

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI DO SPRAW DZIECI I MŁODZIEŻY (NR 46)

z dnia 4 grudnia 2025 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji do Spraw Dzieci i Młodzieży (nr 46)

4 grudnia 2025 r.

Komisja do Spraw Dzieci i Młodzieży, obradująca pod przewodnictwem poseł **Moniki Rosy (KO)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

- **odpowiedź ministra zdrowia na dezyderat nr 2 skierowany do Rady Ministrów w sprawie włączenia FASD (spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych) w rozwiązania legislacyjne w obszarach: ochrony zdrowia, edukacji i oświaty oraz polityki społecznej.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Kuba Sękowski** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jan Kosiński-Gortych** naczelnik Wydziału Wsparcia Edukacyjno-Specjalistycznego w Departamencie Edukacji Włączającej Ministerstwa Edukacji Narodowej, **Aneta Potocka** główny specjalista w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Barbara Olszowy** główny specjalista w Zespole Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznika Praw Dziecka, **Agnieszka Misztak** pełniąca obowiązki zastępcy dyrektora Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Brzózka** ekspert Mazowieckiego Związku Stowarzyszeń Abstynenckich, **Katarzyna Kabzińska** prezes zarządu Fundacji Adiuuame wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Szumowska** prezeska Fundacji Centrum Edukacji Niewidzialna, **Danuta Wawrowska** członkini Zespołu ds. Kobiet przy Naczelnej Radzie Adwokackiej oraz **Anna Krawczak** stały doradca Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Grażyna Kućmierowska**, **Magdalena Kowalska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Dzień dobry.

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie Komisji do Spraw Dzieci i Młodzieży.

Witam wszystkich państwa posłów.

Stwierdzam kworum.

Dzisiejszy porządek posiedzenia przewiduje rozpatrzenie odpowiedzi ministra zdrowia na dezyderat skierowany do Rady Ministrów w sprawie FASD, czyli spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. To była nasza kolejna Komisja w sprawie FASD i z racji tego, że chcieliśmy jako Komisja dostać bardziej wyczerpujące odpowiedzi, zdecydowaliśmy się na skierowanie dezyderatu. Obejmował on kilka aspektów: kwestie dotyczące prewencji reklamy alkoholu i przeciwdziałania uzależnieniom, kwestie dotyczące wsparcia dzieci, które z FASD się zderzają, jak również kwestie wsparcia w tym zakresie kobiet w ciąży.

Pozwolę więc sobie przywitać wszystkich państwa gości, poinformować, że w imieniu ministra zdrowia na dezyderat odpowie pan zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, Jakub Sękowski.

Bardzo dziękuję za udział wszystkim organizacjom, osobom zaangażowanym i od lat walczącym na rzecz dzieci oraz rodzicom, często zastępczym albo adopcyjnym, zmagającym się właśnie z FASD.

Pozwolę sobie oddać głos panu dyrektorowi Jakubowi Sękowskiemu. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Kuba Sękowski:

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, szanowni państwo – w szczególności zwracam się tutaj do państwa reprezentujących stronę społeczną – byliście tutaj w parlamencie już na kilku spotkaniach, posiedzeniach Komisji poświęconych temu tematowi. Uczestniczyłem w nich również i pewnie z tego powodu została mi powierzona rola przedstawienia odpowiedzi na dezyderat, który Komisja wystosowała do Rady Ministrów.

W tym miejscu proszę przyjąć przeprosiny ze strony członków kierownictwa politycznego resortu. Niestety, natłok wydarzeń, które mamy w chwili obecnej, również kwestia rządowego szczytu zdrowia, powodują, że członkowie kierownictwa po prostu muszą być też w innych miejscach. W związku z tym poproszono, abym to ja, dzięki uprzejmości pani przewodniczącej, mógł zaprezentować tę informację.

Proszę państwa, minister zdrowia przedstawił odpowiedź na wystosowany dezyderat, który znacząco wykraczał poza kwestie zadań i uprawnień ministra właściwego do spraw zdrowia. Z szacunku dla wszystkich zgromadzonych nie będę państwu odczytywał treści, która została rozesłana przy zaproszeniu na posiedzenie tej Komisji. Natomiast zwrócę uwagę na kilka najistotniejszych kwestii, najpierw dotyczących działań innych resortów, a na koniec, prawdopodobnie najszerzej, powiem o zakresie tego, co robimy w Ministerstwie Zdrowia.

Przed wszystkim to, co wybrzmiewało na posiedzeniach Komisji i co znalazło odzwierciedlenie w naszej odpowiedzi, to kwestia sytuacji dziecka z FASD w systemie oświaty. Tak naprawdę tam w największym stopniu, często w pierwszej kolejności, manifestują się jakieś problemy, ewentualnie spotykamy się z sytuacją, kiedy to postępowanie z dzieckiem nie jest dostosowane do jego potrzeb. Minister oświaty zwraca uwagę na to, że w obowiązujących już przepisach na każdym dyrektorze szkoły, przedszkola, placówki oświatowej, na każdym nauczycielu ciąży obowiązek dostosowania formy pracy ze wszystkimi dziećmi do ich indywidualnych potrzeb. Nawet więc w sytuacji, kiedy nie mamy do czynienia z tzw. dzieckiem orzeczeniowym, w stosunku do tego dziecka nie wydano orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, zwraca się uwagę na to, że obowiązkiem pedagoga, obowiązkiem kierującego daną jednostką systemu oświaty, ale w związku z tym też uprawnieniem osoby korzystającej z tej placówki, jest to, aby jej oferta była dostosowana do potrzeb, możliwości, warunków właściwości tego dziecka.

Natomiast oczywiście metodą sformalizowania tych szczególnych potrzeb jest orzekanie o potrzebie kształcenia specjalnego. Minister zwraca uwagę na to, iż fakt wydania tego orzeczenia w przypadku tak szerokiego zakresu problemów zdrowotnych, w jakich manifestuje się FASD, nie jest powiązany z jedną diagnozą. To nie diagnoza czyni potrzebę kształcenia specjalnego, natomiast jest elementem funkcjonalnej oceny osoby dziecka w jego funkcjonowaniu w szkole. To jest ten aspekt, który powinien przesądzać o tym, czy i jakie formy wsparcia na etapie kształcenia powinny być zaoferowane temu dziecku. Występuje tutaj istotna korelacja pomiędzy orzeczeniem poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego, z zaleceniami, które tam zostały sformułowane, a tymi rozwiązaniami, które zostały bardzo mocno zaakcentowane ostatnio przy nowelizacji ustawy o dochodach jednostek samorządu terytorialnego.

Tam jest powiedziane, w jaki sposób kształtowana jest wysokość środków przekazywanych na prowadzenie placówek oświatowych z budżetu centralnego, a mianowicie ten element zakresu wsparcia, który konkretnemu dziecku będzie potrzebny, warunkuje wysokość dawnej subwencji oświatowej. Czyli w tym momencie, zgodnie z tymi nowymi przepisami, pieniądze w większym stopniu powinny podążać za tymi dziećmi, które mają specjalne potrzeby.

Minister edukacji narodowej wskazuje, iż w chwili obecnej do powszechnego stosowania mają być wdrożone metody oceny stopnia potrzeb tego dziecka, które były wypracowywane w pilotażu, który MEN prowadziło, co powinno zaowocować wystandaryzowaniem pomocy, tak aby niezależnie od tego, w którym miejscu w kraju ten rodzaj wsparcia był tożsamy, nie dochodziło do jakichś nieuzasadnionych różnic w traktowaniu osób. Warto też zwrócić uwagę na to, że są także podejmowane działania kierowane do samych nauczycieli czy wychowawców w nauczaniu przedszkolnym, które mają im zapewnić pogłębienie wiedzy na temat wszelkich tak naprawdę problemów – wśród nich mieści się FASD, z którymi mierzą się dzieci – tak aby za pomocą prostych narzędzi przesiewowych potrafili dokonywać... Chodzi o skrining rozwoju małego dziecka czy też kwestionariusz szkolnej oceny funkcjonalnej. W tym zakresie na dedykowanym portalu wsparcie.gov.pl dla pracowników systemu oświaty są zaoferowane narzędzia, łącznie z ich omówieniem i sposobem wykorzystania.

Oczywiście nic nie stanie się bez faktycznej dostępności do zalecanych tym dzieciom form wsparcia. Warto zwrócić uwagę, w szczegółach jest to omówione w odpowiedzi na dezyderat, na postępujący wzrost liczby pedagogów, psychologów, logopedów, którzy pracują w szkołach. Czy jest to odpowiednia podaż tych specjalistów względem potrzeb? Zapewne jeszcze nie. Natomiast jest to na pewno krok w tym kierunku. Do tego celu wykorzystywany jest program

„Fundusze europejskie dla rozwoju społecznego”(FERS). Chodzi o to, aby większa liczba pedagogów uzyskiwała kwalifikacje w tym zakresie.

Takim elementem horyzontalnym, dotyczącym problemu dzieci z FASD i ich rodzin, poza funkcjonowaniem w systemie oświaty, jest ich późniejsze funkcjonowanie, rozpoznanie przez społeczeństwo, że mamy do czynienia z osobami niepełnosprawnymi. Tutaj minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, w chwili obecnej minister rodziny, pracy i polityki społecznej, zwraca uwagę na to, że znowu to nie pojedyncza diagnoza czy stan zdrowia li tylko przesądza o fakcie uznania danej osoby za osobę niepełnosprawną.

Jako Ministerstwo Zdrowia możemy temu wtórować, że tak samo zdrowie nie jest tylko kwestią zdrowia fizycznego, ale też zdrowia psychicznego i funkcjonowania w społeczeństwie. Taka ocena niepełnosprawności dokonywana jest w uwzględnieniu tych trzech wymiarów funkcjonowania człowieka. Ustawa o rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych akcentuje kwestie zdolności do pracy, ale oczywiście w przypadku osób małoletnich to nie ten aspekt, tylko to funkcjonowanie w społeczeństwie ma kluczowe znaczenie. Ale znowu warto jest podkreślić, że to nie jest li tylko kwestia postawionego rozpoznania. Ono stanowi pewien punkt wyjścia, natomiast ocena funkcjonowania powinna przesądzić o tym, czy dana osoba kwalifikuje się do stwierdzenia, że jest osobą niepełnosprawną, a w przypadku osoby powyżej 16. roku życia do określenia stopnia niepełnosprawności.

Poza samym orzeczeniem i stwierdzeniem, że dana osoba jest osobą niepełnosprawną, kluczowe znaczenie mają tak naprawdę wszystkie punkty orzeczenia o niepełnosprawności i stopień szczegółowości zaleceń, które znowu tam się znajdują, jeżeli chodzi o korzystanie z pomocy społecznej, wsparcie, dostosowanie miejsca zamieszkania, miejsca czy sposobu pobierania nauki. Znowu następuje istotna zmiana o charakterze horyzontalnym dotycząca orzekania o niepełnosprawności.

Wiemy, że te postępowania w ostatnim czasie były obciążone takim garbem liczby postępowań po pandemii, kiedy orzeczenia były wydłużone, a potem wszystkie wygasły i zespoły miejskie, powiatowe musiały orzekać w ogromnej liczbie przypadków. Te postępowania w chwili obecnej są bardzo usprawniane przez resort zabezpieczenia społecznego i nie powinny już stanowić takiego wąskiego gardła w uzyskaniu uznania potrzeb jednostki z niepełnosprawnościami.

Z perspektywy szerszego funkcjonowania, czy to w całym społeczeństwie, czy na poziomie rodziny, bardzo istotne znaczenie, w zasadzie rosnące w myśl nowych, kolejnych nowelizacji ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej, ma funkcjonowanie asystentów rodziny. Jest to oczywiście nadal resort pracy i polityki społecznej, ale w innym obszarze działania. W pracy asystentów, nawiązując też do wspomnianej przez panią przewodniczącą profilaktyki, akcentowana jest praca z rodzinami na tym etapie, gdzie używanie alkoholu może mieć miejsce również w ciąży. Temat konsumpcji alkoholu w okresie poprzedzającym ciążę, w okresie ciąży powinien być więc przez asystentów rodziny w chwili obecnej w znacznym stopniu, częściej poruszany. Taki jest trend ich kształcenia.

Ale też nie ma co ukrywać, duża część pracy z rodziną to jest praca z rodziną, w której problem już się zmanifestował. Urodziło się dziecko, którego matka w czasie ciąży ten alkohol konsumowała. I teraz musimy radzić sobie z tym problemem, wspierać tę rodzinę naturalną, czy też, co nie ulega wątpliwości i nie może być niedostrzegane, rodziny zastępcze, które sprawują opiekę nad tymi dziećmi. Nikt nie neguje tego, że gros dzieci z FASD jest wychowywanych w rodzinach zastępczych, jest w pieczy zastępczej. To jest nie tylko powszechnie wiadome, ale jest adresowane w działaniach służb społecznych.

Bardzo dobitnie, my też... To znaczy, ja też poczułem wyrażoną, niezaspokojoną potrzebę wsparcia tych rodzin podczas dwóch poprzednich posiedzeń Komisji. Z informacji przekazanych przez resort rodziny, pracy i polityki społecznej wynika, że ten głos jest słyszany. Działania, przy wykorzystaniu w dużej mierze środków europejskich, wiążą się z podnoszeniem kwalifikacji osób pracujących z rodzinami i samych tych rodzin, świadomości, jak rozpoznawać ten problem jak sobie z nim radzić.

Co istotne, w kontekście kolejnych zmian w przepisach regulujących funkcjonowanie pieczy zastępczej, minister rodziny, pracy i polityki społecznej postuluje przyznanie osobom z problemami zdrowotnymi przebywającymi w rzeczonyj pieczy zastępczej możliwości korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Stanowiłoby to pewne ułatwienie w dostępie do świadczeń bez konieczności uzyskiwania tzw. orzeczenia, na przykład z ustawy „Za życiem”. Zaznaczam, jest

to propozycja konsultowana. Wiąże się to jednak z określonymi obowiązkami i ograniczeniami, więc w tym zakresie jest to jedna z postulowanych metod działania.

Tyle, jeżeli chodzi o informacje o naszych działaniach współpracujących z nami resortów. Natomiast teraz pozwolę sobie, mam nadzieję, z większym spokojem i swobodą przejść do kwestii związanych z tym, co robimy, aby do problemu nie dochodziło. A do problemu nie będzie dochodziło, jeżeli nie będziemy mieli konsumpcji alkoholu na tym poziomie, na którym w chwili obecnej ona się w naszym kraju utrzymuje. W tym, niestety, właśnie wśród kobiet w okresie poprzedzającym ciążę czy w okresie ciąży.

Nie jest tajemnicą, jest to szeroko opisywane w mediach, że na poziomie rządowym trwają prace nad nowelizacją ustawy o wychowaniu w trzeźwości, przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Nie jest też żadnym zaskoczeniem dla państwa, że w Sejmie mamy w chwili obecnej trzy projekty poselskie i projekt senacki, które dotyczą tejże nowelizacji ustawy. Wszystkie to projekty, w których minister zdrowia jest organem wiodącym w opracowaniu stanowiska rządu. Projekty poselskie w różnym stopniu, ale generalnie rzecz biorąc, koncentrują się na takich ośmiu obszarach.

Obecny stan faktyczny pozwala na reklamę alkoholu. Zarówno projekt Ministerstwa Zdrowia, jak i niektóre projekty poselskie przewidują, że reklama alkoholu w tym zakresie, w jakim jest jeszcze dopuszczalna w naszym kraju, zostanie zdelegalizowana, nie będzie można tego robić. Oznaczać to też będzie uszczelnienie postępowania z produktami przypominającymi alkohol, nawiązującymi do alkoholu, czyli na przykład zakaz reklamy piwa typu 0%.

Chodzi o wydatne ograniczenie podaży alkoholu w miejscach, w których ani jego sprzedaż, ani jego konsumpcja nie wydaje się być w jakikolwiek sposób uzasadniona. To jest kwestia tego, aby w podmiotach leczniczych, na stacjach paliw alkohol nie był oferowany.

Wreszcie coś, co może z samym FASD ma najmniej wspólnego, chociaż niewykluczone, bo skala zjawiska nie jest do końca rozpoznana – chodzi o kwestię sprzedaży alkoholu na odległość. Możliwość sprzedaży alkoholu przez platformy, firmy wysyłkowe czy kurierskie stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego, ponieważ umożliwia obchodzenie tych wszystkich regulacji, z którymi funkcjonujemy już od dawna.

Tym, co już ma związek z ewentualnym oddziaływaniem na grupy ryzyka powstania płodowego zespołu alkoholowego, jest szersze przeznaczenie środków uzyskiwanych przez samorządy gminne z tzw. opłaty małpkowej. Mówimy o setkach milionów złotych rocznie. Jeżeli będą one mogły być wydatkowane również w kontekście zjawisk patologicznych, do których dochodzi w rodzinie, to będą na pewno wzmocnieniem systemu wsparcia rodziny w sytuacjach, w których dochodzi m.in. do konsumpcji alkoholu przez kobiety, które mogą być, są w ciąży.

Jest też kwestia powrotu do sprzedaży alkoholu, w tym również piwa i napojów alkoholowych o najmniejszej mocy, na wydzielonych stanowiskach, to jest zmniejszenie ekspozycji na ten alkohol w miejscach, gdzie on jest sprzedawany. Chodzi o koniec obecności stojaka czy skrzynki z piwem tuż przy kasie jako towaru pierwszej i ostatniej potrzeby, który klient, czekając w ogonku do kasy, ma sobie dołożyć do koszyka.

Wreszcie, i to jest bardzo istotne, jest też kwestia ograniczenia możliwości promocji cenowych związanych ze sprzedażą alkoholu. Obywatele nie powinni być zachęcani do zwiększania swojej konsumpcji, ewentualnie zwiększona konsumpcja nie powinna być premiowana niższą ceną jednostkową za ilość alkoholu, bo to generuje... Wszyscy jesteśmy czasami ofiarami tego, że jak można kupić więcej za mniej, to kupujemy więcej, niż nam jest potrzebne. I o ile w przypadku niektórych produktów jest to zakup na zapas, to w przypadku alkoholu nie bywa to zakup na zapas, to bywa niepotrzebnie zwiększona konsumpcja.

Mowa również o mnóstwie różnego rodzaju innych zmian porządkujących. Tak jak powiedziałem, mamy projekt, który jest na etapie uzgodnień międzyresortowych, mamy projekty poselskie, mamy też projekt senacki. Wszystkie one de facto zmierzają w tym samym kierunku, to znaczy do ograniczenia ekspozycji na alkohol, ograniczenia możliwości jego konsumpcji w takim układzie impulsywnym, nieprzemyślanym, a jednocześnie dania możliwości pracy z osobami, które borykają się z tym problemem. To jest taka jakby perspektywa zdrowia publicznego, czyli działanie na przyczyny przyczyn. Bardzo chcielibyśmy, aby to na tym właśnie było skoncentrowane nasze działanie, bo później musimy sobie radzić ze skutkami. A to, jak pokazuje przykład FASD, jest o wiele bardziej skomplikowane, ponieważ wymaga zaangażowania

nie tylko wielu resortów w wielu obszarach, ale też o wiele większych środków finansowych. To jest więc tak naprawdę nasza sztandarowa inicjatywa w tym zakresie.

Natomiast oczywiście dostrzegamy potrzeby istniejące tu i teraz. I znowu, rozpoczynając od kwestii profilaktycznej. Podniesiona, zresztą w toku Komisji, została kwestia opieki okołoporodowej, aby już na możliwie wczesnym etapie, czyli ciąży, oceniać ryzyko wystąpienia FASD czy innych problemów wynikających z postępowania czy po prostu obiektywnie z przebiegu ciąży. Zwracamy uwagę na to, że już w chwili obecnej standard opieki okołoporodowej przewiduje ocenę w pierwszych 10 tygodniach albo dokonanie oceny stosowania substancji psychoaktywnych przez kobietę podczas pierwszej wizyty, czyli powinno to być elementem pytania ze strony lekarza czy położnej już na etapie prowadzenia ciąży. Tutaj nie trzeba nikogo przekonywać, że nie chodzi o to, żeby specyficzne problemy, oczywiście w zależności od nasilenia FASD, pojawiły się i zostały zaopiekowane dopiero w przyszłości, tylko o to, żeby można było antycypować ich wystąpienie i podjąć działania możliwie szybko. Chodzi o to, by pracować też z samymi rodzicami, żeby to nie było – z perspektywy ich zdrowia psychicznego i przygotowania do opieki nad dzieckiem – pozostawione do czasu, kiedy problem się zmanifestuje.

W tym zakresie więc ostatnie zmiany w standardzie opieki okołoporodowej tylko wzmocniły taki profilaktyczny aspekt funkcjonowania opieki okołoporodowej. Natomiast trzeba zaznaczyć, że opieka okołoporodowa rozpoczyna się tak naprawdę w czasie ciąży, kiedy pewne ryzyka mogły już wystąpić. Dlatego tak istotne i mocno akcentowane przez nas będą kwestie ogólne dotyczące zmiany w ustawie o wychowaniu w trzeźwości. Nie będę powtarzał kwestii dotyczących dostępu do samych świadczeń, bo to już było przedmiotem naszej informacji, kiedy tylko minister zdrowia był wezwany do udziału. W odpowiedzi na dezyderat przedstawiliśmy pełniejszą i liczbowo bardziej kompletną informację dotyczącą zarówno skali, jak i zakresu udzielanych świadczeń.

Jedno, co mogę zaakcentować, to to, że faktem jest, że w chwili obecnej problem zarówno diagnostyki, jak i później postępowania terapeutycznego z dziećmi, z młodzieżą z FASD, a potem młodymi dorosłymi, którzy z tymi wszystkimi problemami wkraczają w dorosłe życie, nie jest skomasowany w ramach pojedynczych placówek. Mamy przekonanie, że opieka nad osobami z FASD powinna być skoordynowana z uwagi na ogromny zakres możliwych objawów, ich charakter. W przypadku sytuacji ochrony zdrowia, jaka jest teraz, bardzo trudno jest wyobrazić sobie sytuację, w której będzie możliwość wygospodarowania tak interdyscyplinarnych zasobów od psychiatrów, psychologów i terapeutów, po neurologów czy innych specjalności, aby zebrać ich pod jednym dachem.

W tym zakresie efekt, na którym nam wszystkim zależy, musimy uzyskiwać przez lepszą koordynację tego systemu. A tutaj nie tylko nadzieję, ale już tak naprawdę pewność w zakresie poprawy funkcjonowania przepływu informacji w systemie ochrony zdrowia dają postępy w zakresie – wiem, że szumnie brzmią słowa – rewitalizacji, digitalizacji informacji. Fakt ich gromadzenia, przetwarzania i przepływu w ochronie zdrowia stanowi naprawdę ogromne ułatwienie, którego braku, myślę, doświadczają wszyscy ci, którzy na co dzień muszą przenosić setki wyników badań, opisów, udzielonych konsultacji czy wydanych zaleceń między różnymi specjalistami i lekarzem POZ. Sam fakt możliwości skoordynowania tego procesu będzie już więc stanowił ogromne ułatwienie, zmniejszy obciążenia samych opiekunów czy młodych osób żyjących z FASD i pozwoli na uniknięcie ryzyka nieciągłości, niekompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Myślę, że to w tym momencie byłoby wszystko. Natomiast jesteśmy oczywiście, aby udzielić odpowiedzi w miarę możliwości na wszystkie pytania.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze.

Są też z nami przedstawiciele ministra rodziny, pracy i polityki społecznej oraz Ministerstwa Edukacji Narodowej, więc również do nich można kierować swoje pytania.

Pozwolę sobie otworzyć dyskusję.

Czy ktoś z państwa posłów chce zabrać głos na tym etapie? Można także później. Ktoś ze strony społecznej? Bardzo proszę.

Ekspert Mazowieckiego Związku Stowarzyszeń Abstynenckich Krzysztof Brzózka:

Dziękuję bardzo, Krzysztof Brzózka.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, w moim przekonaniu w całym systemie, o którym rozmawiamy – bo na temat FASD, jak sięgam pamięcią, aż tak zaawansowanych rozmów i chęci do pracy nie było – trzeba koniecznie zwrócić uwagę na jeden aspekt. Póki co nie słyszałem, żeby ktoś się tym zajął, a ja będąc szefem Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, nie byłem w stanie przebić się przez Ministerstwo Zdrowia z tym oczekiwaniem. Mianowicie chodzi mi o kształcenie medyków nie tylko co do choroby alkoholowej, bo to jest domena psychiatrów, to jest, powiedziałbym, opieka nad ludźmi najczęściej w ich schyłkowej części ich życia. Chodzi o kształcenie medyków w tym zakresie, w którym alkohol powoduje ogromne straty, przed tą częścią, powiedzmy sobie, uzależnienia i całą resztą.

Po pierwsze, chodzi o zjawiska, o wpływ alkoholu na prokreację i rozwój płodu. Te zjawiska są opisane na poziomie komórkowym, wobec tego ta wiedza dla medyków powinna być dostępna, powinna być tam szerzona. Tutaj mówimy o dzieciach z FASD i bardzo dobrze, ale medycy powinni mieć również świadomość zagrożeń związanych z wczesną inicjacją alkoholową. Medykom jest potrzebna kolosalna wiedza na temat tego, jaki wpływ ma alkohol na choroby somatyczne, dlatego że znaczna część przyczyn, znaczna część chorób somatycznych jest, powiedziałbym, leczona objawowo, z pominięciem z przyczyny. A warto powiedzieć, że alkohol ma wpływ na powstanie i rozwój blisko 200 rodzajów chorób, w tym onkologicznych. To wszystko jest opisane, powinno być znane szanownym medykom.

Istotny element – interakcja leków z alkoholem. To też powinno znaleźć się w tym kanonie kształcenia medyków i farmaceutów. Nie powinien to być drobny zapis, na przykład na leku psychotropowym „w okresie używania leku nie zaleca się spożywania alkoholu”. Nie ma „nie zaleca się”. Poza tym to jest informacja, której 99% pacjentów po prostu nie czyta.

PARPA prowadziła taką próbę kształcenia medyków na jednym z uniwersytetów, ale ta próba skończyła się smutno. Podejmowaliśmy ją dwa razy. Był przygotowany program, były prowadzone zajęcia. Oczywiście były to zajęcia fakultatywne, prowadzone przez psychologów, co było pewnym problemem dla uczelni medycznej. W związku z tym ten przedmiot fakultatywny się nie przyjął, zmarł śmiercią naturalną, mimo że zainteresowanie wśród studentów pierwszego i drugiego roku, szczególnie tematyką FASD, było naprawdę ogromne. Ten program jest dostępny w moim przekonaniu w annałach Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Można się oczywiście na nim oprzeć, jest szkielet, na którym można podjąć pracę. Najbardziej istotne jest to, żeby program dotyczący szkodliwości alkoholu, wpływu alkoholu na cały przebieg życia człowieka był dostępny dla studentów medycyny. Aby tak było, konieczne byłoby moim zdaniem wprowadzenie go do podstawowych zasad i wiedzy, którą uczelnie medyczne powinny przekazywać studentom. Nigdy mi się to nie udało, ponieważ Ministerstwo Zdrowia zwykle tłumaczyło, że ma ograniczony, i pewno ma ograniczony, wpływ na program, który przygotowują i prowadzą uczelnie medyczne, które mają w tym względzie dużą samodzielność.

Natomiast uważam, jestem głęboko przekonany, że tematyka alkoholu powinna być wprowadzona do tego kanonu, bo co by nie powiedzieć, to jest albo trzeci, albo drugi czynnik ryzyka chorób w przestrzeni publicznej, ryzyka chorób w naszym społeczeństwie. Śmiertelność, która w tej chwili gwałtownie rośnie w Polsce, w odróżnieniu od innych państw, daje powód do tego, żeby tematyką zająć się bardzo dokładnie. Tym bardziej że to jest zagadnienie z tematyki bezpieczeństwa państwa. Bo jeżeli 1/3 miejsc w szpitalach, przynajmniej w klinikach wewnętrznych, jest zajęta przez pacjentów, którzy wypili za dużo albo piją za długo, to w pewnych trudnych sytuacjach, które być może będą nieuniknione, powstanie pytanie, kogo leczyć? Czy tych, którzy mieli niebezpieczny kontakt z alkoholem, czy tych, których leczyć będzie trzeba?

Nie ukrywam, że liczę na ogromne wsparcie pana ministra Tomasza Maciejewskiego, który wtedy, kiedy był szefem Instytutu Matki i Dziecka, przyjął moje zaproszenie do pracy nad standardami diagnozy FASD. W moim przekonaniu jest najlepiej poinformowanym lekarzem w strukturach Ministerstwa Zdrowia co do tematyki alkoholowej. Naprawdę apeluję o to, ażeby do kanonu kształcenia medyków wprowadzić zagadnienia związane z alkoholem, ale w całej rozciągłości, bo alkohol może mieć wpływ, czy ma wpływ, na każdy etap życia czy leczenia pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Fundacji Adiuwame Katarzyna Kabzińska:

Katarzyna Kabzińska, Fundacja Adiuwame. Dzisiaj w towarzystwie syna, który jest najlepszym przykładem tego, jak bardzo system edukacji nie wspiera dzieci, młodych dorosłych z FASD.

Odnosząc się do prac Komisji i odpowiedzi, które były na dezyderat, z ostrożnym optymizmem przyjmujemy założenia dotyczące kwestii ograniczenia sprzedaży alkoholu i jego reklamy. Z tym samym ostrożnym optymizmem możemy przyjmować kwestię orzekania o niepełnosprawności w zakresie FASD. Ale nadal widzimy tzw. błędne koło, jeżeli chodzi o system edukacji i oświaty i wsparcia dzieci z FASD.

W odpowiedzi na dezyderat rzeczywiście przywołano obowiązujący stan prawny, natomiast nie byłoby tego dezyderatu, posiedzeń Komisji, gdyby ten stan prawny działał dobrze. On nie działa, nie działa absolutnie. Mój syn Tomasz, który jest ze mną, w szkole podstawowej przeszedł przez fikcyjne diagnozy dotyczące autyzmu, ADHD, mimo opinii z poradni specjalistycznych. Po pierwsze nie było woli uznawania tych opinii. Po drugie, nie było specjalistów, metod pracy, dostosowań, które mogłyby być skuteczne.

Powstaje więc pytanie, jeżeli ten system w państwa opinii jest i można go wykorzystać, to na kim ma spoczywać odpowiedzialność, żeby opinie poradni specjalistycznych były uznawane w szkołach, były stosowane? Trudno mi sobie wyobrazić, że rodzice dziecka z FASD w systemie edukacji wezmą na siebie egzekwowanie przestrzegania tych przepisów. W momencie, kiedy one nie będą bardziej precyzyjne, bardziej dokładne, bardziej wprost, będziemy krążyć w takim zakłętym kole. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję.

Pani doktor Anna Krawczak i później pani.

Stały doradca Komisji Anna Krawczak:

Dziękuję bardzo za głos.

Chciałabym wzmocnić to, co powiedziała przede mną pani Katarzyna Kabzińska. Chciałam też zauważyć, że bój, bo chyba inne słowo tutaj by nie pasowało, o to, żeby orzeczenia i wskazania z tytułu potrzeby specjalnego kształcenia dla dzieci szkolnych – odnoszę się oczywiście do systemu edukacji – były realistyczne i były adekwatne do potrzeb tych dzieci, jest bojem toczonym około 20 lat. Doświadczenie rodziców, których mieliście państwo okazję wysłuchać w trakcie poprzednich posiedzeń wokół FASD, jest jedną sprawą. W żaden sposób nie chciałabym go podważać, bo jest to doświadczenie ucieleśnione i w pewien sposób najważniejsze. To znaczy, jeżeli pacjent nam mówi, że go boli, to kim my jesteśmy jako lekarze, żeby podważać, że go boli? Natomiast te same diagnozy są powtarzane przez ekspertów powołanych w ramach KCPU. Czyli mamy tutaj nie dwugłos, tylko mamy jednogłosność, jeżeli chodzi o ekspertów, jeżeli chodzi o doświadczenia ekspertów.

Chciałabym się też odnieść do tego, co pojawiło się w odpowiedzi na dezyderat. Resort zdrowia zauważył m.in., że trudno określić, czy zgodnie z treścią dezyderatu proponowane rozwiązanie odciąży system opieki psychiatrycznej w Polsce. Chodziło o centra referencyjne, które byłyby tworzone na wzór centrów dla dzieci z ASD, czyli z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, ponieważ należą one także do cech FASD. Wymieniane są rozmaite skutki, włącznie z ADHD, z depresją.

Chciałam powiedzieć, że walczymy – z tego powodu właśnie chciałam nawiązać do wypowiedzi pani Kabzińskiej – o to, żeby u dzieci, które mają stwierdzone FASD i które całkiem dobrze funkcjonują jako małe dzieci, są objęte opieką, na przykład na poziomie domowym, na przykład na poziomie wczesnego wspomagania, nie pojawiły się tzw. zaburzenia wtórne. One się pojawiają wtedy, kiedy dziecko wejdzie w okres wczesnoszkolny, szkolny i nie pojawi się dodatkowe, kierowane precyzyjnie wsparcie, które nie będzie wsparciem udzielanym uczniowi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Oczywiście o tym, że praktyka zdobywania zaświadczeń tzw. na ASD jest powszechna, nie musimy państwu mówić, ale ona wynika z desperacji. Z tego, że rodzice dzieci, które są obciążone płodowym zespołem alkoholowym, desperacko szukają jakichkolwiek możliwości wsparcia swoich dzieci, żeby oszczędzić im tych zaburzeń wtórnych w późniejszych latach życia. Ale ta walka

kończy się sukcesem połowicznym. To znaczy bardzo często to orzeczenie jest uzyskiwane. Dziecko ma i zaświadczenie orzeczenia o niepełnosprawności, i wskazania z tytułu potrzeb specjalnego kształcenia, ale za cenę tego, że oddziaływania są niedobre. Są bowiem dobre do ucznia zaburzeniami ze spektrum autyzmu, a nie do ucznia, który ma kondycję związaną z FASD.

Chciałam jeszcze od siebie dodać jeden komentarz do tego, dlaczego tak bardzo od lat unikamy włączenia po prostu FASD w system orzecznictwa, również w zakresie rozporządzeń ministra edukacji. Oczywiście, że są to koszty. Natomiast koszty, które będziemy ponosić z tytułu zaburzeń – jak wiadomo, interwencja jest zawsze droższa od profilaktyki – są o wiele wyższe. Musimy sobie też, proszę państwa, zdać sprawę z tego, co jest jakoś tak niewypowiadalne. O ile etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu jest etiologią niejasną, a z całą pewnością niejednoczynnikową – myślę, że się o to nie kłócimy – o tyle etiologia FASD jest bardzo jasna. Jest to po prostu alkohol.

Alkohol w takim kraju jak Polska, zresztą we wszystkich krajach Europy, jest produktem, który można nabyć w sposób legalny. My trochę jako państwo, jako społeczeństwo zgadzamy się na taki układ, na takie rozwiązanie obyczajowe, kulturowe, polityczne, że alkohol jest dla osób pełnoletnich. Jest to substancja legalna, może być obrót handlowy tą substancją. W związku z tym godzimy się pośrednio na to, że skutkiem tego stanu rzeczy będzie przyrost albo będzie jakaś liczba narodzin dzieci z FASD, którym odpowiadamy, że obecnie przyjęte rozwiązania w systemie oświaty, w systemie ochrony zdrowia powinny w całości zaspokoić ich potrzeby, chociaż tak się nie dzieje. Kiedy od 20 lat zwracamy na to uwagę, za każdym razem otrzymujemy dosyć podobne odpowiedzi, choć prawdą jest, że widzimy progres. Z tym, co pan zreferował, nie sposób się nie zgodzić.

Natomiast pozwolę sobie wyrazić prośbę o to, żeby wreszcie ta batalia rodziców, ekspertów, osób związanych z FASD, a przede wszystkim samych osób dotkniętych tym zespołem zakończyła się sukcesem i te bardzo racjonalne oczekiwania zostały rozpoznane, dlatego że państwo również się przyczynia do skali tego problemu. A chcę powiedzieć, że jedynymi krajami, które nie borykają się z problemem FASD, są kraje Półwyspu Arabskiego, dlatego że obowiązuje tam szariat, myślę, że z powodów oczywistych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę.

Później pani Małgorzata Szumowska.

Główny specjalista w Zespole Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznika Praw Dziecka Barbara Olszowy:

Barbara Olszowy, Biuro Rzecznika Praw Dziecka.

Szanowna pani przewodnicząca, przede wszystkim chciałam w imieniu urzędu serdecznie podziękować za sformułowanie tego dezyderatu oraz za bardzo szczegółowe i wyczerpujące ujęcie potrzeb i wskazanie konkretnych rozwiązań.

Odnosząc się do odpowiedzi udzielonej na dezyderat, przede wszystkim bardzo optymistycznie postrzegamy kierunek planowanych zmian w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Tak, to jest ten kierunek, który oceniamy jako prawidłowy. Natomiast nie możemy zapominać o tym, że to jest ciągle na etapie projektu i pomysłu, a nie wiemy tak naprawdę, jaki ustawa przyjmie ostatecznie kształt. Myślę, że umiarkowany optymizm, o którym mówiła jedna z moich poprzedniczek, jest tu chyba dobrym określeniem. Aczkolwiek myślę, że skoro kilka tych projektów zawiera podobne, a wręcz identyczne zmiany, to trzymamy kciuki, żeby rzeczywiście było widać różnice.

Chciałabym też jeszcze odnieść się do odpowiedzi Ministerstwa Edukacji Narodowej. Wtóruję moim poprzedniczkom, nie możemy opierać się na tym, że mamy przepisy, które powinny działać, bo wiemy, że one nie działają. Zastanawiam się, czy Ministerstwo Edukacji Narodowej podjęło jakąś analizę przyczyn takiego stanu rzeczy. Nie sztuka stworzyć przepis, który będzie takim przepisem, który nie będzie funkcjonował w rzeczywistości, papier przyjmuje wszystko. Dlaczego to nie działa, to jest kwestia, którą należałoby podjąć. Wydaje mi się tak po prostu spontanicznie nawet, że indywidualna praca z uczniem o specyficznych potrzebach w przypadku 34-osobowej klasy jest rzeczą nie do zrealizowania. A myślę, że jest jeszcze wiele innych powodów.

Moje pierwsze pytanie do resortu edukacji jest więc takie: Czy podjęto analizę przyczyn, dlaczego obowiązujące przepisy, które wydają się właściwe, nie funkcjonują w rzeczywistości?

Druga rzecz. W odpowiedzi na dezyderat otrzymaliśmy informację, że środki finansowe przeznaczone przez samorządy na zabezpieczanie potrzeb osób ze specjalnymi potrzebami są adekwatne do czasu wynikającego z IPET, potrzebnego na pracę z daną osobą. Ale IPET sporządzamy, z tego, co rozumiem, wtedy gdy mamy orzeczenie. A FASD ciągle nie jest jedną z przyczyn, na podstawie której można takie orzeczenie w poradni psychologiczno-pedagogicznej wystawić. Nie uważam więc, żeby to była odpowiedź na nasze zapytanie, przepraszam, na zapytanie Komisji.

Bardzo pocieszający jest wzrost liczby nauczycieli specjalistów w szkołach. Z tabelki wynika, że rzeczywiście różnica jest istotna, tylko też mam pytanie o kwalifikacje osób zatrudnianych na stanowiskach psychologów w szkołach. Wiemy, że wyglądało to nieciekawie i dopuszczane były sytuacje zatrudniania na tych stanowiskach tak naprawdę osób bez kwalifikacji. Pytanie więc: Czy na tych stanowiskach zatrudnione zostały osoby, które rzeczywiście będą w stanie prowadzić pracę z uczniem o specjalnych potrzebach?

Jeszcze jedna, ostatnia rzecz, już kończę: Na jakim etapie w Ministerstwie Edukacji Narodowej są rozwiązania dotyczące wprowadzenia edukacji zdrowotnej jako przedmiotu obligatoryjnego? Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję za stanowisko BRPD.

Pani Małgorzata Szumowska. Bardzo proszę.

Prezeska Fundacji Centrum Edukacji Niewidzialna Małgorzata Szumowska:

Dzień dobry. Bardzo dziękuję za to posiedzenie.

Oczywiście temat jest bardzo ważny. Ja dziś chciałabym tylko podzielić się z państwem informacją o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli. To jest publikacja z marca tego roku.

W informacji o wynikach kontroli czytamy: „Wpływy z opłaty cukrowej i od alkoholu wydane niezgodnie z przeznaczeniem. Działania organów państwa w zakresie dysponowania środkami z opłaty cukrowej i opłat alkoholowych nie były realizowane rzetelnie i prawidłowo. Wpływy z obu źródeł – łącznie ponad 5 mld zł w latach 2021–2023 – zasiły budżet NFZ i w założeniu miały być dodatkowym wsparciem leczenia negatywnych skutków zdrowotnych spożywania napojów słodzonych i alkoholu. W rzeczywistości jednak miały charakter fiskalny i stały się kolejnym źródłem finansowania ogółu świadczeń, a nie konkretnych i celowanych działań zawartych w ustawie o zdrowiu publicznym oraz w ustawie o przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Co więcej, nie spowodowały realnego wzrostu wydatków na te działania”.

Oczywiście to jest dosyć długi raport. Z przyjemnością się podzielę, jeżeli będzie taka potrzeba. Ale to, co jest najważniejsze: „Prezes NFZ nie monitorował efektów działań finansowanych środkami pochodzącymi z przedmiotowych opłat ani efektów wprowadzania opłat z obu źródeł”. I tu może po prostu się zatrzymam.

Chciałabym zaapelować, zgłosić taką, myślę, palącą potrzebę. Kto, jak nie najbardziej poszkodowani, czyli dzieciaki, powinien otrzymywać pieniądze, które są dedykowane? I tyle. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję.

Pani mecenas Danuta Wawrowska, online z nami, bardzo proszę.

Członkini Zespołu ds. Kobiet przy Naczelnej Radzie Adwokackiej Danuta Wawrowska:

Dzień dobry.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni członkowie Komisji, szanowni goście, bardzo dziękuję za stanowisko, które zostało przesłane do pani przewodniczącej, z którym mieliśmy możliwość również się zapoznać. Podzielim zdanie osób, które się wypowiadały przede mną, że jest umiarkowanie optymistyczne.

Natomiast chciałabym zwrócić uwagę... Właściwie mam pytanie i do przedstawicieli resortu rodziny, i Ministerstwa Zdrowia. Mam nadzieję, że jest i będzie współpraca międzyresortowa w zakresie przyspieszenia procedur oraz diagnozowania i leczenia dzieci z FASD umieszczonych w pieczy zastępczej. Wszyscy mamy wiedzę, że 3% dzieci rodzi się w Polsce z FASD, z tego 5% dzieci jest w pieczy zastępczej, natomiast poradni psychologiczno-pedagogicznych w Polsce mamy niestety jedynie 606. Z informacji, którą otrzymaliśmy, wynika, że są prowadzone prace

mające na celu wprowadzenie obowiązku ustawowego, żeby te dzieci, zgodnie z naszymi sugestiami wyrażonymi w dezyderatach pani przewodniczącej Komisji, korzystały z pierwszeństwa dostępu do usług publicznej ochrony zdrowia, czyli poza kolejką.

Szanowni państwo, mam pytanie. Wszyscy wiemy, jak wyglądają procedury tworzenia i zmiany przepisów. Jest to okres bardzo długi, natomiast problem niewątpliwie jest palący. Czy rozważaliście państwo, a wiem, że jest taka możliwość, ażeby w ramach współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, które są organami prowadzącymi placówki służby zdrowia, wystąpić z taką propozycją, żeby w postaci porozumień lub innych formuł zapewne państwu znanym zapewnić rodzinom dzieci, które mają podejrzenie FASD, właśnie taką możliwość przyspieszenia procedury zdiagnozowania i leczenia dziecka? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś z państwa gości albo posłów chciałby jeszcze zabrać głos? Jeśli nie, to ja pozwolę sobie zabrać głos.

Szanowni państwo, ten dezyderat stworzyliśmy na Komisji właśnie dlatego, że od 20 lat rodzice dzieci z FASD, głównie rodzice zastępczy, zderzają się ze ścianą. Gdybyśmy mieli taką świadomość, że działają przepisy, które obecnie funkcjonują, to nie kierowalibyśmy tego dezyderatu do Rady Ministrów. Z bardzo dużą nadzieją przyjmuję kwestie dotyczące profilaktyki, czyli kwestie dotyczące ograniczenia promocji alkoholu, reklamy, prohibicji itd. To jest wszystko bardzo ważne, tylko że te dzieci z FASD są i będą, niezależnie nawet od tego, w jaki sposób ograniczymy promocję alkoholu i dostępność spożywania alkoholu. Problem dotyczący diagnozy, szkoły wciąż istnieje. Istnieje od 20 lat.

Przyjmując więc naprawdę z dużą nadzieją to, że we w miarę dużym konsensusie przeprowadzimy projekt dotyczący profilaktyki, to wciąż pozostaje, nie udzielono odpowiedzi na pytanie, co zrobić, żeby dzieci, a później również osoby dorosłe – z tego się nie wyrasta – które już są i zmagają się z chorobą, miały wsparcie. Niezmiennie więc poproszę Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej o to, bo widzę, że formuła Komisji w jakimś sensie w tym zakresie się wyczerpała, żebyśmy takie spotkanie z ministrami zrobili u państwa. Być może trzeba o tym jeszcze raz porozmawiać z rodzicami, z organizacjami, ekspertami. I jednak jeszcze raz poprosić o przemyślenie tego, dlaczego to nie działa i jak możemy sprawić, żeby działało. Rozumiem, że zaraz się pojawi argument, że będziemy mieć kolejne orzeczenia, kolejne diagnozy, kolejne choroby, które musimy orzekać, tylko że ten przypadek jest wyjątkowy. Skala dzieci, które zmagają się z problemami, niedostosowanie diagnozy, fakt, że najczęściej jednak z wyzwaniami zmagają się rodziny zastępcze – to wszystko jest po prostu wyjątkowe.

Nie mogę się, niestety, zgodzić na to, żebyśmy przeszli do porządku dziennego nad tym, że mamy przepisy, które nie działają. Pozwolę więc sobie wystosować prośby do ministerstw. Jest prośba o przekazanie im, że taka sytuacja będzie miała miejsce, żebyśmy takie spotkanie powtórzyli już jednak w ministerstwie, na łączonych spotkaniach z ministrami, dotyczące już może nie profilaktyki, tylko właśnie kwestii diagnozy, wsparcia dzieci i rodziców. O to będę bardzo państwa prosiła.

Proszę pana dyrektora także o kwestię odpowiedzi na pytanie dotyczące edukacji medyków, bo takie pytanie padło ze strony pana Krzysztofa Brzózki. Pozostaje jeszcze kwestia innych pytań. Pozwolę sobie zaproponować przyjęcie odpowiedzi na dezyderat z prośbą o to, żebyśmy takie spotkanie zorganizowali u państwa.

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, prośba zostanie oczywiście przekazana, nawet zanim państwo ją formalnie wystosujecie. Myślę, że jest to właściwa formuła nadania sprawie dalszego biegu. W szczególności dlatego, że pozwala doprecyzować, którymi obszarami powinniśmy się zająć i w zakresie jakiej współpracy.

Jeżeli chodzi o kształcenie medyków, powiem z własnego doświadczenia, będąc jednocześnie wykładowcą Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – taką nazwę nosi teraz uczelnia, która jest jednostką publiczną odpowiedzialną za kształcenie wszystkich w chwili obecnej zawodów medycznych na etapie szkolenia podyplomowego. Mam tam przyjemność prowadzić kursy m.in. z prawa medycznego, orzecznictwa lekarskiego. Muszę państwu powiedzieć jedną

rzecz, którą też można określić jako umiarkowanie pozytywną. Mianowicie, kiedy w kontekście kursów ze zdrowia publicznego, właśnie wspomnianego orzecznictwa lekarskiego, poruszamy kwestię alkoholu, alkoholizmu, rozpowszechnienia, korzystania z różnych substancji psychoaktywnych, w tym przede wszystkim z alkoholu w naszym społeczeństwie, widać, że nastąpiła drastyczna zmiana na przestrzeni ostatnich 20 lat. Na pytanie „Jaka ilość alkoholu jest OK?” nikt już nie daje się podpuścić i nie odpowiada, nie wskazuje żadnej ilości. Każdy pracownik systemu ochrony zdrowia, który teraz przechodzi przez cykl szkolenia specjalizacyjnego, potrafi bardzo precyzyjnie, jednym zdaniem odpowiedzieć: „Każda ilość alkoholu jest szkodliwa”.

Jeżeli więc chodzi o ten element, wydaje mi się, że ta zmiana, którą postuluje pan Brzózka, się dokonuje, to znaczy zmiana świadomości. Co oczywiście nie neguje tego, że generacyjnie albo intelektualnie u starszych przedstawicieli zawodów medycznych mogą pojawić się odpowiedzi niuansujące, bagatelizujące lub wręcz przyzwalające na konsumpcję alkoholu nawet przez kobiety w ciąży. Wszyscy znamy te mity i legendy, które krążą. Ale zapewniam państwa, to nie jest sytuacja dotycząca pracowników ochrony zdrowia, którzy teraz wchodzi do wykonywania zawodu. A przynajmniej ja takich nie spotkałem, a rocznie przez Szkołę Zdrowia Publicznego CMKP przewija się 8000 lekarzy i przedstawicieli innych zawodów w różnych specjalizacjach, trafiających do nas na te kursy.

Nie zmienia to sytuacji, że można dążyć do tego, aby *explicite* w programach specjalizacji, w programach kursów wyrazić potrzebę zaznaczania kwestii dotyczącej szkodliwego wpływu substancji psychoaktywnych na wszystkich etapach naszego życia.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Dziękuję.

Szanowni państwo, zamykam dyskusję. Komisja rozpatrzyła odpowiedź.

Bardzo przepraszam. Oczywiście, bardzo proszę.

Naczelnik Wydziału Wsparcia Edukacyjno-Specjalistycznego w Departamencie Edukacji Włączającej Ministerstwa Edukacji Narodowej Jan Kosiński-Gortych:

Jan Kosiński-Gortych z Ministerstwa Edukacji Narodowej. Zgłosiłem się dlatego, że zostały do nas, do ministerstwa, skierowane pytania. Myślę, że byłoby dobrze na nie odpowiedzieć. Jestem naczelnikiem wydziału w Departamencie Edukacji Włączającej.

Mówię o tym dlatego, że jedno z pytań, które padło, dotyczyło edukacji zdrowotnej. Muszę powiedzieć, że akurat mój departament nie zajmuje się edukacją zdrowotną, nie chciałbym więc też podać odpowiedzi, która kogoś wprowadziłaby w błąd. Gdyby była potrzebna jakaś bezpośrednia informacja z ministerstwa, to za to jest odpowiedzialny Departament Kształcenia Ogólnego, który bezpośrednio odpowiada za kwestie właśnie związane z tym przedmiotem.

Natomiast jeśli chodzi o pozostałe pytania, które się pojawiły, to może zacznę od tego, które sprowadzało się do tego, dlaczego przepisy nie działają, czy my prowadzimy jakieś analizy i mamy rozpoznanie w tym zakresie. Na drugą część tego pytania odpowiedź jest twierdząca. Prowadzimy analizy, mamy rozpoznania. Z naszych analiz i rozpoznań wynika, że nie ma jednej, prostej przyczyny, z racji tego, że w Polsce jest ponad 20 tys. szkół, razem z nauczycielami przed-szkolnymi zbliżamy się prawie do 900 tys. nauczycieli. Samo to pokazuje, że mamy do czynienia z bardzo zróżnicowaną grupą osób.

Tylko dla precyzji dodam, że to nie jest tak, że przepisy nie działają w ogóle i w każdym przypadku. Niestety zdarzają się przypadki, w których te przepisy albo nie tyle nie działają, co nie są stosowane zgodnie z ich intencją. Tak jak podkreślaliśmy w naszej odpowiedzi, istnieje szereg zobowiązań, przede wszystkim dyrektorów szkół i nauczycieli, do tego, żeby odpowiadali na wszystkie potrzeby, które występują u dzieci. Na nauczycielach i dyrektorach ciąży też obowiązek podnoszenia swoich kwalifikacji w tym zakresie, jeśli stwierdzają, że mają do czynienia z taką sytuacją, w której posiadane na dany moment kwalifikacje nie są wystarczające.

Jedną więc z odpowiedzi na to, dlaczego te przepisy nie działają, jest po prostu, nazwijmy to, czynnik ludzki. To jest jedna rzecz. Inną kwestią jest też odpowiedni nadzór nad wdrażaniem tych przepisów i nad tym, jak one działają czy nie działają. Kolejną rzeczą jest poziom przygotowania i umiejętności radzenia sobie z coraz bardziej złożonymi przypadkami, które się pojawiają. Bo jeśli chodzi o różnego rodzaju trudności i zaburzenia, to nie tylko FASD. Podobnego rodzaju pytania i sformułowania, kierowane pod adresem Ministerstwa Edukacji Narodowej, dotyczą

na przykład osób z ADHD. Tu trochę nawiążę do kolejnego pytania, na które zaraz też odpowiem, chodzi o kształcenie specjalne.

Jest też bardzo silnie formułowany postulat dotyczący tego, żeby ADHD stało się przesłanką do wydawania orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego, tak jak tutaj formułowany jest postulat, żeby to stało się w przypadku FASD. Proszę mi wierzyć, są też inne grupy, które również postulują, żeby dane schorzenie czy dane zaburzenie było podstawą do tego, żeby można było wydawać orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Jedną też z naszych diagnoz jest to, że nie zawsze rozpoznanie jest właściwe. To znaczy nie zawsze rozpoznanie potrzeb jest właściwe. Nie zawsze wydawane zalecenia są dostosowane do sytuacji dziecka.

W związku z tym rozwiązaniem powinno być właśnie ogólnosystemowe podejście do tego, żeby poprawić efektywność rozpoznania i poprawić efektywność udzielanego wsparcia. Dlatego też prowadzone są u nas, w ministerstwie, prace nad tym, żeby zmienić sposób rozpoznawania potrzeb. To, o czym pisaliśmy w odpowiedzi na dezyderat, to, co nazywamy oceną funkcjonalną, to jest podejście, w którym chcemy stworzyć takie rozwiązania, w których kluczowa będzie występująca potrzeba i odpowiedź na tę potrzebę, a niekoniecznie klasyfikowanie związane z występowaniem tego bądź innego rozpoznania medycznego.

To oczywiście nie oznacza, że rozpoznanie medyczne nie będzie brane pod uwagę. Ono oczywiście będzie brane pod uwagę, ale obecny system wygląda w ten sposób, że raczej dominujące jest... Utrwaliła się taka praktyka, że w pewnym stopniu ważniejsze jest rozpoznanie medyczne. To też wystarczająco często kończy się rzeczywiście sytuacjami, o których też była tutaj mowa, że osoby opiekujące się dzieckiem, w tym przypadku z FASD, szukając dla niego możliwości wsparcia i uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, uzyskują na przykład zaświadczenie o tym, że dziecko jest w spektrum autyzmu, co nie jest prawidłowym rozpoznaniem i prowadzi do konsekwencji, o których też była tutaj mowa.

Ale tak jak mówiłem, podobnego rodzaju głosy pojawiają się także w przypadku osób z ADHD. Dlatego też, biorąc to pod uwagę, plany, które mamy, idą w kierunku stworzenia takiego sposobu rozpoznawania, w ramach którego koncentrujemy się raczej na potrzebie dziecka i dążymy do tego, żeby jak najszybciej i jak najbliżej miejsca zamieszkania odpowiadać na potrzeby dziecka i rodziny, czasem bez konieczności posiadania odpowiedniego rozpoznania.

Kolejną przyczyną, którą też widzimy, kolejną odpowiedzią, dlaczego te przepisy nie działają, jest to, że w niektórych szkołach pojawia się pewnego rodzaju praktyka. Po pierwsze, pojawia się głos, że dopóki poradnia psychologiczno-pedagogiczna czegoś nie rozpozna, to szkoła nic nie zrobi, bo potrzebny jest dokument. Bo dopiero mając dokument, będzie można uzyskać jakieś dodatkowe finansowanie. To skądinąd jest praktyka, która nie jest zgodna z intencją obowiązujących przepisów, bo przepisy zobowiązują do nauczycieli do tego, żeby realizować pomoc psychologiczno-pedagogiczną także w ramach tzw. bieżącej pracy z uczniem. Czyli nauczyciel nie musi mieć informacji z poradni psychologiczno-pedagogicznej, jakiego rodzaju rozpoznanie jest u dziecka, żeby z tym dzieckiem pracować. Może korzystać z różnych innych metod przed tym rozpoznaniem. Żeby było jasne, są szkoły i przedszkola, które tak robią. To nie jest tak, że cały system jest sparaliżowany tymi praktykami. Natomiast niestety zdarzają się takie sytuacje. Kwestia więc tego, dlaczego te przepisy nie działają, tak jak mówiłem, jest złożona.

Może odpowiadając, co robimy, żeby one zaczęły działać. Przygotowujemy pakiet zmian prawnych, które wprowadzą tego rodzaju rozwiązania, o których mówiłem wcześniej. Jeden z kroków został już wykonany – jest to wprowadzenie obowiązku zatrudniania różnego rodzaju nauczycieli specjalistów w przedszkolach i szkołach. To zostało przywołane, te liczby rosną. Dane pokazane w dezyderacie są danymi z końca października. Obecnie mamy dane, bo aktualizujemy je codziennie, że ta liczba jest jeszcze większa.

Oczywiście pojawiło się też pytanie o kwalifikację osób zatrudnionych na stanowiskach psychologów. Robiliśmy analizę z udziałem wszystkich 16 kuratorów oświaty w tym zakresie i co do przypadków, które zostały nagłośnione, że ktoś z niekierunkowym wykształceniem albo nie wprost kierunkowym wykształceniem otrzymywał takie stanowisko, to są naprawdę przypadki jednostkowe, które się zdarzają. Oczywiście można zadawać pytania, ale to już jest kwestia bardziej indywidualna, na ile nawet ktoś z wykształceniem psychologicznym jest dobrym psychologiem, ale to już jest zupełnie inna dyskusja. Niemniej jednak takie sytuacje, gdzie z czysto formalnego punktu widzenia ktoś mógł uzyskać zatrudnienie

w szkole, naprawdę były jednostkowymi przypadkami. Robiliśmy taką analizę z kuratorami oświaty na kilka lat wstecz.

Pytanie dotyczące IPET, FASD i finansowania. W naszym wkładzie do dezyderatu czy do odpowiedzi na dezyderat właściwie wskazaliśmy niejako dwa źródła wsparcia, które mogą otrzymywać dzieci czy osoby z FASD. Jedno to jest właśnie pomoc psychologiczno-pedagogiczna, która powinna być świadczona bez żadnego dodatkowego rozpoznania. Natomiast podkreśliliśmy też to, że są takie osoby albo mogą być takie osoby, które mają FASD i na przykład spektrum autyzmu czy inną niepełnosprawność, która uprawnia je wtedy do uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Wtedy ich wsparcie jest finansowane z tych środków. Dla takich osób tworzy się IPET. Zostało to wskazane w odpowiedzi na dezyderat.

Rzeczywiście, zgodne ze stanem faktycznym, obecnie w katalogu przyczyn, dla których wydaje się orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, FASD się nie znajduje. Natomiast analizując różnego rodzaju dyskusje, podobne w swojej treści właśnie do tej, którą tutaj prowadzimy, naszą odpowiedzią jest to, żeby nie tworzyć katalogu czy właściwie nie posiadać katalogu dysfunkcji schorzeń niepełnosprawności, jakkolwiek byśmy tego nie nazwali, które uprawniają do otrzymania wsparcia, tylko stworzyć taki system rozpoznawania potrzeb, który będzie reagował na wszystkie potrzeby, które wystąpią. Również na te, które wystąpią w przyszłości, bo nie jest wykluczone, że za, nie wiem, trzy, cztery lata w związku z rosnącą świadomością i diagnostyką pojawią jakieś innego rodzaju schorzenia czy dysfunkcje, które też będą mogły stanowić podstawy do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Wydaje się więc, że bardziej trafnym rozwiązaniem będzie stworzenie takiego systemu, który będzie umiał reagować na obecnie występujące potrzeby, ale też na te, które pojawią się w przyszłości. Opowiadamy się za tym rozwiązaniem, które mówi o ocenie funkcjonalnej. To jest rozwiązanie, które idzie w kierunku zmian w tym, jak tworzona jest klasyfikacja ICD. Teraz wiemy, że wersja jedenasta jest inna od poprzedniej. Idzie w kierunku tego rodzaju rozpoznań i chcemy wpisywać się w te zmiany.

Tytułem uzupełnienia, kończąc tę odpowiedź, powiem jeszcze, że jeśli chodzi na przykład o kwestie związane z rozpoznawaniem, to w projekcie rozporządzenia, które dotyczy wydawania orzeczeń i opinii przez zespoły orzekające w poradniach psychologiczno-pedagogicznych... Projekt był w wakacje w konsultacjach społecznych i w ministerstwie pracujemy nad jego ukończeniem. Tam są już wprowadzane na przykład takie rozwiązania, które będą obligowały szkoły do tego, żeby wydawały opinię o funkcjonowaniu dziecka. Znacząco rozszerzony, właściwie stworzony – bo w obecnie obowiązującym rozporządzeniu jest tylko mowa o wydaniu opinii – jest katalog kwestii, które należy wziąć pod uwagę przy wydawaniu tej opinii. Wskazujemy nie tylko, że ta opinia ma być wydana, ale też to, na jakie aspekty ma ona zwracać uwagę. Tam jest wymieniony szereg obszarów funkcjonowania dziecka, które szkoła będzie musiała opisać.

Kolejną rzeczą jest też to, że uruchomiliśmy dostęp do narzędzi przesiewowych zgodnych z „Międzynarodową klasyfikacją funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia”. To są narzędzia, które pozwalają na to, żeby już u dzieci w wieku sześciu miesięcy rozpoznawać... Tylko znowu, to nie są narzędzia diagnostyczne, to są narzędzia przesiewowe, które odpowiednio stosowane pozwalają na to, żeby szybciej rozpoznawać problemy i szybciej móc reagować, zanim dziecko jeszcze trafi na przykład do przedszkola czy szkoły podstawowej, bo z tych narzędzi już teraz mogą korzystać na przykład opiekunowie w żłobkach. Pomimo tego, że jest to platforma prowadzona przez ministra edukacji, stworzyliśmy takie rozwiązania, które pozwalają na to, żeby każdy mógł skorzystać z tych narzędzi przesiewowych, skryningu rozwoju małego dziecka. One są przetestowane i opracowane we współpracy ze specjalistami, którzy zajmują się wczesną interwencją. Zachęcam więc też do tego, żeby korzystać. To jest wsparcie.gov.pl

Oczywiście, jeśli są jeszcze jakieś dodatkowe pytania, to możemy odpowiedzieć później. A jeśli chodzi o edukację zdrowotną, to prosiłbym, żeby się kontaktować bezpośrednio z kolegami z innego departamentu, bo nie chcę wprowadzić w błąd. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję za tak wyczerpującą odpowiedź.

Rzeczywiście już parę razy słyszeliśmy od pani minister Ziętki założenia reformy. I Oczywiście się z nimi zgadzamy, natomiast niezmiennie uważam, że spotkanie w Ministerstwie Edukacji Narodowej i powzięcie perspektywy rodziców i dzieci z FASD w tym zakresie jest

kluczowe, żeby znowu robiąc zmiany, nie pominąć dzieci, które zmagają się z tym problemem. Ta perspektywa wydaje się bardzo ważna także dla przyszłej zmiany.

Bardzo proszę.

Pełniąca obowiązki zastępcy dyrektora Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego Agnieszka Misztak:

Dzień dobry, moje nazwisko Agnieszka Misztak. Jestem z urzędu marszałkowskiego ze Szczecina. Przyjechaliśmy do państwa we czwórkę, ponieważ temat FASD bardzo nas interesuje.

Rozmawiamy tutaj o zmianach legislacyjnych, a tak naprawdę patrzymy na to, że rodzice, rodziny, które mają dzieci z FAS, osoby dorosłe, które funkcjonują z FAS, już teraz, tu i teraz potrzebują jakiegoś wsparcia. Wszystkie państwa projekty są na pewno bardzo dobre, ale mają jakąś perspektywę czasu.

Natomiast my tu i teraz, w naszym województwie zrobiliśmy realne wsparcie dla dzieci i osób z FAS. W naszym województwie jest prawie 5 tys. dzieci w pieczy zastępczej. Z analiz wynika, że 80% tych dzieci ma FAS albo innego rodzaju zaburzenia. Rodzice zastępczy mają problem z tym, żeby znaleźć wsparcie. W ramach środków unijnych stworzyliśmy przy współpracy z organizacją pozarządową, która od 20 lat działa w obszarze FAS, taki model, stworzyliśmy w powiatach centra diagnostyczno-terapeutyczne dla dzieci z FAS.

Przygotowaliśmy przestrzeń, to jest oczywiście tak naprawdę coś bardzo łatwego. Najważniejszą rzeczą jest to, że przygotowaliśmy w pięciu miejscach kadrę prawie 50 specjalistów, psychologów, pedagogów, logopedów, neurologopedów, fizjoterapeutów, również lekarzy, którzy przez okres trwania projektu, czyli prawie 4 lata, prowadzą darmową terapię dla dzieci z FAS praktycznie w każdym obszarze. Te dzieci wcześniej są dogłębnie diagnozowane, również przez przygotowanych do tego celu specjalistów. Diagnoza trwa prawie cztery miesiące. Jest przygotowana na bazie naszej fundacji „Tęcza Serc”, która od 20 lat zajmuje się diagnostyką dzieci z FAS, są w tym profesjonalistami. To jest w ramach środków unijnych, można więc znaleźć środki, szukać w tych przestrzeniach możliwości finansowania tego typu przedsięwzięć.

Dla nas najważniejszą rzeczą jest to, jak po okresie trwania projektu powiaty, w których te przestrzenie stworzyliśmy, utrzymają trwałość tego i będą prowadziły to dalej. Na chwilę obecną projekt jest skierowany tylko dla rodzin zastępczych i adopcyjnych, to są niestety warunki projektowe. Natomiast po zamknięciu projektu będzie on dostępny dla wszystkich rodziców, którzy potrzebują tego typu wsparcia. Zainteresowanie jest oczywiście ogromne. A fakt, że rodziny zastępcze razem ze swoimi dziećmi niekoniecznie muszą przyjechać do Szczecina, tylko mogą przyjechać do tych nowo stworzonych ośrodków na terenie województwa, gdzie mogą prowadzić darmową terapię, jest chyba realnym wsparciem. Możemy się tym podzielić, zachęcamy.

Z punktu widzenia naszej pracy i dotknięcia tego problemu od paru już lat na poziomie urzędu marszałkowskiego chcielibyśmy zwrócić uwagę na dwie rzeczy. Z naszego punktu widzenia naprawdę potrzebna jest wczesna diagnoza dzieci, ale naprawdę pod kątem FAS. Są na świecie państwa, chociażby Kanada, które prowadzą diagnozę właśnie pod kątem tego zaburzenia. Wczesne diagnozowanie dziecka i jego wczesne wsparcie to dla systemu polityki społecznej w przyszłości jest jak gdyby milowy krok. Z racji tego projektu mamy chyba, nie powiem, że duże, ale zebraliśmy jakieś doświadczenie, jak funkcjonują lub nie funkcjonują osoby dorosłe, które w swoim życiu nie trafiły we właściwym czasie, właściwym miejscu na terapię, diagnozę, albo osoby, które na przykład zostały zdiagnozowane bardzo późno, albo nie dało rady pomóc im w jakikolwiek sposób. Wiemy, jaki to jest koszt dla budżetu instytucji publicznych i tak naprawdę społeczeństwa w przeszłości. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję.

Bardzo chętnie jako Komisja zapoznamy się z tym, jak projekt funkcjonuje w województwie, po to też, żeby podzielić się z innymi województwami tymi praktykami, bo to jest dla nas kluczowe. Super, że to się dzieje w całym województwie, ale musi działać się w całej Polsce, dlatego też musimy powiedzieć o systemowych rozwiązaniach. Rzeczywiście są one tutaj i teraz, więc z przyjemnością wysłuchamy państwa, w jaki sposób funkcjonuje to w województwie zachodniopomorskim. Przekażemy to po prostu dalej z taką rekomendacją, że warto spróbować.

To jest trochę tak jak z pieczęcią zastępczą. Jeśli powiat chce organizować, to organizuje, a jeśli nie ma musu i systemu działającego w całej Polsce, to są powiaty, które to robią super i które nie robią tego w ogóle. Nie możemy sobie po prostu pozwolić na takie nierównomierne traktowanie dzieci, w zależności od tego, jak samorząd się postara. Państwo się postaraliście, a teraz musimy zadbać o całą Polskę.

Pani mecenas Wawrowska chciała jeszcze zabrać głos?

Członkini Zespołu ds. Kobiet przy NRA Danuta Wawrowska:

Cieszę się ogromnie, że przed chwilą wysłuchaliśmy przedstawicieli z samorządu województwa zachodniopomorskiego.

Zgłaszałam się w tzw. międzyczasie, dlatego że ta moja poprzednia wypowiedź i pytanie zarazem zmierzały właśnie do tego, żeby ewentualnie zastanowić się, pani przewodnicząca, czy nie zaprosić na spotkanie, które pani przewodnicząca planuje, przedstawicieli Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Uważam, że zapaść, która jest, i ten, jak tu pan był uprzejmy wskazać, czynnik ludzki, który powoduje, że przepisy nie są realizowane we właściwy sposób albo w ogóle nie są realizowane... Być może więc w tzw. czasie międzylegislacyjnym uda nam się właśnie wdrożyć narzędzia na podstawie porozumienia z samorządami, które, jak widać, naprawdę mają narzędzia i mają takie możliwości. Więc tylko taka moja sugestia, żeby zaprosić przedstawiciela Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego na te spotkania.

Przewodnicząca poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję, pani mecenas.

Szanowni państwo, o formule i konstrukcji spotkania poinformujemy po konsultacji z właściwymi ministerstwami. Z przyjemnością zaprosimy województwo zachodniopomorskie do przedstawienia i podzielenia się swoimi dobrymi praktykami.

A tymczasem patrzę na scenariusz posiedzenia, zamykam dyskusję.

Uznaję, że Komisja rozpatrzyła odpowiedź na dezyderat i zgłaszam wniosek o przyjęcie odpowiedzi na dezyderat. Jeśli nie słyszę sprzeciwu, a nie słyszę, uznaję, że Komisja przyjmuje powyższy wniosek.

Na tym wyczerpaliśmy porządek posiedzenia i zamykam.

Bardzo państwu dziękuję.