzy.

W gronie osób, które są zainteresowane losami naszych współobywateli, jak również w naszym zespole było dużo osób, które miało już takie przeżycia związane

z najbliższymi osobami. Część z nas wiedziała po prostu, ile to kosztuje, i pracy własnej, i jeszcze do tego pieniędzy. Postanowiliśmy przygotować taki projekt i dzisiaj dziękuję bardzo panu przewodniczącemu, że mogliśmy ten projekt przedstawić. Na sali jest dwóch członków zespołu. Pani prezes Buczkowska była kierownikiem zespołu do spraw jakości usług pielęgnacyjnych. To bowiem jest szalenie istotne. Pan doktor Kotlicki zajmował się problemem orzecznictwa o niesamodzielności. Było jeszcze dziewięć innych zespołów, które równolegle pracowały. W jedenastym punkcie był jeszcze – żeby to już kompleksowo przedstawić – rozważany pomysł, nie ukrywam, że konsultowaliśmy się w tej sprawie również z przedstawicielami innych krajów, wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych w tym obszarze. To podstawowe jednak ubezpieczenie, którego zakres przedstawiamy dzisiaj państwu w zarysie, to jest to, co musi taki człowiek mieć, żeby nie być brudny, głodny i po prostu nie mieć odleżyn, bo to jest straszny ból i to po prostu generuje również olbrzymie koszty, których można by było w wielu przypadkach uniknąć.

I dlatego, jeżeli państwo pozwolą, to może jeszcze pani prezes Buczkowska i pan doktor Kotlicki powiedzą kilka słów na temat prac naszego zespołu. Ja natomiast chcę powiedzieć, że jest to kompleksowe przedstawienie rozwiązania problemów około miliona osób, naszych współobywateli, a równocześnie, tak jak mówiłam, jest to możliwość stworzenia nowych miejsc pracy dla nowego zawodu opiekunów medycznych. I jeszcze najważniejsza rzecz. Otóż zawsze myślałam, że gdyby nie daj Boże tak się stało, że znalazłabym się w takim stanie, to chciałabym być po prostu w domu. Chciałabym też mieć podstawowe środki do tego, żebym mogła mieć taką opiekę, ewentualnie, nie daj Boże, mieć zapewnioną pielęgnację. Do ośrodków stacjonarnych natomiast powinny pójść osoby, którym po prostu takiej opieki zapewnić nie można. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Teraz prosiłbym o wypowiedź pana ministra. Zespół bowiem pracował pod skrzydłami ministerstwa. Potem, skorzystamy z sugestii pani profesor, poprosimy panią prezes Buczkowską i pana doktora Kotlickiego o króciutkie przedstawienie wyników prac swoich zespołów.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Dziękuję bardzo.

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Goście!

Tak jak pan senator był uprzejmy powiedzieć, w Ministerstwie Zdrowia działał od 2006 r. zespół, który wypracował projekt, wypracował standardy, wypracował koncepcję funkcjonowania tej problematyki w sposób bardzo merytoryczny, przejrzysty, czytelny. Ponieważ zespół zakończył swoje działania, następnym etapem było powołanie rady. 17 września 2007 r. została powołana Rada do spraw Osób Niesamodzielnych.

Do zadań rady należy doradztwo ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w zakresie spraw dotyczących osób, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psy-

chicznej i umysłowej, w następstwie chorób, urazów wymagają niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych, tak zwanych osób niesamodzielnych.

28 maja 2008 r. z udziałem pana senatora Augustyna odbyło się spotkanie inauguracyjne działalności Rady do spraw Osób Niesamodzielnych. Celem tego spotkania było uzgodnienie planu działań. 30 czerwca, kilka dni temu, było kolejne posiedzenie.

Jeśli chodzi o problematykę, którą w sposób bardzo syntetyczny przedstawiła pani profesor, dodam tylko dwa słowa, które może będą się powtarzać, ale z pozycji ministra trzeba o tym powiedzieć. Otóż opieka długoterminowa jest istotną integralną częścią opieki zdrowotnej, a zabezpieczenie jej rozwoju stanowi ważny element działania ministra zdrowia. Rosnące oczekiwania lepszej jakości życia, a także zmieniająca się struktura rodziny powoduje, że powstała w następstwie chorób, urazów, czy starości niesamodzielność staje się problemem społecznym.

Współcześnie wszyscy widzimy, że dominują rodziny dwupokoleniowe i takie rodziny dwupokoleniowe, niestety, nie dają szans na to, ażeby zapewnić odpowiednią opiekę – nie wszędzie, bo są oczywiście takie możliwości – i pielęgnację osobom niesamodzielnym, które najczęściej żyją samotnie i są pozbawione pomocnej dłoni ze strony rodziny.

Tak, jak pani profesor była uprzejma powiedzieć, we wrześniu 2007 r. rozpoczęto w kraju edukację w nowym zawodzie: opiekun medyczny. Zawód ten został wpisany do rozporządzenia ministra edukacji i sportu z dnia 8 maja 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego.

Zadania tego opiekuna – myślę, że to było już tu powiedziane – to przede wszystkim wykonywanie czynności higieniczno-opiekuńczych, co w rezultacie zwiększa efektywność i jakość usług pielęgniarских. Duża grupa pacjentów w wieku podeszłym to osoby niepełnosprawne i zależne od otoczenia. Wykonywanie tych codziennych czynności daje im bardzo duże odciążenie i ulgę. Jest to czynność, która niewątpliwie jest wykonywana na odpowiednim poziomie. Chociażby – tak, jak pani powiedziała – profilaktyka odleżyn. Odleżyny, proszę państwa, to jest jakaś polska specjalność, jeśli chodzi o Europę. W krajach, do których grona aspirujemy, względem których chcemy te standardy wyrównywać, pojęcie odleżyny już w tej chwili nie istnieje. W Polsce natomiast można przyjechać i uczyć się, jak wygląda odleżyna. Podobnie jest w przypadku – to już jest dygresja – rozwiniętych nowotworów trzeciego stopnia sutka, które jeszcze cały czas w Polsce się pojawiają. Takich stadiów rozwoju różnych chorób faktycznie nie obserwuje się w innych krajach.

Opiekun medyczny jest więc niewątpliwie wsparciem dla rodzin opiekujących się osobami starszymi w domu. Jednocześnie można myśleć o wolontariacie, o wolontariuszach. To jest uzupełnienie, to jest zupełnie inna kwestia. Chcę jednak podkreślić, że są też takie możliwości. Na pewno należy dążyć do tego, żeby osoby, które chcą pomagać innym – nie za pieniądze, nie w taki sposób czysto zorganizowany – również miały dostęp do osób niesamodzielnych. Oczywiście, jeśli chodzi o wolontariuszy, to ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie reguluje sprawy wykonywania świadczeń przez tychże wolontariuszy i sposobu korzystania z tych świadczeń.

Może dotknę rzeczy podstawowej, jak gdyby uprzedzając pytanie, które na pewno padnie: co w związku z tym dalej? Są prace, jest jakaś koncepcja. Jeśli więc chodzi o przyszłość, to w wyniku pewnego konsensusu i porozumienia pani minister

z panem senatorem Augustynem padła propozycja. Ministerstwo Zdrowia, oczywiście państwo w mediach słyszycie co innego, ale to jest rzetelna wiedza bezpośrednio z ośrodka, ma wpisanych do prac Rady Ministrów na drugie półrocze dwadzieścia pięć ustaw. To jest naprawdę duża liczba. Nie jesteśmy w stanie inicjować w tej chwili i rozpraszać naszych skromnych sił na kolejne bardzo poważne zadanie. Dlatego propozycja jest taka, żeby ze strony państwa parlamentarzystów była taka grupa inicjatywna, wokół której to grupy mogą skupić się eksperci w celu oceny dalszych prac i procedowania tej kwestii.

Dotykam tego problemu. Myślę, że pan senator wie więcej na ten temat. Oczywiście pozostajemy tak jak dalej forum i zapleczem merytorycznym i technicznym dla państwa i będziemy wspierać te działania. W momencie zmian legislacyjnych, które szykują się w ochronie zdrowia, byłoby to po prostu szarpaniem się i rozkładaniem naszych sił, a musimy skupić się na zakończeniu pewnych tematów, które rozpoczęły się pół roku temu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Byłem podczas tej rozmowy, gdy wspólnie podjęliśmy decyzję z panią minister, by jednak przejąć inicjatywę i w oparciu o parlament próbować dojść do ubezpieczeń pielęgnacyjnych. Tu jest ważna zgoda polityczna na rozwiązanie, które niesie ze sobą pewne obciążenie, nową daninę, jaką jest składka. I stąd zanim się wybraliśmy do pani minister, była debata polityczna w prezydium klubu, czy argumenty, które przemawiają za tą daniną, są wystarczające, by ją wprowadzać. W tej chwili jest przyzwolenie na to, by nad tym pracować. Stąd taka inicjatywa została przyjęta przez obie komisje: przez Komisję Zdrowia i Komisję Rodziny i Polityki Społecznej Senatu.

