

## USTAWA

**z dnia.....2009 r.**

### **o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o pomocy społecznej**

#### **Art. 1**

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne, zespół opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej, inny niewymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu.”;

2) w rozdziale 3 po art. 32d dodaje się art. 32da w brzmieniu:

„Art. 32da. Zespół opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji oraz świadczenia usług w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych.”;

3) w art. 44a w ust. 1 zdanie wstępne otrzymuje brzmienie:

„W publicznych zakładach opieki zdrowotnej, z wyjątkiem publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych w celu określonym w art. 1 ust. 2 pkt 1 oraz

złobków i zespołów opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej, przeprowadza się konkurs na stanowisko:”;

4) w art. 48a po ust. 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) zespołach opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej.”;

5) po art. 68 dodaje się art. 68a w brzmieniu:

"Art. 68a. 1. Do zespołów opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej nie stosuje się art. 10 ust. 4 i art. 19b.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, strukturę organizacyjną zespołu opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej, sposób zarządzania nim, a także warunki i tryb jego kontroli, mając na względzie konieczność należytej realizacji zadań tego zakładu opieki zdrowotnej, jego sprawnego działania oraz skuteczność przeprowadzanej kontroli."

#### **Art. 2**

W ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2008r. Nr 115, poz. 728, z późn. zm.) w art. 58:

1) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

"2. Dom pomocy społecznej świadczy mieszkańcom usługi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, organizując zespoły opieki długoterminowej na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm). Dom pomocy społecznej umożliwia mieszkańcom dostęp do pozostałych świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów.";

2) uchyla się ust. 4.

#### **Art. 3**

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2009 r.

## UZASADNIENIE

### 1. Wyjaśnienie celu ustawy

Celem ustawy jest umożliwienie mieszkańcom domów pomocy społecznej pełnej dostępności do świadczeń zdrowotnych należnych im z tytułu ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz finansowanie ich ze środków Funduszu, a także umieszczenie w ustawie dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz 593, z późn. zm.) świadczeń pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych w katalogu usług niezbędnych mieszkańcom domów pomocy.

### 2. Przedstawienie stanu obecnego

Obecnie w blisko 900 publicznych i niepublicznych domach pomocy społecznej mieszka w Polsce ok. 96.000 osób starszych, chorych i niepełnosprawnych, którym nie można było zapewnić m.in. całodobowych, długotrwałych usług pielęgnacyjnych oraz rehabilitacji w rodzinnym środowisku zamieszkania. Coraz częściej są to osoby trafiające do domów pomocy bezpośrednio ze szpitali, w bardzo ciężkim stanie zdrowia. Jest rzeczą oczywistą, że mieszkańcy tych placówek muszą korzystać częściej niż inni ubezpieczeni z różnorodnych usług medycznych. Jako świadczeniobiorcy ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia powinni mieć dostęp do adekwatnej do ich stanu zdrowia pomocy medycznej, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Tak jest w przypadku większości świadczeń (porad lekarskich i specjalistycznych, leczenia szpitalnego, zaopatrzenia w leki itd.). Wyjątek stanowią tu głównie usługi pielęgniarstwa i rehabilitacyjne. Obecny stan prawny powoduje, że dyrektorzy domów pomocy społecznej muszą zapewniać te rodzaje usług medycznych we własnym zakresie i pokrywać ich koszty z funduszy placówek, które z kolei pochodzą z wpłat mieszkańców domów pomocy społecznej i ich rodzin oraz gmin. Jeśli przyjąć, że usługi pielęgniarstwa i rehabilitacyjne mieszkańcy i ich rodziny pokrywają z własnych środków, to jest to przejawem dyskryminacji, jako że w szpitalach, przychodniach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych za usługi pielęgniarstwa i rehabilitacyjne płaci NFZ. Jeśli przyjąć, że koszty pielęgnacji i rehabilitacji mieszkańców domów pomocy społecznej pokrywają samorządy gmin, to jest to niezgodne z prawem, gdyż opłacanie usług pielęgniarstwa

i rehabilitacyjnych nie należy do zadań samorządów gminnych.

