

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 117)

z dnia 6 lutego 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 117)

6 lutego 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i posła **Macieja Orzechowskiego (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie rządowego dokumentu: „Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku” (druk nr 1614);

– informacja na temat „Stan psychiatrii. Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi i chorych psychicznie w systemie ochrony zdrowia. Dostępność usług. Koszty leczenia. Ochrona praw pacjentów psychiatrycznych. Opieka nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Karaszewski** główny specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Przemysław Żak** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Grzegorz Błazewicz** kierownik Zespołu Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Agnieszka Gumińska** starszy specjalista w Departamencie Wychowania i Promocji Obronności Ministerstwa Obrony Narodowej, **Jadwiga Karczevska** naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Bożena Kosińska** zastępca rzecznika Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Barbara Jurkiewicz** wiceprezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych wraz ze współpracownikami oraz **Jacek Wciórka** przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzulka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę państwa o zajmowanie miejsc. Dzisiaj porządek dzienny obejmuje dwie kompletarne, uzupełniające się informacje, dotyczące psychiatrii i zdrowia psychicznego. Państwo otrzymali propozycję porządku obrad... Przepraszam, jeszcze wrócę na początek. Mój błąd wynika z tego, że dzisiaj już mieliśmy jedno posiedzenie. Witam więc serdecznie pana ministra ze współpracownikami, wszystkich państwa, parlamentarzystów – członków Komisji Zdrowia i wszystkich zaproszonych gości.

Czy mają państwo jakieś uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń... Nie ma uwag do porządku obrad. W związku z tym przystępujemy do procedowania. Kto w imieniu rządu? Pan minister... Właśnie prosimy pana ministra o zabranie głosu.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, przepraszam, skorzystałem z ostatniej chwili przerwy, a okazało się, że niesłusznie.

Zdrowie psychiczne we współczesnym świecie uznaje się za jeden z najważniejszych aspektów zdrowia. Wraz z rozwojem cywilizacyjnym i postępem jakości opieki medycznej dostrzegamy coraz więcej problemów wynikających z różnych obciążeń psychicz-

nych, toteż zdrowie psychiczne staje się istotnym wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej państw oraz samorządów terytorialnych. Przez wiele lat osoby cierpiące z powodu niedostatku zdrowia psychicznego były raczej marginalizowane w systemach opieki zdrowotnej, a sam problem zdrowia psychicznego stanowił społeczne tabu. Dzisiaj ta sytuacja dynamicznie zmienia się na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Wobec rosnącej zapadalności na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania należy budować atmosferę do zmiany podejścia do tego zagadnienia i związanych z nim problemów społecznych.

Zadania polegające na promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji i życzliwości, a także przeciwdziałanie dyskryminacji czy stygmatyzacji, są realizowane w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który wszedł w życie na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z końca roku 2010. Do realizacji NPOZP zostały włączone wszystkie szczeble samorządu terytorialnego, ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, czyli ministrowie: zdrowia; edukacji narodowej; pracy i polityki społecznej; nauki i szkolnictwa wyższego; sprawiedliwości; spraw wewnętrznych; administracji i cyfryzacji; obrony narodowej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wszystkie raporty krajowe i Światowej Organizacji Zdrowia wskazują na ewidentny trend wzrostowy w zakresie zapadalności na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Uważa się, że w pewnych okresach życia problemy zdrowia psychicznego dotyczą nawet 1/4 populacji. Są to choroby powszechne. Dotyczą ludzi we wszystkich krajach, we wszystkich społeczeństwach, we wszystkich kulturach, osób w każdym wieku, niezależnie od płci, statusu materialnego, mieszkających na terenach zurbanizowanych i na terenach wiejskich. Szacuje się, że ponad 450 mln ludzi na świecie cierpi na zaburzenia psychiczne.

W Polsce liczba osób leczących się z powodu problemów zdrowia psychicznego oscyluje w okolicy 1,6 mln. Należy się spodziewać, że faktyczna liczba cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jest znacznie wyższa. Wynika to ze specyfiki tych chorób, z lęku, z braku wiedzy czy umiejętności radzenia sobie ze swoim problemem zdrowotnym, z braku właściwej diagnozy postawionej na odpowiednio wczesnym etapie choroby, ale także z problemów systemowych natury utrudnienia dostępu do profesjonalnej pomocy psychiatrycznej albo problemów dotyczących braku umiejętności właściwego rozpoznania choroby psychicznej, czyli symptomów, przez pracowników ochrony zdrowia innych niż wyspecjalizowanych w dziedzinie psychiatrii. Ponadto, dane, które przytaczam, obrazują jedynie zgłaszalność do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania generują tym samym olbrzymie koszty społeczne, koszty dla systemu ochrony zdrowia, których wysokość szacuje się na poziomie 3-4% Produktu Krajowego Brutto. Koszty świadczeń finansowanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2011 wyniosły ponad 2 mld zł. Na zdrowie psychiczne i leczenie uzależnień wydawanych jest 3,5% publicznych środków na ochronę zdrowia. Wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w roku 2011, spowodowanej przez zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, wyniosły blisko 4,5 mld zł, co stanowiło 16% wszystkich wydatków na te cele.

W ciągu dwudziestolecia między rokiem 1990 a rokiem 2010 wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrósł ponad dwukrotnie, to znaczy, ze wskaźnika 1630 do poziomu 3650 na 100 tys. ludności w opiece ambulatoryjnej i o 50% w opiece stacjonarnej. W opiece ambulatoryjnej w analizowanym okresie nastąpił wzrost wszystkich kategorii zaburzeń psychicznych. Prawie czterokrotnie wzrosło rejestrowane rozpowszechnienie zaburzeń psychotycznych – o 263%, zaś rozpowszechnienie zaburzeń niepsychotycznych wzrosło o 49%. Natomiast najwyższy, siedmiokrotny wzrost nastąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Pra-

wie dwukrotnie wzrósł wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a jeśli chodzi o upośledzenie umysłowe, odnotowano wzrost o 152%.

Warto zauważyć, że w opiece ambulatoryjnej do roku 2000 wskaźniki zaburzeń niepsychotycznych były wyższe niż psychotycznych. Od roku 2005 w tym raporcie wskaźniki te odwróciły się. W roku 1990 wskaźnik zaburzeń niepsychotycznych był o 77% wyższy niż psychotycznych, w roku 2000 o 8%, w roku 2005 o 3% był wyższy wskaźnik zaburzeń psychotycznych, a w roku 2010 – o 37%. Te dane, wbrew pozorom, nie wskazują na dramatyczną sytuację zdrowotną polskiego społeczeństwa, a raczej na, po pierwsze, poprawę w zakresie wykrywalności – w ogóle poprawę jakości i dostępności opieki psychiatrycznej. Wzrost rejestrowanych zaburzeń psychicznych jest pochodną wzrostu kompetencji personelu medycznego, a także wzrostu świadomości i jednak poprawy społecznego obrazu osób chorych psychicznie, którym łatwiej jest uniknąć jarzma lęku i bariery emocjonalnej dostępu do opieki psychiatrycznej, a zatem wcześniej rozpoczynają właściwe leczenie.

Z drugiej strony, pogłębia się nasza wiedza w zakresie chorób psychicznych, a szczególnie uzależnień. Najnowsze badania sprzed dwóch lat wykazują, że nowym wyzwaniem na przyszłość, w zasadzie niepoznanym ani diagnostycznie, ani kompetencyjnie w zakresie systemu opieki zdrowotnej, będą uzależnienia behawioralne w miejsce uzależnień chemicznych, które dominowały we wcześniejszych latach, a na pewno dominują w świadomości personelu medycznego.

2011 był pierwszym rokiem obowiązywania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Wdrożenie Programu wymagało gruntownego przeanalizowania wcześniejszych działań w zakresie promocji i ochrony zdrowia psychicznego, a często także podjęcia zmian istniejących strategii i polityki wobec problematyki zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Prócz urzędów centralnych, z realizacji Programu sprawozdały wszystkie województwa, 81% powiatów, 92% miast na prawach powiatów i 58% gmin, a szczegółowy opis zrealizowanych zadań i nadesłanych sprawozdań został przekazany Wysokiej Izbie w obszernym sprawozdaniu.

Zgodnie z międzynarodowymi rekomendacjami i opiniami ekspertów z dziedziny ochrony zdrowia psychicznego, uzyskanie znaczącej poprawy w stanie zdrowia społeczeństwa jest możliwe przy założeniu utworzenia warunków społecznych, organizacyjnych, prawnych i socjalnych, które umożliwiają realizację prozdrowotnego stylu życia, a także zapobieganie wystąpieniu czynników, które stanowią ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych. Ważne jest oddziaływanie międzysektorowe w ujęciu siedliskowym, ale także działania z zakresu poprawy edukacji, budowania miejsc pracy, budowania bezpieczeństwa czy tworzenia warunków umożliwiających samorealizację czy też nawiązywanie odpowiednich i satysfakcjonujących relacji społecznych. Dlatego działania na rzecz ochrony zdrowia psychicznego powinny być obecne we wszystkich fragmentach polityki państwa, w strategiach rozwoju kraju, w politykach społecznej, zdrowotnej i gospodarczej, obejmując możliwie najszerszy zakres spraw o charakterze publicznym. Medykalizacja problemu zdrowia psychicznego, a szczególnie czynienie z niego przedmiotu zainteresowania wyłącznie systemu ochrony zdrowia, skutkować będzie koncentracją na działaniach naprawczych, zaniedbaniem działań o charakterze prewencyjnym, co szczególnie istotne, w aspekcie wspomnianej przeze mnie epidemii uzależnień behawioralnych.

Sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku 2011 wskazało, że do efektywnej realizacji założeń i celów Programu konieczne jest powszechne ugruntowanie tezy, zgodnie z którą – jak zapisano w Programie – tylko zdrowe społeczeństwo jest zdolne do wytwarzania dóbr materialnych i niematerialnych, warunkujących utrzymanie i rozwój społeczno-gospodarczy kraju. Społeczeństwo chore nie tylko traci tę zdolność w większym lub mniejszym stopniu, ale także dodatkowo pochłania środki finansowe związane z leczeniem, rehabilitacją, wypłacaniem zasiłków i innych świadczeń związanych z chorobą, niepełnosprawnością albo śmiercią. Istnieje więc konieczność inwestowania nie tylko w lecznictwo, czyli w leczenie ludzi chorych, ale także w zdrowie, czyli utrzymanie ludzi w zdrowiu i możliwości zwiększenia potencjału zdrowotnego w społeczeństwie.

W związku z zakończeniem pierwszego roku sprawozdawczego z realizacji Narodowego Programu rekomenduje się, żeby jako cele priorytetowe na następne lata potraktować działania z zakresu wzmocnienia zaangażowania wszystkich podmiotów w realizację Programu, zabezpieczenia finansowania realizacji Programu przez realizatorów, poprawę, wzmocnianie i upowszechnianie działań profilaktycznych, podejmowanie działań służących przeciwdziałaniu samobójstwom, wzmocnienie współpracy z samorządem terytorialnym, zapewnienie dostępności do wszystkich metod leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem zaangażowania podstawowej opieki zdrowotnej w proces leczenia psychiatrycznego, zwiększenie liczby personelu w zakresie problematyki zaburzeń psychicznych i kwalifikowanego personelu pielęgniarstwa, a także umiejętności, kompetencji i czujności pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, bez której żaden system opieki zdrowotnej nie może funkcjonować. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, zakończyłbym na tym etapie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Mam propozycję. Nie wiem, czy koleżanki i koledzy z Komisji się z tym zgodzą, ale, ponieważ te dwa tematy ze sobą się łączą, myślę, że byłoby właściwe, gdyby pan minister omówił też zagadnienie z drugiego punktu i przeprowadzilibyśmy łączną dyskusję. Chyba tak byłoby najbardziej logicznie, żeby pewnych argumentów później nie powtarzać. Panie ministrze, czy jest pan przygotowany. Czy jest taka możliwość?