Może tylko jeszcze uzupełnię, skoro już o tym mówię. Powstał też Parlamentarny Zespół do spraw Osób Starszych. To też jest grupa, która będzie stanowiła zaplecze polityczne dla toczących się prac nad ubezpieczeniem pielęgnacyjnym.

Bardzo proszę panią prezes Buczkowską o króciutkie zaprezentowanie prac zespołu.

Członek Zespołu do spraw Opracowania Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym Elżbieta Buczkowska:

Tylko uzupełnię to, co powiedziała pani profesor Wilmowska. Oprócz jakości świadczeń mieliśmy na uwadze tak zwaną jakość legislacyjną. Wzięliśmy pod uwagę wszystkie mankamenty, które mamy dzisiaj w systemie, chociażby w ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w ustawie o ZOZ itd.

Założenia do projektu ustawy miały nam dać gwarancję zabezpieczenia ludzi niesamodzielnymi, czyli jakość legislacyjna, instytucjonalna, strukturalna, kadrowa, profesjonaliści, jakość świadczeń, które były dokładnie określone. Nie każde pobożne życzenie, tylko określone świadczenia, zdefiniowane, kto ma je wykonywać, za ile, w jakim czasie. Do takich szczegółów doszliśmy i te wszystkie standardy są już opracowane w zespołach roboczych, łącznie z dokumentacją, zakresem i rodzajem.

Problemem natomiast było, czy to ma być oddzielny fundusz czy oddzielna kasa, czy też w ramach obecnych struktur nie wydzieli się pewnego pionu, który miałby

konkretne środki bez wyszarpywania i, że tak powiem, problemów, które wynikają z tak zwanego wyrównywania. Chodziłoby więc o celowane środki związane z ustawą, która być może budzi tyle kontrowersji i ma jakieś dziwne konotacje, niemniej liczyliśmy się z tym, że w społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym ma obowiązywać zasada solidaryzmu.

Chciałabym może nawiązać, pozwoli pan, Panie Ministrze, do tego, co pan powiedział. Opiekun medyczny pojawił się w tym roku. Chciałabym państwu uzmysłowić, że pracownik socjalny został otoczony wieloma zawodami i nie wiem, dlaczego jest taka dysfunkcjonalność pomiędzy pracownikiem socjalnym, opiekunem społecznym, asystentem osoby niepełnosprawnej. Pozornie by się wydawało, że się zajmuje tym człowiekiem wiele, wiele osób. Zgadza się, to jest opiekun społeczny. My natomiast chcielibyśmy w ochronie zdrowia wzmocnić pozycję tego biednego człowieka, który dzisiaj właściwie jest skazany na taką eutanazję za przyzwoleniem społecznym ze starości i z odleżyn.

Pan minister słusznie zauważył, dlaczego są odleżyny. To są zdarzenia niepożądane, których tak naprawdę nie odnotowujemy, z przykrością to stwierdzam, w szpitalu. Szpital pozostawia pacjenta z odleżynami, wypisując go do domu. Z tym problemem w części, w maleńkiej, radzą sobie słynne dzisiaj pielęgniarki w POZ, które mają za dużo pracy. I mamy oto sytuację, że za chwilę nie będzie w systemie pielęgniarek w domu u pacjenta, nie będzie pielęgniarek w szpitalnictwie, bo do systemu nie wpuszcza już się liczby nieograniczonej, tylko limitowaną. Zdarzenia niepożądane w postaci, jak pan mówi, niewłaściwych procedur pielęgnowania wynikają z obniżonej liczby... Cieszę się, że wreszcie powstał nowy zawód medyczny. On już jest. Pierwsze nabory były w zeszłym roku. W tym roku jest akceptowany formalnie. To jest roczne policealne studium dobrego kształcenia czy nauczania, jak kto woli, teorii połączonej z praktyką. Cieszymy się z tego, bo na bazie tego opiekuna będziemy obudowywali tę niesamodzielną osobę. To nam potani koszty. Również rodzina ma się nią zająć, a nie przekazywać tego swego biednego członka do szpitali. A tak się dzieje dzisiaj, że jest weckowanie w szpitalach tych ludzi, no bo zawsze się znajdzie sposób, żeby umieścić w szpitalach...

(Głos z sali: Weckowanie.)

No bo taka jest prawda. Proszę zobaczyć, co się dzieje, Panie Senatorze i Panie Ministrze, z naszymi ludźmi...

(Głos z sali: Bez pasteryzacji.)

Bez pasteryzacji. Smutna prawda, co się robi w ZOL i w ZPO, które by mogły być tymi ośrodkami, które przetrzymują tych ludzi, gwarantują im bezpieczeństwo w okresie czekania na przygotowanie warunków domowych. Dzisiaj w ZPO i w ZOL są stali rezydenci. Nikt, po prostu nikt nie dokonał, nie wiem jak to nazwać, rewizji nadzwyczajnej tych osób. Tam bowiem są rezydenci. Ich stały adres zamieszkania jest dziesięć, piętnaście, dwadzieścia lat. To są często osoby chodzące. Ochrona zdrowia ma ograniczone środki. Tak zwane ZOL i ZPO, które są zakładami opieki zdrowotnej, i słusznie, mają służyć utrzymaniu zdrowia lub jego poprawie, a nie być miejscem stałego pobytu. Tymczasem DPS z kolei walczą w tej chwili o środki finansowe z funduszu, bo tam też są ludzie chorzy, czyli wymagający wzmożonej opieki. Drepczemy w miejscu. I teraz jest pytanie: jak dwaj ministrowie – opieki społecznej i zdrowia – siądą i rozwiążą problem, o którym my mówimy, osoby niesamodzielnej? Czy za do-

datkowe pieniądze? Być może, że tak. Albo się człowiek na starość doubezpieczy, ale nie jak ma już sześćdziesiąt pięć lat, tylko – na zasadzie solidaryzmu – znacząco wcześniej. Należy przewidzieć, że to może być również w wieku młodym, gdy się ma lat osiemnaście, dziewiętnaście.

Założenia projektu, nad którym pracowaliśmy z panią profesor, pod jej przewodnictwem, przewidują wszystko, łącznie z pewną prognozą wszystkich następstw. Być może w tym kierunku powinniśmy iść, żeby nie zaprzepaścić już pracy zespołu. Ale przede wszystkim jest wielka tragedia, bo my jako pielęgniarki widzimy z kolei, że tych ludzi nikt nie chce. Rodziny również nie chcą. Boją się. Od czasu do czasu powstają medialne spoty, bardzo głośne, z którymi sobie nie poradzimy, bo nam wtedy wszystko zarzucają. Poszukiwanie winnych to będzie polowanie, albo na ochronę zdrowia, najprawdopodobniej, albo na konkretnych ludzi i będziemy w ten sposób, że tak powiem się gnieździć.

Tak że bardzo liczę na komisję senacką i być może na ten projekt poselski, który niech ujrzy – im szybciej tym lepiej – światło dzienne. Żeby ten projekt zaistniał w praktyce, to i tak minie kilka lat. W wolontariat zaś, Panie Ministrze, to ja nie wierzę. To może być bajka czytanka, ale ludzi do tak ciężkiej pracy nie znajdziemy. Proszę zobaczyć, co się dzieje w zakładach paliatywno-hospicyjnych. To są ciężkie stany. Nie każdy chce pracować w takich warunkach...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale to już jest inny temat.)

Przepraszam, ja wiem, że może dużo gadam, ale widzę ten problem tak samo jak pani profesor. Nie ma, proszę państwa, długoterminowej opieki w ustawie. Została ona zamieniona na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. W naszym rozumieniu opieka długoterminowa to jest każdy stan, nie zawsze ostrej choroby. I jej już nie ma w ustawodawstwie jako świadczenia zdrowotnego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Pan doktor Kotlicki, bardzo proszę.

