

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 177)

z dnia 19 lutego 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 177)

19 lutego 2015 r.

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

– rozpatrzenie rządowego dokumentu: „Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2013 r.” (druk nr 2850);

– rozpatrzenie informacji na temat stanu opieki psychiatrycznej w Polsce. Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2014-2015.

W posiedzeniu udział wzięli: sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **Beata Małecka-Libera** wraz ze współpracownikami, **Maciej Piróg** doradca w Kancelarii Prezydenta RP, **Sabina Sieprawska** ekspert w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Magdalena Zielińska** starszy specjalista w Departamencie Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, **Maciej Karaszewski** główny specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Marek Balicki** kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego przy Szpitalu Wolskim w Warszawie, **Regina Bisikiewicz** prezes Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogu, **Teresa Dubicka** sekretarz sekcji Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Marek Jarema** i **Jacek Wciórka** członkowie Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, **Teresa Kruczkowska** członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Agata Szulc** członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, **Anna Śremska** dyrektor Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi oraz **Artur Zaczyński** skarbnik Stowarzyszenia Neurochirurgii Polskiej.

W posiedzeniu wziął udział lobbysta **Wojciech Wiśniewski** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięły pracownice Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopec** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł **Tomasz Latos (PiS)**:

Witam bardzo serdecznie panie i panów posłów na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam panią minister ze współpracownikami i wszystkich zaproszonych gości.

Dzisiejszy porządek obrad obejmuje dwa punkty. Punkt pierwszy, to rozpatrzenie rządowego dokumentu „Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2013 r.”, druk nr 2850, a punkt drugi – rozpatrzenie informacji na temat stanu opieki psychiatrycznej w Polsce. Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2014-2015.

Czy są uwagi do przedstawionego porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek obrad został przyjęty.

Proponuję, pani minister – jeżeli pani pozwoli – abyśmy rozpatrywali oba te punkty łącznie. Oczywiście, będzie to wymagać osobnego głosowania dotyczącego przyjęcia informacji, a następnie rozpatrzenia informacji, natomiast wydaje się, że tematy te nakładają się na siebie, więc nie ma sensu rozpatrywać ich osobno. Zatem, kiedy będziemy pytać o dokument z roku 2013, możemy od razu pytać o realizację zadań w latach 2014-2015.

Czy ktoś ma inne zdanie w tej sprawie? Nie widzę zgłoszeń. W związku z tym taką zasadę przyjmujemy i bardzo bym prosił panią minister o odniesienie się od razu do punktów pierwszego i drugiego. Oddaję pani głos, bardzo proszę.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowna Komisjo, mam przyjemność przedstawić podsumowanie najistotniejszych kwestii zawartych w „Informacji o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2013 r.”. Zanim przejdę do omawiania poszczególnych działań, tytułem wstępu chciałabym przedstawić kilka ogólnych informacji dotyczących stanu realizacji Programu, a także wnioski, jakie będą wynikać z jego dotychczasowej realizacji.

Na szczególne podkreślenie zasługuje duże zaangażowanie jednostek samorządu terytorialnego w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W roku 2013 podejmowały one inicjatywy na rzecz poprawy zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi. Wszystkie województwa, 81% powiatów – czyli 255 z 314, 92% miast na prawach powiatów – to jest 60 z 65, oraz 58% gmin. W czasie dotychczasowej realizacji zdecydowanie coraz większe grono realizatorów Programu włącza się zarówno w obecne, jak i przyszłe działania na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

Przechodząc do sytuacji zdrowotnej, należy zauważyć, iż na podstawie wyników badania epidemiologii zaburzeń psychiatrycznych i dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej stwierdzono, że w liczącej ponad 10 tys. respondentów próbie losowej osób w wieku 18-64 lata u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne. W populacji generalnej w Polsce daje to ponad 6 mln mieszkańców w wieku produkcyjnym. Wśród nich co czwarta osoba doświadczyła więcej niż jednego z badanych zaburzeń, a co dwudziesta piąta trzech i więcej. Do najczęstszych należały zaburzenia związane z używaniem substancji – 12,8%, w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu 11,9%, oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków 1,4%. W przełożeniu na populację ogólną w wieku produkcyjnym daje to grupę 3 mln osób nadużywających substancji, w tym alkoholu, i około 7 tys. uzależnionych.

Kolejną grupę zaburzeń pod względem rozpowszechnienia stanowiły zaburzenia nerwicowe, do których należały fobie specyficzne – 4,3%, fobie społeczne – 1,8%. Ogółem, na zaburzenia nerwicowe cierpi co dziesiąty Polak w wieku produkcyjnym, co daje 2,5 mln osób. Natomiast zaburzenia nastroju, w tym epizody depresji, manii oraz trwające ponad 2 lata depresyjne zaburzenia nastroju – to jest dystymia – rozpoznano u 3,5% respondentów. Czyli, co trzydziesty Polak doświadcza tego rodzaju zaburzenia.

W obliczu rosnącej skali rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Należy podkreślić, iż w roku 2013 nastąpił wzrost liczby osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych z 1,209 mln w roku 2012 do 1.460.168 osób w roku 2013. Odnotowano również wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w dziennej opiece zdrowotnej z 25.488 w roku 2012 do 38.304. Największą grupę stanowiły tak zwane zaburzenia niepsychotyczne i zaburzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu. W zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej leczono 207.371 pacjentów, w tym najczęściej cierpiących na zaburzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu oraz na zaburzenia niepsychotyczne, podobnie jak w przypadku udzielanych świadczeń w opiece dziennej i ambulatoryjnej.

Wobec rosnącego zapotrzebowania na świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień należy podkreślić pozytywny wzrost nakładów na finansowanie tych świadczeń w ciągu ostatnich trzech lat. Wzrost środków finansowych prowadzi do finansowania większej liczby świadczeń, a tym samym zwiększa dostępność.

W 2013 r. poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień systematycznie wzrastał z 2.134.252.978 zł w roku 2012 do 2.201.670.170 zł. Czyli, nakłady wzrosły aż o 10,54% w porównaniu z rokiem 2011. Wartość wszystkich świadczeń rozliczonych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w roku 2013 wynosiła 2,2 mld zł.

Wzrost liczby świadczeń wpłynął korzystnie na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia środowiskowego. Zwiększenie nakładów na leczenie środowiskowe jest zgodne z założeniami Programu i zdecydowanie przyczynia się do poprawy wskazanych w Programie wskaźników, czego dowodem jest wzrost liczby zespołów leczenia środowiskowego do 118, to jest o 12 więcej niż w roku 2012 i aż o 58 więcej niż w roku 2011. Corocznie wzrasta również liczba poradni zdrowia psychicznego – z 1184 w roku 2012 do 1335 w roku 2013.

Ministerstwo Zdrowia, w obliczu problemów psychicznych, to jest zaburzeń zachowania, zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowo-depresyjnych, depresji i przemocy czy uzależnień, w ramach ograniczenia skali zaburzeń psychicznych, opracowało, między innymi, program psychiatrycznej opieki zdrowotnej – program zapobiegania depresji w Polsce, który w lutym bieżącego roku uzyskał pozytywną opinię prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych. Głównym celem program jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych.

Dodatkowym problemem występowania zaburzeń depresyjnych jest również wysokie ryzyko popełniania samobójstw. Obecnie w Polsce samobójstwo stanowi siódmą przyczynę zgonów ogólnie, a wśród dzieci i młodzieży w wieku 19 lat lokuje się na drugiej pozycji. Praktycznie nie ma grupy społecznej, której by nie dotyczyły samobójstwa. Niemniej jednak, z punktu widzenia zdrowia publicznego, najważniejszą kwestią są analizy zgonów spowodowanych samobójstwem, bowiem stanowią one bezpowrotną stratę dla społeczeństwa. Ostatnie statystyki wskazują na wzrost liczby zamachów samobójczych z 5791 w roku 2012 do 8579 w roku 2013.

Wobec skali niepokojącego zjawiska zaburzeń depresyjnych, jak i popełnianych samobójstw, Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt programu zapobiegania samobójstwom w Polsce. Celem programu jest zmniejszenie w Polsce całkowitej liczby samobójstw oraz zachowań samobójczych. Realizacja tego celu będzie się odbywać na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmują: opracowanie standardów postępowania w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia zachowań samobójczych w Polsce, promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę samobójstw w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku. Powyższy program jest przygotowany do przedłożenia prezesowi Agencji w celu zaopiniowania.

Ponadto, dostrzegając wzrastające zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży z zakresu psychiatrii oraz opieki psychologicznej i wynikające z tego zmiany obrazu klinicznego niektórych zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży, Ministerstwo Zdrowia opracowało program wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym. Programem powinna zostać objęta możliwie największa liczba dzieci w wieku dwóch lat, urodzonych od 18 do 32 miesiąca od momentu rozpoczęcia programu. Podstawowym miernikiem efektywności projektu będzie liczba dzieci pozytywnie „zeskriningowanych” przy pomocy testu oraz liczba diagnoz potwierdzonych przez zespół specjalistów. Zapobieganie negatywnym skutkom zaburzeń neurorozwojowych lub ich minimalizowanie poprzez ich wcześniejszą identyfikację pozwoli na wdrożenie oddziaływań terapeutycznych, a przez to zmniejszą się koszty związane z utrwaleniem zaburzeń neurorozwojowych i ich postępowaniem.

Działania w zakresie zapobiegania samobójstwom i depresji oraz działania na rzecz zdrowia dzieci podejmowali w 2013 r. także minister edukacji narodowej, minister sprawiedliwości oraz minister obrony narodowej. Minister edukacji narodowej przyjął w 2013 r. „Program promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży na lata 2013-2016”, który w sposób kompleksowy odnosi się do zagadnień zdrowia fizycznego i psychicznego dzieci i młodzieży, obejmując zagadnienia związane z zapobieganiem samobójstwom wśród młodzieży, a także poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu psychicznego. Działania resortu edukacji koncentrują się na zdrowiu dzieci i młodzieży poprzez zwiększenie jego potencjału w środowisku szkolnym. Profilaktyka obejmuje wszystkie działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się lub rozwojowi niepożądanych zachowań, stanów lub zjawisk wśród dzieci i młodzieży.

W ramach prowadzonego przez ministra zdrowia programu zapobiegania depresji i samobójstw wśród osób pozbawionych wolności, w 2013 r. odnotowano współczynnik

samobójstw, który wciąż pozostawał znacząco niski. Wynosił 2,4 na 10 tys. osadzonych, a zatem znacząco mniej niż 5 lat wcześniej, kiedy wynosił 4,5 na 10 tys. osób.

Jednocześnie, w ramach programu zapobiegania samobójstwom, z inicjatywy ministra obrony narodowej przeprowadzono szkolenia i warsztaty dla grupy około 2,5 tys. żołnierzy kierowanych do służby poza granicami kraju. Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że intensywna edukacja dotycząca dbałości o zdrowie psychiczne oraz udzielania pomocy psychologicznej po zdarzeniach traumatycznych przynosi oczekiwane skutki, o czym świadczy utrzymująca się tendencja spadkowa liczby samobójstw wśród żołnierzy z osiemnastu w roku 2011 do dziesięciu w 2013 r.

Wnioski. W ramach monitoringu realizacji Programu przedstawiona została państwu informacja o realizacji działań wynikających z Programu w roku 2013. W materiale tym wskazano również najważniejsze efekty jego realizacji w latach 2011-2013 przez jednostki samorządu terytorialnego. Ze sprawozdań przekazanych przez samorządy wynika, że najczęściej w ramach Programu podejmowano działania informacyjno-edukacyjne. Warto podkreślić, że podejmowane działania przyczyniły się do wzrostu aktywizacji zawodowej i integracji społecznej osób z problemami psychicznymi, o czym świadczy liczba osób z zaburzeniami psychicznymi i upośledzeniem umysłowym, które uzyskały zatrudnienie w roku 2013. Osoby z zaburzeniami psychicznymi częściej niż w roku 2012 dostawały skierowania do pracy, w wyniku czego zwiększyła się grupa osób, która podjęła zatrudnienie. W następstwie działań prowadzonych przez państwowe urzędy pracy zatrudnienie znalazły łącznie 784 osoby.

Kompleksowe informacje dotyczące realizacji Programu na terenie gmin i powiatów wskazują, iż jednym z głównych efektów była realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i środowisku lokalnym. Realizowane programy dotyczyły poszczególnych rodzajów przemocy. Najwięcej programów w powiatach dotyczyło przemocy w rodzinie – 347, w środowisku lokalnym – 228 oraz w szkole – 224. Natomiast w gminach programy dotyczyły w większym obszarze przemocy w rodzinie – 615 oraz przemocy w szkole – 457. Ponadto, tak jak w przypadku województw, na terenie jednostek samorządu terytorialnego były monitorowane i koordynowane lokalne programy ochrony zdrowia psychicznego. Podsumowując – realizacja celów Programu przyczyniła się do zmniejszenia stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz poszerzenia świadomości i wiedzy społeczności lokalnej w obszarze zaburzeń psychicznych.

To, co przedstawiłam, dotyczyło roku 2013, natomiast rozumiem, że pan przewodniczący chciałby...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, bardzo bym prosił, od razu...

Sekretarz stanu w MZ Beata Małecka-Libera:

...żebym także powiedziała o planach na rok 2015. Szanowni państwo, Ministerstwo Zdrowia, analizując zachorowalność na schorzenia z zaburzeniami psychicznymi, absolutnie uważa, iż dalsza realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego staje się priorytetowa i w związku z tym są podejmowane nowe działania w różnych obszarach. Po pierwsze, tworzenie centrów zdrowia psychicznego. Po drugie, zmiany w wycenie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zmiany legislacyjne, które będą wspierać realizację Programu, bieżąca realizacja Programu, a także opracowanie i realizacja nowych programów zdrowotnych. Trwają też prace nad nową edycją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Centra zdrowia psychicznego, w ocenie ekspertów oraz przedstawicieli środowisk opieki psychiatrycznej i organizacji pozarządowych, są bez wątpienia jednym z najistotniejszych elementów Programu. Na wstępie chciałabym poinformować, że w obecnej chwili, zgodnie z rejestrem podmiotów, które wykonują działalność leczniczą, funkcjonuje w Polsce 36 podmiotów o nazwie Centrum Zdrowia Psychicznego. Centra te wprawdzie nie funkcjonują na zasadach ściśle określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, jednakże duża część podmiotów spełnia funkcje odpowiadające strukturze istniejącej w wyżej wymienionym rozporządzeniu.

Pragnę zaznaczyć, iż ustalenie regulacji prawnych oraz organizacyjnych, a także zasad funkcjonowania tych centrów jest priorytetem obecnej i przyszłej edycji Programu. Przygotowane zostały projekty zmian legislacyjnych, których celem będzie ułatwienie procedury rejestracji centrów zdrowia psychicznego, a także udogodnień funkcjonalnych, aby mogły zapewniać kompleksową opiekę psychiatryczną w przewidzianych dla nich zróżnicowanych formach – od środowiskowej, przez ambulatoryjną, do stacjonarnej, w tym także całodobowej.

Z uwagi na szczególne znaczenie psychiatrycznej opieki zdrowotnej Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rozpoczęła prace nad wyceną świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wycena świadczeń psychiatrycznych uznana została za priorytetowe działanie Agencji, konieczne do podjęcia w pierwszej kolejności w ramach prac planowanych do wykonania w roku 2015, w zakresie wyceny świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Agencja, w ramach przedmiotowych prac, organizuje spotkania z przedstawicielami środowisk eksperckich, organizacji pozarządowych oraz organizacji pacjenckich, na których omawiane są najistotniejsze kwestie związane z funkcjonowaniem i finansowaniem psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. W opinii Ministerstwa Zdrowia, przedmiotowe prace przyczynią się do rozwoju modelu środowiskowego, który jest jednym z głównych założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Ponadto, w ramach realizacji bieżącej edycji, Ministerstwo Zdrowia, przy współpracy z Instytutem Psychiatrii i Neurologii, Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym, Polskim Towarzystwem Psychologicznym, konsultantami krajowymi w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień oraz przewodniczącym Rady do Spraw Zdrowia Psychicznego, pracuje w szczególności nad: uaktualnieniem priorytetów promocji zdrowia psychicznego; koniecznością opracowania programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia; wyróżnieniem procedur medycznych, elementów opieki psychiatrycznej i obszarów, które mogą zostać objęte standaryzacją i wypracowanymi zaleceniami; określeniem listy zawodów oraz ustaleniem szczegółowych zadań podstawowej opieki zdrowotnej niezbędnej do realizacji środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej oraz opracowaniem listy tematów badawczych związanych z rozpowszechnieniem i uwarunkowaniem zaburzeń psychicznych. Uprzejmie informuję, iż w ramach realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego Ministerstwo Zdrowia planuje zorganizowanie w najbliższym czasie spotkania dotyczącego psychiatrii dzieci i młodzieży, podczas którego możliwe będzie przedyskutowanie propozycji rozwiązań w przedmiotowym zakresie z przedstawicielami strategicznych instytucji, między innymi, Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Rzecznikiem Praw Pacjenta, Rzecznikiem Praw Dziecka, Helsińską Fundacją Praw Człowieka oraz przedstawicielami strategicznych resortów, to jest Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Sprawiedliwości. Informuję też, iż w Ministerstwie Zdrowia trwają prace i odbywają się spotkania koordynacyjne Programu z przedstawicielami środowisk eksperckich, organizacji pozarządowych oraz organizacji pacjenckich, a także strategicznymi z punktu widzenia tego Programu.

W celu przeciwdziałania rozpowszechnianiu depresji został przyjęty specjalny program przygotowany przez Ministerstwo, o którym już mówiłam, „Program zapobiegania depresji na lata 2015-2019”. Na realizację tego programu przeznaczona będzie kwota 9,1 mln zł. Głównym celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu będzie odbywać się na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmą opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju, promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania.

Ministerstwo Zdrowia przygotowało także „Program zapobiegania samobójstwom na lata 2015-2019”, którego celem jest zmniejszenie całkowitej liczby samobójstw

oraz zachowań samobójczych w Polsce. Realizacja tego programu również odbywać się będzie na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmą opracowanie standardów postępowania w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia zachowań samobójczych w Polsce, promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę samobójstw w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku. Powyższy program jest przygotowany do przedłożenia prezesowi AOTM w celu zaopiniowania.

Ponadto, „Program wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym” znajduje się na etapie prac przygotowawczych i po opracowaniu zostanie przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu wydania opinii. Jednocześnie trwają prace nad programem zdrowotnym „Wczesna kompleksowa opieka zdrowotna nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością, niepełnosprawnym, we współpracy z jego rodziną”. Jest to program wczesnej interwencji, którego elementem będzie kompleksowa diagnostyka, terapia, rehabilitacja, a także konsultacje. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję, pani minister. Otwieram listę pytań. Bardzo proszę, pani poseł Czeszejko-Sochacka, a pani profesor udzielić głosu za chwileczkę.

Poseł Ewa Czeszejko-Sochacka (PO):

Dziękuję bardzo za umożliwienie mi zabrania głosu. Dziękując za bardzo ciekawą informację, chciałabym jednocześnie zapytać o coś, co może nie jest najważniejsze, ale dla ludzi chorych jest bardzo ważne. Otóż, ostatnio było kilka przypadków nagłaśnianych przez media, ale ja wiem, że jest mnóstwo takich przypadków, które nie są nagłaśniane przez media. Słyszeliśmy o kobiecie wyrzuconej z tramwaju w Poznaniu, ponieważ świadomość społeczna jest na tak niskim poziomie, że nie rozpoznano u tej kobiety choroby. Nie dano jej szansy godnego zachowania się w tramwaju, tylko wyrzucono ją z tramwaju, bo zachowywała się zbyt hałaśliwie. Ta kobieta cierpiała na zaburzenia psychiczne. Tak samo było pod koniec stycznia z niepełnosprawnym intelektualnie młodym człowiekiem, którego policja pobiła myśląc, że to jakiś terrorysta.

Do czego zmierzam? Do tego, że cały czas jest za mało pracy ze służbami mundurowymi. Mam na myśli policję i straż, i wszystkie inne możliwe służby, które w sytuacjach takich, jak przykładowo ta w tramwaju, mają obowiązek zadziałać, a często nie potrafią rozpoznać z czym mają do czynienia, że chory ma stwardnienie rozsiane i trzeba mu pomoc, a nie zawieźć do izby wytrzeźwień albo, jak w przypadku niepełnosprawnego umysłowo chłopca, który sam wyszedł z domu, zamiast go bić i wieźć do aresztu, trzeba po prostu sprawdzić, czy nie potrzebuje pomocy. Zmierzam do tego, odnośnie do realizacji nowego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, czy wzięte są pod uwagę większe starania dotyczące pracy ze służbami mundurowymi nad rozpoznawaniem chorób. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję, pani poseł. W drodze uzupełnienia, myślę, że akurat w tym przypadku stosowna byłaby interpelacja lub zapytanie do ministra spraw wewnętrznych, bo z przedłożonego dokumentu wynika, że takowe warsztaty szkoleniowe oraz wykłady zorganizowano w Kielcach, Krakowie, Lublinie, Wrocławiu, Zielonej Górze, Głuchołazach, Górnicy oraz Jeleniej Górze, natomiast nie została wymieniona Warszawa. Proponowałbym więc zwrócić się albo do ministra spraw wewnętrznych albo bezpośrednio o interwencję w tej sprawie z Warszawy, bo są to jednostkowe przypadki, bardzo szczególne i drastyczne, ale niewpływające na całokształt obrazu. Dzisiaj rozmawiamy o informacji dotyczącej realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, proponowałbym więc coś bardziej ogólnego niż kazuistyczne przypadki, choć oczywiście są one są egzemplifikacją tego, co dzieje się w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Pani poseł Hrynkiewicz.

Posel Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, pani minister, szanowni państwo, omawiamy tutaj bardzo ważny temat. Chciałabym panią minister prosić, ponieważ mam ze sobą raporty z 2012 r. i z 2013 r., który dzisiaj omawiamy, ale na ich podstawie nie byłam w stanie zestawić tych danych, które publikuje w roku 2012 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w pracy „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. Tam, w części ogólnej, podaje się, że liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem i po raz pierwszy niemalże podwoiła się – w okresie lat 1997-2010 wzrosła o 88%. Chciałabym więc prosić, ponieważ ostatnie dane dotyczą roku 2010, aby pani minister zechciała się do tego odnieść i powiedziała, jak to dalej się posunęło – zmniejszyło się, czy zwiększyło. Jeśli się zmniejszyło, to w jakich grupach osób – młodych, starszych, dorosłych – i jakie były tego przyczyny, bo przecież takie statystyki są. I ja właśnie w tych materiałach poszukiwałam takiego odniesienia, które jest niezwykle istotne.

Co więcej, w roku 2010 opieką ambulatoryjną objętych było 1,396 mln pacjentów. Z innych prac, między innymi raportu, który był przygotowany w roku 2014 u Rzecznika Praw Obywatelskich, wynika, że opieką ambulatoryjną w Polsce – takie są szacunki, oczywiście, do tego potrzebne są badania... To jest tylko połowa osób, które mają zaburzenia psychiczne, a znaczna ich część – takie są opinie specjalistów – nie trafia do lekarzy. Chciałabym, żeby pani zechciała się też do tego odnieść.

Trzecia sprawa, która mnie bardzo uderzyła, kiedy przygotowywałam się do naszego dzisiejszego spotkania, to różnice regionalne w częstości leczenia. One są bardzo duże między poszczególnymi regionami. Znając skład ludności i mniej więcej charakterystykę społeczno-demograficzną ludności trudno powiedzieć, aby one wynikały z uwarunkowań obiektywnych. Raczej te różnice regionalne w częstości leczenia i dostępie do leczenia wynikają po prostu z możliwości leczenia, z dostępu do leczenia, a nie z tego, że ludność na tamtym terenie się różni.

I moja prośba – zanim przejdę do następnych pytań – aby sporządzając te sprawozdania w Ministerstwie korzystać jednak z tych danych i z tego aparatu informacyjnego, którym dysponuje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, czy z Głównego Urzędu Statystycznego, gdzie też są pewne dane, czy Instytutu Neurologii i Psychiatrii, żeby te dane były porównywalne, żebyśmy mogli zobaczyć, jaka jest tendencja, w jakim kierunku pewne zjawiska i procesy zmiernają.

A teraz, moje pytania. Dotyczą one tego, o czym pani minister była łaskawa powiedzieć, o tym Programie na rok 2015. Chciałabym zapytać, czy ta wycena jest dokonana, czy dopiero będzie wykonywana, czy jest w trakcie. Jakie są założenia do wykonania tej oceny? Czy w tej sprawie zostały przygotowane i wykonane jakieś badania? I chcę dodać, że ta wycena będzie chyba już na rok 2016, a może i późniejszy.

Następna sprawa dotyczy legislacji. Jeżeli toczą się prace legislacyjne, to na pewno są już przygotowane jakieś założenia do ustaw, a przynajmniej analizy, diagnozy, ekspertyzy, na podstawie których będzie się zmieniać być może ustawę o zdrowiu psychicznym czy inne dokumenty.

Wspominała też pani o nowych programach. Czy można prosić o szersze poinformowanie, jakie to są nowe programy, nad którymi się pracuje, i czy będzie się je wdrażać?

I ostatnia sprawa, do której chciałam nawiązać, dotyczy dezyderatu, który 23 kwietnia 2014 r. wystosowała sejmowa Komisja Zdrowia w sprawie realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Na ten dezyderat już 22 maja odpowiedział pan minister Radziewicz-Winnicki. Największa część tej odpowiedzi dotyczy modelu psychiatrii środowiskowej. Chciałabym zapytać, czy nad tym modelem, który jest opisywany w tej odpowiedzi na dezyderat – co było szeroko dyskutowane – ciągle się pracuje, chociaż w materiałach z konferencji u Rzecznika Praw Obywatelskich bardzo dużo mówiono – i jest bardzo dużo literatury – na temat modelu psychiatrii środowiskowej. Czy już coś się zrobiło z tym modelem? Czy on się wdrożył, czy są to dopiero początki wdrażania, a może są jakieś projekty i środki finansowe na to przeznaczone? Bardzo byłabym zobowiązana, gdybyśmy dowiedzieli się, jak przebiega realizacja postu-

latów tego dezyderatu, bo w istocie po to piszemy dezyderaty, żeby potem coś z nich wynikało. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję, pani poseł. Czy jeszcze ktoś z pań i panów posłów chciałby zabrać głos? Pani poseł Okragły, pan poseł Ziętek i pani przewodnicząca Alicja Dąbrowska. Bardzo proszę, w tej kolejności.

Poseł Janina Okragły (PO):

Dziękuję. Panie przewodniczący, pani minister, mam króciutkie pytanie. Powiedziała pani, że akcje edukacyjne społeczeństwa spowodowały, że lepiej są postrzegane osoby z chorobami psychicznymi. Czy były prowadzone badania, czy rzeczywiście tak jest, bo z ogólnych opinii wynika, że jest to grupa osób raczej najmniej tolerowana ze strony społeczeństwa. Najmniej tolerowana grupa wśród osób chorych czy niepełnosprawnych to właśnie chorzy psychicznie i chorzy z upośledzeniem intelektualnym... Stygmatyzacja – uciekł mi ten wyraz. Są najbardziej stygmatyzowani. To pierwsza sprawa.

Druga rzecz. Czy nie należałoby, żeby była większa współpraca, a nawet współfinansowanie? Chodzi mi o środowiskowe domy samopomocy, gdzie przebywają niepełnosprawni intelektualnie i chorzy psychicznie. Jeżeli oni są tam zaopatrzeni i tam przebywają, to rzadziej korzystają z opieki stacjonarnej. Jak ta współpraca wygląda?

Dlaczego do tego nawiązuję, i wspominałam o współfinansowaniu? Dlatego, że w tej chwili środowiskowe domy samopomocy mają bardzo duże problemy z utrzymaniem się. Jest to zadanie rządowe, a gdyby nie pomoc samorządów w postaci przekazania, użyczenia budynków, rezygnacji z czynszów i opłat mediów, to miałyby bardzo duże problemy z bieżącym funkcjonowaniem. Dziękuję bardzo, to wszystko.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (niez.):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, pani minister, dziękuję serdecznie pani minister za obszernie i merytorycznie przedstawienie tej informacji. Mam kilka nie tyle nie pytań, ile uwag, generalnie rzecz biorąc. Oczywiście, mówimy tutaj o pewnym modelu przejścia do modelu środowiskowego opieki. Wydaje się, że model środowiskowy jest najbardziej optymalny – do tego dąży się w Europie. Niestety, on rozwija się lepiej w dużych miastach, chociaż tam obejmuje tylko 1% opieki nad pacjentami. Wydaje się, że to jest bardzo dobry kierunek, ale powinien on rozwijać się szybciej.

Druga sprawa, odnośnie do łóżek psychiatrycznych. U nas łóżek psychiatrycznych, jak się wydaje, w dalszym ciągu jest za mało. Z raportów, do których dotarłem, wynika, że jest to 0,6 na 1 tys. mieszkańców, natomiast Europa pomalutku redukuje te miejsca. Anglia ma chyba najlepszy taki system, chociaż też nie bez wad. Zwracam więc tutaj uwagę na to, jak i na ilość psychiatrów w naszym kraju.

Czy są wolne etaty – to już pytanie – w naszych szpitalach? Czy jest wskaźnik dotyczący liczby psychiatrów na 100 tys. mieszkańców?

I wracam do takiej jednostki chorobowej jak depresja, na którą można spojrzeć z dwóch stron, bo roczne koszty, jakie ponosi ZUS na różnego rodzaju renty, L4, są 4,5 razy wyższe niż same koszty leczenia – jest to 1-2,6 mld zł. Rocznie z powodu depresji tracimy około 25 tys. lat produktywności, bo depresją są objęte osoby poniżej 65 roku życia, czyli w okresie produktywności. Oczywiście, NFZ wydatkuje około 170 mln zł rocznie – nie wiem, czy to dużo, czy mało – natomiast ważna jest – co trzeba podkreślić – prewencja przedrentowa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jeżeli chodzi o leczenie depresji, która często daje efekt wtedy, kiedy jest ciągłość opieki i pacjent wraca do leczenia do swojego środowiska.

I teraz zapytam o takie rzeczy. Czy w związku z tymi dużymi kosztami nie warto tutaj pomyśleć o potraktowaniu depresji jako jednostki priorytetowej w obszarze chorób psychicznych? Czy nie należy pomyśleć o zniesieniu limitów oraz wprowadzeniu modelu bardziej efektywnego finansowania przez NFZ procesów związanych z leczeniem depre-

sji, ewentualnie o wprowadzeniu nowego typu świadczenia pod nazwą „ambulatoryjna opieka nad pacjentem z depresją”? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Alicja Dąbrowska.

Poseł Alicja Dąbrowska (PO):

Pani minister, pani przewodniczący, szanowni państwo, przeglądając przygotowany materiał zwróciłam uwagę na tematykę jednostek samorządu terytorialnego. Z przedstawionego materiału wynika, że w 2013 r. programy promocji zdrowia psychicznego realizowało tylko 10 województw z 16, 144 powiaty z 250 i 190 spośród 590 gmin. Również nakłady na realizację tych programów w poszczególnych województwach były nierównomierne. W związku z tym, chciałabym zadać takie pytanie. Czy ministerstwo rozważa, jak zachęcić – bo „wymóc” to złe słowo – jednostki samorządu terytorialnego do szerszej współpracy w zakresie zdrowia psychicznego? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z pań i panów posłów? W takim razie, zanim oddam głos zaproszonym gościom, podzielę się swoimi uwagami.

Do tych uwag nakłoniło mnie, z jednej strony, dzisiejsze sprowadzanie, a z drugiej strony, film „A Beautiful Mind” – „Piękny umysł” – który zapewne większość z państwa widziała, a wczoraj go powtarzano – przedstawiający historię fantastycznego naukowca, matematyka Johna Nasha Juniora, później noblisty, który chorował na chorobę psychiczną, i gdyby nie to, że system opieki nad chorymi działał – pewnie lepiej lub gorzej – mógłby nie zostać noblistą. Mógłby zostać zamknięty w zakładzie leczenia zamkniętego.

Wydaje mi się, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego powinien sprostać nowym wyzwaniom. Cieszę się, że dzisiaj jest obecna pani minister Małecka-Libra, która jest odpowiedzialna za szeroko pojęte zdrowie publiczne, bo to, co dzieje się w przestrzeni zdrowia publicznego – a poruszyliśmy tu bardzo różne tematy, dotyczące samobójstw, alkoholizmu, narkotyków, dopalaczy – ale też cały obszar, który jeszcze dzisiaj dla psychiatrii i psychologii jest zupełnie otwarty, czyli to, co dzieje się w Internecie i jaki to ma wpływ na młodych ludzi – bo coraz powszechniejsze są doniesienia na temat takich form przestępczości czy wywierania wpływu na dzieci jak *seksing*, *bullying* czy *trolling* – będzie mieć w przyszłości znaczenie dla zdrowia psychicznego młodzieży, a później – dorosłej populacji.

Bardzo się cieszę, że pani minister mówiła o wyzwaniach. Pan poseł Ziętek bardzo słusznie zwrócił uwagę na temat parametryzacji ilości lekarzy. Chcielibyśmy dowiedzieć się – jeśli to jest możliwe – jaką mamy liczbę specjalistów i jaka byłaby optymalna liczba specjalistów z psychiatrii.

Pani minister wspominała też o 36 centrach zdrowia psychicznego, które, mimo iż spełniają warunki wynikające z rozporządzenia, to jednak nie wszystkie, więc nie mogą być w pełni tymi centrami. Czy rzeczywiście 36 centrów nam wystarczy?

Wycena świadczeń – jeden z rozmówców wypowiadał się na ten temat. I wreszcie, legislacja i programy. Chciałbym powiedzieć, że zdrowie psychiczne to nie tylko terapia środowiskowa, ale też nowoczesne leki. W związku z tym, chciałbym uzyskać informację, jaka jest dostępność nowoczesnego leczenia, bo słysząc jednego z posłów wypowiadającego się na temat kosztów wykluczenia tych osób, wydaje się, że nakłady ponoszone na nowoczesną terapię mogłyby znacznie szybciej przywrócić te osoby do normalnego albo optymalnego funkcjonowania, a każda wizyta w jakimkolwiek ośrodku jest dla tych osób i ich rodzin stygmatyzacją. Często się z tym spotykamy. Ci pacjenci wstydzą się przyznać pracodawcy. Przy jeszcze niepełnym zrozumieniu charakteru przejawów chorób psychicznych rodzi to niepokój, a następnie możliwość utraty pracy, wiąże się też z gorszym traktowaniem w pracy.

Jeśli mógłbym prosić o udzielenie takich informacji, byłbym zobowiązany. Nie wiem, czy pani minister chce udzielić dopowiedzi na pytania pań i panów posłów teraz, a następnie zaproszonych gości, czy też udzielimy jeszcze głosu gościom, a następnie pani minister podsumuje wszystko... Poprosiłbym w takim razie o odpowiedź na pytania i zagadnienia, które tu padły, żeby nam nie uciekły. Na te, na które pani minister nie

może bezpośrednio odpowiedzieć, prosilibyśmy o odpowiedzi w formie pisemnej, kierowane do prezydium Komisji, żeby wszyscy mogli się z nimi zapoznać. Dziękuję.

Sekretarz stanu w MZ Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo. Na wstępie odpowiedzi na wszystkie państwa pytania chcę podkreślić, że problematyka schorzeń zdrowia psychicznego jest niewątpliwie priorytetem Ministerstwa Zdrowia i planowane działania, o których tu dzisiaj mówiłam, dopiero zapoczątkowują rok 2015, ale planujemy również na lata następne, aby Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego był jednym z głównych, ważnych elementów wspomnianej już tu wcześniej ustawy o zdrowiu psychicznym, a tak naprawdę Narodowego Programu Zdrowia.

Odnosząc się do poszczególnych pytań, które państwo posłowie zadawali, postaram się odpowiadać po kolei. Pierwsze pytanie dotyczyło przede wszystkim rozpoznawania przez służby mundurowe objawów schorzeń psychicznych u osób, udzielania pierwszej pomocy tym osobom itd. Jednym z najważniejszych jest element edukacyjny nie tylko w odniesieniu do społeczeństwa, ale do wszelkich służb. Jestem głęboko przekonana, że ten element edukacji będzie uwzględniony w nowym Narodowym Programie. Powinniśmy mu poświęcić dużo uwagi, bo ma on znaczenie chociażby z tego względu, że stygmatyzacja osób chorujących na wszelakie schorzenia psychiczne jest jednak duża. Mamy świadomość tego, że prawie połowa osób, które powinny być leczone, nie są leczone tylko dlatego, że obawiają się przyznania do tego, że mają jakiegokolwiek dolegliwości.

Pani poseł Hrynkiewicz pytała o liczbę osób, które chorują, mają wszelkiego rodzaju schorzenia psychiczne – czy ta liczba wzrasta w ostatnich latach, czy nie. Ponieważ powoływała się na rok 2012, mam dane... Tak, na rok 2010. Mam dane za rok 2013. Wygląda to tak. Dzieci w wieku od 0 do 6 lat – w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udzielono 31.886 świadczeń. W porównaniu z rokiem 2012 liczba świadczeń wzrosła o 395. W grupie dzieci 7-18 lat, w 2013 r., w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udzielono 134.732 świadczenia. W porównaniu z rokiem 2012 liczba świadczeń zmniejszyła się o 4482. I osoby dorosłe w wieku 19-64 lata – w 2013 r., w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udzielono 1.447.325 porad, co w porównaniu z rokiem 2012 daje liczbę mniejszą o 20.320 porad. Oczywiście, nie są to bardzo duże zmiany na plus, ale jednak widzimy, że w niektórych grupach wiekowych liczba zachorowań spadła. Chcę tu również powiedzieć rzecz ważną – to, że wzrosła liczba środków finansowych, a także dostępność do tych świadczeń.

Pytano również o wycenę, w tym o opiekę środowiskową. Oczywiście, wycena ta jest obecnie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i jest priorytetem – tak jak powiedziałam – planowanym przez AOTMiT na rok 2015. Pojawia się nowe świadczenia gwarantowane w koszyku. Myślę, że od 2016 r. ten koszyk będzie gotowy i przygotowany do kontraktowania świadczeń.

Pani poseł Okragły podnosiła sprawę środowiskowych domów pomocy. Chcę powiedzieć pani poseł, że te domy są w gestii ministra pracy i polityki społecznej. Tu znowu nawiążę do leżącej mi na sercu ustawy o zdrowiu publicznym, gdzie tematyka różnych świadczeń i wyzwań leżących w gestii ministra pracy jest ściśle związana z ministrem zdrowia. Dlatego jestem przekonana, że w najbliższym roku i w najbliższej edycji tego Narodowego Programu te wszystkie tematy będą połączone i rozwiązywane wspólnie.

Pan poseł Ziętek pytał o liczbę psychiatrów. Mamy w tej chwili 4256 psychiatrów, co daje wskaźnik 6,9 na 100 tys. Nie ukrywam, że jest to wskaźnik dużo niższy niż w Unii Europejskiej. Oczywiście, jest to wyzwanie. Chcielibyśmy kształcić nowych psychiatrów. Psychiatria jest wpisana na listę priorytetowych specjalizacji, więc widzimy ten problem i uważamy, że absolutnie liczba psychiatrów powinna wzrosnąć.

Pani poseł Dąbrowska pytała o zadania własne gminy. To, o czym pani mówiła, to zadania własne. Nie możemy ingerować, nie możemy nic narzucić, możemy jedynie promować, edukować i zachęcać, co – jak myślę – będziemy skutecznie czynić.

Pan poseł Orzechowski pytał o nowe wyzwania. Po części powiedziałam o programach, które powstają, czyli o programach przeciw samobójstwom, leczenia depresji, a także profilaktyki dzieci i młodzieży. To są wyzwania, które sobie stawiamy na naj-

bliższy czas. Jednak oprócz tego chcę powiedzieć kilka zdań na temat centrów zdrowia psychicznego. W ostatnim czasie nawet na ten temat rozmawialiśmy. Oczywiście, tych 36 centrów nie zabezpiecza zapotrzebowania. W tej chwili jest ich tyle tylko dlatego, że nie ma zmian w legislacji, które ułatwiają i będą ułatwiać powoływanie nowych. Z rozmów, jakie prowadziłam z ekspertami, profesorami, psychiatrami – myślę, że państwo jeszcze będą wypowiadać się na ten temat – wynika, że docelowa liczba jest taka, aby w każdym powiecie było jedno takie centrum. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Prosiłbym teraz o pytania ze strony zaproszonych gości i ekspertów. Prosiłbym również o przedstawianie się, bo jest to potrzebne do protokołu. Bardzo proszę.

Członek Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie Marek Jarema:

Marek Jarema, Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Ja też bardzo dziękuję za przedstawienie tych informacji, jakkolwiek wydaje mi się, że sytuacja, z punktu widzenia osób, które profesjonalnie zajmują się pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, jak i sytuacja z punktu widzenia naszych pacjentów, jest troszkę odmienna, chociażby z tego względu, że problem stygmatyzacji, o którym była tu mowa, dotyczy nie tyle stygmatyzacji społecznej, ile stygmatyzacji natury organizacyjnej. Chodzi mianowicie o to... Ja oczywiście bardzo się cieszę słysząc słowa pani minister, że psychiatria jest dziedziną priorytetową – my cały czas walczyliśmy o to, żeby ona priorytetowa była – ale, jeżeli popatrzymy chociażby na liczbę rezydentur w zakresie psychiatrii, to jest ona niezwykle niska. W związku z tym, możliwość, że za jakiś czas będzie więcej psychiatrów, którzy będą pracować na rzecz naszych pacjentów, jest niewielka. Poza tym, z tych 4200 psychiatrów w Polsce, o których mówi pani minister, tylko część pracuje w czynnej opiece, natomiast reszta pracuje w mniej czynnej opiece.

Jednak, niezależnie od tego, myślę, że ta organizacyjna stygmatyzacja polega przede wszystkim na tym, że finansowanie świadczeń w rodzaju „opieka psychiatryczna” i „leczenie uzależnień” jest zaskakująco niskie. Niezależnie od tego, że liczby bezwzględne rzeczywiście mogą sprawiać wrażenie imponujące, to odsetek środków, które są przeznaczane na te świadczenia, oscyluje w dalszym ciągu w granicach od 3,2 do 3,1, w zależności od kolejnych lat. Przypominam, że odnośnie do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego postulowano, aby to było co najmniej 4%. W krajach, gdzie opieka psychiatryczna jest lepiej finansowana, wynosi to 5-6% ogółu nakładów na świadczenia zdrowotne. A mówiąc o stygmatyzacji organizacyjnej myślę także o polityce refundacyjnej w zakresie dostępu do nowoczesnych leków. Od kilku lat żadna nowa molekula z leków psychotropowych nie weszła na listę leków refundowanych.

Była mowa o tym, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji będzie oceniać te programy, które mają na celu poprawę sytuacji w psychiatrii, i to jest bardzo dobry pomysł. Pamiętajmy tylko o tym, że opinia Agencji w żadnym stopniu nie jest wiążąca dla resortu. Polityka refundacyjna świadczy o tym jednoznacznie.

Wydaje mi się także, że naprawdę wartym podkreślenia elementem jest to, o czym mówiła pani minister – że prace nad identyfikacją produktu, który będzie mieć NFZ dla centrum zdrowia psychicznego, rzeczywiście zostały zintensyfikowane w ostatnim czasie. I to, o czym była tu mowa – że rola ekspertów zapraszanych do dyskusji w resorcie zdrowia jest brana pod uwagę, to bardzo optymistyczny element. Zatem, bardzo dziękujemy pan minister, bo to właśnie pani podjęła ten trud. Wydaje mi się więc, że to, o co walczyliśmy przez kilka ostatnich lat – żeby NFZ przygotował produkt, czyli, mówiąc krótko, żeby było co kontraktować w centrum zdrowia psychicznego, to rzeczywiście może mieć teraz miejsce. To widzę jako jeden z jaśniejszych punktów realizacji Programu.

Natomiast proszę wziąć pod uwagę to, że z punktu widzenia i profesjonalistów, i naszych pacjentów, jest wiele do zrobienia, żeby sytuacja naszych pacjentów poprawiła się. Chodzi, między innymi, o dostępność do świadczeń, ponieważ z tej statystyki, o której mówiła pani minister, wynika jednoznacznie, że dostępność nie jest idealna. Jest więcej pacjentów, jest większa zgłaszalność, jest większa świadomość zaburzeń psychicznych, a także świadomość tego, że w tym przypadku można pomóc. Dlatego dostępność

musi ulec poprawie. Mamy nadzieję, że między innymi poprzez rozbudowę tych centrów, których powinno być około 380 w całej Polsce – po jednym w powiecie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogu Regina Bisikiewicz:

Dzień dobry. Nazywam się Regina Bisikiewicz. Przyjechałam z Wrocławia. Jestem po raz pierwszy w tym gronie, więc się przedstawię.

Najpierw powiem, że jestem członkiem małej grupy ekspertów powołanej przez panią minister. Dziękuję za to bardzo. Jestem też członkiem grupy ekspertów, która powstała kilka miesięcy temu przy Organizacji Narodów Zjednoczonych do Spraw Praw Osób z Niepełnosprawnością Psychospołeczną. Jestem też prezesem Fundacji, która powstała kilka lat temu po to, żeby nie czekać na to, co i kiedy zostanie zrobione przez różne instytucje, od rządowych poprzez powiatowe. Jako Fundacja zaczęliśmy działać na rzecz poszukiwania w świecie innowacyjnych rozwiązań w zakresie psychiatrii i przeniesieniach ich do Polski. A na koniec powiem, że jestem matką 29-letniego mężczyzny, który 10 lat zmagają się z zaburzeniem o nazwie schizofrenia. Poznałam więc wiele polskich szpitali, wielu profesjonalistów, i dlatego jestem tutaj reprezentując rzesze ludzi. Podane tu były liczby, że w Polsce leczonych zarejestrowanych jest około 1,3 mln osób, ale prawdopodobnie drugie tyle jest w systemie... To znaczy, są to ludzie, którzy doświadczają zaburzeń.

Co chciałabym powiedzieć? Po pierwsze, chciałabym jeszcze raz podziękować pani minister za to, że zaraz po objęciu stanowiska nadała tempo pracom, które, wszyscy wiemy... Zgodzę się z panem profesorem Jarema, że kiedy spojrzymy na liczby, to widać, że one wzrastają, ale kiedy zapytalibyśmy przeciętnego Polaka, który ma w rodzinie kogoś chorego, to powiedziałyby, że dostęp do usług jest bardzo mały i Narodowy Program, który w swoich założeniach jest bardzo dobry, został wdrożony w małym procencie. Dlatego, po tym podziękowaniu, chcę powiedzieć, że w naszej grupie wiemy, jaka dzisiaj jest sytuacja. Dzisiaj to też usłyszeliśmy słuchając raportu pani minister i z pytań pań i panów posłów. Wiemy, że to musi ulec zmianie. Wiemy też, że jest mało czasu, dlatego, że w ciągu najbliższych miesięcy trzeba wypracować ten produkt, a jeżeli będzie on wymagał zmian legislacyjnych, to je przeprowadzić i umówić się społecznie, że to jest te 5 minut, jakie mamy w Polsce. Psychiatria stała się priorytetem, bo kiedy liczby były tylko statystyką, czytaliśmy, ile osób popełniło samobójstwo, to nas nie dotyczyło, ale kiedy ktoś nam bliski już nie żyje, kiedy cała Polska została poruszona, to widać, że ta zmiana musi nastąpić. A żeby zmiana nastąpiła, potrzebne jest rozwiązanie docelowe. Nasza grupa nad tym rozwiązaniem pracuje i ono się krystalizuje, natomiast nie chodzi o to, żeby przygotować kolejny dobry program, jeszcze lepszy od tego, ale o to, żeby doszło do umowy społecznej, żeby dokument, który powstanie, wdrożyć. I to jest największe zadanie.

Ja od dwudziestu lat na co dzień pracuję w projektach zarządzania zmianą w dużych organizacjach i wiem, że to nie jest proste, ale jest możliwe, jeżeli ustalimy, kogo dotyczy proces zmiany, jakich interesariuszy na poziomie rządowym, regionalnym, powiatowym i gminnym, jeżeli zobaczymy wszystkich profesjonalistów, ale nie tylko psychiatrów – wszystkich ludzi, którzy w systemie ochrony zdrowia psychicznego pełnią ważną rolę – jeżeli zobaczymy pracodawców i przede wszystkim uwzględnimy potrzeby klientów systemu – a więc osób, które zmagają się z chorobą, które w wieku produkcyjnym nie mają pracy, nie mają często sensu życia – i ich rodzin, jeżeli umówimy się społecznie, że rozwiązanie, które wypracujemy, zostanie przyjęte i będzie opracowany projekt zmiany, który będzie mieć swój budżet, ludzi, terminy, i będziemy się spotykać – może w takim gronie, a może w innym – żeby monitorować, jak ta zmiana następuje. Proszę mi wierzyć, że ta sprawa dotyczy milionów ludzi i naprawdę mamy szansę dokonać zmiany epokowej.

Dlatego – i to chciałabym powiedzieć – bardzo liczę na panią minister, na wszystkich członków Komisji Zdrowia i pracowników Ministerstwa Zdrowia. Drodzy państwo, musimy wspólnie i odpowiedzialnie podjąć się tego zadania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa? Bardzo proszę.

Członek Rady Naukowej IPiN w Warszawie Jacek Wciórka:

Jacek Wciórka. Pracuję w Instytucie Psychiatrii i Neurologii i miałem znaczny udział w przygotowaniu tego Programu.

Słuchając tego, co pani Regina w tej chwili mówi, przypominam sobie dzień, kiedy Program został uchwalony przy jednym głosie sprzeciwu – chyba przez pomyłkę – właściwie ponad podziałami. Miałem wtedy nadzieję, że oto zawieramy umowę społeczną między tymi, którzy chcą pomagać, a tymi, którym bezwzględnie należy się daleko idąca pomoc, i że zostały stworzone warunki do tego, żeby spokojnie przystąpić do tych zadań pokoleniowych. To był rok 2008. Minęło 7 lat i mogę powiedzieć, obserwując bacznie to, co się dzieje wokół Programu, że w zasadzie coś w tej sprawie ruszyło od jesieni zeszłego roku. Przedtem Program był właściwie przemilczany, może poza krótkim okresem w 2011 r., kiedy samorządy, zwłaszcza regionalne, wojewódzkie, wzięły się za planowanie. Jednak na tym się skończyło. Potem zapał wygasł, nikt tego nie monitorował, nikt nie czuł się odpowiedzialny, prawdę mówiąc. Dlatego cieszy, że w tej chwili odpowiedzialny się znalazł.

Jest nim Departament Zdrowia Publicznego i jeden jego wydział, który zmienia swoją straszłą nazwę z Wydziału Psychiatrii i Patologii Społecznej na Wydział Zdrowia Psychicznego. Myślę, że ranga spraw jest taka, że i departament zdrowia psychicznego w przyszłości miałby co robić w tym zakresie, bo – jak państwo widzą – jest to mnóstwo krzyżujących się spraw, właściwie Program ponadresortowy, dotyczący nas, także tu obecnych, w różnym stopniu, ale znacznym. Jest więc odpowiedzialny. Jest instytucja, która – mam nadzieję – bierze w tej chwili na siebie trud krajowej reprezentacji koordynującej te działania. Wydaje się, że pojawiła się wola, żeby coś zrobić, że tak dłużej być nie może. Mam nadzieję, że nie jest to wola wyłącznie sprowokowana kalendarzem wyborczym, ale rzeczywista. Ufam, że tak jest, i to jest moja wielka nadzieja.

Centra zdrowia psychicznego funkcjonują w tej chwili w naszym systemie tylko z nazwy. To jest nazwa, która może wprowadzać w błąd. Centrum zdrowia psychicznego to po prostu nowoczesny ośrodek psychiatryczny oferujący ludności blisko dostępną, szybko dostępną i kompetentną różnorodną pomoc w różnych formach działania. Program zakładał, że takie centrum powstanie możliwie blisko miejsca, gdzie powstają problemy, czyli w każdym powiecie albo innej dużej jednostce samorządowej.

W tej chwili rzeczywiście w 30 instytucjach, placówkach, mamy warunki do umożliwienia działania takiemu centrum niemal natychmiast, ale wymaga to przygotowania – odpowiednich ram organizacyjnych i legislacyjnych oraz stworzenia sensownych, racjonalnych zasad finansowania, bo takie centrum nie może „produkować” pojedynczych świadczeń, wizyt, osobodni i czegoś tam jeszcze. Ono ma leczyć ludzi. Czyli, sposób płacenia za to musi być dopasowany do tego celu. Ono ma oferować kompleksowe świadczenie.

Mówimy tu o depresji, o problemach uzależnień. Rzeczywiście, to są uświadamiane publicznie problemy społeczne. Jednak problemem dużo trudniejszym i obciążającym budżet państwa są ci, którzy chorują przewlekle lub nawracają na zaburzenia psychotyczne. Badania EZOP, które tu cytowano, ich nie objęły, bo to jest za trudny problem, ale mamy ich w Polsce bardzo wielu. Obciążają oni siebie, swoich bliskich i cały system zabezpieczeń w sposób znaczny. Moglibyśmy to brzemień zmniejszyć, gdybyśmy zaoferowali racjonalną pomoc, ale to wymaga decyzji. I centrum jest między innymi po to, żeby tę pomoc nieść.

Kwestia nakładów. Wiemy, jak trudny jest budżet państwa i jakie zagrożenia na ten budżet z różnych stron nastają. Wszędzie są potrzeby. Dlatego myślę, że pierwszym krokiem jest racjonalizowanie tego, co już mamy w systemie, czyli te 3,2-3,3 ogólnych nakładów świadczeń plus środki na zakup leków, sięgające mniej więcej ¼ tej kwoty, którą przeznaczamy na same świadczenia medyczne. I powoli, licząc na to, że w przyszłości będziemy mogli więcej przeznaczyć na leczenie psychiatryczne, racjonalizujemy... To są bardzo proste kroki, które podpowiadamy, a które zmieniają sposób finansowania

opieki psychiatrycznej, uwalniają, na przykład, wielkie szpitale psychiatryczne od pogoni za liczbą łóżek. Niekiedy okazuje się, że przy mniejszej liczbie łóżek, ale elastyczniej i inaczej opłacanych, można ułożyć sensowniejszy bilans. Nie chcę wchodzić w szczegóły. Mówię tylko o kierunku działania.

Mamy czasem poczucie, że wiele środków jest marnotrawionych z powodu nieracjonalnego systemu finansowania. One nie służą tak, jak by mogły służyć, oczywiście, potrzebującym, czyli pacjentom, a nie instytucjom.

I jest taki apel. Pisaliśmy do Komisji Zdrowia. Mnie wydaje się, że ranga problemu jest taka, że należałoby rozważyć powołanie podkomisji zdrowia psychicznego w ramach Komisji Zdrowia, bo w świetle innych problemów ten problem zawsze będzie znikać. My, jako leczenie psychiatryczne i ochrona zdrowia psychicznego, jesteśmy, niestety, ostatni w tak zwanym porządku „dziobania” i zawsze przegramy z innymi dziedzinami, które lepiej, dobitniej i z większym publicznym wzięciem formułują swoje potrzeby i oczekiwania. Poddaję to pod rozważenie, być może jest to sensowne.

Z wielką nadzieją, że ten ruch, który zaczął się kilka miesięcy temu, kiedy rzeczywiście zaczęliśmy rozmawiać o przyszłości i ten ostatni rok realizacji tej edycji Programu staramy się wykorzystać, żeby przygotować podwaliny pod jego realną, rzeczywistą realizację w przyszłości i zaplanować na następne 4 czy 5 lat program, który będzie rozwijać tę ideę. Być może trzeba go będzie skoncentrować na kilku najważniejszych zadaniach, ale to jest kwestia do rozstrzygnięcia. Bardzo dziękuję wszystkim, którzy te działania popierają, bo niech państwo mi wierzą, że potrzeby, które nam na co dzień przekazują pacjenci, są bardzo proste, a jednocześnie – jak się wydaje – niezaspokojone w bardzo znaczącym stopniu.

Wspomniane tu były liczby. Te statystyki, którymi dysponujemy, dotyczą tak zwanej zgłaszalności do placówek. Wiemy, ilu ludzi w ciągu roku korzysta z wszystkich placówek ambulatoryjnych, ale nie wiemy, jaka jest ciemna liczba tych, którzy po pomoc się nie zgłaszają, bo stracili nadzieję, że ją gdzieś znajdą, albo, zamiast się zgłosić, cierpią w milczeniu lub, w ostateczności, rozważają, czy nie wycofać się z życia na zawsze. To jest dramatyczna liczba. Jeśli państwo wezmą pod uwagę to, co państwo, instytucje, społeczeństwo przeznacza na profilaktykę śmiertelnych wypadków drogowych, i zakonotują, że liczba wypadków ze skutkiem śmiertelnym na drogach ustępuje już liczbie dokonanych samobójstw i zarejestrowanych w statystykach policyjnych – ta liczba prawdopodobnie też jest trochę większa – to mają państwo obraz tego, jak jest traktowany obszar zdrowia przez nas wszystkich jako społeczeństwo, oczywiście, w różnym stopniu, bo różna jest nasza odpowiedzialność za to wszystko.

Mam poczucie, że już nie można czekać. Państwo pewnie czytają gazety. Od czasu do czasu pojawiają się alarmujące, przerażające relacje naszych pacjentów. Ja znam te sprawy z bliska. Wiem, co muszę znieść oferując pacjentom taką, a nie inną pomoc, bo na inną nas w tej chwili nie stać albo nie jest ona dostępna. To naprawdę boli, niech państwo wierzą, nie tylko pacjentów, nas też. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani.

**Dyrektor Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi
Anna Śremska:**

Dzień dobry. Nazywam się Anna Śremska. Jestem osobą zarządzającą dużym szpitalem psychiatrycznym. Mam tylko jedną informację i prośbę kierowaną przede wszystkim do państwa posłów, członków Komisji Zdrowia, żeby państwo zadbali o to, aby przyszły Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego był wpisany do ustawy budżetowej, bo tylko w ten sposób możemy skutecznie zapewnić jego realizację. Poprzedni, doskonały, tego wsparcia nie miał, więc przyszły, jakkolwiek będzie doskonały, bez zapewnienia finansowania nie będzie możliwy do realizacji. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. I pan minister Marek Balicki, bardzo proszę.

Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego przy Szpitalu Wolskim w Warszawie Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Większość tego, co chciałem powiedzieć, już powiedział pan prof. Wciórka, ale myślę, że należy się kilka słów uzupełnienia czy dodatkowego komentarza.

Ja w tej chwili zajmuję się realizacją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na poziomie lokalnym, czyli na poziomie dzielnicy dużego miasta. Jestem kierownikiem tej nowej, tworzonej instytucji, która w jakichś zarysach istnieje w kilkudziesięciu miejscach w Polsce, czyli Centrum Zdrowia Psychicznego. Ja też natrafiam na różne bariery, żeby ten Program był realizowany tak, jak został zapisany, a nie ma sporu odnośnie do tego, że merytoryczna zawartość rozporządzenia Rady Ministrów z 2010 r. jest trafna, słuszna i nie budzi wątpliwości. Problemem jest wdrażanie tego w taki sposób, jak to zostało zapisane.

My natrafiamy na różne bariery – pani minister o tym wspomniała – prawne, finansowe. Czyli, obecne regulacje prawne nie ułatwiają, a nawet utrudniają powstawanie i zakładanie takich centrów zdrowia psychicznego. W rozporządzeniu „koszykowym” też nie ma takiego produktu jak usługa centrum zdrowia psychicznego, a istota centrum – o czym pan prof. Wciórka mówił – polega na tym, że odchodzimy od zasady „*fee for service*”, czyli płacenia za poszczególną wizytę za poszczególną usługę, i przechodzimy na finansowanie całościowej długoterminowej opieki nad osobą z zaburzeniami psychicznymi. Czyli, wymaga to umieszczenia w „koszyku”, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia mógł to finansować właśnie w taki ciągły i całościowy sposób. Mamy więc te bariery.

Natomiast, najważniejsze jest to – powiedzieli to i pan prof. Jarema, i pan prof. Wciórka – że od kilku miesięcy jest bardzo duża zmiana w działaniu Ministerstwa Zdrowia i otwarcie na współpracę z ekspertami i przedstawicielami różnych środowisk. Te dyskusje i spotkania mniej lub bardziej robocze zaczęły się od tego, dlaczego tak dobry Program, jeśli chodzi o zawartość merytoryczną, jest realizowany z tak wielkimi trudnościami, że wciąż większość celów szczegółowych nie została zrealizowana, i chyba nie ma na to szansy w ramach tej edycji. Jednak te działania, które są podejmowane przez Departament, czy teraz przez panią minister – moim zdaniem – dają poważne podstawy do nadziei, że następna edycja da szansę na zrealizowanie tych celów, które są zapisane w rozporządzeniu z 2010 r.

I to chyba jest najbardziej optymistyczny sygnał z ostatnich miesięcy – zresztą to nie tylko Ministerstwo Zdrowia się włączyło, bo i Rzecznik Praw Obywatelskich wydał raport i wiele innych instytucji – że, rzeczywiście, jak powiedziała pani Bisikiewicz, być może jest to te 5 minut, które powinniśmy wykorzystać, żeby wprowadzić model psychiatrii środowiskowej w Polsce, a ten model wymaga centrów zdrowia psychicznego i tego, co powiedziała pani minister, ale również zmiany instytucjonalnej jeśli chodzi o opiekę szpitalną. Czyli przenoszenia podstawowej opieki stacjonarnej do oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i zmiany formuły dużych szpitali psychiatrycznych na wyspecjalizowane obszary opieki, bo łóżek psychiatrycznych w sumie – jak pan prof. Wciórka zawsze powtarza – za dużo nie mamy, tylko ich struktura, rozmieszczenie i sprofilowanie nie jest takie, jak byśmy chcieli, a jak jest zapisane w Narodowym Programie. Jednak te działania od kilku miesięcy dają nadzieję na to, że następne sprawozdania będą dużo bardziej optymistyczne i będą zawierać dużo więcej punktów, przy których można postawić ptaszek, że ten cel szczegółowy został zrealizowany. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo dziękuję, i bardzo proszę.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Agata Szulc:

Agata Szulc, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Warszawski Uniwersytet Medyczny. Chciałabym tylko powiedzieć, że narodowe programy ochrony zdrowia psychicznego to oczywiście nie jest polski wynalazek. One na świecie są wprowadzane już od co najmniej 40 lat. My, jak zwykle, jesteśmy, z jednej strony, opóźnieni, natomiast, z drugiej strony, daje to nam możliwość czerpania z tego, kto i jak wdrożył te programy i gdzie

być może popełnił błędy. Niedawno pojawiła się informacja, że również w Stanach Zjednoczonych zebrała się komisja, żeby stwierdzić, że, niestety, ostatnie zmiany w prawie dotyczącym leczenia chorób psychicznych okazały się klęską – tak to określono. Zatem, także w tych krajach, gdzie finansowanie może być większe, nie zawsze to się udaje. Dlatego warto pamiętać, że też możemy popełnić błędy, żebyśmy ustrzegli się tych błędów.

Łóżek psychiatrycznych, z jednej strony, mamy sporo, ale, z drugiej strony, ich struktura rzeczywiście jest fatalna. Sposób finansowania powoduje, że są one zapełnione, a nawet zatłoczone. Stąd te dramatyczne opisy szpitali psychiatrycznych, które naszych pacjentów odstraszały od leczenia się w tych szpitalach. Jest to właśnie konsekwencją braku odpowiedniej struktury psychiatrii środowiskowej.

Psychiatria to też medycyna. Chciałabym przypomnieć, żebyśmy pamiętali, że leczymy pacjentów i zdarza się nam prowadzić leczenie z sukcesem, zarówno przy pomocy nowoczesnych metod farmakologicznych, jak i psychoterapii. Mamy więc narzędzia w postaci osób chętnych do zmiany, widzimy też dużą chęć pomocy w ministerstwie. Mamy narzędzia, mamy ludzi – psychiatrów, którzy chętnie połączą wysiłki, żeby wspomóc ten Program – natomiast brakuje tego, czego zapewne wszystkim brakuje, żeby to można było zmienić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Pan obok. Za chwileczkę udzielię pani głosu.

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii Piotr Gałęcki:

Piotr Gałęcki, konsultant krajowy, kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Łodzi. Mam dwa komentarze, którymi chciałbym się z państwem podzielić.

Panie przewodniczący, szanowna Komisjo, otóż faktycznie jest tak, że obserwujemy to, o czym mówiła pani profesor – wzrastający trend rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, i nie tylko w Polsce, ale także na świecie. Pani profesor wspomniała o Komisji Zdrowia w Kongresie Stanów Zjednoczonych. Otóż, tam nastąpił taki wzrost liczby samobójstw, jaki nie był obserwowany w ciągu ostatnich 25 lat. I zarówno w Polsce, jak i w Stanach Zjednoczonych liczba samobójstw jest znacznie większa niż liczba osób, które giną w wypadkach komunikacyjnych. W Polsce codziennie popełnia samobójstwo średnio 16 osób, a w Stanach Zjednoczonych – 108 osób. Mimo tego, że Stany Zjednoczone mają 112 federalnych programów dotyczących zdrowia publicznego, z których 30 dotyczy zdrowia psychicznego, to zaobserwowano tam spadek liczby udarów, zawałów serca, nowotworów, natomiast następuje wzrost liczby samobójstw. Ten wzrost liczby samobójstw oczywiście dotyczy nie tylko Polski i Stanów Zjednoczonych, ale także krajów europejskich. Zaobserwowano, na przykład, poważny problem i wzrost liczby samobójstw także w Hiszpanii i Grecji.

Kolejnym problemem jest znaczny wzrost rozpowszechnienia szczególnie chorób afektywnych. W 2010 r. depresja była czwartym powodem niezdolności do pracy osób w wieku produkcyjnym, z czym wiążą się nie tylko koszty bezpośrednie, ale i pośrednie. Obecnie jest trzecim powodem, a w 2020 r. będzie drugim powodem niezdolności do pracy osób w wieku produkcyjnym. Wydaje się więc, że nie tylko finansowanie, ale i system powinien być skonstruowany tak, żeby zwracać uwagę przede wszystkim na profilaktykę i wczesne rozpowszechnianie. Ta struktura opieki środowiskowej wydaje się optymalna. Jest pełna zgoda całego środowiska, aby zmiany szły w tym kierunku.

Chciałabym jeszcze odnieść się do farmakoterapii dostępnej dla naszych pacjentów. Nie ma preparatu, który byłby dostępny w Unii Europejskiej czy w Stanach Zjednoczonych, a nie byłby dostępny w Polsce. Są dwa związki, które są w Polsce niedostępne w formie długodziałającej, tak zwanego leku depot, ale wynika to z tego, że firmy farmaceutyczne po prostu nie złożyły wniosków refundacyjnych, więc jedynie w tym jest problem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogu Regina Bisikiewicz:

Jeszcze raz Regina Bisikiewicz. Odwołam się do tego, co powiedziała pani prof. Agata Szulc, że powinniśmy się uczyć, i uczymy się od innych z ich dobrych doświadczeń i błędów.

Nasza Fundacja organizuje kolejną już konferencję międzynarodową, która odbędzie się w dniach 17-18 marca w Warszawie. Będzie to olbrzymia konferencja, bo zgromadzimy 500 osób. Będziemy słuchać ludzi, którzy przyjadą z Europy, między innymi, z Komisji Europejskiej – ekspert, który współdziała z wieloma krajami w Europie właśnie w procesie transformacji psychiatrii. Tak więc, zapraszamy wszystkich. Mam nadzieję, że pojawi się cała Komisja Zdrowia i również wszyscy pracownicy ministerstwa. Będę za chwilę rozmawiać z panią minister, aby zechciała otworzyć tę konferencję, dlatego, że naprawdę potrzebujemy słuchać się wzajemnie, słuchać doświadczeń innych i wzajemnie budzić w sobie nadzieję, że ta zmiana jest możliwa. Przyjadą ludzie, którzy tę zmianę widzieli i widzą w innych krajach. Zapraszam, 17-18 marca.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo bym prosił, żeby tego typu informacje kierować drogą mailową – adresy mailowe posłów są dostępne – i nie wykorzystywać posiedzeń Komisji, dlatego, że konferencji i spotkań jest organizowanych bardzo dużo. Gdybyśmy na poszczególnych posiedzeniach Komisji od każdego z ekspertów słyszeli o konferencjach, które reprezentuje, to moglibyśmy forum Komisji przeobrazić w forum ogłoszeniowe. Proszę informować mailowo. Adresy są dostępne. Jeszcze pan poseł Damian Raczkowski chciałby zabrać głos, i będę zamykać posiedzenie Komisji.

Poseł Damian Raczkowski (PO):

Dziękuję. Pani przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym powiedzieć, że cieszy mnie ta atmosfera, jaką mamy na dzisiejszym posiedzeniu Komisji. W ostatnich latach – jak z koleżanką zauważyliśmy – ta dyskusja zwykle była bardziej burzliwa. Myślę, że to wynika też ze zmiany i tego, że pani minister ma duży kredyt zaufania nie tylko wśród posłów, w zakresie, którym się zajmuje, ale również w środowiskach, którym bliska jest realizacja, między innymi, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Szanowna pani minister, ja bym prosił na przyszłość, abyśmy otrzymując informację, że 14 województw wzięło udział w kampanii społecznej – co czwarty z nas – mogli też uzyskać informację o tym, którzy marszałkowie czy wojewodowie w realizacji tego Programu nie biorą udziału, żebyśmy mogli napiętnować ich w jakiś sposób. Mam nadzieję, że to zachęci tych, którzy do tej pory się w to nie włączali, do udziału w realizacji tego Programu. Ze swojej strony postuluję – myślę, że i koledzy również – aktywne włączenie się w przekonanie tych marszałków do takiego działania. Może mniej to boli w przypadku programu profilaktycznego, a bardziej w tym przypadku, że tylko w 12 województwach jest realizowany regionalny program ochrony zdrowia psychicznego, bo to jest jednak to narzędzie, które dla ministra jest szalenie istotne.

I druga kwestia, którą chciałem poruszyć, jeśli pan przewodniczący pozwoli. To jest to, że warto byłoby – w moim przekonaniu – nawiązać współpracę, między innymi, z Krajową Radą Sądownictwa, ale też z aparatem sądownictwa, aby sprawdzić, na ile piętnowane są osoby chore na choroby psychiczne, w wyniku orzeczeń sądów, które mogą orzekać czy orzekają o odwołaniu od przypadków, w których umowa o pracę zostaje rozwiązana z takimi osobami. I wydaje mi się, że to może być ciekawy materiał. Ja do tej pory nie znalazłem takiej publikacji, która by tych kwestii dotyczyła, a być może w przyszłości moglibyśmy zrobić wiele dobrego dla osób, które są chore psychicznie. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł, naprawdę... Pani profesor, ale bardzo krótko. Dobrze?

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Najkrócej, jak tylko można. Ponieważ ja zadałam bardzo konkretne pytania pani minister, nie otrzymałam na nie odpowiedzi, to proszę o odpowiedzi na piśmie.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo dziękuję, pani poseł. Zanim udzielię głosu pani minister – bo pani minister chciałaby na koniec zabrać głos – myślę, pani minister, że podstawę do rozmowy i do dalszych prac mamy, bo mamy już istniejący Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który – jak powiedzieli eksperci – wynikał z wniosków dotyczących tych programów, które odbywały się wszędzie na świecie, aczkolwiek z różnymi efektami, bo tak naprawdę dopiero po kilku-kilkunastu latach ewaluacji poszczególnych programów można powiedzieć, czy założone cele zostały osiągnięte. Oczywiście, wolelibyśmy mieć te raporty w miarę sprawnie, corocznie. Mamy też wniosek dotyczący tego, że, tak jak wszędzie, nie można realizować tego Programu bez odpowiedniego finansowania. I wreszcie – mówię to z pozytywnym zaskoczeniem – mamy kogoś, kto chce z naszymi ekspertami rozmawiać, w osobie pani minister. Pani minister, proszę o końcowe zdania i będę zamykać posiedzenie Komisji przyjmując sprawozdanie.

Sekretarz stanu w MZ Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo. Chciałabym podziękować za wszystkie ciepłe słowa, jakie padły tu dzisiaj na posiedzeniu Komisji. Od razu powiem zupełnie uczciwie, że prace ruszyły pod koniec ubiegłego roku, więc nie przypisuję sobie tego sukcesu. Ja jestem tylko tą osobą, która pracuje w obrębie zdrowia psychicznego i dostrzega problem ochrony zdrowia psychicznego jako jedno z wielu resortowych wyzwań, które powinniśmy podjąć w aspekcie zdrowia psychicznego. Dlatego też, przychodząc do Ministerstwa Zdrowia z konkretnym projektem, który mam do rozwiązania, a mianowicie, z ustawą o zdrowiu publicznym i Narodowym Programem Zdrowia, wydawało mi się niemożliwe, aby nie rozmawiać na temat problemów związanych z ochroną zdrowia psychicznego, a przede wszystkim nie rozmawiać z ekspertami. Dla mnie jest to normalna kolej rzeczy. Mam nadzieję, że te wszystkie prace, które rozpoczęliśmy, i które dla mnie są absolutnie priorytetowe – powtórzę to jeszcze raz – będziemy kontynuować i rzeczywiście w roku przyszłym, przynajmniej w niektórych elementach, dokonamy dość znaczących zmian, w tym także elementu finansowania, bo nie wyobrażam sobie wdrożenia tego Programu na lata następne bez zapewnienia środków finansowych. Oczywiście, nie zadeklaruję w tej chwili żadnej kwoty, ale mamy świadomość potrzeb. Będziemy pewnie rozmawiać z państwem na temat tego, co już jest bezwzględnie potrzebne, a co może będzie potrzebne nieco później, pewnie ze względu na ograniczone środki. Dlatego te rozmowy będą trwać.

Następną rzeczą, o której chcę powiedzieć, i która jest bardzo ważna, to te centra, o których państwo profesorowie mówili. Wydaje mi się to absolutnym priorytetem, aby opieka dla osób dotkniętych schorzeniami psychicznymi była w miejscu zamieszkania, bezpośrednio i jak najbliżej, żeby była kompleksowa – takie słowa tu dzisiaj padały. Dlatego absolutnie jest to teraz priorytetem, łącznie z wyceną tego nowego produktu, o którym państwo mówili.

Odniosę się jeszcze do sprawy zgłaszalności. To prawda, że my wiemy, ile osób zgłasza się, a nie ile osób dotkniętych jest chorobą czy problemem, który wymaga wsparcia. Dlatego – tak jak pan profesor na początku powiedział, że mówimy o stygmatyzacji organizacyjnej – chciałabym powiedzieć, panie profesorze, że chciałabym, abyśmy tak zbudowali ten Program, żeby nie było ani stygmatyzacji organizacyjnej, ani społecznej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo, pani minister. Chciałabym poprosić członków Komisji o wyrażenie zdania na temat „Informacji o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2013 r.”.

Czy ktoś z członków Komisji jest przeciwny tej Informacji? Nie widzę zgłoszeń. W takim wypadku stwierdzam, że Komisja przyjmuje tę Informację.

Pozostaje nam wyznaczyć posła sprawozdawcę. Pan przewodniczący Czechyrya.

Poseł Czesław Czechyrya (PO):

Jeśli można, panie przewodniczący, chciałabym zaproponować na sprawozdawcę pana posła Damiana Raczkowskiego.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie pośle, czy wyraża pan zgodę?

Poseł Damian Raczkowski (PO):

Tak, wyrażam.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo.