

Warszawa, 4.07.2011 r.

Materiał informacyjny

w sprawie dostępu osób nieubezpieczonych (bezdolnych) do podstawowej opieki zdrowotnej,
przygotowany na podstawie stenogramu ze spotkania w dniu 11 kwietnia br. w BRPO, przy ul.
Długiej 26.

W skład materiału wchodzi:

- skrócony zapis przebiegu spotkania 11 kwietnia br.,
- wybrane wnioski Rzecznika Praw Obywatelskich skierowane do uczestników spotkania,
- rekomendacje Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego, Zespołu Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego oraz Zespołu Społecznego BRPO,
- opis procedury postępowania pracownika socjalnego szpitala wobec pacjentów nie posiadających żadnej dokumentacji potwierdzającej ich tożsamość (przedstawiona przez Bożenę Mikołajczyk, Szpital Wolski).

I. Skrócony zapis spotkania dotyczącego dostępu osób nieubezpieczonych (bezdolnych) do podstawowej opieki zdrowotnej.

Spotkanie odbyło się na prośbę Rady Opiekuńczej przy Komisji Dialogu Społecznego ds. Bezdolnych w Warszawie. W spotkaniu uczestniczyli:

Przedstawiciele administracji centralnej:

- **Grażyna Melanowicz** – Biuro Polityki Społecznej w Kancelarii Prezydenta RP;
- **Marcin Chrapek** – Naczelnik Wydziału Prawnego w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej (w zastępstwie wiceministra Jarosława Dudy);
- **Aleksandra Piątek** – kierownik Wydziału Skarg i Wniosków, Narodowy Fundusz Zdrowia (była Rzecznik Praw Pacjentów).

Pomimo potwierdzenia obecności, min. Jakub Szulc – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, nie uczestniczył w spotkaniu, resort nie oddelegował też zastępcy.

Przedstawiciele Urzędu Miasta st. Warszawy:

- Bogdan Jaskoń, Dyrektor, Biuro Polityki Społecznej m.st. Warszawa
- Andrzej Rosiński, Naczelnik, Biuro Polityki Społecznej m.st. Warszawa
- Dariusz Hajdukiewicz, Dyrektor, Biuro Polityki Zdrowotnej m.st. Warszawa
- Olga Pilarska, Naczelnik, Biuro Polityki Zdrowotnej m.st. Warszawa

Przedstawiciele 14 organizacji pozarządowych:

- Maria Sielicka Gracka, Stowarzyszenie Lekarzy Nadziei
- Adriana Porowska, Kamilińska Misja Pomocy Społecznej
- Agnieszka i Andrzej Domka, Wspólnota Chleb Życia
- Julia Wygnańska, doradca ds. Badań Warszawskiej Rady Opiekuńczej dla Bezdolnych Komisji Dialogu Społecznego ds. Bezdolności
- Maria Pokój – Stowarzyszenie Otwarte Drzwi
- Aleksandra Chrzanowska- Koordynatorka Sekcji ds. Cudzoziemców, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej
- Dorota Parzymies - Prezes Fundacji Ocalenie
- Andrzej Janowski Fundacja Rodzin Adopcyjnych

- Robert Starzyński - MONAR
- Mokotowskie Hospicjum Świętego Krzyża
- Ośrodek Readaptacji Społecznej
- Stowarzyszenie ALTER_EGO
- Iwona Gałczyńska - Ośrodek Charytatywny "Tylko z Darów Miłosierdzia" Caritas Archidiecezji Warszawskiej
- Bożena Mikołajczyk, pracownik socjalny Szpitala Wolskiego

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich:

- Katarzyna Łakoma – Dyrektor, Zespół Prawa Administracyjnego i Gospodarczego
- Lesław Nawacki – Dyrektor, Zespół Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego
- Andrzej Stefański, Wojciech Soczewica – Dyrektor i Wicedyrektor Zespołu Społecznego
- Kinga Dękiejowska z Zespołu Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego, Agnieszka Adamska – Karska z zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego, Katarzyna Pekaniec – Gruszka – Zespół Wstępnej Oceny Wniosków oraz oraz Joanna Troszczyńska – Reyman, Ewa Wrońska z Zespołu Społecznego

Przebieg spotkania:

Gości przywitała prof. Irena Lipowicz – Rzecznik Praw Obywatelskich. Następnie głos zabrali przedstawiciele zaproszonych instytucji, którzy przedstawili własne doświadczenia związane z trudnościami z dostępem do opieki zdrowotnej przez osoby bezdomne i/lub nieubezpieczone.

Adriana Porowska zabrała głos w imieniu organizacji pozarządowych zrzeszonych przy Radzie Opiekuńczej ds. bezdomnych. Zwróciła uwagę m.in. na:

- liczne przypadki konieczności zapewnienia osobom bezdomnym pomocy lekarskiej, w sytuacji kiedy osoby te nie spełniają wszystkich wymagań, np. starszej osobie, której dochód przekracza 500 zł, jest więc wyższy od minimum, ale nie daje jej możliwości sfinansowania leczenia.
- wymóg przedstawiania zaświadczeń w Ośrodkach Pomocy Społecznej, które bez nich nie chcą ubezpieczać bezdomnych.
- problem finansowania przez schroniska podstawowej pomocy lekarskiej (np. zmiana opatrunku).

Bożena Mikołajczyk zwróciła uwagę, że rośnie problem opieki długoterminowej dla pacjentów bezdomnych i nieubezpieczonych. Osoby takie nie mogą (nie powinny) przebywać w placówkach dla osób bezdomnych, czyli schroniskach, ponieważ placówki te nie są przygotowane do prowadzenia opieki specjalistycznej - lekarskiej i pielęgniarskiej.

- narasta problem z cudzoziemcami, którzy nie są ubezpieczeni. Przyjmowanie ich w szpitalach nie jest refinansowane. Sprawa może być paląca podczas EURO 2012.
- przedstawiła szacunkowe koszty utrzymania pacjentów hospitalizowanych:
 - 7 dni – koszt pobytu 3 976 zł,
 - 18 dni – koszt pobytu 5 184 zł,
 - 31 dni – koszt pobytu 12 431 zł;
- szczegółowo omówiła procedurę działań pracownika socjalnego wobec pacjentów nie posiadających żadnej dokumentacji potwierdzającej ich tożsamość (zał. 3).

Bogdan Jaskoła zgłosił problem osób bezdomnych, które opuszczają szpital i trafiają do schroniska lub noclegowni:

- a) Nie ma im kto udzielić podstawowej opieki medycznej, polegającej np. na zmianie opatrunku;

b) Brak funduszu na wykupienie recept, które pacjent dostaje w szpitalu. Zauważył, że do Warszawy przyjeżdżają bezdomni z całego województwa i kraju. Przeznaczenie środków na wykup leków dla bezdomnych przez UM st. Warszawy zostało zakwestionowane przez RIO (Regionalna Izba Obrachunkowa). Zwrócił uwagę, że UM st. Warszawy może zawierać ze Stowarzyszeniem „Lekarze Nadziei” tylko umowy na konsultacje, choć w praktyce traktuje się je jak umowy o leczenie. Dlatego działalność schronisk i noclegowni w Warszawie, które zdobywają leki i opatrunki, prowadzona jest na granicy prawa. Zapelował do RPO o podjęcie działań pozwalającej na uruchomienie przez administrację państwową dodatkowych funduszy na doraźną pomoc medyczną i na zniesienie bariery prawnej uniemożliwiającej przeznaczenie funduszy, którymi dysponuje UM st. Warszawy np. na zakup leków.

Marcin Chrapek przyznał, że MPiPS od dłuższego czasu ma świadomość problemów związanych z całodobową opieką pielęgniarstwo-medyczną. Ministerstwo Zdrowia również dostrzega trudności dot. finansowania. Podobny problem dotyczy noclegowni i domów dla bezdomnych – stosowną procedurę opracowało kilka lat temu Ministerstwo Zdrowia; wymaga ona od pracownika socjalnego przeprowadzenia wywiadu środowiskowego; podkreślił, że pomoc społeczna nie może finansować pomocy medycznej ze swoich środków; zakwestionował potrzebę stosowania zaświadczeń o konieczności leczenia (wymaganych przez OPS). W odpowiedzi Adriana Porowska stwierdziła, że wymaga ich Ośrodek Pomocy Społecznej, co powoduje, że każdorazowo musi ona prosić Lekarzy Nadziei o ich wystawienie. Maria Siedlecka – Gracka potwierdziła, że OPS wymagają zaświadczenia (dla dobra pacjentów wystawia je na bieżąco). Dodała, że konieczne jest rozważenie możliwości objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem, a w konsekwencji opieką zdrowotną, osób bezdomnych.

Prof. Irena Lipowicz stwierdziła, że spotkanie ujawniło trudności we współpracy przy rozwiązywaniu istotnych kwestii między Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej a organizacjami pozarządowymi. Widocznymi stały się dysfunkcje w administrowaniu ważną dziedziną społeczną (pomoc w dostępie osobom nieubezpieczonym do podstawowej opieki medycznej). Dysfunkcja ta powoduje straty finansowe, nadmierną biurokratyzację i ogranicza aktywność społeczną.

Zapytała, czy MPiPS podjęło próby zawarcia porozumienia z MZ, ile odbyło się wspólnych posiedzeń w tej sprawie, oraz jak resort planuje rozwiązać sporne kwestie. Zwróciła się z prośbą do Grażyny Malanowicz o współpracę Kancelarii Prezydenta w tych sprawach.

M. Chrapek poinformował, że w kwestii związanej z dostępnością w placówkach całodobowych (DPS), rozmowy z Ministerstwem Zdrowia trwają już od 4 lat; przyznał, że pojawiły się poważne trudności w procesie poszukiwania rozwiązania; osobą odpowiedzialną za sprawę w MPiPS jest pani Zuzanna Grabusińska. Zaznaczył, że rozwiązania, które byłyby do zaakceptowania przez DPS, mogłyby być stosowane analogicznie w innego rodzaju placówkach.

Robert Starzyński przypomniał, że Monar od kilku lat podnosi sprawę w kontaktach z komisjami sejmowymi ds. zdrowia, lecz bez rezultatu. Zaznaczył, że problem ma charakter legislacyjny, a do jego rozwiązania konieczne wydaje się porozumienie międzyresortowe. Podkreślił, że koszt utrzymania osoby bezdomnej w szpitalu to miesięcznie 12 000 zł, a w placówce dla bezdomnych ok. 600 -1000 zł, co pokazuje różnicę i nieuzasadnione wydatki wynikające z opieki nad osobą bezdomną w szpitalu, o ile możliwe byłoby zapewnienie takiej

opieki przez placówkę dla bezdomnych. Per saldo, umożliwienie prowadzenia działalności lekarzom i pielęgniarkom w placówkach dla bezdomnych, ograniczy koszty.

Julia Wygnańska zwróciła uwagę, że bezdomni znajdują się na ulicy często w wyniku zaniedbań, niedociągnięć, wad nie tylko systemu pomocy społecznej, ale również systemu edukacji i braku wczesnej interwencji. Oceniała, że rozwiązanie musi mieć charakter międzyresortowy.

Grażyna Malanowicz przyznała, że problem jest ważny, a resorty nie mogą się porozumieć. Była zdania, że samorządy i organizacje pozarządowych są pozostawione same sobie. Problem bezdomności należy rozpatrywać w szerszym kontekście - zapobiegania wykluczeniu osób bezdomnych. Zobowiązała się sprawozdać przebieg spotkania Prezydentowi RP – Bronisławowi Komorowskiemu.

Aleksandra Piątek nawiązując do wieloletnich doświadczeń w roli Rzecznika Praw Pacjenta, zwróciła uwagę, że NFZ płaci zarówno za ubezpieczonych jak i nieubezpieczonych. Uznała, że najlepszym wyjściem byłoby skrócenie ścieżki dojścia do dokumentu, ułatwiającego dostęp do świadczenia zdrowotnego. Skupienie się na tym powinno pozwolić sprawnie naprawić błęd. Stwierdziła, że możliwe jest, aby uprawnieni do ubezpieczenia byli wszyscy potencjalni pacjenci, w tym osoby nie ubezpieczone. Zadeklarowała wsparcie NFZ w tym zakresie.

Prof. I. Lipowicz zapowiedziała, że rozważy zwrócenie się do NIK w związku z możliwymi dysfunkcjami w systemie. Nie wykluczyła wniosku o szczegółową kontrolę w 2012 roku w zakresie możliwej niegospodarności. Uznała, że w tej sprawie dwa konstytucyjne organy mają obowiązek zawarcia porozumienia administracyjnego (MPiPS i MZ).

Katarzyna Łakoma przypomniała, że w minionym okresie zimowym RPO kierował apele do samorządów, a jej zespół prowadził kontrolę schronisk. RPO wielokrotnie kierował Wystąpienia Generalne do Ministra Zdrowia w tej sprawie. Uzyskaliśmy odpowiedź, że w przedmiotowej sprawie wydaje się zasadne włączenie osób bezdomnych do systemu. Zapowiedziała, że RPO będzie sprawę uważnie monitorował. Nie wykluczyła, że w przyszłości wniosek do Trybunału Konstytucyjnego okaże się koniecznością.

M. Chrapek, w nawiązaniu do wypowiedzi A. Piątek, powiedział, że Minister Pracy i Polityki Społecznej dwukrotnie występował do Minister Zdrowia z propozycją uproszczenia procedury, o której mowa – objęcia osób nieubezpieczonych prawem do świadczeń opieki zdrowotnej - z uwagi na to, że procedura rodzi rozmaite komplikacje dla ośrodków pomocy społecznej. Dodał, że procedura jest skomplikowana i sformalizowana. Utrudnia też wydanie decyzji w niektórych przypadkach, np. gdy dana osoba jest nieprzytomna lub np. nagle opuściła szpital. Przypomniał, że resort występował z propozycją pomocy przy konstruowaniu konkretnych zapisów. Podkreślił, że Minister Zdrowia w swej odpowiedzi nie dostrzegł problem w tym zakresie.

Problem zatrudniania lekarzy, pielęgniarek i udzielania świadczeń medycznych w placówkach dla bezdomnych należy do świadczeń opieki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia zazwyczaj jest nieugięte, ponieważ są to świadczenia opieki zdrowotnej regulowane przez ustawę o zakładach zdrowotnych. Tylko podmioty wymienione w tej ustawie mogą tych świadczeń udzielać. Wyraził przypuszczenie, że domy dla bezdomnych nie są częścią tej grupy, ponieważ nie są to Zakłady Opieki Zdrowotnej. I takie jest stanowisko Ministerstwa Zdrowia. To samo dotyczy Domów Opieki Społecznej.

R. Starzyński zwrócił uwagę, że organizacje pozarządowe pomagają bezdomnym wbrew obowiązującym przepisom. Kiedy straż miejska lub inna służba dowozi do placówki osobę chorą, wówczas organizacja pozarządowa zgodnie z obowiązującymi przepisami nie powinna przyjmować takiej osoby. Zgodnie z prawem, do podjęcia opieki nad osobą wymagającą opieki medycznej, organizacja musi mieć zezwolenie od właściwego wojewody. Monar i inne organizacje pozarządowe nie są Domami Pomocy Społecznej i nie mogą bezdomnym tymczasowo zapewnić miejsca do życia, tak aby mogły one godnie oczekiwać na decyzję w sprawie przyznania im miejsca w DPS lub ZOL-u. Również ZOL świadczy usługę krótkoterminową. Czas przebywania w ZOL-u jest ograniczony do chwili wygaśnięcia usługi świadczonej. Po tym czasie bezdomny zazwyczaj wraca do organizacji pozarządowej.

DYSKUSJA:

Maria Siedlecka-Gracka zaznaczyła, że zarejestrowała poradnię, ponieważ lekarze chcieli stworzyć placówkę podstawowej opieki zdrowotnej. Wyposażyli zarejestrowany gabinet, który mógłby świadczyć podstawową usługę medyczną, ale Stowarzyszenie „Lekarze Nadziei” nie spełniają warunków Narodowego Funduszu Zdrowia, który wymaga, aby w gabinecie lekarz pracował 5 razy w tygodniu. Wszyscy lekarze w gabinecie pracują społecznie, wtedy kiedy czas im na to pozwala. Jej zdaniem, najważniejsze jest, aby zabezpieczyć zdrowotne świadczenia osobom spoza systemu. Na 25 pacjentów przyjętych do placówki, jedynie dwie są ubezpieczone, co w żaden sposób nie pozwala stowarzyszeniu pokryć kosztów świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia (opieka dotyczy przede wszystkim osób bezdomnych, nieubezpieczonych).

