



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(693)

42. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 11 kwietnia 2007 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat prac nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego.
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Serdecznie witam wszystkich przybyłych na to spotkanie. Chciałbym, żeby może je ułatwić, przywitać osobiście wszystkich gości, bo z panią senator i panami senatorami to my się znamy. A więc chciałbym przywitać: pana ministra Grabowskiego, dzisiejszego referenta – witam serdecznie; i pana Andrzeja Warota ze związku „Pol-Familia”; panią Irenę Namysłowską z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, konsultanta krajowego psychiatrii do spraw dzieci i młodzieży; panią Annę Mazurkiewicz z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych – tak? dobrze mówię? dobrze mówię; panią Lidię Ligięzę z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; pana profesora Wciórkę z Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; pana Wojciecha Kłosińskiego z Ministerstwa Zdrowia z Departamentu Zdrowia Publicznego, pewnie doktora, bo tak pisze jak ja. Witam też: pana profesora Marka Jareme, konsultanta krajowego do spraw psychiatrii; panią doktor Bożenę Pietrzykowską z Naczelnej Rady Lekarskiej; pana doktora Andrzeja Cechnickiego z Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego i księdza Arkadiusza Nowaka z instytutu praw pacjenta i zdrowia publicznego – tak? dobrze to nazwałem? bardzo przepraszam – z Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, będącego prezesem zarządu.

Szanowni Państwo, sprawa stosunku do osób niepełnosprawnych jest tematem prac parlamentu. Pieczę nad tymi pracami sprawowały dwie komisje – Komisja Zdrowia oraz Komisja Rodziny i Polityki Społecznej. Część z państwa uczestniczyła w konferencjach organizowanych przy wsparciu Brytyjczyków. Jedną z konkluzji tych kilku spotkań, kilku konferencji było stwierdzenie, że nawet w krajach, które zdecydowanie lepiej rozwinęły systemy wsparcia dla osób niepełnosprawnych, sprawa stosunku do chorych psychicznie i do zdrowia psychicznego jest szalenie trudnym problemem. Wskaźniki brytyjskie – pamiętam, bo referowałem je na jednej z kolejnych konferencji – wskazywały, że nawet w tym kraju, który jest przykładem dobrych praktyk, przy czterdziestodzięcioprocentowym zatrudnieniu niepełnosprawnych zatrudnienie osób chorujących psychicznie wynosi około 20%. I sami to dostrzegają. Bert Massie, szef brytyjskiej Komisji do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych, instytucji nadzorującej wykonywanie ustawy antydyskryminacyjnej, przyznał, że jest to obszar najtrudniejszy.

Niezależnie od ogólnej ustawy antydyskryminacyjnej, której uchwalenie jest rozważane przez parlament – ale nie podjęto jeszcze decyzji, w jakim kierunku pój-

dziemy, a na tej sesji Senatu będziemy mieli informację rządu na temat prac dotyczących sytuacji osób niepełnosprawnych – uznaliśmy, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego wymaga osobnej ścieżki. Stąd w czerwcu tego roku doszło do spotkania grupy parlamentarzystów z panem ministrem Religą. Skutkiem tego spotkania było powołanie zespołu pracującego nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Bardzo się cieszę, że mamy już przygotowany *draft* tego programu.

Chciałbym teraz poprosić o zabranie głosu pana ministra Grabowskiego. Jednocześnie chciałbym powiedzieć, że po wystąpieniu pana ministra Grabowskiego będzie dyskusja, także z udziałem państwa zaproszonych na dzisiejsze posiedzenie komisji. Bardzo proszę pana ministra.

Aha, tylko jeszcze – żeby formalnościom stało się zadość – przepraszam bardzo, senatorowie mają przed oczami projekt posiedzenia komisji. Dzisiaj w programie mamy informację rządu o przygotowaniach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i sprawy różne.

Czy są uwagi do porządku obrad? Nie.

Rozumiem, że program został przyjęty.

Zatem proszę bardzo pana ministra o zabranie głosu.

To jest takie nietypowe miejsce, a więc proponuję, jeśli nie będzie sprzeciwu, żebyśmy z miejsca zabierali głos. Zielony przycisk włącza i wyłącza mikrofon, tak że bardzo proszę o korzystanie z możliwości technicznych sali.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski: Tak mi troszkę niezręcznie będzie mówić, bo nie widzę państwa, ale postaram się stanąć bokiem do...)

Zapraszam. Tutaj będzie panu wygodniej.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Tak? Dobrze.

O, zdecydowanie lepiej.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Nim przystąpię do informacji na temat sytuacji osób chorych psychicznie i potrzeby nowelizowania projektu ustawy, to powiem, na jakim etapie, jeśli chodzi o prace rządowe, jest projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i jednocześnie projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Otóż, Szanowni Państwo, ponieważ generalnie rzeczywiście ten program jest bardzo szeroko akceptowany i potrzebny społeczeństwu polskiemu, bo – że tak powiem – konsoliduje wiele środowisk, przedstawię go w informacji, teraz zaś kilka słów natury formalnej.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który jest potrzebny do prawnego umocowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, jest w tej chwili po uzgodnieniach zewnętrznych, jest po konferencji uzgodnieniowej zewnętrznej. Nomen omen dzisiaj ten temat stanie na posiedzeniu czy już stanął – nie wiem – Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. I muszę powiedzieć, że w tej sprawie przez pana przewodniczącego zasygnalizowanej – nie mniej jednak mówię o tym członkom senackiej Komisji Zdrowia – niestety, będzie pewna rozbieżność, którą chyba musi rozstrzygnąć Rada Ministrów. Otóż na przeszkodzie do realizacji programu narodowego i zmiany ustawy staje nam minister finansów,

który określił, iż środki w proponowanej wysokości co najmniej 50 milionów zł rocznie ze względu na istotny wzrost nakładów ze środków publicznych w zasadzie nie są do przełknięcia przez resort finansów. Jeżeli mogę z tego miejsca prosić Wysoką Komisję... Oczywiście, będzie też prośba ministra Religi skierowana do Rady Ministrów. Myślę, że minister finansów pod wpływem tak wysokiego audytorium, parlamentu polskiego, ustąpi i środki się znajdą. Ale to tak na wstępie, żebyście wiedzieli państwo, na jakim etapie aktualnie są te dwa projekty.

Kwestia informacji. Otóż nie muszę w tym gronie ekspertów i fachowców mówić, iż zdrowie psychiczne w Polsce to w zasadzie fundamentalne dobro człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do podstawowych obowiązków państwa. Promocja zdrowia psychicznego, prewencja zaburzeń psychicznych, leczenie, rehabilitacja to wszystko jest priorytetem Światowej Organizacji Zdrowia, krajów członkowskich, jak również Unii Europejskiej.

Podstawowym wskaźnikiem jest rozpowszechnianie się zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, narkotyki czy leki. I tu muszę powiedzieć, że przyjęliśmy pewien schemat odnośnie do ostatnich piętnastu lat. Otóż od roku 1990 do końca 2004 wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w tak zwanej opiece ambulatoryjnej wzrósł o ponad 131%. Liczbowo można to porównać tak: tysiąc sześćset trzydzieści osób do trzech tysięcy siedmiuset sześćdziesięciu trzech osób na każde sto tysięcy ludności. A wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji wzrósł o 45% – z trzystu sześćdziesięciu dwóch do pięciuset dwudziestu sześciu osób na każde sto tysięcy ludności. Kolejną istotną w tym zakresie kategorią wskaźników są wskaźniki zapadalności, czyli wskaźniki dotyczące osób zgłaszających się po raz pierwszy z danym schorzeniem w danym roku kalendarzowym. Otóż znowu w ciągu tych piętnastu lat wskaźnik zapadalności wzrósł w lecznictwie ambulatoryjnym o 136%, czyli z czterystu czterdziestu czterech do tysiąca czterdziestu sześciu osób na każde sto tysięcy ludności. A w lecznictwie całodobowym, czyli lecznictwie zamkniętym, o 84%.

W lecznictwie ambulatoryjnym większość obecnie leczonych to osoby z zaburzeniami niepsychotycznymi, chociaż i te wielkości wzrosły o kolejne 85%. Następną grupą, której dotyczy wskaźnik, są osoby z zaburzeniami psychotycznymi. Tu już jest ponad trzykrotny wzrost, o ponad 220%. A w przypadku zaburzeń poalkoholowych ten wskaźnik wzrasta o ponad 80%. Najniższe wskaźniki charakteryzują zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, chociaż w tym zakresie notowany jest najwyższy wzrost, bo ośmiokrotny – z dwunastu do siedmiuset pięćdziesięciu ośmiu osób na każde sto tysięcy ludności.

W lecznictwie zamkniętym, czyli całodobowym, we wszystkich latach najczęściej hospitalizowane były osoby z zaburzeniami psychotycznymi – tutaj wzrost jest o 30% – oraz z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu – wskaźnik ponad 63%. Ale, tak jak w lecznictwie ambulatoryjnym, największy, bo ponadtrzykrotny wzrost, ponad 225%, wskaźnika hospitalizacji, przy stosunkowo niskich jego wartościach, charakteryzuje rozpowszechnienie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, a więc tych, które powodują pewne spustoszenie w organizmie człowieka.

Trzeba powiedzieć, że znacznie częściej leczą się mieszkańcy miast aniżeli mieszkańcy wsi. W 1990 r. różnica między wskaźnikami rozpowszechnienia zaburzeń

psychicznych ludności miejskiej i wiejskiej wynosiła mniej więcej 80%, w 2004 – 66%. A więc – że tak powiem – nieco się spłaszcza. W opiece całodobowej nie obserwuje się dużej zmiany. Około 60% było zarówno w latach dziewięćdziesiątych, jak i po piętnastu latach. W odniesieniu do obu rodzajów opieki w dalszym ciągu są duże różnice, spowodowane nie tylko mniejszą skłonnością osób pochodzenia wiejskiego do szukania pomocy psychiatrycznej, ale też zdecydowanie mniejszą dostępnością placówek psychiatrycznych w regionach zamieszkałych przez ludność wiejską. Chociaż trzeba powiedzieć, że lokalizacja niektórych zakładów opieki psychiatrycznej jest właśnie w małych miasteczkach bądź regionach wiejskich.

W wypadku opieki ambulatoryjnej w 1990 r. przewaga kobiet była minimalna, jeżeli chodzi o wskaźniki odnoszące się do różnic pomiędzy mężczyznami a kobietami. Po piętnastu latach natomiast zwiększyła się ona do około 10% na korzyść przeważającej liczby mężczyzn. Różnica ta spowodowana jest głównie hospitalizacją osób z zaburzeniami poalkoholowymi. Tutaj przewaga mężczyzn jest siedmiokrotna.

Jeżeli chodzi o dzieci i młodzież, to w Polsce mamy dziewięć milionów dzieci i młodzieży w wieku do osiemnastego roku życia. Ocenia się, że przynajmniej 10% z tego, a więc około dziewięćset tysięcy potrzebuje opieki i pomocy psychiatryczno-psychologicznej. W roku 2004 z poradni zdrowia psychicznego skorzystało jedynie około stu trzydziestu tysięcy z tych dziewięćset tysięcy, a z opieki szpitalnej tylko dwanaście tysięcy. Badania populacyjne przeprowadzane w wielu miejscach Polski sugerują znaczną częstość różnych problemów zdrowia psychicznego. Na przykład częstość zaburzeń depresyjno-lękowych sięga w badaniach krakowskich około 28–30% dzieci w wieku od dziesięciu do siedemnastu lat, a na przykład częstość zaburzeń odżywiania – 12% w populacji dziewcząt w wieku od trzynastu do siedemnastu lat. Problemem silnie rzutującym na późniejsze życie i ryzyko zdrowotne w grupie dzieci i młodzieży jest głównie inicjacja używania i nadużywanie substancji psychoaktywnych – alkoholu, tytoniu czy narkotyków.

Rośnie również odsetek populacji w wieku starszym z problemami psychicznymi. Obecnie odsetek osób po sześćdziesiątym piątym roku życia wynosi 13% i jeżeli chodzi o tę grupę osób, to obserwujemy tendencję wzrostową. W roku 2004 z poradni zdrowia psychicznego skorzystało około stu sześćdziesięciu ośmiu tysięcy osób w wieku powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia, a z opieki szpitalnej około dwudziestu tysięcy osób w tym wieku. W tym okresie szybko rośnie zapotrzebowanie na tak zwaną opiekę psychogeriatryczną oraz, oczywiście, wzrasta ryzyko niesprawności i niesamodzielności, co wiąże się zarówno z psychologicznym aspektem starzenia się, jak i ze specyficznymi chorobami tego wieku – chorobami zwyrodnieniowymi, jak również naczyniowymi, zwłaszcza mózgu.

Istotną dodatkową miarą kondycji psychicznej naszego społeczeństwa jest fakt rozpowszechnienia się samobójstw zakończonych zgonem, których częstość wzrasta, zwłaszcza w okresie transformacji, w ostatnim piętnastoleciu, o około 22%. W roku 2004 po raz pierwszy liczba zgonów z powodu samobójstw przekroczyła sześć tysięcy przypadków.

Trzeba powiedzieć, że Polska jest krajem posiadającym ustawowe regulacje w tym zakresie ochrony zdrowia. Chodzi o ustawę z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Oczywiście, szczególna opieka w tym względzie polega na promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, jak również

zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy w środowisku rodzinnym i społecznym oraz na kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych – zrozumienia, tolerancji, życzliwości – a także na przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego podejmowane są zwłaszcza wobec dzieci, młodzieży, osób starszych oraz osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla zdrowia psychicznego. Trzeba powiedzieć, iż stosuje się różne zasady. Myślę, że w materiałach, które państwo dostaliście, te wszystkie rzeczy są omówione, więc nie będę tego omawiał szczegółowo, zwłaszcza że w dyskusji to, oczywiście, wyjdzie.

Chcę powiedzieć, że opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi wykonywana jest w ramach opieki podstawowej, ale i specjalistycznej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej w formie doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej, środowiskowej, a także w domach pomocy społecznej. W chwili obecnej liczba funkcjonujących w skali kraju poradni zdrowia psychicznego sięga około tysiąca dwustu placówek. Dla osób uzależnionych od alkoholu dostępnych jest ponad czterysta poradni o charakterze odwykowym, a osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych pomoc i leczenie oferuje ponad dziewięćdziesiąt poradni. Ważną formą udzielania pomocy jest ambulatoryjna pomoc psychiatryczna świadczona w ramach prywatnych psychiatrycznych praktyk lekarskich.

Trzeba powiedzieć, iż kolejną formą świadczonej opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest opieka pełnodobowa, czyli w zakładach zamkniętych, szpitalach psychiatrycznych oraz oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Psychiatryczne leczenie szpitalne oparte jest na działalności dwustu trzydziestu pięciu placówek stworzonych przez pięćdziesiąt cztery szpitale psychiatryczne – to jest około dwudziestu tysięcy łóżek. Oddziały psychiatryczne i oddziały odwykowe to jest około sześciu tysięcy łóżek. Oddziały te funkcjonują w strukturze ponad stu głównie ogólnych szpitali. Jest także siedemdziesiąt ośrodków z ponad trzema tysiącami łóżek dla uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Trzecim rodzajem opieki są formy pośrednie leczenia. Wśród form pośrednich najbardziej rozwinięta jest sieć oddziałów dziennych, które organizacyjnie mogą być związane z poradnią czy szpitalem przy oddziale psychiatrycznym. W sposób podobny do oddziałów dziennych usytuowane są zespoły leczenia środowiskowego, prowadzące leczenie w domu pacjenta. Zdecydowanie najrzadszą formą tak zwanego leczenia pośredniego są hostele. W chwili obecnej w Polsce jest dziesięć tego typu placówek. Pomoc dla osób z zaburzeniami psychicznymi niosą również zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Oczywiście, trzeba powiedzieć, że niezmiernie ważnym aspektem działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, stanowiącym uzupełnienie systemu opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz ofiarowywanego im wsparcia społecznego o charakterze instytucjonalnym, jest realizowanie przedsięwzięć mających na celu budowanie w społeczeństwie odpowiedniego nastawienia wobec osób dotkniętych problemami zdrowia psychicznego. Brak powszechnego społecznego zrozumienia czy życzliwości dla osób z zaburzeniami psychicznymi, deficyt tolerancji prowadzący czasem do dyskryminacji stają się przeszkodą na drodze do samodzielnego

funkcjonowania i pełnej aktywności życiowej tych właśnie osób, a tym samym szybkiego powrotu do zdrowia. Trzeba powiedzieć, że działania na rzecz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi ukierunkowane właśnie na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu realizowane są przede wszystkim przez organizacje pozarządowe funkcjonujące w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

Mówimy, że najskuteczniejszą metodą realizacji i poprawy działania w zakresie zdrowia psychicznego jest stworzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Dzięki zaangażowanej pracy zespołu – krajowego konsultanta do spraw psychiatrii, jak również osób z nim współpracujących – został opracowany pierwszy, że tak powiem, *draft* Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W zasadzie jest on kompatybilny z deklaracją przyjętą przez uczestników konferencji na temat ochrony zdrowia psychicznego, zwołanej przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia w Helsinkach. W konferencji tej, która odbyła się w styczniu 2005 r., wzięło udział pięćdziesięciu trzech ministrów zdrowia z krajów europejskiego regionu WHO oraz reprezentanci Komisji Europejskiej i Rady Europy. Przyjęto wtedy deklarację dotyczącą ochrony zdrowia psychicznego dla Europy. Warto też podkreślić, że przyjęty w tym czasie plan działania stanowi propozycję wdrożenia zawartych w deklaracji zobowiązań wytyczających priorytety europejskiej polityki w kwestii poprawy zdrowia psychicznego, ochrony tego zdrowia i pomocy osobom, które tego potrzebują. Jak widać z przedstawionego materiału i liczby osób, która w okresie ostatnich piętnastu lat wzrosła, taki plan działania jest jak najbardziej potrzebny. Dlatego też państwa akceptacja i prace nad tym Senatu są bardzo, że tak powiem, przydatne i bardzo pomagają resortowi i rządowi w tym zakresie.

Oczywiście, do tego jest potrzebna nowelizacja ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dlatego Rada Ministrów po stworzeniu tego poparcia... Wszystkie działania są bardzo kompatybilne. Projekt ustawy jest jak najbardziej potrzebny. Potrzebna też jest pełna akceptacja, żeby szybko go wdrożyć.

Trzeba również powiedzieć, dlaczego ze względów społecznych ta liczba osób w Polsce wzrasta. Otóż, takie zagrożenia, jak bezrobocie, ubóstwo, przemoc czy rozluźnienie więzi społecznych, niestety, sprzyjają powstawaniu tych zaburzeń. Należy zrobić wszystko, ażeby tego uniknąć.

Chcę jeszcze powiedzieć – żeby państwu powiedzieć o wszystkim – iż w zasadzie program psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce działa w trzech zakresach.

W ramach realizacji zadania mającego na celu dostosowanie warunków do wykonywania środka zabezpieczającego minister zdrowia utworzył trzy regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. Są one umieszczone w Gostyninie, Branicach, Starogardzie Gdańskim. Łącznie dysponujemy dwustoma dziewięcioma miejscami. Tam leczona jest populacja najbardziej niebezpiecznych chorych psychicznie osób dorosłych, sprawców czynów zabronionych. To są ośrodki ministra zdrowia. Głównie przebywają tam sprawcy ciężkich zbrodni.

Niezależnie od tych ośrodków, minister partycypuje w dostosowaniu kilkunastu wytypowanych oddziałów psychiatrycznych do wykonywania detencji w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia. Dzięki temu mamy w Polsce trzysta osiemdziesiąt dziewięć miejsc dla chorych psychicznie, którzy popełnili ciężkie zbrodnie, w tym również dwadzieścia sześć miejsc do detencji kobiet. Trzeba powiedzieć, że do 2008 r. przybędą trzysta trzydzieści trzy kolejne miejsca w warunkach podstawowego zabez-

pieczenia. Realizacja obowiązku dostosowania zakładów do wykonywania detencji pochłonie do roku 2008 19 milionów zł.

Jeżeli chodzi o środek leczniczy dla nieletnich, którzy popełnili określone zbrodnie czy czyny zabronione, to istnieje Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie. Jest to również jednostka ministra zdrowia. Dysponuje on czterdziestoma miejscami w warunkach maksymalnego zabezpieczenia. Są tam leczeni młodociani chorzy, ci niebezpieczni, którzy popełnili różne czyny zabronione. W najbliższych dwóch latach zostanie oddanych sześć oddziałów psychiatrycznych dla tych młodocianych oraz jeden oddział odwykowy do realizacji środka leczniczego. 17 kwietnia tego roku zostanie uruchomiony kolejny oddział, w Międzyrzeczu, dla trzydziestu nieletnich.

Jeżeli chodzi o obserwacje sądowo-psychiatryczne, to są one realizowane w sześciu szpitalach psychiatrycznych podległych ministrowi. Tam można umiejscowić osoby wymagające takich obserwacji. Te oddziały mieszczą się w Choroszczy, Pruszkowie, Starogardzie Gdańskim, Krakowie, Gorzowie Wielkopolskim i Lublinie. Zapewniają one miejsca dla około dwustu osób wymagających sądowej obserwacji psychiatrycznej.

Trzeba też powiedzieć, że dość niekorzystna jest lokalizacja oddziałów psychiatrycznych, jak również szpitali psychiatrycznych. Otóż, aktualnie baza łóżek psychiatrycznych zdecydowanie korzystniej jest rozłożona w Polsce Zachodniej, w województwach zachodniej Polski, głównie w województwie dolnośląskim i lubuskim, natomiast deficyt oddziałów psychiatrycznych i szpitali psychiatrycznych jest na tak zwanej ścianie wschodniej. Województwa ściany wschodniej mają tych oddziałów bardzo mało. Dlatego między innymi Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego będzie miał zapewnić dostęp do bazy psychiatrycznej rozłożonej na terenie całego kraju.

To są podstawy, które bardzo ogólnie chciałem państwu przekazać.

Panie Przewodniczący, myślę, że w trakcie dyskusji będziemy wraz z osobami, które są na sali – z konsultantem krajowym i z osobami mu towarzyszącymi – udzielać odpowiedzi na państwa pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję panu ministrowi.

Chciałbym tylko przypomnieć, że zgodnie z regulaminem na posiedzeniach komisji w pierwszej kolejności głos zabierają senatorowie, a następnie dyskusja jest dla wszystkich.

Bardzo proszę, czy ktoś z pań lub panów senatorów chce zabrać głos?

Proszę bardzo, pan senator Ślusarz.

Senator Rafał Ślusarz:

Panie Przewodniczący! Szanowni Goście!

Ja mam jedno pytanie szczegółowe i jedną kwestię ogólną pod rozwagę – myślę, że raczej w formie prośby o przekonanie mnie.

Pytanie szczegółowe. Kwota 50 milionów zł, którą pan minister wymienił odnośnie do programu, nie pojawia się w otrzymanych przez nas materiałach, ale pojawia

się w opracowaniu Instytutu Psychiatrii i Neurologii. W związku z tym czy można domniemywać, że jest to materiał roboczy w ministerstwie? Czy on obowiązuje i warto go analizować? Czy państwo nad nim pracowali? Czy też na ten temat nie ma jeszcze wiadomości? Może państwo opracujecie coś zupełnie innego? Zbieżność kwot każe mi domniemywać, że państwo wzorujecie się na tamtym materiale. Tak że to jest kwestia szczegółowa.

A teraz wątpliwość natury ogólnej odnośnie do programu. Mamy w Polsce choćby taki praktyczny problem w psychiatrii, że neuroleptyki atypowe są do stosowania tylko w schizofrenii lekoopornej. Wywołuje to wręcz konflikty sumienia u lekarzy, którzy na przykład mają młodych psychotyków i są pozbawieni możliwości leczenia ich tą metodą. A na całym świecie jest ona uznana, jest bezpieczna, jest dla tego pacjenta lepsza, nie powoduje pewnych deficytów funkcjonowania. Jest to, oczywiście, spora kwota. Finansowanie leczenia jest ze środków Narodowego Fundusz Zdrowia, natomiast programy zdrowotne są ze środków spoza NFZ, ze środków budżetowych i samorządowych. Ale czy nie osiągnęlibyśmy większego globalnego efektu poprawy sytuacji osób chorych psychicznie, przeznaczając tę kwotę na dofinansowanie tychże leków, neuroleptyków atypowych, a nie koncentrując się na programach z poziomu ogólnego, które być może nie zostaną dostrzeżone przez przeciętnego pacjenta? To nie jest teza, to jest wątpliwość.

Prosiłbym o odniesienie się zarówno do potrzeby tworzenia narodowego programu w tym wymiarze, który tutaj jest zaproponowany, jak również do problemu, jak rozwiązać tamtą sprawę, która, moim zdaniem, jest bardzo bolesna. Myślę, że to, iż przyjęliśmy takie rozwiązanie, jest dość kompromitujące dla Polski. Sądzę, że sprawa jest znana w ministerstwie, bo wskazywałaby na to liczba wystąpień i petycji o to, żeby te leki wpuścić na listy refundowane w szerszym zakresie, z rozszerzonymi wskazaniami. Wiele było takich wystąpień. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski:* Może najpierw, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, pan dyrektor Kłosiński, dobrze?)

**Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego
w Ministerstwie Zdrowia
Wojciech Kłosiński:**

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Kwestia dostępu do leków atypowych. Najczęściej mówimy tu o neuroleptykach nowej generacji, które stosujemy w leczeniu schizofrenii. Jest faktem, że zapis, który teoretycznie pozwala na dostęp do najnowszej generacji leków tylko i wyłącznie populacji tak zwanej lekoopornej, nie jest najszcześniejszy. Ale musimy pamiętać także, że przeznaczenie kwoty 50 milionów zł czy w ogóle przeznaczenie dużej sumy pieniędzy nie uzdrowi sytuacji w lecznictwie psychiatrycznym z bardzo prostego powodu: dlatego że mówimy o bardzo wąskiej populacji osób chorych na schizofrenię. Chorzy na schizofrenię stanowią 1% populacji polskiej. Z tym, że zdecydowanie nie wszyscy

wymagają podawania neuroleptyków najnowszej generacji. Ale oczywiście potrzeby są znacznie większe i kwota 50 milionów zł, o której pan senator zechciał wspomnieć, niewątpliwie nie jest precyzyjnie skalkulowana z bardzo wielu różnych powodów. Trudno jest skalkulować tę kwotę, nie znając bardzo dokładnie potrzeb istniejących w poszczególnych samorządach.

Niewątpliwie na ten problem będziemy starali się – tak myślę, Panie Ministrze – zwrócić uwagę. Ale dysponując takim a nie innym budżetem, mając do rozdysponowania ograniczone środki finansowe, bardzo trudno jest zapewnić realizację wszystkich potrzeb. Po prostu musimy dokonywać wyborów, przeznaczając konkretne sumy pieniędzy na różne grupy leków. Neuroleptyki nowej generacji są bardzo ważne, bo znakomicie poprawiają komfort funkcjonowania osób chorych psychicznie, w tym wypadku chorych na schizofrenię. Ale ograniczenia budżetowe stanowią pewien gorset, poza który staramy się wychodzić. Musimy także pamiętać, że dostęp do leków najnowszej generacji poprawia się. Z tego, co wiem, już w tym roku znacznie powiększył się dostęp do takich preparatów, jak na przykład risperidon, rispolept, czyli fluoksetyny. Cena tego leku i jej generyków jest znacznie, znacznie niższa i nie stanowi już bariery finansowej dla tej populacji chorych. Jeśli ta odpowiedź pana usatysfakcjonuje, to będę wdzięczny. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Znaczy, ja nie chcę w tej chwili wchodzić w dyskusję z panem senatorem Ślusarzem, ale stawianie takiej alternatywy: zwiększamy pulę na leki czy też myślimy o Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego – to jest podejście, delikatnie mówiąc, dyskusyjne. Ale jest z nami... W dalszej części może się do tego odnieść. Mamy też tutaj fachowców, którzy się do tego odniosą.

Witam serdecznie jeszcze pana wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który, zdaje się, chciał zabrać głos w sprawie leków, tak?

Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Jeśli chodzi o refundację, to podam parę elementarnych danych na ten temat. Otóż refundacja w grupie leków ATC – centralny układ nerwowy, która, oczywiście, nie dotyczy tylko psychiatrii, bo dotyczy również neurologii, w roku 2005 pochłonęła ponad 1 miliard zł; a w roku 2006 wzrosła do 1 miliarda 97 milionów zł. Dopłaty świadczeniobiorców były tutaj, z natury rzeczy, nieznaczne. W roku 2006 wyniosły one 170 milionów zł. Tak że wartość ta brutto to jest 1 miliard 268 milionów zł. Wzrost refundacji w tej grupie wyniósł ponad 6%, dokładnie 6,25%.

Chcę powiedzieć, że dwie pierwsze pozycje refundacyjne z tej grupy leków to jest olanzapina i risperidon. Za rok 2006, bo praktycznie rok rozliczeniowy został już zamknięty, w przypadku olanzapiny jest kwota 228 milionów zł; w przypadku risperidonu jest to 89 milionów zł. Chciałem przytoczyć te dane, aby je skonfrontować z kwotą 50 milionów zł i abyście państwo sobie zdawali sprawę ze skali zjawiska. Być może ta dostępność nie jest satysfakcjonująca, ale myślę, że warto jednak dokonać

szczegółowej analizy danych refundacyjnych. My dysponujemy kompletem tych danych i chętnie je udostępniemy na przykład reprezentantom Instytutu Psychiatrii i Neurologii po to, żeby na przestrzeni ostatnich lat dokonać analizy zarówno kwot refundacyjnych, jak i liczby wydanych opakowań. Niestety, nie dysponujemy danymi osobowymi, to znaczy konkretnie numerami PESEL, tak żeby móc przeliczyć to na refundację na konkretne osoby, ale i tak można na podstawie tych danych wyciągnąć pewne wnioski dotyczące zarówno poziomu refundacji, jak i dostępności. A więc myślę, że zanim sformułujemy wnioski, że trzeba uruchomić takie programy, należałoby ocenić, jak ta refundacja na przestrzeni ostatnich lat się układała i czy ona jest satysfakcjonująca, czy nie.

Czy ponad 1 miliard zł na refundację to jest duża kwota? Myślę, że znacząca, bo za rok 2006 pozostałe koszty realizacji świadczeń z zakresu psychiatrii na podstawie zawartych kontraktów wyniosły 1 miliard 187 milionów zł, w tym zrealizowano świadczenia za 1 miliard 169 milionów zł – podaję bez setek tysięcy. Czyli poziom realizacji zawartych kontraktów wyniósł 98,5% i tylko w jednym województwie przekroczył, i to bardzo nieznacznie, plan. Tak że nie było nadwykonań w tym obszarze. To oznacza, że tak naprawdę kwota refundacji jest bardzo znacząca, prawda? Oczywiście, tutaj należałoby odliczyć leki wykorzystywane w neurologii, ale na pewno jest to kwota przekraczająca połowę tego, co w ogóle wydajemy na pozostałe formy terapii. Tak że byłbym jednak ostrożny w formułowaniu zaleceń jakiegoś takiego bardzo szerokiego dostępu do tych leków. Ale namawiam do wspólnej analizy. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak? Bardzo proszę.

Senator Rafał Ślusarz:

Jeszcze tylko było pytanie o genezę tego programu. Czy państwo opieracie się na programie Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Chodzi o Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.)

Tak, tak, tak. Czy w ministerstwie jest opracowywany jakiś osobny program, czy też państwo korzystacie z tego, co już się narodziło?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Oczywiście, Panie Senatorze, jest to opracowane na podstawie danych, o których pan mówi, z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, jak również danych przygotowanych przez członków zespołu, których tutaj – że tak powiem – gościimy, a więc przede wszystkim konsultanta krajowego do spraw psychiatrii, pana Marka Jareme, konsul-

tanta wojewódzkiego, pana Jacka Wciórkę, panią profesor Namysłowską i inne osoby wchodzące w skład zespołu.

Jak już jestem przy głosie, to jeszcze powiem dwa zdania. Otóż, 50 milionów zł to jest, Panie Senatorze, oczywiście absolutny szacunek, ponieważ środki finansowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego planujemy pozyskać z trzech źródeł. A więc przede wszystkim budżet państwa, ale również środki własne samorządów, jak również środki pozyskiwane z funduszy strukturalnych i regionalnych Unii Europejskiej, zwłaszcza z dwóch programów operacyjnych Narodowej Strategii Spójności. Są to programy operacyjne „Infrastruktura i środowisko”, jak również „Kapitał ludzki”. Z tych programów strukturalnych możemy pozyskiwać środki na realizowanie tegoż programu.

Jeżeli chodzi o środki z budżetu państwa, to one mogą być skrupulatnie i szczegółowo określone dopiero wówczas, gdy będziemy mieli – że tak powiem – szczegółowe regionalne programy ochrony zdrowia psychicznego, opracowane na podstawie narodowego programu. A więc w zasadzie na szczegóły i koszty musimy nieco poczekać. Trzeba zebrać dane z terenu, ile to w zasadzie może kosztować. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Mam pytanie do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Obserwuje się zróżnicowanie stawek za punkty w lecznictwie psychiatrycznym, i to sięgające nawet około 20%. Czy państwo próbują w jakiejś mierze kontrolować tę sprawę? Bo to decyduje o możliwościach rozwijania w poszczególnych województwach różnych form opieki psychiatrycznej.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Oczywiście, stawki są zróżnicowane. Ja miałem już okazję wypowiadać się na ten temat w ramach prac komisji. Otóż, pewne zróżnicowanie stawek jest nie do uniknięcia, ponieważ umowy zawierane są w wyniku postępowania konkursowego. Przedmiotem postępowania konkursowego, jak ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej wskazuje, jest wyważenie relacji pomiędzy ceną a pozostałymi kryteriami oceny. W związku z tym stawki muszą być zróżnicowane, bo przy wyższej jakości świadczeń stawki powinny być wyższe. Tak po prostu działa mechanizm oceny składanych ofert, że generalnie, jeśli punktacja za pozostałe kryteria – nazwijmy to – jakościowe jest wyższa, to i oferent może uzyskać wyższą stawkę. Zresztą takie też było zawsze oczekiwanie środowiska, bo od lat psychiatria i działania z zakresu leczenia uzależnień charakteryzują się dużą odmiennością sposobu kontraktowania od wszystkich innych świadczeń czy to szpitalnych, czy ambulatoryjnych. Jest obecne coś takiego jak poziomy referencyjne, w których nastąpiła pewna kategoryzacja elementów oceny jakości. Czy ona jest dobra, czy zła? To, w moim przekonaniu, nie jest najlepsze. Na ten temat miałem już okazję z państwem dyskutować. Niedługo zaproponujemy pewne spłaszczenie tej trójstopniowej skali, ale ta dyskusja dotyczyć będzie roku przyszłego. Oczywiście, oprócz tego...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale nie. Poziomy referencyjne, jak rozumiem, są finansowane, jeśli... Mnie interesuje ten sam poziom referencyjny w skali kraju. Czy on jest tak samo finansowany, czy nie?

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Tak, są zróżnicowania. Ja w tej chwili nie dysponuję szczegółowymi danymi, ale, oczywiście, możemy taką analizę przeprowadzić. Także w zależności od tego, jakie są proporcje ofert na poszczególnych poziomach, Generalnie średnia stawka w regionach się różni. Różni się też w wyniku całego postępowania konkursowego. To nie jest proces, który da się precyzyjnie zaplanować. Ja sam byłem uczestnikiem takiego procesu. Niekiedy po prostu oferenci odmawiają zawarcia kontraktów przy pewnym poziomie stawek, które już zostały ustalone w innych regionach, prawda? Wtedy nie pozostaje nic innego jak prowadzenie żmudnych negocjacji, aż do zawarcia jakiegoś tam kompromisu.

Ale chcę też powiedzieć rzecz następującą. Dysponuję danymi dotyczącymi zróżnicowania w ogóle nakładów, na przykład w przeliczeniu na populację mieszkańców w poszczególnych regionach. Te dane mogą być zaskakujące lub nie. Otóż za rok 2006 wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju „opieka psychiatryczna” i „leczenie uzależnień” w przeliczeniu na dziesięć tysięcy mieszkańców była znacząco zróżnicowana. Jeśli za 100% uznać poziom województwa podkarpackiego, gdzie te nakłady są najmniejsze, to z kolei największe byłyby w lubuskim, bo sięgnęły 197%. To chyba nie zaskakuje nikogo, kto zna pewną nadreprezentację podaży świadczeń. Przepraszam za ten rynkowy żargon, ale po prostu jest tam dużo zakładów opieki zdrowotnej, które muszą być finansowane. Oczywiście, to wcale nie oznacza, że tam jest jakaś nadzwyczajna dostępność tych świadczeń dla ludności tego regionu. Oznacza tylko, że na przykład w tym regionie przebywa po prostu sporo rezydentów, którzy od dawna utracili korzenie, jeśli chodzi o ich miejsce pochodzenia, prawda? Oprócz nadzwyczajnej reprezentacji lubuskiego to zróżnicowanie też jest znaczące, bo jest co najmniej parę regionów, gdzie poziom sięga stu dwudziestu paru procent. Oprócz lubuskiego są to warmińsko-mazurskie, świętokrzyskie, podlaskie, mazowieckie i lubelskie. Oczywiście, nie widać tutaj zależności między wysokością nakładów na opiekę zdrowotną w ogóle a nakładami na psychiatrię. Zależy to pewnie od pewnych uwarunkowań historycznych. Są to też różne konsekwencje działań kas chorych, bo każda z nich prowadziła odmienną politykę. W ramach większych kwot poszczególne oddziały mogą sobie pozwolić również na wyższe stawki, ale ja w tej chwili mówiłem o kwotach globalnych.

Czy wpływamy na ujednoczenie stawek? Tak, co roku takie działania są podejmowane. W ramach przygotowania do postępowania konkursowego czy aneksowania umów wieloletnich na etapie planowania dyrektorzy oddziałów są informowani o tym, jak ich stawki różnią się od stawek w pozostałych regionach kraju i, oczywiście, są namawiani do tego, żeby te stawki spłaszczać, prawda? Tak, żeby one były jednolite. Czy ten proces będzie mógł być w końcu spuentowany ustaleniem jednej stawki? Mam dużą wątpliwość. Zwłaszcza bałbym się złożyć taką obietnicę w obecności przedstawi-

cieli Instytutu Psychiatrii i Neurologii, gdzie te stawki są jednak nieco wyższe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Nie taję, że to pytanie trochę odbiega od tematu, który dzisiaj jest wiodący. mianowicie, rozmowy dotyczącej ustawy o Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ale chciałbym o coś zapytać pana ministra, bo z prezentowanego dzisiaj materiału wynika, że trwają prace nad zmianą ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i – tu jest pewne niedopowiedzenie – nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Chciałbym zadać pytanie, czy ministerstwo pracuje nad ustawą o Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, która byłaby osobnym aktem, zbieżnym w intencjach z tym, co było przygotowane przez zespół powołany przez pana ministra, z mocnym wsparciem nie tylko Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ale także – z tego, co wiem – innych środowisk, w tym reprezentujących stowarzyszenia pacjentów i ich rodzin.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Tak. W ustawie o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest wręcz zapis – cytuję, bo mam to przed sobą – iż zadania, o których mówimy, są realizowane poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To nie jest odpowiedź, Panie Ministrze. Przepraszam, że polemizuję, ale powiem tak: nie ma pan w tym momencie wskazanej rangi dokumentu, którym jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jest to pytanie wielu środowisk, a ja tu występuję jako osoba, do której docierają sygnały z tych środowisk. Chodzi o to, żeby Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego był aktem ustawowym. I stąd moje pytanie: czy ministerstwo zechce się do tego odnieść? Tutaj jest zapis, który mówi o tym, że zadania ustawy są realizowane przez narodowy program, ale nie jest powiedziane, co to jest ten narodowy program. Z tej ustawy to nie wynika. I stąd jest to pytanie. Jak rozumiem, równolegle pracuje się nad zmianą ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ale teraz jest pytanie o rangę tego dokumentu. Nie taję, że...

Ja może trochę to rozwinę, chociaż jest obecnych wielu znakomitych gości, którzy pewnie zrobią to za chwilę lepiej w dyskusji. Ale ponieważ to ma być pytanie do pana ministra, to tylko krótko powiem, że jest duży niepokój środowisk zainteresowanych ustawą o Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Chodzi o to, że jeżeli nie będzie to miało rangi ustawowej, to nie zostanie to potraktowane w sposób, który zapewniłby jakąś adekwatność między skalą zagrożeń i skalą wyzwań w tym obszarze a podejmowanymi z inicjatywy państwa czy władz państwowych działaniami. I dlatego jeszcze raz bardzo proszę o precyzyjną odpowiedź.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Jak rozumiem, chodzi o to, Panie Przewodniczący, ażeby Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego miał rangę ustawy, a nie załącznika do ustawy o zdrowiu publicznym. Tak zrozumiałem. Dobrze, ja uwzględniam tę uwagę. Jeżeli nasi prawnicy to zaakceptują, to wydaje mi się, że nic nie stanie na przeszkodzie. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chciałbym publicznie powiedzieć, że w rozmowie z panem ministrem Religą uzyskałem zapewnienie, że będzie popierał taką formę aktu, który nazywa się Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Powtarzam na głos to, co było zawarte w takiej rozmowie – powiedzmy – nieformalnej.

Bardzo proszę, pan senator Ślusarz.

Senator Rafał Ślusarz:

Ja oczywiście nie chciałbym zabierać czasu gościom, ale kontynuując wątek pana przewodniczącego, powiem, że w materiale, który dostaliśmy wcześniej i który pan minister przygotował, jest odwołanie się do rozporządzenia Rady Ministrów – muszę powiedzieć, że nawet nie miałem świadomości, że takie w tym obszarze funkcjonuje – w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. To rozporządzenie powołuje również radę przy ministrze zdrowia, która ma o te zadania zadbać. Chciałbym zapytać, czy ta rada w jakiejś mierze weryfikuje swoją działalność od 1996 r.? Czy obecnie uczestniczy ona w pracach nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego? Czy też, tak jak się obawiam, ponownie powołujemy coś, co już kiedyś próbowano rozwiązać, bo nie znalazło to odzwierciedlenia w życiu?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski: Może pan dyrektor.*)

**Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego
w Ministerstwie Zdrowia
Wojciech Kłosiński:**

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze!

Rada do spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, oczywiście, została powołana i jest organem opiniotwórczo-doradczym ministra zdrowia. Skupia ona przedstawicieli podstawowych ministerstw zaangażowanych w realizację polityki z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, a więc w jej skład wchodzi przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw We-

wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Sprawiedliwości, przedstawiciele Instytutu Psychiatrii i Neurologii, a także przedstawiciele organizacji pozarządowych. Rada rzeczywiście odbyła kilkanaście spotkań, w trakcie których dokonała analizy sytuacji pod względem zdrowia psychicznego polskiego społeczeństwa, koncentrując się między innymi na problematyce zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Ten dokument nie był przygotowywany przez Radę do spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, aczkolwiek część osób, która zasiadała w radzie, brała udział w jego opracowywaniu, ale nie jako rada.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję za wyjaśnienie.

Czy jeszcze...?

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Jak na razie to dyskutowali panowie senatorowie psychiatrzy, więc pytania były bardzo specyficzne i specjalistyczne. Ja zadałabym może tego rodzaju pytanie. Mamy znaczący wzrost wskaźników, jeśli chodzi o leczonych ambulatoryjnie, 131% w ciągu piętnastu lat, a jeśli chodzi o hospitalizację, 45%. Mam pytanie, jak ministerstwo ocenia sytuację. Czy to jest wynikiem lepszej dostępności do opieki psychiatrycznej, czy też raczej zwiększonej zachorowalności? Czy jedno i drugie? Ale przewaga którego czynnika jest większa? To jest jedno pytanie.

Drugie pytanie dotyczy kadry w psychiatrii. Wiem, że zawsze były problemy z lekarzami psychiatrami, zawsze ich w Polsce brakowało. Czy nadal jest taka sytuacja? Czy jest duża migracja lekarzy psychiatrów?

Poza tym wydaje mi się, że mamy w tej chwili bardzo wielu studentów i absolwentów wydziałów psychologii różnych szkół wyższych. Chciałabym zapytać, na ile oni są wykorzystani. Na ile po prostu ten potencjał jest wchłaniany przez nasz system opieki zdrowotnej?

I kolejne pytanie. Jak wygląda baza szpitalna? Z tego, co wiem, to nasze szpitale psychiatryczne zawsze odbiegały standardem od też dosyć słabej kondycji szpitali ogólnych. Czy w tym zakresie nastąpiła poprawa? Czy nastąpiło rozgęszczenie? Jakie są w ogóle plany w tym zakresie? Jak to się ma do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego?

I jeszcze jedna sprawa. Prawie 80% pacjentów POZ to właściwie pacjenci, którzy mają problemy psychologiczne i psychiatryczne. Tak przynajmniej podają niektóre publikacje. Właściwie głównie tutaj są te problemy. I teraz: jaki jest udział psychiatrii w przygotowaniu lekarzy POZ, jeżeli chodzi o zabezpieczenie potrzeb psychologicznych pacjentów?

I ostatnie już pytanie, które mnie nurtuje. Jak się ma Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego do Narodowego Programu Zdrowia, który też jest przygotowywany w ministerstwie? Bo jak na razie, to ja mam takie wrażenie, że w kraju jest takie podejście, że wyszarpujemy jakieś pieniądze na narodowe programy – onkologiczny, zwalczania narkomanii, walki z alkoholizmem – a teraz walczymy, i słusznie,

o ochronę zdrowia psychicznego. Ale jak to się ma do Narodowego Programu Zdrowia, gdzie zbiorczo są potraktowane główne problemy zdrowotne? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Wydaje mi się, że przede wszystkim w Polsce wzrosła świadomość społeczna. W coraz mniejszym stopniu Polacy traktują choroby psychiczne czy porady uzyskiwane w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej czy na oddziałach dziennych jako wstydlive. Jeszcze do niedawna były to jedne z wielu chorób... Tak jak osoby nadużywające alkoholu czy osoby zakażone HIV, tak osoby wymagające ciągłego leczenia psychiatrycznego czy konsultacji psychologa po różnego rodzaju stresach czy różnego rodzaju przejściach osobistych, ale też przejściach w wyniku transformacji, która w końcu dzieje się przez ostatnie kilka czy kilkanaście lat. To spowodowało, iż liczba osób potrzebujących opieki psychicznej wzrasta. Wzrosła i wzrasta. Oczywiście, pewną niedogodnością... Po to między innymi nowelizujemy ustawę, stwarzamy zarówno Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, jak i krajowy program przeciwdziałania alkoholizmowi czy Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, bo takowe przecież mamy. Stwarzamy kolejny program, ażeby bardziej uwypuklić problem i pomóc osobom, które wymagają owej pomocy, jak również przeznaczyć dodatkowe środki na poprawę leczenia w szpitalach psychiatrycznych.

Ja sam byłem w różnych szpitalach psychiatrycznych, odwiedzając je, zwiedzając czy wizytując. Proszę państwa, w zasadzie tylko psychiatrzy wiedzą, w jakich warunkach ci pacjenci są leczeni. Te warunki naprawdę – trzeba to sobie powiedzieć z ręką na sercu – odstają od tych ogólnie przyjętych do leczenia pacjentów. Sądzę, że ten program jest bardzo, bardzo potrzebny po to, żeby te warunki wyrównać.

Pani senator pyta o liczbę psychiatrów. W tej chwili mamy dwa tysiące siedmiuset na Polskę. W zasadzie optymalną liczbą byłyby cztery tysiące psychiatrów. Jeżeli chodzi o psychiatrów dzieci i młodzieży – jest to specjalizacja czy nadspecjalizacja, tak też to można określić – to takowych mamy dwustu sześciu. Tę liczbę należałoby podwoić, do czterystu psychiatrów dzieci i młodzieży. Tym bardziej że, jak mówiłem we wstępnej informacji, wszystkie wskaźniki, zarówno procentowe, jak i ilościowe, są kilkukrotnie wyższe, a jeżeli nie kilkukrotnie, to na pewno dwukrotnie.

To samo dotyczy chociażby psychologów klinicznych. Psychologów klinicznych mamy, Szanowni Państwo, tysiąc czterystu. W zasadzie optymalną liczbą byłoby trzy tysiące ośmiuset. Wtedy – że tak powiem – zabezpieczaliby oni wszystkie obiekty i byli dostępni dla osób tego potrzebujących.

Pozwolę sobie powiedzieć jeszcze kilka zdań, Panie Przewodniczący. Psychiatria ma to do siebie, że w zasadzie wymaga całej tak zwanej otoczki – tak to można może brzydko, może niezbyt ładnie nazwać. Osoby na co dzień... Słyszeliście państwo, że w okresie ostatnich świąt zostały ranne trzysta trzydzieści trzy osoby. Szanowni Państwo, dla osób, które uległy wypadkom, i ich rodzin są to tragedie, a więc

one już potrzebują konsultacji przynajmniej psychologa. Trzeba mieć jakąś taką znieczulicę, ażeby nie dać tym ludziom możliwości pomocy.

Pielęgniarek mamy dziesięć tysięcy. Mają one, oczywiście, co powtarzam, specyficzne warunki pracy. One chociażby pracują w zakładach, gdzie nadzoruje się osoby, które popełniły czyny zabronione, czy osoby, które, że tak powiem, zamordowały pod wpływem zmian psychicznych, bo tacy też tam przebywają. Pielęgniarki często pracują – co tu dużo mówić – z narażeniem własnego życia, a wobec tego muszą również przechodzić pewne szkolenia dotyczące form pracy i form zabezpieczenia się. Tych pielęgniarek również mamy przynajmniej o cztery tysiące za mało. Faktem jest, że byłoby dobrze, gdyby ich było około czterestu tysięcy.

Do tego dochodzą terapeuci zajęciowi, których mamy pięciuset sześćdziesięciu, a w zasadzie przydałoby się mieć pięć czy sześć razy tyle. W zakładach leczenia odwykowego psychoterapeuci, specjaliści i instruktorzy terapii odwykowej, a więc też formy leczenia psychicznego.

Nie wiem, czy na wszystko odpowiedziałem, Pani Senator?

Senator Janina Fetlińska:

Panie Ministrze, relacja między Narodowym Programem Zdrowia a Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jak pan widzi tę relację? Wiem, że ministerstwo przygotowuje Narodowy Program Zdrowia. Jak to się ma do tego programu?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego
w Ministerstwie Zdrowia
Wojciech Kłosiński:**

Panie Przewodniczący! Pani Senator!

Narodowy Program Zdrowia jest dokumentem, który zawiera podstawowe, ogólne cele dotyczące poprawy zdrowotności w Polsce. Zdecydowanie można stwierdzić, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jest de facto uszczegółowieniem jednego z tych celów, dotyczącego psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

(Senator Janina Fetlińska: To za bardzo ogólna odpowiedź.)

Pan senator Karczewski się zgłaszał, tak?

Bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Tak, zgłaszałem się. Panie Przewodniczący, dziękuję.
Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja również jako niepsychiatra i osoba, która nie miała do czynienia z organizacją opieki psychiatrycznej, z olbrzymim zainteresowaniem wysłuchałem pana ministra i mam kilka pytań i uwag.

Zastraszająco wzrasta liczba chorych psychicznie. Pani senator pytała się już o lekarzy psychiatrów. Ja może powiem tak: spotkałem się z kilkoma dyrektorami szpitali psychiatrycznych i pytałem ich, jakie mają największe problemy; rozmawiałem również z kilkoma psychiatrami, wszyscy oni widzą pojawiającą się lukę pokoleniową wśród psychiatrów. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje coś w tym zakresie zrobić? Dotyczy to, oczywiście, modelu specjalizacji, sposobu specjalizacji, zachęcania lekarzy do robienia tej specjalizacji.

Pan minister podał pierwszą część swojej analizy w sposób dynamiczny, porównując dane sprzed kilku lat. Szkoda, że nie mamy bieżących danych, bo to są dane z 2004 r. Nie mamy danych ani z 2005 r., ani z 2006 r., a myślę, że świeższe dane chyba też by się nam przydały. Ale jak wygląda liczba psychiatrów i liczba łóżek szpitalnych? Czy ona wzrasta, czy maleje? Pan minister powiedział o liczbie łóżek, natomiast o dynamice pan minister nie mówił.

Ja muszę powiedzieć, że te dane są zastraszające. Na mnie olbrzymie wrażenie zrobiła liczba sześciu tysięcy osób zmarłych w wyniku skutecznej próby samobójczej. Powiem, że zrobiłem taki sondaż wśród swoich kolegów, którzy też nie mają pojęcia o psychiatrii, i pytałem się... A wszyscy wiemy, jak dużo osób ginie w wypadkach drogowych. Jest to pięć tysięcy ludzi. Muszę powiedzieć, że spytałem chyba z piętnaście osób i wszyscy podali mniejszą liczbę niż pięć tysięcy. A więc warto mówić o psychiatrii, warto mówić o tych problemach, bo one są związane z naszymi czasami, z naszymi trudnymi problemami.

Chciałbym się zapytać pana ministra, czy te nowe oddziały powstają przy dużych szpitalach, czy powstają osobno. Czy w dalszym ciągu jest to forma leczenia w zamkniętych oddziałach, gdzieś na uboczu, z dala od ludzi, czy jednak jest to robione w jakiś nowoczesny sposób? Tyle moich uwag. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski: Może pan dyrektor.)

Bardzo proszę pana dyrektora.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego
w Ministerstwie Zdrowia
Wojciech Kłosiński:**

Postaram się odpowiedzieć na zdecydowaną większość pytań pana senatora. Zacznę może od tyłu, czyli od nowych oddziałów. Pamiętam taki moment, kiedy w Polsce było pięćdziesiąt szpitali psychiatrycznych i koniec, i nic więcej. Pamiętam też okres sprzed dziesięciu lub dwunastu lat – tu mogę się mylić o rok lub dwa – kiedy został otwarty pierwszy oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, To było chyba w Ostrołęce, Panie Senatorze. Od tego momentu zostało utworzonych sto czterdzieści sześć oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, co jest chyba najbardziej

właściwym kierunkiem poprawiania dostępności do tak zwanych łóżek psychiatrycznych. Oczywiście, jakość opieki psychiatrycznej nie polega na liczbie łóżek psychiatrycznych. W psychiatrii mamy do czynienia ze zjawiskiem odwrotnym, czyli jakość opieki psychiatrycznej wynika przede wszystkim z leczenia pacjenta w środowisku, leczenia w domu, leczenia na oddziale dziennym. Szpital psychiatryczny powinien być tym ostatnim ogniwem, kiedy już nie jesteśmy w stanie zapewnić i zagwarantować skutecznego leczenia osoby chorej psychicznie.

W tej chwili dysponujemy – ja mogę się mylić – w Polsce dwudziestoma pięcioma tysiącami łóżek psychiatrycznych. To są chyba najbardziej aktualne dane. Faktycznie ta liczba została zredukowana bodajże o jedenaście tysięcy w okresie ostatnich pięciu, siedmiu lat. I to jest pożądany kierunek. Czyli, tak jak wcześniej pan minister zechciał wspomnieć, jest trend do ograniczania dużych szpitali psychiatrycznych, gdzie nie ma mowy o skuteczności terapii – a takich molochów psychiatrycznych w Polsce mamy jeszcze jednak kilka – na rzecz małych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych.

Zachęcanie do robienia specjalizacji. Oczywiście, jest to bardzo trudne zagadnienie. Musimy pamiętać, że jest to mało wdzięczna specjalność. Poziom satysfakcji u psychiatrów jest...

(Głos z sali: To prawda.)

A, to pan senator...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale pracujesz jako internista.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: Goście potwierdzą.)

Rezultatów jest mało i rezydentur jest mało. Ale obiektywną prawdą jest, że są pewne trudności w zapewnieniu specjalizowania się wszystkim chętnym. Nie można natomiast mówić, że w tej chwili mamy absolutny dołek pod względem dostępności kadr psychiatrycznych. Ja jeszcze pamiętam, że cztery, pięć lat temu mieliśmy dwa tysiące dwustu trzydziestu dziewięciu psychiatrów. Wtedy to był naprawdę kryzys, bo do specjalizacji przystępowały w ciągu półrocza dwie lub trzy osoby. W tej chwili jest to najmniej kilkadziesiąt osób, czyli jest trend wzrostowy. Chyba że się mylę, ale to najwyżej pan profesor skoryguje, jeśli pan przewodniczący pozwoli.

(Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Jacek Wciórka: Jeśli mogę, bo dysponuję świeższymi danymi.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan profesor Wciórka.

Przedstawiamy się, bo z posiedzenia komisji jest robiony stenogram.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Jacek Wciórka:

Przepraszam, ale nie wytrzymałem. Jeśli tego dołka nie ma w tej chwili, to on już szybko nadchodzi, ponieważ koledzy, którzy zaczęli pracę zawodową w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, kiedy był pewien przyptyw, przechodzą na emeryturę. Młodych jest sporo, natomiast nawet przyjęcie ich wszystkich nie gwarantuje uzupełnienia ubytku. W ostatnich dwóch, trzech latach obserwujemy spadek bezwzględnej

liczby psychiatrów w Polsce. Takie są dane bodaj za rok 2004. To są ostatnie, jakie mamy. Na przeszkodzie stoi przede wszystkim zablokowanie w tej chwili, od jednej sesji, napływu miejsc rezydentur, których nie ma. Bo liczba chętnych do szkolenia się w tej niewdzięcznej specjalności, wydaje się, jest spora i narybek, który mamy z lat 1998–2004, jest bardzo dobry. Tylko że on jakby przestał być. Przepraszam, ja tylko w tej jednej konkretnej sprawie.

Senator Stanisław Karczewski:

Ja może jeszcze uzupełnię wypowiedź pana profesora, jeśli można, Panie Przewodniczący. Ja z praktyki muszę panu ministrowi powiedzieć, że było u mnie kilku chętnych młodych ludzi, którzy nie mogą robić specjalizacji. Nie ma rezydentur, a więc tu jednak... Ja nie mówię o zachętach ministra na transparentach, tylko o zachętach finansowych. Jest taka możliwość, są młodzi ludzie, którzy chcą robić specjalizację z psychiatrii, natomiast ministerstwo nie zawsze im to ułatwia i umożliwia. I takie są fakty, które pan profesor w tej chwili potwierdził.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Szanowni Państwo, tak, ja się z tym zgadzam, ale są jeszcze tak zwane obiektywne trudności z rezydenturami, ponieważ ministerstwo co roku musi zwracać pewną liczbę rezydentur. To owocuje tym, że dostajemy tych rezydentur mniej. Dzięki ogólnej presji, zresztą słusznej nie tylko ze względu na psychiatrów, ale również ze względu na inne specjalności, w ogóle przystępujemy do zmiany zasad. Będą inne zasady. Być może, że tak powiem, bardziej społecznie akceptowane. Bo z różnych środowisk, nie tylko akurat psychiatrów, ale różnych innych specjalności, słyszymy o braku możliwości. Słyszymy o chętnych, a ministerstwo nie zabezpiecza tym osobom specjalności. Być może w tym roku to poprawimy i oddalimy stawiany resortowi zarzut.

Ale, jeśli pan przewodniczący pozwoli, chcę wrócić w jednym zdaniu do sprawy oddziałów psychiatrycznych. Otóż, proszę państwa, w ogóle psychiatria jest na liście – bym powiedział – priorytetowych zadań wśród zmian dotyczących ustawy o sieci szpitali. Jeżeli ustawa o sieci szpitali wejdzie w życie, to między innymi psychiatria, obok rehabilitacji, obok oddziałów geriatrycznych, obok tych oddziałów, których mamy w Polsce za mało... Po prostu będzie możliwość przekształcania oddziałów, których z kolei mamy za dużo, w oddziały między innymi psychiatryczne. A więc liczba łóżek psychiatrycznych ulegnie zwiększeniu. I taki ma resort zamiar. Chodzi nie tylko o leczenie, ale i o przyjmowanie na tak zwane oddziały typu dziennego, a więc o umożliwienie tym osobom jak najszerszej pomocy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Ponieważ mamy gości, więc proponowałbym w tej chwili otworzyć już dyskusję ogólną. Zapraszam wszystkich uczestników. Oczywiście, senatorowie, którzy się zgłoszą, też zostaną dopuszczeni. Ale prosiłbym o to, żeby dać szansę osobom, które chciały skorzystać z zaproszenia i są z nami.

Widzę, że jako pierwszy zgłasza się ksiądz Arkadiusz Nowak.
Serdecznie zapraszam.

**Prezes Zarządu Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
Arkadiusz Nowak:**

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chciałbym dwa słowa krótkiego komentarza do tego ważnego dokumentu. To nie będzie mój osobisty komentarz, bo czuję się upoważniony przez organizacje pacjenckie i stowarzyszenia, między innymi przez „Pol-Familię”, ale nie tylko.

Przede wszystkim chciałbym pogratulować, Panie Ministrze, tempa prac nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. One rzeczywiście w ostatnim roku bardzo przyspieszyły. Ważne jest to, że na ten dokument czekają z równym utęsknieniem – jeżeli można tak powiedzieć – wszystkie środowiska, zarówno psychiatrów, jak i pacjentów. A to chyba najważniejsze, bo przede wszystkim dla nich ma być ten program. Jak rozumiem, czeka również środowisko rządowe, ponieważ w tej chwili mamy przed sobą ten narodowy program w wersji rządowej. I to jest już połowa sukcesu tego programu.

Jak rozumiem, na jego przeszkodzie stoi co najwyżej minister finansów. Ale może warto w tym przypadku podjąć w ramach tak zwanego społeczeństwa obywatelskiego próbę inicjatyw obywatelskich, które miałyby na celu stworzenie koalicji społecznej popierającej powstanie programu. Myślę, że o takiej próbie będzie mógł więcej powiedzieć pan doktor Cechnicki.

Pan przewodniczący był uprzejmy zadać pytanie panu ministrowi – jak rozumiem, po części na skutek dyskusji, która miała miejsce z organizacjami i stowarzyszeniami pacjenckimi – o rangę prawną dokumentu. Otóż rzeczywiście pojawił się taki postulat, aby Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego miał rangę ustawy. Ale myślę, że to, co w chwili obecnej jest proponowane przez ministra zdrowia, czyli wprowadzenie do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zapisu, który obliguje rząd do opracowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, a ostatecznie ten program ma rangę rozporządzenia Rady Ministrów, już będzie wystarczającą inicjatywą. Aczkolwiek idealnie byłoby, gdyby, oczywiście, sam program miał rangę ustawy. Ale podejrzewam, że wtedy droga będzie dłuższa i bardziej żmudna, aniżeli ta, którą w tej chwili pan minister proponuje.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski: Ja tylko powiedziałem, że to przeanalizujemy. Ja do niczego się nie zobowiązuję, ale na pewno to przeanalizujemy.)

Ale myślę, że to, o czym w tej chwili rozmawiamy, to już jest rzecz satysfakcjonująca z punktu widzenia organizacji. To też, sądzę, ważna informacja dla państwa.

Ale na jedną rzecz merytoryczną chcę zwrócić uwagę. Otóż w trakcie spotkań z organizacjami pacjenckimi działającymi w obszarze zdrowia psychicznego zostały wypracowane postulaty, których absolutna większość została w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego ujęta. I myślę, że to jest bardzo ważne, że postulaty tych środowisk są tutaj obecne. Poza jednym. Otóż w tym narodowym programie nie ma słowa o tak zwanych działaniach, które mogłyby doprowadzić do stosowania – ja to powiem w skrócie – możliwie najwyższej jakości farmakoterapii. To jest po części to, o czym mówił pan senator, tylko trochę inaczej powiedziane. Sądzę, że poza tak

ważnymi i absolutnie niebudzącymi wątpliwości kwestiami jak środowiskowa opieka psychiatryczna, jak badania naukowe czy przeciwdziałanie chorobom i zaburzeniom psychicznym w dokumencie, który ma rangę narodowego programu wieloletniego i jest strategiczny, nie może zabraknąć przynajmniej jednego zdania na temat farmakoterapii. To było również ważnym postulatem środowisk pacjenckich. Jak się pewnie pan minister domyśla, chodziło, oczywiście, o dostęp do nowoczesnych metod leczenia. Ale pomijam już kwestię szczegółową, że chodzi o innowacyjne leki. Generalnie w tym programie nie ma słowa o farmakoterapii. To tyle z mojej strony. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan profesor.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii

Marek Jarema:

Marek Jarema.

Mnie bardzo odpowiada wysoki poziom profesjonalizmu, który wynika z dyskusji, szczególnie w głosie pani senator i panów senatorów. Akurat Narodowy Program Zdrowia ma zamiar wyjść naprzeciw problemowi, który państwo poruszacie. Państwo jako osoby niezwiązane profesjonalnie z psychiatrią. Chodzi właśnie o to. Chodzi o poprawę dostępności do różnych form opieki. Nie o wzrost liczby łóżek, bo nie tędy droga, tylko o opiekę środowiskową. Chodzi o poprawę dostępności do nowoczesnych leków, o czym mówił pan senator i o czym teraz mówił ksiądz Arkadiusz. Chodzi o zwiększenie atrakcyjności zawodu psychiatry i zawodów medycznych związanych z opieką nad ludźmi cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, o czym mówiła pani senator. Tutaj się nie mówi o tym, że młodzi lekarze chcą być psychiatrami. Ja nie wiem, skąd bierze się opinia, że psychiatria jest nieatrakcyjna. Psychiatria jest bardzo atrakcyjna, ale muszą być do tego stworzone odpowiednie możliwości. Wreszcie chodzi o poprawę standardu szpitali, o czym mówiła pani senator. O to wszystko chodzi.

Ale my musimy mieć ten program. I bardzo liczymy na to, że państwo senatorowie wesprą nasze działania swoim autorytetem i wywrą większy nacisk na szersze gremia, które podejmują decyzje. Ministerstwo Zdrowia jest za nami. Jak mówił pan senator Sidorowicz, my mamy oficjalne wsparcie i pana ministra Religi, i pozostałych panów ministrów. Wszyscy są tym zainteresowani. Mamy projekt. Jaki on jest, taki jest, może nie jest idealny, ale nie jest zupełnie zły. Mamy szkielet sposobu postępowania w sensie zapisania tego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego przy nowelizowaniu tej ustawy i spowodowania, żeby ten program zaczął żyć. Prosimy o wsparcie. A to wszystko, o czym państwo mówicie, to jest święta racja. O tym trzeba mówić i trzeba o to walczyć. Myślę, że jeżeli będziemy mieli program, to nasza możliwość oddziaływania społecznego będzie większa.

Zdecydowanie natomiast wymaga mojego komentarza jeszcze jedna rzecz szczegółowa. Mianowicie, dostęp do nowoczesnej farmakoterapii. To jest jedna z największych bolączek lecznictwa psychiatrycznego. Pan prezes Grabowski ma świętą rację, cytując liczby, bo takie one są. Ale, proszę państwa, my nie chcemy leczyć wszystkich pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne nowoczesnymi lekami – powiedzmy – lekami drugiej generacji, ale chcemy leczyć tych, których się leczyć po-

winno. Przeciętnie w Europie Zachodniej to jest około 50%, w Stanach jest 67%. Ale umówmy się: Stany są nieco inną populacją. U nas to jest 25% czy 26%. To nie jest tak, że u nas pacjenci nie potrzebują tych leków. Oni nie mogą ich dostać z takich powodów, o których między innymi państwo mówili.

W związku z tym proszę sobie wyobrazić, że wyrazem naszej głębokiej determinacji jest list otwarty do ministra zdrowia, który wygenerowaliśmy i który jest na stronie www.psychiatria.pl. To list otwarty z prośbą, żeby wreszcie coś w tej sytuacji zmienić.

Jeżeli cyfry są takie, jak mówił pan prezes Grabowski, a nie mam ani śladu powodu, żeby w to wątpić, to prawdopodobnie trzeba by się zastanowić, a na to są sposoby – i NFZ ma sposób, i nadzór farmaceutyczny ma sposób – i zweryfikować, czy akurat dystrybucja tych leków do pacjentów jest zasadna. Ja sam, wielokrotnie rozmawiając z panem ministrem Piechą i z panem dyrektorem Błaszczukiem, oferowałem w imieniu środowiska psychiatrycznego, że my jesteśmy w stanie wygenerować zasady stosowania leków drugiej generacji u pacjentów, żeby to mieć pod kontrolą. My chcemy, pacjenci chcą. To powinno być zrobione. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos?

Pan doktor Cechnicki, potem pan profesor Wciórka – według kolejności zgłoszeń.

**Adiunkt w Katedrze Psychiatrii na Wydziale Lekarskim
Collegium Medicum na Uniwersytecie Jagiellońskim
Andrzej Cechnicki:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Bardzo cieszę się, że możemy tutaj toczyć dyskusję. Dumny jestem z tego, że polski Senat po latach – bo w zasadzie trzydzieści lat temu w Europie toczyły się podobne debaty we wszystkich parlamentach europejskich i przekształciły psychiatrię europejską – podjął tę zasadniczą i istotną dyskusję o reformie ustrojowej. Ja sam reprezentuję Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego i komisję przy urzędzie marszałkowskim, która od roku 2004 realizuje jedyny taki w Polsce regionalny program. W tej komisji jestem pełnomocnikiem pana marszałka do spraw tworzenia zespołów leczenia psychiatrycznego w powiatach małopolskich, czyli zintegrowanych, kompleksowych modeli łączących system opieki społecznej i psychiatrycznej oraz organizacje pozarządowe. Zintegrowany model – leczyć, ale pracować, mieszkać i żyć w gminie.

Ci wszyscy aktorzy pracujący w tych wielu strukturach spotykają się w powiatach, żeby rozmawiać o tym, jak stworzyć zintegrowane, kompleksowe, całościowe podejście do leczenia. My dyskutujemy o tym, że zupełnie zmieniła się filozofia myślenia w psychiatrii. Pacjent jest podmiotem, rodzina jest miejscem oparcia i opieki, a my musimy zobaczyć, że ten pacjent żyje wśród nas. To są państwa bliscy, którzy dzisiaj chodzą wśród nas, a kiedyś byli w dużych szpitalach psychiatrycznych. Teraz jest koniec myślenia o dużym szpitalu psychiatrycznym, koniec myślenia o szpitalu centrycznym. Pobyt w szpitalu jest epizodem w życiu człowieka, kryzysem. A życie z chorobą toczy się wśród nas, toczy się w środowisku. Po podsumowaniu reformy europejskiej po trzydziestu latach mówi się: najważniejsza jest praca, najważniejsza jest

integracja zawodowa, najważniejsze jest oparcie dla rodziny, najważniejsza jest pomoc uprzedzająca kryzys; pobyt w szpitalu ma być jak najkrótszy. Tak że to działanie jest zupełnie odwrotne do obecnej sytuacji, ponieważ dotyczy rozbudowy opieki przedszpitalnej, a kryzys szpitalny ma być minimalnym, najkrótszym punktem odniesienia. Jak leki są ważne? Bardzo ważne. Ile ich trzeba dać? Najmniej ile trzeba. Najmniej ile trzeba, żeby pozwoliły żyć i pracować. I, oczywiście, od początku najlepsze. Ale istotą rewolucji ustrojowej, która nastąpiła w całej Europie, jest przekształcenie. Teraz mówi się o standardzie wspólnym dla osób chorujących somatycznie i dla chorych psychicznie, tak jak pani senator powiedziała. To nie może być takie niegodne leczenie w wielkim szpitalu, w wielkich salach, bez dostępu do toalet itd., do rodziny, do bliskich osób. To musi być standard opieki terapeutycznej, czyli przesunięcie z lekarza, z centrycznego punktu widzenia, na wiele innych zawodów i integracja ich w multidyscyplinarny system. To jest właśnie to wszystko, o czym myślimy, kiedy mówimy: mały oddział szpitalny, oddział dzienny, ambulatorium, zespół leczenia środowiskowego jako centrum wielofunkcyjne współpracujące z całym systemem pomocy społecznej i z programami pracy, systemem wsparcia społecznego, systemem pomocy dla rodziny. To jest rewolucja ustrojowa w naszym myśleniu o chorym psychicznie, w sposobie, w jakim go dzisiaj widzimy. Ta rewolucja wymaga równocześnie i rodzin, i pacjentów jako silnych podmiotów stowarzyszonych w tym procesie.

Proszę państwa, ja chcę powiedzieć, że oddział małopolski Narodowego Funduszu Zdrowia bardzo blisko z nami współpracuje. Ta reforma jest reformą samorządową. To jest budząca się świadomość odpowiedzialności samorządu lokalnego. A równocześnie w trakcie naszej współpracy z filią małopolską funduszu, filia ta przyjęła cele programu małopolskiego jako swoje własne, jako wytyczne. I to jest bliska współpraca. Tak samo jak z urzędami pracy, tak samo jak z edukacją. To są programy, które wymagają koordynacji na poziomie samorządu lokalnego. Zadania integracyjne będą szczególnie trudne. A w tym kontekście 50 milionów zł dla takich przekształceń jest sumą banalnie małą. My wiemy, że to się musi oprzeć na współfinansowaniu samorządu lokalnego, ale też być może na oddawanych – w perspektywie – pieniądzach unijnych, które w gruncie rzeczy mają temu służyć, żeby takie przekształcenia się dokonywały.

W Małopolsce mamy gotowy program wielu takich przekształceń i decentralizacji łóżek. Szpital Babińskiego jest to – że tak powiem – zanikający szpital. Praca nad takim szpitalem, żeby osoby przejęły odpowiedzialność w zdecentralizowanym systemie opieki... Zmiana ich świadomości to jest wielka praca w skali całego kraju. Chodzi o to, żeby te osoby poszły za swoimi pacjentami, do środowiska i żeby nie poczuły się odrzucone w trakcie tej reformy. A ten program powoduje, że sam szpital się zmienia, przekształca. Ludzie zyskują zupełnie inną, nową motywację do takiego działania. Myślę, że te finanse się po prostu zwrócą i że one zaowocują raczej przyływem środków unijnych.

Ale przekształcenie jest tak wielkie i całościowe, że chciałbym powiedzieć, iż reprezentuję równocześnie Koalicję na rzecz Zdrowia Psychicznego. W koalicji jest ponad pięćdziesiąt różnych organizacji i instytucji. Tam są nie tylko instytucje z kręgu psychiatrii. Tam są różne organizacje – począwszy od krakowskiego „Pro Publico Bono”, przez – nie wiem – Stowarzyszenie „10 czerwca”, organizujące papieskie Kwietne Biegi, kończąc na fundacji Anny Dymnej czy instytucie księdza Arkadiusza. To jest potężna sieć instytucji i organizacji pozarządowych, która będzie wspierać pana mini-

stra i parlament w tym działaniu i która rozważa, czy to będzie rezolucja stu tysięcy podpisów z całego kraju, popierająca starania umocowania ustawowego narodowego programu jako kompleksowego przekształcenia, czy też będzie to inicjatywa obywatelska mająca na celu ustawowe umocowanie – jeżeli ono nie będzie spełniało oczekiwań właśnie pacjentów, rodzin i środowisk w całym kraju. Dlatego że my uważamy, iż po trzydziestu latach jednak – nazwijmy to – zapóźnienia w reformie opieki psychiatrycznej w stosunku do sytuacji w Europie w tej chwili tylko taka poważna debata, która się dzisiaj tutaj toczy, która obejmie parlament, rząd i wszystkie organizacje oraz wszystkie inicjatywy oddolne – my je nazywamy reformą od dołu, bo są one w całym kraju i ich członkowie oczekują na tę decyzję – daje szansę na sukces. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Pan profesor Wciórka się zgłaszał, potem pan...

**Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
Jacek Wciórka:**

Ja właściwie już niewiele mam do dodania, bo prawie wszystkie słowa padły. Chciałbym tylko jeszcze, Pani Senator, powiedzieć dwa słowa o relacjach między NPZ a tym naszym programem.

Jeżeli dobrze rozumiem, to Narodowy Program Zdrowia obejmuje głównie zadania promocyjne, natomiast w tym programie promocja jest tylko częścią zagadnienia. Tu jest też promocja drugiego stopnia, czyli zapobieganie, dalej – cała opieka, czyli leczenie i rehabilitacja, no i wreszcie to, co jest dla przyszłych pokoleń, czyli budowanie wiedzy, racjonalnej wiedzy, dobrze ugruntowanej wiedzy empirycznej i systemów informatycznych, które pozwalają tę wiedzę w sposób wiarygodny zbierać. Tak że tu jest znacznie większy kompleks zagadnień. Tamten program tego nie udźwignie, bo w nim są dwa czy trzy ogólne zagadnienia należące do obszaru psychiatrii. Tu natomiast jest próba zebrania tych rzeczy w całość, a także wskazania, że nie jest to program tylko dla psychiatrii. To jest również program dla edukacji narodowej, to jest program dla kultury, to jest program dla administracji, to jest program dla Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji i wielu innych resortów, bo wszędzie tam zagadnienia promocji, zapobiegania i leczenia są obecne. W Europie oblicza się, że złotówka właściwie zainwestowana w profilaktykę zaburzeń psychicznych po nastu latach owocuje siedmiokrotnymi oszczędnościami. Należało bowiem ponieść wydatki właśnie na wymiar sprawiedliwości, na wszelkie inne skutki niezadbania o właściwe podejście do zagadnień zdrowia psychicznego wcześniej.

Tak że to jest ogromny kompleks zagadnień. I dlatego jest nam potrzebna wielka międzysektorowa współpraca, a także współpraca na płaszczyźnie: rząd, samorzady i organizacje samopomocowe plus wszystkie środowiska profesjonalne, bo to nie tylko psychiatrzy. Ja myślę – nawet próbowaliśmy to tam jakoś zapisać – że jest potrzebny nowy zawód terapeuty. Nazwaliśmy go roboczo zawodem terapeuty środowiskowego czy terapeuty zaburzeń psychicznych. To on będzie tak jakby niósł tę reformę na swoich plecach. Ten zawód będzie jak gdyby budował podstawy przyszłego losu osób chorujących psychicznie, bo poza pomocą i poza leczeniem w sytuacjach ostrego kryzysu

psychotycznego trzeba jeszcze ogromnego wsparcia w różnych aspektach całego cyklu życiowego i pomocy społecznej. Tak że to jest rzeczywiście zadanie pokoleniowe, wielosektorowe i jednak wspólnotowe w tym sensie, że dotyka różnych wspólnot – wspólnoty lokalnej, regionalnej i narodowej. I to się musi rozgrywać na tych poziomach. Stąd potrzeba koordynacji i zaangażowania wielu sił być może powinna być argumentem za tym – przy wszystkich wątpliwościach, które mamy – żeby to jednak był program, który ma ustawowe umocowanie.

Dla przykładu powiem, co się działo z Radą do spraw Promocji Zdrowia Psychicznego. Ona przez parę lat funkcjonowała sprawnie, ale potem jej działalność – że tak powiem – przyschła, a właściwie uschła, bo przez rok czy dwa lata jej nie było. W tej chwili jest odbudowana. Chcielibyśmy, by ta rada w przyszłości przekształciła się z rady promocji w radę ochrony zdrowia psychicznego i podjęła te zadania na nowo. Dlatego zbyt słabe posadowienie tego programu może spowodować, że on po prostu – że tak powiem – uschnie, bo nie starczy sił i dopingu do tego, żeby go wytrwale...

Kwestia środków jest, oczywiście, ważna, ale myślę, że nawet małe środki czy relatywnie małe przyniosą efekt, jeżeli będą dystrybuowane w sposób długofalowy i sensowny. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan z „Pol-Familii”. Przepraszam, zapomniałem pana nazwiska.

**Prezes Zarządu Związku Stowarzyszeń
Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychiczenie „Pol-Familia”
Andrzej Warot:**

Andrzej Warot, prezes ogólnopolskiego Związku Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów Osób Chorujących Psychiczenie „Pol-Familia”.

Ja absolutnie zgadzam się i z panem przewodniczącym, i z panami ministrami, i z senatorami, i z profesjonalistami, i z profesorami we wszystkim, co było powiedziane. Tylko się zastanawiam, co stoi na przeszkodzie, żebyśmy naprawdę ruszyli. A przecież, pan minister podawał statystyki, dynamika wzrostu tych chorób, proszę państwa, jest zastraszająca. Przecież za parę lat z problemów zdrowotnych będą problemy społeczne wielkiej natury. Papież Benedykt XVI w Światowym Dniu Zdrowia powiedział, że według danych Kościoła w Europie – nie w Azji, nie w Afryce – około 30% społeczeństwa potrzebuje wsparcia psychicznego raz do trzech razy w ciągu roku. Tak że, moim zdaniem, właściwie to już jest późno czy, tak jak było powiedziane, za późno, żebyśmy na coś czekali. Myślę, nie będę podawał liczb, organizacji i ludzi, ale te 30% to jest około dziesięć milionów ludzi z różnymi zaburzeniami – depresją, schizofrenią, ale i narkomanią czy alkoholizmem itd. To jest naprawdę ogrom społeczeństwa. I dlatego serdecznie proszę o jakieś działania. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pan prezes Grabowski.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Szanowni Państwo, ja chciałbym zacząć od rzeczy banalnej. Otóż środki, jakimi dysponujemy, są zebrane od naszego społeczeństwa i tylko takimi środkami dysponujemy. W związku z tym stawianie w opozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, ministra zdrowia i wszelakich instytucji, które tymi środkami dysponują, zawsze jest takim sztucznym zabiegiem, bo to są nasze pieniądze i tylko takimi dysponujemy. To pierwsza, dość banalna – przepraszam – obserwacja.

Oczywiście byłoby dobrze równocześnie zwiększyć nakłady na refundację, zwiększyć nakłady na szpitale, zwiększyć nakłady na poradnie oraz kompleksową opiekę, tylko że to jest niemożliwe. I teraz, już tak zmierzając do konkretów, mam dla państwa pewną praktyczną propozycję. Ponieważ średni czas bycia prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia jest zwykle krótki, w związku z tym perspektywa wieloletnia nie jest dla mnie satysfakcjonująca. Otóż mam propozycję, żeby w ciągu dwóch tygodni wypracować propozycję nowego – przepraszam za określenie, ale część profesjonalistów współpracujących z funduszem również dzisiaj tutaj siedzi – produktu, który pozwoli uruchomić ową kompleksową opiekę, produktu, który charakteryzowałby się tym oto, że stawka byłaby kapitacyjna, czyli obejmowałaby całość opieki. Ale kluczowym zagadnieniem dla tego przedsięwzięcia jest to, komu powierzymy te pieniądze, ponieważ to on ma zorganizować tę opiekę i jest rzeczą oczywistą, że odbędzie się to kosztem leczenia szpitalnego. Jest to chyba oczywiste dla wszystkich, którzy się zajmują opieką i zdrowiem, w tym opieką psychiatryczną.

Oczywiście, to nie może być eksperyment na szeroką skalę, ponieważ działania typu konstytuowanie i planowanie sieci szpitali to są przedsięwzięcia bardzo poważne, więc taki ruch na skalę powszechną nie byłby możliwy, bo szybko doprowadziłby to do destabilizacji systemu opieki psychiatrycznej – niezależnie od tego, czy jesteśmy zadowoleni z tej opieki, czy nie. Ale jako eksperyment w paru miejscach fundusz gotów jest ogłosić takie postępowanie z tym nowym produktem. Tylko prosimy o wsparcie, ponieważ trzeba wskazać, gdzie ten produkt mamy ulokować, u kogo, kto ma wziąć odpowiedzialność za takie przedsięwzięcie, jak zdefiniować populację, jaką liczbę świadczeń zapewnić itd., itd. Pewna praca jest możliwa. Sugeruję dwa tygodnie. Wtedy być może będziemy bogatsi o to doświadczenie w pewnej perspektywie czasowej i będziemy mogli upowszechnić tego typu przedsięwzięcie. Mówię o dwóch tygodniach, dlatego że bardzo intensywnie szykujemy się do kontraktowania w przyszłym roku. Naprawdę szczerze namawiam.

I tylko ostatnie dwie liczby, bo już chyba i tak za dużo ich podałem. Otóż kontrakty w psychiatrii w latach 2005–2006 wzrosły o 9%, 2006–2007 – ponad 12%, z tego sporą część zjadły podwyżki, czyli nie zamieniło się to w dodatkową liczbę świadczeń. Dalej stwierdzamy deficyt przede wszystkim w dostępie do świadczeń ambulatoryjnych. Nie do szpitali, tylko do ambulatoryjnych świadczeń. Mam kompletne dane. Są regiony, gdzie czas oczekiwania wynosi dwanaście miesięcy, dość często sześć, a regułą są trzy miesiące. Tysiące ludzi czeka na porady, podczas gdy do szpitali tych kolejek tak naprawdę, proszę państwa, nie ma. To są takie epizodyczne kolejki, jeśli ktoś się uparł, że akurat chce się dostać do danego szpitala. To są dość oczywiste wnioski z tych danych. I teraz tylko chciałbym puenty we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dwa tygodnie to jest ogromne wyzwanie. Ale jest w tym jakaś pragmatyczna istota pilotowania, czyli zrobienia czegoś, co byłoby pilotażem czegoś, co będziemy później przyjmować.

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo, ja bardzo dziękuję panu profesorowi Wciórcze, że tak dokładnie zwerbalizował ideę Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i jednocześnie jego odniesienia do Narodowego Programu Zdrowia. Chodzi mi o to, że u nas jest pewien problem ze różnicowaniem tych dwóch programów. Oczywiście, Narodowy Program Zdrowia ma za cel promocję zdrowia i profilaktykę. Teraz w każdym programie – czy to ochrony zdrowia psychicznego, czy to zwalczania narkomanii, czy to zwalczania alkoholizmu, czy przeciw wypadkom i urazom, ale i w innych – jest ten element profilaktyki i promocji zdrowia. Wydaje mi się, że bardzo ważne jest, żeby właśnie tak ustawić te programy, by wreszcie Narodowy Program Zdrowia zintegrował wszystkie oddziaływania promocji zdrowia i profilaktyki, ten jeden program, ale też wiązał pozostałe programy, między innymi Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Gdyby nam się udało metodycznie dobrze to ustawić i sfinansować, bo ten program też wymagałby sfinansowania, to mielibyśmy w Polsce duży sukces. To jest jedna rzecz.

I druga rzecz: chciałabym też powiedzieć, że bardzo mnie cieszy, iż pan profesor mówi o nowym zawodzie, ale wydaje mi się, że ciągle mamy niewykorzystane pielęgniarki. Gdyby na przykład pielęgniarki, które zajmują się psychiatrią, lepiej przygotować, założyć dla nich inne kompetencje i standard postępowania, to myślę, że zadania, o których pan profesor mówił, mogłyby być wykonane. Wtedy byłoby mniej osób wokół chorego psychicznie i jego rodziny, a to też jest ważne, żeby w tym kręgu nie było za wiele osób. Jednocześnie myślę, że to byłoby dla tego zawodu bardzo dobre, ponieważ dawałoby więcej samodzielności. Zauważmy, że pielęgniarstwo jest w tej chwili zawodem z wyższym wykształceniem i jak gdyby w naturalny sposób domaga się więcej samodzielności. Pogodzenie tych nowych zadań i potrzeb zawodu byłoby bardzo pożyteczne.

I trzecia sprawa, już na zakończenie. Chcę powiedzieć, że bardzo mi się podoba pomysł pana prezesa Grabowskiego, żeby stworzyć grupę, która by posiedziała dwa tygodnie nad programem. Stwórzmy coś w rodzaju konklawe dla psychiatrii, dla opieki nad zdrowiem psychicznym. Może rzeczywiście należałoby coś szybko postanowić. Myślę, że doświadczenia małopolskie byłyby bardzo dobrą podstawą, na której można byłoby pracować. Zresztą mazowieckie również ma pewne wielkie – powiedziałabym – osiągnięcia w tym zakresie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani doktor Pietrzykowska i pan doktor Cechnicki.
Bardzo proszę – po kolei.

Członek Naczelnej Rady Lekarskiej
Bożena Pietrzykowska-Bodnar:

Ja chciałabym przede wszystkim ogólnie powiedzieć, że Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej 30 marca wysłało do pana ministra pismo popierające ideę Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, jako że lekarze w ogóle popierają wszelkie inicjatywy, a szczególnie dotyczące tak ważnych kwestii jak zdrowotność społeczeństwa pod względem zaburzeń psychicznych. W tym piśmie zwracamy uwagę, że powołanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego będzie wiązało się z alokacją odpowiednich środków ze strony budżetu państwa na realizację tych zadań, bowiem bez zabezpieczenia finansowego zmian w systemie opieki zdrowotnej podstawowe zadania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego nie będą mogły być realizowane.

I jeszcze chciałabym może zwrócić się do państwa senatorów, dlatego że powstawanie programu trwa już dziesięć lat. Prace nad tym programem zaczęły się już po wejściu w życie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wtedy ówczesny minister zdrowia przyjął wstępny projekt programu ochrony zdrowia psychicznego jako dyspozycję do realizowania. I już wtedy staraliśmy się o to, żeby to miało rangę ustawową. A jakieś dwa lata później – ja w tej chwili nie pamiętam dokładnie, czy w roku 1997 czy 1998 – był dezyderat sejmowej Komisji Zdrowia w sprawie przeanalizowania realizacji tego zalecanego przez ministerstwo programu ochrony zdrowia psychicznego i powołania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, przy współudziale różnych resortów. Bo, jak pan profesor Wciórka mówił, nie jest to sprawa tylko psychiatrów i tylko systemu zdrowia, ale również szeregu innych resortów. Tak więc bardzo bym chciała, żeby dzisiejsze posiedzenie nie było takie, jak to posiedzenie Komisji Zdrowia sprzed dziesięciu lat, które zakończyło się dezyderatem, ale, niestety, przez te dziesięć lat niewiele uzyskaliśmy. To jest mój apel w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej do państwa senatorów o to, żeby czuwać i rzeczywiście to pchać do przodu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Pan doktor Cechnicki.

Adiunkt w Katedrze Psychiatrii na Wydziale Lekarskim
Collegium Medicum na Uniwersytecie Jagiellońskim
Andrzej Cechnicki:

Chciałbym się odnieść do tego produktu kapitacyjnego. Myślę, że to jest bardzo ciekawe rozwiązanie, już dyskutowane w bardzo wielu regionach kraju, i koledzy są przygotowani na ten zintegrowany, kompleksowy model. Na przykład wyobrażam sobie, że doktor Janiszewski z Torunia natychmiast się bardzo ucieszy i doktor Trembla z Bielska itd.

Zresztą Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Konkludując, czyli krótko mówiąc, państwo się zgłaszają. Ale czy pan prezes od razu przyjmuje zgłoszenie?

Pan doktor Cechnicki się zgłasza.

(Adiunkt w Katedrze Psychiatrii na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum na Uniwersytecie Jagiellońskim Andrzej Cechnicki: Nie, nie. Ja tylko mówię, że to jest możliwe.)

Zaraz, zaraz, zaraz. Ja muszę coś ustalić.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Moja prowokacyjna wypowiedź była w dużej mierze skierowana właśnie do pana doktora, nie ukrywam. Proszę pamiętać o tym, że z zawodu jestem psychiatrą i szybko szacuję ludzi. Mam nadzieję, że będziemy mogli liczyć na pomoc pana doktora.

(Adiunkt w Katedrze Psychiatrii na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum na Uniwersytecie Jagiellońskim Andrzej Cechnicki: To jest taki szacunek kapitałowy.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Śluchajcie, bo chciałbym tylko jedną rzecz powiedzieć. O ile możecie mieć państwo wsparcie senackiej Komisji Zdrowia, o tyle tej sprawy nie możemy przejąć. Wolelibyśmy, żeby to pilotował Narodowy Fundusz Zdrowia, bo jest do tego lepiej przygotowany niż my, my mamy trochę inne zadania. Ale bardzo bym się cieszył gdyby ta oferta, konkretyzowana w tej chwili w wypowiedzi pana doktora Cechnickiego, zaowocowała powołaniem takiego zespołu. A my chętnie zapytamy nawet nie za dwa tygodnie, ale za miesiąc, jakie są prace, bo...

(Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii Marek Jarema: Panie Senatorze...)

Bardzo proszę, pan profesor Jarema.

(Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii Marek Jarema: Tylko ad vocem.)

Jeszcze tylko niech pan tu skończy... I wrócimy do pana.

**Adiunkt w Katedrze Psychiatrii na Wydziale Lekarskim
Collegium Medicum na Uniwersytecie Jagiellońskim
Andrzej Cechnicki:**

Jeszcze jedno zdanie, jeżeli pan profesor pozwoli. Panie Profesorze, może ono będzie spójne z pańską myślą. Mianowicie, ja mam jeszcze apel, a dokładnie apel, postulat i prośbę. W imieniu bardzo wielu środowisk w naszym kraju proszę, aby Senat we współpracy z Sejmem powołał podkomisję do spraw zdrowia psychicznego. Ta podkomisja nie oznaczałaby jednorazowej debaty. Miałaby na celu ciągłą troskliwą pieczę nad przeprowadzeniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, a potem nawet jego monitoring, bo o wiele trudniejsze będzie, żeby on został rzeczywiście doprowadzony do końca. Bardzo serdecznie o to proszę. Jest to postulat bardzo wielu środowisk i instytucji, z którym się zwróciliśmy również do pani Ewy Kopacz, do sejmowej Komisji Zdrowia. To byłaby wielka pomoc przy realizacji tego projektu, jeżeli ta podkomisja działałaby w sposób stały i we współpracy z wąską grupą ekspertów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ad vocem. Trzeba powiedzieć, że o ile już funkcjonują zespoły parlamentarne, o tyle podkomisje są powoływane do rozpatrywania konkretnych projektów ustaw. W związku z tym musicie się państwo zastanowić, o co wam chodzi. Bo jeżeli chodzi o powołanie zespołu do tych spraw, to jest to możliwe, natomiast jeśli chodzi o powołanie podkomisji, to ona rozpatruje projekty i powoływana jest w trybie regulaminu Sejmu lub Senatu, w zależności od potrzeb, ale jednak inicjowana jest... Ja tylko tłumaczę zawiłości legislacyjne procedury. Tak więc musicie państwo przeformułować postulaty.

**Adiunkt w Katedrze Psychiatrii na Wydziale Lekarskim
Collegium Medicum na Uniwersytecie Jagiellońskim
Andrzej Cechnicki:**

Zdajemy się na państwa opinię, dlatego że, jak z tego rozumiem, zespół łatwo jest powołać, natomiast podkomisja...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie, podkomisja jest powoływana tylko i wyłącznie – co jeszcze raz mówię – do rozpatrywania projektów ustaw.)

A może już za chwilę będziemy mieli do czynienia z ustawą.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak będzie, to nie ma problemu. Wtedy na wniosek określonego ciała parlamentarnego taka podkomisja powstanie. Ale jeszcze raz powiem: zupełnie czymś innym się...

Pan profesor Jarema, bardzo proszę.

**Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii
Marek Jarema:**

Ja chciałbym tylko powiedzieć, że zespół, o którym pan prezes Grabowski mówił, już jest. Został powołany w ubiegłym roku po spotkaniu z panem prezesem Grabowskim z NFZ. Wystarczy tylko, że wrócimy do tego zespołu, reaktywujemy jego działalność. Bo skład osobowy jest już podany, przynajmniej ze strony psychiatrycznej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tylko wobec tego mam pytanie do pana prezesa. Pan profesor Jarema akurat wyłączył mikrofon, więc króciutko powtórzę, że pan profesor mówił, że jest taki zespół, powołany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, pracujący nad tym.

(Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii Marek Jarema: Nie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.)

Chodzi o reaktywowanie jego działalności.

Ale, jak rozumiem, pieczęć musiałby przejąć Narodowy Fundusz Zdrowia?

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Tak, tylko ja po prostu mówię o tym, że w ciągu dwóch tygodni musimy mieć konkretne pomysły i konkretny produkt, charakteryzujący się tymi cechami, o których powiedziałem, i jeszcze zapewniający pewien opis korzyści, które wyniesiemy z takiego przedsięwzięcia, czyli ta opieka *versus* obecna rozdrobniona opieka. Musimy wskazać, jakie tu wchodzi grupy pacjentów, czym ma się charakteryzować świadczeniodawca, któremu powierzymy stawkę kapitacyjną, jak on ma być zorganizowany, do czego jest zobowiązany, jakie świadczenia ma zapewnić, no i jaka ma być ta stawka kapitacyjna. Ona oczywiście musi wynikać z sumy tych zdarzeń, które w przeliczeniu na pacjenta i być może również w rozbiciu na poszczególne rozpoznania – tak to określe – odmeldowano w systemie. Trzeba po prostu zastanowić się nad podziałem finansowym pewnego ryzyka, które wiąże się z takim przedsięwzięciem. Ja tu mówię nie o rozważaniach o charakterze ideowym, tylko o konkretnym produkcie finansowym, który chcemy za miesiąc użyć do kontraktowania. Dlatego zapraszam do współpracy osoby, które mają doświadczenie w tym zakresie.

(*Głos z sali:* Dobrze.)

I to prosiłbym o umówienie się jak najszybciej, w przyszłym tygodniu, ponieważ my już zakończyliśmy prace nad materiałami, natomiast ten produkt – że tak powiem – wciąż kuleje.

Oczywiście, ja pamiętam o tym zespole i o naszych ustaleniach. Między innymi stąd moja dzisiejsza wypowiedź, bo myślę, że już najwyższa pora, żeby właśnie tak...

**Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii
Marek Jarema:**

Dobrze, ale nie musimy już powoływać tego zespołu. Nie ma przeciwwskazań, żeby te osoby, które były powołane, przystąpiły do działania. Dziękuję.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Dobrze. To w przyszłym tygodniu skieruję zaproszenie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W tym tygodniu – żeby w przyszłym tygodniu ono przyszło.

(*Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:* Tak, tak.)

Dobrze, dobrze.

Jak widzę, Szanowni Państwo, zbliżamy się do końca.

Chciałbym tylko powiedzieć, że to posiedzenie komisji poprzedza jutrzejszą debatę w Senacie na ten temat. Informacja rządu na temat prac nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego jest bowiem przedmiotem jutrzejszego posiedzenia Senatu.

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować państwu za uczestnictwo. Nie taję, że jestem w pewnym... Konkludując to spotkanie, zastanawiam się, czy niepokój śro-

dowisk psychiatrycznych o rangę dokumentu nie został nieco osłabiony wypowiedzią księdza Arkadiusza Nowaka, dotyczącą tego, że środowiska, które on reprezentuje, satysfakcjonowałyby rozporządzenie Rady Ministrów.

Czy po dyskusji nie zechciałby ksiądz zmodyfikować swojego poglądu? To jest moje pytanie, dlatego że...

(Prezes Zarządu Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej Arkadiusz Nowak: Mogę?)

Oczywiście, bardzo proszę.

**Prezes Zarządu Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
Arkadiusz Nowak:**

Panie Przewodniczący, ja nie muszę go modyfikować, ponieważ powiedziałem, że pierwotne oczekiwania środowisk pacjenckich rzeczywiście były takie, by dokument miał rangę ustawy. Aczkolwiek byliśmy wówczas świadomi tego, że jest to znacznie dłuższa droga i że jest ona w praktyce żmudna. Ale generalnie chodziło o to, aby w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w ogóle pojawił się zapis, który obligowałby rząd do utworzenia narodowego programu. A więc...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego jest zapis, który obligował ministra do przygotowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Obawiam się, że nacisk i presja środowisk powiązanych z reformą opieki psychiatrycznej wynika z pewnego doświadczenia. Po prostu istnieje poważna obawa, że – powiedzmy – to zawiśnie. I stąd pytanie, czy nie powinniście państwo przyrzeć się temu jeszcze raz i...

**Prezes Zarządu Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
Arkadiusz Nowak:**

Panie Przewodniczący, nie trzeba się przyglądać. Oczywiście, ja wycofuje to, co powiedziałem na początku. Jeżeli byłaby druga opcja, która dałaby szansę na ustawowe umocowanie programu, to byłoby idealnie. To byłoby najlepsze rozwiązanie. Jak rozumiem, optujemy za najlepszym rozwiązaniem, a w związku z tym...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator chciał coś powiedzieć. Bardzo proszę, ad vocem, jak rozumiem.

Senator Rafał Ślusarz:

Pan przewodniczący ubiera to bardzo subtelnie w słowa, ale to jest brak zaufania do Ministerstwa Zdrowia ze strony przewodniczącego komisji senackiej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Wesołość na sali)

Do protokołu.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ze...?)

Brak zaufania do ministra zdrowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie. Jako były minister zdrowia po prostu zdaję sobie sprawę z tego, że jednak wszelkie akty do poziomu Rady Ministrów mają inną rangę, gdy ta rada się zmienia. A rady ministrów zmieniają się nieco częściej i umocowania bywają... Popatrzcie choćby na los tego rządu, prawda? Mamy drugiego premiera z innymi troszeczkę preferencjami. Tak więc można powiedzieć, że wtedy też wykonawstwo aktów z poziomu ministra i Rady Ministrów jest bardziej płynne. Stąd z mojego doświadczenia rządowego wynika to, że to nie jest... Ja dostrzegam ogromną wolę i muszę powiedzieć, że biorąc pod uwagę tempo... Przecież w czerwcu byliśmy u pana ministra. Zobaczcie, że jednak w przez ten czas udało się zrobić wiele. Ja jestem bardzo wdzięczny, że te prace tak szybko postępują i to nie jest absolutnie... Twierdzą, że ministrowi bardzo by się przydało nasze zdecydowane wsparcie. Bo dla ministra też jest zdecydowanie lepiej, jeśli obszar, który on koordynuje, jest wysoko umocowany. A najwyższym umocowaniem jest, nie oszukujmy się, ustawa. Prawda, Panie Ministrze?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Grabowski:**

Ale, Panie Przewodniczący, mnie się wydaje, że lobby, jakie państwo reprezentujecie – to już mówię chyba niejako poza protokołem – jest olbrzymie. Szczerze powiem, że nawet nie wiedziałem, że wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia też jest psychiatrą. A skoro tak, to wydaje mi się, że lobby państwa jest absolutne i wręcz powinienem zaprotestować w imieniu innych specjalizacji, ponieważ nie wszystkie specjalności medyczne mają takie lobby, a żeby – że tak powiem – w tę stronę przeciągać... Przepraszam.

Wydaje mi się, że już zostało wykonanych bardzo dużo prac. Ja przeanalizuję, Panie Przewodniczący, czy to nie mogłaby być ranga ustawy. Obawiam się jednego: czy dotychczasowe prace legislacyjne, które po uzgodnieniach zewnętrznych doprowadziliśmy do komisji uzgodnieniowej, niestety, nie byłyby przekreślone. Tego nie wiem. Muszę porozmawiać z dyrektorem Puzoniem, który to na pewno wyjaśni. Gdyby tak było, to pewnie ksiądz Arkadiusz Nowak ma rację, że to by absolutnie przedłużyło proces, bo od nowa musielibyśmy procedować ze wszystkimi resortami. I wtedy należałoby się zastanowić, czy nie prościej byłoby już puścić... Bo w zasadzie stoimy dzisiaj przed dopuszczeniem programu do komitetu Rady Ministrów i Rady Ministrów. A wobec tego już w zasadzie problem rządowy byłby załatwiony i wpłynęłoby to pod obrady parlamentu. Jeśli natomiast by tak nie było, to narodowy program musielibyśmy – że tak powiem – puścić na osobną ścieżkę, co automatycznie wydłużyłoby proces.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Nie ma już zgłoszeń.

Zamykam tę część posiedzenia.

Bardzo dziękuję państwu za udział, za wsparcie poczynań Senatu. Trzymajcie, Państwo, kciuki, żeby jutrzejsza debata była – że tak powiem – konkluzyjna. Dziękuję panu ministrowi.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski: A ja dziękuję w imieniu resortu za wszystkie uwagi, które będą przeanalizowane.*)

Bardzo dziękuję.

Przystępujemy do punktu drugiego: sprawy różne.

Do senackiej Komisji Zdrowia napłynęło kilka pism, o których chciałbym państwa powiadomić.

Zacznijmy może od tego pisma, które jest od organizatorów VII Kongresu Medycyny Rodzinnej „Medycyna rodzinna – zdrowie na horyzoncie”. Jest prośba prezesa o definitywne zadeklarowanie się co do uczestnictwa w tym kongresie, bo pozostaje kwestia rezerwacji. Przypomnę, że jako komisja podjęliśmy takie zobowiązanie, że weźmiemy udział w tym kongresie, który odbędzie się w dniach 24–27 maja w Szczecinie. Przy czym dla nas najważniejszy byłby dzień pierwszy – 24 maja. Następne dni już nie są dla nas ważne. A więc jest prośba o to, żeby się zgłosić na ten kongres, dobrze? To pierwsza rzecz. Do pani Joasi?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, do sekretariatu.

Ja bym prosił, żebyśmy wzięli w tym udział, bo to jest ważny element porządkowania systemu. Jak rozumiem, wszyscy jedziemy, tak? Podtrzymujemy taką deklarację? Bardzo dziękuję.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Wiecie, Państwo, mam z dwóch izb lekarskich apel, kierowany do pana marszałka Borusewicza, przeciwko części nowelizacji dotyczącej ustawy o izbach lekarskich. Ponieważ my jeszcze nie mamy tej ustawy, tylko chciałbym państwa uprzedzić, że są takie rzeczy i że w pewnym momencie będziemy musieli się tym zająć.

I jeszcze jedna rzecz...

(*Głos z sali: Chodzi o wniesienie obligatoryjnego członkostwa, tak?*)

Tak. O ile ja wiem, o to chodzi. Co pewnie byśmy popierali.

I, proszę państwa, mam jeszcze informację prezesa Najwyższej Izby Kontroli dotyczącą kontrowersyjnej sprawy Laboratorium Frakcjonowania Osocza. Jest to protokół z kontroli NIK. On jest do wglądu w sekretariacie komisji. Ponieważ przyszły tylko trzy egzemplarze, więc bardzo proszę osoby zainteresowane o zapoznanie się z tym w sekretariacie.

I ostatnia rzecz, jaką mam, to jest, proszę państwa, otwarty list do mnie w sprawie odbioru społecznego aktualnych problemów przeszczepiania narządów i szpiku w Polsce, skierowany przez Polską Unię Medycyny Transplantacyjnej, a podpisany przez prezesa, profesora Wojciecha Rowińskiego. List ten mówi o tym, że po prostu załamała się tendencja transplantacyjna w Polsce, i apeluje o podjęcie natychmiastowych działań, mających na celu niedopuszczenie do zniszczenia w Polsce transplantacji jako metody leczenia. Brakuje narządów, coraz więcej szpitali boi się rozpoznawać śmierć mózgu i pobierać narządy.

Ja myślę, że moglibyśmy to poprzeć. Proponowałbym tego rodzaju stanowisko komisji, żeby poparcie dla lekarzy... Tylko myślę, w jakiej formie moglibyśmy to zro-

bić. Przeczytałem to dopiero dzisiaj. Tutaj jest tak: nierzetelne doniesienia prowadzą nie tylko do utraty zaufania pacjentów do lekarzy, ale również strachu przed poddaniem się zabiegowi transplantacji. A więc jest to delikatna sprawa. Proszę państwa, na razie chyba przyjmujemy to do wiadomości, prawda? A w stosownym czasie się tym zajmujemy.

Czy jeszcze są jakieś inne sprawy bieżące?

Czy wyjazd do Ciechocinka...?

(*Głos z sali:* Wszystko jest aktualne, a pogoda jest zamówiona... Oprócz merytorycznych zadań – pogoda jest zamówiona i są wszelakiego rodzaju trunki. Jeśli o nie chodzi, to gwarantuję, że nie ulegną popsuciu. A co do pogody...)

Czy są zapewnienia co do pogody?

(*Głos z sali:* ...to myślę, że też będzie i sobie jakoś poradzimy. Tak że teraz...)

(*Głos z sali:* Ale już podasz termin?)

(*Głos z sali:* Termin jest podany: 16–17 maja. Tak że wszystko jest aktualne.)

W maju wszystko jest aktualne. Dobrze.

(*Głos z sali:* Ja może na następne posiedzenie naszej komisji napiszę szczegółowy program, który wszyscy koledzy senatorowie otrzymają.)

Dziękuję bardzo.

A następne posiedzenie prawdopodobnie odbędzie się 24 kwietnia. Wtedy może też odniesiemy się do tego listu transplantologów, dobrze? Chciałbym tylko, żebyście państwo pomyśleli nad rodzajem... Może prezydium komisji przygotuje jakieś stanowisko w tej sprawie, prawda?

To tyle. Jeśli nie ma innych spraw, to bardzo dziękuję za udział i za ciekawą debatę.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 23)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851