

IX kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

(NR 23)

z dnia 24 maja 2023 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 23)

24 maja 2023 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Pawła Rychlika (PiS)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat dostępu do farmakoterapii dla nieletnich pacjentów ze schizofrenią dziecięcą.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Sylwia Kozarzewska** starszy specjalista w Departamencie do spraw Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Katarzyna Thielmann** główny specjalista w Zespole Spraw Społecznych w Biurze Rzecznika Praw Dziecka, **Izabela Ciuńczyk** prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego wraz ze współpracownikiem, **Janusz Heitzman** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, **Renata Mizerska** prezes Polskiej Rady Psychoterapii Związek Stowarzyszeń oraz **Barbara Remberk** kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytut Psychiatrii i Neurologii.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Jakub Stefański** - z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł **Paweł Rychlik (PiS)**:

Dzień dobry państwu.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Serdecznie witam panią Izabelę Ciuńczyk prezesa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego. Witam panią Ewę Gizę, wiceprezesa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego. Witam pana profesora Janusza Heitzmana, który jeszcze nie dotarł. Witam panią Katarzynę Klimkowską radcę w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia. Witam panią Sylwię Kozarzewską starszego specjalistę w Departamencie do Spraw Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta. Witam serdecznie pana Macieja Miłkowskiego podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, panią Renatę Mizerską prezesa Polskiej Rady Psychoterapii Związek Stowarzyszeń. Witam panią dr hab. Barbarę Remberk, kierownika Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Witam serdecznie panią Katarzynę Thielmann głównego specjalistę w Zespole Spraw Społecznych Biura Rzecznika Praw Dziecka. Witam państwa bardzo serdecznie.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia obejmuje rozpatrzenie informacji na temat dostępu do farmakoterapii dla nieletnich pacjentów z schizofrenią dziecięcą. Temat ten referuje przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia w osobie pana ministra Macieja Miłkowskiego. Czy są uwagi do proponowanego porządku dziennego? Jeśli nie, to porządek ten uważam za przyjęty.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że wszystkie materiały zostały wysłane do państwa na maile.

Proszę pana ministra o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie za to posiedzenie podkomisji. Przedstawiliśmy państwu bardzo szczegółowy materiał, jak wygląda sytuacja w zakresie leczenia i dostępności farmakoterapii dla pacjentów do 18 roku życia ze schizofrenią zarówno w zakresie epidemiologii, jak również leczenia i w tym w szczególności farmakoterapii.

Jeśli chodzi o aktualne nowości, w MZ ostatnio nie otrzymaliśmy żadnych wniosków dotyczących terapii lekowej schizofrenii u dzieci. Jednak niedawno został złożony wniosek dotyczący leku Brexpiprazol do leczenia schizofrenii u dorosłych pacjentów, a nie u dzieci. Produkt leczniczy ma swoją charakterystykę przeznaczoną do leczenia osób dorosłych.

Jeśli chodzi o epidemiologię na świecie, to szacuje się, że ok. 1% populacji dorosłej cierpi na schizofrenię. W przypadku osób o wczesnym początku choroby odsetek ten wynosi ok. 0,5% populacji. W Polsce liczba ta oscyluje w granicach 350 do 500 tys. osób, a objawy schizofrenii dziecięcej zazwyczaj pojawiają się przed 12. rokiem życia. Jednak im osoba jest starsza, tym większe ryzyko zachorowania. Od 15. roku życia obserwuje się znacznie większą zapadalność na schizofrenię niż przed 12. rokiem życia.

Jeśli chodzi o farmakoterapię, przedstawiliśmy państwu wszystkie leki, które są dostępne w Polsce objęte refundacją. Jest to 13 substancji czynnych. Tylko część z tych leków ma zatwierdzone wskazania rejestracyjne, a część z nich jest stosowana off-label. Dlatego lekarze rozpoczynający leczenie powinni poinformować rodzica i pacjenta o takim zastosowaniu leku, jeśli jest to off-label. Leczenie schizofrenii jest bardzo trudne i wiąże się z wieloma potencjalnymi działaniami niepożądanymi, szczególnie zaburzeniami metabolicznymi i otyłością. Istnieją jasne wytyczne dotyczące sposobu stosowania tych leków, jak rozpoczynać leczenie i jakie leki wykorzystywać. Istotne jest również to, że rocznie około 100 najmłodszych osób jest leczonych z rozpoznaniem F20, co oznacza schizofrenię, wraz z dodatkowymi cyframi od 1 do 9.

Rozpoznaje się różne typy schizofrenii, w tym również typy nieokreślone. W grupie wiekowej do 12. roku życia rozpoznaje się ok. 100 przypadków schizofrenii. W wieku 13-14 lat również obserwuje się ok. 100 nowych rozpoznań, a w późniejszym okresie tego wieku ok. 300 rozpoznań. Łącznie, w wieku 13-14 lat leczy się ok. 200 pacjentów. Natomiast w wieku 15-17 lat liczba ta wynosi ok. 600 pacjentów.

Główne koszty poza farmakoterapią to koszty leczenia psychiatrycznego w zakresie leczenia szpitalnego. Stanowią one zdecydowaną większość kosztów związanych ze świadczeniami poza lekowymi. Jeśli chodzi o koszty całkowite, wydatki na farmakoterapię wynosiły około 470 mln zł w latach 2018 i 2019, przy stabilnym koszcie 11 substancji czynnych. Obecnie, jak już wspominałem, mamy 13 substancji czynnych. W ubiegłym roku miało miejsce ostatnie poszerzenie wskazań dla Lurazydonu, dotyczące osób powyżej 13 roku życia. Od września wydaliśmy około 600 mln zł. Od 2020 r. zaobserwowano istotny wzrost kosztów do 540 mln zł, a w 2021 r. do 563 mln zł. Obecnie koszt ten wynosi około 600 mln zł.

Jeśli chodzi o poszczególne substancje czynne stosowane u populacji pediatrycznej, największy odsetek pacjentów jest leczonych Aripiprazolem, a następnie Olanzapiną i Risperidonem. Są to informacje zawarte w przekazanym przez nas materiałach. Dokument ten jest bardzo szczegółowy i dostępny dla wszystkich zainteresowanych. Jesteśmy tutaj, aby służyć państwu pomocą. Wśród naszych ekspertów znajduje się pani Katarzyna Klimkowska, zajmująca się psychiatrią i farmakoterapią w MZ, oraz profesor Janusz Heitzman, który wraz z profesorem Gałęckim, konsultantem krajowym, stanowi nasz zespół ekspertów. Jesteśmy do państwa dyspozycji i gotowi udzielić wszelkiej pomocy.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Otwieram dyskusję.

Bardzo proszę. Proszę na wstępie o przedstawienie się.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Dzień dobry. Ewa Giza, lekarz psychiatra. Oprócz tego, że pełnię funkcję dyrektora szpitala MSWiA i prowadzę Centrum Zdrowia Psychicznego, jestem wiceprezesem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego. Zajmuję się też dziećmi i młodzieżą od wielu lat, mimo że jestem psychiatrą dorosłych. Jednak praktyka pokazuje, że pracujemy z całą rodziną, także z dziećmi.