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Tak, panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Rozumiem, że nie ma sprzeciwu. Oddaję więc ponownie głos panu ministrowi.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Może zacznę od tego, co jest najistotniejsze, czyli od rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Mieliśmy w Polsce ostatnio duże badanie EZOP, które dotyczyło epidemiologii zaburzeń psychiatrycznych i dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Badanie na dużej, reprezentatywnej grupie respondentów, którego wyniki wykazały, że u 23,5% osób badanych rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z katalogu 18 zaburzeń zdefiniowanych w ICD-10 lub DSM-IV. Co czwarta przebadana osoba doświadczyła więcej niż jednego zaburzenia, a co 25 trzech lub więcej. Można szacować liczebność na mniej więcej 250 tys. osób w skali kraju.

Około 10% polskiej populacji to osoby, które cierpią na zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należą fobie specyficzne – ponad 4%, fobie społeczne – blisko 2%. Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłoszonych dolegliwości stanowią łącznie 3,5%, w tym 3% to depresja. Impulsywne zaburzenia zachowania, zachowania eksplozywne, czy zespół nadpobudliwości psychoruchowej rozpoznawano u 3,5% respondentów. 20-30% populacji między 18 a 64 rokiem życia to osoby, które narzekają na obniżenie nastroju i aktywności, swoiste objawy unikania, przewlekły lęk i drażliwość. Równie często – kilkanaście procent dorosłej populacji – ujawniane są lęki napadowe i społeczne, napady złości względnie inne stany, takie jak agorafobia, hipomania czy trudności w koncentracji połączone z nadmierną ruchliwością. Większość z tych problemów częściej występuje wśród kobiet niż mężczyzn.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w 2012 r. liczba pacjentów zgłaszających się z rozpoznaniem schizofrenii wyniosła ponad 167 tys., jednocześnie systematycznie rosła liczba świadczeń udzielonych osobom z rozpoznaniem schizofrenii na przestrzeni ostatnich kilku lat, ale to też efekt poprawy sprawozdawczości, albowiem – jak powszechnie wiadomo – populacja osób chorych na schizofrenię jest mniej więcej taka sama we wszystkich populacjach na świecie. Natomiast zmalała liczba udzielanych świadczeń z rozpoznaniem zaburzeń schizotypowych, uporczywych zaburzeń urojeniowych, ostrych przemijających zaburzeń psychotycznych, zaburzeń schizoafektywnych i innych nieorganicznych zaburzeń psychotycznych i nieokreślonych psychoz nieorganicznych. Największy procentowy spadek udzielonych świadczeń zanotowany został

w populacji osób z rozpoznaniem innych nieorganicznych zaburzeń niepsychotycznych – to jest 46% – a najmniejszy w populacji osób z rozpoznaniem uporczywych zaburzeń urojeniowych, czyli blisko 17%. Liczba udzielonych świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla osób z rozpoznaniem zaburzeń schizoafektywnych, czyli od F21 do F29, wzrosła o ponad 4% w stosunku do roku 2012.

Spśród przeanalizowanych czynników społeczno-demograficznych największą rolę można przypisać tym, które dotyczą obszarów wsparcia społecznego. Wśród istotnych czynników ryzyka wymienienia się brak zatrudnienia, który obejmuje nie tylko bezrobotnych, ale także rencistów, emerytów oraz gospodynie domowe. Osoby, które straciły partnera życiowego w wyniku rozwodu lub śmierci, są narażone na wyższe ryzyko doświadczenia zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń depresyjnych, lękowych, a także wykazują większą tendencję do zaburzeń zachowania. Mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety, są narażone na częste występowanie u nich zaburzeń psychicznych. Mając powyższe na uwadze, największy poziom rozpowszechnienia zaburzeń wystąpił w województwach łódzkim, świętokrzyskim i lubuskim, z wynikiem mieszczącym się w przedziale między 29% a 27,8%, a w lubuskim i dolnośląskim – na poziomie 26%. Natomiast najmniejsze rozpowszechnienie stwierdzono w województwach podkarpackim i zachodniopomorskim, na poziomie 18-19%, a więc istotnie mniejsze. Przyczyn tych różnicowań można doszukiwać się zarówno w zakresie dostępności do leczenia, jak i w zakresie różnic kulturowych, barier organizacyjnych i przekonań dotyczących leczenia się u psychiatry w świadomości społecznej, a pewnie także różnicy przy kontroli społecznej.

Odnotowywana w ostatnich latach zgłaszalność do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej sięgała około 1,5 mln. Osoby biorące udział w badaniu EZOP najczęściej korzystały z porad specjalistycznych, głównie psychiatrów – to było 2,2mln osób, z przepisywanych recept na leki uspokajające, nasenne i przeciwdepresyjne – 200 tys. osób oraz ze wsparcia psychologicznego – około 1 mln osób. Na kilkaset tysięcy można oszacować liczbę korzystających kiedykolwiek w życiu z hospitalizacji psychiatrycznej.

Biorąc pod uwagę złożoność pytań zadanych przez Wysoką Komisję, niezależnie od tego materiału, który złożyliśmy, pozwolę sobie pokrótce omówić jeszcze kilka aspektów, a między innymi, uwarunkowania prawne, o które pytała Wysoka Komisja. Warto podkreślić, że Polska jest krajem, który posiada ustawowe regulacje w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Takim podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie zarówno szeroko pojętej ochrony zdrowia psychicznego, określającym ogólny model i zasady sprawowania opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, organy i instytucje odpowiedzialne za realizację poszczególnych etapów tego zadania, a także stanowiącym gwarancję ochrony praw człowieka, praw pacjenta i poszanowania godności człowieka chorego psychicznie, jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. Wiele zagadnień szczegółowych, odnoszących się do tej materii, znalazło uregulowanie w drodze przepisów wykonawczych, na podstawie aktów tej ustawy.

Ochrona zdrowia psychicznego, w myśl ustawy, polega na promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, na zapewnianiu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, na kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji i życzliwości, a także przeciwdziałaniu dyskryminacji.

Odpowiedzialni za stałą i bezpośrednią kontrolę przestrzegania praw osób korzystających z psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych oraz zapobiegający występowaniu nadużyć są rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, którzy są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Kontrolę przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalu psychiatrycznym sprawują także wyznaczeni przez prezesa właściwego miejscowo sądu okręgowego, sędziowie i wizytatorzy obeznani z problematyką zdrowia psychicznego.

W zakresie finansowania i dostępności świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień warto podkreślić, iż nakłady na leczenie psychiatryczne sukcesywnie wzrastają. W roku 2012 była to kwota 2,166 mld zł, a w roku 2013

– 2,290 mld zł. Na rok 2014 zaplanowano kwotę 2,330 mld zł w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. Mowa oczywiście o świadczeniach zdrowotnych poza kwotą refundacji.

W Polsce w roku 2012 funkcjonowało 48 szpitali psychiatrycznych dysponujących 16.200 łózkami, 4 regionalne ośrodki psychiatrii sądowej z 245 łózkami, a także w 127 szpitalach ogólnych funkcjonowały 143 oddziały psychiatryczne z 5800 łózkami łącznie. Ponadto mamy 61 oddziałów odwykowych z blisko 1300 łózkami i 21 ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu dysponującym 1100 łózkami, 32 ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z 1366 łózkami, 31 ośrodków MONAR z ponad 1000 łózek i 57 zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych mających 5410 łózek. Ogółem lecznictwo psychiatryczne w Polsce dysponowało 32.500 łózek, czyli współczynnik łózek psychiatrycznych i odwykowych na 10 tys. mieszkańców wynosił u nas 8,4.

Dane, które prezentuję, wynikają ze sprawozdawczości opierającej się na składaniu stosownych kart statystycznych pacjentów MZ/Szp-11B. W momencie zamknięcia bazy danych za rok 2012 spośród 305 podmiotów zobowiązanych do sprawozdawczości statystycznej karty przesłało 290. Według zebranych danych, w Polsce, w ramach całodobowej opieki, leczyło się 194.500 osób z zaburzeniami psychicznymi. Współczynnik rozpowszechnienia wyniósł blisko 5 na 100 tys. ludności i był znacznie wyższy w populacji mężczyzn niż w populacji kobiet, to znaczy 662, a u kobiet 357 na 100 tys. ludności.

Najliczniej hospitalizowani byli pacjenci z zaburzeniami spowodowanymi nadużywaniem alkoholu, i tu jest wyraźna sześciokrotna przewaga mężczyzn – 316 w stosunku do 52 na 100 tys. populacji, następnie z powodu schizofrenii oraz zaburzeń schizotypowych i urojeniowych, również z przewagą mężczyzn, ale już niewielką, a także zaburzeń organicznych na poziomie 79,71% na 100 tys. Przy mniejszych wartościach współczynników, ale jednak z czterokrotną przewagą mężczyzn, występują zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, to znaczy 45 na 100 tys., a u kobiet 11 na 100 tys. Wyższe dla kobiet niż mężczyzn były natomiast współczynniki zaburzeń afektywnych – 65 na 100 tys., a u mężczyzn 33 z niewielką różnicą w przypadku zaburzeń nerwicznych – 38,33 na 100 tys.

Wśród ogółu leczonych 42% stanowią pacjenci pierwszorazowi. Współczynnik zapaadalności w roku 2012 wyniósł 214 na 100 tys. mieszkańców, wyższy dla mężczyzn niż dla kobiet – 286, a dla kobiet 146 na 100 tys.

Najliczniejszą grupę leczonych stanowili pacjenci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu – z prawie sześciokrotną przewagą mężczyzn. Dość wysokie wskaźniki występują w przypadku zaburzeń organicznych – tu z niewielką przewagą kobiet na poziomie 32 do 29 na 100 tys. Wyższe dla kobiet niż dla mężczyzn współczynniki występują również w przypadku zaburzeń afektywnych i zaburzeń nerwicznych.

Spośród oddziałów dziennych, których w Polsce w roku 2012 funkcjonowało 342, karty statystyczne przekazało 329. Leczyło się w nich blisko 25.500 pacjentów. 52% pacjentów leczyło się w oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych, 30% w oddziałach dla uzależnionych od alkoholu, 8% dla pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, 6% w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, 4% w oddziałach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, a w pozostałych oddziałach niewielki odsetek – niespełna 0,1% w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

W roku 2012 funkcjonowały w Polsce 104 zespoły lecznictwa środowiskowego, to jest o 35 więcej niż w roku poprzednim. Najwięcej zespołów funkcjonowało w województwie małopolskim – 17. Jest to wyraźny wzrost – 8 podmiotów więcej niż w roku poprzedzającym. W województwach: mazowieckim – 11, dolnośląskim – 11, również 8 więcej niż w roku poprzednim, podkarpackim – 9, pomorskim – 8, też wyraźny wzrost – 5 podmiotów więcej niż w roku 2011, w łódzkim – 8. Liczba wizyt wyniosła 315.500, w tym 157 tys. w środowisku chorego i 158 tys. w siedzibie zespołów leczenia środowiskowego. Opieką zespołów objętych było 22.500 osób – 60% to kobiety. Mieszkańcy miast stanowili 80% ogółu leczonych. Najwięcej osób leczono z powodu zaburzeń organicznych, następnie schizofrenii, zaburzeń afektywnych i zaburzeń nerwicznych. Najliczniejszą frakcję wiekową stanowiły osoby między 30 a 64 rokiem życia – 50% to osoby po 64 roku życia. Osoby w wieku 19-29 lat stanowiły 12%.

W roku 2012 funkcjonowały w Polsce 24 hostele dysponujące 343 miejscami. Przebywało w nich 629 osób. Współczynnik na 100 tys. wynosił 1,6. Najliczniejsza grupa osób – 66% – leczyła się w 16 oddziałach z 241 miejscami dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, 15% w trzech oddziałach z 40 miejscami dla uzależnionych od alkoholu, 10% w dwóch oddziałach psychiatrycznych z 20 miejscami dla dzieci i młodzieży, 9% w trzech oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych.