Członek Zespołu do spraw Opracowania Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym Aleksander Kotlicki:

Wydawałoby się, że orzekanie to jest czynność, którą właściwie bez kłopotów może wykonać każdy lekarz, każdej specjalności. Praktyka mówi zupełnie co innego. Zwłaszcza, że mamy pojęcie niepełnosprawności, gdy dawniej była mowa o inwalidztwie. Nie zawsze się to przekłada, a już na pewno niepełnosprawność nie musi się przekładać na niesamodzielność. Taki klasyczny przykład to utrata piątego palca lewej ręki u pianisty i u urzędnika. Niepełnosprawność na pewno jest, w procentach się to określa według tabel. No ale niestety Maurice Ravel tylko napisał jeden koncert na lewą rękę dla swojego przyjaciela pianisty, który stracił w czasie wojny prawą rękę.

I stąd uwzględnienie sytuacji tego człowieka, zawodu i rzeczywiście stopnia samodzielności, co wcale nie musi być równoznaczne ze stopniem niepełnosprawności, wymaga po prostu zupełnie innego podejścia. Przekłada się to zaraz automatycznie na racjonalne wydatkowanie pieniędzy. Bo przecież od tego orzeczenia wszystko zależy.

W świetle takiego orzekania, to o czym mówiła pani profesor, że po siedemdziesiątym piątym roku życia każdy, bez względu na swoją formę dostaje ten zasiłek... To jest zupełnie bez sensu. Zupełnie bez sensu. Marnotrawi się z tego tytułu wiele pieniędzy, a nie idą one do tych, którzy rzeczywiście ich potrzebują. I dlatego to orzekanie jest kluczem do sprawnego, racjonalnego funkcjonowania całego systemu, zarówno w odniesieniu do ubezpieczeń, jak i ubezpieczeń pielęgnacyjnych.

Tu jeszcze dodatkowy zamęt wynika stąd, że w nazwie jest ustawa pielęgnacyjna, co się w potocznym rozumieniu kojarzy zawsze z zastrzykami, robieniem opatrunków przez pielęgniarkę, a chodzi po prostu o opiekę w zakresie codziennych czynności, które zapewniają funkcjonowanie. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Otwieram pytania i dyskusję. Bardzo proszę, czy pani profesor chciała jeszcze coś, ale już króciutko, dodać?

Proszę bardzo.

**Przewodnicząca Zespołu do spraw Opracowania
Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym
Anna Wilmowska-Pietruszyńska:**

Chcę bardzo króciutko powiedzieć jeszcze, dlaczego tym się zajęliśmy. Dlatego, że każdy człowiek, jeżeli stanie się niezdolny do samodzielnej egzystencji – obojętnie, czy jest w domu, czy w ośrodku pielęgnacyjnym – to na wyżywienie i jedzenie ma pieniądze ze świadczenia, z renty, czy z emerytury. Każdy płaci składkę zdrowotną, na świadczenia zdrowotne również, czy jest w domu, czy jest w ośrodku pielęgnacyjnym... Nie ma natomiast pieniędzy na tę pielęgnację dla osób niesamodzielnych. To, co się dzieje w domach pomocy społecznej, gdzie... Przepraszam, powiem to państwu. Nie mogę w to do końca uwierzyć, ale jeżeli jest jeden opiekun na kilkanaście osób, to zanim skończy śniadanie, nie wszyscy je zjedzą, a on musi już dawać obiad następnym osobom... Podobno można umrzeć z głodu. Jeżeli rzeczywiście w kraju w środku Europy w XXI wieku, a to potwierdziła konsultant krajowa do spraw opieki długoterminowej, mają takie przypadki miejsce, to najwyższy czas, żeby po prostu znaleźć rozwiązanie tego problemu. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan senator Gogacz.

Senator Stanisław Gogacz:

Mam do członków grupy inicjatywnej następujące pytanie: czy świadczenia wynikające z ubezpieczenia pielęgnacyjnego – ubezpieczenia, w przypadku którego państwo proponujecie, ażeby pozostała tam, dominowała, zasada solidaryzmu – będą realizowane w tych samych instytucjach, w jakich będą realizowane świadczenia dla

świadczeniobiorców w ramach ubezpieczeń dodatkowych? Państwo bowiem wspomnieliście, że proponujecie również ubezpieczenia dodatkowe. I teraz moje pytanie jest następujące: czy to będzie realizowane w tych samych instytucjach, niezależnie czy to będą ZOL, czy to będą DPS, czy być może w innych jeszcze? Czy państwo wprowadzicie dwa rodzaje tych właśnie świadczeniobiorców?

Chciałbym zapytać również skąd będą pochodziły środki w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego, tego, w którym obowiązuje zasada solidaryzmu. To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Chciałbym zapytać, czy państwo przygotowali symulację statusu materialnego osób, które są obecnie zdefiniowane, tak jak państwo o tym mówiliście, jako niepełnosprawne, niesamodzielne itd.? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Referuje dzisiaj problem zespół, który funkcjonował przy ministerstwie i przedstawił swoją koncepcję. My natomiast w tej chwili otwieramy pracę zespołu. To jest jeszcze wstępna faza przygotowań do pracy legislacyjnej, by ubrać merytoryczną koncepcję, która powstała, w odpowiednie zapisy prawne. W koncepcji, którą nam tutaj zaprezentowano, wskazano, że źródłem pokrycia kosztów pielęgnacyjnych ma być składka, która jest pobierana w wysokości, według wyliczeń pana profesora Błędowskiego, 2% od podstawy wymiaru składki. To po pierwsze.

Po drugie, w referacie zwrócono uwagę, że w gruncie rzeczy cała koncepcja jest prześwietlona duchem pomocniczości. Zasada jest taka, że prymat opieki ambulatoryjnej nad innymi formami opieki oznaczałoby, że w gruncie rzeczy znaczna część środków pójdzie na sfinansowanie pobytu osób niesamodzielnych możliwie blisko domu albo w instytucjach...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Najchętniej w domu albo możliwie blisko domu. Chodzi o rozwinięcie pewnego pakietu świadczeń. Zresztą to się dzieje. Parę dni temu była konferencja zorganizowana przez panią profesor Bobińską-Kolarską w Instytucie Spraw Publicznych, poświęconą starzeniu, na której wskazano już w tej chwili potężniejący ruch tworzenia się różnych instytucji, od uniwersytetów trzeciego wieku przez kluby seniora, poprzez takie półinstytucjonalne formy opieki, jak dzienny pobyt osób niesamodzielnych, czy też pakiet usług opiekuńczych realizowanych w tej chwili ze środków pomocy społecznej. To może tyle takiej próby odpowiedzi.

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Gogacz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Chciałbym zadać pytanie osobom – z wszelkim szacunkiem dla pana przewodniczącego – które prezentację przedstawiały. Oczywiście, to co pan przewodniczący powiedział, jest dla mnie bardzo, bardzo ważne i ja to zapamiętam.

Istota mojego pytania sprowadza się do rzeczy następującej: czy dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, które z istoty nie zakładają zasady solidaryzmu, czy te dodatkowe ubezpieczenia będą realizowane w ramach tych samych instytucji, w których będzie ubezpieczenie pielęgnacyjne?

**Przewodnicząca Zespołu do spraw Opracowania
Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym
Anna Wilmowska-Pietruszyńska:**

Podstawowe ubezpieczenie pielęgnacyjne będzie na poziomie zapewniającym – to, co powiedziałam – zachowanie godności ludzkiej, to znaczy umycie, ubranie, jedzenie i wszystkie higieniczne czynności. Podobnie, jak jest we Francji, gdzie podstawowe ubezpieczenie, jak państwo wiecie, *securite sociale* stanowi 70%, a dodatkowe ubezpieczenie, czyli *mituel*, stanowi 30% tych kosztów, jeżeli ktoś chce mieć wyższy standard. Na tej zasadzie byłoby wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych na inne dodatkowe świadczenia, a nie na ubezpieczenie podstawowych świadczeń. Czy odpowiedziałam panu na pytanie, czy nie bardzo?

(*Senator Stanisław Gogacz*: Rozumiem, że w ramach jednej instytucji będą dwa rodzaje świadczeń...)

Nie, nie. Absolutnie nie.