Między innymi ze względu na konieczność pokrywania kosztów usług zdrowotnych kondycja finansowa domów pomocy jest zła. Koszty utrzymania mieszkańców, w skład których wchodzi całodobowa pielęgnacja i rehabilitacja stanowią zbyt dużą barierę dla osób potrzebujących, ich rodzin oraz gmin kierujących do tych placówek. Mimo bardzo dużego zainteresowania niesamodzielnymi osobami i niewydolnymi opiekunami rodzin, wzrastającej ilości osób starych i niepełnosprawnych coraz częściej rezygnują oni z możliwości zamieszkania w domu pomocy społecznej. Z tych samych, finansowych, względów bardzo mało jest skierowań wydawanych przez gminy do domów pomocy (wyjątek stanowią duże i zasobne samorządy). Dzieje się tak pomimo świadomości, że bardzo często przebywanie tych długotrwale i ciężko chorych lub niepełnosprawnych osób w niewydolnym opiekunów środowisku naraża je na utratę sprawności, zdrowia, a niekiedy nawet życia.

W domach pomocy społecznej jest dużo niewykorzystanych miejsc (ok. 2.500). Natomiast narastający wiek seniorów i wzrastające zapotrzebowanie na całodobową opiekę - głównie pielęgniarstwa i rehabilitacyjną wytwarzają sztuczny popyt na miejsca w będących w resorcie zdrowia zakładach opieki długoterminowej. Tam z kolei jest ok. 2.500 osób oczekujących, gdyż dla rodzin i gmin pobyty w tych placówkach są bezpłatne. Wysiłek państwa i samorządów zmierzających do standaryzacji domów pomocy społecznej może być zaprzepaszczone. Niektóre z placówek już zamknięto.

Niekorzystna jest także sytuacja personelu medycznego w domach pomocy społecznej. Jako osoby pracujące poza system ochrony zdrowia pielęgniarzy i rehabilitanci tracą resortowe uprawnienia pracownicze w odniesieniu do godzin pracy oraz wysokości płac. Od lat personel ten jest coraz gorzej opłacany, gdyż wzrost uposażeń podnosiłoby i tak wysokie koszty utrzymania ponoszone w całości przez mieszkańców, rodziny lub gminy. Pielęgniarki i rehabilitanci, zwłaszcza po otwarciu zachodniego rynku pracy, odchodzą z domów pomocy społecznej, do lepiej płacących zakładów opieki zdrowotnej. Sytuacja ta zaostrzyła się jeszcze po przyznaniu znaczących podwyżek pielęgniarzom i rehabilitantom w służbie zdrowia. Mieszkańcy domów pomocy społecznej pozostają coraz częściej bez fachowego nadzoru pielęgniarstwa niezbędnego przy dozowaniu leków, koniecznym monitorowaniu stanu zdrowia, wymianie cewników, pielęgnacji odleżyn itd. Domy pomocy w coraz większym stopniu muszą korzystać z karet pogotowia, ze szpitali i przychodni podnosząc tam znacznie koszty leczenia.

### 3. Różnice między dotychczasowym a przewidywanym stanem prawnym

W świetle Konstytucji RP każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Szczególnie dotyczy to dzieci, osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku (art. 68 ust. 1-3). Zakres i sposób realizacji tych uprawnień reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). Wynika z niej, że mieszkańcy domów pomocy społecznej są osobami ubezpieczonymi w Narodowym Funduszu Zdrowia, czyli są świadczeniobiorcami i jako tacy mają prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w tym rehabilitacji oraz świadczeń pielęgnacyjnych (art. 15 ust. 1 i 2 w/w ustawy).