Agnieszka Domka poinformowała, że Wspólnota Chleb Życia prowadzi dom dla 80 osób, najczęściej chorych, bezdomnych, często niezdiagnozowanych. Ma do dyspozycji 7 osób personelu. W warszawskich domach opieki społecznej na 150 pensjonariuszy jest zatrudnionych 90 osób personelu, budżet na osobę miesięcznie wynosi ok. 4000 zł. Podliczyła, że 80 osób chorych wymaga kilkunastu opatrunków dziennie, ok. 30 osób bierze leki, które musi wydzielać pielęgniarka według stałych zaleceń lekarzy. Chorzy muszą być pod stałą kontrolą lekarza, bo cierpią na choroby kardiologiczne, psychiatryczne itd. Nawet gdyby osoby te były ubezpieczone, to nie jest możliwe dowożenie ich do lekarza. Brakuje na to personelu, a pobliska przychodnia nawet nie ma możliwości przyjęcia osób na wózkach (nie jest do tego dostosowana).

Magdalena Hozer-Chachulska powiedziała, że Hospicjum zmuszane jest do ograniczania swojej działalności, ponieważ ustawa o pożytku publicznym uniemożliwiła mu np. prowadzenie gabinetu stomatologicznego. Zwróciła również uwagę na problem finansowania leków dla najuboższych.

Andrzej Janowski przypomniał, że dzieci porzucone są zazwyczaj ciężko chore. Za świadczenia lecznicze fundacja płaci z własnych środków. Do 2005 roku podobne placówki funkcjonowały jako oddziały pre-adopcyjne przy szpitalach. Natomiast w 2005 roku zaszła zmiana – obecnie mają charakter placówek opieki społecznej. Zapytał, czy istnieje możliwość przekształcenia tego typu szczególnych placówek w ośrodki opiekuńczo-medyczne.

Aleksandra Chrzanowska podkreśliła szczególną sytuację cudzoziemców, którzy mieszkają bądź pracują nielegalnie w Polsce. Scharakteryzowała ich jako osoby „podwójnie wykluczone”, nie mają oni bowiem prawa do ubezpieczenia i nie są objęci ustawą o opiece społecznej. Poprosiła o rozważenie możliwości włączenia tej grupy społecznej do systemu. Leczenie tej grupy obcokrajowców w sytuacji zagrożenia życia kosztuje znacznie więcej niż zapewnienie im dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej. Zaznaczyła, że część z nich miałaby środki finansowe na dobrowolne ubezpieczenie, natomiast występuje tutaj ograniczenie prawne, ponieważ bez ważnych dokumentów, osoba nie ma prawa do wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia w NFZ. Zwróciła uwagę, że podobna sytuacja dot. osób posiadających „Kartę Polaka”.

Robert Starzyński skierował pytanie do A. Piątek, NFZ, dotyczące możliwości objęcia dofinansowaniem placówki dla osób bezdomnych, które już spełniają wszystkie wymogi NFZ. Prowadzona przez niego placówka mogłaby zarejestrować się jako ZOL, natomiast wykluczy to możliwość przyjmowania osób bezdomnych, ponieważ nie wszystkie osoby będą spełniały kryteria skali Bartela. Oznacza to, że konieczne będzie zamykanie drzwi przed bezdomnym, który nie uzyska 14 pkt. w skali Bartela.

Bożena Mikołajczyk zauważyła, że skala Bartela nie jest decydująca przy przyjmowaniu do ZOL, natomiast za najważniejsze uznała środki, którymi pacjent dysponuje.

Marcin Chrapek powiedział, że procedura wymaga odpłatności 70% za ZOL. Do zasiłku stałego wymagane jest orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Taka osoba powinna zostać leczona bezkosztowo.

Dariusz Hajdukiewicz ocenił, że obecna procedura doprowadzi do bankructwa ZOL. Postulat jego biura polega na skróceniu i uproszczeniu procedury. Pozwoli to włączyć osoby najbardziej poszkodowane do systemu.

Robert Starzyński zaznaczył, że MONAR przyjmuje osoby, które czekają na miejsce w DPS, posiadają dokumenty i czekają na leczenie w ZOL. Procedura przewiduje, że ZOL musi wypisać pacjenta po maksymalnie 6 miesiącach, co przy braku miejsc w DPS doprowadza do dramatycznych sytuacji.

Agnieszka Domka zauważyła, że żaden ZOL nie przyjmie osoby z 90 – dniowym ubezpieczeniem, co jest niezgodne z prawem. Powiedziała też, że niemożliwym jest uzyskanie dofinansowania publicznego dla zatrudnienia pielęgniarek i lekarzy w schroniskach dla bezdomnych i noclegowniach.

Olga Pilarska w kwestii możliwości zatrudniania pielęgniarek/lekarzy w placówkach zajmujących się osobami nie ubezpieczonymi, zauważyła analogię dla zatrudniania pielęgniarek w placówkach szkolno-wychowawczych. Szkoły nie są zakładami opieki zdrowotnej, a jednak pielęgniarki od jakiegoś czasu zostały przywrócone do szkół. Lekarze i pielęgniarki kontraktowane przez NFZ mogłyby pełnić praktykę lekarską w miejscu wezwania (czyli w placówce dla osób nieubezpieczonych). Należy odpowiedzieć na pytanie, kto pokrywałby koszty takiej praktyki.

M. Chrapek uznał, że koszty byłyby rozliczane z kontraktu/umowy, którą miałby lekarz z NFZ.

Aleksandra Piątek jej zdaniem, powyższa analogia jest trafna: zatrudniani lekarze i pielęgniarki z indywidualną praktyką, wykonujący zawód w ramach DOZ, mogą mieć kontrakt z NFZ, udzielać świadczeń i otrzymywać za to wynagrodzenie. Otwartą kwestią pozostaje jednak, że świadczenie takie może odbywać się jedynie na rzecz osób uprawnionych – ubezpieczonych lub uprawnionych z innego tytułu. Niesienie pomocy osobom nie ubezpieczonym wymaga zatem nabycia uprawnienia. NFZ może płacić jedynie za świadczenie na rzecz uprawnionych.

W sprawie opieki długoterminowej uznała, że problem polega m.in. na konieczności przeprowadzenia konkursu na opiekę długoterminową. Jeśli chodziłoby o pomoc w ramach podst. opieki zdrowotnej, możliwe jest udzielanie pomocy na bieżąco. Natomiast świadczenia specjalistyczne wymagają konkursu.

M. Chrapek przyznał, że w DPS są osoby wymagające całodobowej opieki, co pociąga za sobą konieczność zaangażowania medycznego większego niż w domach dla bezdomnych czy noclegowniach, ze względu na to, że one nie mają być placówkami dla osób wymagających całodobowej opieki medycznej. Natomiast udzielanie świadczeń – np. kontraktowe usługi pielęgniarskie w DPS, tam gdzie były prowadzone, przyniosły dobre efekty. Należy przy tym zwrócić uwagę na ograniczone środki NFZ - kontrakty zostały zmniejszone nawet w DPS, problemem jest zatem znalezienie środków na długoterminową opiekę. Powiedział, że według przyjętych rozwiązań, niemożliwym jest nieprzyjęcie pacjenta do ZOL wymagającego całodobowej opieki medycznej, wyłącznie na podstawie braku środków finansowych. Dodał, że osoba wymagająca intensywnej opieki medycznej powinna być skierowana do ZOL, nie zaś do DPS. Zaznaczył, że do resortu trafiają skargi, czego efektem są interwencje w ZOL, aby każda osoba (również taka, która nie ma udokumentowanego dochodu) a potrzebująca opieki medycznej w trybie pilnym, była zgodnie z prawem przyjęta przez ZOL.

Prof. I. Lipowicz zapytała, czy resort prowadzi statystykę w tej sprawie i ile było podobnych interwencji w skali roku.

M. Chrapek odpowiedział, że omawiane sprawy (dot. dostępu osób do świadczeń zdrowotnych) nie leżą w gestii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

R. Starzyński poinformował, że w jego DPS (MONAR) 27 osób z pełną dokumentacją czeka na umieszczenie w ZOL. Sprawa nie dotyczy Warszawy, lecz województwa mazowieckiego. Osoby te dostały wstępną decyzję o przydzieleniu do ZOL w 4. kwartale 2012 r.

M. Chrapek uzupełnił, że każda osoba, która otrzymała decyzję (w trybie administracyjnym), zgodnie z którą na przydzielenie do DPS musi czekać dłużej niż 3 miesiące – powinna się odwołać.

Prof. I. Lipowicz zaproponowała eksperyment, polegający na pilotowanie losu wspomnianych 27 osób przez MPiPS.

Na zakończenie prof. Irena Lipowicz podziękowała wszystkim za przybycie i dyskusję. Poprosiła uczestników o przekazanie do biura RPO stanowisk w sprawach, które zostały poruszone w trakcie spotkania.

Uwaga:

Po zakończeniu konferencji p. Adriana Porowska poprosiła OPS w Ursusie o uzasadnienie domagania się przez urzędników zaświadczeń o kontynuacji leczenia od osób bezdomnych. O braku podstaw prawnych takiego działania mówił podczas konferencji naczelnik Marcin Chrapek z MPiPS. OPS przyznał, że nie ma stosownej podstawy prawnej. Dzięki informacji przekazanej przez przedstawiciela ministerstwa, jeden z problemów organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą osobom bezdomnym został rozwiązany.

II. Wybrane wnioski Rzecznika Praw Obywatelskich skierowane do uczestników spotkania:

1. Do Bożeny Mikołajczyk o przekazanie dokumentacji obywaterek Ukrainy, które były leczone w szpitalu wolskim. RPO zobowiązała się podjąć rozmowy w tej sprawie ze swoim odpowiednikiem po stronie ukraińskiej.
2. Do naczelnika M. Chrapka: czy resort podejmował próby zawarcia porozumienia z Ministerstwem Zdrowia? Ile odbyło się wspólnych posiedzeń w poruszonych sprawach? Czy istnieje możliwość skrócenia terminów przyjęcia do ZOL?
Prośba o przekazanie kopii pism Ministra PiPS do Ministra Zdrowia ws. uproszczenia procedury przyznania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób nieubezpieczonych i pomocy w tym zakresie oraz odpowiedzi Ministra Zdrowia.
Prośba o pilotowanie losu 27 osób, które czekają na miejsce w DPS (problem zgłoszony przez przedstawiciela MONAR).
3. Do M. Siedleckiej-Grackiej o przekazanie propozycji zmiany rozporządzenia dot. możliwości zatrudniania lekarza na etat przez mniej niż 5 dni w tygodniu.

III. Rekomendacje w sprawie dostępu osób nieubezpieczonych (bezdomnych) do podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Działania do podjęcia przez RPO zgłoszone przez Zespół Prawa Administracyjnego i Gospodarczego BRPO
 - wniosek do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie konstytucyjności przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) w zakresie, w jakim uzależniają one dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od sytuacji materialnej obywateli RP. Według obecnej konstrukcji osoby posiadające obywatelstwo polskie, nie objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, nabywają prawo do korzystania z tych świadczeń tylko wówczas, gdy spełniają kryterium dochodowe i majątkowe określone przez ustawodawcę, podczas gdy art. 68 Konstytucji RP stanowi, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia (ust. 1), a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (ust. 2 zdanie pierwsze);
 - wystąpienie do Ministra Zdrowia w sprawie przygotowania rozwiązań, które doprowadzą do włączenia osób bezdomnych, pozostających poza systemem pomocy społecznej, do systemu ubezpieczenia zdrowotnego;
 - rozważenie możliwości wystąpienia do Najwyższej Izby Kontroli w zakresie działalności instytucji publicznych odpowiedzialnych za zagwarantowanie osobom nieubezpieczonym dostępu do świadczeń medycznych.

Zespół opracował także informację dotyczącą zasad przyznawania Karty Polaka i uprawnień przysługujących posiadaczom Karty. Opracowanie w załączeniu.

2. Działania do podjęcia przez RPO zgłoszone przez Zespół Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego

- wysłanie do organizacji pozarządowych opiekujących się osobami bezdomnymi sugestii przedstawienia oceny funkcjonowania regulacji prawnej, zawartej w art. 49 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Treść art. 49 brzmi:

Art. 49. 1. Osoba bezdomna może zostać objęta indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności, polegającym na wspieraniu osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomocy w uzyskaniu zatrudnienia.

2. Indywidualny program wychodzenia z bezdomności jest opracowywany przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej wraz z osobą bezdomną i podlega zatwierdzeniu przez kierownika ośrodka.

3. Jeżeli osoba bezdomna przebywa w schronisku lub domu dla bezdomnych, indywidualny program wychodzenia z bezdomności może być opracowany przez pracownika socjalnego zatrudnionego w tej placówce, z zastrzeżeniem ust. 5.

4. Realizatorem indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności w przypadku, o którym mowa w ust. 3, jest schronisko lub dom dla bezdomnych.

5. Jeżeli indywidualny program wychodzenia z bezdomności wykracza poza będące w dyspozycji placówki środki pomocy lub zachodzi konieczność objęcia osoby bezdomnej ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega on zatwierdzeniu przez kierownika ośrodka pomocy społecznej. W takim przypadku w programie wskazuje się podmioty odpowiedzialne za realizację poszczególnych postanowień programu.

6. Indywidualny program wychodzenia z bezdomności powinien uwzględniać sytuację osoby bezdomnej oraz zapewniać szczególne wspieranie osobie aktywnie uczestniczącej w wychodzeniu z bezdomności.

7. Indywidualny program wychodzenia z bezdomności, stosownie do potrzeb osoby bezdomnej, może uwzględniać wszelkie środki pomocy, jakimi dysponuje ośrodek pomocy społecznej realizujący program.

8. Za osobę bezdomną objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności ośrodek pomocy społecznej opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w przepisach *o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia*⁽⁴⁸⁾.

3. Działania do podjęcia przez RPO zgłoszone przez Zespół Społeczny:

- skierowanie do Ministra Zdrowia wniosku o rozważenie możliwości wydania rozporządzenia, które pozwoli na zapisanie osoby bezdomnej i chorej do kolejki do ZOL (Zakładu Opieki Leczniczej) na podstawie skierowania lekarskiego; w trakcie oczekiwania wyrobiane byłyby stosowne dokumenty.

Uzasadnienie: Skrócenie czasu oczekiwania na miejsce w ZOL osoby bezdomnej, która znajduje się w szpitalu i nie posiada dokumentów (zdarza się, że nieznana jest jej tożsamość). Wg. Bożeny Mikołajczyk - pracownika socjalnego Szpitala Wolskiego oraz przedstawicieli organizacji

pozarządowych obecnych na spotkaniu, osobę chorą kieruje (zapisuje się) do kolejki oczekującej na przyznane miejsca w ZOL dopiero wtedy, gdy ma ona komplet dokumentów. Ustalenie tożsamości osoby bezdomnej, zrobienie jej zdjęcia, wyrobienie dokumentów trwa kilka tygodni a nawet miesięcy, podczas których osoba bezdomna zajmuje łóżko w szpitalu (co może kosztować kilka tysięcy złotych), co często nie jest konieczne z przyczyn medycznych.

Opracowanie: Joanna Troszczyńska – Reyman, Zespół Społeczny, tel. (22) 55 17 989, e-mail: j.troszczyńska@brpo.gov.pl

IV. Procedura postępowania pracownika socjalnego szpitala wobec pacjentów nie posiadających dokumentacji potwierdzającej ich tożsamość (przedstawiona przez Bożenę Mikołajczyk, Szpital Wolski)

Pracownik socjalny szpitala:

1. wysyła wniosek do OPS (Ośrodek Pomocy Społecznej) o potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szacowany czas oczekiwania na otrzymanie decyzji to 30 dni.
2. wysyła wniosek do OPS z prośbą o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego pod kątem przyznania zasiłku celowego, który jest niezbędny do wykonania zdjęć do dowodu osobistego - czas oczekiwania 7dni.
3. (po przyznaniu zasiłku celowego) kontaktuje się z fotografem, który wykonuje zdjęcia przy łóżku chorego - czas oczekiwania 1 dzień.
4. (po otrzymaniu zdjęć) zwraca się do wydziału meldunkowego z prośbą o złożenie wniosku na wykonanie dowodu osobistego - czas oczekiwania na dowód osobisty - 1,5 miesiąca.
5. (po otrzymaniu dowodu osobistego) wysyła dokumenty do komisji orzekającej stopień niepełnosprawności - czas oczekiwania 1 miesiąc.
6. (po otrzymaniu decyzji) składa wniosek do OPS o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego pod kątem przyznania zasiłku stałego - czas oczekiwania 20 dni.
7. (po przyznaniu zasiłku stałego) wysyła przygotowane dokumenty do ZOL czas oczekiwania na miejsce w ZOL: 3-6 miesięcy.

Oznacza to, że ogólny czas pobytu w szpitalu pacjenta wymagającego opieki długoterminowej wynosi ok. 9 miesięcy.