

X kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 107)**

z dnia 6 listopada 2025 r.



---

## Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 107)

6 listopada 2025 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

### – informację na temat dyżurów całodobowych w psychiatrii.

W posiedzeniu udział wzięli: **Tomasz Maciejewski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Monika Postek** starszy specjalista w Wydziale Wychowania i Opieki w Departamencie Wychowania i Profilaktyki Ministerstwa Edukacji Narodowej, **Ewa Górko** dyrektor Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Piotr Galecki** konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, **Anna Parnowska** kierownik Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Iwona Czabak** członek prezydium Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, **Natalia Fedoryszak-Kuśka** główny specjalista w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Mariola Łodzińska** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Monika Potocka** rzecznik praw lekarza w Naczelnej Izbie Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Marcin Karolewski** wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, **Anna Śremska** prezeska Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień, **Marian Zalejski** członek zarządu Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień, **Grażyna Cebula-Kubat** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy oraz **Sebastian Goncerz** przewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wraz ze współpracownikami, **Robert Madejek** pełnomocnik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ds. przeciwdziałania dyskryminacji, **Sebastian Stykowski** radca prawny Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, **Katarzyna Baranow** ekspert Związku Przedsiębiorców i Pracodawców, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Jolanta Januszczak** sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikiem, **Krzysztof Sikorski** dyrektor Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku, **Maciej Osuch** kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego SA w Tarnowskich Górach, **Mariusz Kaszubowski** dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku, **Irena Najbar** kierownik Dziennego Oddziału Psychiatrycznego Kraków – Nowa Huta Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie, **Urszula Szybowicz** prezes Fundacji Nie Widać Po Mnie, **Maja Herman** prezeska Polskiego Towarzystwa Mediów Medycznych, **Agnieszka Fudzińska** doradca Fundacji „Pokonaj raka”, **Konrad Rokita** specjalista psychiatra w Gabinetzie Myśli Pozytywnej, **Norbert Bolek** edukator w Fundacji eFkropka oraz **Dominika Flisek** koordynatorka narodowa ds. edukacji medycznej w Międzynarodowym Stowarzyszeniu Studentów Medycyny IFMSA-Poland.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Patrycja Wierzbicka** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

### Przewodnicząca poseł **Marta Golbik (KO)**:

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Witam członków Komisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia, przyjęty przez prezydium, przewiduje rozpatrzenie informacji na temat dyżurów całodobowych w psychiatrii. Przedstawiają: minister zdrowia oraz prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maila i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. Bardzo proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia o przedstawienie informacji.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Tomasz Maciejewski:**

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, psychiatria należy do priorytetowych specjalizacji w naszym kraju. W tej chwili od 2015 r. liczba miejsc szkoleniowych wzrosła z 1736 do 2386 miejsc, a liczba specjalistów w dziedzinie psychiatrii wzrosła z 3388 do 4341 specjalistów. Są to dane Naczelnej Izby Lekarskiej.

Zgodnie z analizami potrzeb zdrowotnych w najbliższych latach w psychiatrii nastąpi największy spośród wszystkich dziedzin medycyny wzrost liczby lekarzy specjalistów psychiatrii. Szacuje się, że do końca 2028 r. liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii zwiększy się o około 1 tys. specjalistów. Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych jest konieczne ze względu na specyfikę zaburzeń psychicznych oraz charakterystykę stanów klinicznych pacjentów wymagających hospitalizacji. Pacjenci przebywający w oddziałach psychiatrycznych znajdują się często w stanach ostrych choroby, które mogą wiązać się z nieobliczalnym jej przebiegiem, nagłym pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego, wystąpieniem zachowań samobójczych, agresywnych, a także zaostrzeń objawów psychotycznych lub depresyjnych, także w godzinach nocnych i wieczornych. Dostępność lekarza psychiatry przez całą dobę umożliwia bezzwłoczną ocenę stanu klinicznego pacjenta, modyfikację farmakoterapii, podjęcie interwencji kryzysowej oraz zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi medycznemu, co stanowi podstawowy standard opieki w psychiatrii stacjonarnej. Wynika też z zasad właściwego postępowania, zgodnie z regulacjami rozporządzenia ministra zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Jeżeli chodzi o wymagania wobec świadczeniodawców, to zgodnie z § 10 przywołanego rozporządzenia z 19 czerwca 2019 r. świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia w szpitalach w rozumieniu ustawy. Świadczenia gwarantowane, o których mowa, jeżeli chodzi o liczbę i kwalifikacje pracowników niezbędne do zapewnienia opieki lekarskiej, są ustalone przez świadczeniodawcę z uwzględnieniem: specyfiki intensywności opieki sprawowanej nad pacjentami, w tym z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej opieki nad pacjentami zgodnie z ustawami, liczby i bieżącego wykorzystania łóżek lub miejsc, wielkości warunków lokalowych, komórek organizacyjnych.

Wymagania co do personelu to jest 1 lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek, lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację pierwszego stopnia, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek, psycholog albo osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek, osoba prowadząca terapię zajęciową – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek. I oczywiście pielęgniarki.

Jednocześnie w art. 23 ustawy określono sposób przyjęcia do szpitala chorego psychicznie i dookreślono, że o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym zbadaniu osoby i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Zapewnienie realizacji postanowień ustawy niezbędne jest także w trakcie dyżuru, jak również konieczna jest możliwość uzyskania opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Ponadto wskazane wymagania w izbie przyjęć to: zapewnienie dostępu do podstawowej diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej, elektrofizjologicznej, zapewnienie konsultacji specjalistycznych. Dodatkowo, zgodnie z przepisami § 8 tegoż rozporządzenia, świadczenia gwarantowane stacjonarne, w tym w psychiatrycznej izbie przyjęć, obejmują m. in. niezbędne badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne.

Jeżeli chodzi o normy czasu pracowników podmiotów, są one określone w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wynika z niej oczywiście, że czas przeliczeniowy nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę, przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie 5-dniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym. Dostali państwo długą informację – wszystkie zapisy regulujące czas pracy pracowników medycznych i ich możliwości dyżurów medycznych, które mogą spełniać, sposoby udzielania odpoczynku i tym podobne całości rozwiązań. Ważne jest, że kierownik specjalizacji, w porozumieniu z kierownikiem podmiotu lub komórki organizacyjnej tego podmiotu, wyraża za pomocą systemu monitorowania kształcenia pracowników medycznych zgodę na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. Lekarz odbywający szkolenie

specjalizacyjne może nie wyrazić zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez rok od dnia rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, chyba że program danej specjalizacji przewiduje to prawo w innych zakresach czasowych.

I chyba chciałbym tyle, jeżeli chodzi o informację.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Poproszę teraz przedstawiciela NFZ. Informuję, że upoważnienie do przedstawienia informacji mam dla pani Anny Parnowskiej. Bardzo proszę.

**Kierownik Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Anna Parnowska:**

Dzień dobry. Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, z uwagi na fakt, że pan minister przedstawił informacje dotyczące podstaw prawnych, to ja już tę część pomnę. W uzupełnieniu chciałabym dodać, że wśród podmiotów leczniczych realizujących świadczenia stacjonarne w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień ponad 90 podmiotów stanowią centra zdrowia psychicznego. Środki przeznaczone na realizację świadczeń tożsamy co realizowane na zasadach ogólnych przez centra zdrowia psychicznego są o 92% wyższe. Zatem wydaje się, że są one wystarczające do pokrycia dyżurów na wystarczającym poziomie.

Zgodnie z przepisem § 13 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego czytamy, że centrum w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych zapewnia całodobowe udzielanie świadczeń przez lekarza we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń. Poza normami godzin pracy udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, przez lekarza jest zapewnione w ramach wyodrębnionego na potrzeby centrum dyżuru medycznego, przy czym przepis w ust. 1c mówi, że jeżeli podmiot prowadzi więcej niż jedno centrum, dopuszcza się poza normalnymi godzinami pracy udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, również przez lekarza albo lekarzy w ramach wyodrębnionego dyżuru na potrzeby tych centrów. Na jednego lekarza dyżurnego nie może przypadać więcej niż 150 świadczeniobiorców powyżej 18. roku życia, zamieszkałych na obszarze danych centrów. Po przeliczeniu uzyskujemy informację, że na 38 łóżek dyżur powinien pełnić przynajmniej 1 lekarz psychiatra. W Polsce obecnie w ogólnopsychiatrycznych szpitalach mamy łóżka, które powinniśmy obsadzić 267 etatami lekarskimi, aby zapewnić dyżur całodobowy.

Ponadto Centrala NFZ informuje, że zgodnie z ogólnymi warunkami umów, o których mowa w rozporządzeniu ministra zdrowia, świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z harmonogramem. Zarządzenie nr 18 z 2025 r. prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień wskazuje, że dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych sporządzany jest harmonogram w trybie tygodniowym. Oznacza to, że fundusz nie jest w posiadaniu szczegółowych informacji o czasie pracy personelu, w tym dyżurów medycznych wykonywanych poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych.

Powyższe dotyczy również umów o realizację programu pilotażowego, gdzie z uwagi na elastyczne potrzeby świadczeniodawców do zmiany harmonogramu pracy personelu również w warunkach stacjonarnych i całodobowych... Ten harmonogram jest średnietygodniowy, zatem NFZ systemowo nie posiada informacji imiennych, godzinowych co do czasu pełnienia dyżurów przez poszczególnych świadczeniodawców. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Teraz o możliwość przedstawienia prezentacji poprosiło Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Bardzo proszę.

**Przewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Sebastian Goncerz:**

Dzień dobry. Bardzo dziękuję zarówno za organizację Komisji, jak i możliwość zabrania głosu. Postaram się nie przedłużać i powiedzieć to możliwie szybko.

Ja nazywam się Sebastian Goncerz, jestem przewodniczącym Porozumienia Rezydentów OZZL i chcę pokrótce przedstawić wyniki raportu, który przygotowałem wspólnie z panem mec.

Tymińskim, obecnym obok mnie, i panią dr Anią Depukat, która niestety nie jest w stanie być obecna, ale wspiera nas duchem.

Problem dyżurów całodobowych w trakcie specjalizacji w psychiatrii zidentyfikowaliśmy dlatego, że przy poprzednich próbach analizy problemów pojawiających się w trakcie realizacji programu specjalizacji zidentyfikowaliśmy, że jest szczególnie problem właśnie w tej naszej nieszczęsnej psychiatrii. Stwierdziliśmy, że to przeanalizujemy. Na szybko postaviliśmy 27 pytań. W przeciągu trzech tygodni zebraliśmy 825 odpowiedzi, z czego 639 było od lekarzy w trakcie szkolenia, co stanowi jedną trzecią wszystkich lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w Polsce. Danych tych jest dużo i one są po prostu reprezentatywne dla całej populacji lekarzy w trakcie specjalizacji psychiatrycznej w kraju. Metodologia jest dokładnie opisana w raporcie, który jest upubliczniony na naszej stronie, gdzie są szczegóły co do tego, jak zabezpieczyliśmy te odpowiedzi, tak żeby na przykład nie było duplikatów czy coś takiego.

Przechodząc dalej, początek dyżurów. Co do zasady one powinny mieć miejsce po pierwszym roku. Widzimy na przykład to, że tylko jedna trzecia lekarzy w trakcie specjalizacji rozpoczyna dyżury całodobowe po pierwszym roku. Zdecydowana większość rozpoczyna je wcześniej, a niektórzy nawet incydentalnie w pierwszym miesiącu specjalizacji. Ponadto jeszcze powinniśmy realizować tzw. dyżury towarzyszące, czyli takie dyżury krótsze, pięciogodzinne pod opieką lekarza specjalisty. Te realizuje 80% lekarzy w takiej specjalizacji. Nie jest aż tak źle, ale mogłoby być lepiej.

Przechodzimy do większego problemu, czyli tego, że w trakcie realizacji naszego programu specjalizacji powinniśmy odbywać go pod nadzorem i opieką specjalisty. Zawsze powinniśmy mieć możliwość konsultacji z tymże specjalistą. Okazuje się, że jedna piąta z nas nigdy nie ma możliwości konsultacji z lekarzem specjalistą podczas swojego dyżuru. Jeszcze zadaliśmy pytanie o możliwość organizacji dyżurów telefonicznych, czyli tego, jak często jest możliwość kontaktu po prostu z lekarzem specjalistą przez telefon. Niestety jedna trzecia nigdy nie ma możliwości kontaktu z lekarzem specjalistą przez telefon albo dlatego że nie ma zorganizowanych grafików dyżurów telefonicznych, albo dlatego że one są w jakiś różny sposób niesfunkcjonujące.

Ale przechodzę, że tak powiem, do takiej najważniejszej, najbardziej kluczowej rzeczy. Bardzo bym chciał, żeby wybrzmiało z tego raportu, jakie jest obciążenie liczbą pacjentów pod opieką pojedynczego lekarza. Okazuje się, że tylko 3% lekarzy w trakcie specjalizacji ma pod opieką jeden oddział czy jedną jednostkę podczas swojej pracy na dyżurze całodobowym, a w większości przypadków jest to po prostu znacznie większa liczba oddziałów, sięgająca nawet ponad 10 jednostek w 10% przypadków. Jest to sytuacja dramatyczna, bo takie jednostki potrafią być rozłożone na terenie szpitala między różnymi pawilonami, oddalone nawet o kilkaset metrów. W sytuacji, kiedy jeden lekarz ma kilka takich oddziałów pod swoją opieką, to może nie być w stanie zainterweniować we wszystkich miejscach jednocześnie.

Podobnie ma się sytuacja z liczbą pacjentów, gdzie poniżej 50 pacjentów ma jedynie 15% z nas, a 21% ma ich powyżej 300 pod swoją opieką. Jest to sytuacja skrajna. Uważam, że jest to sytuacja po prostu stanowiąca zagrożenie dla pacjentów przy takiej jakości opieki. Zwyczajnie żaden człowiek, niezależnie od swoich zdolności, nie jest w stanie zabezpieczyć 300 osób w sposób jednoznaczny. Nie jest w stanie zadbać o to, żeby w przypadku dwóch stanów nagłych być w stanie zabezpieczyć dwie osoby jednocześnie, a ryzyko dwóch stanów nagłych w przypadku takiej liczby pacjentów jest po prostu wysokie.

To, co chcę powiedzieć i to, co jest rozpisane w raporcie, to to, że w psychiatrii stosujemy tzw. przymus bezpośredni, czyli w sytuacji, kiedy pacjent w jakiś sposób stwarza zagrożenie dla siebie lub innych, to na przykład stosujemy unieruchomienie, czyli kolokwialnie mówiąc, zapinamy pacjenta w pasy. Wynika z badań naukowych, że im więcej jest pacjentów pod opieką jednego lekarza, tym częściej taki przymus jest stosowany. I teraz, o co chodzi? Jasne, że kiedy ten przymus jest nadużywany dlatego, że nie ma dostatecznej liczby pacjentów, jest po prostu sytuacją również pewnego złamania praw pacjenta. To należy mieć w pamięci.

Podzielię się taką refleksją, że w ramach szkolenia z przymusu bezpośredniego miałem wątpliwą przyjemność być zapinany w pasy czterokończynowe, doświadczyć po prostu tego. Uważam osobiście, że każda osoba, która taki przymus stosuje, powinna tego doświadczyć, bo pozwala to naprawdę otrzymać refleksję, że jest to coś, co czasem musimy zastosować, ale powinniśmy to ograniczać do minimum. W ramach programu specjalizacji powinniśmy odbywać dyżury na oddziałach ogólnopsychiatrycznych, tymczasem 90% z nas ich nie odbywa na oddziałach ogólnopsychiatrycznych.

Mam taki szybki eksperyment w ramach przerywnika. Proszę spojrzeć i proszę znaleźć lekarza na tym obrazku. Dziękuję, pani poseł. Widzę, że szybko jednak poszło. Dla tych, którzy jeszcze go nie znaleźli, właśnie go wyświetlam tutaj. To ma tak zaprezentować troszeczkę, że niestety nie jest to takie proste i skoro ciężko go czasem tam znaleźć, to może jednak sytuacja jest poważniejsza, niż wynika z samych statystyk. Dwie trzecie ankietowanych nie ma możliwości monitorowania pacjenta z pomocą kardiomonitora.

Opinie – poza kwestią danych kluczowe jest to, jak ci lekarze odczuwają problem. Co czwarta osoba uważa, że rozpoczęła dyżury zbyt wcześnie, co trzecia czuła się do nich przymuszona, dwie trzecie uważa, że dyżuruje w zbyt wielu jednostkach jednocześnie, połowa nie czuje, by wsparcie specjalisty podczas pierwszych dyżurów było wystarczające, tylko połowa czuje, że dyżury w ich placówkach to dobra metoda podnoszenia wiedzy. 80% z nich uważa, że organizacja pracy nie zapewnia im bezpieczeństwa, 70% uważa, że ich pacjenci są zagrożeni.