(*Brak nagrania*)

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Myślę, że pan senator dotknął jednej z fundamentalnych rzeczy. Jeżeli bowiem chodzi o ten projekt, to wydaje się, że są dwa zagadnienia fundamentalne. Pierwsza to jest kwestia definicji, opisanie tego, o czym to ma być, w tym wśród tych definicji także granicy między opieką zdrowotną a świadczeniami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi. To jest, można powiedzieć, bardzo istotna sprawa. Druga sprawa to jest niebagatelna kwestia finansowania. Nie mówmy bowiem o 2%, mówmy o 10 miliardach zł rocznie. To mniej więcej tyle właśnie wynosi. O takich pieniądzach mówimy. I to są dwa troszkę odrębne tematy. Pierwszy, żeby się skupić na tym podziale, co jest opieką zdrowotną, a co jest działaniem opiekuńczym lub pielęgnacyjnym. To są bowiem dwa obszary. Tutaj pojawia się ten problem. On zresztą już istnieje w tych instytucjach, które zajmują się opieką. Jak już wspomnieliśmy o odleżynach, to ja nie do końca bym się zgodził z panem ministrem, że odleżyn poza Polską nie ma, bo one są, ale to jest dobre pytanie, kto może dbać o odleżyny? Dzisiaj w polskich warunkach leczenie odleżyny to jest niewątpliwie świadczenie zdrowotne i tym powinien się zajmować lekarz, czasem wręcz chirurg, pielęgniarz, położna, ale na pewno nie nikt inny. Używanie leków, używanie środków opatrunkowych w tym zakresie to jest świadczenie zdrowotne.

No a teraz jest pytanie, wobec tego, jeśli niesamodzielny człowiek jest pod opieką opiekuna medycznego, to co ten opiekun może robić? I tu natychmiast zderzamy się z możliwościami, z odpowiedzialnością, z różnymi takimi rzeczami. A zatem trzeba bardzo dokładnie zdefiniować ten zawód. Myślę, że w tej chwili zawód opiekuna medycznego nie jest dostatecznie zdefiniowany w tym zakresie. Przytoczę takie obszary, jak na przykład ratownictwo medyczne. Co może robić ratownik, jakie leki podać, kiedy, co itd. To są sprawy niezwykle istotne i trzeba je jakoś umieć podzielić, bo inaczej po prostu rzeczywiście trudno powiedzieć, gdzie to będzie się działo, zwłaszcza, że – pan senator ma rację – część osób niesamodzielnych będzie podlegała zarów-

no świadczeniom zdrowotnym, jak i opiekuńczym, i pielęgnacyjnym. Mało tego, część z nich będzie przebywać w domu, a część będzie przebywać w zakładach, które dzisiaj, często tak jest, specjalnie uzyskają – żeby móc udzielać świadczeń zdrowotnych i korzystać z finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia – także status zakładów opieki zdrowotnej, podczas gdy mogły nimi tak naprawdę nie być, bo z istoty swojej są raczej domami pomocy społecznej, czy czymś takim. To jest więc problem nowy...

(*Głos z sali: I na odwrót...*)

Oczywiście. Tak jest.

Ja nie chcę wchodzić w szczegóły, bo rozumiem, że to nie jest miejsce, żeby mówić o szczegółach, ale pokazuję, że to jest obszar niezwykle trudny i wymagający niezwyklej precyzji, rozdzielenia tych dwóch rzeczy.

Jeżeli natomiast chodzi o finansowanie, to muszę powiedzieć, że mam tutaj troszkę więcej wątpliwości co do idei ubezpieczenia. Nad tą sprawą jest dyskusja w bardzo wielu krajach. Wydaje się, że generalnie, tak jak pierwsze ubezpieczenia powstały gdzieś tam kilkaset lat temu, ideał ubezpieczenia polega na tym, że ubezpieczenie za stosunkowo niedużą stabilną składkę chroni przed dużym nieszczęściem, przed ryzykiem dużego nieszczęścia, ale stosunkowo mało prawdopodobnego. A zatem ubezpieczamy się przed pożarem, przed włamaniem, a to na szczęście nie zdarza się co dzień. Nie ubezpieczamy się na przykład, mając powiedzmy domek z kawałkiem chodnika, przed tym, że będzie śnieg padał i ktoś będzie musiał ten chodnik odśnieżać. Już od nieszczęścia, że komuś się zdarzy złamać nogę na tym chodniku – tak. Ale to się rzadko zdarza.

Do czego zmierzam? Że ubezpieczenie, jeżeli ubezpiecza od rzeczy, które są prawie pewne albo bardzo prawdopodobne, a przy tym jednostkowo niezbyt kosztowne, zaczyna być bardzo kosztowne. Ono bowiem de facto musi wydać tyle samo na poszczególnego ubezpieczonego, co i tak byłoby wydane. Wszyscy bowiem się starzeją, wszyscy kiedyś prawdopodobnie albo przynajmniej znaczna część z nas będzie niesamodzielną, a zatem ileś pieniędzy i tak trzeba będzie wydać. Obsługa natomiast tego ubezpieczenia kosztuje bardzo dużo. I tutaj pojawia się pytanie, czy rzeczywiście droga poprzez ubezpieczenie jest drogą najskuteczniejszą. Można powiedzieć, że jedna idea to jest ubezpieczenie obowiązkowe. To, co pani profesor przedstawiła – 2%. Od razu pojawia się pytanie, czy odliczane od podatku, czy też doliczane do podatku? Jeżeli odliczane od podatku, to znaczy wyjmujemy 10 miliardów zł z budżetu państwa, jak doliczane do podatku, to znaczy koszty pracy rosną o 2%. Oba te rozwiązania są niezwykle kontrowersyjne. Jedno będzie zawsze oprotestowane przez ministra finansów, drugie przez pracodawców, ekonomistów od rynku itd. A zatem zaczynamy być trochę w sytuacji bez wyjścia.

Pewnym wyjściem z sytuacji, powiedziałbym trochę może kompromisowym – państwo jak gdyby zauważa problem, promuje je, ale nie chce do końca wydać ogromnych pieniędzy – jest ubezpieczenie dobrowolne, gdzie składka jest na przykład w części odliczana od podatku. A więc jakaś promocja dla takiego ubezpieczenia. Takie rozwiązania prawne też w niektórych krajach istnieją, także w ubezpieczeniach dobrowolnych zdrowotnych. Pani profesor wspomniała Francję i to jest właśnie dobry przykład. Te *mutuel* są odliczane od kosztów obciążeń publicznych. Ale wobec tego, czy jest jakaś alternatywa?

Uważam, że jeżeli państwo polskie zauważa dzisiaj problem starzenia się i konieczności sprawowania opieki nad coraz większą liczbą osób, a w przyszłości bardzo dużą liczbą osób, powinno, moim zdaniem... Oczywiście, można to znowu nazwać ubezpieczeniem, ale nie ubezpieczeniem prawdziwym, tylko quasi-ubezpieczeniem.

Państwo powinno więc po prostu rezerwować na to pewne środki. Ja wiem, że tutaj jest pewne doświadczenie, że jeżeli coś jest z budżetu to dzisiaj może być tyle, a w przyszłości trochę mniej, a potem znowu jeszcze mniej, ale wydaje się, że byłoby to po prostu taniej, zwłaszcza w stosunku do znacznej części albo większości obywateli.

I ja tutaj przytoczę jeszcze jeden argument za tym, żeby to nie było ubezpieczenie, tylko pieniądze publiczne, które by szły prawdopodobnie gdzieś tam na dole poprzez gminę. Otóż wydaje się, że wprowadzając kolejne ubezpieczenie, zwłaszcza dla tych, którzy nie mają rodziny – dla tych 30% czy 40%, o których pani profesor mówiła, a być może w przyszłości jeszcze więcej – obciążając tym wszystkich, idziemy w pewnym sensie drogą, która moim zdaniem jest ryzykowna z punktu widzenia najlepszego modelu opieki. Najlepszy model opieki, o czym zresztą państwo tutaj wspominali, to jest rodzina, czyli chodziłoby o to, żeby promować takie rozwiązanie. Otóż, jeżeli państwo widzi konieczność sprawowania opieki nad osobami niewydolnymi, niesamodzielnymi, to w pierwszej kolejności powinno promować rozwiązanie rodzinne, czyli raczej coś w rodzaju bonu opiekuńczego, a nie ubezpieczenia. Co to znaczy bon opiekuńczy? To znaczy, że każdy w momencie, kiedy potrzebuje opieki, czy to na podstawie orzeczenia, czy też na podstawie wieku – wydaje się, że w jakimś momencie wiek załatwia sprawę, ale być może nie, to już jest kwestia dyskusyjna – musi być pod czyjąś opieką, to otrzymuje bon. Albo może wykorzystać te pieniądze w domu, albo rzeczywiście, jeżeli nie da się w domu, to może pójść do instytucji, w której trzeba za to zapłacić.