Farmakoterapia – myślę, panie ministrze, że te cyfry, które pan podał, są dużo większe, ponieważ samo rozpoznanie schizofrenii to jest jakby procent i liczby. Natomiast istnieje jeszcze bardzo wiele psychoz podobnych do schizofrenii. Jak to nazwać? Tylko trzeba sobie uświadomić, że farmakoterapia, jak widać, jest bardzo kosztowna. Dzieci rosną, przeżywają wiele lat później. Jest to trudna choroba do leczenia, a farmakoterapia stanowi jedną z metod leczenia tej choroby oraz jej powikłań, jak już pan minister wspominał, takie jak poważne zespoły metaboliczne i inne. Jednak w procesie rehabilitacji psychiatrycznej i leczenia bardzo istotna jest rehabilitacja psychiatryczna oraz opieka środowiskowa, psychoterapia i praca z rodziną. Wszystkie te aspekty uzupełniają farmakoterapię lub nawet po pewnym czasie przejmują wiodącą rolę w leczeniu, prowadzeniu i przygotowaniu dzieci i młodzieży z diagnozą schizofrenii do życia dorosłego. Wiemy, że diagnoza ta jest trudna, jednak dzięki kompleksowemu podejściu do terapii, psychoterapii, pracy środowiskowej oraz z rodzicami i rodziną wiele osób może prawidłowo funkcjonować.

W związku z tym od kilku lat trwa reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, a od 2018 r. rozpoczęliśmy również reformę dotyczącą osób dorosłych. Dzięki współpracy z państwem i parlamentarzystami oraz rządowi udało się osiągnąć pozytywne zmiany. Obecnie trwają prace nad reformą dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży. Jeśli będę miała możliwość, mogę bardziej szczegółowo omówić kwestię tej reformy. Obecnie chciałabym tylko podkreślić, że w kraju dzieje się wiele pozytywnych rzeczy dzięki tym reformom, ale nadal potrzeba doprowadzić je do skutku i przede wszystkim połączyć te dwie sfery, ponieważ nie można przeprowadzać reformy tylko dla dzieci bez uwzględnienia osób dorosłych i odwrotnie.

To zdanie praktyczne jest nie tylko stanowiskiem naszych kolegów z Krajowego Biura ds. Pilotażu, ale także wynikiem mojej własnej praktyki. Od 2018 r. prowadzę zarówno Centrum Zdrowia Psychicznego, jak i poradnię dzieci i młodzieży na pierwszym poziomie referencyjności w ramach reformy. Pracuję z pacjentami zarówno na poziomie psychologicznym, psychoterapeutycznym, jak i środowiskowym. Widzę i doświadczam, jak kompleksowość tych interwencji wpływa na pacjentów, jakie są efekty i jak to jest niezbędne i możliwe do osiągnięcia. Na pierwszych poziomach referencyjności brakuje psychiatrów dzieci i młodzieży, co jest oczywiście problematyczne. Jednak mimo deficytu kadrowego, dzięki pracy terapeutycznej, środowiskowej i rehabilitacyjnej oraz zaangażowaniu szkół w proces edukacyjny i usamodzielnianie, te rezultaty są możliwe. Po pewnym czasie można zmniejszać dawki leków, regulować je, aby minimalizować skutki uboczne. Ważne jest, aby farmakoterapia nie była jedyną formą terapii, ponieważ to nie może być jedyne rozwiązanie. Obecnie dzieje się wiele nowych i pozytywnych rzeczy, i chciałam to przekazać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo dziękuję.

Czy są jeszcze jakieś pytania, sugestie do omawianego tematu?

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

Jeżeli pan poseł to porusza, chciałbym się oczywiście odnieść do tego zagadnienia. Ważne jest zaznaczyć, że powrót podkomisji ds. zdrowia psychicznego do problematyki psychiatrii dziecięcej jest niezwykle istotny dla reformy psychiatrii dziecięco-młodzieżowej oraz dla ogólnego ukazania, że troska o zdrowie psychiczne nabiera w tej kadencji Sejmu tempa, którego nie widziałem wcześniej. Jako ekspert, który od kilku kadencji uczestniczy w tych sprawach, jestem niezwykle zadowolony z takiego rozwoju. To naprawdę budujące.

W odpowiedzi na wypowiedź mojej koleżanki, pani doktor Gizy, chciałbym poruszyć kwestię dostępności leków związanych ze schizofrenią. Obecnie nie ma żadnego zagrożenia dotyczącego dostępności tych leków. Leki stosowane na całym świecie, włączając w to leki drugiej generacji, są w pełni dostępne dla dzieci cierpiących na schizofrenię oraz inne psychozy, o których wspomniała pani doktor, takie jak psychozy urojeniowe.

Czy koszt tego leczenia jest wysoki? W porównaniu do kosztów poświęconych na reformę psychiatrii w ciągu ostatnich kilku lat, są to niewielkie koszty, ponieważ większość z tych środków finansowych trafia na psychiatrię środowiskową oraz poradnie psychologiczno-psychoterapeutyczne. Natomiast leczenie farmakologiczne zawsze było obecne. Obecnie zastanawiamy się, czy te leki powinny być bardziej dostępne w formie bezpłatnych leków, szczególnie dla osób do 18. roku życia. Czy będą włączone do puli dostępnych leków? Jak duża jest ta populacja? Obejmuje ona ok. 10 tys. dzieci, łącznie z tymi dotkniętymi psychozami schizofrenicznymi, które mogłyby być poddane terapii tymi lekami.

Warto zauważyć, że leki stosowane w leczeniu schizofrenii powinny być poprzedzone dokładną diagnozą. Diagnoza schizofrenii u dzieci polega przede wszystkim na wykluczeniu innych zaburzeń zdrowia psychicznego oraz ustaleniu, że objawy, które występują u dziecka, nie są spowodowane innymi lekami, zatruciem, przyjmowaniem leków ani żadnym innym stanem chorobowym. W naszych warunkach diagnostyczny egzamin jest skuteczną metodą. Bezpieczny jest przede wszystkim w warunkach hospitalizacji. Dlatego drugim obszarem pomocy w leczeniu dzieci z schizofrenią jest wzmocnienie leczenia psychiatrycznego stacjonarnego, poprzez rozbudowę i modernizację oddziałów. Właśnie to ma miejsce. Powstał doskonały, nowoczesny oddział w Białymstoku, który aktualnie działa. Istnieją również oddziały, które wymagają wzmocnienia pod względem wyposażenia i rewitalizacji. Konieczne jest unowocześnienie wielu oddziałów psychiatrycznych w kwestii kapitalizacji.

Dzisiaj na wszystkich oddziałach psychiatrycznych ponownie brakuje miejsc, ponieważ zbliża się koniec roku. Pani profesor Remberk potwierdzi, że zawsze pojawia się ta fala. Już w lipcu będzie dostępne tylko 30% miejsc na tych oddziałach. Obecnie jest ich ponad 100%. Nie ma żadnego oddziału, który nie byłby przepełniony. Sezonowość w przypadku zaburzeń psychicznych wymagających hospitalizacji jest wyraźnie widoczna. Musimy również zauważyć, że leczenie schizofrenii często jest procesem planowanym. Jednak te miejsca często zajmowane są przez osoby, które nie wymagają farmakologicznego leczenia, ale potrzebują stworzenia poczucia bezpieczeństwa. Są to dzieci w kryzysie przed próbą samobójczą lub po niej, które niekoniecznie mają diagnozę schizofrenii lub psychozy. Koszt hospitalizacji tych dzieci jest dodatkowym obciążeniem generowanym przez system, który nie jest w stanie zapewnić im bezpieczeństwa w szkole, w domu i w innych miejscach, co prowadzi do konieczności hospitalizacji. To jest właśnie problem.

Jeśli chodzi o wymienione przez pana ministra leki, obecnie na świecie stosuje się kilka preparatów, o których tutaj mówiliśmy, takich jak Aripiprazol, Lurazydon, Olanzapina, Kwetiapina, Risperidon i Paliperidon. Jednak coraz rzadziej stosuje się Olanzapinę ze względu na jej niekorzystny wpływ i nasilone działania uboczne u dzieci. Dzieci są bardziej wrażliwe na niekorzystne i uboczne skutki leków, dlatego może być konieczne stosowanie preparatów, które są wolne od działań niepożądanych. Jeśli u dorosłej osoby niepożądane objawy nie są tak silnie zauważalne, to u osób poniżej 18 roku życia mogą być bardziej widoczne.

Niezwykle istotnym elementem towarzyszącym leczeniu dzieci z schizofrenią jest wsparcie psychologiczne, terapia psychologiczna, ale także wsparcie pedagogiczne i opiekuńcze, o czym czasami zapominamy. Istnieje duża grupa dzieci cierpiących na psychozy schizofreniczne, które nie mają odpowiednich opiekunów. Profesor wspominała o dzieciach w domach dziecka, zaniedbanych, często pochodzących z rodzin, w których występuje schizofrenia. Jest to również kwestia uwarunkowań genetycznych. Dlatego ważne jest, aby myśleć o populacji wymagającej leczenia nie tylko w kontekście farmakoterapii, ale również uwzględnić te inne obszary wsparcia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję, panie profesorze.

Pani poseł. Tak?

Posel Elżbieta Płonka (PiS):

Dzisiaj obchodzimy Dzień Psychiatrii Dziecięcej i Psychiatrii Wieku Młodzieńczego. Z tej okazji odbyło się również posiedzenie parlamentarne, na którym byliśmy obecni wraz z posłem Patrykiem. Dyskutowaliśmy na temat przejścia z wieku dziecięcego do dorosłego, które stanowi duże wyzwanie. Poszukujemy rozwiązania tego problemu, a MZ również angażuje się w poszukiwania rozwiązań w obszarze psychiatrii dla młodych ludzi.

Chcemy zapewnić płynne przejście dzieci, które otrzymują leczenie psychiatryczne, przez różne etapy terapii aż do 21. lub 25. roku życia. W tym okresie młode osoby często tracą się, gdy kończą 18 lat, ponieważ przestają być dziećmi i mają trudności w radzeniu sobie z tą zmianą. Nie wiedzą, gdzie szukać pomocy. Już teraz mamy dobrze zorganizowane leczenie cukrzycy u dzieci i kontrolowane przechodzenie do dalszej opieki medycznej. Jednak w przypadku psychiatrii młodzieńczej mamy pewien problem, który musimy rozwiązać. Profesor Walczak, jak sądzę, wspominał o tym dzisiaj. Chodzi o psychiatrię młodzieńczą, czyli obszar dotyczący osób w wieku około 21-25 lat, gdzie pojawiają się szczególne wyzwania rozwojowe.

Przechodząc do bardziej precyzyjnego opisu schizofrenii w kontekście psychiatrii i psychoz, jako lekarz chciałabym przypomnieć o moich pacjentach schizofrenicznych, młodych ludziach z tą bardzo trudną chorobą. Schizofrenia jest stanem, który wymaga ogromnego zaangażowania ze strony całej rodziny, zarówno podczas procesu diagnozowania, gdy dziecko zachoruje, jak i w opiece nad młodym pacjentem, który często jest niezdolny do normalnego funkcjonowania. Często nie są w stanie podjąć pracy, która wymaga dużego wysiłku umysłowego ze względu na zaburzenia orientacji.

Kiedy pacjent, na przykład Dominik, przychodzi do mnie i słyszę, że jest przed drzwiami, wychodzę i go spokojnie pytam, czego w danej chwili potrzebuje. Staram się nie wdawać w sprzeczki z nim, ponieważ wiem, że może to spowodować jego silne zderwienie i roztrzęsienie.

Ale, jeśli chodzi o leczenie schizofrenii, to schizofrenia schizofrenii nierówna. Nawet podtypy, można tak powiedzieć, są różne, a leczenie jest zarówno tradycyjne, jak i istniejące schizofrenia, która nie reaguje na leczenie. Co w takim przypadku? Moje pytanie brzmi: Jak właśnie wygląda ta forma schizofrenii, która nie reaguje na leczenie? Jak sobie radzą ci ludzie? Jak sobie radzą dzieci? Jak sobie radzą rodzice? Czy rzeczywiście są w stanie funkcjonować normalnie? Jak to się dzieje?

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Nie jestem ekspertem w tej dziedzinie, ale zgadzam się z tym, co zostało powiedziane na podstawie mojego doświadczenia. Rzeczywiście istnieją różne oblicza i przejawy tej choroby oraz różne dynamiki w kontekście rodzinnym. Schizofrenia nie jest izolowaną chorobą i skuteczność oddziaływania, zarówno na pacjenta, jak i na rodzinę, zależy od szybkości, kompleksowości i współpracy. Współpraca między ośrodkami zdrowia psychicznego a placówkami pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia referencyjności dla dzieci i młodzieży jest istotna. Ogólnie mówiąc, wraz z rodziną uczymy się o chorobie, objawach, radzeniu sobie, zachowaniach i komunikacji. Zapewniamy wsparcie i reagujemy jak najszybciej, aby uniknąć dezorientacji i utraty kontroli. Dzięki temu rodzinne środowisko może szybciej wykrywać symptomy i adekwatnie reagować, czy to poprzez farmakoterapię, hospitalizację lub inne dostępne interwencje.

Dzisiaj też jest dzień schizofrenii, więc dobrze, że takie dni są i dobrze, że mówi się o tym głośno. Jednak trzeba pamiętać, że dzieci i młodzież zmagają się z dodatkowymi problemami społecznymi i szkolnymi, często wymagają indywidualnego nauczania. Często stają się aspołecznymi, a rodzina staje się miejscem, gdzie odreagowują różne zachowania. To jest bardzo trudne. Dlatego tak istotne jest wsparcie dla rodzin, które wspólnie działają z lekarzami, psychologami, terapeutami środowiskowymi i pracownikami socjalnymi. Wszystkie te osoby tworzą sieć w centrach zdrowia psychicznego, która ma na celu

minimalizowanie skutków tej choroby i zachowań agresywnych, dezorganizujących itd, które często wiążą się z nadużywaniem substancji, takich jak alkohol czy narkotyki. Ci młodzi ludzie dorastają, stają się silniejsi, mają roszczenia, mają trudności w funkcjonowaniu społecznym. Często stają się agresywni wobec swoich starzejących się rodziców.