Panie przewodniczący, myślę, że poprzestanę na tym skrótowym opisie, jeśli pan przewodniczący pozwoli. Pozostaję do dyspozycji, bo na pewno pytań będzie wiele.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Maciej Orzechowski, proszę uprzejmie. Później dalsze zgłoszenia – pani poseł Zalewska, pani poseł Kłosin. Proszę bardzo.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, pytanie do pana ministra. Uchwaliliśmy i przyjęliśmy narodowy program leczenia chorób psychiatrycznych – dokładna nazwa tego Programu to Narodowy Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Stosowne rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., realizacja do roku 2015. Oczywiście, w realizacji tego programu biorą udział nie tylko minister zdrowia, ale też ministrowie sprawiedliwości oraz pracy i polityki społecznej, ale na str. 25 znajdują się cele do realizacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia – od celów głównych i okresów realizacji przez poszczególne priorytety, takie jak ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego do czerwca 2011 r., opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia do grudnia 2011 r. Chciałbym prosić o krótką informację odnośnie do tych segmentów, w których udało się te priorytety zrealizować – bo były określone daty – na temat stopnia realizacji tych priorytetów. A ponieważ ten Program będzie dobiegać końca w roku 2015, chciałbym usłyszeć, co jeszcze do roku 2015 nam zostało do realizacji, żebyśmy to wiedzieli – bo pewnie ten Program będziemy starać się przedłużyć na kolejne lata – co mamy jeszcze do zrobienia, do zrealizowania. Chodzi o krótką ewaluację tego Programu w zakresie działania ministra właściwego do spraw zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, zaproszeni goście, niestety, zadam pytania, a odpowiedzi na nie odczytam, panie ministrze, bo jeszcze mam dwa posiedzenia komisji. Mam też kilka uwag. Po pierwsze, jeżeli przygotowywane jest sprawozdanie z czegokolwiek, to oprócz liczb, zestawień, jest dokonywana analiza tego, co zostało zrobione, na jakim jest etapie i jak te założenia – słuszne, do niczego przyczepić się nie można – wyglądają w rzeczywistości.

Po drugie, z tych sprawozdań absolutnie nie wynika to, o czym od dłuższego czasu mówimy, to znaczy dążenie do przemodelowania systemu, ponieważ – tak jak pan minister powiedział – oprócz faktu, że starzejemy się i będziemy starzejącym się społeczeństwem, zresztą w sposób dramatyczny – wynika to ze wszystkich badań społecznych – to jedną z dziesięciu najpoważniejszych chorób, sytuujących na najbliższych kilkadziesiąt lat system zdrowia, będą zburzenia psychiczne – co też wynika ze starzenia się społeczeństwa, bo wiele zaburzeń jest związanych z wiekiem. Niestety, mimo Narodowego Programu – według mnie – sytuacja jest katastrofalna. Ja to wskazywałam podczas wotum nieufności, pokazując chociażby poszczególne miejsca, gdzie dostępności do psychiatry albo w ogóle nie ma, albo jest ona ograniczona, a kolejki są kilkumiesięczne. Dramatycznie wygląda to w przypadku dzieci, aczkolwiek w Programie epatuje się wręcz programami i zadaniami związanymi z eliminacją samobójstw.

Nie wiem, czy pan minister... Pan ma do przedstawienia skrót z tego, co my mamy do przeczytania, ale to jest kpina, panie ministrze. Na str. 40 w druku nr 1614 mamy same e-poradniki. Poradniki do przeczytania w szkole, które mają skutecznie zapobiec samobójstwom, a one dramatycznie wzrastają, co ma związek nie tylko z wynikami w szkole,

jak się przyzwyczailiśmy, ale właśnie z uzależnieniami i z sytuacją domową, poczynawszy od alkoholizmu poprzez utratę pracy przez rodziców... Natomiast nie ma mowy, panie ministrze, o psychologu, pedagogu czy zalecanym i dostępnym psychiatrze. Proszę więc uznać, że te pieniądze zostały wyrzucone w błoto, bo nauczyciele, którzy przychodzą do zawodu, mają to w programie studiów i naprawdę niekoniecznie muszą czytać, czy mieć e-podręcznik, bo podstawowe komunikaty „wygooglują” sobie i będą wiedzieć tyle, co jest w e-podręczniku.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w załączniku nr 2 wskazuje... Jesteśmy w roku 2014. Wprawdzie to jest za rok 2011, tu mówimy o roku 2012 – przepraszam, nieprawidłowo się wyrażałam – ale jednak tej realizacji nie widać. Wskazuje się minimalną dostępność placówek ochrony zdrowia świadczących usługi z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Dzienna opieka psychiatryczna zapewniająca częściową hospitalizację osób z problemami zdrowia psychicznego powinna obejmować dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi co najmniej jeden oddział dzienny w mieście powyżej 70 tys. mieszkańców oraz dysponować co najmniej trzema miejscami na 10 tys. osób – odnośnie do oddziałów dziennych, itd. To ze strony 16. Oczywiście, liczba kontraktów jest niewystarczająca i kiedy pan minister mówi, na przykład, o łózkach – myślę, że może konsultant krajowy do tego się odnieść, bo może ma pogłębioną analizę rzeczywistości – to mnie to nie interesuje w tym sensie, że ja muszę wiedzieć, na ile te łóżka są wykorzystywane, na ile są zakontraktowane i jak są zakontraktowane. A to dlatego, że ja pochodzę z województwa, gdzie pod koniec 2013 r. demonstracyjnie, bo byli tak zdeterminowani – na Dolnym Śląsku – wszystkie oddziały i wszystkie szpitale psychiatryczne wypowiedziały umowy Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Nie widać tu także analizy tego, jak funkcjonują oddziały zamknięte. Proszę popytać rodziny pacjentów. Pacjent zostaje ot tak położony i dostaje leki. Koniec. Może jedna analiza, i to z reguły ze zmieniającym się lekarzem.

W tym Programie nie widać też rodziny. Jesteśmy przyzwyczajeni do tego, że przy chorobie alkoholowej automatycznie jest włączana rodzina. Przy uzależnieniu dziecka już średnio, a kiedy mówimy o demencji starczej czy o innych zaburzeniach, których setki tu wymieniamy, rodziny absolutnie nie ma.

To było ogólnie o tym, o czym mówił pan minister, a teraz bardziej szczegółowe kwestie, odnośnie do informacji o sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi, dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz kosztach leczenia. Pan minister „popęłnił” takie zdanie, które – tak myślę – jest nieprawdziwe i pan minister nie chciał tak powiedzieć – że wzrost diagnoz chorób psychicznych wynika z kompetencji personelu. Otóż, nie. Nie wyobrażam sobie, żeby personel 10 lat temu nie potrafił rozpoznawać chorób psychicznych i ich zaburzeń. To wynika z faktu, że tak dynamicznie postępuje schorzenie polegające na zaburzeniach psychicznych.

Mówił pan o badaniu, które nazwał pan EZOP, i o 23% społeczeństwa – to jest dramat – u których rozpoznano co najmniej jedno zaburzenie. Chcę wiedzieć, jaki jest wniosek z tego badania. Na ile on do tych sprawozdań i analiz przystaje?

Oczywiście, w tej informacji jest mowa o tym, jak w różnych miejscach są realizowane programy, ale naprawdę, co drugi jestem w stanie zakwestionować jako bezsensowny. Każdy jest oczywiście obudowany banerami, spotami – dyskutowaliśmy wczoraj, kiedy rozpatrywaliśmy sprawozdanie z 2010 r. z przeciwdziałania alkoholizmowi, jaki to ma skutek. E-podręczniki są frapujące. Na przykład, minister edukacji narodowej: „Żyjmy z pasją – projekty wspierające rozwijanie aktywności własnej dziecka, wychowanie w partnerstwie, wzajemny szacunek i akceptację”. Chciałabym, żeby pan minister zobaczył, jak chociaż jeden taki program jest realizowany. Jak on jest skuteczny i czy ktokolwiek mierzy efekt takiego programu? Program – 1, 237 mln zł.

Minister obrony narodowej. Tu rzeczywiście konieczne są i pieniądze, i programy. Jest realizacja programów zapobiegania zaburzeniom związanym ze stresem i zaburzeniem nastroju w populacji żołnierzy – 28 mln zł, a w ogóle nie ma mowy o programie opieki nad żołnierzami, którzy wracają z misji. Z tego, co wiem, sytuacja jest dramatyczna... Bo jeżeli wymieniamy, to być może pod tym kryje się ta opieka nad żołnierzami...

Minister pracy i polityki społecznej. Mowa jest o tym, że sfinansowano 300 zadań z zakresu rozwoju sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Prosiłabym opisać jedno takie zadanie, chociaż do protokołu, jak ono wygląda i na czym polega.

A po prostu kompletnie „rozwaliło” mnie sformułowanie z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych – przepraszam za kolokwializm, rzadko mi się zdarza – „turnusy antystresowe”. Kto pojechał na te turnusy? To jest bardzo interesujące. Być może moje podejrzenia to nadmierna złośliwość i dbałość o publiczne pieniądze, ale chciałabym, żeby do protokołu było to powiedziane. Dziękuję. Jak powiedziałam, o 13.00 mam następne posiedzenie Komisji.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Rozumiemy. W takim razie, jeżeli pani poseł na to się zgodzi, niezależnie od odpowiedzi na te pytania – bo one są bardzo interesujące i też chcemy je usłyszeć – poprosimy też o odpowiedź na piśmie, tym bardziej, że część tych spraw będzie pewnie wymagać późniejszego dopracowania. I oczywiście nie chodzi tu o listę imienną osób przebywających na turnusie antystresowym, tylko raczej o grupę osób, do których ta oferta była skierowana. Chociaż – jak rozumiem – Ministerstwo Zdrowia pewnie chętnie na taki turnus by się wybrało, a być może byłoby to nawet zalecane.

Kolejną osobą, która zgłosiła się do pytania, jest pani poseł Kłosin. Proszę uprzejmie.

Posel Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowny panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, mam pytanie dotyczące wsparcia dla tak zwanych dziennych ośrodków pobytu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Z tego materiału, który pan minister nam zaprezentował, wiemy, że takie ośrodki są. Chciałabym się dowiedzieć, na podstawie jakich zasad one funkcjonują i ile jest takich ośrodków w poszczególnych województwach. Wiem – bo zgłaszali się do mnie i pacjenci i osoby prowadzące tego typu ośrodki – że na takie ośrodki jest duże zapotrzebowanie, ale mają one problemy ze znalezieniem źródeł finansowania.

Z tego materiału wynika, że minister pracy i polityki społecznej wspierał tego typu ośrodki, jednak to wsparcie polegało na przyznawaniu środków tak zwanych inwestycyjnych – na budowę i realizację inwestycji. Z tych 30 mln zł, którymi dysponował minister, wykorzystano tylko połowę, bo 16,260 mln zł. Czy w sytuacji, kiedy te ośrodki nie mają pieniędzy na zatrudnienie wystarczającej ilości terapeutów, na prowadzenie bieżącej działalności i na opiekę nad tymi pacjentami wymagającymi pomocy, nie można przesunąć tych środków tak, by pokryć również koszty bieżącej działalności tych ośrodków? Wiem, że w województwie pomorskim jeden z ośrodków prawie zamknął swoją działalność ze względu na brak środków na bieżącą działalność w sytuacji, kiedy opiekował się ponad 40 pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Są to pacjenci w różnym wieku, ze skłonnością do samobójstw, z różnego rodzaju zaburzeniami. Panie ministrze, chciałabym więc zapytać, czy w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego takie środki finansowe na prowadzenie tych dziennych ośrodków wsparcia dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi są przewidziane, ile ich jest i jak to wygląda w poszczególnych województwach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Okrağly.

Posel Janina Okrağly (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, na początek dygresja. Leczenie psychiatryczne powoli, ale jednak się zmienia na korzyść i te oddziały psychiatryczne, z którymi od czasu do czasu mam okazję współpracować, są zdecydowanie lepiej wyposażone. Są to już oddziały nie drugiego gatunku, ale normalne oddziały szpitalne, oczywiście, z pewnymi dodatkowymi zastrzeżeniami.