Podobne rozwiązania są na drugim końcu bieguna – przy dzieciach. Dzisiaj jest taka sytuacja, że jeżeli dziecko idzie do przedszkola, to dostaje jak gdyby dotację, a jeśli zostaje w domu, to wręcz odwrotnie, rodzice, którzy to dziecko mają w domu, płacąc podatek, dotują to dziecko, które jest w przedszkolu. I to jest rozwiązanie niesprawiedliwe i niepromujące opieki domowej. W przypadku małych dzieci to jest dyskusyjna sprawa, bo niektórzy mówią, że lepiej, żeby dzieci były w przedszkolach. No ale to nie jest temat dzisiejszego spotkania. Co zaś do przeciwnego końca bieguna, to jest całkowicie pewne, że lepiej, żeby ci ludzie byli w domach.

A zatem należałoby promować raczej takie rozwiązanie, że ludzie dostaną pieniądze, czy to rzeczywiście w postaci pieniędzy, czy też odliczenia od podatku, czy jakiejś innej drogi, ale żeby te pieniądze mogły zostać w domu. Chodzi o to, żeby tylko w sytuacjach niewydolności taka osoba musiała iść do zakładu opiekuńczego. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Myślę, że filozofia pomocniczości...

(Członek Zespołu do spraw Opracowania Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym Elżbieta Buczkowska: Ale to jest właśnie filozofia, którą przedstawiliśmy...)

Ale pozwólcie, że poprowadzę jednak to posiedzenie komisji.

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo.

Z uwagą przysłuchuję się dzisiejszym wypowiedziom jako pielęgniarce, która od lat jest zainteresowana jakąś formą rozwoju tego sektora usług. Patrząc tak trochę

z lotu ptaka na naszą i historię, i nasz system ochrony zdrowia mogą powiedzieć, że nasz system ochrony zdrowia, jeśli chodzi o promocję zdrowia raz się rozwija, potem się cofamy do tyłu. Bardzo dobrze się rozwija – mimo wszystkich trudności jakie są – diagnostyka, leczenie, rehabilitacja i bardzo źle, w zaniku niemalże albo w ciągłym niedorozwoju, jest pielęgniarstwo – pielęgnowanie i opieka. Patrząc na dzisiejszą prezentację pani profesor, muszę powiedzieć, że wreszcie doczekaliśmy się momentu, kiedy ten jakby niedorozwinięty sektor ważnej opieki został wypełniony. Jest też propozycja wypełnienia finansowania tego, ponieważ nic nie może się rozwijać bez finansowania. Zwrócę jeszcze uwagę na słowa pana ministra, dotyczące odleżyn, które były jakby na dowód mojego twierdzenia, że w Polsce mamy największe właśnie zaległości, jeżeli chodzi o pielęgnowanie. Tak, ten sektor bowiem był ciągle niedofinansowany i mimo że mieliśmy znakomicie wykształcone pielęgniarki, właściwie pierwsze w Europie ze studiami wyższymi, to po prostu przez brak finansowania i brak kompetencji, brak ułożenia tego w sektorze, to wszystko po prostu się nie rozwijało. Był potencjał do zrealizowania, ale brakowało pieniędzy.

A jeszcze na dowód, że promocja zdrowia i profilaktyka nam się rozwijają właśnie tak raz do przodu raz do tyłu, to dam taki dowód. Mamy program zwalczania nowotworów i profilaktyki nowotworów. Mamy na to rocznie 250 milionów zł. I z tych 250 milionów zł, 30 milionów zł w lutym tego roku obcieliśmy, właśnie decyzjami Sejmu, także rządu. To pokazuje, że tak naprawdę w związku z tym, że sprawy zdrowia, leczenia są dla wszystkich bardzo bolesne, to o to dbamy tam, gdzie się leje krew, gdzie jest ból, a tam, gdzie niekoniecznie tak jest, to tam zwijamy nasze możliwości oddziaływania.

Dlatego też uważam, że przedstawiona propozycja jest znakomitą wstępem do tego, żeby doorganizować ten brakujący sektor... Ja nie nazwałabym tego sektorem pielęgnacyjnym, ale raczej pielęgnacyjno-opiekuńczym, ponieważ to są te dwie rzeczy do ustalenia. Bardzo ważne w tym nowym podejściu jest to, żeby to dobrze zorganizować. Ponieważ jeżeli popatrzymy na system lekarzocentrycznie, to będzie nam to bardzo trudno zorganizować, ale jeżeli pacjentocentrycznie, to wtedy właśnie możemy to tak zrobić. Za promocję zdrowia odpowiadają wszyscy, począwszy od fachowców, od lekarzy, ale także samorządy terytorialne, edukacja, wszystkie instytucje społeczne, medycyna, czyli także ratownictwo, diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, i tu – finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia. Tutaj właściwie wszystko zaczyna się dobrze układać. Są już bowiem pewne doświadczenia. Jeżeli chodzi o ubezpieczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, to rzeczywiście należałoby to tak ustawić, jak państwo proponujecie. Oddzielić to od innych ubezpieczeń, tak jak są oddzielone ubezpieczenia niezdolności do pracy, system rentowy czy inne ubezpieczenia, związane z wypadkami, z zagrożeniami, wynikającymi z wypadków komunikacyjnych czy też innych.

Dlatego też wydaje się tutaj bardzo istotne, żeby patrząc pacjentocentrycznie, czy powiedziałabym nawet humanocentrycznie, tak to ułożyć, aby usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze, jeśli chodzi o świadczeniodawców i kompetencje tych świadczeniodawców, dobrze się współorganizowały z systemem świadczeń medycznych, czyli ze świadczeniodawcami usług zdrowotnych. Myślę że w tym systemie pierwszym bardzo ważnym punktem kontaktowym będzie pielęgniarka środowiskowa, rodzinna, położna i lekarz rodzinny. Ułożenie wzajemnych stosunków jest bardzo ważne. Ja to mówię trochę na przykładzie Kanady, gdzie miałam okazję przebywać i wiem, że tam pielęgn-

gniarka środowiskowa koordynuje elementy pielęgnacyjne. To pielęgniarstwo domowe jest wtedy przez kogoś kontrolowane i jednocześnie monitorowane. I tutaj specjalistka i doradztwo są bardzo ważne.

Myślę, że jeżeli dobrze podzielimy te sektory, właśnie jeśli chodzi o finansowanie i o kompetencje, to ta organizacja zapewni nam znakomity system. Wtedy bowiem nie będzie też takiej konkurencji, że jedne świadczenia są ważniejsze lub nie, i nie będzie takich wzajemnych prób przepychania. Gdyby więc to tutaj oddzielić i dobrze ułożyć, to jest to możliwe. Myślę, że tutaj właśnie rola pielęgniarek, które od lat dobijają się o właściwą rolę i możliwość dobrej opieki nad pacjentem, zaistniała w tym podejściu i byłaby bardzo duża. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Senator Muchacki, bardzo proszę.

Senator Rafał Muchacki:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym może tylko przypomnieć, że ustawa dotycząca zwalczania chorób nowotworowych, to absolutnie nie było obciążenie pieniędzy na profilaktykę...

(Senator Janina Fetlińska: Przesunięcie na leczenie.)

To było przesunięcie niewykorzystanych środków, prawda? A więc żeby nie było takiego wrażenia, że odebraliśmy pieniądze z promocji.

(Senator Janina Fetlińska: To znaczy że nie umieliśmy ich dobrze zagospodarować na potrzeby profilaktyki.)

Ale to już jest, jak mówię, inna para kaloszy. Zwłaszcza, że wojewódzkie oddziały NFZ prowadzą tego typu profilaktykę.

Ale ja przyznam się, że nie mam do końca wyrobionego zdania na temat finansowania. Wiadomo, że projekt tej ustawy jest absolutnie potrzebny i to trzeba zrobić. Podoba mi się wypowiedź pana prezesa Radziwiłła, który rzeczywiście stawia na to – i to jest ważna rzecz – żeby ten pacjent zniedołężniały, wymagający pomocy, był w domu. To jest rzecz podstawowa, prawda? To jest główna część.

Sądzę natomiast, że już w Komisji Rodziny i Polityki Społecznej jest powołany Zespół do spraw Osób Starszych.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To jest Parlamentarny Zespół do spraw Osób Starszych.)

Tak, zespół parlamentarny.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tam są posłowie, senatorowie. Przewodniczy mu pan senator Augustyn, a ja jestem wiceprzewodniczącym.)

Ja też akurat jestem w tym zespole. Mnie się wydaje, że podstawową rzeczą jest to, aby się wziąć teraz do pracy i zrobić już zarys tego projektu. Jak już będzie coś gotowego, to potem będziemy mieli nad czym dyskutować. Bo teraz każdy będzie podawał swoje pomysły. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie
Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”
Krzysztof Filip:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ja właściwie mam tylko pytanie do pana ministra. Panie Ministrze, czy jest jakiś stanowisko ministerstwa pracy? Czy wystąpiono o nie? Czy minister pracy ma w tej kwestii jakiś pogląd?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To może ja odpowiem, bo wiem. Po prostu jest to uzgodnione z panem ministrem Dudą i z panią minister Fedak. Jest więc uzgodnione, abyśmy pracowali nad tym.

Ja też się zapisuję do głosu, a w tej chwili pan...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Myślę, Panie Przewodniczący, że rozmawiamy o rzeczy bardzo ważnej, może nas w tej chwili nie dotyczącej, ale myślę, że za kilkanaście czy więcej lat być może nas to też będzie dotyczyło. Rozmawiamy więc o rzeczach, które mogą być, niestety, naszą przyszłością. Ale to taka dygresja.

Państwo przedstawiliście pewien zarys projektu. Pani stwierdziła, że praktycznie jesteście w fazie szczegółów, czyli jest to dopracowane. Pan minister powiedział, że niestety nie będzie w tej chwili mocy przerobowych, żeby się tym zająć. Właściwie to nie jest do końca przygotowane, żeby mogło wejść w życie, czyli na ten poziom wyższy. Myślę jednak, że to chyba nie jest tak do końca, ponieważ jak zwykle sedno problemu to są niestety finanse. I to jest problem, podejrzewam, skąd wziąć pieniądze, żeby ten system zadziałał. Myślę bowiem, że wszyscy są za tym. Szczegóły pewnie są też dopracowane i czy to będzie bon pielęgnacyjny czy to będzie ubezpieczenie, trudno mi w tej chwili o tym mówić, co rząd wybierze, ale wydaje mi się, że kluczowym problemem jest 10 miliardów zł. Skąd te pieniądze wziąć? W wypowiedzi pana ministra na razie nie widzimy perspektyw. Czyli moje pytanie jest takie, czy w ministerstwie jest jakiś harmonogram prac nad tym materiałem, który wypracował zespół? Czy państwo w nawale tych ustaw, które będą w przyszłym półroczu, znajdziecie czas, żeby gdzieś zaplanować przygotowanie tej ustawy? Konkretny harmonogram. Czy państwo już o tym rozmawialiście czy na razie to jest jeszcze dalsza perspektywa? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Powtórzę może, ponieważ jest to przedmiotem troski zarówno osób pracujących w Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, jak i także zainteresowanej części osób z Komisji Zdrowia. Widząc, co się dzieje, jest decyzja, żeby była to inicjatywa parlamentarna, i my musimy tę ustawę napisać. Zespoły pracę wykonały...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale, jeśli pozwolisz, to skończę. Mamy więc wykonaną sporą pracę merytoryczną i w tej chwili trzeba zaangażować legislatorów, specjalistów i ubrać zapisy merytoryczne w kształt ustawy. To jest to, co nas czeka w zespole, który się tworzy. To może tak najkrócej. Tyle w tej fazie.

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Jednak kontynuowałbym tutaj ten wątek, dlatego że pan senator bardzo celnie zauważył, że rozpoczęcie prac zespołu nastąpiło w tym czasie, kiedy ministrem był minister Religa. Pan minister Religa dwa lata temu, 7 czerwca, ustalił, powiedział, zapowiedział, przedstawił pewną perspektywę czasową wprowadzenia tej ustawy w życie. Być może ona będzie z poślizgiem jednorocznym, dwurocznym, ale to jest jednak pytanie do pana ministra. Tutaj jednak kluczową sprawą jest to, czy mamy troskę... My wszyscy mamy troskę i chcemy, żeby ta ustawa była. Przecież każdy doskonale sobie zdaje sprawę, że jest olbrzymi problem, że ten problem będzie narastał, że dynamika narastania tego procesu jest bardzo duża.

Że problem jest duży, to ja wiem. Widziałem te odleżyny, o których mówił pan minister. Kilka tygodni temu widziałem odleżyny... Szkoda, że nie zrobiłem zdjęcia, bo jakbym państwu pokazał, to byście nie uwierzyli, że w ogóle taka odleżyna może być w Polsce. A to na południowym Mazowszu wyhodowano odleżyny wielkości, nie przesadzę, jeśli powiem, że średnicy pół metra. Ja również wiem, i to też zwiększa moją troskę, że są ludzie starzy, którzy może nie umierają z głodu, bo ja takiego przypadku nie widziałem, widziałem natomiast ludzi starych, którzy są głodni, którzy nie mają co jeść, którzy mieszkają gdzieś właśnie w pobliżu domu, nie w domu, tylko w kuchni podwórzowej, i oni nie mają co jeść, oni są kompletnie pozbawieni opieki. Problem więc jest na pewno bardzo ważny, bardzo trudny. To, co państwo tutaj pokazaliście, jest bardzo dobrym materiałem. Serdecznie gratuluję tego materiału i tych danych.

Przypomina to, i w wypowiedzi pana prezesa Radziwiłła pojawiało się takie porównanie, ustawę o ratownictwie medycznym. Oczywiście to są zupełnie inne ustawy, ale może być taki sam los tej ustawy. Ustawa o ratownictwie medycznym była napisana lat temu... No nie wiem...

(Głos z sali: W 2000 r.)

Nie, nie... Poprzednia ustawa została napisana na nowo, ponieważ poprzednia, której wprowadzenie corocznie odwlekano, była... Nie wiem, może państwo tutaj pamiętacie, ale na pewno z dziesięć lat to trwało, może osiem, prawda? Tutaj więc ważne jest to pytanie. To bowiem jest fundamentalne pytanie. Pan przewodniczący odpowiedział na pytanie, które było skierowane jednak do pana ministra, czy poza troską jest wola ministerstwa wprowadzenia tej ustawy w życie?

(Senator Janina Fetlińska: I jaki jest czas?)

Chodzi o wolę polityczną. Nie można mówić tylko o trosce, bo my wszyscy jesteśmy zatroskani tym problemem i tą sprawą. Chodzi o to, czy państwo macie...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ja nie rozumiem jednej rzeczy. Przepraszam bardzo...

(Senator Stanisław Karczewski: Nie no...)

Czekaj, czekaj, ale pozwolisz...

(Senator Stanisław Karczewski: Tylko dokończę pytanie.)

No dobrze, dokończ.

Senator Stanisław Karczewski:

Powtórzę jeszcze raz, że minister Religa przedstawił lepszy gorszy, możecie państwo krytykować, ale jednak dziesięciopunktowy program. W nim była również data wprowadzenia tego... Czy państwo macie w swoim programie, w swoim założeniu, w swojej perspektywie, czy macie państwo wprowadzenie tej ustawy w życie? To jest moje pytanie do ministra.

(Senator Władysław Sidorowicz: Z tego, co pamiętam, to chyba zmienił się minister?)

Dlatego pytam pana ministra w tej chwili.

(Senator Władysław Sidorowicz: Czyli pytasz, czy pani minister Kopacz będzie realizowała harmonogram pana profesora Religi?)

Czy obecne Ministerstwo Zdrowia...

(Senator Janina Fetlińska: Jest własny harmonogram pani minister.)

Nie, nie. Proszę państwa, pan przewodniczący w tej chwili wypacza treść mojego pytania. Pytanie jest fundamentalne i podstawowe, czy Ministerstwo Zdrowia poza troską ma również wolę polityczną wprowadzenia ustawy? I czy kiedykolwiek na ten temat mówiono? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wobec tego mam do ciebie pytanie. Czy to, że patrząc na kalendarz zdarzeń, o których mówił pan minister Fronczak, w którym jest dwadzieścia pięć ustaw oraz pewnego rodzaju zagrożenie wykorzystania merytorycznego dorobku zespołu, przewodniczący dwóch senackich komisji, Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Zdrowia, uznali, że sytuacja wymaga naszej parlamentarnej inicjatywy, jest wystarczającą odpowiedzią na wątpliwości, czy też będziemy dalej pytać o harmonogram pana profesora Religi?

Senator Stanisław Karczewski:

Nie pytałem o harmonogram pana ministra Religi, bo ten harmonogram dobrze znam, tylko pytałem o to, czy ministerstwo ma zamiar wprowadzić tę ustawę w życie?

(Głos z sali: Nie ma mocy przerobowych.)

Czy jest to gdziekolwiek na piśmie, bo tutaj pan przewodniczący zakpił również z pytania o opinię ministerstwa. Czy gdziekolwiek ktokolwiek kiedykolwiek wypowiedział się na piśmie na temat wprowadzenia tej ustawy w życie, za dziesięć lat albo za pięć albo za dwa? Kropka.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Adam Fronczak:

Myślę, że ten temat, który dzisiaj poruszamy, jest tematem ponad podziałami. Tak myślę. Chyba wszyscy się zgadzają, prawda?

(Głos z sali: Do momentu troski i woli...)

...wszyscy się zgadzają. Ale widać, że diabeł tkwi w szczegółach i jakoś coś komuś przeszkadza. Przepraszam, że tak mówię. Ministerstwo w takiej czy w innej formule będzie działać w tym zakresie, tak jak zresztą powiedział pan przewodniczący.

Proszę państwa, był kalendarz priorytetów krótko- i długoterminowych pana ministra Religi i jest kalendarz nowej ekipy rządzącej. Gdy państwo spojrzycie na zmiany systemowe, które są w tej chwili proponowane, to jest to zupełnie inna rzeczywistość. Idziemy w inną rzeczywistość w obszarze zdrowia. Budowanie innej rzeczywistości wymaga postawienia priorytetów. Priorytety zostały postawione. Ta ustawa również z punktu widzenia ministerstwa jest ważną sprawą. Tak naprawdę, realnie, jeżeli wprowadzimy część ustaw – powiedzmy, że od 1 stycznia przyszłego roku – to w przyszłym roku możemy zacząć myśleć w sposób konstruktywny, żeby dalej to procedować. Ta inicjatywa parlamentarna przyspiesza, katalizuje te reakcje, wychodzi naprzeciw i potwierdza jedno – jest wola do działania. Myślę, że to jest najważniejsze.

Deklarowałem w imieniu ministra zdrowia, że jak najbardziej będziemy wspierać prace. Nie umyamy rąk od tej sprawy. Będziemy w miarę naszych możliwości wspierać państwa w tych działaniach i pomagać w technicznej już realizacji tych kwestii. Tak że tutaj, myślę, nie ma problemu. Pokazałem tylko jak gdyby troszeczkę inną filozofię i inną strategię myślenia o tym w tej chwili.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Adam Fronczak:**

Powiem jeszcze jedno, ponieważ, Panie Przewodniczący i proszę państwa, dzisiaj prawie trzy godziny procedowaliśmy w sejmowej komisji w sumie niewielką zmianę, jeśli chodzi o sprawę techniczną, ale gigantyczną, jeśli chodzi o zdrowie psychiczne. Chodzi o ustawę o narodowym programie ochrony zdrowia psychicznego. Od kilkunastu lat wszyscy mówili o tej ustawie. Wszyscy cały czas mówili, że to jest bardzo ważne, tylko ktoś musiał podjąć decyzję, bo za tym stoją pieniądze. W ciągu kilku lat około 1 miliarda zł i trzeba...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak, ale decyzja w tym momencie jest podjęta. Komisja Zdrowia podjęła decyzję w tej kwestii praktycznie jednogłośnie. Przedstawiliśmy zasady w jaki sposób to będzie funkcjonować. Czyli kilkanaście lat, a tak naprawdę sześć czy siedem intensywnych prac. Nikt z żadnej ekipy rządzącej nie podejmował na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat ostatecznej decyzji. I ta decyzja jest. To też przebudowuje system opieki psychiatrycznej w Polsce. Daje zupełnie nowe narzędzia. Dyskutowaliśmy przecież chyba dwa miesiące temu nad tą kwestią. Myślę, że poprawiając warunki postępowania z chorymi psychicznie, wpłynie to również na poziom tej opieki, prawda? Może ta opieka będzie mniej potrzebna dla niektórych grup pacjentów. Czyli to jest krok po kroku poprawa. Mówiąc krótko, wiele obszarów wymaga przebudowy. Nasze dochodzenie do pewnych standardów... Nie może być, że w jednym roku załatwimy wszystko – przemienimy system ochrony zdrowia, wprowadzimy ustawę o osobach niesamodzielnych i po prostu zbudujemy nową rzeczywistość. Takich cudów to jeszcze nikt nie wymyślił. Myślę, że ta inicjatywa parlamentarna jest doskonałą formułą, żebyśmy mo-

gli tę sprawę jak najszybciej procedować i żeby nie czekały wyniki prac, które były prowadzone również w tym roku na terenie ministerstwa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak na marginesie termin wejścia w życie ustawy określa ustawodawca. Bardzo proszę, pan senator Woźniak.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Wola bez mówienia o pieniądzach jest intencją. Bardzo cieszyłbym się, gdybyśmy mogli powiedzieć dwa słowa o skutkach finansowych. Ten projekt przecież nie będzie obojętny dla budżetu. Wtedy będzie można mówić o realnej woli, kiedy będziemy wiedzieć czy budżet udźwignie to przedsięwzięcie. Być może, jeżeli pan minister Religa był tak mocno zaawansowany w pracach, zostawił jakiś szacunek skutków budżetowych, pan senator Karczewski coś o tym wie? Czy można prosić o dwa słowa? Może ktokolwiek na tej sali ma jakąkolwiek wiedzę? Mnie ta wiedza byłaby bardzo potrzebna i przydatna. Dziękuję bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Senatorze, na ten temat była przed chwilą mowa. Pani profesor mówiła o tym i pan prezes Radziwiłł również mówił o źródłach finansowania – czy z budżetu czy ze składek. A jeśli składki, to jakie składki. Tak że te kwoty są określone w przybliżeniu. Wiemy o jakiej kwocie mówimy.

(Bak nagrania)

**Przewodnicząca Zespołu do spraw Opracowania
Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym
Anna Wilmowska-Pietruszyńska:**

...o tym, co mówił pan prezes Radziwiłł. I tutaj, proszę państwa, my widzimy olbrzymie oszczędności dla ochrony zdrowia w Polsce. Prawidłowa pielęgnacja, gdy się nie dopuści do tych odleżyn, to i mniejsze ludzkie cierpienia, ale i mniejsze koszty. Proszę państwa, zabiegi chirurgiczne, antybiotyki, to wszystko to są olbrzymie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No właśnie. W naszym projekcie przewidzieliśmy właśnie zapobieganie tym zdarzeniom. Tak samo wszystkie zapalenia płuc. One są w wyniku złej pielęgnacji. Ile potem pieniędzy trzeba na to wydawać!

I jeszcze jedna rzecz. To nie jest tylko dla ludzi starych. Niesamodzielnym można się stać w każdym momencie życia, czy po wypadku czy w wyniku ciężkiej choroby. W związku z tym to nie jest tylko dla ludzi starych.

Jeszcze jedną rzecz chcę państwu wyjaśnić. Jest możliwe oddzielenie pielęgnacji od ubezpieczeń zdrowotnych. Zrobili to Niemcy, zrobili to Czesi, zrobili Japończycy i inne kraje, które się do tego przygotowują.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Senator Woźniak, proszę bardzo.

Senator Henryk Woźniak:

Przepraszam bardzo za moją namolność, ale jeszcze dwa słowa.

Pani Profesor, ja jestem finansistą i ja wiem dobrze, że mogą być różne formuły finansowania, ale to nie będzie żadne samofinansowanie, to musi kosztować. Oczywiście, rzecz nie w tym, żebyśmy rozwijali nowy wątek tej debaty, bo nie jesteśmy na tym etapie. Byłoby bardzo dobrze, gdyby powstał taki rachunek ciągniony. Pani profesor mówi o ważnych kwestiach. Zaangażowanie środków – bez względu na to, czy to przez budżet czy przez ubezpieczenie – będzie na pewno rodzić pewne oszczędności w służbie zdrowia. Jeśliby zrobić taki rachunek, to może się okazać, że rzeczywiście wydatek czy wysiłek ze strony budżetu będzie stosunkowo nieduży, ale to trzeba robić, nie ograniczając się do takiego szczytnego hasła – bardziej właściwego pięknoduchom, a nie finansistom – że to samo będzie się finansować. To się samo nie sfinansuje.

Jeszcze raz powtórzę. Nie wiem, może pan senator Karczewski, który zna ten harmonogram, coś wie o przewidywanych nakładach finansowych na ten projekt. Może pan profesor Religa coś tam na odwrocie napisał, może jakieś liczby, choćby rząd wielkości. To by mnie bardzo interesowało. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Zespołu do spraw Opracowania
Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgniacyjnym
Anna Wilmowska-Pietruszyńska:**

Jeżeli można, to na początku przeprosiłam państwa za nieobecność dzisiaj pana profesora Błędowskiego ze Szkoły Głównej Handlowej, który koordynował prace związane z tymi wszystkimi obliczeniami. Ja nie jestem finansistką, w związku z tym nie mogę po prostu panu na to pytanie wyczerpująco odpowiedzieć.

(Senator Henryk Woźniak: Ja rozumiem.)

W opracowaniach finansowych były przewidziane różne aspekty. W tej chwili, jeżeli będziemy kontynuować prace, to jeszcze bardziej przybliżymy się do rozwiązań, ale na pewno te trzy rzeczy... To znaczy, jeżeli chodzi o fundusz chorobowy, Panie Senatorze, to przecież w funduszu chorobowym jest w tej chwili 1,5 miliarda zł nadwyżki nad składką przy kontroli zwolnień i przy wprowadzeniu rehabilitacji. W funduszu wypadkowym tak samo tej składki wystarcza na świadczenia i w rentowym było podobnie do czasu obniżenia...

Senator Henryk Woźniak:

Tylko, Szanowna Pani Profesor, jeśliby posadzić tutaj przedsiębiorców, to oni powiedzą, że okres absencji chorobowej, za jaki płacą składkę za pracowników doszedł do absurdu i to nie jest obojętne. Bardzo dobrze, że o tym myślimy. Nie oczekuję, że usłyszę coś więcej, myślałem natomiast, że być może przy tym harmonogramie pan minister Fronczak coś powie, że to jest rząd miliarda, dwóch miliardów. Wtedy będziemy myśleli z większą lub mniejszą odwagą o skuteczności prac nad tym projek-

tem. Rozumiem, że teraz jeszcze tego nie ma, z całą pewnością natomiast trzeba o tym myśleć, bo możemy mieć świetne intencje, a okaże się, że minister finansów powie, że nie ma trzech miliardów w budżecie w jednym roku...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Na przykład dziesięć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Na razie mamy zielone światło zarządzających klubem, by pracować nad tą ustawą. Są więc wstępne ustalenia, także finansowe, na poziomie politycznym.

Bardzo proszę.

**Członek Zespołu do spraw Opracowania
Projektu Ustawy o Społecznym Ubezpieczeniu Pielęgnacyjnym
Elżbieta Buczkowska:**

Co nam przyświecało? Rzeczywiście, ideą jest, żebyśmy nie mieli obawy czy czymś się to ubezpieczenie zdrowotne dzisiaj różni – i zdrowie, i chaos w naszym zdrowiu – od tego, co chcieliśmy zaprezentować na rzecz nie starzenia się społeczeństwa... Szanowni Państwo, starzenie i to że wszyscy będziemy się starzeć jest dzisiaj normą.

Chodzi o ustawę o zabezpieczeniu, to znaczy od ryzyka niesamodzielności. Cały problem polegał na tym, że próbowaliśmy zdefiniować osobę niesamodzielną, czyli po udarze, po wylewie, po urazach czaszkowo-mózgowych. Człowiek niezdolny, zamknięty we własnym ciele nie robi przy sobie nic. On jest już leczony, przebywa w szpitalu pół roku i absolutnie nie gwarantuje zdrowia. Nie jest zdolny do niczego i trzeba mu zastąpić podstawowe biologiczne funkcje. On nie będzie wiecznym rezydentem w szpitalu ani w zakładzie pielęgnacyjnym. Ma rodzinę, która chce przejąć nad nim opiekę. Mamy sposób na to, żeby rodzina chciała przejąć opiekę nad nim, żeby była dofinansowana w zakresie ubezpieczenia. My ją przeszkolimy, przygotujemy, bo nie stać Polski na indywidualną opiekunkę, pielęgniarzkę dwadzieścia cztery godziny w domu. W założeniach przewidujemy takie rozwiązania.

Opiekun to najtańsza profesjonalna siła robocza, który będzie niósł pomoc zgodnie z orzeczeniem o stopniu niesamodzielności, z przypisanymi usługami, które się różnią od usług zdrowotnych. To bowiem nie jest to samo. To mamy wydzielone – zdrowie to jedno, opieka to drugie zadanie. A to, że one będą się przenikać wynika z tego, że człowiek ma już taką konstytucję, że po prostu musi korzystać i z tego, i z tego rodzaju świadczeń. Chcąc utrzymać naszego podopiecznego jak najdłużej w domu, należy promować profilaktykę, tak żeby on nie dostał tych odleżyn, ale żeby był umyty, odżywiony. Mówiliśmy tu o umieraniu z niedożywienia. Chodziłoby o to, żeby ta usługa rzeczywiście była w domu. Nie oznacza to wcale, że osoba niesamodzielną nie będzie korzystała z usług zdrowotnych, które wynikają z innych przyczyn, okazjonalnych chorób. Taki był nasz zamysł.

Zespoły – wielodyscyplinarne i finansowy zaczęły się przyglądać kwestii zasiłku i zastanawiać. Skoro stać państwo na dopłaty, czyli zasiłek pielęgnacyjny, być może warto byłoby się zastanowić... Nikt nikomu nie może niczego odebrać, chodzi o prawa nabyte, ale starzejemy się coraz godniej, dłużej żyjemy, poprawiamy swoją jakość, to może nie przyznawajmy ludziom 180 zł z tej racji, że ukończyli siedemdziesiąt lat.

(Głos z sali: 165 zł.)

Nie przyznawajmy. Zaczniemy zbierać te pieniądze w jakimś funduszu ubezpieczeniowym na zasadzie solidaryzmu. Ktoś ten problem musi rozwiązać. My sami, rządy. Obojętnie jakie przyjdą. Nie starość jest problemem, tylko niesamodzielność, która może być wynikiem starości.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Prosiłbym już o puentę.)

Mamy to wszystko wyliczone. Nie mamy jeszcze przygotowanej kadry. Nie mamy wielu rzeczy, ale ktoś musi zrobić tę godzinę zero i powiedzieć: tak, to jest ważne, wprowadzamy taką ustawę, takie rozwiązania, takie pieniądze są potrzebne na wejście, a takie będziemy składać przez dwa, trzy lata.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Chcę przypomnieć, że to jest posiedzenie, którego celem było w gruncie rzeczy zapoznanie z dorobkiem zespołu, który w pocie czoła wypracował pewnego rodzaju koncepcję. W tej chwili natomiast jest decyzja o inicjatywie parlamentarnej w tej sprawie i dzisiejsze posiedzenie komisji miało nas do tej sprawy przybliżyć.

Zamykam w tej części posiedzenie, gdyż myślę, że ci, którzy chcieli zabrać głos już go zabrali. Bardzo dziękuję pani profesor za bardzo ciekawą prezentację. Bardzo dziękuję panu ministrowi za słowa otuchy i poparcia. Na pewno będziemy korzystali ze wsparcia. Dziękuję osobom towarzyszącym...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Mamy jeszcze w porządku obrad sprawy różne.

Proszę państwa, z Biura Informacji i Dokumentacji przyszła taka oto tabela o wnioskach obywatelskich w sprawie działań legislacyjnych. Jedyne związany ze zdrowiem to jest wniosek pana Stanisława Krawczyka, który 2 maja wystąpił o to, aby w ustawie – Prawo o ruchu drogowym kosztami leczenia i rehabilitacji ofiar wypadku drogowego obciążyć sprawców tych wypadków, a nie całe społeczeństwo. Kwotę na leczenie przekazywać bezpośrednio na konto ośrodka leczącego i rehabilitującego ofiarę. To jest tylko zapowiedź. Zresztą chyba w tym kierunku idą też prace nad tak zwanym podatkiem Religi. Takie więc pismo do nas wpłynęło.

Następne pismo to jest pismo do naszej wiadomości o tym, że Krajowy Komitet Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Cukrzycą wystąpił do pani minister Kopacz z prośbą o to, by pomocy insulinowe były refundowane.

I wreszcie ostaną rzecz na dzisiaj. Forum Reumatologii Dziecięcej przedstawia nam listę postulatów, gdzie uznają, że konieczne są następujące zmiany: możliwość, by dzieci uczące się, u których zdiagnozowano chorobę reumatologiczną, pozostawały pod opieką pediatry ze specjalnością reumatologiczną; umieszczenie jasnego przyzwolenia ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia na stosowanie Etanerceptu w warunkach ambulatoryjnych w miejscu zamieszkania pacjenta; przyjęcie odrębnych kryteriów włączenia, monitorowania i wyłączenia leczenia biologicznego; wreszcie konieczność przesunięcia wieku włączenia Etanerceptu do leczenia dzieci poniżej czwartego roku życia wzorem innych krajów europejskich i USA.

Czy są jakieś inne sprawy? Nie ma.

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 17 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