Zasady realizacji świadczeń osób przebywających w domach pomocy określa ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Stanowi ona (w art. 58 ust. 1 i 2), że dom pomocy społecznej umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie odrębnych przepisów. Dom pomocy społecznej może pokrywać wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne jedynie w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (art. 58 ust. 4). Przywołana wcześniej ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tzw. ustawa zdrowotna) wymienia w art. 5 pkt 41 podmioty (świadczeniodawców) mogące wykonywać świadczenia zdrowotne. Z przepisu tego wynika, że dom pomocy społecznej ani w całości, ani w części nie jest świadczeniodawcą, zatem nie może wykonywać - jako podmiot - świadczeń zdrowotnych. Zatem realizacja uprawnień mieszkańców domów pomocy społecznej może być realizowana jedynie przez podmioty zewnętrzne, będące świadczeniodawcami. Zapewne z tego względu, w nowelizacji ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej dodano w art. 2 ust. 2a, który stanowi, że w ramach struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej, zlokalizowana na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Ponadto Minister Zdrowia i Opieki Społecznej rozporządzeniem z dnia 11 grudnia 1995 r. w sprawie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy (Dz. U. z 1996 r. Nr 5, poz. 38) zobowiązał domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych do zatrudniania zarówno pielęgniarek, jak

i lekarzy psychiatrów (§ 2 pkt 1).

Dotychczasowy stan prawny zawiera przepisy nie odpowiadające w pełni rzeczywistości w zakresie świadczenia usług zdrowotnych w domach pomocy. Uniemożliwiają one adekwatne do potrzeb realizowanie ustawowych uprawnień do niektórych świadczeń medycznych, przez co dyskryminuje mieszkańców domów pomocy społecznej. Aktualnie brak jest ustawowych podstaw do zatrudniania przez domy pomocy społecznej personelu medycznego. Usługi podstawowej opieki zdrowotnej wykonywane są najczęściej przez świadczeniodawców zewnętrznych. Natomiast rehabilitację i całodobową pielęgnację wykonuje personel zatrudniony (i opłacony) przez domy pomocy społecznej, mimo że zakres świadczonych usług objęty jest katalogiem uprawnień wynikających z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Przepis dający możliwość wykonywania na terenie domu pomocy społecznej usług przez zewnętrzne zakłady opieki zdrowotnej jest zapisem martwym i według NFZ nie ma żadnego praktycznego znaczenia. Jest on także trudny do zastosowania w placówkach odległych od bogatych w usługi ośrodków, wymusza on sztucznie organizowanie przez obecny personel działalności gospodarczej w formie grupowych praktyk pielęgniarских. Ponadto rozbijałby zintegrowany i zindywidualizowany system opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej. Nawet, gdyby jakiś zakład opieki zdrowotnej lub spółka prywatna chciała świadczyć całodobowe usługi pielęgniarские i rehabilitację na terenie domu pomocy okazuje się to niemożliwe, gdyż żadne zarządzenia Prezesa NFZ nie przewidują kontraktowania tego rodzaju usług.

Zaproponowane zmiany w ustawach: z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej jednoznacznie regulują kwestie świadczenia usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych przez domy pomocy społecznej. Wprowadza się do ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (art. 32 da) nową kategorię zakładu: "zespół opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej" złożony z pracujących tam pielęgniarek i rehabilitantów. Zespół ten jako integralna część domu pomocy (a jest to dopuszczalne w świetle art. 2 ust.1 zmienianej ustawy zakładach opieki zdrowotnej), pod kierunkiem dyrektora placówki świadczyć będzie usługi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne.

Proponowana zmiana umożliwi kontraktowanie tych usług w Narodowym Funduszu Zdrowia i spowoduje usunięcie dyskryminującej sytuacji opłacania należnej mieszkańcom pielęgnacji i rehabilitacji przez dom pomocy społecznej, m. in. ze środków osób ubezpieczonych, ich rodzin lub przez nie zobowiązane do tego samorządy.