Ten slajd, proszę państwa, jest kluczowy, bo chcę podkreślić – celem tych wszystkich danych, tego wszystkiego, co mu prezentujemy, jest pokazanie tego, że mamy po prostu problem z bezpieczeństwem i jakością opieki nad pacjentem w trakcie dyżurów całodobowych w psychiatrii.

Trochę przyspieszając – sytuacja, w której rezydent na drugim roku specjalizacji ma pod sobą 90 pacjentów, izbę przyjęć i nie ma specjalisty... Sytuacja, w której jest jeden lekarz na 700 pacjentów... Docierają do mnie informacje o takich sytuacjach, kiedy jest 650 pacjentów, 600 pacjentów. Takich szpitali nie jest mało i na pewno należałoby zidentyfikować dokładnie i zweryfikować to, dlaczego akurat tam są takie skrajności.

Długi czas oczekiwania na wyniki badań, brak dostępu do badań laboratoryjnych, brak badań obrazowych... Sytuacja, w której na terenie izby przyjęć jest dwóch sanitariuszy, na terenie całego szpitala jest jeden czy dwóch rezydentów i po dwie pielęgniarki na oddziale – to jest kluczowe również dla kwestii przymusu bezpośredniego, bo jak jakiś pacjent się pobudzi, to nie ma kto go uspokoić, powiedziałbym, jeszcze przed reakcją wymagającą przymusu bezpośredniego. Jak są dwie pielęgniarki na oddziale same, to zanim dobiegną ci dwaj funkcjonariusze czy lekarz, to któraś z nich może stracić zęby na przykład, mówiąc dosadnie. Takie sytuacje mają miejsce. Nie koloryzuj.

Kwestia braku specjalistów. Są rezydenci przyjmujący na przykład dzieci na izbie przyjęć i obsługujący również, poza oddziałami psychiatrii dorosłych, oddziały psychiatrii dzieci. Uważam, że nie jest to zgodne z programem specjalizacji.

Szybko przeleć, ale chodzi o to, że na poczucie niebezpieczeństwa, a co za tym idzie poczucie zagrożenia pacjentów, w naszej opinii wpływa szereg rzeczy. Widać, że te wszystkie rzeczy są istotne statystycznie w wykazanym badaniu. Im mniej pacjentów pod opieką jednego lekarza, tym jest bezpieczniej. Im mniej oddziałów pod opieką jednego lekarza, tym jest bezpieczniej. Im mniej jest pacjentów na pielęgniarkę, tym jest większe poczucie bezpieczeństwa. Jeśli jest wsparcie specjalisty, to ci lekarze czują się bezpieczniej. Jeśli nie czują się zmuszeni do dyżurów, to czują się bezpieczniej. Jeśli są organizowane dyżury telefoniczne, to czują się bezpieczniej. Jeśli jest kardiomonitor, czują się bezpieczniej.

Tu liczba oddziałów, jaką lekarze uważają za akceptowalną pod ich jednostką. Osoby, które mają powyżej pięciu, skrajnie rzadko uważają, że to jest sytuacja prawidłowa.

Wnioski są takie, że niestety 9 na 10 dyżurów odbywa się niezgodnie z programem specjalizacji. W trakcie dyżuru dochodzi do licznych nieprawidłowości organizacyjnych, a opieka lekarska na wielu oddziałach jest fikcyjna. Mówię to niestety bez zawahania, ponieważ w sytuacji, kiedy 1 lekarz ma 300 pacjentów pod swoją opieką, nie jest w stanie zapewnić realnej, niefikcyjnej opieki lekarskiej.

Nasze rekomendacje są takie... To jest tak skrótowo, ale takie są w raporcie: maksymalnie 100 pacjentów i 1 oddział ostroprzyjęciowy na jednego lekarza w trakcie specjalizacji, obecność lekarza specjalisty na dyżurze lub dyżur telefoniczny z obowiązkiem przyjazdu, dostęp do badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych przez całą dobę i konieczność dokładnej kontroli warunków lokalnych w szpitalach. Generalnie to jest ta prezentacja.

Na sam koniec jeszcze chcę powiedzieć kluczową rzecz. Cały ten raport, co chcę, żeby wybrzmiało, żeby każdy, kto tutaj jest, to usłyszał, nie ma na celu generować konfliktu z żadną grupą. Ten raport nie ma na celu nikogo atakować, ani ministerstwa, ani szpitali, ani nikogo. Nie ma na celu wywołać polowania na czarownice. Ten raport ma na celu wskazać i zidentyfikować problem, którym jest zagrożenie pacjentów na dyżurach całodobowych w psychiatrii i systemowa dyskryminacja

pacjenta psychiatrycznego. Jedynym celem tego raportu jest rozwiązanie tego problemu i poprawa bezpieczeństwa pacjenta. Z tego miejsca bardzo dziękuję państwu.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Bardzo dziękuję.

Otwieram dyskusję. Pierwsza zgłosiła się posłanka Zawisza.

**Poseł Marcelina Zawisza (Razem):**

Ja miałam tylko prośbę, żeby najpierw dopuścić do głosu stronę społeczną, bo wydaje mi się to zasadne, żebyśmy dzisiaj, jako Komisja, wysłuchali osób, które powinny jednak w pierwszej kolejności potwierdzić – mam wrażenie – te słowa, które przed chwilą padły o tym, z jakimi trudnościami się mierzą, a dopiero później dopuścić posłów i posłanki. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Pani poseł, nie wiem, czy pani zauważyła, ale dokładnie właśnie w tym celu została przed chwilą zaprezentowana prezentacja przez PR OZZL. Też na wniosek strony społecznej jest dzisiejsza Komisja, więc myślę, że możemy przejść do dalszych pytań.

Pan poseł Hoc, a potem oczywiście oddam głos stronie społecznej w celu zadania pytań.

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Ja też poniekąd bym przychylił się do głosu pani poseł, ale jeśli pani przewodnicząca tak decyduje, to też trzeba to uszanować.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Mam wrażenie, że państwo nie słuchali przed chwilą prezentacji.

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Słuchaliśmy bardzo dokładnie.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

OK. To bardzo proszę przejść do pytań.

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Ta końcowa konstatacja pana doktora w aspekcie, że nie trzeba wywoływać żadnych konfliktów i polowania na czarownicę... Ale ten raport jest bardzo krzyczący, wręcz szokujący.

Trzeba bardzo ostro interweniować. Jako lekarz nie wyobrażam sobie, żeby 1 lekarz w 20% przypadków miał pod opieką 300 pacjentów. To jest po prostu coś niebywałego, coś niemożliwego. To jest jawna dyskryminacja tej dyscypliny medycyny. Szczerze mówiąc, aż trudno w to uwierzyć. Natomiast jeśli to jest fakt i prawda, to szczerze mówiąc, dyskusja niewiele wniesie, tylko od razu trzeba skierować ostre i agresywne wręcz pytanie albo apel czy żądanie do MZ, żeby natychmiast tę sytuację uporządkować. To jest nie tylko kwestia bezpieczeństwa i jakości świadczonych usług, bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy, ale to jest coś niewyobrażalnego.

Prośba o to, żeby był jeszcze specjalista nadzorujący, to jest po prostu warunek *sine qua non* każdego lekarza rezydenta. Nie mieści mi się w głowie, że takiego czegoś nie ma. Prośba o kardiomonitor? To powinno być na każdym piętrze czy oddziale, nie mówiąc już na pewno o przenośnym defibrylatorze zewnętrznym łącznie z asystentem RKO. Więc to coś niebywałego.

Jeśli to jest prawda, jeśli tak jest, to trzeba zdecydowanych kroków. Można mówić naprawdę bardzo wiele. Natomiast od razu pytam, proszę, apeluję i żądam jednoznacznie i zdecydowanej odpowiedzi od pana ministra czy też dyrekcji NFZ, że takie działania będą natychmiast podjęte i ta sytuacja zostanie uporządkowana, za miesiąc albo za dwa miesiące zwołamy ponownie tę Komisję i MZ przedstawi kwestię uporządkowania, a może nawet ustawy czy systemowego rozwiązania. Tak dalej nie może być. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Bardzo dziękuję.

Panie pośle, ja się z panem zgadzam. Zresztą muszę powiedzieć, że jako osoba, która akurat kwestią zdrowia psychicznego i psychiatrii zajmuje się od lat, apelowałam wiele razy za państwa rządów. Żałuję, że wtedy mnie pan nie poparł. Myślę, że w końcu będziemy mogli coś zrobić

razem, bo wiemy doskonale, że akurat ta przestrzeń psychiatrii od lat wymaga większego zainteresowania.

Pani przewodnicząca Sójka, bardzo proszę.

**Poseł Katarzyna Sójka (PiS):**

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Dzień dobry wszystkim. Ja tylko krótko, bo oczywiście mam wrażenie, że nikt nie ma wątpliwości co do istoty tego problemu, który został przedstawiony przez pana doktora. Myślę, że to nie jest jedyny obszar w ochronie zdrowia, który ma podobne problemy, bo tych oddziałów i specjalizacji jest pewnie więcej.

Pytanie główne, panie doktorze, pewnie macie jakieś pomysły, ale jak osiągnąć cel tych rekomendacji? W sensie jakie narzędzia? Co zrobić, żeby po prostu było lepiej, by tych problemów nie było? Jeżeli tam chodzi o monitory czy sprzęt, to my to wiemy. Potrzebne są pieniądze, pewnie też dobre zarządzanie i wygospodarowanie środków, żeby wyposażyć oddziały w odpowiedni, dostępny sprzęt. Ale jak spowodować, żeby było bezpieczniej? Myślę, że nikt nie ma wątpliwości, że jest to zagrożenie dla pacjentów, jeśli takie sytuacje się pojawiają, ale również dla lekarzy, bo każdy chce pracować w komfortowych warunkach.

Jakie są propozycje? Nie wiem, odwrócenie piramidy, mniej oddziałów, więcej działania pozaoddziałowego i więcej lekarzy – jak to zrobić? Czy pieniądze są potrzebne, czy można to innymi jakimiś sytuacjami zrobić? Co zrobić, żeby to zabezpieczyć? Bo pewnie macie państwo jakieś pomysły i na pewno jesteście w stanie coś zasugerować.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Przewodnicząca Gelert.

**Poseł Elżbieta Gelert (KO):**

Dziękuję bardzo.

Myślę, że na pewno trzeba dyskutować nie tylko z MZ, ale i z konsultantami. Przecież każde województwo ma konsultanta ds. psychiatrii, jest również krajowy konsultant. Myślę, że takie sprawy, jakie państwo poruszacie, na przykład brak kardiomonitora, to są typowe sprawy organizacyjne danego szpitala. To właściwie dyrektor odpowiada za to i powinien za to odpowiadać. To w ogóle nie powinno mieć miejsca. Rozumiem sprawy, że brakuje kadry lekarskiej, ale że brakuje na przykład sanitariuszy, tak jak piszecie? To też jest sprawa do załatwienia, powiedzmy, od ręki, bo to jest sprawa oczywiście narzucenia pewnych limitów, ale to chyba przez konsultantów.

Przecież konsultanci wojewódzcy mają w swoim zakresie kontrolę oddziałów psychiatrycznych. Tak powinno być przynajmniej raz do roku. Powinni z tego sprawozdawać do ministra zdrowia. Myślę, że tak będą czynić po dzisiejszym spotkaniu, żeby faktycznie wiedzieć, gdzie takie braki występują, bo jak to może nie być na oddziale choćby jednego kardiomonitora? Dla mnie są to takie rzeczy niezrozumiałe, bo to jest najprostszy sprzęt. To nie jest sprzęt nie wiadomo jaki. Albo że nie ma podpisanych umów na konsultacje specjalistyczne w innych szpitalach czy z innymi specjalistami, jeżeli nie ma w danym szpitalu, bo to jest tylko czysta psychiatria – to są wszystko sprawy organizacyjne, które tak naprawdę powinny być od ręki załatwione. Tutaj faktycznie należałoby się skupić na braku lekarzy.

Jak mówiła pani z ministerstwa, w tej chwili chyba to jest specjalizacja, która jest specjalizacją często wybieraną. W związku z tym mamy nadzieję, że zastępowalność pokoleń oraz nowi lekarze niedługo nam się pokażą, ale faktycznie co zrobić do tego czasu, zanim się pokażą? Bo za 2–3 miesiące ich nie będzie przecież więcej. Więc jak ewentualnie należałoby to rozwiązać? Dołączyłabym faktycznie do pani poseł Sójki w zapytaniu, jak właśnie tę sprawę rozwiązać na ten czas?

Bo ja państwu powiem, że ciągle się tylko ministerstwo prosi i tak samo do nas: narzucicie to, to. Potem się okazuje, że lekarzy danej specjalności jest tylko tyłu, więc co można narzucić? Jeżeli weźmiemy liczbę oddziałów, liczbę łóżek i liczbę lekarzy, to się okaże, że niestety niczego nie można zrobić, ale może jest jakiś inny model i system, który faktycznie państwo zaproponujecie. Czy właściwie macie jakiś pomysł poza mówieniem, że powinno być? Nie będę wyręczała MZ, ale to byłby właściwie taki dobry pomysł, żebyście złożyli, co ewentualnie wy proponujecie. Powiem państwu, że jest tak w prawie każdej dziedzinie, bo nie w każdej oczywiście, ale jest tak, że jak weźmiecie państwo SOR – też było bardzo łatwo, trzeba lekarzy ratownictwa medycznego

zatrudniać w SOR. Koniec, kropka. Tylko się okazało, że SOR-ów powstało pełno, a lekarzy ratownictwa w ogóle nie ma. Znowu następny problem, który się gdzieś rodzi.

Tak że myślę, że na pewno pewne rzeczy organizacyjne można rozwiązać prawie od ręki, tylko i wyłącznie narzucić i wymusić, a pewne rzeczy na pewno należy właśnie z państwem skonsultować, co w tym okresie zastępczym, dopóki faktycznie nie będzie tych lekarzy na rynku więcej, należałoby zrobić i jak należałoby się zachować. Dziękuję.

Jeszcze tylko chciałam dodać, doktorze, bo pan mówił o tym przymusie i że tam jest często stosowany – nie tylko w psychiatrii, pan wie, jest przymus stosowany i nie tylko tam jest potrzebny lekarz psychiatra, który wedle procedury oceni. Także w innych oddziałach ogólnoszpitalnych te przymusy są stosowane. Dziękuję.

Teraz bardzo proszę, pani poseł Banaszek.

**Poseł Anna Dąbrowska-Banaszek (PiS):**

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, dziękuję za tę przygotowaną prezentację.

Myślę, że może nie jest ona pełna, a wynika to pewnie z pytań, które były w ankiecie. Pacjent przebywający na oddziale psychiatrii jest podobnym pacjentem jak na innych oddziałach, ma również schorzenia somatyczne, czyli poza lekarzem psychiatrii czy specjalizującym się w tym zakresie... Pytanie, co z dostępem do ewentualnej konsultacji lekarza w razie potrzeby, na przykład chorób wewnętrznych? Nadzór nad pacjentem może być rzeczywiście bardzo trudny, zwłaszcza gdy oddziały znajdują się na różnych piętrach, na różnych poziomach i wtedy rzeczywiście działa się pewnie na zasadzie straży pożarnej – gdzie się pali, tam się biegnie.

Na pewno jest potrzeba większych środków w systemie, ale na to, na co zwróciła przed chwilą uwagę pani przewodnicząca. Potrzeba po prostu opracowania planu wyjścia z tej sytuacji, bo tak jak mówię, na oddziałach psychiatrii przybywają osoby, które mają również inne schorzenia somatyczne. To wymaga tak naprawdę nadzoru wszystkiego. Ten kardiomonitor sam się nie obsługuje i nie zinterpretuje. Należałoby rozważyć takie zmiany, które wprowadziłyby rzeczywiście kompleksową opiekę osób, które, rozumiem, w stanie ostrym przybywają na oddziale psychiatrii, ale też wymagają nadzoru nie tylko dotyczącego samego schorzenia psychiatrycznego. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Poseł Polaczek.

**Poseł Jerzy Polaczek (PiS):**

Pani przewodnicząca, panie ministrze, z jednej strony jestem parlamentarzystą z dość długim stażem parlamentarnym, ale po raz pierwszy jestem w tej kadencji, obok Komisji Infrastruktury – mam nadzieję – merytorycznym posłem Komisji Zdrowia. Jednym z takich moich częstokształtów działań parlamentarnych w województwie śląskim był m.in. przegląd stanu organizacyjnego szpitali wojewódzkich, również szpitala wojewódzkiego w Lublińcu czy w Orzeszu.

Z danych statystycznych, przekrojowych od strony organizacyjnej, od strony finansowej na pewno jedna jest konkluzja. Mówiąc tak od rzeczy najbardziej praktycznych, w przypadku średniej wynagrodzeń personelu medycznego, niższego personelu medycznego czy pozostałego, lekarze zasadniczo nie odbiegają od wielu innych podmiotów wtedy nadzorowanych przez marszałka województwa śląskiego. Mówię to z tej perspektywy regionalnej, czyli z punktu widzenia finansowego można zadać pytanie o przyczyny tego niedostatku personelu czy niedostatku lekarzy specjalistów.

Natomiast żeby wyjść z jakąś propozycją bardziej kompleksową, w konsultacji z Komisją Zdrowia – mówię tutaj o działaniach ministerstwa – myślę, że takim warunkiem elementarnym jest prośba do pani przewodniczącej i do ministerstwa, żebyśmy, jako posłowie Komisji Zdrowia, jednak uzyskali kompleksową informację o stanie organizacyjnym, finansowaniu oraz o projekcji dopływu nowych specjalistów z tej dziedziny z uczelni medycznych w najbliższych kilku latach do opieki psychiatrycznej realizowanej w szpitalach publicznych. O to bym wnosił, dlatego że ta informacja, którą otrzymaliśmy, adresowana przez prezesa NFZ do pani przewodniczącej, jest niepełna, ten wykaz jednostek.

Druga uwaga to jest przede wszystkim pytanie do przedstawicieli resortu. Czy podzielają bądź też mają odmienne zdanie, jeśli chodzi o rekomendacje zaprezentowane w ramach prezentacji, jaka została przedstawiona paniom i panom posłom z Komisji Zdrowia i stronie społecznej?

Myślę, że te rekomendacje nie są listą zamkniętą, bo to jest takich kilka wyjściowych, kierunkowych rozstrzygnięć. Dla mnie konkluzja tej prezentacji przedstawionej przez pana doktora, w sytuacji takiej, w której wskazuje się, iż 300 pacjentów jest nadzorowanych na dyżurze przez 1 lekarza medycyny tej specjalności, jest wyjściem poza w ogóle system ochrony zdrowia. W wielu innych sytuacjach – nie mówię o jakiejś strefie komercyjnej, mówię o instytucjach publicznych – właściwy organ powinien zamknąć po prostu tego rodzaju strukturę, dlatego że ona jest po prostu niebezpieczna dla osób, które powinny być objęte opieką medyczną. To są rzeczy dramatyczne z punktu widzenia każdego rozsądnego, racjonalnie myślącego człowieka, który miał do czynienia z oceną ryzyk w różnego rodzaju sytuacjach kryzysowych.

To, co tutaj mówił pan poseł Czesław Hoc jako lekarz, długoletni parlamentarzysta – powinniśmy rzeczywiście do tego tematu powrócić w niedługim czasie. Najpóźniej jeszcze, jak sądzę, w grudniu bieżącego roku. A przede wszystkim odbyć tę dyskusję, skupić się na rekomendacjach, żeby nie powielać wątków takich czysto technicznych o tym, że w jednym czy drugim szpitalu nie ma jakiegoś urzędnika, bo to są rzeczy przyczynkowe. One nie rozstrzygają o funkcjonowaniu systemu, ale myślę, że udział przedstawicieli z tej reprezentacji, choćby wojewódzkich konsultantów medycznych ds. psychiatrii, udział również przedstawicieli uczelni medycznych z tych katedr, które są odpowiedzialne za kształcenie tej specjalności, z jakimiś wnioskami, które potem minister zdrowia może przełożyć na nie tylko rozwiązania organizacyjne, prawne, ale przede wszystkim też finansowe, to jest pole do wspólnej pracy na rzecz dobra publicznego i przede wszystkim na rzecz dobra tych osób, które wymagają takiej opieki.

Raz jeszcze powtórzę, mówiąc tak zupełnie w języku potocznym, model 1 lekarz na 300 pacjentów jest z punktu widzenia kodeksowego pytaniem, ale innej natury. Czy nie narażamy przede wszystkim życia i zdrowia personelu, ale również, myślę, części najbardziej skrajnie agresywnych pacjentów, którzy przy takich sytuacjach krytycznych też mogą doznać czysto fizycznego uszczerbku na zdrowiu? Przede wszystkim rekomendowałbym więc skupienie się na tych propozycjach zawartych w prezentacji, stanowisku MZ w relacji do propozycji kierunkowych. Jest też potrzeba odbycia pogłębionej dyskusji wraz z kompletną informacją dotyczącą tego segmentu służby zdrowia w nieodległym czasie na posiedzeniu Komisji na terenie Sejmu, oczywiście z udziałem państwa reprezentacji.

Dziękuję przede wszystkim zwłaszcza za państwa wysiłek w tak skrajnie czasami niebezpiecznych sytuacjach pracy codziennej. Ten wysiłek jest niewidoczny, a powinien być doceniony. Dziękuję.

#### **Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękujemy, panie pośle.

Ja również podpisuję się pod prośbą do ministerstwa o to, żebyśmy poznali dokładniejsze szacunki w dłuższej perspektywie, jeśli chodzi o to, ilu specjalistów będziemy mieli w najbliższych latach, jeśli to jest możliwe. Natomiast dobrze, że są, to prawda.

Szanowni państwo, mamy jeszcze pięciu parlamentarzystów. Zamknęłam listę już, jeśli chodzi o głosy parlamentarzystów. Przejdziemy potem do strony społecznej, żeby wysłuchać osób, które dzisiaj są z nami.

Posłanka Mucha teraz, bardzo proszę.

#### **Poseł Joanna Mucha (Polska2050):**

Bardzo dziękuję.

Proszę państwa, to bardzo dobrze, że podejmujemy ten temat podczas dzisiejszej Komisji. Myślę, że wszyscy mamy takie poczucie, że jest to jeden z najważniejszych tematów, które nam towarzyszą. Mam wrażenie, że mogłam być pierwszą osobą w debacie publicznej, która zaczęła mówić o braku lekarzy psychiatrów dziecięcych. To było w 2018 r. Wtedy, kiedy jeszcze ten temat był bardzo mało rozpoznany. Temat, który wtedy wszedł na tę agendę polityczną, publiczną, cały czas z niej nie zszedł. Jest to też temat, który obserwuję od długiego czasu, obserwuję dane i wszystko to, co się wokół nas dzieje. Dlatego chciałabym państwu wszystkim zaproponować nieco inne podejście do tematu psychiatrii.

Jako Polska2050 proponowaliśmy, żeby jeden z wiceministrów zdrowia został wyznaczony do opieki nad zdrowiem psychicznym Polaków. Dzisiejsze dane dotyczące zdrowia psychicznego naszych dzieci, młodzieży, ale również osób dorosłych, dotyczące liczby samobójstw, liczby prób samobójczych, wszelkie dane dotyczące depresji, różnego rodzaju innych problemów psychicznych są absolutnie przerażające i w większości są to dane, które rosną. Mówimy dzisiaj o tym, że poszukujemy większej liczby lekarzy, a może powinniśmy rozmawiać o tym, że chcielibyśmy,

żeby pacjentów było mniej? Albo żeby ich problemy psychiczne były mniejsze. Proponuję MZ to, żeby wziąć na poważnie postulat, żeby zdrowie psychiczne stało się jednym z priorytetów funkcjonowania MZ i żeby potraktować ten priorytet jako jedną z najważniejszych polityk przekrojowych polskiego rządu. Zdrowie psychiczne jest w edukacji, w MRPiPS i w naprawę wielu innych miejscach.

Jeśli dzisiaj mówimy o zdrowiu psychicznym, to mówimy o uzależnieniach, mówimy w szczególności o uzależnieniach cyfrowych, uzależnieniu od mediów społecznościowych, uzależnieniu od smartfonów. Mówimy o tym, że te smartfony rujną relacje społeczne, relacje rodzinne. Mówimy o tym, że te relacje pogorszyły się w ciągu ostatnich lat w sposób zauważalny. Mówimy o uzależnieniu od różnego rodzaju toksycznych substancji, z którymi też jeszcze, nie wiem, paręnaście czy parędziesiąt lat temu nie mieliśmy do czynienia. Mówimy o tym, że na rynek weszły nowe syntetyczne narkotyki, których do tej pory nie widział polski konsument, które w dość istotny sposób zmieniają funkcjonowanie społeczne. Mówimy wreszcie o wszelkiego rodzaju problemach związanych z pracą, o tym, że work-life balance w Polsce jakoś specjalnie mocno nie funkcjonuje. Mówimy o tym, że cały czas jesteśmy w kulturze zachrzanu – użyję tego łagodniejszego słowa. Mówimy o tym, że na naszym rynku pracy jest naprawdę coraz więcej – bardzo dużo w każdym razie – mobbingu i molestowania. Nie leczymy przyczyn, wyłącznie skupiamy się na skutkach. Te skutki będą coraz bardziej istotne i nie będziemy w stanie ich dogonić, jeśli nie zaczniemy zajmować się przyczynami.

Więc moja propozycja – jeszcze raz to powiem – do MZ jest taka, żeby został wyznaczony oddzielny wiceminister zdrowia, który będzie zajmował się zdrowiem psychicznym, i aby rząd polski uczynił z dobrostanu psychicznego, nie tylko zdrowia psychicznego, jedną z najważniejszych polityk przekrojowych naszego rządu. Dziękuję.

#### **Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo, pani poseł

Ja się pozwolę odnieść, ponieważ wiceminister od zdrowia psychicznego jest. To jest minister Kęcka. Co więcej, zdrowie psychiczne jest wśród priorytetów MZ, co zapewne potwierdzi później pan minister, więc te dwie rzeczy już się zadziały.

Natomiast faktycznie od wielu lat toczy się dyskusja. Ja się bardziej przychyliam do tego stwierdzenia wśród przede wszystkim organizacji, które zajmują się zdrowiem psychicznym, że powinna być osoba, która międzyresortowo odpowiada za zdrowie psychiczne, nie tylko w MZ. To jest jednak temat tak obszerny, międzyresortowy i sama pani wie, jako przedstawicielka również całkiem niedawno Ministerstwa Edukacji Narodowej, że nie chodzi tylko o MZ, ale raczej potrzebny jest ktoś na poziomie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, kto koordynowałby działania związane ze zdrowiem psychicznym bardzo szeroko. Faktycznie tu muszę się zgodzić i przychylić do tego, co mówi pani poseł, że mimo iż temat pojawia się już od dawna, kogoś, kto by to koordynował, do dziś nie byliśmy w stanie załatwić, ale mam nadzieję, że wspólnie, jeśli będzie taka wola polityczna, w tę stronę pójdziemy. Bardzo dziękuję za ten głos.

Teraz pan poseł Giziński.

#### **Poseł Włodzisław Giziński (KO):**

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, chciałem bardzo serdecznie podziękować panu drowi Goncerzowi, jako szefowi PR OZZL, za przygotowany materiał, przygotowaną analizę i znakomite rekomendacje. Dziękuję.

Mówię to z perspektywy mojego własnego życia. Od prawie 50 lat jestem psychiatrą. W czasach, kiedy skończyłem się – pierwszy, drugi stopień specjalizacji – pracowałem w klinice prof. Bilikiewicza w Bydgoszczy. Dyżurując po drugim roku szkolenia specjalistycznego, dyżurowałem mając zawsze w odwodzie mieszkającego obok kierownika kliniki, a pod opieką miałem 50 pacjentów. I to było dużo. Moim zdaniem ten limit na rezydenta, który pan doktor proponuje, 100 pacjentów i 1 oddział, bierze się z miejsca, w którym te problemy występują. To są te olbrzymie szpitale po kilkaset łóżek, bo tam rzeczywiście mniej niż 100 pacjentów na jednego dyżurnego nie da się zrobić. A czemu się nie da zrobić? Moim zdaniem brak psychiatrów wobec wzrastającej prawie lawinowo liczby rezydentów nie jest głównym problemem. Problemem jest brak pieniędzy. Za trzech dyżurnych trzeba zapłacić trzy razy tyle co za jednego dyżurnego za każdy dyżur.

Co ta moja prawie 50-letnia perspektywa mówi? Znajduje ciągle potwierdzenie swojego przekonania, że osoby dotknięte zaburzeniami, chorobami psychicznymi, zmuszone do leczenia psychiatrycznego to największa dyskryminowana mniejszość w Polsce. Ta dyskryminacja była

w poprzednich wiekach, ale na przełomie XX i XXI wieku była dużo szersza. To było również odium społeczne. Natomiast co niewątpliwie pozostało z tej dyskryminacji? Poziom finansowania opieki psychiatrycznej w Polsce. W porównaniu z innymi schorzeniami ten poziom finansowania jest dramatycznie niski. Jeśli brakuje kardiomonitora, to nie dlatego, że ktoś zapomniał kupić – być może popełnia błędy – ale dlatego, że pieniądze w szpitalach psychiatrycznych są liczone bardzo skrupulatnie i rzeczywiście brakuje ich.

Co się zmienia? Zmienia się nie tylko to, że psychiatrów będzie więcej, ale od pięciu lat prawie dyskutujemy i wprowadzamy w życie reformę finansowania opieki psychiatrycznej i reformę organizacyjną. Reforma w postaci centrów zdrowia psychicznego finansowanych kapitałowo zdecydowanie w szybkim czasie zmniejszy liczbę niezbędnych hospitalizacji. Jestem o tym przekonany i są na to dowody. To się będzie działo. Powinniśmy to jak najszybciej dokończyć i czekać na dobre efekty, ale to już się dzieje wcześniej.

W czasach, kiedy zdarzało się, że dyżurowałem jako młody lekarz w szpitalu psychiatrycznym w Świeciu, było tam ponad 1 tys. łóżek. W tej chwili w materiałach, które dostaliśmy z ministerstwa, wyczytuję, że jest 470 łóżek. Prawie 50 lat temu prof. Bilikiewicz, jak przenosił się z Gdańska do Bydgoszczy, mówił, że powinniśmy dążyć do tego, żeby w każdym większym szpitalu powiatowym był oddział psychiatryczny. Przyszłością psychiatrii, podobnie jak przyszłością interny, pediatrii powinny być oddziały w szpitalach wielospecjalistycznych. Tam, gdzie somatyka jest na co dzień, lekarz dyżurny jest za ścianą.

Te kroki powinniśmy, panie ministrze, robić jak najszybciej. Nie jestem odosobniony w przekonaniu, że w środowisku psychiatrycznym powstały i powstają cały czas rzetelne, dobrze sprawdzone koncepcje, jakie zmiany są konieczne do wprowadzenia. Mam nadzieję, że takich dyskusji, co zrobić, jak zrobić, czy 100 pacjentów na jednego rezydenta to jest maksimum... Według mnie 50 pacjentów na rezydenta, ale obyśmy tylko o takich rzeczach dyskutowali, a nie o tym, że trzeba wszystko zmienić, bo na razie idziemy w dobrą stronę i trzymajmy się tego. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję, panie pośle.

Posłanka Zawisza, bardzo proszę.

**Poseł Marcelina Zawisza (Razem):**

Dziękuję bardzo.

Ja mam pytanie, ponieważ były pytania o konsultantów i ich działania oraz pojawił się wątek, że trzeba zgłaszać nieprawidłowości. Mam pytanie tak naprawdę do pana prof. Piotra Gałęckiego, konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii. Wysłałam już jakiś czas temu interwencję. Ta interwencja podobno utknęła w spamie, dzisiaj została z tego spamu wyjęta, więc liczę na to, że szybko dostanę odpowiedź, ale wydaje mi się, że też dobrze by było, gdybyśmy, jako cała Komisja, mogli uzyskać odpowiedzi na pytania, które tam zadałam.

To są pytania o liczbę wykonanych kontroli w placówkach kształcących lekarzy w specjalizacji psychiatria zrealizowanych z własnej inicjatywy, nie na zlecenie MZ czy NFZ, kolejno w latach 2021–2025. Czy moglibyśmy, jako Komisja, uzyskać sprawozdania z powyższych kontroli? Informacje, które uzyskaliśmy na tej Komisji, są naprawdę zatrważające. W związku z tym chciałabym wiedzieć po prostu, co zostało w tej sprawie zrobione. Wydaje mi się, że jako Komisja powinniśmy uzyskać następujące informacje: liczba placówek, w których zidentyfikował pan problem łamania programu specjalizacji z psychiatrii w tych samych latach, czyli od 2020 do 2025 r., lista działań podjętych w celu poprawy realizowania programu specjalizacji w powyższych placówkach i plany dotyczące wdrożenia rekomendacji zawartych w raporcie PR OZZL. Tę część bardzo bym prosiła w takim wypadku również na piśmie do całej Komisji, bo wydaje mi się, że to są ważne rzeczy, które po prostu powinny być Komisji przekazane.

Mówimy o tego typu nieprawidłowościach, przeciążeniu osób, które mają zapewniać pacjentom bezpieczeństwo, ale my jako państwo mamy obowiązek im zapewniać bezpieczeństwo w trakcie wykonywania swojej pracy i realizowania specjalizacji. Jeżeli nic się w tej sprawie nie wydarzyło, to jest naprawdę grube niedopatrzenie. Powinny iść za tym konkretne konsekwencje, a jeśli były realizowane konkretne działania, dlaczego one nie spotkały się z odpowiedzią ministerstwa? Ja się zgadzam, że musimy, jako Komisja, ponad podziałami politycznymi przyznać, że faktycznie jest problem, i dążyć do tego, żebyśmy odpowiedzieli na problem, ale

żeby odpowiedzieć na problem, trzeba też wiedzieć, co nie zadziało po drodze ze względu na to, że znaleźliśmy się w miejscu, w którym się znaleźliśmy.