Niestety, instytucje takie jak ZUS często nie uznają osób z podwójną lub potrójną diagnozą jako osoby chore. Wielu naszych pacjentów z tymi diagnozami jest na utrzymaniu rodziców i roszczą sobie papierosy, piwo, alkohol. To może prowadzić do różnych form przemocy. Nikt nie jest w stanie poradzić sobie sam z schizofrenią, niezależnie od wieku. W naszej pracy, staramy się robić wszystko, co w naszej mocy. Od 23 lat prowadzę Stowarzyszenie Feniks, które działa na rzecz osób chorujących psychicznie i pracuję na rzecz ich środowiska. Znam efekty naszych działań. Jedynie kompleksowe podejście i współpraca wielu instytucji na poziomie lokalnym może doprowadzić do zatrudnienia chronionego i aktywizacji zawodowej, w celu przeciwdziałania izolacji społecznej. Schizofrenia to choroba, która prowadzi do izolacji społecznej, dlatego ta praca jest żmudna, ale możliwa. Wiem, że się da. Oczywiście, rozumiem, że w przypadkach lekooporności schizofrenii sytuacja jest trudna. Te przypadki są mniej powszechne. Pacjenci z taką diagnozą często otrzymują inne formy leczenia, takie jak hospitalizacja lub inne specjalistyczne interwencje.

Natomiast wiemy na pewno, że po intensywnych okresach farmakoterapeutycznych, których wymaga ten stan psychiczny, możemy trochę zmniejszyć dawki, robić przerwy i stosować inne formy leczenia, ponieważ osoby te mogą później cierpieć na powikłania somatyczne. Istnieją również badania wskazujące, że osoby chorujące na schizofrenię mają o 20 lat krótszą średnią długość życia z powodu powikłań metabolicznych. Dlatego warto podjąć leczenie młodej osoby, zwłaszcza młodej, pomagając jej we wszystkich fazach życia – zarówno w kwestiach rodzinnych, jak i seksualnych oraz w innych potrzebach, takich jak wiele z nas ma. Musimy to wszystko uwzględnić. Celem działań rehabilitacyjnych jest aktywizacja zawodowa, społeczna oraz rozwijanie samodzielności, ponieważ przecież ci rodzice nie będą żyć wiecznie.

Chcemy przeciwdziałać izolacji, która występuje w domach pomocy społecznej, ponieważ wielu młodych ludzi spędza tam wiele lat swojego życia. Dlatego potrzebujemy wsparcia wszystkich, którzy rozumieją tę sytuację, ponieważ reprezentujemy długą historię pracy jako lekarze psychiatry i zarządzający, i chcemy wprowadzić zmiany, które już się zaczęły. Jednak jest to trudny proces, który wymaga wspólnych wysiłków, aby kontynuować reformy, upraszczać i łączyć opiekę nad dorosłymi i dziećmi, ponieważ niestety staje się to coraz trudniejsze ze względu na kwestie finansowe, rozliczenia i relacje z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz brak pewnych procedur. Obecnie cierpimy głównie dlatego, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie została jeszcze uchwalona, zwłaszcza art. 5a, który blokuje dalszy rozwój, ponieważ pilotaż musi się zakończyć i zostać podsumowany.

Obecnie sieć pilotażu obejmuje 50% społeczeństwa w kraju, a funkcjonuje ponad 300 placówek pierwszego stopnia referencyjności dla dzieci i młodzieży w tych trudnych warunkach. Wprowadzane są nowe kadry, a my sami szkolimy również nowe kadry, więc dzieje się wiele dobrego. Obserwujemy duże zaangażowanie społeczne, zarówno wśród parlamentarzystów, urzędników, jak i wśród nas, psychiatrów, gdzie jeszcze kilka lat temu trudno było znaleźć dwóch psychiatrów mówiących tym samym głosem. To jest, moim zdaniem, nasze duże osiągnięcie, że przez te kilka lat udało się zgromadzić naprawdę dużą grupę, obecnie pod kierownictwem Biura ds. Pilotażu, wcześniej pana Balickiego, a teraz Anny Depukat. Tworzymy naprawdę silną grupę. Ostatnio na warsztatowej konferencji w Ustroniu Morskim, zorganizowanej przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego, uczestniczyło ponad 300 osób z różnych obszarów. To jest bardzo pocieszające, ale potrzebujemy pomocy, aby skutecznie wprowadzić te zmiany, ponieważ to jest jedyny sposób, aby choroba psychiczna, tak trudna jak schizofrenia, która dotyka całe pokolenia i całe rodziny, mogła być łagodniejsza. Jeśli zastosujemy podejście procentowe i trudno, powiedzmy, gdy tylko 1% lub 0,5% zapada na tę chorobę, to poprzez pracę z rodziną, rodzicami, szkołą i samym młodym człowiekiem, który doświadcza zespołów lękowych i alienacji, możemy pomóc.

Teraz, po Covid-19, doświadczamy wielu różnych form izolacji, wysokiego poziomu autoagresji i dziwnych kontekstów. Im szybciej reagujemy wspólnymi siłami, tym mniejsze prawdopodobieństwo rozwoju schizofrenii. Jeśli już do niej dojdzie, istotne jest przeprowadzenie intensywnej hospitalizacji, diagnozy oraz ustawienia odpowiednich leków, a następnie kontynuowanie opieki przez kolejne etapy życia tych osób. Proszę mi uwierzyć, że schizofrenia nie jest beznadziejną chorobą, która uniemożliwia pracę, funkcjonowanie czy pełnienie ról społecznych. Takie przypadki mają miejsce. Kluczowe jest jednak kompleksowe podejście, współpraca oraz odpowiednie i jak najniższe dawki farmakoterapii. Ważne jest również budowanie sieci wsparcia i oparcie dla pacjentów. Nie możemy pozwolić sobie na to, że przez dwa lata wszystko jest w porządku, a potem powraca się do systemu opartego na opłatach za usługi i koniec końców zostaje się samemu.