Ponadto, dzięki proponowanej zmianie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. domy pomocy społecznej zostaną wreszcie włączone w pełni do systemu opieki długoterminowej, pozostając jednak dalej częścią systemu pomocy społecznej. Jest to sytuacja specyficzna. Z tego względu (podobnie jak w przypadku innych zakładów opieki zdrowotnej podległych samorządom lub organom bezpieczeństwa państwa) niektóre przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej nie będą obejmować zespołu opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej, stąd konieczność dodania w art. 68a. Uregulowanie szczegółowych kwestii dotyczących zasad zarządzania i kontroli zespołów opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej pozostawia się rozporządzeniu i uzgodnieniom ministerialnym (Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej).

Zmiana art. 58 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ma na celu wpisanie usług pielęgnacyjnych i rehabilitacji do katalogu świadczeń oferowanych w domu pomocy społecznej. Oczywiście, w tej sytuacji przepis art. 58 ust. 4 traci sens i uległby uchyleniu.

#### 4. Oczekiwane skutki społeczne, gospodarcze, finansowe i prawne

Zaproponowane, z pozoru drobne zmiany ustawowe, wywołają wiele pozytywnych skutków, oczekiwanych przez 96.000. rzeszę mieszkańców domów pomocy społecznej oraz 8,5 tys. pracowników medycznych tych placówek.

Wymieńmy podstawowe z nich:

- 1) Mieszkańcy domów pomocy społecznej będą mieli sfinansowane świadczenia pielęgnacyjne i rehabilitacyjne należne im z tytułu ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nie będą więc pod tym względem dyskryminowani np. w stosunku do klientów innych zakładów opieki długoterminowej.
- 2) Usługi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne będą dalej świadczone mieszkańcom domów pomocy jako integralna część indywidualnego planu wsparcia.
- 3) Personel medyczny domów pomocy społecznej zatrudniony będzie zgodnie z prawem i wykonywał będzie świadczenia pielęgnacyjne i rehabilitacyjne ściśle określone kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- 4) Uprawnienia pracownicze, warunki pracy i płacy personelu zrównane zostaną z zatrudnionymi w innych zakładach opieki zdrowotnej. Zapobiegnie to pauperyzacji personelu medycznego i jego odchodzeniu z pracy w domach pomocy społecznej.

- 5) Domy pomocy społecznej włączone zostaną trwale w powstający system opieki długoterminowej. Określone zostanie wyraźnie, według jasnych procedur, w jakim zakresie są one elementem systemu opieki zdrowotnej, a w jakim częścią systemu pomocy społecznej.
- 6) Zmiany pozwolą podnieść dotychczasowy poziom usług medycznych świadczonych mieszkańcom domów pomocy społecznej poprzez wprowadzenie standardów określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- 7) Podniesie się dostępność do tej, niekiedy nie zastąpionej, formy pomocy osobie jednocześnie osamotnionej i poważnie chorej lub niepełnosprawnej oraz rodzinie niewydolnej opiekuńczo. Jest to szczególnie ważne w sytuacji nadchodzącego wyżu seniorów, zwiększającego zapotrzebowanie m.in. na stacjonarną pomoc, w tym opiekę długoterminową. Ma to również duże znaczenie dla rosnącej grupy osób poważnie psychicznie chorych, sparaliżowanych itp., którym rodzina nie jest w stanie udzielać skutecznego wsparcia.
- 8) Wpisanie pielęgnacji i rehabilitacji do katalogu świadczeń należnych w domu pomocy społecznej pozwoli zlikwidować nieokreśloność tego rodzaju usług, co przyczyni się do podniesienia ich rangi do rzeczywistego poziomu – jako jednej z podstawowych usług niezbędnych mieszkańcom placówek.
- 9) Zasady funkcjonowania usług medycznych w domach pomocy społecznej będą zbliżone do modeli zachodnioeuropejskich.
- 10) Skutki finansowe.

Teoretycznie, zaproponowana zmiana nie przyniesie żadnych dodatkowych kosztów dla systemu ochrony zdrowia. Już dziś ustawy dają – ale oczywiście również teoretycznie – możliwość finansowania pielęgnacji i rehabilitacji w domu pomocy ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Zatem Fundusz powinien był przewidywać odpowiednie środki. Tak jednak nie było.

Praktycznie, dopiero wprowadzenie tej zmiany udrożni system w zakresie świadczenia usług pielęgnarskich i rehabilitacyjnych w domach pomocy. Spowoduje to konieczność zakontraktowania tych usług dla dużej grupy (choć oczywiście nie wszystkich) mieszkańców, którzy będą się kwalifikowali do nowej formy opieki długoterminowej ustanowionej zaproponowaną zmianą ustaw. Nawet przybliżone określenie tych kosztów nie wydaje się możliwe. Szacunków takich nie robił ani resort zdrowia, ani NFZ. Zrezygnowano z tworzenia planów zdrowotnych i dziś Fundusz opiera się na zapotrzebowaniach zgłaszanych przez świadczeniodawców.



Gdy przyporządkowywano domy pomocy społecznej samorządom szacowano koszty usług medycznych na 1/4 całości kosztów utrzymania mieszkańca w domu pomocy. Zważywszy jednak, że podstawowa opieka zdrowotna zapewnia znaczną część usług objętych tym szacunkiem, oraz wzięwszy pod uwagę, że nie wszyscy mieszkańcy domów pomocy społecznej w jednakowym stopniu wymagają pielęgnacji i rehabilitacji można przyjąć, że będzie to ok. 1/5 kosztów utrzymania tj. średnio blisko 360 zł na osobę miesięcznie. Potwierdzają to wyliczenia robione dla wybranych losowo placówek. Przy takich założeniach oznaczałoby to koszty dla Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości ok. 250 - 300 mln zł rocznie.

Jednakże zaproponowana zmiana przyniesie też poważne oszczędności w systemie ochrony zdrowia :

- Większa ilość osób korzystających z innych usług zdrowotnych (szpitali, zakładów opieki długoterminowej) szybciej trafi do domów pomocy. Zmniejszy się zjawisko tzw. zalegania mieszkańców na oddziałach szpitalnych, gdyż nie ma skierowania do domu pomocy. Zakładając, że wypełni się wszystkie obecnie wolne miejsca – przyniesie to rocznie kilkadziesiąt milionów złotych oszczędności w systemie ochrony zdrowia.
- Domy pomocy społecznej pozbawiane w coraz większym stopniu personelu medycznego muszą, celem zapewnienia mieszkańcom bezpieczeństwa zdrowotnego, korzystać o wiele częściej z pogotowia, szpitala, badań, specjalistycznego poradnictwa itd. Koszty nieuregulowania sprawy świadczenia usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych w domach pomocy społecznej wynikające ze zwiększenia obciążeń placówek zdrowia mogą nawet przekroczyć nakłady konieczne dla wprowadzenia zaproponowanych zmian ustawowych. Pielęgnacja i rehabilitacja osoby w domu pomocy społecznej to dla Funduszu koszt ok. 12 zł dziennie, natomiast koszt pobytu takiej osoby na szpitalnym oddziale np. wewnętrznym (nie zabiegowy) to ok. 330 zł na dobę.
- Warto też zauważyć, że według badań Banku Światowego aż 73 % kosztów pobytu pacjentów w zakładach opiekuńczo leczniczych czy zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych pokrywa dziś Narodowy Fundusz Zdrowia. Jest to blisko czterokrotnie więcej niż obciążenia NFZ przyjęte w tych wyliczeniach dla domów pomocy społecznej.

Z punktu widzenia Funduszu zwiększanie ilości miejsc w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych jest znacznie droższe od finansowania opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej. Również z tego względu zaproponowane zmiany mają charakter racjonalny. Służyc one będą ekonomizacji działań w sferze opieki długoterminowej, kosztownej i coraz bardziej obciążającej systemu ochrony zdrowia.