Dopiero doniesienia medialne dotyczące raportu przygotowanego przez PR OZZL wstrząsnęły wszystkim do tego poziomu, że znaleźliśmy się dzisiaj tutaj. Chciałabym uzyskać odpowiedzi na te pytania. Najlepiej dzisiaj, a jeśli nie da się dzisiaj, to po prostu na piśmie dla całej Komisji, żebyśmy mogli zobaczyć, jak to wyglądało. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję, pani poseł.

Ja ze swojej strony też zobowiązuję się przypilnować tego, żebyśmy te pytania otrzymali. Roześle je do całej Komisji, bo myślę, że są ważne. Chyba że dzisiaj pojawią się odpowiedzi, ale jak sądzę, jeśli one trafiły nie tam, gdzie miały trafić, to może się dzisiaj nie udać, ale to się dowiemy. Jeszcze będzie czas na odpowiedzi.

Pan poseł Piecha teraz.

**Poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Dyskusja o leczeniu psychiatrycznym i zdrowiu psychicznym Polaków trwa, jak ja dobrze pamiętam, kilkadziesiąt lat. Już w latach 90. była pierwsza reforma, która to miała zmienić, to znaczy wyprowadzić pacjentów psychicznie chorych ze szpitali. Pamiętamy, że w Polsce lokalizacja szpitali jest dość dziwna, bo dawny zabór pruski był mistrzem świata w szpitalach psychiatrycznych. Wszędzie były potężne jednostki po 1–1,5 tys. łóżek, poczynając od Rybnika, Toszka, Branic etc. Sporo ich było. Takie były zamiary – miały powstać różnego rodzaju domy opieki środowiskowej, chodziło o to, żeby pacjenta trzymać jak najdalej od leczenia szpitalnego.

Przyznam szczerze, że jestem zaskoczony, że nadal ten temat wraca. Zaraz ad rem, czyli o dyżurach chcę porozmawiać. Od tego czasu zmieniło się przede wszystkim bardzo dużo w leczeniu psychiatrycznym, chociażby leki. Ja pamiętam z czasów swojej bytności w MZ, że w ministerstwie były ogromne naciski na to, żeby sprowadzać leki na nowoczesne leczenie schizofrenii. Nie jedna tabletkę luminalu czy 10 tabletek luminalu, tylko jakiś tam zastrzyk co jakiś czas, to rzeczywiście zostało wprowadzone. Było to wprowadzenie 25 lat temu, ale wracamy na nowo do tego tematu po 25 latach. To znaczy, że mamy problem z pacjentem psychiatrycznym leczonym w leczeniu zamkniętym.

Z tego, co pan minister przedstawił nam w informacji, wynika, że mamy 4341 wyspecjalizowanych lekarzy psychiatrów. W trakcie specjalizacji jest około 1900 rezydentów. Mamy również taką notatkę, że za dwa lata tych rezydentów może będzie więcej, ale specjalistów przybędzie 1 tys. Nie wiem, jaka tam jest sprawa demografii, czy ubędzie tych specjalistów starszych wiekiem, czy nie, ale mowa jest o 6 tys. z hakiem lekarzy psychiatrii – mniej czy bardziej zaangażowanych, czyli rezydentów po drugim roku plus trzecim roku, plus oczywiście specjaliści. Gdzie oni pracują w związku z tym? W centrach. Centra zorganizowane są dość enigmatycznie i sądzę, że jest to głównie opieka ambulatoryjna, ale w dalszym ciągu mamy potężne szpitale, przy czym nie wiem, co to jest za wykaz, bo ten wykaz jest chyba niekompletny, niepodpisany, niesygnowany.

Ja jestem z Rybnika, tam szpital psychiatryczny bismarckowski był od zawsze. Zawsze tam było 1 tys., jeżeli nie więcej, łóżek na 20–30 oddziałach psychiatrycznych różnego typu, bo tak to było zorganizowane, więc też tego nie widzę. Ile łóżek psychiatrycznych mamy? Oczywiście na te łóżka psychiatryczne mamy całodobową opiekę. Pięknie jest definicja w NFZ podana, co to jest całodobowa opieka, kto ma ją sprawować, że są tam również pracownicy medyczni, że jest odpowiednie wyposażenie. To ja sądzę, że NFZ, zanim podpisze kontrakt, musi przynajmniej brzegowe wymogi liczby ludzi i sprzętu sprawdzić. Skoro pan doktor z PR OZZL mówi, że nie ma kardiomonitora, to co to za szpital? Bo ja nie bardzo wiem. Na jakiej zasadzie w związku z tym to jest szpital, który ma zrobić całodobową opiekę nad pacjentem psychiatrycznym? On nie przychodzi jako czysty psychiatrycznie – jest sporo cukrzyków, osób z marskością wątroby, bo po epizodach uzależnienia itd. Kto dopuścił ten szpital i kto go zakontraktował, skoro kardiomonitora nie ma albo jest 1 na 600 pacjentów? U mnie w kościele, gdzie jest mniej parafian, mamy defibrylator z kardiomonitorom, który kupili po prostu parafianie. Więc zastanawiam się, kto to dopuścił.

Druga sprawa – żeby spełniać całodobową opiekę, musi być jakaś minimalna liczba fachowych pracowników opieki zdrowotnej. Musi być. I teraz jest pytanie, czy 6 tys. lekarzy jest zlokalizowanych w centrach, jak najdalej od szpitala i do tego szpitala wpycha się tylko tych,

którzy muszą? Czyli się ich zmusza, nazywają się rezydenci. Bo jak im się wpisze w regulamin, że muszą pełnić ileś tam dyżurów rocznie czy miesięcznie, to oni muszą. Ja wiem, że część kombinuje – też byłem młody, też kombinowałem – że miałem 30 dyżurów, ale wiem, że dyżur psychiatryczny nie opiera się na rezydentach. Nie może się opierać na rezydentach, bo trzeba mieć określone doświadczenie etc.

Ile jest w związku z tym lekarzy? Czy według tego spisu, w którym jest napisane, że tylu jest lekarzy dyżurnych, bo łóżek jest kilka tysięcy, a lekarzy chyba z 50 naliczyłem, to rzeczywiście wychodzi ta statystyka powyżej 100–200 pacjentów na jednego lekarza? To znaczy, że może ten lekarz iść do domu całkiem normalnie i nic nie robić, bo on tam jest nieprzydatny. To samopomoc pacjencka ma większe znaczenie niż kwestia lekarza.

Jest pytanie, kto i jakie kontrakty podpisał, jak kalkulowano tę całodobową opiekę. Musi być tam lekarz, chyba że całodobowa opieka polega na tym, że się szczelnie zamyka w ramy szpitala, który jest otoczony szerokim murem, jak w Rybniku, i nikogo się nie wpuszcza ani nie wypuszcza. Wtedy co się tam stanie, to jest tajemnica poliszynela. Rano się policzy, co się stało, ale chyba na tym nie polega lecznictwo psychiatryczne. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Ostatni głos, pan poseł Bojarski. Potem strona społeczna. Tak, widzę.

**Poseł Krzysztof Bojarski (KO):**

Dziękuję bardzo.

Oczywiście problem jest bardzo ważny i pilny, choć pewnie pilny od lat, bo taka sytuacja nie zdarzyła się w ciągu ostatnich miesięcy. Wspomniał o tym dr Giziński i pan poseł Piecha. Jest to niestety konsekwencja budowy tych dużych, ogromnych, kilkusetłóżkowych szpitali i element wyjęcia tych pacjentów, którzy często są wielochorobowi, z ośrodków posiadających inne oddziały. Taki jest stan, natomiast niewątpliwie dzieje się dzisiaj zmiana podejścia do psychiatrii, przesunięcia ciężaru opieki nad pacjentem do środowiska, większego ciężaru kładzionego na opiekę ambulatoryjną przy poprawie farmakologii i budowa centrów. Jak wiemy, w założeniach te oddziały mają być nieduże, ok. 30 czy 40 łóżek. To jest model, do którego chyba musimy dojść.

Natomiast czego się obawiam? Troszkę się nie zgodzę z kolegą posłem, że już za miesiąc mamy narzucić określone normy, bo to, wydaje mi się, nie będzie skuteczne. Dokonajmy naprawdę głębokiej analizy, ilu tych lekarzy, których dane mamy, faktycznie pracuje w tym systemie i w jakim wymiarze. Wtedy będziemy wiedzieli, jakimi dysponujemy zasobami. Warto by się nad tym zastanowić i w ogóle uważam, że powinien to być pewien model dojścia do jakiegoś optymalnego rozwiązania. Być może to będzie 50, być może 100 łóżek – tego nie wiem. To państwo jesteście fachowcami w tej dziedzinie, ale przestrzegalbym przed takim sztywnym wprowadzeniem rozwiązania, które będzie mówiło, że to ma być 50 czy 100 łóżek. Raczej poprawiamy ten stan drobnymi krokami, zastanówmy się nad rolą innego personelu, który może wspomóc lekarza przynajmniej w bezpieczeństwie, w możliwości unieruchomienia pacjenta czy w tych aspektach.

Krótko mówiąc, warto też popatrzeć na pewne modele zachodnie. Starałem się znaleźć jakieś dane i chyba w niemieckim systemie mówi się o około 100 do 150 pacjentów na jednego lekarza. Więc warto też popatrzeć, jak jest gdzieś indziej, bo my mamy taką tendencję niestety w Polsce, że tworzymy takie przepisy postrajkowe w dużej mierze. One bardzo regulują nasz system ochrony zdrowia. Coś wybucha, my staramy się bardzo szybko znaleźć rozwiązanie, które koniec końców nie jest dobrym rozwiązaniem. Mieliśmy to w anestezjologii. Dzisiaj te modele nijak nie przystają tak naprawdę do europejskich modeli, ale tak jest.

Zachęcałbym... Moja propozycja w stronę ministerstwa jest taka, żeby zanim podejmiemy jakieś kroki, naprawdę dokonać rzetelnej analizy zasobów, bo to koniec końców państwo będziecie musieli na tych dyżurach spędzać czas. Jeżeli nagle się okaże, że potrzebujemy do dyżurowania nie 1 tys., a 3 tys. lekarzy, to ten ciężar na was spadnie, a nie na kogoś z nas czy kogoś z ministerstwa. Trzeba sobie też zdać sprawę z tego, że ten postulat, skądinąd słuszny, w sposób istotny obciąża państwa grupę zawodową, jeżeli chodzi o liczbę sprawowanych dyżurów w ciągu miesiąca. Dlatego zachęcam do takiej naprawdę dobrej analizy, rozważ, absolutnie do pójścia w tym kierunku, który pan doktor wskazał. To są rozwiązania słuszne, ale wydaje mi się, że na dziś fajnie by było, gdyby nam się udało chociaż tego jednego dyżurnego dołożyć do tej grupy, której mamy listę. Jeżeli mamy 600 łóżek, a jest jeden dyżurny czy dwóch, to dołożymy

choć jednego. On zawsze poprawi sytuację. Zachęcam do takiej pewnej polityki małych kroków, dojścia do pewnego modelu, żebyśmy znowu nie wywrócili całego systemu. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Bardzo dziękuję.

Ponieważ mamy bardzo dużo zgłoszeń i do 17:30 czas, tak że mamy trochę czasu, ale mimo wszystko sugeruję krótkie, zwięzłe wypowiedzi. Wtedy wszyscy zdążymy. Proszę po kolei.

**Członek Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Kajetan Winiecki:**

Dzień dobry. Szanowni państwo, nazywam się Kajetan Winiecki, jestem lekarzem rezydentem, pracuję w szpitalu w Tworkach.

Z racji wykonywanego zawodu na co dzień jestem świadkiem ludzkiego cierpienia. Cierpienia wynikającego z chorób psychicznych, życiowych kryzysów, ale i cierpienia, którego dokłada pacjentom sam system, w którym przyszło nam pracować. System, który zamiast zapewnić pacjentom poczucie bezpieczeństwa, powoduje, że pacjenci z nasilonym lękiem, myślami samobójczymi muszą leżeć na leżance pod ścianą w korytarzu przepełnionego szpitala. System, który dyskryminuje pacjentów psychiatrycznych i zwyczajnie stwarza zagrożenie dla ich życia i zdrowia, nie zapewniając im realnego dostępu do podstawowych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych, wydłużając czas oczekiwania na interwencję lekarza w godzinach dyżurowych. System, który jest przejawem braku szacunku dla zdrowia pacjentów i igrą z ich życiem, bo jak inaczej można nazwać sytuację, w której 1 lekarz rezydent ma pod opieką 300, a w skrajnych przypadkach nawet 600 pacjentów?

Taki sposób organizacji pracy jest swego rodzaju okrutną loterią, w której na szali stawiane jest życie pacjenta, bo co, jeśli dwie osoby jednocześnie będą wymagały udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej z powodu udaru mózgu lub zawału serca? Co prawda izolowane prawdopodobieństwo, że jeden pacjent dostanie zawału w określonym przedziale czasowym jest niskie, natomiast liczba pacjentów pomnożona przez mnogość możliwych, mało prawdopodobnych scenariuszy powoduje, że takie ryzyko staje się realne. Osobiście byłem świadkiem takich sytuacji i zostałem poproszony przez drugiego lekarza dyżurnego o pomoc, gdy w jego części szpitala trzech pacjentów jednocześnie wymagało pilnej interwencji. Wiem od innych rezydentów, że niedługo później podczas innego dyżuru doszło do dwóch nagłych zatrzymań akcji serca jednocześnie. W obu sytuacjach pozostałe ponad 600 pacjentów pozostawało de facto bez żadnej opieki lekarskiej. A co, gdyby wówczas choćby jeden pacjent więcej wymagał natychmiastowej pomocy?

Proszę państwa, zwróćcie, uwagę, że postulujemy limit 100 pacjentów na jednego lekarza. To jest wciąż absurdalna liczba, ale to świadczy o skali patologii, z jaką mierzą się szpitale psychiatryczne w Polsce. Naprawdę prosimy o absolutne minimum. Co by powiedział kardiolog lub neurolog, gdybyśmy kazali mu zapewnić bezpieczeństwo kilkuset pacjentom jednocześnie? Pacjent psychiatryczny ma pełne prawo jednocześnie chorować somatycznie i ma pełne prawo otrzymać kompleksową opiekę medyczną. My nie leczymy wycinka medycyny, nie leczymy izolowanych jednostek chorobowych, tylko całego człowieka. Nie po to jesteśmy kształceni jako lekarze, żeby później, kiedy robimy wszystko, żeby pomóc pacjentowi, system wiązał nam ręce, zmuszał do uprawiania medycyny polowej, nie zapewniając nam absolutnie podstawowych narzędzi pracy. To nie są standardy godne 20. gospodarki na świecie. Jak może lekarz w szpitalu z oddziałem detoksykacyjnym od alkoholu nie mieć możliwości natychmiastowego sprawdzenia stężenia elektrolitów we krwi pacjenta? Takie przykłady można mnożyć.

Sytuacja wymaga natychmiastowych zmian. Trudno mi jest sobie wyobrazić, co mogłoby motywować osoby mające realną możliwość poprawy tej sytuacji, a tego nierobiące lub co gorsza – aktywnie przeciwdziałające. Może zwyczajnie trudno jest w to wszystko uwierzyć, jeżeli tego się nie widziało na własne oczy. Nawet jeśli kogoś nie obchodzi los innych, obcych mu osób, to niech chociaż pomyśli o sobie, swoich rodzinach, przyjaciółach. Statystyka jest nieubłagana – choroby i zaburzenia psychiczne dotyczą solidarnie ludzi ze wszystkich warstw społecznych: bogatych, biednych, wysokich i niskich. Każdy powinien chcieć tych zmian, i to nie tylko dlatego, że jest lekarzem, pielęgniarką, psychologiem, politykiem, dyrektorem czy pacjentem, ale dlatego, że jest człowiekiem, a stawką jest zdrowie i życie drugiego cierpiącego człowieka, który liczy na naszą pomoc. Dziękuję za uwagę.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Kolejna osoba. Proszę się przedstawić.

**Prawnik Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Radosław Tymiński:**

Dzień dobry państwu. Radosław Tymiński, doktor habilitowany nauk prawnych, adwokat, współautor raportu.

Proszę państwa, ja chciałbym odpowiedzieć na pytanie o to, co my proponujemy, bo takie pytania w różnej formie padły. Przede wszystkim widzimy dwie rzeczy.

Pierwsza rzecz to jest poziom kontroli. To znaczy, jak to jest możliwe, że takie sytuacje się dzieją i nikt tego nie kontroluje? Osoby, które się wypowiadały, mają rację. My też tego nie rozumiemy, ale nie ma tych kontroli po prostu. Te kontrole nie są skuteczne.

Padło pytanie o to, czy wysłaliśmy ten raport. Proszę państwa, raport został wysłany do wszystkich konsultantów wojewódzkich. Trzech odpisało. Dziękujemy. Na poziomie państwowym brakuje więc kontroli tego, co się dzieje, kontroli warunków organizacyjnych. Proszę państwa, każdy szpital, który ma kontrakt z NFZ, musi przejść autoryzację. Pan poseł Piecha o tym mówił. To jest autoryzacja. Mamy takie przepisy, tylko że w obecnym modelu ta autoryzacja sprowadza się do tego, że po prostu przychodzi ekipa wizytacyjna i sprawdza, czy się zgadza to, co jest na papierze podane. Tak naprawdę nie ma weryfikacji merytorycznej, choć mogłaby być.

Druga rzecz, którą proponujemy, mówiąc o tych postulatach – widzimy, jak wielką poprawę odnotowano w położnictwie dzięki temu, że jest rozporządzenie w sprawie standardów organizacyjnych. Widzę to w praktyce również jako adwokat, który występuje w sprawach medycznych. Proszę państwa, mogę powiedzieć, że się dużo zmieniło. Minister zdrowia ma takie narzędzie, jak możliwość wydania rozporządzenia w sprawie standardów organizacyjnych. Takiego rozporządzenia w psychiatrii nie ma, więc możemy postulować, żeby nasze postulaty, niektóre inne również, uzgodnione ze wszystkimi środowiskami, zostały zebrane i wprowadzone w formie pewnego twardego wymogu, dlatego że chodzi przede wszystkim o bezpieczeństwo pacjentów. Nie chodzi o rezydentów, chodzi o pacjentów, dlatego postulujemy te dwie rzeczy, to znaczy rozporządzenie i zmiany prawne przez nas zaproponowane, ale oczywiście trzeba je uzupełnić, żeby miały szerszy kontekst. I postulujemy wzmocnienie kontroli, które powinna być dokonywana na bieżąco przez powołane do tego organy. Bardzo dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Proszę, kolejna osoba. Proszę się też przedstawić.

**Członek Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Anna Bazydło:**

Dzień dobry. Anna Bazydło, jestem rezydentem, członkinią PR OZZL i mam unikatową przyjemność pracować w szpitalu tworkowskim, który państwo ostatnio poznaliście trochę bliżej w przekazach medialnych, kiedy przygotowywałam się do egzaminu.

Chciałabym się odnieść do tego, że pada bardzo dużo argumentów o tym, jak powinniśmy organizować nasze życie społeczne, żeby dbać o dobrostan obywateli, co moglibyśmy zmienić, deinstytucjonalizować pacjentów psychiatrycznych, zamknąć oddziały. Jasne, tylko większość z państwa w ogóle nie ma możliwości wyobrażenia sobie osób, które wymagają realnie tej hospitalizacji, która ratuje im życie. Nie dojdziemy do takiej sytuacji, w której oddziały szpitalne psychiatrii znikną. Nie znikną też oddziały psychiatrii sądowej, a pacjenci w ogóle sądowo-psychiatryczni są generalnie zaniedbani, zapomnieni przez system, nie mają dostępu do profilaktyki, specjalistów. Oni odbywają hospitalizację w zupełnie innym trybie. Odmawia im się bardzo dużej części praw obywatelskich, ale to jest jeszcze bardziej złożony temat.

Proszę państwa, bardzo chciałabym dbać o work-life balance moich pacjentów, tylko zastanawiam się, kiedy znajdę swój własny work-life balance, kiedy system wymaga ode mnie minimum 200 godzin pracy, w czasie których na dyżurze zajmuję się minimum 300 osobami. Na dyżurze nie mam wyznaczonego pomieszczenia, w którym powinnam przebywać, w pogryzły mnie pluskwy, nie mam dostępu do toalety. Ja muszę zadecydować, będąc w gigantycznym dyskomforcie psychofizycznym jako człowiek – bo ja też jestem człowiekiem, może się to wydawać zaskakujące – któremu pacjentowi pomóc najpierw. Tej dwudziestokilkuletniej młodej osobie, która przeżywa bardzo duże emocje po jakimś trudnym wydarzeniu w swoim życiu i właśnie

powiedziała paniom pielęgniarcom, że ma myśli samobójcze? Czy może powinienam jednak mimo wszystko zostać przy tym pacjencie, który przed chwilą przeszedł napad padaczkowy i wymaga ścisłego monitoringu? Uważam, że to jest nieludzkie wobec pacjentów, wobec mnie, wobec pielęgniarek, które też ponoszą za to odpowiedzialność. My się nie jesteśmy w stanie teleportować, my się nie jesteśmy w stanie dublować. Fajnie by było, gdyby nas było więcej, ale nie ma nas więcej. Tyle, ile dyrekcja nas rozpisze, tyle nas jest.

Wiecie co, tutaj są rozmowy o pieniądzach. Ja byłam trzynastym rezydentem zatrudnionym w Tworkach w 2021 r. W chwili obecnej w naszym szpitalu jest 60 rezydentów. Każdy z rezydentów ma 40 godzin i 20 minut dyżuru do realizacji. Jeżeli mamy dwóch dyżurnych na teren, to nie mamy godzin, które pozwalają na realizację programu specjalizacji, a dyrekcja od trzech lat nie słyszy, że powinniśmy stworzyć kolejny słupek, dać kolejnym lekarzom możliwość dyżurowania całodobowo, żeby realizowali program specjalizacji. Przecież rezydent jest dla szpitala za darmo. On musi zrobić te dyżury. Ministerstwo Zdrowia za nie płaci. Dyrekcja aktywnie wypycha rezydentów na dyżury towarzyszące. Nie wiem, jak możemy to rozwiązać. Może państwo macie jakiś pomysł.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję

Bardzo proszę kolejną osobę.

**Kierownik Dziennego Oddziału Psychiatrycznego Kraków – Nowa Huta Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie Irena Najbar:**

Dzień dobry. Irena Najbar, lekarz psychiatra, jestem kierownikiem oddziału dziennego w ramach CZP i pracuję w szpitalu im. Babińskiego w Krakowie.

Jestem tym specjalistą, który przestał już dyżurować. Przestałam dyżurować w związku z tym, że uważam, że podejmując te dyżury, biorę odpowiedzialność za to, jak to jest zorganizowane. A ja się na to nie godzę. Dla przytoczenia przykładów, bo statystyki przemawiają w inny sposób niż konkretni pacjenci, podam też sytuację z mojego dyżuru.

Pracuję w szpitalu monospecjalistycznym, czyli czysto psychiatrycznym, który znajduje się w pięknym, ogromnym parku. Uważam, że ma to pewne zalety dla pacjentów, daje dodatkowe możliwości, ale daje też ograniczenia i ma mroczne strony.

Na długo zapamiętam sytuację, kiedy zadzwoniła do mnie pani pielęgniarka, informując, że pacjent z cukrzycą ma się bardzo źle, jest osłabiony, jego cukier jest niezwykle niski. Poprosiłam o podanie płynów i powiedziałam, że biegnę, i to dosłownie, ponieważ miałam do przebiegnięcia kilkaset metrów, a jednym z moich problemów w trakcie dyżurów w nocy było to, czy spotkam dziki, czy nie. Takie zwierzęta. Dobiegam te kilkaset metrów, pacjent już jest nieprzytomny, a że pacjent był z wielochorobowością i miał bardzo trudny dostęp dożylny, mówiąc tak po ludzku, trudno było go podkuć. Cztery osoby z personelu pielęgniarskiego próbowały, a pacjent był w stanie zagrożenia życia, nieprzytomny. Nie mieliśmy leków do podania, bo szpitale psychiatryczne nie mają pełnej apteczki.

Po tej sytuacji, kiedy napisałam do dyrekcji, ten brakujący lek został zakupiony, ale czy trzeba kolejnych sytuacji, kiedy prosimy o leki dopiero po takiej sytuacji zagrożenia życia? W związku z tym, że nie miałam co podać pacjentowi, a pacjent powoli umierał, zadzwoniłam po karetkę, żeby mi przywieźli ten brakujący lek. Na szczęście po kilku minutach komuś z personelu pielęgniarskiego udało się podkuć pacjenta w stopę i podaliśmy mu glukozę dożylnie. Pacjent w bardzo krótkim czasie odzyskał przytomność, natomiast ta historia nie musiała się tak zakończyć i pacjent mógł po prostu umrzeć. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Proszę kolejną osobę.

**Wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Marcin Karolewski:**

Dzień dobry. Marcin Karolewski, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, ale przyjechałem tutaj do państwa jako lekarz internista i geriatra.

Jestem chyba jednym z niewielu internistów, który pracuje w dużym szpitalu psychiatrycznym i prowadzi oddział internistyczny w szpitalu psychiatrycznym Dziekanka w Gnieźnie. To jest szpital, który ma prawie 1 tys. łóżek. Muszę państwu powiedzieć, że przeszedłem tutaj, żeby wspomóc moich kolegów psychiatrów, dlatego że codziennie widzę, co się dzieje w szpitalu.

Na moim oddziale codziennie przyjmujemy pacjentów z oddziałów psychiatrycznych – pacjentów, którzy są w stanie zagrożenia życia z obrzękiem płuc, zaostrzeniem POChP, cukrzycą. To są pacjenci, którzy trafiają do mnie codziennie. Reanimacja, która się odbędzie na oddziale psychiatrycznym, jeżeli ten pacjent natychmiast nie trafi na oddział internistyczny pod respirator, nie ma żadnych szans. Nawet jeżeli koledzy zreanimują tego pacjenta, to mogą patrzeć, jak on po prostu umiera. W przypadku pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi, cukrzycą typu 1, a równocześnie ze schizofrenią, to z klinik do nas dzwonią: „Czy weźmiecie takich pacjentów? Bo my nie wiemy, co z nimi zrobić”. Ja mam telefony z całej Polski: „Jesteście jedynym oddziałem internistycznym w szpitalu psychiatrycznym, czy weźmiecie nam pacjenta prądkującego ze schizofrenią? Czy weźmiecie nam mającego po operacji kardiochirurgicznej? Czy weźmiecie nam cukrzyka?”.

To jest problem taki, że my sobie nie zdajemy sprawy z tego, kto tak naprawdę leży w dużych szpitalach psychiatrycznych. To nie są piękni, młodzi pacjenci, którzy mają problem z tym, że za dużo grali na komórce. To nie są piękni, młodzi pacjenci, którzy mają lekkie zaburzenia depresyjne. To są ciężko schorowani, starsi pacjenci po wielu udarach, psychotyczni, których nikt nie potrafi ustawić, bo oni po prostu już nie reagują na leki najnowocześniejsze czy najstarsze. Daje się im po prostu tony leków. Pacjenci, których my mamy w delirium na przykład, którzy się już nie nadają na oddział detoksykacyjny, dostają takie dawki leków, że państwa mógłbym na tym zoperować po prostu, a my przez tydzień nie możemy ich ze stanu drgawkowego wyprowadzić. Od dawna postuluję, że w dużych szpitalach psychiatrycznych powinien być internista. Jeżeli w Tworkach byłby internista, jeżeli w tych dużych szpitalach byłby internista, to byłby to game changer. To jest podstawowa rzecz, która powinna być – to minimum zabezpieczenia somatycznego dla tych pacjentów.

Druga rzecz, którą chciałem państwu powiedzieć – chciałem, żebyście państwo sobie wyobrazili, jaki jest poziom finansowania szpitali psychiatrycznych. Ja też reprezentuję Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów. Jeżeli mamy duży szpital, który zatrudnia 800 osób, a ma zapłacony roczny kontrakt na poziomie małego szpitala powiatowego, który zatrudnia 200 osób, to stąd się biorą problemy. Jeżeli państwo pytacie, jaki jest podstawowy problem tych szpitali, to jest nim to, że duże szpitale, takie jak w Tworkach, Dziekanka w Gnieźnie itd., mają kontrakty poniżej 100 mln zł rocznie. To są kontrakty na poziomie szpitala powiatowego. Więc jak te szpitale mają funkcjonować dobrze? Wszyscy godzimy się na pewnego rodzaju degrengoladę, bo nie ma pieniędzy. W związku z tym ktoś przyrzuca oko, żeby to jakoś funkcjonowało. Nie patrzcie państwo na liczbę tych łóżek, patrzcie państwo na liczbę tych pacjentów, którzy tam leżą i których nikt nie chce. Nie chcą ich szpitale psychiatryczne, nie chce ich rodzina, nie chce społeczeństwo. To są dzieci gorszego Boga. Dziękuję.

#### **Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Proszę kolejną osobę. Proszę się przedstawić i zabrać głos.

#### **Rzecznik praw lekarza w Naczelnej Izbie Lekarskiej Monika Potocka:**

Monika Potocka, rzecznik praw lekarza. Dziękuję za udzielenie głosu.

Proszę państwa, szczerze powiedziawszy, ze zdumieniem patrzyłam na zdumienie wypowiedziących się moich poprzedników, że szpitale psychiatryczne, że tak powiem, są tak zaniebane. Ja chciałam państwu przypomnieć, że to nie jest problem nowy. To jest problem stary.

W 2012 r. powstał raport Najwyższej Izby Kontroli, która skontrolowała szpitale psychiatryczne. Już wtedy wypowiedziała się na ten temat, że są bardzo duże zaniedbania lokalowe, przeciwpożarowe, sanitarne, sprzętowe. Przez 13 lat nic z tym nie zrobiono. To nie ma znaczenia, jaka partia rządziła czy rządzi, dlatego że zdrowie psychiczne jest chyba priorytetem nadrzędnym. Proszę państwa, należy się zastanowić nad tym, co powiedział przede mną mój przedmówca, dlaczego te szpitale psychiatryczne nie mają dostępu do konsultantów, dlaczego są traktowane inaczej – żeby nie powiedzieć gorzej – niż inne szpitale. Z czego wynika? Czy z podejścia społeczeństwa, czy z podejścia decydentów?

Ja myślę, że my powinniśmy nad tym się zastanowić, dlaczego to są szpitale inne, dlaczego do nich są wieszani pacjenci jak do izby wytrzeźwień i co należy z tym zrobić. Na pewno nie małymi krokami, tylko radykalnie, dlatego że ten problem po prostu już za długo istnieje. Ja mam wrażenie, słuchając lekarzy, że oni po prostu doszli do ściany. Myślę, że stąd jest m.in. ten raport rezydentów i dzisiejsze spotkanie. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Proszę kolejną osobę.

**Radca prawny Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Sebastian Stykowski:**

Dzień dobry państwu. Sebastian Stykowski, doktor nauk prawnych, radca prawny, reprezentuję Okręgową Izbę Lekarską jak pani dr Potocka.

Chciałem odnieść się do kwestii kontroli, już poruszanej bardzo krótko przez pana mecenas.

Szanowni państwo, jeśli chodzi o kontrolę, zarówno NFZ, jak i ministerstwo, jak i organy nadzoru, organ założycielski posiadają uprawnienia w jej zakresie. My w ramach samorządu zawodowego wielokrotnie składaliśmy wnioski o tę kontrolę. To jest zdziwienie – ten początek zaczyna się już od szkolenia specjalizacyjnego. Szanowni państwo, to nie jest problem tylko psychiatrii. To jest problem wielu dziedzin. Ja nie znam szpitala w Warszawie, który... Może nie wszystkie, ale wiele znam szpitali w Warszawie, które wysyłają rezydentów, osoby szkolące się do izb przyjąć, na SOR, żeby udzielali jednocześnie świadczeń zdrowotnych. Po analizie tego problemu wiem, dlaczego mamy kolejki na SOR, na izbach przyjąć. Dlatego, że jak kierownicy podmiotu nie zatrudniają lekarzy, nie organizują czasu pracy w taki sposób, żeby zapewnić obsługę izby przyjąć, to mamy później taki efekt. Ja nie wiem, czy jakbym był lekarzem, chciałbym jednocześnie obsługiwać oddział 60-lóżkowy z innej dziedziny na przykład, izbę przyjąć na dyżurach referencyjnych i jeszcze blok. Ja powiem szczerze, to są publiczne pieniądze. Ci ludzie, ci rezydenci, te osoby szkolące powinny się uczyć, szkolić, a nie być osobami, które należy wrzucać, bo ktoś nie radzi sobie z organizacją podmiotu. To jest niedopuszczalne z punktu widzenia i prawnego, i ludzkiego.

W tym zakresie postuluję i myślę, że samorząd zawodowy, jako Okręgowa Izba Lekarska, wystosuje ponownie pisma, żeby przeprowadzić kontrolę w zakresie odbywania szkolenia specjalizacyjnego, realizacji tego szkolenia, czy ci ludzie realizują te szkolenia, ale również jakości świadczeń NFZ, jak już zostało wcześniej powiedziane. Też tych kontroli nie widzę, a jak widzę, to niestety często jest tak, że organ administracji publicznej lub organ nadzoru wysyła pismo z pytaniem do podmiotu, czy wszystko jest OK, proszę się odnieść do wniosku na przykład izby lekarskiej w zakresie naruszeń. Oni odpowiadają, że jest wszystko OK, zamyka się kontrolę. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Proszę kolejną osobę.

**Członek Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Agata Lucińska:**

Dzień dobry. Agata Lucińska, jestem rezydentką, która takie dyżury pełni. Przyjechałam do państwa z daleka, przyszłam tutaj na własnych nogach ze Szpitala Nowowiejskiego, oddalonego stąd o kilka ulic.

Jedna z pań posłanek powiedziała, że jest to niemożliwe, żeby szpitale nie miały umów konsultacyjnych. Drodzy państwo, jesteśmy szpitalem w samym centrum Warszawy. Nie da się być bardziej centrum niż my. Sytuacja z dyżuru – trzecia w nocy, starszy pacjent, krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Co wtedy robi lekarz rezydent u nas na dyżurze? Otóż na trzy telefony dzwoni, żeby ustalić takiemu pacjentowi miejsce. Czasami trwa to kilka godzin. Jesteśmy w centrum Warszawy, czasami dzwoniemy na pogotowie, które mówi: „przecież jesteście szpitalem”.

Na dyżurze w centrum Warszawy ja mam własne ręce, stetoskop, ciśnieniomierz, pulsoksymetr. Nie mamy laboratorium w szpitalu. Mamy laboratorium całodobowe, ale wysyłkowe, czasami na samego kuriera czeka się dwie godziny, zanim przyjedzie i w ogóle te badania odbierze. Nie mamy możliwości konsultacji pacjenta, tylko i wyłącznie po kilkugodzinnym czasem mówieniu... Zdarzają się sytuacje, kiedy pacjent z Nowowiejskiej jedzie do Otwocka, bo tylko w Otwocku jest lekarz, który akurat miał dobre serce, zlitował się takiego pacjenta przyjąć. Słyszemy tylko przez ten telefon: „Jak to? Przecież na pewno macie umowę konsultacyjną”. Niestety nie mamy.

Były próby w naszym szpitalu podpisania takiej umowy. Ona bardzo szybko została rozwiązana przez szpital wielospecjalistyczny, który nie chciał konsultować naszych pacjentów, bo taki

był ogrom tych pacjentów. Od góry widzę taką możliwość – narzucimy pewne standardy, żeby szpital musiał mieć podpisaną na przykład całodobową możliwość konsultowania pacjentów. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Poproszę kolejną osobę.

**Doradca Fundacji „Pokonaj raka” Agnieszka Fudzińska:**

Dzień dobry. Szanowna Komisjo, nazywam się Agnieszka Fudzińska, jestem psycholożką, psycho-terapeutką w trakcie szkolenia poznawczo-behawioralnego, terapeutką DBT. Dzisiaj reprezentuję Fundację „Pokonaj raka”, bo jestem też liderką społeczną różnych projektów. Fundatorką tej fundacji jest Katarzyna Gulczyńska i ona działa, od 18 lat wspierając pacjentów onkologicznych.

Jestem autorką liderskiego projektu społecznego dla mieszkańców Tychów, którego ideą było zapewnienie pomocy osobom, którym brak było pomocy psychiatrycznej, psychoterapeutycznej, psychologicznej z powodu ograniczonego budżetu. Ci ludzie nie mają dostępu do opieki. Nikt z nas tu obecnych nie wie, kiedy może się w jego życiu zdarzyć kryzys psychiczny czy finansowy. Proszę sobie teraz wyobrazić, czy chcieliby państwo zapewnić taką opiekę swoim bliskim, w której lekarz ma od 100 do 300 pacjentów, czyli brak czasu i możliwości fizycznych udzielenia skutecznej pomocy. Brakuje dostępnych urządzeń do chorób somatycznych, takich jak kardiomonitor, brakuje możliwości natychmiastowej interwencji specjalistycznej, bo nie ma specjalisty czy szpitala.

W konsekwencji zamiast rozmowy i wsparcia, którego państwo oczekują, otrzymujecie informację, że lekarz nie ma czasu, psychologa nie ma, a system nie widzi człowieka, tylko statystyki. Specjaliści DBT, w tym także ja, uczą umiejętności, które przywracają nadzieję, w tym możliwych czterech sposobów podejścia do problemu: 1) nierobienie nic, przez co pogarszamy sytuację, 2) zmieniamy nastawienie, bagatelizując problem, co w konsekwencji również pogarsza sytuację, 3) możemy zaakceptować istnienie tego problemu, o którym dzisiaj mówimy, narzekać, opowiadać o nim, próbować go rozwiązywać, jednak to dalej nie wpływa na jego zmianę, 4) skupienie się na skutecznym rozwiązaniu problemu, bo to jest sposób na życie warte przeżycia.

Tu i teraz chodzi o rozwiązania systemowe oparte na współpracy środowiska medycznego z ustawodawczym. Nie możemy przymykać oczu na nierówności, brak bezpieczeństwa w psychiatrii dla pacjentów, dla lekarzy, dla specjalistów. Każda osoba zasługuje na troskę i wsparcie, a nie na system, w którym zarówno ludzka godność, jak i życie są zagrożone. Mówiąc to, mam na myśli zarówno pacjentów, jak i lekarzy, jak również innych specjalistów. Wypalony zawodowo lekarz specjalista staje się zagrożeniem zarówno dla siebie, jak i dla pacjentów. Dlatego z pełną odpowiedzialnością apeluję o konkretne zmiany.

Po pierwsze, chodzi o ograniczenie liczby pacjentów na jednego lekarza do 100 – takie są rekomendacje. Po drugie, stałą obecność specjalisty. Po trzecie, obowiązkowy kardiomonitor na każdym oddziale psychiatrycznym. Dziękuję bardzo i apeluję do państwa i ministra zdrowia, żebyście coś z tym zrobili. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Bardzo proszę.

**Przewodniczący Regionu Mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Joachim Budny:**

Dzień dobry. Joachim Budny, przewodniczący Regionu Mazowieckiego OZZL, lekarz psychiatra, specjalista.

Szanowni państwo, to, o czym tutaj rozmawiamy, to jest objaw dyskryminacji systemowej, społecznej oraz indywidualnej pacjenta psychiatrycznego. To, że nie można załatwić konsultacji, że jest odmawiana konsultacja w innych szpitalach, że szpitale nie chcą podpisywać umów, to jest dyskryminacja pacjenta psychiatrycznego.

Chciałbym trochę soli trzeźwiących dodać. Pacjent z ciężką chorobą psychiczną żyje 20 lat krócej. Pacjent z jakimkolwiek rozpoznaniem psychiatrycznym żyje 10 lat krócej. My tu nie mówimy o jakichś urojonych liczbach, mówimy o dekadach z życia straconych przez tę dyskryminację. To nie jest kwestia tego, co my powinniśmy zaproponować, ponieważ pojedynczy lekarz psychiatra czy nawet organizacja taka jak OZZL nie jest w stanie zmienić całej psychiatrii, ponieważ jest to system, który jest do zmiany.

Dlatego ja chciałbym się zapytać MZ, konsultanta krajowego, osoby odpowiedzialne za system, co mają do zaproponowania, żeby zmienić tę przerażającą statystykę, że ludzie cierpiący psychicznie żyją dekady krócej? Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Bardzo proszę.

**Członek prezydium Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta Iwona Czubak:**

Iwona Czubak, reprezentuję Stowarzyszenie Marfan Polska, ale w dniu dzisiejszym jestem tutaj też jako przedstawiciel prezydium Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Chciałam powiedzieć, że 3 listopada, czyli w ten poniedziałek, odbyło się spotkanie z obecnymi panem mecenasem i panem doktorem, na którym to spotkaniu Radzie Organizacji Pacjentów przedstawiono tutejszy raport. Chcę powiedzieć, że Rada Organizacji Pacjentów wraz z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta, z obecną tutaj panią dyrektorką Ewą Górko, zna temat stanu zdrowia psychicznego od dawna. O działaniach rzecznika może powiedzieć więcej pani dyrektorka.

Natomiast chciałam powiedzieć, że my, jako rada, działając przede wszystkim w interesie pacjentów, absolutnie jesteśmy za ograniczeniem do maksymalnie 100 pacjentów i jednego oddziału ostroprzylegiowego na lekarza w trakcie dyżuru. Oczywiście jesteśmy za tym, aby objąć obowiązkiem obecność lekarza specjalisty na dyżurze, chociażby tym telefonicznym, i za zapewnieniem pacjentom dostępu do badań diagnostycznych i opieki somatycznej przez całą dobę.

Skupiając się na tym ostatnim, reprezentując Stowarzyszenie Marfan Polska, chciałam powiedzieć, że hasło naszego stowarzyszenia to: „Tętniak rośnie w ciszy”. Mamy bardzo dużo pacjentów, młodych ludzi po takich zdarzeniach medycznych jak rozwarstwienia, rozpoznania, pęknięcia tętniaków i to są również pacjenci psychiatryczni. Więc dla nas jest to oczywiste, że tak samo jak dobroczynne jest to, że jest obecny lekarz psychiatra w klinikach kardiologicznych, w oddziałach internistycznych... Jeśli zostanie wdrożone leczenie takich zaburzeń adaptacyjnych lękowych już na samym początku, to bardzo pomaga. Taki pacjent może dzięki temu w przyszłości uniknąć konieczności leczenia szpitalnego w ogólnym oddziale psychiatrycznym.

Natomiast nie wyobrażam sobie też braku dostępności do lekarza kardiologa czy też lekarza internisty w przypadku pacjenta leczonego na przykład w klinice choroby naczyniowej. Pacjent, który jest po rozległej operacji wstawienia 19 tętniaków aorty na całej jej długości, wyjdzie do domu i oprze się niestety o ciężkie zaburzenia adaptacyjne i lękowe, a wróci wtedy na oddział psychiatryczny. To nadal jest pacjent, który ma po prostu ciężką chorobę.

Tak że my, jako rada, jesteśmy za zmianami zmierzającymi do poprawy sytuacji pacjentów, lekarzy i całego personelu. Przede wszystkim chcemy powiedzieć, że one są bardzo potrzebne i my, jako prezydium ROP, wspieramy wprowadzanie tych zmian w atmosferze szacunku, dialogu i poszanowania wzajemnego. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Proszę.

**Pełnomocnik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ds. przeciwdziałania dyskryminacji Robert Madejek:**

Dzień dobry. Ja nazywam się Robert Madejek, reprezentuję dzisiaj OIL w Warszawie, jestem też przewodniczącym oddziału terenowego OZZL przy szpitalu tworkowskim.

Droży państwo, dzisiaj toczy się dla nas bardzo poważna dyskusja. Natomiast chciałbym państwu powiedzieć, że właściwie psychiatria w wielu miejscach w Polsce to wciąż psychiatria XIX-wieczna. Bardzo chcielibyśmy być psychiatrami, ale jesteśmy jednak bardziej alienistami, jak to kiedyś byliśmy określani. Bardzo chcielibyśmy leczyć, ale chcielibyśmy mieć warunki do tego leczenia. Bardzo doceniamy ambitne plany dotyczące pilotażu centrów zdrowia psychicznego, ale w wielu szpitalach monospecjalistycznych nawet nie ma wyodrębnionego dyżuru dla centrum zdrowia psychicznego, więc ta cała idea wówczas upada.

Ponadto w wielu szpitalach monospecjalistycznych często na dyżurze nie ma chociażby lekarza specjalisty psychiatrii. W szpitalach, w których jest ponad 600 pacjentów. Moim zdaniem to niedopuszczalne. Trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że nikt w takich warunkach nie chce pracować. Nawet jeśli zwiększymy liczbę lekarzy o nieskończoną ilość, to jeśli nie zmienimy warunków, nikt nie będzie chciał tam pójść do pracy. Często izba przyjęć pełni funkcję izby

wytrzeźwień. W naszym kraju mamy wciąż za mało takich miejsc, które służyłyby trzeźwieniu w bezpiecznych warunkach. Pacjenci, którzy wymagają opieki psychiatrycznej w warunkach szpitalnych, często obawiają się tych ludzi. Ci ludzie też wymagają pomocy, natomiast często są to osoby, które bywają agresywne w różnych sytuacjach. Doskonale wiemy, jakie były doniesienia medialne chociażby z ostatniego roku.

Ponadto w związku z tym, że wiele z tych jednostek szpitalnych, które mamy, to są szpitale monoprolifowe, to jest wiele budynków, które są rozmieszczone na dużym terenie. Musimy się często pomiędzy nimi przemieszczać, często w godzinach nocnych, w godzinach dyżuru. Mamy ograniczony dostęp do badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych w godzinach dyżuru, czyli w godzinach nocnych, ale nie tylko, ponieważ mowa także o weekendach. Mowa także o świętach. Nawet teraz, za chwilę będziemy mieli weekend, w wielu jednostkach dzień za 1 listopada jest odbierany 10 listopada. To oznacza, że przez cztery dni ciągiem de facto wiele szpitali w Polsce, w tym szpitali psychiatrycznych monospecjalistycznych, będzie miało realnie często 1 lekarza na 300 pacjentów.

To jest też problem ograniczonej dostępności psychologów. Nie wiem, czy państwo wiecie – średnio na 40 pacjentów mamy 1 psychologa. Jak można człowiekowi w kryzysie psychicznym pomóc? Nie takie są współczesne oczekiwania pacjentów.

Ponadto jest też problem z opieką pielęgniarską. Jest za mało pielęgniarek w oddziałach ogólnopsychiatrycznych i wiele z tych starych szpitali psychiatrycznych nawet nie ma wystarczającej liczby dyżurów pielęgniarskich. Często są całe poziomy w tych szpitalach, gdzie nie ma ani jednej dyżurki pielęgniarskiej. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Bardzo proszę.

**Prezesa Polskiego Towarzystwa Mediów Medycznych Maja Herman:**

Dzień dobry. Nazywam się Maja Herman, jestem psychiatrą, która ostatni swój dyżur w szpitalu tworkowskim odbyła 13 lat temu, 2 maja dokładnie, pamiętam kiedy.

Można zadać sobie na pytanie, dlaczego tak dokładnie pamiętam. Bo każdy dyżur obarczony był dużą liczbą zdarzeń, które były – można to nazwać ładnie i eufemistycznie – niepożądane, ale nie dlatego, że trzeba się było opiekować pacjentami, tylko trzeba było szyć. Trzeba było się naprawdę nastarać i bilokalizować, a nie miałem wtedy naszyjnika jak Hermiona Granger, która potrafiła być w dwóch miejscach równocześnie. Jest mi bardzo przykro, że mija tyle lat, a w dalszym ciągu słyszymy to samo.

Teraz tak. Mam jedną uwagę do NFZ i do państwa z MZ. Ja wiem, że przypadnie mi ta rola, która jest najgorszą rolą – powiedzenia tego, co tutaj nie padło. Pamiętajcie o tym, że szpitale są upolitycznione. Jeżeli pytacie, dlaczego nie ma kontroli, to dlatego, że szpitale są upolitycznione i państwa rola jest paskudna. Ja wiem o tym, bo musicie lawirować pomiędzy tym, co wypada tym, a tym, co można, tym, co przynosi zarobek, a tym, co tak naprawdę przynosi dobry rezultat dla zdrowia. Ale wierzę w jedną rzecz, bo to jest tak, że jak będziemy mieli zdrowsze społeczeństwo, to będziemy mieć mniej wydatków na ochronę zdrowia. To jest inwestycja, która jest warta podjęcia, tylko na razie trzeba pomyśleć o tym, że przez te kilka pierwszych lat będziemy mieli więcej wydatków, które później dadzą trochę mniej tych wydatków.

To jest taka uwaga ode mnie, a poza tym, skoro mam ten głos, chcę z niego skorzystać. Jestem bardzo szczęśliwa, że jest tu tylu rezydentów, szczęśliwa, że do tej pory, a minęły już prawie dwie godziny, nikt nie powiedział im: „Zawsze tak było. Przestańcie narzekać”. Bardzo mnie to cieszy, że nikt nie odważył się tego powiedzieć i mam nadzieję, że nikt nie odważy tego powiedzieć, bo to, że zawsze tak było, nie oznacza wcale, że powinno tak dalej być. Tak że dziękuję bardzo i wam gratuluje, że tu jesteście.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Teraz chciałabym przejść całkiem do lewej stolika, a potem wrócimy znowu tutaj. Bardzo proszę przedstawić się i zabrać głos.

**Dyrektor Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku Krzysztof Sikorski:**

Dzień dobry. Witam serdecznie. Dziękuję pani przewodniczącej za głos.

Szanowni państwo, my tutaj z kolegą reprezentujemy Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego, które skupia ponad 129 podmiotów, które są w tym trybie reformy, którą państwo już wymienialiście w zakresie psychiatrii środowiskowej.

Chciałbym państwu podziękować, bo uwielbiam słuchać młodych ludzi, przede wszystkim takich, którzy czują problem i go podnoszą, bo to, co mówicie, to naprawdę są bardzo ważne sprawy. Chciałbym wam również zakomunikować, że zespół, który został powołany jeszcze za czasów minister Leszczyzny, opracował już rekomendacje, opracował już zmiany systemowe, które pozwolą – nie od razu oczywiście – państwa postulaty w jakiejś części spełniać. Myślę, że to jest element reformy, która będzie trwała bardzo długo.

Jestem dyrektorem Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku. Jednostki, która jest peryferyjną jednostką, bo mieścimy się na obrzeżach województwa pomorskiego. Tak jak państwa słucham, to powiem szczerze – ten model psychiatrii środowiskowej jest też szansą, żeby rozwiązać państwa problemy. Dlaczego? My też mieliśmy problemy z dyżurami. 120 osób, nie mieliśmy nawet gdzie ich kłaść. Kładliśmy ich na korytarzach. Można powiedzieć, baliśmy się strasznie, bo wiecie państwo, to był prawie XIX wiek, żeby nawet na siennikach tego pacjenta położyć. Weszliśmy bardzo aktywnie w pilotaż. I co się zmieniło? Po pięciu latach mamy 40 pacjentów na oddziale, mamy dyżury zapewnione, psychologów, ile państwo chcecie, bo działamy kompleksowo. Psycholog jest w centrum, a nie tylko na oddziale – w centrum, w środowisku i na oddziale. Mamy zatrudnionego lekarza internistę, neurologa, pełną diagnostykę, jeżeli chodzi o całodobową opiekę nad pacjentem, dostęp praktycznie do szpitala, wielospecjalistycznego.

To są takie elementy, które są ważne i istotne, szanowni państwo, bo one są wpisane w pilotaż, w troskę o pacjenta. Nam wcale nie zależy w tej chwili, żeby ten pacjent był w szpitalu. Oczywiście w kryzysie, w ciężkich stanach on nie ma innej możliwości, do szpitala przyjedzie. Są rehospitalizacje również. Pacjent ma prawo przyjechać do nas w każdej chwili. Natomiast my tak naprawdę dzisiaj się skupiamy na pracy nad pacjentem w jego środowisku domowym.

Powiem państwu, przez moment się zastanawiałem, w jakim świecie żyjemy, bo państwo opowiadacie takie rzeczy, które dla nas są już w jakimś stopniu historią, ponieważ ja mam – to nie jest reklama, przepraszam bardzo – 10 miejsc rezydenckich, z tego 8 wolnych. Mam kłopot z rezydentami, bo Słupsk jest małym miastem. Słupsk nie przyciąga młodych ludzi niestety. Wiemy, jaka jest demografia, ze Słupska młodzi ludzie wyjeżdżają. Próbuje zachęcać: przyjdźcie do nas, zobaczcie inną psychiatrię, tę środowiskową, ten nowoczesny nurt. Niestety mam dalej 8 miejsc rezydenckich.

Ale szanowni państwo, każdy głos państwa jest bardzo istotny. Ja też w jakimś stopniu – pozwólcie, że w waszym imieniu – zaapeluję do ministerstwa, żeby te rekomendacje, które dzisiaj, można powiedzieć, leżą na biurku w ministerstwie, podsumowanie tej reformy w zakresie psychiatrii dla dorosłych, bo jeszcze mamy przecież psychiatrię dzieci i młodzieży... Chodzi o to, żeby te rekomendacje jak najszybciej zostały przyjęte i wdrożone. Bardzo proszę też, żebyście nas, jako te centra, również wsparli. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

**Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego SA w Tarnowskich Górach Maciej Osuch:**

Maciej Osuch, OSCZP, szpital wieloprofilowy w Tarnowskich Górach.

My mamy troszeczkę inne spojrzenie. Tak jak państwo mówili, też pan dr Giziński powiedział – 50 łóżek to jest optymalna liczba na dyżur. W materiałach, które nam dzisiaj NFZ przygotował, widać, że takie centrum, które ma oddział dedykowany centrum i jest to przestrzegane zgodnie z wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu pilotażowym i w przyszłym standardzie... Oddział nie będzie liczył więcej niż 50–60 łóżek, bo największe centrum może mieć 200–250 tys. podopiecznych, a na to musimy zabezpieczyć właśnie maksymalnie między 50–60 łóżek. Stąd to bezpieczeństwo dyżurowe. Jeżeli będziemy przestrzegać zasad, które są w rozporządzeniu pilotażowym i w przyszłości znajdą się w standardzie, da to bezpieczeństwo przede wszystkim pacjentowi i też państwu jako lekarzom, pielęgniarkom, osobom wykonującym zawody medyczne.

Pan poseł Bolesław Piecha mówił o nowoczesnych lekach, o przedłużonym działaniu – tak, te leki się zmieniły. Dzisiaj opieka środowiskowa, którą stosujemy w centrach, pozwala podać leki w środowisku pacjenta, u niego w domu – w ramach zespołu leczenia środowiskowego.

Ograniczamy konieczność hospitalizacji, tak że liczymy, że z czasem liczba koniecznych łóżek spadnie. Z drugiej strony widzimy pewną bardzo dużą potrzebę, rozmawiając w naszym środowisku o wielochorobowości. Mówimy o występowaniu uzależnień wśród pacjentów chorych psychicznie, często to jest nawet samoleczenie tego pacjenta. Nie wiemy, co było pierwsze.

Stąd apelujemy, żeby umożliwić utworzenie w przyszłości referencyjnych placówek, które zajmą się leczeniem osób z tzw. podwójną diagnozą, bo tego centra dzisiaj nie mają wpisanego w swój zakres działania, a tych osób nam przybywa.

Kiedyś z kolegą, który też jest obecny na sali, byliśmy w stowarzyszeniu placówek leczenia uzależnień. Tam też problemem była podwójna diagnoza, stąd należy ten problem powolutku rozwiązywać, żeby zintegrować środowisko. To jest trudny pacjent, nie wiadomo, czym się najpierw zająć – czy chorobą psychiczną, czy jego uzależnieniem. Tak że tutaj dużo pracy przed nami. Wydaje mi się, że kierunek dotyczący tworzenia centrów zdrowia psychicznego, plus uzupełnienie ich o specjalistyczne oddziały, które zajmą się innymi grupami pacjentów, jest dobrym kierunkiem. Życzyłbym wszystkim obecnym, przede wszystkim pacjentom, żeby udało się zamknąć okres pilotażu i przejść do rozwiązań systemowych. Dziękuję państwu bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Proszę bardzo.

**Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku Mariusz Kaszubowski:**

Dzień dobry. Moje nazwisko Mariusz Kaszubowski, jestem dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku. Można powiedzieć, że największego szpitala, w którym posiadamy łóżka ogólnopsychiatryczne. Wszystkich w ogóle tzw. ostroprzyjęciowych łóżek mamy 400.

Chciałbym państwu troszeczkę powiedzieć, jak to wygląda ze strony dyrektora szpitala, jak mamy zorganizowane to u nas, bo część rzeczy, które tutaj usłyszałem, oczywiście jest mi znana. Zdajemy sobie sprawę, jako zarządzający placówkami, że te problemy są, i staramy się, proszę mi wierzyć – może nie wszyscy – ale rzeczywiście staramy się je rozwiązywać.

Otóż w moim szpitalu, pozwolę sobie tak powiedzieć, na te 400 łóżek w dyżurze zawsze na izbie przyjęć jest specjalista, i to 24/7, jak to się mówi potocznie. Do tego dochodzą oczywiście dyżury trwające od godzin rannych do godziny 20:00, gdzie od 7 do 8 rezydentów dyżuruje. Natomiast w takim już systemie nocnym i weekendowym na dwa duże budynki, a w każdym z budynków są cztery oddziały, jest po jednym rezydencie, czyli mamy tak naprawdę, podsumowując, jednego specjalistę i dwóch rezydentów. Proszę mi wierzyć, że bardzo trudno jest ułożyć dyżury. Do tego stopnia, że jeżeli chodzi o dyżurujących specjalistów, bardzo często jest tak, że mój zastępca do spraw leczenia, który jest specjalistą psychiatrii, również dyżuruje w tak dużym szpitalu.

Co do dyżurów rezydenckich, nie jest problemem, jeżeli chodzi o mnie, osobę decyzyjną, aby ich było więcej. Natomiast rezydenci nie chcą dyżurować ze względu na to, że bardzo często mają swoją prywatną praktykę w przychodniach albo dyżurują gdzie indziej. I ja to rozumiem, szanuję. Natomiast obawiam się, że będzie bardzo duży sprzeciw, bo mogę taką propozycję złożyć mojej grupie rezydenckiej – jest to prawie 65 osób – aby wzięła, przyjmując te rekomendacje, cztery razy tyle dyżurów niż dotąd. Myślę, że z tym będzie ogromny kłopot.

Natomiast w kwestiach innych mogę się podpisać pod tym, co państwo mówicie. Jest duży kłopot z pacjentami, którzy są obciążeni somatycznie. Niestety system jest troszeczkę niewydolny. Bardzo często szpitale psychiatryczne są traktowane jako miejsca zrzutów pacjentów przez karetki systemowe. Ktoś w tle zauważył pewne symptomy psychiatryczne, ale pacjent jest mocno obciążony somatycznie. Natomiast szpital może mieć ogromny kłopot.

Mamy kardiomonitoring u nas w szpitalu. Robimy różnego rodzaju szkolenia w systemie dyżurowym przez większość czasu na izbie przyjęć. Moi drodzy, jest czterech albo pięciu ratowników medycznych, mamy zespoły interwencyjne, które przybiegają na wezwanie lekarza, gdy się coś dzieje na oddziale, celem zabezpieczenia bądź ratowania życia i zdrowia. Mamy podpisaną – całe szczęście – umowę, która pozwala na szybkie wezwanie karetki Falck, która przyjeżdża w tym momencie. Mamy zabezpieczone miejsce dla przyjęcia pacjenta, któremu trzeba ratować życie i zdrowie.

Ja wiem, że to jest ogromny kłopot i wiele szpitali nie ma takich umów podpisanych, ale nie dlatego, że dyrektorzy szpitali nie chcą tego zrobić, tylko inne placówki nie chcą z tą drugą stroną współpracować. Nam całe szczęście się udało i mamy zapewniony zawsze kontakt telefoniczny, że takie miejsce się znajdzie, ale też z drugiej strony to jest umowa krzyżowa.

Szpital wielospecjalistyczne, które nie mają oddziałów psychiatrycznych, przywożą do nas na izby swoich pacjentów, żeby konsultować.

Proszę mi wierzyć, że to jest bardzo trudne od strony zarządzającego szpitalem, któremu naprawdę na sercu leży dobro pacjentów i personelu, aby w tym wszystkim pływać i w jakiś optymalny sposób starać się zabezpieczyć i pacjentów, i bezpieczeństwo lekarzy. My w szpitalu u nas w Gdańsku prowadzimy, wydaje mi się, dość duży dialog społeczny, również z grupą rezydentką. Wiele pomysłów, które ta grupa proponowała, zostało wprowadzonych.

Natomiast obawiam się, że niektóre postulaty mogą ten system nam wywrócić. Wiadomo, że w świecie idealnym wszyscy chcielibyśmy, żeby każda karetka systemowa miała lekarza, ale to jest niemożliwe. Tak samo i tutaj chcielibyśmy, żeby każdy szpital wielospecjalistyczny miał mały oddział psychiatryczny do 50 pacjentów, pełne zaplecze somatyczne, każdy pacjent psychiatryczny na wejściu by miał TK, pełne badania laboratoryjne. Jeżeli to jest ten wzór i cel, do którego chcielibyśmy zmierzać, to bardzo dobrze, ale nie zrobimy tego przy tych środkach finansowych, przy tym kapitale ludzkim, jaki mamy tu i teraz, więc uważam, że powinniśmy oczywiście rozmawiać na ten temat, pomyśleć, ale też mierzyć siły na zamiary, kończąc moją wypowiedź.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, ostatni głos z lewej strony i potem przejdziemy tam.

**Prezeska Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień Anna Śremska:**

Dzień dobry. Anna Śremska, jestem dyrektorem specjalistycznego psychiatrycznego zespołu opieki zdrowotnej w Łodzi i jednocześnie prezeską Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień. Bardzo się cieszę, że dzisiaj się spotkaliśmy. Szkoda, że siedzimy po dwóch stronach, ale myślę, że to jest nasz wspólny dzisiaj występ przed gronem parlamentarnym.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, szanowne panie posłanki, panowie posłowie, możecie zrobić szybko zmianę jakościową w opiece psychiatrycznej. Uprzejmie proszę, żebyśmy mogli potraktować szpital psychiatryczny jak każdy inny szpital, żeby karetka systemowa mogła również przyjechać do szpitala psychiatrycznego i wziąć pacjenta z zawałem, udarem ze szpitala psychiatrycznego, bo dzisiaj to jest niemożliwe. Świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień nie są świadczeniami szpitalnymi i ta usługa zakontraktowana przez NFZ, przez Falck u nas nie działa. Myślę, że to jest bardzo szybka zmiana przepisów prawnych.

Zachęcam również do tego, żeby wesprzeć zmianę systemową w zakresie procedowanej aktualnie zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, czyli rzeczywiście definicji, czym szpital psychiatryczny jest, dlatego że to od tej decyzji będzie zależała jego konstytucja w zakresie spełnienia szeregu wymogów – organizacyjnych, prawnych, chociażby dotyczących autoryzacji świadczeń. Ja nie odżegnuję się, jako pracodawca, od podjęcia tego wysiłku, bo drodzy państwo, jako kierownik tego podmiotu odpowiadam za wszystko w tym ZOZ. Wy myślicie, że my nie chcemy tej zmiany jakościowej? To jest dla nas priorytet. Za każdego pacjenta, każdego naszego współpracownika odpowiadamy.

To jest kolejna rzecz – jesteśmy przed następnym okresem programowania zmian do „Krajowego planu transformacji” i do wojewódzkich planów transformacji. To jest narzędzie długofalowej polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia. Nie będzie miała na to wpływu wtedy kadencja, zmiany polityczne. To jest ten kierunek i naprawdę kolejna rzecz, którą warto tutaj podnieść. Cieszę się, bo na horyzoncie pierwszy raz, odkąd pamiętam, pojawiły się środki inwestycyjne dla psychiatrii. Tego nigdy nie było. Psychiatria przy okazji każdego środka dedykowanych przez państwo była pomijana, nawet w regionach. Szanowni państwo, to zależało od włodarzy, od zasobów będących w województwach. To nie jest tylko sprawa regionalna. Zdrowie psychiczne jest sprawą ponadregionalną i ponadpartyjną.

I jeszcze jedno, zachęcam, żeby regulacje dotyczące wsparcia i organizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z zakresu zdrowia psychicznego i odwrotnie – zdrowia psychicznego dla innych dziedzin – w końcu podlegały takim ustaleniom na poziomach wojewodów. Oni mają ogromny wpływ na to, jak kształtowana jest polityka. Oni mają wpływ na to, jak organizowane są zespoły ratownictwa medycznego, tam to można zorganizować. Wiedzą, jakie mają zasoby, jaki mają potencjał kadrowy, lokalowy, każdy inny. Tam ta polityka powinna być kształtowana, bo każda regulacja odgórna będzie powodowała, że w szpitalu w Branicach będziemy musieli relokować wykształconych lekarzy. Chyba nie o to nam chodzi.

Drodzy państwo, musimy do tego podejść naprawdę odpowiedzialnie. Tam byłby też asumpt do tego, żeby odgórnie... Nie wiem, jakiego słowa teraz użyć, przepraszam, bo też emocje mną targają. Nie powiem, że nie. Ale żeby zobowiązać poszczególnych świadczeniodawców realizujących określone zadania do współpracy między sobą... Dzisiaj ja naprawdę zebrzę na kolanach o współpracę innych placówek w zakresie zabezpieczenia pacjentów z naszego miejsca.

Drodzy państwo, tak nie może być. Inne szpitale mówią do mnie tak: „Weźmiemy wam każdego pacjenta do 14:00”. Tak nie może być, ale z drugiej strony ja też ich rozumiem, bo oni też stoją przed wyzwaniem, że za moment nie będą mieli czym obsadzić swoich intern na przykład. To naprawdę musi się zadziać lokalnie, bo my wiemy, jak tę opiekę w trybie dyżurowym zorganizować lokalnie, w zakresie danych województw czy regionów. I powiem tak ze swojej strony – kieruję te słowa i patrzę się... Akurat mam możliwość takiego tunelu wzrokowego z kolegą moim.

**Rzecznik praw lekarza w NIL Monika Potocka:**

Czy ja mogę prosić, żeby jeszcze studenci mogli zabrać głos? Monika Potocka.

**Prezesa ZPOPiLU Anna Śremska:**

Chętnie bym dokończyła wypowiedź, przepraszam najmocniej.

Zachęcam was do współpracy z nami, bo myślę, że na poziomie współpracy w danym zakładzie pracy jest możliwość wypracowania najlepszych rozwiązań. Zachęcam was do tego. Deklarowałam od samego początku, jeśli jest kłopot jakiś, ja naprawdę dysponuję swoim czasem i naprawdę zobowiązuję się do tego, żeby być swojego rodzaju mediatorem, jeśli nie wystarcza jakichkolwiek kompetencji po stronie moich koleżanek i kolegów. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, bo tu już się pani zgłasza. Ostatnie trzy głosy, bo jeszcze potrzebujemy chwili na odpowiedź ze strony ministerstwa, ewentualnie NFZ.

**Koordynatorka narodowa ds. edukacji medycznej w Międzynarodowym Stowarzyszeniu Studentów Medycyny IFMSA-Poland Dominika Flisek:**

Dziękuję bardzo.

Dzień dobry. Nazywam się Dominika Flisek i jestem studentką kierunku lekarskiego, reprezentuję Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny i IFMSA-Poland.

W świetle ostatnich wypowiedzi i wydarzeń, które ujawniły przeciążenie kadrowe w psychiatrii, w imieniu członków naszego stowarzyszenia chciałabym wyrazić nasze głębokie zaniepokojenie warunkami pracy lekarzy tej specjalizacji. Sytuacja, o której rozmawiamy, w której 1 psychiatra dyżurujący odpowiada za 300 lub więcej pacjentów bez wsparcia innych specjalistów, jest niebezpieczna nie tylko dla lekarzy, ale także dla pacjentów.

Możemy się w tym momencie odnieść do raportu o zdrowiu psychicznym personelu medycznego, przygotowanego przez Światową Organizację Zdrowia. Wynika z niego, że około 50% kadry w Polsce cierpi na objawy depresji. Powyżej średniej europejskiej znajdujemy się również, jeżeli chodzi o kategorie: liczba lekarzy doświadczająca zaburzeń lękowych, liczba osób, która doświadcza przemocy w miejscu pracy, czy też liczba przepracowanych nadgodzin. Warunki pracy bezpośrednio łączą się ze zdrowiem psychicznym kadry medycznej i w takich okolicznościach ciężko jest zadbać o zdrowie pacjentów.

Jako przyszli lekarze z niepokojem patrzymy na środowisko naszej przyszłej pracy. Zwłaszcza ci z nas, którzy w najbliższym czasie rozważają psychiatrię jako swoją ścieżkę zawodową. Dlatego właśnie chciałabym zaapelować o natychmiastowe działania, zwiększenie liczby etatów, adekwatne finansowanie, a przede wszystkim systemowe wsparcie dla psychiatrów. Jako studenci, przyszli lekarze chcemy leczyć pacjentów, pracować w ochronie zdrowia i pomagać innym, ale potrzebujemy też wiedzieć, że to wszystko może się odbywać w bezpiecznych warunkach zarówno dla nas samych, jak i dla pacjentów. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję.

Proszę kolejną osobę.

**Sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Jolanta Januszczak:**

Jola Januszczak, sekretarz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Ja tylko powiem, dlaczego tak istotne są normy, których nie mamy na psychiatrii jako personel pielęgniarski. Od 2021 r. poprzez regulację były zaspokojone w tym zakresie wszystkie inne specjalizacje oprócz psychiatrycznej i oddziałów rehabilitacyjnych neurologicznych. To jest kwestia dbałości, jakości, ale przede wszystkim bezpieczeństwa pacjentów.

Ja państwu tylko podam dane Biura Rzecznika Praw Pacjenta. W 2023 r. liczba przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego wyniosła 23 tys., w 2024 r. – ponad 51,5 tys. Liczba hospitalizacji pomimo działania od siedmiu lat centrów zdrowia psychicznego: 2023 r. – ponad 111 tys. osób hospitalizowanych, to są dorośli i dzieci, 2024 r. – 259 499 pacjentów.

Proszę państwa, unieruchamiani są dorośli, unieruchamiana jest młodzież i unieruchamiane są dzieci. Oddziały psychiatrii dzieci i młodzieży w 2023 r. – 549 przymusów zastosowanych u dzieci na psychiatrii sądowej. Liczba hospitalizacji – 103. Liczba hospitalizacji w 2024 r. – 660, mimo od siedmiu lat działającego centrum zdrowia psychicznego. Wiadomo, że ta reforma musi iść w zakresie środowiskowych oddziaływań, ale oddziały są przepełnione, w oddziałach się trudno pracuje, w oddziałach nie ma przede wszystkim takiego właściwego bezpieczeństwa, który my chcielibyśmy stworzyć pacjentom.

To jest kwestia tego, że my nieraz, jako organizacja, prosiliśmy, wnosiliśmy stanowiska. Ostatnie stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, towarzystw pielęgniarskich i położniczych było o nieredukowanie norm zatrudnienia, bo takie podchody też były. Wnosimy do pana ministra o odpowiedź na pytanie, kiedy będą wdrożone normy w zakresie pielęgniarek psychiatrycznych i w specyfice psychiatrii z racji tego, że od 2021 r. nic się nie zmieniło.

Mieliśmy tutaj dyskusję. Pomimo przeliczenia kategoryzacji obciążeń pacjentów... Są coraz trudniejsze obciążenia, jest wielochorobowość, ale przede wszystkim jest wielość diagnoz – współuzależnienie jest jednostką chorobową psychiatryczną. Warunki pracy są skrajnie trudne, ale przede wszystkim zależy nam na warunkach leczenia pacjentów, ich bezpieczeństwie i jakości. Naprawdę apelujemy o zadbanie o to, bo też opiniujemy różnego rodzaju projekty.

Teraz opiniowaliśmy projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i tam były różne aspekty. Przede wszystkim był aspekt uregulowania zastosowania przymusu bezpośredniego, które jest skrajnie trudną procedurą przede wszystkim dla pacjentów, ale dla nas również. Ja przypominam, że pielęgniarka na dyżurze ma obowiązek co 15 minut sprawdzać – monitoruje się bez przerwy – i dokonywać wpisu w systemie. Też musimy mieć na to czas, a proszę zwrócić uwagę, że w województwie śląskim jest 1 pielęgniarka na 53 pacjentów. Kto, pytam się, ma zagwarantować?

Poseł Bojarski mówił nam, rezydentom i lekarzom, żeby posiłkować się kadrą dodatkową. Proszę państwa, nie ma kadry dodatkowej. Jesteśmy sami z pacjentami. Na dyżurze oddział jest dwupoziomowy i jest po jednej pielęgniarence. Ona może udźwignąć do 20 kg doraźnie.

Kolejna sprawa to unieruchomiony pacjent ze ścisłą obserwacją, bo ma realnie wytwórcze myśli samobójcze – jak my jesteśmy w stanie to wszystko ogarnąć? Nie jesteśmy. Odpowiadamy za zdrowie i życie ludzkie i wnosimy o uregulowanie w zakresie norm zatrudnienia i obsad pielęgniarskich, szczególnie w specyfice psychiatrii. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Poproszę pana na samym końcu o zabranie głosu. To będzie ostatni głos, potem poproszę pana ministra o odpowiedź.

**Edukator w Fundacji eFkropka Norbert Bolek:**

Dzień dobry. Witam państwa, witam panie i panów posłów. Norbert Bolek, Fundacja eFkropka.

Ja chyba jestem jedynym pacjentem psychiatrycznym na tej sali, co od 30 lat bywa w różnych szpitalach od drugiej strony. Fundacja skupia pacjentów, psychologów, terapeutów i lekarzy. Moja fundacja od początku – tu się zgadzam – kibicuje reformie opartej na „Narodowym programie ochrony zdrowia psychicznego”. Pracujemy też nad tym, żeby psychiatria środowiskowa zapanowała w całym kraju i było tak dobrze, jak mówił pan dyrektor ze Słupska. Natomiast wiem, przyglądając się temu od ośmiu lat, że nie nastąpi to teraz i natychmiast. Pamiętajmy, że pacjenci

są obciążeni somatycznie także przez to, że nie zdołali wyzdrowieć lub zająć się swoimi chorobami, lecząc się w niedoskonałym systemie ochrony zdrowia psychicznego.

Chciałem krótko powiedzieć, że jako fundacja popieramy stanowisko PR OZZL, że na dziś trzeba zadziałać skutecznie, żeby ludzie nie cierpieli, nie umierali bez sensu w wielkich szpitalach, a rekomendacje macie państwo wyświetlone. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Proszę o odpowiedzi na pytania.

**Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:**

Myślę, że na wszystkie pytanie nie odpowiem.

Jedna rzecz – pkt 2, 3 i 4 możemy zrealizować, zlecając kontrolę konsultantowi krajowemu i wojewódzkim, jak również NFZ i CMKP w tym zakresie, żeby sprawdzić dokładnie realizowanie tych zapisów, które są obowiązujące dla wszystkich, bo te wszystkie konsultacje i tym podobne są.

Druga rzecz – też się dziwię, dlaczego jednostki, które należą do tego samego właściciela, czy Szpital Nowowiejski i Szpital im. Banacha nie mogą ze sobą współpracować? To wzbudza mój głęboki niepokój i zadam pytanie panu rektorowi czy też dyrektorowi szpitali klinicznych, dlaczego tak się dzieje. Tak samo dotyczy to Łodzi, bo pani dyrektor też jest chyba w zespole szpitali należących do Uniwersytetu Łódzkiego. Nie? Marszałka. Też jest tam kilka jednostek podległych. Dlaczego jeden właściciel, który jest właścicielem kilku podmiotów wieloprofilowych, nie ma możliwości, żeby ze sobą płynnie współpracowały? Jest to dla mnie kompletnie niezrozumiałą sytuacją. Zadamy pytania podmiotom właścicielskim, dlaczego ta współpraca w zakresie wzajemnych konsultacji nie może dojść do skutku, bo jest jeden władarz i może to skutecznie wyegzekwować.

Co do pełnomocnika rządu to nie jestem w stanie na niego wpłynąć. Możecie państwo zaapelować do pana premiera jako posłowie, aby taką osobę, która będzie łącznikiem pomiędzy różnymi ministerstwami, mógł powołać.

Jeżeli chodzi o aktualny priorytet, który państwo znacie, „Zdrowe serce, zdrowy mózg”, to jest priorytetem MZ i w tę stronę zmierzamy.

Co do jednego ministra zajmującego się opieką psychiatryczną – będzie to trudne. Tym niemniej doszliśmy do porozumienia z minister Kęcką, że problemy psychiatrii zostaną przeniesione do Departamentu Lecznictwa, który ja nadzoruję, tam będziemy realizować tematy całościowo, żeby nie były one rozbite między różnymi departamentami MZ, łącznie z wyciąganiem wniosków z pilotażu centrów zdrowia psychicznego i dalszego wdrażania tego tematu w życie.

Nie mogę zrozumieć również niektórych kolegów dyrektorów, bo byłem do niedawna dyrektorem, że nie są w stanie zakupić za 2 tys. zł kardiomonitora do szpitala psychiatrycznego. To jest taki koszt, proszę państwa. Maksymalnie 5 tys. zł. Nie potrzeba tam kardiomonitora dla kardiologii czy oddziału intensywnej terapii, więc nie jest to dramatyczny koszt, tak samo jak defibrylator i parę innych rzeczy. Ja rozumiem, że jest mizeria środków, ale są rzeczy ważne i najważniejsze.

Apelowałbym do państwa, jako rezydentów, żebyście ze swoimi kolegami, którzy dostarczają zaświadczenia, że nie mogą z różnych powodów dyżurować, może jednak zastanowili się, i nie dotyczy to tylko psychiatrii, ale wielu specjalności medycznych. Jako pełniący obowiązki dyrektora doświadczałem tego, że w specjalnościach, które niestety są zabiegowe i związane z oddziałem szpitalnym, trudno nie dyżurować, żeby tę specjalizację zrobić. Może trzeba zmienić specjalizację na taką, która nie wymaga dyżurów? Ale to jest oczywiście błędny wybór, może trzeba zmienić tę specjalizację? Nie oceniam, tylko chciałbym zwrócić na to uwagę, że też z takim problemem się jako dyrektorzy mierzyliśmy. Ja teraz mówię w tym momencie jako dyrektor, nie jako minister zdrowia, proszę państwa.

Wracając do ministerialnych tematów, jak powiedziałem, temat zdrowego mózgu jest jednym z naszych priorytetów. Będzie tworzona nowa ustawa o zdrowiu publicznym. Jest tam na ten temat i będzie o tych wszystkich problemach, o których państwo mówili, w sensie zapobiegania tym problemom, żebyśmy nie mieli tylu pacjentów czy też problemów ze zdrowiem emocjonalnym czy psychicznym, jakbyśmy tego nie nazwali. Chodzi o to, żeby było ich jednakowoż mniej.

Cóż więcej? Chyba w te cztery minuty, to mogłem tyle państwu powiedzieć, bo do każdego szczegółu też będzie mi się trudno odnosić bezpośrednio.

Jeżeli policzylibyśmy, ile jest państwa rezydentów w Polsce w tej chwili na liczbę łóżek psychiatrycznych, to spokojnie mogłoby być nawet mniej niż 100 łóżek pod państwa nadzorem na dyżurze, pod warunkiem że wszyscy rezydenci pełniliby te dyżury oczywiście. Wtedy myślę, że byłoby to znacznie prostsze. Być może w niektórych miejscach, tak jak tutaj pan ze Słupska powiedział, nie ma odpowiedniej liczby rezydentów i ma problem oczywiście. Myślę, że to też jest problem alokacji zasobów medycznych w mniejszych miejscowościach, które są mniej atrakcyjne do życia codziennego zapewne, niestety będzie to trudne do rozwiązania przez MZ. To jest chyba większy problem, ogólnopolski, widoczny we wszelkich dziedzinach naszego życia, że migrujemy z mniejszych miejscowości do dużych miast.

Dziękuję za to uwagi. Nie będę mówił, że to jest nieprawda albo że ma być inaczej, albo że za moich czasów tak było. Nie wiem, może się mylę, ale powziąłem taką wiedzę, jeżdżąc na obozy studenckie – co prawda nie były psychiatryczne – do szpitala w Kocborowie koło Starogardu Gdańskiego. Te szpitale odziedziczyliśmy po czasach XIX-wiecznej psychiatrii. Wtedy częste były neuroinfekcje, powikłania kiły trzecio- i czwartorzędowej. Z tego powodu one takie były. Niestety z takimi szpitalami zostaliśmy od XIX wieku i tak to wygląda. Musimy jednak zmierzać do tej środowiskowej psychiatrii, a nie szpitalnej.

W danych, które przytaczała pani przedstawicielkach środowiska pielęgniarstwa, to chyba rzecznik praw pacjenta się pomylił, bo mamy znacząco inne dane sprawozdane do NFZ, więc być może u rzecznika jakiś błąd nastąpił.

**Sekretarz ZK OZZPiP Jolanta Januszczak:**

Ja tylko powiem, że 73 podmioty dostały te dane w OSR od państwa z ministerstwa.

**Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:**

OK. Natomiast rzeczywiście to, co powiedziano – rzeczywiście pierwszy raz będą środki finansowe przeznaczone na psychiatrię. Od wielu lat nikt tego problemu faktycznie nie adresował. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Bardzo dziękuję.

Ja jeszcze trochę, łamiąc standardowy scenariusz na pół minuty – pan dr Goncerz prosił o głos na zakończenie Komisji, żeby jeszcze taką prośbę, apel na koniec wystosować. Bardzo proszę.

**Przewodniczący PR OZZL Sebastian Goncerz:**

Ja bardzo dziękuję wszystkim państwu, którzy tutaj się zjawili. Wydaje mi się, że tak liczna obecność, tyle głosów silnych, emocjonalnych, podających po prostu prawdziwe historie – to wszystko pokazuje, że problem jest rzeczywisty i jest od jakiegoś czasu. To nie jest coś, co jest od teraz. Tym, co się teraz zmieniło, jest to, że mamy diagnozę.

Wcześniej mówiłem o tym, że nie zamierzamy generować konfliktów i robić polowania na czarownicę, dlatego że nikt nie miał do tego czasu w mojej ocenie tego raportu. Nie miał takich jasnych danych na temat skali tego czasu, teraz to jest od miesiąca opublikowane. Ja wiem, że te zmiany nie zadzieją się w przeciągu dnia czy miesiąca, że nagle będzie lepiej, ale dane są jasne. Pokazują, że pacjenci są zagrożeni. Trzeba podjąć działania i nie można pozostawić sytuacji takiej, jaka jest.

W związku z tym mój ogromny apel po pierwsze do ministerstwa właśnie o to, żeby wszystkie dostępne działania podjąć, jakiś plan rozłożyć. My jesteśmy do dyspozycji. Apeluję do całej Komisji o wsparcie w tym zakresie, do państwa posłów wszystkich opcji politycznych, ponad podziałami.

Dziękuję państwu i pani przewodniczącej za głos i organizację Komisji. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):**

Dziękuję bardzo.

Uważam, że ta dyskusja była ważna, bardzo potrzebna. Dziękuję wszystkim państwu za uczestnictwo w dzisiejszym posiedzeniu Komisji. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji.

Zamykam posiedzenie Komisji.