Dlatego ja, z Kołobrzegu oraz koleżanka z Koszalina przyleciałyśmy samolotem, aby porozmawiać, opowiedzieć i uzyskać państwa akceptację i poparcie w realizacji reform. Musimy wiedzieć, co dzieje się w tych reformach, ponieważ wiele dobrego się dzieje. Jesteśmy w połowie drogi i posiadamy doświadczenie. Powołujemy Krajowy Ośrodek ds. Psychiatrii, który będzie nadzorował, badał i prezentował wyniki. W innych krajach reformy trwają latami, a my dopiero zaczynamy ten kompleksowy proces. Koleżanka działa w tej dziedzinie od 5 lat, ja od roku, a nasze stowarzyszenie istnieje od dłuższego czasu. Wiemy, że to właściwy kierunek, mimo trudności, ponieważ nie zawsze możliwe jest pełne przywrócenie wszystkich ról i radości w życiu. Jednak wiele można osiągnąć, jeśli naprawdę będziemy współpracować. Dziękuję.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Izabela Ciuńczyk:

Chciałabym dodać, że naszym marzeniem jest wprowadzenie modelu psychiatrii środowiskowej, podobnego do tego obecnego w Skandynawii. Tam aż 80% osób, niezależnie od wieku, po pierwszym epizodzie psychotycznym, który można nazwać schizofrenią, powraca w pełni do swoich ról adekwatnych do wieku. Oznacza to, że tylko co piąta osoba będzie miała nawroty lub charakter przewlekły. Z tego punktu widzenia schizofrenia jest chorobą, którą można wyleczyć. Jednak warunkiem tego sukcesu jest kompleksowe oddziaływanie, które obejmuje nie tylko farmakoterapię, o czym ciągle mówimy.

Dzięki istnieniu pilotażowego Centrum Zdrowia w Koszalinie, które posiada proaktywny budżet, możemy cieszyć się wieloma korzyściami. Na przykład, jako pracownik, mam dostęp do doradcy zawodowego, specjalisty ds. żywienia i dietetyka. Wcześniej, przed rokiem 2018, gdy obowiązywał system fee for service, doradca zawodowy współpracował jedynie z terapeutami, psychologami i lekarzami. Właśnie dlatego praca i odpowiednie dopasowanie do niej są tak istotne. Nie wiem, jak jest w innych miejscach, ale przynajmniej u nas przejście nieletniego pacjenta do Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych odbywa się w sposób płynny. Mamy umowę zespołową pomiędzy pierwszym i drugim poziomem opieki dla dzieci i młodzieży, która umożliwia kontynuację opieki dla dorosłych. Około pół roku przed osiągnięciem pełnoletniości, pacjentowi towarzyszy podwójny zespół – zarówno z ośrodka dla dzieci i młodzieży, jak i z zespołu leczenia środowiskowego dla dorosłych. Moi pracownicy zespołu leczenia środowiskowego już wtedy zaczynają odwiedzać pacjenta w ośrodku dla dorosłych. Co to daje? Pozwala to pacjentowi i jego rodzicom przez okres około pół roku pożegnać się z terapeutami, którzy opiekowali się nim w dziale dla dzieci i młodzieży oraz przyzwyczaić się do nowej sytuacji z terapeutami dla dorosłych. Dla nas nie ma tutaj problemu z przejściem, ponieważ po prostu wiemy, jak współpracować zarówno z rodziną, jak i między sobą.

Posel Elżbieta Płonka (PiS):

My na zespole nie wiedzieliśmy o wielu rzeczach, które się dzieją.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Dlatego przyleciałyśmy.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Izabela Ciuńczyk:

Dlatego bardzo, bardzo prosimy, bo to, czego nam w tej chwili brakuje, a dlaczego jesteśmy, to po prostu potrzebna nam jest nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Chcemy, żeby te centra zdrowia psychicznego dla dorosłych po prostu w którymś momencie, kiedy skończy się pilotaż, nie wróciły do tego, co było pięć lat temu, bo to będzie katastrofa, proszę państwa.

Posel Elżbieta Płonka (PiS):

Ile mamy czasu?

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Izabela Ciuńczyk:

Do końca pilotażu? Do końca tego roku.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Jeszcze tylko dodam do tego, co koleżanka powiedziała, że ja prowadzę centrum, a potem ośrodek pierwszego stopnia referencyjności. U mnie w ogóle już nie ma żadnych różnic, ponieważ zespół leczenia dojeżdża do środowiska rodzinnego latami, czy jak trzeba, i nawiązuje przyjaźnie z rodzicami, młodym człowiekiem i dzieckiem. To dzieje się w sposób ewolucyjny i naturalny, po prostu. Zespół zna ich, lubi ich, mają wspólne rzeczy i razem chodzą do klubu, na imprezy, itd.

Posel Elżbieta Płonka (PiS):

Pytanie do pana ministra: czy to jest jedyny pilotaż? Gdybyśmy to wiedzieli, dzisiaj szerzej byśmy o tym rozmawiali na zespole parlamentarnym. Czy pilotaż odbywa się właśnie w Zachodniopomorskiem?

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Nie, pilotaż jest w Polsce. Jest reforma psychiatrii dorosłych.

Posel Elżbieta Płonka (PiS):

Aha w Polsce. Czyli mówimy o kraju?

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Tak, pilotaż odbywa się w całym kraju. Obecnie mamy 129 centrów zdrowia psychicznego, co stanowi 50% populacji objętej kompleksową opieką. Ponadto, istnieje ponad 300 funkcjonujących poradni...

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

Dokładnie 386.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

386, dziękuję panie profesorze. Jest też drugi poziom, a trzeci poziom to na pewno pan profesor doda, bo ja nie orientuję się w liczbach. Ale chodzi o to, że to już się dzieje. Teraz musimy to dokończyć. Musimy zamknąć pilotaż, uogólnić system, bo to jest jedyne rozsądne i sprawdzone rozwiązanie. W tej chwili prowadzimy liczenie, badania, prezentacje. Niestety, w psychiatrii czas płynie trochę inaczej niż w miesiącach, nawet to są lata, aby pokazać wyniki. Dodatkowo Covid-19 trochę zepsuł nasze statystyki, bo ogólna zasada w tej reformie dla dorosłych, o której mówię, to jest rozporządzenie pilotażowe ministra zdrowia z 2018 roku, kwietnia, a my działamy w oparciu o nowelizację. Ale zasada jest taka, żeby centrum leczenia chorób psychicznych nie było długotrwałe i uporczywe hospitalizowanie, ale tylko to, co jest niezbędne diagnostycznie, i większość pracy jest wykonywana w środowiskach. I to się dzieje w wielu miejscach.

Posel Elżbieta Płonka (PiS):

Przepraszam, ale nie zrozumiałam. Czy chodziło o to, że nie jesteśmy w trybie pilotażowym, ale w fazie reformy? Prawda?

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

To znaczy tak, jesteśmy w pilotażu psychiatrii dorosłych. Natomiast, jeśli chodzi o psychiatrię dziecięcą, nie ma tam programu pilotażowego, ponieważ ta reforma postępuje w innym trybie. Gdybyśmy tam przeprowadzili pilotaż, oczywiście nie byłoby tak wielu poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych, których, jak powiedziałem, obecnie jest 386. One mają oczywiście swoje miejsce w tej pracy i obejmują coraz większą liczbę populacji. Liczba porad, udzielonych od czasu Covid-19, wynosi ponad 0,5 mln, prawie 600 tys. do dzisiaj. To ogromna liczba i nie wyobrażamy sobie funkcjonowania systemu psychiatrii dziecięcej bez poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych, czyli bez opieki lekarza. To rozwiązuje najwięcej problemów.