- Poważnie powinny się także zmniejszyć koszty finansowania podstawowej opieki zdrowotnej w domach pomocy. W znacznie podwyższonej stawce kapitałowej przyjętej w kontraktach dla podstawowej opieki zdrowotnej świadczonej mieszkańcom domów pomocy społecznej liczone były koszty pielęgnacji, która nie jest wobec tych osób świadczona. Oszczędności z tego tytułu powinny w istotny sposób zmniejszyć koszt wprowadzenia nowych rozwiązań.
- Dodatkowo wydzielenie z działalności domów pomocy społecznej tej części, która dotyczy pielęgnacji i rehabilitacji jako formy opieki długoterminowej, pozwoli wkomponować ją w wydatki objęte przyszłym finansowaniem z ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

O tę wielkość na jaką zakontraktowane zostaną usługi pielęgniarstwa i rehabilitacyjne dla mieszkańców domów pomocy poprawi się kondycja finansowa tych placówek, co pozwoli na obniżenie obciążeń mieszkańców, ich rodzin i gmin.

Zaproponowane rozwiązanie umożliwia prowadzenie zintegrowanej opieki i pielęgnacji w domach pomocy społecznej (zespół opieki długoterminowej byłby częścią struktury organizacyjnej domu), odpowiada już funkcjonującym rozwiązaniom w domach pomocy społecznej oraz jednoznacznie umiejscawia dom pomocy społecznej w strukturach opieki długoterminowej nie niszcząc przynależności resortowej. Ponadto pozwala elastycznie, w zależności od potrzeb kontraktować usługi niezbędne i różne w odniesieniu do każdego z mieszkańców domów pomocy.

Przyjęcie zmian w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej pozwoli wreszcie skończyć z fikcją polegającą na tolerowaniu rozwiązań niewykonalnych lub nieadekwatnych do oczywistych potrzeb. Można będzie wreszcie zaprzestać świadczenia usług pielęgniarstwa i rehabilitacyjnego w domach pomocy społecznej przez wykwalifikowany personel medyczny zatrudniany na etatach nie medycznych - poprzez

wprowadzenie zaproponowanej zmiany w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

#### 5. Oświadczenie w sprawie zgodności przedłożonego projektu z Prawem Unii Europejskiej

Projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o pomocy społecznej jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Reasumując niniejszy projekt ustawy rodzi pozytywne skutki społeczno-gospodarcze i jest zgodny z prawem Unii Europejskiej. Ponadto projekt nie powoduje obciążeń dla budżetu państwa.

Załącznik

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA  
z dnia.....**

**w sprawie struktury organizacyjnej zespołu opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej, sposobów zarządzania nim, a także warunków i trybu jego kontroli**

Na podstawie art.69 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 2007r, Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) zarządza się, co następuje :

§ 1. Rozporządzenie określa strukturę organizacyjną zespołu opieki długoterminowej w domu pomocy społecznej zwanego dalej "zespołem", sposób zarządzania nim, a także warunki i tryb jego kontroli.

§ 2. 1. Zespołem kieruje dyrektor domu pomocy społecznej oraz reprezentuje zespół na zewnątrz.

2. Dyrektor domu pomocy określa szczegółowy zakres obowiązków pracowników zespołu, uwzględniając warunki kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 3. Dyrektor domu pomocy społecznej ustala regulamin organizacyjny zespołu.

§ 4. 1. Kontrolę zespołu wykonują organy powołane na podstawie odrębnych przepisów.

2. Kontrola zespołu obejmuje w szczególności :

- 1) realizację zadań statutowych;
- 2) dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom przebywających w domach pomocy społecznej, z uwzględnieniem praw pacjenta;
- 3) liczbę pracowników udzielających poszczególnych świadczeń oraz ich kwalifikacje;
- 4) wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz techniczny, wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń przewidzianych w statucie.

3. Osobom, o których mowa w ust. 1 przysługuje w szczególności prawo do ;

- 1) wizytacji pomieszczeń zespołu;
- 2) żądania informacji i dokumentacji, w tym również dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zwanej dalej "ustawą";
- 3) obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 1 pkt 4 ustawy.

4. Czynności, o których mowa w ust. 3 pkt 3, mogą być wykonywane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.