Szkoda, że nie ma tutaj ministra pracy i polityki społecznej, ponieważ te sprawy się zająbiają. Chcę powiedzieć o takich sprawach, może trochę z pogranicza. Pierwsza rzecz... Jeszcze jedna uwaga – ośrodki wsparcia dziennego. Tam są osoby z zaburze-

niami psychicznymi – mówię o ŚDS-ach czy WTZ-ach – które nie chcą, aby je nazywać „pacjentami”. One są uczestnikami... Przepraszam, to jest, na przykład, środowiskowy dom pomocy, gdzie staramy się im stworzyć takie warunki, żeby czuły się jak w domu, co więcej, nabierały umiejętności społecznych i umiejętności radzenia sobie zarówno w środowisku domowym, jak i pozadomowym.

Wracając do pytań, które mnie interesują. Zespoły leczenia środowiskowego – widzę, że one powstają i obrany jest kierunek zwiększania ich liczby. Chciałabym wiedzieć, czy minister ma docelowe plany, ile powinno być takich zespołów. Chodzi mi o szacunkowe plany na przyszłość i o to, kiedy moglibyśmy osiągnąć taką ich liczbę, żeby pokryć zapotrzebowanie na leczenie środowiskowe i odciążyć oddziały dzienne, które najczęściej są w miastach wojewódzkich, i oddziały psychiatryczne, bo oddziały psychiatryczne bardzo rzadko powstają, na przykład, przy oddziałach wewnętrznych.

Następna sprawa. Było napisane, niestety, że w 2011 r. programy szkolenia przed i podyplomowego w sprawie rozpoznawania zaburzeń psychicznych nie zostały opracowane, a w związku z tym niezrealizowane. Chciałabym więc dopytać o następne lata – bo to był rok 2011.

Interesuje mnie szkolenie podyplomowe dlatego, że mamy coraz bardziej starzejącą się populację i coraz więcej zaburzeń psychicznych występujących u osób starszych. Ja pracowałam w lecznictwie podstawowym – mieliśmy trudności z rozpoznawaniem, leczeniem, kierowaniem takich starszych osób do specjalistów, a nawet z uzyskaniem dla nich pomocy. Muszę podkreślić, że bardzo często depresja u osób starszych traktowana jest jako zespół otępienny, co nie zawsze jest prawdą.

Interesuje mnie też problem dzieci i młodzieży. Media epatują nas czasami informacjami o samobójstwach młodych. Jak to rzeczywiście się przekłada? Czy to jest monitorowane? Chodzi mi o dzieci i młodzież. Samobójstwa – wiadomo, ale mam na myśli próby samobójcze. Chodzi o określenie przyczyn, z czego wynikają i o sposoby zapobieżenia próbom samobójczym w tym wieku.

I ostatnie pytanie, również dotyczące współpracy z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej – wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy. Czy w tym zakresie istnieje współpraca pomiędzy resortem zdrowia a resortem pracy i polityki społecznej? Pytam, bo na zatrudnienie tych osób nie wykorzystano 50% środków.

Chciałabym podkreślić, że aczkolwiek zmienia się mentalność społeczeństwa jeśli chodzi o podejście do osób chorych i niepełnosprawnych, to najgorzej ranking tolerancji wypada w odniesieniu do osób chorych psychicznie i osób z upośledzeniem umysłowym. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, niestety, znowu pracujemy nad materiałem historycznym – nawiązuję do tego, o czym rozmawialiśmy wczoraj. Wprawdzie w tym przypadku jest trochę lepiej, bo nie jest to rok 2010, ale nie jest też dobrze, bo jest to rok 2011. Zatem, pierwsza uwaga to prośba do pana ministra, aby państwo przygotowując te dokumenty jesienią opracowali informację z realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego już za dwa kolejne lata 2012 i 2013 – myślę, że w drugiej połowie roku będzie to możliwe – po to, abyśmy nadrobili to opóźnienie i rozmawiali już o sytuacji rzeczywistej, o tym, co jest tu i teraz, a nie o tym, co było jakiś czas temu. Sądzę, że to będzie służyć merytorycznej dyskusji na temat tego, co jest i co ewentualnie trzeba zmienić w przyszłości. To pierwsza uwaga.

Druga uwaga jest związana z informacją, która dotyczy dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz kosztów leczenia. Otóż, panie ministrze, są to dane statystyczne, i to całkiem niezłe patrząc na tę dostępność i czas oczekiwania. Jednak, aby nie popadać w przesadny zachwyt, należy powiedzieć, że mówimy tu o dostępności w danym województwie. Ja sam doskonale wiem, na podstawie województwa kujawsko-pomorskiego, że z tą dostępnością dla pacjentów i ich rodzin bywa różnie, a zwłaszcza w przypadku pacjentów małych – myślę o dzieciach, a w mniejszym stopniu o młodzieży – jest ważne, aby leczenie nie odbywało się kilkadziesiąt kilometrów od miejsca zamieszkania. I tutaj – patrząc na to terytorialnie, bardziej szczegółowo – już tak dobrze nie jest. Może tak

rzeczywiście jest, że ktoś z kujawsko-pomorskiego będzie od ręki przyjęty, na przykład, w Świeciu, ale już w Bydgoszczy przyjęcie od ręki, zresztą z racji inwestycji tam prowadzonej... Z punktu widzenia pacjentów i ich rodzin sytuacja jest niezwykle ważna. Pytanie – co zrobić w tej sprawie? Tym bardziej – nawiązując do tego, o czym mówiła pani poseł Zalewska – że to nie jest kwestia bardziej skutecznej diagnostyki, lepszego wykrywania – bo ja nie wątpię w kompetencje psychiatrów, również te sprzed lat dziesięciu... Zresztą, jeżeli mówimy o personelu z tytułami naukowymi, to są to przecież na ogół ci sami ludzie. Nie mówmy więc tak, że dziesięć lat temu byli on mniej kompetentni, a dzisiaj są bardzo kompetentni. Widzę uśmiech na twarzy pana profesora – zresztą też o to chętnie dopytam. Prawda jest taka – i o tym słyszeliśmy wielokrotnie w tej Izbie, panie ministrze, na posiedzeniach Komisji – że mamy swego rodzaju epidemię chorób psychicznych, bo tak to było nawet nazywane.

I żeby było jasne, nie jest to tylko problem Polski. Możemy powiedzieć, że to jest sprawa cywilizacyjna, związana pewnie z tempem życia, z tym, jak żyjemy, jak funkcjonujemy. Nie chcę się wymądrzać – pan profesor lepiej powie, z czego to wynika – ale takie są fakty. I my, jako osoby zajmujące się ochroną zdrowia w Polsce, musimy znaleźć odpowiedź na to wyzwanie, które przed nami stoi. Czyli, to nie jest tylko kwestia statystyk realizacji programu, czasu dostępu do wizyty czy przyjęcia do szpitala. To jest też kwestia pewnych działań, które powinniśmy podejmować w ramach tego Programu. Tak to rozumiem. Stąd, między innymi, moja prośba, abyśmy w miarę możliwości rozmawiali na podstawie świeżego materiału, bo zalecenia oparte na materiale z roku 2011 mogą się mieć nijak do rzeczywistości w roku 2014. Dlatego – w moim przekonaniu – jest potrzeba takiego działania, i o to jeszcze raz serdecznie pana ministra proszę.

I wreszcie, na koniec, kwestia wyceny procedur. Spotykałem się wielokrotnie z żalem – chętnie poznam opinię pana profesora jako konsultanta krajowego w tym zakresie – że te procedury są bardzo różnie traktowane i, można rzec, że „po uważaniu” wyceniane w poszczególnych oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia. Są różnice między oddziałami i są różnice w obrębie oddziałów, i to dość zasadnicze. Przyznam szczerze, że nie wiem, panie ministrze, czemu to służy. Mogę zrozumieć ewentualnie, że jest jakiś ośrodek referencyjny, który z określonych powodów ma trochę wyższą stawkę, natomiast odnośnie do reszty, nie wiem... Nie wiem, czy ktoś z NFZ-u byłby w stanie nam coś w tej sprawie powiedzieć. Mówię o pewnej tendencji, o faktach, które jednak z pewnością należałoby zmienić.

Tyle z mojej strony. Zanim oddam głos państwu, panu profesorowi, jeszcze na moment pani poseł Okragły, a następnie nasi goście – nie wiem, czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos. Proszę uprzejmie.

Poseł Janina Okragły (PO):

W czasie poprzedniej wypowiedzi zapomniałam o jeszcze jednym problemie. Mamy tu punkt – hostele. Szczerze mówiąc, chciałabym się dowiedzieć, co to znaczy. Czy to są domy pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami, czy inne, bo tego nie rozumiem? Kiedyś pobyt w hostelu polegał na przygotowaniu, na przykład, osoby z zaburzeniami psychicznymi, do wyjścia po leczeniu w środowisko, usamodzielnienia. To, po pierwsze.

I jeszcze sprawa, może nie związana z tymi sprawozdaniami. Na stronach ministerstwa pojawiło się rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zaburzeniom Dyssocjalnym. Tam zaskoczyła mnie bardzo duża liczba personelu przypadającego na niewielką grupę osób. Rozumiem, że są to osoby szczególne, ale 77 osób personelu, w tym 12 pielęgniarek, na 10 osób... Nie rozumiem, dlaczego takie normy przyjęto. A muszę powiedzieć, że ten projekt rozporządzenia wywołuje niepokój u prowadzących oddziały psychiatrii sądowej o wzmożonym nadzorze, żeby to nie były takie wysokie wymagania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, czy pan odpowie po tej rudzie pytań, bo chcielibyśmy jeszcze poprosić o zabranie głosu gości naszej Komisji, czy rozłożymy to na dwa etapy, żeby część z tych pytań nam nie uciekła...

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radzewicz-Winnicki:

Proponowałbym, żeby najpierw głos zabrał pan prof. Jarema, konsultant krajowy. Myślę, że pan profesor udzieli odpowiedzi na wiele pytań, bo one są bardzo wyspecjalistyczne.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dobrze. W takim razie teraz dopuścimy do głosu pana profesora, a potem poprosimy o pytania i wnioski ze strony naszych gości. Dziękuję.

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii Marek Jarema:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, tak jak pan minister powiedział, jestem konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii, więc te wszystkie problemy, o których tu mówimy, spędzają mi sen z powiek. Poruszono tu niezwykle istotne elementy związane z funkcjonowaniem psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Jedna z pań posłanek powiedziała, że jej troskę budzi zjawisko stygmatyzacji. Myślę, że od tego trzeba zacząć.

Stygmatyzację, czyli naznaczenie, a więc traktowanie osób z zaburzeniami psychicznymi jako szczególnej populacji, ale szczególnej w negatywnym znaczeniu tego słowa, my wszyscy winimy za to, co się dzieje w psychiatrii. Ona przejawia się w rozmaity sposób. Może przejawiać się w ten sposób, że społeczeństwo w ogóle jest nastawione negatywnie do osób z zaburzeniami psychicznymi, co znajduje wyraz w środkach masowego przekazu. Wiadomo, media zajmują się zaburzeniami psychicznymi tylko wtedy, kiedy towarzyszy temu sensacja. Niestety, przejawia się to także w stosunku do osób, które profesjonalnie są związane z opieką nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, a mówiąc krótko, do nas wszystkich. To również, niestety, przekłada się na decyzje na szczeblu organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kraju.

Znowu odwołam się do uwagi jednej z pań posłanek, która powiedziała, że oddziały psychiatryczne rzadko powstają przy oddziałach wewnętrznych. Rzeczywiście, obserwujemy taką tendencję, że to, co wydaje się nam najlepszym modelem, czyli umiejscowienie psychiatrii wśród innych dyscyplin medycznych, akurat jest najtrudniejsze do przeformowania, głównie z powodu oporu ze strony osób, które zawiadują organizacją tej opieki. Krótko mówiąc, chodzi o opór ze strony dyrektorów szpitali wielospecjalistycznych. Mianowicie, każdy dyrektor szpitala wielospecjalistycznego powie, że ostatnim oddziałem, który chciałby u siebie otworzyć i mieć, jest oddział psychiatryczny. I to nie ze względu na to, że to są szczególnie pacjenci – chociaż, może też – ale ze względu na to, że psychiatria jest fatalnie finansowana. I tu mamy następny problem, o którym zresztą mówił pan przewodniczący – wycenę procedur.

U nas, w psychiatrii, głównym sposobem rozliczenia w leczeniu stacjonarnym jest osobodzień. Osobodzień wynika z wyceny tak zwanego punktu. Ci z państwa, którzy są lekarzami, pracowali w opiece zdrowotnej, wiedzą, o czym mówię. Otóż, ta wycena jest zdecydowanie za niska. My od dawna apelujemy o wzrost środków. Otrzymujemy wielkie wsparcie ze strony resortu zdrowia, ale na razie, niestety, nie przełożyło się to na konkretne efekty.

Żeby nie powiedzieć, że jestem gołosłowny, że to nie jest wyłącznie opinia środowiska medycznego, mam przed sobą stanowisko Konwentu Marszałków Województw Rzeczypospolitej Polskiej z 20 stycznia tego roku, iż: „1. Udział środków pieniężnych na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ nie może być niższy niż 5%”. To się zgadza z Narodowym Programem – jest w tej chwili około 3,5%. Nie będę czytać całego tego stanowiska, ale mamy poparcie. W naszych rozmowach z NFZ-em często słyszymy, że płatnik publiczny rozumie trudną sytuację psychiatrii, natomiast, niestety, na razie nie przełożyło się to na pieniądze.

Nie tylko środki są istotne, ale poprawa finansowania świadczeń psychiatrycznych jest absolutnym priorytetem w naszym odczuciu, dlatego, że wiąże się nie tylko poprawą funkcjonowania placówek, ale także z możliwością poprawy jakości opieki. My tutaj niewiele mówimy o jakości, a proszę pamiętać, że za tymi liczbami niekoniecznie kryje się poprawa jakości opieki. Przez poprawę jakości opieki rozumiemy, między innymi, odej-

ście od modelu stacjonarnego na rzecz modelu środowiskowego. To jest najważniejszy element.

Jeżeli byśmy chcieli powiedzieć, jakie widzimy możliwości wyjścia z tej sytuacji, to powiedzielibyśmy – przede wszystkim realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, i to w tych trzech głównych celach. A przede wszystkim nas, jako lekarzy praktyków, interesuje cel nr 2, czyli wprowadzenie modelu środowiskowej opieki zdrowotnej.

Wydaje się jednak, że niezależnie od tego wszystkiego potrzebne są innego rodzaju działania zmierzające do tego, żeby poprawić jakość, bo dostępność świadczeń, wbrew pozorom, nie jest tak zła. Na przykład, do psychiatrii nie potrzeba skierowania. To jest już bardzo dużo, bo to ułatwia drogę pacjenta do specjalisty. Poza tym, ponieważ mamy dużo szpitali psychiatrycznych, jest dużo łóżek – mówił o tym pan minister – wydaje się, że problemem nie jest hospitalizacja. To znaczy, że pacjent, który wymaga hospitalizacji, najprawdopodobniej z tej usługi skorzysta, natomiast gorzej jest z formami pośrednimi.

Nas przede wszystkim interesuje środowiskowy model opieki psychiatrycznej, czyli zespoły leczenia środowiskowego, a więc taka sytuacja, że lekarze specjaliści idą do pacjenta. Pacjent zostaje w swoim środowisku, nie idzie do szpitala, nie idzie do przychodni, nie idzie do DPS-u ani do jakiegokolwiek innej formy opieki, tylko pomoc jest mu dostarczana niejako w miejscu, gdzie on rezyduje, a to znaczy, że nie jest wrywany ze swojego środowiska, czyli może funkcjonować, ponownie podejmuje rolę społeczną itd. W związku z tym prosiłbym o skupienie się na tym, co zrobić, w jakim sensie można wesprzeć nasze działania zmierzające do tego, aby model środowiskowy zaczął funkcjonować. Oczywiście, za tym muszą iść innego rodzaju działania – działania edukacyjne. W tym zakresie nie jest źle, jakkolwiek chcielibyśmy, żeby było dobrze. Ja mówię to w imieniu psychiatrii dorosłych. Nie wypowiadam się na temat psychiatrii dzieci i młodzieży, bo tu sytuacja autentycznie jest katastroficzna. Natomiast, jeśli chodzi o sytuację psychiatrii dorosłych, to w zakresie, na przykład, liczby lekarzy psychiatrów nie stoimy źle. W Polsce jest szacunkowo ponad 3 tys. lekarzy psychiatrów, którzy pracują w opiece zdrowotnej. Nie każdy psychiatra pracuje w opiece zdrowotnej.

Jeżeli chodzi o edukację, zmieniliśmy w tej chwili program szkolenia z psychiatrii – program specjalizacji. Ministerstwo otrzymało zmianę tego programu i warunki akredytacji. Wiemy, że to zostanie wprowadzone – a więc, krótko mówiąc, ułatwienie przebiegu specjalizacji.

Co roku około 200 lekarzy zdobywa tytuł specjalisty psychiatrii. Można zapytać, czy to dużo, czy mało. Jak na nasze warunki, to jest dobrze, z tym, że – niestety – obserwujemy zmniejszenie zainteresowania wśród młodych lekarzy specjalizacją z psychiatrii. To wynika z faktu, że jeżeli oni w czasie studiów mają zajęcia z psychiatrii, to widzą, w jak trudnych warunkach ci pacjenci przebywają. Poprawa warunków stacjonarnych, w jakich przebywają, jest bardzo istotna. Pani poseł mówiła tu, że niektóre oddziały są już na bardzo dobrym poziomie. Rzeczywiście, tak jest. Ostatnio wizytowałem oddział w Grudziądzu, który naprawdę jest wyposażony fantastycznie i świetnie działa, ale, niestety, są oddziały, które wymagają wielkich nakładów. Przypomnę moje miejsce pracy, czyli Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie przy ul. Sobieskiego – warunki są jeszcze dalekie od tego, co można by zrobić.

Reasumując, uważam, po pierwsze, że bardzo dobrze, że się mówi o psychiatrii, i to coraz bardziej w kontekście tego, że jest to dyscyplina priorytetowa. Ta informacja, którą pan minister przekazał odnośnie do tego, nie budzi żadnych wątpliwości, natomiast my nie musimy właściwie sięgać po żadne narzędzia prawne, ponieważ mamy Narodowy Program, który wszystko to zakłada. W związku z tym, wydaje mi się, że my wszyscy musimy... Mówię tak kolokwialnie, ponieważ tak zwykle mówię do moich kolegów, że ci, którym zależy na opiece psychiatrycznej – a zależny nam wszystkim – powinni przede wszystkim skupić na realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Wydaje się, że w tym zakresie postępy są, ale my byśmy chcieli, żeby one były zdecydowanie większe.

Myślę, że wypowiedziałem się... Aha, jeszcze o przyczynach rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Jest ich kilka. Po pierwsze, zaburzenia psychiczne to olbrzy-

nia grupa. Tu są zaburzenia afektywne, czyli lękowe, depresje. Tu są zaburzenia psychotyczne, czyli, na przykład, schizofrenia. Tu są zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Która grupa wykazuje największy przyrost dynamiczny? Są to zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. To jest plaga. To, niestety, jest olbrzymi problem.

Drugą grupą, gdzie wzrasta przynajmniej zgłaszalność, a chyba także rozpowszechnienie, są zaburzenia afektywne, a przede wszystkim depresje i zaburzenia lękowe. Tu dość łatwo jest nam powiedzieć, skąd się to bierze. Uważamy, że to bierze się, po pierwsze, z tego, że warunki, w jakich w tej chwili żyjemy, sprzyjają frustracjom, stresowi i temu, że wielu członków naszego społeczeństwa nie może podołać wyzwaniom, które są teraz bardzo widoczne. Wszędzie otacza nas informacja, że ludzie odnoszą sukces, że może być dobrze, że możemy żyć lepiej, że możemy być bogaci, że możemy więcej osiągnąć i ten wzorzec, który jest prezentowany, bardzo trudno jest niektórym zrealizować. To rodzi, między innymi, frustracje, zaburzenia lękowe, relacje stresowe i depresje.

Drugim elementem, który wpływa na to, że to rozpowszechnienie jest większe, jest zgłaszalność. W tej chwili świadomość, że część problemów, które dotychczas były uważane za problemy natury egzystencjalnej, wynikające, na przykład, z dojrzewania albo z tego, że ktoś nie może znaleźć pracy, w tej chwili ludzie identyfikują już jako problemy zdrowotne i dzięki, między innymi, tym akcjom medialnym, o których mówił pan minister, zgłaszają się do profesjonalistów – do psychiatrów, do psychologów, do terapeutów. To jest następny element.

Osobnym elementem jest także to, że informacja o tym, że zaburzenia psychiczne można rozpoznać, a przede wszystkim można leczyć, że skuteczność tego leczenia jest większa, także powoduje to, że zgłaszalność i prośba o pomoc jest częstsza. Stąd to wszystko się bierze. Natomiast to wszystko nie tłumaczy faktu wzrostu zachorowalności w związku z substancjami psychoaktywnymi. Tu po prostu wzorzec społeczny, jaki jest lansowany, to parcie na sukces, ale także swego rodzaju dążenie do hedonistycznego stylu życia plus łatwość rozładowania stresu związana z substancją psychoaktywną, to pozorne działanie terapeutyczne, są za to bezwzględnie odpowiedzialne. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo dziękuję, panie profesorze, za pana wypowiedź i dodanie nam trochę otuchy. Jednak część naszych pytań dotyczyła konkretnych spraw. Mamy przed sobą informację o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Mamy materiał, ale mamy też przed sobą sam Program. Panie profesorze, część z tych celów, zwłaszcza szczegółowych, ma charakter binarny – tak, nie. Moje pytanie dążyło w tym kierunku. Jeśli jednak mamy już te cele, które były zaplanowane na rok 2011, to mamy chociażby cele szczegółowe, czyli ppkt 1.2 – to jest chyba 26 strona tego Programu zawieszona na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia... Mamy tam takie zadanie, jak opracowanie programów wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym – termin realizacji do czerwca 2011, wskaźnik monitorujący: przygotowany program. Powinno więc nasuwać się pytanie, czy ten program jest, czy nie.

Kolejny punkt, to realizacja programów wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym – termin realizacji do lipca 2011, wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem na rok. I wreszcie, opracowanie programu zapobiegania samobójstwom – termin realizacji do czerwca 2011, wskaźnik monitorujący: przygotowany program. Trudno więc podejrzewać, żeby realizatorzy Programu, czy w ogóle osoby, które powoływały ten Program, nie dały dość jasnych wytycznych w określonych segmentach. Oczywiście, mamy też realizacje ciągłe, z zakresem zamknięcia, na przykład, na lipiec 2011 r., kiedy mamy program realizacji zapobiegania samobójstwom. I to, czego oczekiwaliby członkowie Komisji, ale też nasi zaproszeni goście, to dopracowywania szczegółowych parametrów, w którym miejscu jesteśmy, bo za chwilę będzie rok 2015, będzie zakończenie tego Programu i ewaluacja, dlatego daliśmy graniczne daty na lata 2011, 2012 i 2013 do realizacji tego Programu.

Moje pytanie dążyło raczej do tego, żeby dookreślić, w którym miejscu jesteśmy, bo jeśli państwo wezmą do ręki materiał, który został przygotowany na dzisiejsze spotkanie, gdzie w odniesieniu do nakładów przeznaczonych na realizację programu w zakresie ministra do spraw zdrowia jest kwota w wysokości 53 tys. zł, z czego na badania ankietowe przeznaczono 28 tys. zł, to zastanawiam się, czy rzeczywiście przy tak skromnych nakładach i środkach możemy ten Program realizować. To pytanie raczej do przedstawicieli resortu zdrowia i do pana profesora niż do członków Komisji, bo chcielibyśmy wiedzieć, w którym miejscu jesteśmy po trzech latach realizacji tego Programu.

Cieszę się, że padło dzisiaj stwierdzenie, że jest 200 szkolonych psychiatrów – to dość wysoka liczba, jak na nasze możliwości, natomiast bardzo zaniepokoiła mnie informacja ze strony pana profesora o katastrofalnej – cytuję literalnie – sytuacji psychiatrii dziecięcej...

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii Marek Jarema:

Przepraszam, *ad vocem*, jeżeli mógłbym zasugerować, panie przewodniczący, żeby wyjaśnili tę sprawę pan prof. Wolańczyk, który jest tu, na sali – jest konsultantem w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – a także pan prof. Wciórka, konsultant województwa mazowieckiego do spraw psychiatrii, który śledzi rozwój i realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jeżeli pan przewodniczący pozwolił, żeby oni się wypowiedzieli...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Tak, prosiłbym.

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży Tomasz Wolańczyk:

Tomasz Wolańczyk. Jestem konsultantem w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Sytuacja jest katastrofalna, aczkolwiek paradoksalnie poprawia się. To znaczy, że dostępność do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest w niektórych województwach bardzo zła, ale... Wracając do tego, co powiedział pan prof. Jarema o stygmatyzacji, to jest bardzo dobry przykład. W województwie podlaskim przez wiele lat nie było oddziałów psychiatrycznego w ogóle. Pacjentów wożono, na przykład, z Suwałk do Olsztyna albo z Suwałk do Warszawy, co uniemożliwiało oczywiście jakąkolwiek terapię, oddziaływania rodzinne itd. W związku z tym, wreszcie udało się – władze województwa podlaskiego rozpoczęły budowę oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, ale budują go we wsi Baciki, pow. Siemiatycze, do której nie ma żadnego dojazdu komunikacją miejską, a właściwie żadną komunikacją, co spowoduje, że stworzymy przechowalnię dla zaburzonej młodzieży, którą będzie się tam „wyrzucać” i którą rodzice odbiorą mniej więcej taką, jaka przyszła... To znaczy, w ramach oddziału zapewne uzyska się poprawę, natomiast w sytuacji, kiedy nie będzie możliwe prowadzenie, na przykład, terapii rodzin czy pracy z rodzicami, to ta poprawa mało się utrwali.

Wydaje mi się, że zasadniczym problemem jest to, że psychiatria dziecięca troszkę się poprawiła, jeśli chodzi o liczbę specjalistów, bo ich rocznie przybywa 20-30 – to jest dziesięciokrotny przyrost rocznie. Duża jest w tym rola ministerstwa, że psychiatria została uznana za specjalizację priorytetową i praktycznie miejsca rezydenckie zostają – to znaczy, że jest więcej możliwości kształcenia niż chętnych do kształcenia się w tej specjalizacji.

Powody, dla których ludzie nie chcą się kształcić, są dokładnie takie same, jak wymienił pan prof. Jarema. To jest ciężka, niewdzięczna praca. Nawet nie o to chodzi, że źle płatna. Po prostu pracuje się w fatalnych warunkach. W sytuacji, kiedy pracuje się na oddziale, który jest deficytowy i problemem jest pomalowanie, kupienie papieru toaletowego czy naprawienie wykopanych przez pacjenta drzwi, ponieważ oddział regularnie przynosi straty, zrobienie czegokolwiek w tym oddziale jest niemożliwe.

Natomiast tę poprawę, jeśli chodzi o wzrost liczby specjalistów, skonsumowały oddziały. W dalszym ciągu jest za mało specjalistów, aby powstawały oddziały dzienne. Trochę poprawiła się sytuacja jeśli chodzi o dostępność w poradniach, ale nadal jest bardzo zła. Na to jednak składa się drugie zjawisko, a mianowicie to, że mamy do czynienia z psychiatryzacją zaburzeń dzieci i młodzieży – o tym już powiedział pan prof. Jarema. Mówieniem rodzicom „szukajcie pomocy profesjonalnej” powoduje, że mnóstwo dzieci i nastolatków z zaburzeniami zachowania szuka pomocy w systemie psychiatrycznym,

który nie jest w stanie... Jedynym krajem w Europie, który ma pełną psychiatryzację zaburzeń zachowania, jest Szwajcaria, ale my jesteśmy krajem stanowczo mniej zamożnym i nie stać nas na to, aby system psychiatrycznej opieki zdrowotnej był podstawową linią pomocy dla dziecka czy młodzieży z zaburzonym zachowaniem.

W obecnym systemie, w przypadku dziecka agresywnego wobec rodziców, taki rodzic jest kierowany z dzieckiem do poradni zdrowia psychicznego, a jeśli dziecko gryzie i kopie, to jest wzięte do oddziału psychiatrycznego. W większości wypadków wynika to z niewydolności wychowawczej rodziców, z braku wsparcia. To jest obszar oddziaływań dla powiatowych centrów pomocy rodzinie, w których, na przykład, w ogóle nie funkcjonują asystenci rodzinni. To jest obszar oddziaływania dla psychologów szkolnych, których nie ma. W tej chwili około 10% szkół ma psychologa w szkole. W związku z tym, w przypadku zwiennych myśli rezygnacyjnych nastolatki po zawodzie miłosnym, pierwszą linią frontu staje się poradnia zdrowia psychicznego, psychiatra. Zmienia się funkcja rodziny i rośnie liczba dzieci, które w sposób aspołeczny, agresywny przeżywają okres dojrzewania.

Wracając do pytania szczegółowego o liczbę samobójstw – ona nie rośnie. To znaczy jeśli chodzi o dzieci i młodzież jest niewielki wzrost w roku 2013 po okresie niewielkiego spadku, ale w liczbach bezwzględnych są to zmiany kilkuprocentowe. W związku z tym, nie możemy mówić o... Mówię o danych Komendy Głównej Policji na temat samobójstw dokonanych. My nie mamy danych, że rośnie liczba samobójstw u dzieci i młodzieży. Ona wzrosła w roku 2013, po spadku w roku 2011 i w roku 2012. Jest więc za wcześnie, żeby interpretować jeden rok wzrostu.

Natomiast jeśli chodzi o częstość prób samobójczych, problem polega na tym, że obecny system raportowania powoduje, że one nie są raportowane, ponieważ jeśli pacjent trafia na oddział psychiatryczny, nie ma kodu na próbę samobójczą. Jeśli pacjent trafia na oddział pediatryczny, jest to raportowane jako zatrucie. Jeśli trafia na oddział psychiatryczny, jest to raportowane jako epizod depresyjny albo reakcja adaptacyjna, a tak naprawdę, powinny to być podwójne kody, czyli przyczyna psychiatryczna plus zatrucie. Jednak skomasowanie danych pogotowia, oddziałów psychiatrycznych i pediatrycznych powoduje, że oszacowanie liczby prób samobójczych u dzieci i młodzieży, którym udzielono pomocy, nie jest możliwe, zwłaszcza, że dość trudne jest odróżnienie czy to jest próba samobójcza, czy eksperymentowanie z substancją psychoaktywną. Kłasyfikacyjny przykład – 20 tabletek Acodinu. Czy to jest samo odurzenie, czy próba samobójcza? Rozgraniczenie jest trudne.

Kolejnym problemem jest to, że choć wydaje się, iż częstość poważnych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży nie rośnie, to zmienia się charakter demonstrowania objawów. Odsetek dzieci z depresją jest podobny, natomiast znacznie większa ich liczba w czasie depresji, na przykład, jest agresywna albo autoagresywna i się samookalecza. To powoduje, że leczenie ambulatoryjne jest utrudnione, a wszelkie placówki o charakterze wychowawczym nie są kompletnie przygotowane do opieki nad takimi pensjonariuszami.

Dobrym tego przykładem są ośrodki szkolno-wychowawcze. Z badań wynika, że osoby zagrożone demoralizacją, umieszczone w ośrodku szkolno-wychowawczym, w 50% mają diagnozę psychiatryczną wymagającą głównie terapii ambulatoryjnej. Natomiast personel ośrodków wychowawczych to nauczyciele, i oni mają mieć zadania wychowawcze. W związku z tym, jest to grupa nieobjęta opieką, która znowu jakby zajmuje miejsca na oddziałach psychiatrycznych, wydłużając kolejkę. Bo, paradoksalnie, liczba łóżek psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w Polsce jest absolutnie adekwatna do poziomu zamożności i wielkości kraju, tylko że większość tych miejsc zajmują pacjenci, którzy mogliby otrzymać pomoc w systemie pozapsychiatrycznym, a nawet pozamedycznym, ze wsparciem ambulatoryjnym. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Udzielam głosu drugiemu naszemu gościowi.

Przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Jacek Wciórka:

Jacek Wciórka. Jestem psychiatrą. Reprezentuję tu prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, który prosił mnie o uczestnictwo w tym posiedzeniu. Powinni też państwo wiedzieć, że jestem jednym ze współautorów tego Programu. Cieszę się dzisiaj, że skonstruowaliśmy go tak, żeby pan przewodniczący mógł zadać pytania, które z tych punktów zostały zrealizowane, a które nie.

Z toku dyskusji zdaje mi się, że państwo mają nie do końca jasny obraz tego, czemu ten Program – w intencji jego twórców i tych, którzy go uchwalali – ma służyć. To nie jest program stopniowego zwiększania bazy leczenia psychiatrycznego i rozwiązywania różnych problemów z zakresu prewencji czy promocji. On jest programem istotnej reformy opieki psychiatrycznej, ale także miejsca zdrowia psychicznego w świadomości społecznej, publicznej, i miejsca w wysiłku publicznym, który służy rozwiązywaniu problemów. Dlatego jest to Program szeroki, obejmujący wiele zobowiązań resortowych i działania z kręgu zarówno promocji, adresowanej do wszystkich zdrowych, żeby ich styl życia, sposób życia, funkcjonowanie, to, co mają wokół siebie, sprzyjało zdrowiu psychicznemu, a nie pogrążało ich w kryzysach, a także działań prewencyjnych, które w wybranych grupach będą realizować zadania z zakresu tak zwanej prewencji drugiego stopnia, czyli wczesnego wykrywania, identyfikowania problemów i wczesnego reagowania na nie.

Istotny jest też plan gruntownej modernizacji opieki psychiatrycznej, która w tej chwili w swojej większości i w swoim dominującym udziale reprezentuje model nazywany azylowym, szpitalnym lub w inny sposób – instytucjonalnym, gdzie gros ciężaru opieki skupione jest w tych 48 odległych od miast wielkich ośrodkach psychiatrycznych, od dziesiętności lat poddawanych jako instytucje zdecydowanej krytyce, i skierowanie wysiłku publicznego na tworzenie takich form opieki psychiatrycznej, które człowiek będzie mieć koło siebie. Myślę o poradniach zdrowia psychicznego, które w Polsce są. Myślę o zespołach leczenia środowiskowego, których w Polsce jest mało – za chwilę wrócę do tych liczb, które tu padły – i zdecydowanie za mało, a nawet, powiedziałbym, katastrofalnie za mało, oddziałów dziennych, których liczba rośnie, i jest może na dobrej drodze. I to jest istota tego, co chcemy osiągnąć. Chcemy też – i temu Program poświęca cały swój cel strategiczny – żeby sprawą publiczną stało się gromadzenie rzetelnych danych o stanie opieki psychiatrycznej w Polsce i prowadzenie badań, które by budowały wiedzę dla przyszłych pokoleń.

Pan przewodniczący zadał pytanie, w jakiej fazie rozwoju jest Narodowy Program. On zaczął być wdrażany w lutym 2011 r., zatem za kilka dni zaczniemy trzeci rok realizacji tego Programu. Moim zdaniem, Program w Polsce nie jest realizowany. Program rozwinął skrzydła w roku 2011. To jest taki okres, który był zaplanowany jako planistyczny – miano zastanowić się nad oceną zasobów i sformułowaniem planów strategicznych na poziomie lokalnym, na poziomie regionalnym i na poziomie krajowym. I to zadanie było niemal wykonane. Rzeczywiście, w większości województw, z wyjątkiem dwóch-trzech, powstały całkiem rozsądne plany działania, z tym, że one zatrzymały się na tej wersji sprawozdawczej i planistycznej, ponieważ do części wykonawczej, do takiej egzekutywy planowanego rozwoju, zawsze brakowało pieniędzy.

W 2012 r., i w 2013 r., w moim odczuciu, realizacja Programu była pozorowana. Miałem nawet wrażenie, że to, co jest realizowane, dąży do skompromitowania idei tego Programu jako programu publicznego. Nie było środków, nie było woli, a te instytucje, które miały go realizować – przekonane, że nie ma żadnej egzekucji, żadnego karcenia za to, że nie wykonano w pełni poprzednich planów – spoczęły na laurach.

Ja zapoznałem się z projektem sprawozdania za rok 2012, który został opublikowany na stronach Ministerstwa Zdrowia, i muszę powiedzieć, że jest on jeszcze bardziej zasmucający niż ten, nad którym dyskutujemy dzisiaj. Jest krótszy – stanowi ¼ tego zapisu i ogranicza się do wskazania właściwie efemerycznych zadań lub tych, które były realizowane w Ministerstwie Sprawiedliwości, a dokładnie, w służbach – więziennictwie, wojsku, policji – daleko przed rozpoczęciem realizacji Programu. I tam te nakłady sięgają 1-2 mln zł, głównie na działania z zakresu prewencji i na utrzymanie tych zasobów, które w tych resortach są.

Minister zdrowia – jak tu wspomniano – w roku 2012 przeznaczył na realizację Programu ponad 53 tys. zł. Nie wiem, o jaką ankietę chodziło. Dokończono realizację programu, który powstał wcześniej i polegał na tym, że rozkładano w różnych instytucjach psychiatrycznych destygmatyzujące informacje na temat czterech głównych chorób psychicznych.

Dobrze, że takie programy powstają, i dobrze, że to się utrzymuje, ale nie podjęto w ciągu roku 2012 i roku 2013 – w moim odczuciu – żadnych zadań, które by w sposób strategiczny, sensowny i przyszłościowy przystępowały do realizacji czegoś, co było jednym z głównych celów, a mianowicie – owej modernizacji lecznictwa psychiatrycznego, czyli zmiany jego pozycji z azylowej, instytucjonalnej, na środowiskową. Nie udało nam się doprosić o to, żeby powstał schemat organizacyjno-prawny mający nie tylko wymyślony przez ekspertów, ale i legislacyjnie usytuowany model funkcjonowania tak zwanego centrum zdrowia psychicznego, które miało być placówką, która w różny sposób, zróżnicowany lokalnie, oferowałaby mieszkańcom Rzeczypospolitej zintegrowaną, kompleksową, adekwatną do aktualnego etapu ich problemów, pomoc psychiatryczną.

Nie udało się nam przekonać Narodowego Funduszu Zdrowia do stworzenia produktu, któryby mógł być kupowany od potencjalnych świadczeniodawców. Ta sprawa zawisła... Ona jest jednym z probierzy tego, czy Program może być i czy przyniesie efekt. My w tej chwili rozwijamy, z mniejszym lub większym zapalem, różne formy poszczególne. Tworzą się, czy są powoływane, zespoły leczenia środowiskowego – było 70, a jest 103, ale w ogóle nie wiemy, co tych 30, które przybyło, sobą reprezentuje. Niektóre z nich, o których słyszałem na Mazowszu, to pozorowane działania. Po prostu coś, co może być w inny sposób zakontraktowane, zostało zakontraktowane jako zespół leczenia środowiskowego.

Aby z mojego podwórka dać państwu jeszcze przykład, jak to działa, powiem, że mimo przygotowania przez Biuro Polityki Zdrowotnej w Warszawie warunków lokalowych i kadrowych do powstania kilku, a może nawet kilkunastu zespołów na terenie Warszawy – w Warszawie powinno ich być od 10 do 20 – nie powstał żaden, ponieważ Fundusz nie zdecydował się na zakupienie tego rodzaju świadczeń. Skądinąd jest to zrozumiałe, ponieważ oddziały psychiatryczne, czyli ta bardziej tradycyjna forma – łóżka psychiatryczne – do której jesteśmy bardziej przyzwyczajeni, są zakontraktowane także poniżej kosztów. Nie wiadomo więc, gdzie najpierw „nalewać” tych pieniędzy.

Dokonałiśmy analizy i zaproponowaliśmy Funduszowi, żeby na Mazowszu zwiększył stawkę wyceny jednego punktu w odniesieniu do świadczeń dużego oddziału psychiatrycznego. Taki punkt wart był na Mazowszu 11,5 zł. Ze wszystkich rozsądnych i skromnych wyliczeń wynika – bez otwierania ogromnych kosztów związanych z wynagrodzeniami – że taki oddział nie może się zbilansować, jeśli nie ma około 13 zł za punkt. Czyli, mamy 20% strukturalnego zadłużenia, które jest do pokonania tylko przez ograniczenie jakości i bezpieczeństwa pacjentów. I taki proces my przeżywamy w wielu oddziałach psychiatrycznych. Tak więc, w tych, które są w stanie się zbilansować, dzieje się to właśnie kosztem takich rzeczy.

Muszę państwu powiedzieć, że mówię to wszystko z bólem i z wielkim smutkiem, bo państwo są tu zarzucani ogromem liczb, natomiast – co jedna z pań wspomniała – nie ma tu analizy strategicznej. To znaczy, że dalej nie wiemy, do czego instytucje odpowiedzialne za zdrowie publiczne dążą w tym zakresie. Czy do tego, żeby przetrwać jeszcze rok-dwa, do końca realizacji Programu i dojść do wniosku, że taki Program w naszych warunkach nie ma sensu, czy też, że należy podjąć wysiłek, żeby coś zrobić? To powinno być wyzwanie kulturowe, cywilizacyjne, a dla mojego środowiska wyzwanie wręcz pokoleniowe. To mogłaby być szansa na to, żeby psychiatra zaistniał w świadomości społecznej inaczej niż tylko jako ten, który nakłada kaftan i wywiera presję na człowieka. Liczyliśmy na to, że instytucje Rzeczypospolitej pomogą nam zrobić krok w tym kierunku. To na razie – mówię to z bólem – się nie udaje.

Jeśli pan przewodniczący zerknie do tej informacji, to zobaczy, że ogromna liczba punktów, które są tam rozliczane, zawiera następującą informację: „nie realizowano z powodu braku środków” albo z innego powodu. To mnie nie dziwi, dlatego, że nie ma państwa, które by miało na wszystko pieniądze, ale z tego muszą wynikać wnioski.

W tej informacji jest bulwersująca, ale celna uwaga osoby, która przygotowywała ten materiał. Ona przytacza informację z jednego z programów lokalnych, gdzie starosta czy ktoś inny pisze, że u nas nie ma problemów zdrowia psychicznego, bo wszyscy chorzy zostali umieszczeni w odpowiednich zakładach... Myślę, że to chciałem powiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo dziękuję, panie profesorze, za tę dość smutną konstatację tego, o czym dzisiaj rozmawialiśmy. Jeszcze pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Nawiązując do tej smutnej konstatacji i smutnej refleksji – mimo że jesteśmy przed weekendem, skutecznie obniżył pan profesor nasze nastroje. I żeby nie utrwalać tych nastrojów depresyjnych, będę mieć wnioski – niestety, oficjalny – by zobowiązać Komisję Zdrowia do przedstawienia na następnym posiedzeniu dezyderatu kierowanego do Ministerstwa Zdrowia, aby Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego stał się bardziej realny i konkretny. Bo jeśli dowiadujemy się, że trzeci rok ten Program rzekomo jest realizowany, a skutków żadnych, to jako Komisja Zdrowia musimy zareagować, po pierwsze, ze względów cywilizacyjnych, kulturowych i pokoleniowych, a po drugie, dlatego, że jesteśmy do tego powołani. To, po pierwsze.

Następna smutna refleksja wiąże się z tym, że panowie profesorowie powiedzieli, że... Oczywiście, ja podziwiam państwa pracę, jestem pełen szacunku, wręcz uwagi dla waszej pracy, bo wiem, że jest ona bardzo trudna, odpowiedzialna, a niejednokrotnie niedająca widocznych rezultatów, natomiast, jeżeli państwo tu, na posiedzeniu Komisji, mówią, że dają sobie radę jeśli chodzi o świadczone usługi psychiatryczne, ale kosztem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i obniżenia jakości świadczonych usług, to również musimy na to zareagować, bo tak nie może być. Tak nie powinno być. Nie możemy na to pozwolić. Dlatego będę mieć inne pytania do pana ministra. Bo jeśli dowiadujemy się, że Ministerstwo Zdrowia daje 53 tys. zł na cały Program, a z tego 28 tys. zł na jakąś ankietę, której nie znają ci, co powinni o tym wiedzieć, to już mam pytanie – i proszę o odpowiedź na piśmie – jaka to była ankieta, jakie wnioski wynikły z tej ankiety i jakie są jej efekty? 28 tys. zł to jest kropla w morzu potrzeb, ale nawet tę kroplę – jak widać – wydankuje się być może w nieroztropny sposób.

Druga sprawa. Chciałbym zadać konkretne pytania – o leczenie substytucyjne, program metadonowy. Wiem, że on nie jest tak wystarczający, jak w innych krajach, ale tu mamy taką informację, że program leczenia substytucyjnego obejmuje 2434 pacjentów, a koszt wynosi 18 mln zł. Nie mamy jednak porównania, czy to jest 15% tego leczenia substytucyjnego w stosunku do zapotrzebowania, czy 20%, 30%, a może 50%. Nie wiem, jak to jest, bo według europejskich danych – pamiętam taką informację – i chyba według NIK-u, jest tylko 15% leczenia substytucyjnego. To mało, bardzo mało, ale nic dziwnego, jeśli nie ma na to środków.

I następna sprawa – samobójstwa. Ja na ten temat mam informacje, tylko nie wiem, skąd. Wiem natomiast, że są dramatyczne, a mianowicie, że w roku 2013 było 4200 prób samobójczych, z czego skutecznych było 3 tys. To jest o 1 tys. więcej niż tym samym półroczu 2012 r., a więc jest wielka skala samobójstw w Polsce. I tu musimy w jakiś sposób reagować i analizować przyczyny tego, bo to jest szokujące. Jeśli ta informacja, o której teraz mówię z pamięci, jest prawdziwa, to trzeba podjąć jakieś działania, a chociaż zobaczyć, jakie są skutki prób samobójstw i ich skuteczności. Jeśli w porównaniu z ostatnim półroczem jest o 1 tys. samobójstw więcej – a pamiętam, że taką informację przeczytałem – to jest to szokujące.

I jeszcze jedno zdanie na temat pedagogów szkolnych i psychologów szkolnych, dlatego, że jako poseł i jako lekarz dostaję bardzo wiele informacji, że szkoły, starostwa powiatowe, samorządy całkowicie rezygnują z psychologów i pedagogów szkolnych, natomiast dają dwa razy w tygodniu po dwie godziny itd. Jaka to jest relacja? Czy tak powinno być? Czy jako fachowcy, a potem jakby najwięksi „odbiorcy” tej młodzieży, widzicie, że w szkole dzieje się coś złego?

Ja miałem taką interwencję. Starostwo powiatowe wydaje uchwałę, że jeśli jest do 250 uczniów, to nie jest wymagany psycholog ani pedagog – czyli, nikogo tam nie ma – a kiedy jest 251 uczniów, to możemy, na wszelki wypadek, zatrudnić na ½ etatu... Takie uchwały są, bo ja interpelowałem w takiej sprawie... Nie wiem, czy właśnie to nie odbija się na zdrowiu dzieci i młodzieży. To prawdopodobnie państwo widzą...

Konkludując, mój wniosek formalny jest taki, by na następne posiedzenie Komisji przygotować dezyderat kierowany do Ministerstwa Zdrowia, by zaktywizować, zintensyfikować i skonkretyzować Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, bo jest źle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję. Panie ministrze...

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, zacznę od końca. Rzeczywiście, program leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów w Polsce rozwija się, głównie walcząc z oporem mentalnym do podawania metadonu, czyli narkotyku, osobom uzależnionym od narkotyków. W tej chwili tylko dwa województwa pozostały bez takiej poradni, natomiast liczba osób objętych tym leczeniem rzeczywiście jest na poziomie 2 tys., a w Polsce mamy osób uzależnionych od opioidów około 15 tys., przy czym nigdy nie jest tak – i nigdzie na świecie to się nie udało – że objęto tym 100% uzależnionych od opioidów – 50% to szczyt marzeń. Wiadomo, że metadon jest mniej atrakcyjny od opioidów, bo nie daje działania euforyzującego. Stąd trudność w osiągnięciu takiej ilości, ale to sukcesywnie się rozwija.

Odnosnie do samego Programu, szanowni państwo, bo w tej dyskusji pojawiały się też pytania dotyczące kwestii szerszej niż tylko Programu, na przykład, leczenia żołnierzy, którzy wracają z misji bojowych – to nie jest element programu i dlatego nie znalazło się to w sprawozdaniu.

Na rok 2014 przeznaczono kwotę 8 mln zł, tak więc cele Programu zostaną zrealizowane w roku 2014 w stopniu znacznie większym niż w latach poprzednich. Wtedy rzeczywiście był problem wynikający nie tylko z małych nakładów, ale także z tego, że niektóre z programów, które miały zostać uruchomione, zostały negatywnie ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i w związku z powyższym zostały wycofane na nowo i wszystko się przedłużyło. Dlatego oczywiście te działania nie zostały wdrożone.

Pamiętajmy również o tym, że, niestety, nie wszystkie oddziaływania leżą w zakresie możliwości i kompetencji ministra zdrowia jako organu. Biorąc pod uwagę olbrzymią ilość uczestników tego programu, i innych sektorów, innych ministerstw, a przede wszystkim jednostek samorządu terytorialnego, budzi to olbrzymie problemy organizacyjne, a także niechęć. Pan prof. Wciórka, który mówił o pewnych trudnościach we wdrażaniu Programu, zapewne zgodzi ze mną, że mamy do czynienia z brakiem jednoznaczności w samym środowisku psychiatrów. I psychiatrzy, i profesorowie psychiatrii w Polsce, i władze Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – aktualne, byłe i przyszłe – oraz różne ośrodki charakteryzują się bardzo odmiennym podejściem, a w praktyce, gdy zaczynamy proponować rozwiązania, które rzeczywiście spowodowałyby przesunięcie leczenia z zamkniętego do otwartego, to napotykamy na dość trudny do przezwyciężenia opór środowiskowy i raczej tendencję do sięgania po zwiększone wysokości nakładów dla leczenia zamkniętego, a nie otwartego. Jest to problem, który utrudnia wdrożenia.

Myślę, że ten rok, przy większych nakładach, i być może większa integracja środowiska – taką mam nadzieję – pozwolą nam zintensyfikować wdrożenie tego Programu. Pamiętają państwo – ja tu o tym nie mówiłem, ale na spotkaniach z konsultantami psychiatrii wielokrotnie mówiliśmy o konieczności znowelizowania koszyka psychiatrycznego, który zawiera wiele zapisów budzących kontrowersje środowiskowe, a w każdym razie skłaniających do ich unowocześnienia. Bezwzględnie będzie to okazja do wprowadzenia modelu i wymagań dla takiego centrum, aczkolwiek wiemy – bo takich spotkań w ministerstwie odbyło się bardzo dużo – że nie udało się osiągnąć kompromisu. Zaproponowane przez nas dwa albo trzy – jak pamiętam – rozwiązania organizacyjno-prawne,

które mogłyby opisać centrum, nie spotkały się z aprobatą środowiska zaproszonych ekspertów. To także utrudnia wdrażanie.

Jeszcze słowo o Bacikach, bo to rzeczywiście przykład współpracy. Bardzo dziękuję panu profesorowi Wolańczykowi za wsparcie naszych działań. W Ministerstwie Zdrowia w ciągu ostatniego roku odbyły się – jeśli dobrze pamiętam – cztery spotkania w sprawie psychiatrii dziecięcej w województwie podlaskim. Niestety, na żadne ze spotkań, mimo intensywnego zapraszania, nie dotarł ani marszałek województwa, ani rektor uczelni medycznej. Dotarli przedstawiciele. Na którymś spotkaniu pan wicemarszałek odpowiedzialny za zdrowie zobowiązał się do zorganizowania takiego spotkania i, niestety, pomimo także mojej prośby podczas rozmowy telefonicznej – bo osobistej nie miałem okazji z magnificencją – uczelnia nie wyraziła zainteresowania instytucjonalizacją akademickiej psychiatrii dzieci i młodzieży, mimo iż, według oceny konsultanta wojewódzkiego i psychiatrów, istniały możliwości rozbudowy bazy akademickiej i ośrodka w Białymstoku. Ostatecznie, w atmosferze bezsilności mojej i pan profesora Wolańczyka, wojewody i marszałka, marszałek zdecydował się na rozbudowę ośrodka w Bacikach. I tak się dzieje. Ośrodek ma się otworzyć za dwa miesiące – taka jest nasza informacja bieżąca w tej sprawie.

Myślę, że to może być – być może, nieudolne – podsumowanie tej debaty ze strony Ministerstwa Zdrowia. 8 mln zł na ten rok to zdecydowanie większe nakłady niż na poprzednie lata. Programy będą powstawały. Inna sprawa – może warto o tym dzisiaj powiedzieć przy tej okazji – że być może niektóre cele założone w Programie były zbyt ambitne, biorąc pod uwagę wielkość zmian organizacyjnych, a także naruszenie harmonii struktury i tak zwanego układu równowagi między wykształconym przez lata lecnictwem stacjonarnym a wykształconym przez lata lecnictwem ambulatoryjnym. Pamiętajmy, że mimo wieloletnich postulatów proces przekształcania ośrodków psychiatrycznych ze zintegrowanych szpitali dla nerwowo i psychicznie chorych w strukturę nowoczesnych szpitali wielospecjalistycznych zachodzi bardzo wolno. Być może ramy czasowe nałożone na ten Program były zbyt trudne do osiągnięcia, niemniej jednak deklaruje dużą wolę i otwartość na współpracę i intensyfikację działań. Myślę, że te kwoty, które zabezpieczyliśmy w budżecie na ten rok, są pewną odpowiedzią na zamianę działań.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Pan profesor chciałby jeszcze zabrać głos *ad vocem*. Prosiłbym, żeby jednak nasza dyskusja zmierzała już ku końcowi.

Dzisiaj opiniujemy informację o realizacji działań wynikających z Programu za rok 2011, a nawet w wypowiedziach zaproszonych gości był widoczny moment, kiedy ten Program jeszcze lepiej funkcjonował, czy też rozpoczynał się. W rozmowach z panem ministrem będziemy domagać się jako Komisja Zdrowia informacji o realizacji Programu za lata 2012 i 2013. Myślę, że to będzie dobry moment, żeby na posiedzeniu Komisji zarówno resort zdrowia, jak i państwo odczytali, w którym miejscu realizacji tego programu jesteśmy, na podstawie priorytetów, tych celów szczegółowych.

Dziękuję za informację od pana ministra pokazującą nie tylko cienie i blaski realizacji Programu, ale też trudności, które pojawiają się czasem w trakcie realizacji innych programów. Przypomnę, że niedawno rozmawialiśmy na temat stanu higieny jamy ustnej, przy czym koszt przygotowania i ewaluacji tego programu to rocznie około 0,5 mln zł. Przy mówieniu o kosztach i nakładach na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego warto przypomnieć sobie te nakłady na ocenę i ewaluację programu w stomatologii, żebyśmy mieli porównanie wydawanych i desygnowanych środków.

Panie profesorze, bardzo proszę, krótko... Myślę, że do tematu wrócimy w tym roku, mam nadzieję, że z bardziej precyzyjnym materiałem mówiącym o tym, jak są realizowane poszczególne parametry.

Przedstawiciel PTP Jacek Wciórka:

Ja chciałbym odnieść się do tych kontrowersji w środowisku psychiatrycznym. Oczywiście, one są, bo są zwolennicy psychiatrii i takiej, i takiej, ale te różnice – jak myślę – nie są duże. Natomiast pewną rolę w tych dyskusjach odgrywa – nie wiem, jak to nazwać –

środowisko osób zarządzających wielkimi szpitalami psychiatrycznymi, które to szpitale konsumują 80% nakładów na zdrowie psychiczne, i są oczywiście potężnym graczem – tak się teraz mówi. Mam wrażenie, że to jest w tej chwili główny rozmówca w sprawach dotyczących psychiatrii... Tak, myślę, że tylko na to chciałem zwrócić uwagę.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Mam jeszcze uwagę, ponieważ pan przewodniczący Hoc zgłosił wniosek mówiący o przygotowaniu dezyderatu. Tak jak poprzednio, przy wcześniejszych uwagach pana przewodniczącego, bardzo prosilibyśmy o przygotowanie konkretnego projektu i wtedy moglibyśmy jako Komisja do tego przystąpić. Dzisiaj jest to bezpodstawne.

Dosłownie ostatnie zdanie podsumowujące to, o czym mówił pan profesor. *Nihil novi sub sole*. Pamiętam, jak rozmawialiśmy na temat opieki nad dziećmi, które znajdują się w domach dziecka. Tam też był bardzo duży sprzeciw – przy ogólnej akceptacji społecznej tego, że dzieci nie powinny znajdować się w domach dziecka, tylko powinny znajdować się w rodzinach zastępczych, a najlepiej w rodzinach biologicznych – wyrażały osoby odpowiedzialne za prowadzenie dużych instytucji, właśnie takich domów dziecka. Tutaj też ten temat wraca, niestety, chyba ze szkodą dla pacjentów, których Narodowy Program lokował w leczeniu otwartym, a nie w leczeniu zamkniętym, gdzie powinny trafiać tylko najcięższe przypadki i na okres minimalny. Prosiłbym...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie przewodniczący, rozumiem, że dzisiejszym „urobkiem” Komisji jest, między innymi, przyjęcie decyzji o napisaniu dezyderatu. Czy tak?

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, jeśli pan przygotuje projekt, to Komisja może się nad tym pochylić. Tak długo, jak długo nie ma tego projektu, pozostaje to tylko w kwestii formalnej. Dzisiaj natomiast chciałbym, żeby Komisja, jeśli nie będzie sprzeciwu, przegłosowała informację o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, o którym wypowiadał się pan profesor, za rok 2011, jeszcze w tym roku optymistycznie. Czy jest sprzeciw?

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Jest sprzeciw.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

W takim wypadku zarządzam głosowanie. Kto z państwa jest za przyjęciem „Informacji o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2011”, proszę o podniesienie ręki. Kto jest przeciwny? Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję. Proszę o podanie wyniku głosowania. „Za” głosowało 12 posłów, „przeciw” – 2, nikt nie wstrzymał się od głosu.

Dziękuję bardzo. Posiedzenie Komisji uważam za zamknięte. Jeszcze wybierzemy sprawozdawcę. Proponuję, żeby sprawozdawcą była pani poseł Janina Okragły. Czy pani poseł przyjmuje tę funkcję? Czy jest sprzeciw? Nie słyszę sprzeciwu.

Dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.