Ale wracając do tych pytań, pani poseł, dotyczących nowelizacji ustawy, oczywiście trudno nam w tej chwili zająć się całościową nowelizacją ustawy. Prace nad tym trwają i chyba nie dojdzie do jej zrealizowania, ale istotne jest kontynuowanie reformy psychiatrii. Apeluję do państwa posłów, aby poparli tę nowelę, która umożliwi realizację reformy art. 5a. Być może zostanie ona dołączona do innej ustawy, być może znajdzie się w innym obszarze legislacyjnym, ale konieczne jest, aby do końca roku to zostało zrealizowane.

Chcę tylko zauważyć, że jeżeli dziecko zachoruje na schizofrenię, to w 70% przypadków ta choroba również utrzymuje się w wieku dorosłym. Leczenie schizofrenii dziecięcej nie jest jednorazowe, trwa przez całe życie. Mogę być optymistą i powiedzieć, że schizofrenia jest chorobą, którą można wyleczyć, ale podobnie jak w przypadku cukrzycy, jest to choroba przewlekła, która pozostawia różne skutki w postaci niepełnosprawności. Dlatego ważne jest stworzenie systemu wsparcia, o którym wspominała pani doktor Giza i koleżanka. Zaangażowanie całego zespołu terapeutycznego jest niezwykle istotne, ale jednocześnie nie możemy zapominać o pewnym obszarze, który czasami jest pomijany. Dla rodziców diagnoza schizofrenii u dziecka jest często katastrofą. Dziecko to trzeba leczyć, a często konieczne jest stosowanie leków, które nie są refundowane przed otrzymaniem oficjalnego rozpoznania F20. To jest dla mnie jako lekarza praktyka, trudny obszar, ponieważ chciałbym zapewnić skuteczne, nowoczesne leczenie, za które rodzic musi płacić w 100%. Na początku często występują zaburzenia zachowania, dziecko może być autoagresywne lub agresywne, bije głową w ścianę lub krzywdzi inne dzieci w szkole lub przedszkolu. W związku z tym, chciałbym zaproponować...

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Izabela Ciuńczyk:

Ale panie profesorze to również dotyczy dorosłych, że ta wąska grupa leków...

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

A to są pieniądze duże. Mówimy tutaj o ok. 500 zł miesięcznie.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

Tak, tak, ale mówimy tutaj o dzieciach, więc skupmy się na tym momencie. Wydaje mi się, że to nie są jakieś ogromne wydatki, prawda?

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Zależy od dawki panie profesorze.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

Tak, ale mówię o obszarze dzieci, który nie jest uwzględniony. To jest rzeczywiście problem, ponieważ brakuje przejściowej diagnozy, która byłaby refundowana. Jednak wymogi refundacji są jasno i ściśle określone, więc na pewno wymagałoby to pewnego zastanowienia. Niezależnie od tego, czy mówimy o obecnej kadencji czy przyszłej, należy rozważyć tę kwestię.

Jest jeszcze jeden obszar, który uważam za istotny, czyli schizofrenia oraz warsztaty terapii zajęciowej i DPS. Pracowałem jako młody psychiatra i konsultant domów pomocy społecznej w WTZ, i widzę, że wiele polskich powiatów, zwłaszcza te mniejsze, boryka się z brakiem WZT oraz Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej. Dzieci, które są już starsze, ale nadal wymagają opieki, często są dowożone do tych miejsc, gdzie udzielana jest im pomoc. Niestety, często brakuje im kompleksowej opieki, o której wspominaliśmy, ponieważ nie mają dostępu do ośrodka zdrowia psychicznego dla dorosłych.

Zdarza się, że oczywiście, liczymy na to, że centra zdrowia psychicznego kiedyś obejmą całą Polskę, ale na razie to jest tylko połowa, albo aż połowa. To jest bardzo dużo, ale istnieje także obszar niepełnosprawności, gdzie niektóre rodziny nie współpracują i nie są wyedukowane. Poradnia zdrowia psychicznego oraz podstawowa opieka zdrowotna, która uzupełnia psychiatrię, często nie mają dostępu do nowoczesnej wiedzy psychiatrycznej. W tych obszarach często stosuje się leki starej generacji, a młodzi dorośli są zneuropeltyzowani zanim trafią do centrum czy do nowoczesnej opieki psychiatrycznej. Dziękuję.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Trochę ad vocem, ponieważ prowadząc Centrum Zdrowia Psychicznego, mam na swoim terenie DPSy. To nie pensjonariusz DPSu powinien do mnie dzwonić, ale ja się opiekuję i zapewniam opiekę pensjonariuszom DPSu zarówno w poradni lekarskiej, jak i psychologicznej oraz środowiskowej. Przede wszystkim obsługujemy dorosłych, ponieważ jesteśmy specjalistami w psychiatrii dorosłych. Promuję mój model, ponieważ posiadam zarówno centrum, jak i poradnie dla dzieci i młodzieży, które współpracują ze sobą. Posiadamy również zespoły leczenia środowiskowego, które odwiedzają zarówno dorosłych, jak i dzieci, co oznacza, że są zaznajomione z całym środowiskiem. Dodając trochę pikantności do sprawy, powiem, że założyłam Centrum Zdrowia Psychicznego na obszarze tzw. białej plamy, czyli na terenie trzech powiatów: drawskiego, łobeskiego i świeżowskiego, które znajdują się w województwie zachodniopomorskim. Przez wiele lat nie było tam żadnej dostępności psychiatrycznej w ramach poradni ambulatoryjnej, można powiedzieć, że było to jak Polska „C” pod względem dostępności psychiatrycznej, a nie „B”. W okolicy istniało wiele różnych miejsc z taką dostępnością.

Jeśli chodzi o realizację tego systemu, należy dodać, że oprócz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, pilnie potrzebujemy uchwalenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ten program jest narzędziem wykonawczym dla wspomnianej ustawy i do tej pory, tj. od 2023 r., nie został jeszcze uchwalony. NPOZP zawiera kluczowe instrumenty wykonawcze. Jednym z takich narzędzi są regionalne i powiatowe organy odpowiedzialne za realizację programu na poziomie województwa, które działają przy urządach marszałkowskich lub wojewody. To te organy ustalają politykę opieki psychiatrycznej na danym obszarze. Obecnie bardzo oczekuję na ten narodowy program w moim powiecie drawskim, ponieważ urzędnicy są już przygotowani, a my chcemy opracować lokalny program ochrony zdrowia psychicznego. Chodzi o to, aby program ten był nowoczesny i oparty na współpracy międzyresortowej, czyli pomiędzy różnymi instytucjami. Istnieje problem z współpracą instytucjonalną, zarówno w obszarze służby zdrowia, jak i pomocy społecznej, urzędów pracy oraz szkół.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Przynajmniej cztery resorty.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Ale to jesteśmy w stanie realizować lokalną politykę. W ramach współpracy z wymiarem sprawiedliwości, mam podpisane porozumienia z zakładem karnym, gdzie pensjonariusze wychodzą na zewnątrz. Zapewnia się im opiekę środowiskową, szczególnie w przypadkach cięższych, aby pomóc im w procesie adaptacji społecznej. Przeprowadzamy różne porozumienia w celu...

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

Ale to się dzieje też na poziomie centralnym – w KPRM powstał zespół, który zajmuje się koordynacją wieloresortową i także to już jest realizowane.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Ale my od dołu tutaj działamy szybciej, panie profesorze.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

Oby w Polsce było tak dobrze jak w Kołobrzegu i Koszalinie. Oby tak wszędzie było, bo jeszcze tak nie jest.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

To jest Drawsko, Świdwin i Łobez. Takie rzeczy są możliwe, gdy się współpracuje ze sobą. Bardzo dobrze, że KPRM to robi, bo my to wiemy od lat. I jak połączymy siły centralno-samorządowo-regionalne, bo lokalność jest tu istotna, aby prowadzić trudniejszych pacjentów. Stowarzyszenie Ogólnopolskie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Intelktualnym, jako centralna organizacja, ma swoje oddziały. Dużo dobrego robi za sprawą tych oddziałów. My tu nadrabiamy zaległości, bo w interesie osób chorujących psychicznie nie było takiego lobbingu, nie było osób, które by się zebrały i doprowadzały. Teraz jest dobry wiatr, teraz jest dobry klimat. Ten rząd naprawdę wykazuje dużo – pierwsza w historii sejmowa parlamentarna podkomisja do spraw zdrowia psychicznego. Pierwsza to dzięki temu rządowi, tak że państwo naprawdę możecie się nami chwalić i tym, co się dzieje, a my podpowiemy, co mówić. Tylko trzeba nam troszkę pomóc, żeby to dalej mogło iść tak dobrze.

Prezes Polskiej Rady Psychoterapii Związek Stowarzyszeń Renata Mizerska:

Renata Mizerska, Polska Rada Psychoterapii Związek Stowarzyszeń. Ponieważ psychotherapeuci odgrywają istotną rolę zarówno w pomocy dzieciom, młodzieży i młodym dorosłym, jak i rodzinom, w naszym języku określamy ich jako młodych dorosłych, a nie młodzińców. Osobiście pełniłam rolę psychoterapeutki, pomagając zarówno osobom cierpiącym na schizofrenię, jak i dorosłym rodzeństwu, które boryka się z konsekwencjami zachorowania siostry lub brata w okresie dorastania. Mam więc możliwość spojrzenia na to z różnych perspektyw. To, o czym mówili państwo na temat kompleksowej opieki i integracji społecznej, jest bardzo istotne, ponieważ w pewnym momencie staje się ono marginalizowane i traci na znaczeniu. Jest to zatem element dużego znaczenia. Chciałabym również dołączyć i wzmocnić ten głos, że, o ile dobrze mi wiadomo, do wakacji pozostały jeszcze cztery posiedzenia Sejmu. Myślę, że to może...

Wiem, że jestem ograniczona przez cenzurę. Jednocześnie warto wspomnieć, że pilotowy program zostanie zakończony na koniec roku, zgodnie z tym, co państwo powiedzieli. Apeluję i życzyłabym sobie, aby ta opieka nie pozostała w pewnym rodzaju próżni. Istnieje ryzyko, że tak się stanie. Nie wiemy, jak to będzie. Wydaje mi się, że ten konkretny aspekt można zabezpieczyć. Podobnie jak prace w KPRM, o których wiem, że trwają między resortami, mające na celu umożliwienie współpracy między nimi. Dotyczy to zwłaszcza placówek pierwszego, drugiego i trzeciego poziomu referencyjnego dla dzieci i młodzieży, aby mogły współpracować z innymi obszarami i wymieniać informacje. To jest mi szczególnie bliskie i wydaje mi się, że wiele pracy już zostało wykonane, a być może można by jeszcze wprowadzić akty wykonawcze, aby ta współpraca nie opierała się tylko na lokalnych inicjatywach i porozumieniach, ale miała solidne podstawy prawne. Chciałabym serdecznie poprosić państwa o uwzględnienie tych dwóch kwestii i złożenie wniosku w imieniu polskich psychoterapeutów.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

A ja, jeżeli mogę do tego głosu dodać, prosiłabym o refleksję. Jeśli chodzi o przekazywanie informacji, warto także myśleć o dorosłych. Mamy duży problem, który dotyczy nie tylko dzieci i młodzieży, ale również psychiatrii dorosłych w kontekście przekazywania informacji. Bez uwzględnienia tego aspektu nie osiągniemy kompleksowości. Gdy już będzie

istniał akt prawny umożliwiający przekazywanie informacji na rzecz dzieci i młodzieży, warto również uwzględnić dorosłych. Nie można zapominać o ochronie danych RODO czy innych kwestiach związanych z powstaniem dokumentu, o którym pani wspomina.

Prezes Polskiej Rady Psychoterapii Związek Stowarzyszeń Renata Mizerska:

Pani doktor, ma pani poparcie psychoterapeutów w tej sprawie.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Super, dziękuję. To jest bardzo ważne.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Panie pośle, bardzo proszę.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Niestety, muszę się pośpieszyć, bo czeka mnie kolejna komisja, ale chciałbym wyrazić swoje poparcie. Znam panią doktor Ewę od kilku lat. Pamiętam nasze rozmowy, ponieważ razem pełniły funkcje dyrektorów w MSWiA, a ja aktualnie jestem na urlopie. Przypominam sobie naszą rozmowę sprzed około trzech lat, kiedy pani dyrektor zaplanowała już pierwsze działania. Chciałbym powiedzieć, że są to doskonale przykłady, gdy ktoś jest zmotywowany i ma możliwości, aby nawiązać współpracę z różnymi podmiotami i realizować swoje pomysły, nawet przy ograniczonych narzędziach dostępnych zgodnie z prawem. Faktycznie, śledziłem, jak pani dyrektor przysyłała mi różne materiały, poświęcając czas na ich analizę. To jest fenomenalne i dobrze rozwinięte, i naprawdę nie możemy tego pozostawić bez kontynuacji. Ja jednak mam pewne pesymistyczne podejście do tego.

Mamy planowane posiedzenie parlamentu w czerwcu, a może nawet w lipcu. Jeśli nie uda się uchwalić tego do lipcowego pierwszego posiedzenia Sejmu, to prawdopodobnie zostanie przerwane na okres sierpniowy, a następnie Senat będzie miał 30 dni na pełny proces legislacyjny, w tym podpis prezydenta i inne etapy. Dlatego ważne jest, aby najpóźniej na lipcowym posiedzeniu Sejmu było to rozpatrzone. Jeśli cały proces ma się odbyć, to później, nowa kadencja, która rozpocznie się 12 listopada, prawdopodobnie nie zdąży, ze względu na budżet i inne elementy, które będą musiały zostać uwzględnione. W związku z tym istotne jest, aby przynajmniej nowelizować tę kwestię dotyczącą artykułu 5a. Myślę, że obecny pan minister ma wielkie zainteresowanie tą zmianą i ministerstwo zwróci na to uwagę, ponieważ pilotaż już istnieje i jest udany, więc warto go wprowadzić na stałe. Faktycznie, ta współpraca i synergia między dziećmi a dorosłymi, na przykładzie pani dyrektor, jest fenomenalna. To połączenie zespołów i łagodne wprowadzenie dziecka w dorosłe życie to wspierały wzorzec, który moim zdaniem powinien być rozszerzony jak najdalej. Więc z naszej strony, jako posłów, zdecydowanie to popieramy. Jednak kwestią kluczową jest legislacja, ponieważ rozumiem, że obecnie jest trudno wdrożyć cokolwiek w obecnych przepisach, ale jesteśmy tutaj, jako posłowie, do dyspozycji pani doktor, jeśli będzie taka potrzeba.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie.

Było wiele pytań, na wstępie powiem, że trochę odeszliśmy od tematu. Rozumiem, że dzisiejsze spotkanie podkomisji nie dotyczy centrów zdrowia psychicznego, które są przeznaczone dla osób dorosłych, a nie dla dzieci. Zgadza się, reforma opieki psychiatrycznej jest realizowana w całym kraju i obejmuje coraz większą liczbę ośrodków. Istnieje nowy poziom referencyjny opieki, który obejmuje opiekę psychoterapeutów, a już zakupiono blisko 400 ośrodków w całej Polsce. Drugi poziom referencyjny obejmuje poradnie i ośrodki dzienne, które również są już zakupione i realizowane, a także całodobowe szpitalne oddziały psychiatryczne, stanowiące najwyższy poziom referencyjny. Cieszy mnie, że reforma opieki psychiatrycznej dla dzieci również jest w toku,

a głównym ekspertem w tym obszarze jest pani profesor Janas-Kozik. Ta reforma jest dobrze oceniana.

Oczywiście, także dzisiaj była mowa o młodych dorosłych. Ten temat nie jest jeszcze rozwiązany w wielu specjalnościach. Istnieją różne metody przekazywania pacjentów do kontynuacji leczenia, ponieważ mówimy o chorobach przewlekłych, takich jak przekazywanie wspólnej pracy i dokumentacji. Tutaj, w dziedzinie diabetologii i chorób metabolicznych, sytuacja nie jest jeszcze zadowalająca, ponieważ nadal trwa procedowanie wniosku w celu poszerzenia zakresu działań, aby pediatrzy, endokrynolodzy dziecięcy i psychiatrzy dziecięcy mogli również leczyć osoby w młodym wieku dorosłym oraz przekazywać pacjentów niekoniecznie w dniu ich osiemnastych urodzin, ale w sposób systematyczny. Pracujemy nad tym. Zawsze istniała możliwość rozliczania danego pacjenta przez NFZ, ale były to indywidualne zgody dla poszczególnych pacjentów. Teraz rozmawiamy o wprowadzeniu systemowej zgody na to rozszerzenie okresu. Oczywiście, podobnie jak w przypadku specjalności dziecięcych, nie obejmują one dorosłych i nigdy nie było mowy o tym, żeby pediatrzy również leczyli dorosłych. Jednak pracujemy nad tym.

W związku z tym planowana jest kontynuacja psychiatrii dziecięcej w przyszłym roku. Ja osobiście nie widzę żadnego problemu, ponieważ te umowy zostały podpisane z NFZ. Nie było sytuacji, żeby w NFZ dziesięć lat temu takie przypadki miały miejsce, gdzie kończyły pracę 31 grudnia i nie było kontynuacji, tak jakby było ryzyko. W całej Polsce, jeśli chodzi o te kontrakty albo są świadczenia w sieci szpitali, które są podpisane na wiele lat, albo kontrakty wieloletnie są często przedłużane. Dlatego nie dostrzegam żadnych problemów w tej kwestii.

Oczywiście, obecnie mamy zabezpieczenie około 50% Polski pod względem centrów zdrowia psychicznego. Ten pilotaż został już dwukrotnie przedłużany. Obecnie planujemy rozszerzenie ilości ośrodków. W tym roku również planowano rozszerzenie pilotażu o kolejne ośrodki. Obecnie, zgodnie z moją pamięcią, planuje się, że od roku przyszłego będzie on w pełni wdrożony, czyli do 31 grudnia. Decyzja co do dalszych ośrodków, jako kontynuacja tego pilotażu, nie została jeszcze ostatecznie podjęta na przyszły rok. Jednak nie ma żadnych sygnałów ani prac mających na celu cofnięcie całego pilotażu i powrót do tego, co było wcześniej. W żadnym przypadku nie było takich działań. Obecnie trwa tylko proces ustalania harmonogramu, kiedy cała polska populacja będzie objęta opieką poszczególnych Regionalnych Centrów Zdrowia Psychicznego.

Jeśli chodzi o wskazania dla leków refundowanych, jak już wspominałem, wiele z nich ma ogólne wskazania psychiatryczne, które mogą być stosowane w różnych jednostkach chorobowych związanych z psychiatrią. Część nowoczesnych leków ma ograniczone wskazania, na przykład do leczenia schizofrenii, ale istnieją również leki o długotrwałym działaniu. Dlatego początkowe terapie mogą być stosowane w innych jednostkach chorobowych związanych z psychiatrią.

Jeśli chodzi o legislację, chciałbym podkreślić, że obecnie prowadzony pilotaż dotyczący oceny zdrowia psychicznego nie jest oparty na ustawie. Ogólnie reforma psychiatrii, która jest obecnie przygotowywana, również nie zakończy się w tej kadencji, ponieważ proces ten jest nadal w toku. W związku z tym pełna zmiana prawa w tej dziedzinie nie zostanie z pewnością wprowadzona w obecnej kadencji.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Ewa Giza:

Chciałabym uzupełnić to, o czym mówił pan minister. Jeżeli nie zostanie wprowadzona nowelizacja punktu 5a, to istnieją dwa rodzaje centrów zdrowia psychicznego: typ A i typ B. Centrum typu B to typowe centrum środowiskowe, które nie posiada oddziału psychiatrycznego w swojej strukturze, ale zapewnia opiekę ambulatoryjną, dzienną, całodobową oraz nocną, w tym opiekę środowiskową. Natomiast centrum typu A posiada oddział psychiatryczny.

Proponowana nowelizacja ma na celu umożliwienie realizacji reformy zarówno w centrach typu A, jak i typu B. Istnieje coraz więcej centrów typu B, które już są powoływane, i ważne jest, aby umożliwić im pełne funkcjonowanie. Bez wprowadzenia zmiany w punkcie 5a, te centra nie będą mogły istnieć, ponieważ nie będą miały oddziału psy-

chiatrycznego. Nowelizacja ma zapewnić, że centra typu B będą mogły funkcjonować, skupiając się na innych aspektach opieki zdrowotnej psychicznej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję.

Czy są jeszcze jakieś głosy w dyskusji, pytania? Nie.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję za przybycie na dzisiejsze posiedzenie podkomisji i bardzo dobrą, bogatą, dynamiczną dyskusję.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzisiejszego posiedzenia. Zamykam posiedzenie podkomisji.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję.