

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

(NR 12)

z dnia 4 czerwca 2025 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 12)

4 czerwca 2025 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej podkomisji, zapoznała się z:

- **informacją na temat funkcjonowania i finansowania psychiatrii środowiskowej w Polsce – wdrażania pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego oraz planów jego przekształcenia w rozwiązania systemowe.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Dagmara Korbasińska-Chwedczuk** dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Beata Kosiec** naczelnik w Departamencie Wychowania i Profilaktyki Ministerstwa Edukacji Narodowej, **Karina Szewczyk** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Anna Parnowska** kierownik Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **dr Tomasz Rowiński** członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, **Aleksandra Weneleczyk** naczelnik Departamentu do spraw Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Izabela Ciuńczyk** przewodnicząca Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego wraz ze współpracownikami, **prof. Janusz Heitzman** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, **dr Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak** przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, **Kamilla Gólc** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz **Karolina Pietrzykowska** członkini prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – Region Mazowiecki.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański**.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dzień dobry.

Bardzo mi miło otworzyć posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego i serdecznie witam członków podkomisji, naszych parlamentarzystów, którzy są zaangażowani w tematy zdrowia psychicznego. Cieszę się, że jesteście. Witam również wszystkich zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat funkcjonowania i finansowania psychiatrii środowiskowej w Polsce, wdrażania pilotażu centrów zdrowia psychicznego oraz planów jego przekształcenia w rozwiązania systemowe.

Informację tę przedstawia minister zdrowia. Pani ministra upoważniła panią Dagmarę Korbasińską-Chwedczuk, dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia. Witamy serdecznie.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Bardzo poproszę teraz przedstawicielkę Ministerstwa Zdrowia, panią Dagmarę Korbasińską-Chwedczuk o przedstawienie informacji.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo, jeżeli chodzi o to, co dzieje się w zakresie funkcjonowania psychiatrii, to sytuacja jest taka, że od 2018 r., kiedy to rozporządzeniem ministra zdrowia w centrach zdrowia psychicznego został

wprowadzony program pilotażowy, mamy taką sytuację, że psychiatria w naszym kraju jest organizowana jakby w dwóch systemach. Jeden to jest system pilotażowy, który ma sprawdzić skuteczność zastosowania pewnych rozwiązań w leczeniu, a kolejny to jest po prostu normalny system kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

W systemie pilotażowym w tej chwili funkcjonuje 117 podmiotów i szacujemy, że około połowy świadczeniodawców korzysta z opieki w systemie pilotażowym. Tak że to jest bardzo duży pilotaż ogarniający masę podmiotów. Pilotaż ten był wielokrotnie przedłużany i pomimo generalnie pozytywnej oceny tego, co się dzieje w ramach udzielania świadczeń w ten sposób, dopiero w ubiegłym roku została podjęta decyzja o tym, że pilotaż ten będzie zakończony i jego wyniki zostaną wykorzystane do tego, żeby zorganizować udzielanie świadczeń zdrowotnych dla całej populacji.

Decyzją pani minister Leszczyńy został powołany zespół, w którym uczestniczą: przedstawiciele środowisk reprezentujących centra zdrowia psychicznego, przedstawiciele urzędu ministra zdrowia, przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, również środowisk naukowych, krajowi konsultanci. I zespół ten pracuje nad wypracowaniem rozwiązań pozwalających na przekształcenie pilotażu, jego zamknięcie i przejście w sposób bezproblemowy do udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach systemu świadczeń gwarantowanych w sposób taki, jak było to uwzględnione w pilotażu. Ale oczywiście przygotowując to przekształcenie wykorzystujemy informacje zarówno o tym, co było w tym pilotażu korzystne, jak i to, co stanowiło w jego ramach problem.

W związku z tym zespół, który pracował, przygotował rozporządzenie kolejny raz przedłużające działanie rozporządzenia pilotażowego, ale już odnosząc się do pewnych elementów dotyczących jego zakończenia. Te elementy dotyczące jego zakończenia, do których rozporządzenie się odnosi, to przede wszystkim tak zwane podwójne rozliczenie, ponieważ w pilotażu wprowadzono takie rozwiązanie, że w pierwszym okresie wszystkie podmioty dostały finansowanie ryczałtowe na każdego pacjenta. Natomiast jeżeli pacjent korzystał ze świadczeń zdrowotnych w innych podmiotach niż te, które są w pilotażu, dokonywało się odpowiedniego pomniejszenia. I rozporządzenie pilotażowe zakładało, że w ostatnim okresie pilotażu podmioty dwa razy zwrócą z tego tytułu środki finansowe za dwa okresy rozliczeniowe, co jest dużym obciążeniem dla podmiotów.

Ten problem w rozporządzeniu jest rozwiązywany zarówno w ten sposób, że podmioty uczestniczące w pilotażu będą mogły gromadzić środki na dokonanie takich rozliczeń na przyszłość – to jest jeden element – jaki i przez to, co jest drugim elementem, że wydłużony został okres, w jakim, w oparciu na kolejnych kontraktach, te podmioty będą mogły rozliczyć należności wobec Narodowego Funduszu Zdrowia. To jest jeden element, który się już zadział już i projekt rozporządzenia w tej sprawie jest na ścieżce legislacyjnej.

Natomiast w trakcie prac zespołu, w tej chwili intensywnie pracujemy nad przygotowaniem standardów funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego. A to dlatego, że ocena Najwyższej Izby Kontroli wykazała taką sytuację, że niektóre podmioty funkcjonują w ramach tego pilotażu, dostają środki w sposób kapitałowy, jednak nie do końca wykonują wszystkie działania wynikające przede wszystkim z systemu wsparcia środowiskowego, czyli tego elementu, który jest najtrudniejszy w pilotażu, a który jest tak naprawdę elementem dodanym do obecnie obowiązującego systemu, czyli tym, na którym nam najbardziej zależy.

Wobec tego zespół podjął decyzję o wypracowaniu standardów funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego. Ten dokument jest cały czas przygotowywany i, również w tej chwili, rozważamy taki sposób finansowania świadczeń zdrowotnych w centrach zdrowia psychicznego, który będzie zapewniał stabilność podmiotów, które te świadczenia będą udzielać, ale jednocześnie będzie promował udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom znajdującym się w najtrudniejszym stanie zdrowia i będzie promował podejmowanie tych działań, na których nam najbardziej zależy, czyli przede wszystkim opieki realizowanej w środowisku.

Dyskutujemy również na temat tego, w jaki sposób rozwiązać problemy finansowe dotyczące finansowania stacjonarnej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w psychiatrii, tak żeby osiągnąć taką sytuację, by pacjent był w szpitalu leczony krótko, intensywnie i najszybciej, jak to jest możliwe, wracał do środowiska. Oczekujemy, że: po pierwsze – pacjent będzie miał przede wszystkim świadczenia zdrowotne zapewnione blisko siebie; że w ramach sprawowania opieki zdrowotnej nad pacjentem będzie uwzględniać się również

to, co się dzieje w jego środowisku i konieczność jego właściwego funkcjonowania w relacjach społecznych i w relacjach środowiskowych; że szpitale powinny być miejscem krótkiego pobytu, rozwiązania kluczowych problemów, najbardziej kryzysowych sytuacji i żeby pacjent wracał do środowiska z określonym planem zdrowienia, z określonym harmonogramem realizacji poszczególnych świadczeń; żeby była współpraca pomiędzy opieką ambulatoryjną świadczoną nad tym pacjentem, a opieką świadczoną w szpitalu – zarówno przed rozpoczęciem leczenia w szpitalu, jak i po jego zakończeniu. Oczywiście nie wyklucza to też reakcji w sytuacjach zaostrożania się i w zakresie hospitalizacji pacjentów.

W tę stronę podejmujemy działania dotyczące przygotowania nowego systemu. Proszę państwa, to oznacza szereg zmian i podejmowanie działań, kiedy to pilotaż stworzył taką sytuację, że centra zdrowia psychicznego mamy według dwóch modeli: centrum zdrowia psychicznego A, które obejmuje stacjonarną opiekę zdrowotną, dzienne oddziały, ale i ambulatoryjną i środowiskową opiekę zdrowotną oraz centra B, które obejmują tylko ambulatoryjną opiekę zdrowotną. I musimy zapewnić spójność systemu przy uwzględnieniu tego, że podmioty, które obecnie funkcjonują w pilotażu, funkcjonują w tych dwóch modelach.

Jest taki problem, z którym też się musimy zmierzyć. To jest kwestia określenia mapy dostępu do świadczeń zdrowotnych i dookreślenia tego rodzaju świadczeń zdrowotnych, w którym pacjenci są najtrudniejsi do zabezpieczenia, czyli wykazania tych grup pacjentów, które mogą – proszę wybaczyć określenie – odbijać się od tych podmiotów, które nie będą najlepiej funkcjonowały i pozostawać bez należytego zabezpieczenia.

Rozmawiając też o tym zorganizowaniu opieki zdrowotnej nad pacjentami psychiatrycznymi w ramach systemu centrów zdrowia psychicznego, pragnę zwrócić uwagę, że mówimy tu o oddziałach ogólnopsychiatrycznych i o ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, ale nie mówimy tu o najbardziej specjalistycznym leczeniu, które musi też być skoordynowane i włączone w ten system – to nie tylko ośrodki psychiatrii sądowej, ale także te podmioty, które leczą pacjentów, mają podwójną diagnozę, którzy mają dużo bardziej skomplikowane problemy zdrowotne. To wszystko ze sobą należy tutaj połączyć.

Ostatnie spotkanie zespołu odbyło się w poniedziałek. Uczestniczyła w nim pani minister Leszczyna i przedstawiliśmy informację na temat tego, co w tej chwili osiągnęliśmy. Rozmawialiśmy też o koncepcji finansowania, która z jednej strony była zaproponowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i ministra zdrowia. Stanowisko wobec niej oraz pewne elementy uszczegółowiające przedstawiło nam środowisko związane z psychiatrią. Było to zresztą o tyle ciekawe, że to my wyszliśmy z jednej strony, zachodząc do projektu, a to środowisko wyszło jakby z drugiej strony, wychodząc od tego, ile mamy środków w systemie. Było to więc bardzo ciekawe, że w tych naszych działaniach jednak spotykamy się co do tego, co do koncepcji finansowania. I wydaje się, że w tej chwili sytuacja w tym zakresie zdecydowanie idzie w kierunku – proszę wybaczyć, że powiem kolokwialnie – dogadania się.

Myślę, że to jest to, co – poza informacją szczegółową, która została państwu przekazana na piśmie i odnosi się do kolejnych elementów – chciałabym przedstawić. W razie czego jestem gotowa do odpowiedzi.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy, pani dyrektor.

Przejdziemy teraz do dyskusji. Nie wiem, czy chętny jest któryś z parlamentarzystów. Jeśli nie, to poprosiłabym o stronę społeczną. W pierwszej kolejności o możliwość zabrania głosu prosił jeszcze pan profesor Heitzman, ale potem oddam głos państwu.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego prof. Janusz Heitzman:

Dziękuję bardzo.

Pani przewodnicząca, posłanki, posłowie, szanowni państwo, tylko tytułem uzupełnienia tego, co mówiła pani dyrektor Korbasińska-Chwedczuk. Chciałbym zwrócić uwagę na kilka elementów, które są istotne, żeby w tej chwili zobaczyć całość prac i postępów nad zmianą opieki psychiatrycznej w Polsce.

Ten proces trwa od 2017 roku. Miałem szczęście uczestniczyć w pierwszych decyzjach, które zostały wtedy podjęte wspólnie z doktorem Balickim, z profesorem Wciórką, z całym środowiskiem psychiatrycznym. Stwierdziliśmy, że utrzymywanie dotychczasowego systemu

jest niestety niekorzystne ze względu na efekt, który nie zapewniał równego, powszechnego dostępu do opieki psychiatrycznej. W związku z tym zajęliśmy się psychiatrią środowiskową nie dlatego, że szpitale psychiatryczne są niepotrzebne, ale tak naprawdę potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego zlokalizowane są zupełnie gdzie indziej: najbliżej domu pacjenta, najbliżej jego miejsca pracy, najbliżej też tych wszystkich instytucji, które mają tego pacjenta wspierać. Czyli myślę tutaj o samorządach, o powiatach, o gminach.

Problem, który tutaj się pojawił i z którym męczymy się już sześć lat, to ten nieszczęsny pilotaż. Niektórzy mówią, że jest za długi, że powinien rozwiązać wszystkie problemy, że powstały nowe struktury, czyli centra zdrowia psychicznego, a nie jesteśmy w stanie przenieść tego na cały kraj, bo się po prostu tego nie da zrobić tak szybko, jak byśmy chcieli. Ale równocześnie wiemy o tym, że nie ma odwrotu od środowiska.

Dlaczego? Dlatego, że szpital psychiatryczny – obojętnie, czy jest to oddział ogólnopsychiatryczny w szpitalu ogólnym, czy duży szpital psychiatryczny, wielooddziałowy – nie gwarantuje tego, co jest najbardziej potrzebne osobom z zaburzeniami psychicznymi. Dzisiaj nie są im potrzebne łóżka, ale potrzebna jest krótka, intensywna terapia i wsparcie, które dostają wszędzie, właśnie najbliżej swojego miejsca zamieszkania. Na to się nakłada postęp terapeutyczny, czyli to, że jesteśmy w stanie leczyć coraz bardziej nowoczesnymi lekami, do których nasi pacjenci mają dostęp refundacyjny, w związku z czym ich pobyt w szpitalu powyżej 21 dni jest tak naprawdę tylko wydawaniem tylko pieniędzy i utrzymywaniem postępującej inwalidyzacji osób dotkniętych kryzysem psychicznym.

Co jest najważniejsze w opiece środowiskowej? Właśnie to wsparcie środowiskowe, ale równocześnie przecież pamiętamy o tym, że opieka środowiskowa to poradnia zdrowia psychicznego, to również oddział dzienny i to, co jest najważniejsze, czego nie było, czyli punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne, które mają działać wręcz na zasadzie psychiatrycznego szpitalnego oddziału ratunkowego czy pomocy doraźnej: czynne od poniedziałku do piątku od godz. 8 do 20, gdzie każda osoba natychmiast musi uzyskać jakieś wsparcie albo skierowanie, ale przynajmniej kontakt z psychologiem czy kontakt interwencyjny wymagający rzeczywiście skierowania do oddziału stacjonarnego, ale równocześnie już pierwsze nakreślenie tak zwanej ścieżki tego pacjenta. Tam jest start tej ścieżki. I to, co nam się w tej chwili udaje zrobić, to przekonanie całego środowiska do tego typu rozwiązań. Patrzymy dzisiaj na cały system. Dlaczego pilotaż będzie przedłużony jeszcze o pół roku? Bo nie jesteśmy w stanie zapewnić od lipca systemu organizacyjnego. Jeżeli opracowaliśmy standard organizacyjny centrum zdrowia psychicznego, to po to, żeby pokazać, że jesteśmy w stanie w tym systemie pacjenta „zaopiekować” od zera do jego pełnej satysfakcji. Ale musimy też pamiętać o tym, że to wszystko wymaga również dużych nakładów finansowych. I, patrząc na przyszłościową i prognozowaną dziurę finansową w NFZ, musimy być do tego przygotowani. Czy państwa będzie stać na to wszystko? Zakładamy, że tak. Co więcej, mamy deklaracje każdej strony politycznej, że psychiatrię należy wspierać, opiekę psychiatryczną – dorosłych i tę kierowaną przede wszystkim do młodego pokolenia – należy wspierać.

Jest też kwestia związana z dzieleniem odpowiedzialności za zdrowie psychiczne. To dzielenie to nie tylko system ochrony zdrowia, ale również opieka społeczna; to samorządy, to wiele instytucji podlegających różnym resortom. I to jest ten obszar, który też nie może nam zniknąć z patrzenia całościowego, prawda? W związku z tym te rozwiązania systemowe, całościowe są na tyle złożone... A nie były ruszane, nie ma zmian legislacyjnych. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, która wymaga nowelizacji, przecież jeszcze gdzieś się wałkuje, a otwierałaby nam szereg nowych możliwości, bo można w niej zagwarantować bezpieczne finansowanie, bezpieczeństwo całego systemu.

Już pod koniec chcę zwrócić uwagę jeszcze na jedno – że w tym całym systemie i zmianach, które zostały teraz wprowadzone, jakby rozdzielono centra zdrowia psychicznego od lecznictwa szpitalnego. To jest propozycja, którą wypracował AOTMiT, wypracowuje NFZ i jest poddana szalonej krytyce też ze strony naszego środowiska, bo finansowanie całości opieki na danym terenie, odpowiedzialność terytorialna, w pewnym momencie wyłączy z finansowania kapitałowego – czyli finansowania na populację – świadczenia stacjonarne.

Wyłączenie szpitalnych świadczeń stacjonarnych szpitalnych z opieki, z finansowania poprzez centrum zdrowia psychicznego, spowoduje pewne obawy dotyczące tego, czy to centrum zdrowia psychicznego będzie mogło na tyle dobrze współpracować z oddziałem, żeby tego

pacjenta w tym szpitalu nie przetrzymywać za długo, bo szpital będzie miał płacone od dnia, od tego, ile pacjent będzie tam spędzał czasu. Tutaj musimy jeszcze dograć pewne rzeczy. Dyskutujemy nad tym i myślimy o tym, że od stycznia da się stworzyć pełny system.

Chcę państwu powiedzieć na koniec jeszcze jedną rzecz – że przecież pilotaż centrów zdrowia psychicznego to tylko 121 czy około stu dwudziestu kilku centrów. To jest 51% populacji, podczas gdy 49% populacji polskiej to są systemy, które zostały, to są poradnie zdrowia psychicznego, które do dzisiaj funkcjonują. Tam pacjenci przychodzą, rejestrują się, mają opiekę psychiatryczną, psychologiczną. Nie ma czego tam... tych punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych, tej dostępności w rzeczywistości dużym wymiarze czasu i dawania poczucia bezpieczeństwa.

Dzisiaj zdrowie psychiczne jest twardo wpisywane w obszar zdrowia publicznego, ponieważ nasze społeczeństwo będzie zdrowe, jeżeli będzie przede wszystkim zdrowe psychicznie. Ono nie będzie chorowało na zawały serca, nowotwory i tak dalej. Są badania, które potwierdzają tę relację. Ale równocześnie to zdrowie publiczne to jest nasza świadomość tego, że zaburzenia psychiczne to jedno z pierwszych miejsc, jeżeli chodzi o absencję zawodową. To jest bardzo duży wpływ na rynek pracy. Jeżeli myślimy o oszczędzaniu, wypoczynku, skróceniu dnia pracy, to nie można tego rozpatrywać bez zdrowia psychicznego.

I jeszcze jedna rzecz: ZUS i renty. Poziom niepełnosprawności z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego narasta. Będzie miało to na pewno jakąś wartość narastającą czy wskaźnik narastający, ale do tego też cały system opieki zdrowotnej i opieki społecznej musi być przygotowany. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy, panie profesorze.

Pan poseł Giziński, bardzo proszę.

Poseł Włodzisław Giziński (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, chciałem zwrócić uwagę na dwa aspekty w tej naszej dyskusji. Pierwszy jest organizacyjno-finansowy. Według znakomitego raportu Polskiej Akademii Nauk z 2023 r. w tej chwili struktura finansowania ochrony zdrowia w całości wygląda w Polsce następująco: 75% wydatków to są wydatki szpitalne – mówię nie tylko o psychiatrii, a o całej ochronie zdrowia. A jakie są oczekiwania w krajach wysokorozwiniętych, jakie są proporcje? 45–50% na lecnictwo szpitalne.

Dlaczego wspominam o tym w kontekście centrum zdrowia psychicznego? To jest jedyny znany mi przykład na działania, które doprowadzają samoregulacyjnie do wypracowywania, tworzenia korzystnej struktury finansowej bez dodatkowych rozporządzeń, bez likwidacji. Rzeczywiście system wymusza to, że w XXI w. olbrzymia większość usług, również w wymiarze finansowym, odbywa się poza szpitalami. Jeszcze raz przypominam: 75% kosztów ochrony zdrowia w Polsce to są w tej chwili koszty szpitala. Żeby państwa nie rozdrażniać, nie będę mówił, ile z tego idzie na płace.

Niewątpliwie centra zdrowia psychicznego to jest ten nowy model. Względem założeń sprzed wielu lat nie w pełni udało się finansowanie kapitałowe medycyny rodzinnej. Ale korzystamy również z tych negatywnych doświadczeń. Wiemy, jak je skorygować. Jestem przekonany, że to, co robimy, będziemy robić w mechanizmach poprawy zdrowia psychicznego. Uda się uniknąć tych błędów. To jest dobra droga i trzeba ją jak najszybciej wprowadzić w całym kraju.

I jeszcze jeden element, na który chciałem zwrócić uwagę na przykładzie ośrodka, który nie jest finansowany kapitałowo, dużego ośrodka psychiatrycznego w Bydgoszczy, którego byłem organizatorem i założycielem. Ten ośrodek spełnia wszystkie kryteria centrum zdrowia psychicznego. Ma wszystkie jego możliwości, natomiast finansowany jest jeszcze za usługę. Mimo że takie dofinansowanie w opinii większości jest mniej korzystne, to w naszym przypadku pozwala na rozwój.

W czym m.in. ten rozwój widzę i dlaczego oceniam, że można o nim mówić? Niedobór kadr w psychiatrii to problem nierozwiązany od dawna. Tworzymy ten ośrodek od ponad trzydziestu lat. W tej chwili jest duży. W przeciągu ostatnich kilku lat, mając wyłącznie perspektywę finansowania i funkcjonowania w ramach kapitałowych centrum zdrowia

psychicznego, liczba rezydentur psychiatrycznych i staży psychoterapeutycznych – jesteśmy akredytowani w obu tych dziedzinach – szalenie wzrosła.

Dzisiaj mamy 13 rezydentów psychiatrycznych, a od pierwszego lipca do ośrodka dojdzie kolejnych dwóch. Ze stażami psychoterapeutycznymi, które prowadzimy jest podobnie: olbrzymi wzrost od 3 do 15. Tutaj są dużo, dużo większe liczby. Jestem przekonany, że perspektywa tego, że psychiatria będzie inaczej funkcjonowała, już sprawiła, że młodzi lekarze, młodzi absolwenci studiów medycznych, chcą robić specjalizację z psychiatrii, a psychologowie, ludzie innych zawodów chcą zostawać psychoterapeutami. Nie możemy tego zmarnować. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, bardzo dziękuję za ten ważny głos.

Czy ktoś z parlamentarzystów? W tym momencie nie. Dobrze, to, tak jak mówiłam, oddaję głos państwu: wszystkim gościom, uczestnikom naszego posiedzenia.

Bardzo proszę. Tylko też proszę o przedstawienie się

Członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia dr Tomasz Rowiński:

Tomasz Rowiński, Szkoła Główna Handlowa i Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrum Zdrowia Psychicznego.

Trochę nawiązując do wypowiedzi poprzedników, uwzględniając warunki finansowe NFZ, zaproponowaliśmy na ostatnim spotkaniu wysokość budżetu. Właściwie od tego musimy wyjść, żeby oszacować, na co nas stać i co możemy zrobić. Zaproponowaliśmy więc, żeby w Narodowym Funduszu Zdrowia, gdzie, jak przewidujemy, będzie 218 mld zł przyszłym roku, 5,7% było na psychiatrię, w tym na pilotaże, na psychiatrię dziecięcą, sądową, na wszystko. To są pieniądze, które w naszej opinii wystarczą do tego, żeby uwzględnić spodziewane podwyżki i rozwinąć centra zdrowia psychicznego. Zgodnie z obietnicą pani minister, ma być pokryte 80% populacji, zaś z tych wyliczeń wychodzi, że jesteśmy w stanie pokryć 76% populacji dorosłych. Czyli potrzebujemy po prostu legitymizacji politycznej do tego, że ten procent budżetu NFZ może być zarezerwowany na psychiatrię. I w tych pieniądzech jesteśmy w stanie się zmieścić ze wszystkim.

Druga ważną rzeczą, kiedy mówi się o wartości publicznej, jaką jest zdrowie psychiczne, jest to, czy mamy zdolności organizacyjne. Połowa Polski, która nie jest objęta CZP jest nimi zainteresowana. Tych aplikacji jest ponad 100, jak nie więcej. Patrząc więc na zainteresowanie tym programem, ale też rozszerzaniem aktualnych centrów zdrowia psychicznego o nowe obszary, jesteśmy w stanie te 76% uzyskać.

Trzecia rzecz – raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), o którym tutaj nie mówiliśmy, ale który jest taką szybką oceną tego, co się dzieje w Polsce. Jest czym się chwalić. Mamy naprawdę bardzo duże osiągnięcie. Uniknęliśmy wielu problemów, z którymi borykały się inne kraje. Jednym z czynników – ale najważniejszym – jest to, że zaangażowało się środowisko i podmioty lecznicze, specjaliści, co jest niespotykane na skalę europejską. I to jest potencjał, który możemy uratować, rozwijając centra zdrowia psychicznego w modelu, który testowaliśmy. Bo możemy przyjąć też takie założenie...

Pani poseł, szanowni państwo, prawda jest taka, że na stole są dwa modele. Ja to nazwę model NFZ, ale Aniu, nie obraż się – po prostu macie też swój pomysł i swoją propozycję, tak jak i my mamy swój pomysł i swoją propozycję. I teraz kompromis nie może polegać na tym, że jak jedna strona idzie lewą stroną ulicy, a druga prawą, to idziemy środkiem ulicy, bo wiadomo, jak się skończy. Tak się skończyło w psychiatrii dziecięcej, że jest kraksa. To znaczy nie osiągnęliśmy tego, co zakładaliśmy. I moim zdaniem to też wymaga odważnej decyzji politycznej, bo bez legitymizacji politycznej nie jesteśmy w stanie dalej rozwijać tego programu.

W ramach – co przedstawiliśmy – pokazywaliśmy jeszcze, że dzięki pilotażowi chociażby w województwie małopolskim jest 25 łóżek na 100 tys. mieszkańców. Jeżeli chodzi o hospitalizację, to jest poniżej – nie do wykonania na leczeniu szpitalnym, o czym właśnie pan poseł mówił. A prawie 60% środków jest skierowanych na działalność ambulatoryjną, czyli pozaszpitalną. To nie byłoby możliwe, gdyby środowisko się tam nie porozumiało, nie było współpracy z oddziałem wojewódzkim NFZ. Przez sześć lat udało się to przekształcić.

Mamy inny przykład – przepraszam, Damian – województwa podlaskiego, gdzie też prawie całe województwo jest w centrach zdrowia psychicznego, a niestety leczenie szpitalne pochłania ogromną część środków, dużo większą i nie udaje się osiągnąć tego wskaźnika 25 łóżek na 100 tys. mieszkańców. To są decyzje. To znaczy ktoś podjął gdzieś jakieś decyzje i tak to wygląda.

Mówiąc o skali finansowej, jakiej byśmy potrzebowali, żeby rozwijać model, który – z korektami – był testowany w pilotażu. Bo to nie jest tak, że się nie zgadzamy z agencją i z tą propozycją, bo tu pani dyrektor ma rację, że jesteśmy blisko porozumienia. Tylko diabeł tkwi w szczegółach, czyli w rozliczeniach. Jak dysponować tymi środkami? Jak ustawić harmonogram wdrażania poszczególnych elementów tego finansowania? Jeżeli mamy te trzy obszary, które chcemy na tym budżecie populacyjnym – że tak powiem kolokwialnie – zapiać, czyli stawka bazowa, wskaźniki jakościowe i tak zwane leczenie pacjentów bardziej złożonych, skomplikowanych, że jak na danym terenie populacyjnie, epidemiologicznie wygląda to tak, że tam jest więcej pacjentów na przykład z podwójną diagnozą, jest alkoholizm w dużym stopniu, to inaczej się leczy tych pacjentów. Oni są bardziej złożeni, tylko to wymaga dosyć sporego wysiłku.

I dlatego proponowaliśmy, żeby na razie wyjść od budżetu historycznego w podmiotach leczniczych w styczniu 2026, zapiać tam na razie wskaźniki jakościowe, które też zaproponowaliśmy w standardzie, i od 2027 już stosować. Osiągnąłeś jakość, nie osiągnąłeś jakości – no to masz korektę na powierzonym budżecie czy na stawce, która będzie wliczana, bo to też trzeba będzie rozstrzygnąć. A te kwestie epidemiologiczne związane ze złożonością leczenia czy jakimś klasterem poszczególnych pacjentów – określenie tego wymaga pracy: specjalistów, profesorów psychiatrii, żeby epidemiologów. I to są co najmniej dwa lata pracy. Można odłożyć trochę w czasie ten trzeci element związany ze złożonością leczenia, bo niestety tego w pilotażu nie monitorowaliśmy, także nie, nie wiemy do końca, jak to od strony epidemiologicznej wygląda.

Taka więc jest kompleksowa propozycja związana ze zmianami legislacyjnymi. Tu jest ogromna prośba właśnie do pani poseł i Sejmu, dlatego że wyjście z pilotażu wymaga właśnie ich. Bez tego nie jesteśmy w stanie przejść do modelu, który ma być efektywny. To jest podstawa. Zaproponowaliśmy też sposób organizacji, znaleźliśmy finanse, bazując trochę na raporcie Szkoły Głównej Handlowej, czyli o tych 10 propozycjach minimalizacji luki w budżecie NFZ. Zrobiliśmy więc już wszystko, co z naszej strony mogliśmy zrobić, mając na względzie ten model, który był testowany, plus korekty, które wyszły. Mamy wiedzę z pilotażu. I czekamy na decyzję, legitymizację polityczną, bo bez państwa decyzji nie jesteśmy w stanie dalej rozwijać tego programu, już nie mówiąc o wejściu rozwiązania w systemowe. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Zanim oddam pani głos, to dopytam, czy jest jakieś stanowisko ministerstwa w temacie właśnie tej propozycji?

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbańska-Chwedczuk:

Ta propozycja była przedmiotem naszych rozmów w trakcie pracy zespołu. I to nie jest tak, że cokolwiek z tego, co zostało zaproponowane w tej chwili, jest traktowane jako nieakceptowalne i do odrzucenia. Ciągłe jeszcze pracujemy nad tym, żeby przedstawić całościowy model, co do którego będziemy przekonani, że to jest ten model, co do którego chcemy powiedzieć „tak”.

Wielką zaletą jest to, że jest z nami pan doktor Rowiński, który ma ogromny zmysł analityczny i czujnie uzupełnia nam ciągle wiedzę z perspektywy tego, jak by to mogło przebiegać. Mamy też ze sobą kolegów z NFZ i widzimy, że na przykład to, że w tej Małopolsce jest taka dobra relacja... Jest, ale wiemy też, że ci pacjenci pojawiają się w innych oddziałach, są dłużej hospitalizowani, więc też widzimy, że ten system musi być do końca dopięty. Do pewnego stopnia musi on być tak elastyczny, żeby wychodzić do innych pacjentów, którzy wymagają opieki specjalistycznej, żeby tam było wejście. Ale muszą być też zamknięte te dróżki, żeby nam trochę z niego, proszę wybaczyć, nie wyciekało, czyli żeby nie było tak, że nagle pacjenci nam gdzieś będą uciekać. Oczywiście, jeżeli cały system będzie spójny w tym zakresie, to nie będzie to stanowiło problemu.

Natomiast pracujemy nad zmianami legislacyjnymi, pracujemy nad rozwiązaniami finansowymi, które mają być w te zmiany legislacyjne wpisane. Musimy też brać pod uwagę to, że robimy tę zmianę na bieżąco. My nie wyłączymy oddziałów, nie powiemy: „To dzisiaj psychiatria nie działa, bo my przez trzy dni przestawiamy meble”. Musimy to zrobić w sposób płynny, mieć z tyłu głowy etapy przejściowe, ale też chronić się przed tym, żeby etap przejściowy nie stał się etapem, w którym ugrzęźniemy. Bo bardzo lubimy takie rozwiązania, żeby przejść tylko kawałek drogi, ale nie osiągnąć elementu docelowego. Tym bardziej, że jasno sobie powiedzieliśmy, że to, co padło jako propozycja modelu finansowania, jest propozycją bardzo trudną. Dlatego musimy dopisać zarówno model docelowy, jak i dopisać wszystkie punkty po drodze, tak żebyśmy się spotkali na końcu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Jasne. No dobra.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Prosto nie jest.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

OK.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Ale też, o ile na początku... Nie wiem, czy pozwolę sobie na taką wypowiedź; nie wiem, czy osoby pracujące w zespole, których jest tu dużo... O ile na początku siadaliśmy do stołu z pewnym napięciem i dużym dystansem do siebie, to w tej chwili myślę, że wszyscy mamy poczucie, że idziemy w tę samą stronę i że zależy nam na tym samym. A to sprzyja temu, żeby przyglądać się dokładnie każdemu problemowi, który się pojawia, rozwiązywać go ze zrozumieniem dla każdej strony. Dlatego że interesem ministra zdrowia jest to, żeby ten system funkcjonował tak, żeby pacjent uzyskał najlepsze świadczenia zdrowotne i żeby to było finansowo jak najbardziej optymalne; żebyśmy po prostu za pieniądze, którymi dysponujemy, mogli zapewnić jak najlepszą opiekę i bezpieczeństwo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

OK. Dziękuję.

Bardzo proszę. Również o przedstawienie się.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Izabela Ciuńczyk:

Dzień dobry państwu.

Bardzo dziękuję za możliwość wzięcia udziału w tej dyskusji. Nazywam się Izabela Ciuńczyk. Jestem lekarzem psychiatrą, ale dyrektorem też Centrum Zdrowia Psychicznego w Koszalinie, czyli tego centrum, które obejmuje swoją opieką ponad 6% populacji. Jestem również przewodniczącą Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego.

Chciałam jeszcze ad vocem wprowadzić kilka rzeczy ogólnych. Proszę państwa, reforma psychiatrii jest ewenementem w Polsce, ponieważ jest reformą, która jest wprowadzana oddolnie. W większości państw, np. w tych, z których bierzemy przykład, czyli np. we Włoszech z takim modelem, jaki jest w Trieście – tam są reformy, które są wprowadzane odgórnie, czyli jest narzucane nam, profesjonalistom, w jaki sposób mamy funkcjonować. Reforma polska – co zostało również zauważone przez WHO, ale też i przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich – jest reformą, która jest wprowadzana oddolnie. Czyli państwo jako politycy czy państwo jako urzędnicy macie po naszej stronie w pełni sojusznika, który wie, co robić i jak to robić, tak?

Druga informacja – nie zgadzam się trochę z panem profesorem Heitzmanem, który mówi, że nie da się tego zrobić w drugiej części Polski. Da się to zrobić, bo my też startowaliśmy z różnych poziomów i te 117 CZP, które w tej chwili funkcjonuje, było mniej lub bardziej zaawansowanych, ale dało się zrobić.

Drugą informację, którą chciałabym przypomnieć – w 2018 r., a właściwie 2017 r., jak było poprzednie finansowanie, to z całego budżetu ochrony zdrowia na psychiatrię było przeznaczone 3,4%. W 2023 r. to już było 4,5%. Niepokoją nas informacje, że ma być oszczędność w budżecie przeznaczanym na psychiatrię. Przypominam państwu, że średnia europejska

to jest 7% budżetu ochrony zdrowia. A to, co powiedziało WHO... My za te 4,5% zrobiliśmy coś, co jest ewenementem na skalę europejską. Proszę więc też pamiętać, że Polak potrafi i w centrach zdrowia psychicznego rzeczywiście to pokazaliśmy.

Kolejna rzecz, odnośnie do której chciałabym też tutaj zaprotestować – Najwyższa Izba Kontroli tak naprawdę zbadała dwa podmioty, które prowadzą centra zdrowia psychicznego. A nas funkcjonuje 117 i na przykład kontrola NIK, która odbyła się – również w 2020 roku – w Wolskim Centrum Zdrowia Psychicznego, wykazała coś przeciwnego: to, że centrum bardzo dobrze funkcjonuje i oddaje całego ducha psychiatrii środowiskowej. To, na czym nam tak naprawdę też bardzo zależy, to standard organizacyjny, bo każdy z nas funkcjonuje trochę na własną rękę i każdy z nas tę psychiatrię środowiskową wprowadza tak, jak to rozumie. Też chcę przypomnieć, że standard, pierwsza wersja standardu została opracowana już w 2020 r. Czyli tak naprawdę od pięciu lat między innymi stowarzyszenie apeluje o to, żeby ten standard został wprowadzony.

Chcielibyśmy też jako środowisko bardzo zaprotestować przeciwko rozdzieleniu części środowiskowo-ambulatoryjnej od części szpitalnej i przede wszystkim od finansowania części szpitalnej w, na zasadzie osobodnia. Ponieważ mi jako dyrektora w sytuacji, kiedy będę miała opłacany osobodzień, każde puste łóżko przynosi stratę. Moim interesem jako dyrektora, który ma zapewnić właściwy budżet, będzie więc zapewnienie obłożenia każdego łóżka. W moim przypadku, kiedy w tej chwili średnia za rok 2024 to jest 20 łóżek na 100 tys. mieszkańców w przypadku miasta i powiatu koszalińskiego, to kiedy wskaźnik zostanie postawiony na 25 i będę miała zawartą umowę, że to jest 20 łóżek na 100 tys. mieszkańców i dostanę budżet, to będę musiała robić – przepraszam – łapankę pacjentów, żeby to łóżko zapełnić. Nie mówiąc już o kompleksowości, czyli współpracy części ambulatoryjnej z częścią szpitalną, bo tylko i wyłącznie taka współpraca zapewni kompleksowość. I to, o czym tutaj mówił pan poseł Giziński, panie doktorze, o odwróceniu tej piramidy, żeby przede wszystkim to były działania ambulatoryjne, środowiskowe, a na samym końcu szpitalne, dotyczy chyba całej ochrony zdrowia.

Chciałam też dołączając się do tego, co powiedział doktor Rowiński, zaapelować do państwa jako do posłów o jak najszybszą legalizację, przeprowadzenie postępowania, ponieważ my jako dyrektorzy potrzebujemy pewności. Nie mamy jej właściwie od 2021 r., bo pierwsza wersja pilotażu była taka, że funkcjonujemy do 31 grudnia 2021 r. W tej chwili mamy już 2025 r. i tak naprawdę nie wiem, co będzie od 1 stycznia. A sami państwo wiecie, że w psychiatrii „stomatologizacja” i przepływ personelu do części prywatnej odbywa się w tej chwili tak szerokim nurtem, że naprawdę nie wiem, co mam powiedzieć moim psychologom, psychoterapeutom czy lekarzom psychiatrom, co będzie od 1 stycznia 2026 r.

Do kwestii różnych działań sejmowych i wprowadzenia odpowiedniego prawa chciałam jeszcze dodać olbrzymią kwestię współpracy międzyresortowej. Przykład z wczoraj, kiedy to zadziałała rzecz bardzo tragiczna, ponieważ w Koszalinie jedna z lekarek psychiatrek została pobita przez pacjenta, który jest w psychozie. I to jest pacjent, który został objęty opieką naszego centrum zdrowia psychicznego. Ale od siedmiu miesięcy czekamy na decyzję sądu, który ma wydać postanowienie o jego przymusowym leczeniu. Siedem miesięcy temu w odpowiedzi na nasz postulat Centrum Usług Społecznych złożyło wnioski, że potrzeba takiego leczenia. I gdyby chociaż dział sądowniczy zadziałał odpowiednio szybko i takie postanowienie zostało wydane, to po prostu nie doszłoby do tragedii.

Całe szczęście lekarka... Znaczący całe szczęście – jest połamana, połamane są kości śródreżcza i jest w zespole stresu pourazowego, a pacjent jest już objęty opieką wbrew swojej woli. Ale to też pokazuje, jakim olbrzymim problemem jest współpraca chociażby z opieką środowiska czy z pomocą społeczną. I o to też nasz olbrzymi apel, żebyście państwo po prostu potraktowali sprawę jako priorytet, bo stopień agresji i tego, co się dzieje chociażby w ochronie zdrowia, to również jest konsekwencja tego, że ta opieka psychiatryczna po prostu powinna zostać potraktowana jako priorytet.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

A mogę dopytać, co się dzieje z takim pacjentem, zanim zostanie ten nakaz? To znaczy rozumie, że on jest zatrzymany w centrum zdrowia psychicznego?

Przewodnicząca OSCZP Izabela Ciuńczyk:

Nie.

Wiceprezes PTP prof. Janusz Heitzman:

Mogę tutaj odpowiedzieć. Jeżeli dochodzi do takiej sytuacji przemocy w stosunku do lekarza, to oczywiście mamy do czynienia z podwójnym działaniem. Z jednej strony jest to przestępstwo i taka osoba musi być zabezpieczona i izolowana, żeby nie popełniać podobnego czynu, ale z drugiej strony spełnia kryteria, żeby jako ten, kto go zagraża życiu i zdrowiu, być natychmiast przyjętym na oddział psychiatryczny najbliższego szpitala, który coś takiego może zrobić. Bez decyzji sądu nie możemy podjąć decyzji, że taki pacjent trafi na oddział psychiatrii sądowej, bo to musi przejść przez całą procedurę sądową, wskazuje się odpowiedni poziom zabezpieczenia – i taki poziom na pewno zostanie gdzieś wskazany, bo będzie postępowanie za naruszenie zdrowia i życia czy nawet zagrożenie bardzo poważnymi konsekwencjami.

Chcę zwrócić państwa uwagę na problem, który w ogóle nie jest dostrzegany, że tych oddziałów psychiatrii sądowej – jestem przewodniczącym Komisji do spraw Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia – które dysponują wolnymi miejscami w Polsce, na dziś nie ma. Wczoraj nie było ani jednego wolnego miejsca, a kierowaliśmy 60 osób do oddziałów, gdzie jest kolejka licząca od 10 do 12, czasami nawet 20 osób. Trzeba czekać na miejsce w oddziale psychiatrii.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Gdzie czekają?

Wiceprezes PTP prof. Janusz Heitzman:

W aresztach albo...

Przewodnicząca OSCZP Izabela Ciuńczyk:

Albo na wolności.

Wiceprezes PTP prof. Janusz Heitzman:

Albo na wolności. Jest to sytuacja dramatyczna i to jest obszar, nad którym się zastanawiają – nie tylko w Polsce, bo podobna sytuacja jest we wszystkich krajach Europy. Oddziały ogólnopsychiatryczne są przekształcane i muszą być przekształcane w oddziały psychiatrii sądowej o podstawowym i przede wszystkim wzmocnionym zabezpieczeniu. Ale nam w systemie brakuje miejsca na każdym poziomie. Szpital o maksymalnym poziomie zabezpieczenia, Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach zlikwidował stołówkę, ponieważ musiał tam przyjąć 30 pacjentów, bo nie było, gdzie ich skierować, a maksymalne zabezpieczenie to są sprawcy, którzy usiłowali zabić bądź zabili, którzy są niepojętymi. W związku z tym to jest to, o czym tutaj mówiłem.

Pani doktor, bo muszę to wyjaśnić – nie mówiłem, że nie da się objąć centrami zdrowia psychicznego całej Polski. Nie da się – tak jak powiedziałem – bez legislacji, bez finansów, bez kadr i bez lidera. O to chodzi.

Przewodnicząca OSCZP Izabela Ciuńczyk:

I z tym się zgadzam, panie profesorze.

Wiceprezes PTP prof. Janusz Heitzman:

Nie da się tego zrobić bez tego, co powiedziałem: bez legislacji, bez pieniędzy. I dlatego tutaj mój apel do pani poseł przewodniczącej, żeby zdrowie psychiczne bardziej łączyło nas wszystkich i wszystkie opcje polityczne, bo wcześniej czy później będziemy albo ofiarami, albo klientami tego systemu. I żeby nasze dzieci czy nasze rodziny nie ucierpiały, to musimy się zjednoczyć i myśleć o tym, że zdrowie psychiczne nie może być ograniczone do podkomisji zdrowia do spraw zdrowia psychicznego. Tym naprawdę powinna się zająć parlamentarna Komisja Zdrowia i zobaczyć te zagrożenia, rzeczywiście podjąć decyzję o szybkiej ścieżce legislacyjnej, o być może większej alokacji środków. No bo tak jest wszędzie, a my nie możemy żyć cały czas tak, że trzymamy się tego 3,5% z wszystkich wydatków na zdrowie. Nie mówię, że w Niemczech jest to 12%, w Szwajcarii 17%, a my dalej będziemy rozwijali, nie wiem, inne dyscypliny medyczne, gdzie tak łatwo życia się nie straci. Dziękuję.

Przewodnicząca OSCZP Izabela Ciuńczyk:

Chciałam powiedzieć, że ten pacjent był objęty opieką czynną przez centrum. Rok temu zrezygnował z niej, bo miał prawo, a nie było wskazań do przyjęcia w trybie art. 23 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, czyli nie stanowił jeszcze zagrożenia dla życia i zdrowia innych osób ani dla własnego życia, ale spełniał przesłanki art. 29 powyższej ustawy i w jego trybie został złożony wniosek do sądu o wydanie postanowienia. Gdyby to postanowienie sądowe zostało wydane w ciągu miesiąca, dwóch, to ta psychoza nie rozwinęłaby się w ciągu siedmiu miesięcy i nie doszłoby do stanu bezpośredniego zagrożenia. Bo on wczoraj został przyjęty już w trybie art. 23, ale jeszcze tydzień temu nie spełniał tych przesłanek. Gdyby sąd działał odpowiednio szybciej, to po prostu nie doszłoby do takiej tragedii. Ale ja tu mówię po prostu o współpracy międzysektorowej.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Tak, dokładnie tego dotyczyło moje pytanie, bo byłam właśnie ciekawa, czy mówimy o sytuacjach, w których musimy doprowadzić do czegoś ekstremalnego, żeby móc zadziałać?

Przewodnicząca OSCZP Izabela Ciuńczyk:

Tak, znaczy tutaj, gdyby ta współpraca międzysektorowa... Gdyby chociaż było ustalenie, w jaki sposób możemy wymieniać się informacjami między centrami zdrowia psychicznego a opieką społeczną... Gdyby to było już określone ustawowo, to prawdopodobnie ten proces szedłby szybciej, a nie tak jak w tej chwili był siedmiomiesięczny. Być może to postanowienie byłoby, nie wiem, miesiąc, dwa miesiące po tym, jak pacjent odmówił leczenia i nie trzeba by było czekać aż do takiego ekstremalnego rozwoju psychozy.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Spojrzałam na pana Tomasza Rowińskiego, bo chyba kiedyś właśnie rozmawialiśmy o tym, że są potrzebne odpowiednie przepisy, które umożliwią współpracę międzysektorową.

Przewodnicząca OSCZP Izabela Ciuńczyk:

Mhm. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę. Czy pani dyrektor chciałaby zabrać głos?

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

To nie jest przedmiotem naszej komisji, ale my jesteśmy w kontakcie z Ministerstwem Sprawiedliwości, zdajemy sobie z tego sprawę. Minister sprawiedliwości rozmawia z nami na temat tej bariery, która dotyczy obciążeń sądów pewnymi sprawami, które dotyczą systemu ochrony zdrowia i doprecyzowania tego tak, żeby zwiększyć możliwości orzekania sądów w tych sprawach, które są najistotniejsze. Te sprawy tutaj są bardzo ważne, bo one dotyczą wolności osób, wolności osobistej i ograniczanie tego nie może się odbywać w innym trybie.

Natomiast to nie jest tak, że my z przedstawicielami ministra sprawiedliwości nie współpracujemy, bo współpracujemy na co dzień. Nie zmienia to jednak faktu, że to jest kolejny z problemów, który musimy tutaj rozwiązać. Ale też problemem, na który wskazał pan profesor, jest brak dostępu do tych miejsc, kwestia tego, że tych miejsc mamy za mało. Chcemy wyprowadzić ze szpitali tych pacjentów, którzy mogą się leczyć w środowisku i w ten sposób możemy mieć tę przestrzeń na psychiatrę sądową w miejsce świadczeń w łóżkach ogólnopsychiatrycznych. One mogą być przekształcane w sytuacji, kiedy większą liczbę pacjentów obejmujemy właściwą opieką w środowisku i nie będziemy rozciągać w czasie opieki stacjonarnej. I to jest elementem pracy naszego zespołu.

I chciałabym zapewnić panią prezes Ciuńczyk, że zwracamy szczególną uwagę na to, żeby były właściwe mechanizmy relacji pomiędzy szpitalem a częścią ambulatoryjną w ramach centrów zdrowia psychicznego; żeby osiągać właśnie ten efekt, by pacjent zostawał w środowisku.

Przewodnicząca OSCZP Izabela Ciuńczyk:

Tylko pani dyrektor, proszę nie wylać dziecka z kąpielą, bo centra typu A są centrami bardzo dobrze funkcjonującymi i rozdzielenie ich teraz na dwa odrębne podmioty z dwoma odrębnymi umowami w ramach NFZ to będzie po prostu bardzo istotne utrudnienie naszego codziennego funkcjonowania.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, chciałabym tutaj na chwilę uciąć dyskusję, ponieważ mamy kolejną osobę, która się zgłosiła i teraz udzieli jej głosu. Jeśli pani będzie chciała później jeszcze zabrać głos, to oczywiście proszę się zgłosić.

Bardzo proszę się przedstawić i zabrać głos.

Członkini prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Region Mazowiecki Karolina Pietrzykowska:

Dzień dobry. Karolina Pietrzykowska. Jestem reprezentantką regionu mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Jestem też lekarką, rezydentką psychiatrii. Pracuję w Nowowiejskim Centrum Zdrowia Psychicznego.

Myślę, że Nowowiejskie Centrum Zdrowia Psychicznego spełnia kryteria tego dużego szpitala psychiatrycznego, o którym mówimy, że może warto by było od nich powoli odejść. Ale jednocześnie jest też ośrodkiem położonym w samym centrum Warszawy, więc nie można nam zarzucić, że jesteśmy daleko od pacjenta. Kiedy zaczęłam pracę, to nie byliśmy jeszcze centrum zdrowia psychicznego i widzę ogromną różnicę jakościową między pracą w oddziale ostrym i okazjonalną pracą w poradni, a pracą w centrum zdrowia psychicznego. Myślę, że pacjenci również widzą tę różnicę: i po długości swoich pobytów, i po oferowanych opcjach po wypisie.

Zdarza mi się na przykład prosić pacjentów, żeby – jeśli rozważają w ogóle taką opcję, taką formę opieki – przeszli się ze mną na spacer do oddziału dziennego. Mogą go na własne oczy zobaczyć. To naprawdę działa dużo lepiej niż opowiadanie lekarza, czyli osoby w fartuchu, gdzieś z jakimś dystansem, opowieści o tym, jak cudownie jest na oddziale dziennym. Wystarczy czasem pacjenta zaprowadzić, pokazać mu, jak to w praktyce wygląda i faktycznie pacjent od razu ma do tego inne podejście.

Również protestuję, tak jak większość środowiska, przeciwko rozdzieleniu finansowania oddziałów ostrych i oddziałów ambulatoryjnych.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbańska-Chwedczuk:

Kto powiedział, że są rozdzielane?

Członkini prezydium OZZL Karolina Pietrzykowska:

Chciałabym tylko zaznaczyć, że to moim zdaniem faktycznie nie jest dobry kierunek. I zwrócić uwagę, że te płace, które być może zajmują znaczący procent naszego finansowania w ochronie zdrowia, są być może jego najistotniejszym elementem, ponieważ łóżka nie leczą pacjentów. Chcemy odejść od tego, żeby kłaść pacjentów na łózkach i oczekiwać, że wyzdrowieją. Chcielibyśmy też prawdopodobnie – myślę, że tu zgodzimy wszyscy – podawać im jak najmniej leków. I to co zostaje, to jest właśnie kontakt z drugim człowiekiem. To jest właśnie wsparcie środowiskowe, wsparcie lekarskie, wsparcie psychologiczne, wsparcie wszystkich ekspertów, którzy wiedzą, co robią, wsparcie całego zespołu, koordynacja jego prac. I niestety to wymaga wynagrodzenia tych ludzi. Być może dlatego te płace stanowią tak istotną część budżetu. Nie sądzę, żeby to było coś złego.

Wydaje mi się, że to faktycznie wszystko, co chciałam powiedzieć. Myślę, że się zgodzimy ze środowiskiem, że problem agresji pacjentów, problem braku współpracy resortów jest obecny. Powinniśmy wszyscy dążyć do tego, żeby rozwiązać te problemy, o których ostatnio było głośno, ale rozwiązać je w taki sposób, żeby nie naruszać jednocześnie praw naszych pacjentów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Bardzo proszę.

Prezes Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego Artur Kochański:

Dzień dobry. Artur Kochański, Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Bardzo dziękuję pani przewodniczącej za udzielenie mi głosu.

Proszę państwa, chciałbym zwrócić państwa uwagę na pewien istotny problem, który, jak myślę, utrudnia funkcjonowanie centrów zdrowia psychicznego, a być może też wdrażanie reformy w takich szczególnych miejscach, jakimi są duże miasta, które nie mają podziału na obszary odpowiedzialności terytorialnej. Sprowadza się to do dwóch ważkich problemów:

po pierwsze – nie możemy mówić o odpowiedzialności za zdrowie psychiczne określonych pacjentów, którzy zamieszkują lokalną społeczność; po drugie – trudno nam jest też wziąć odpowiedzialność za finanse takiego centrum zdrowia psychicznego, które działa powiedzmy w Lublinie, w Gdańsku, w Białymstoku, czy w Bydgoszczy.

Rzecz sprowadza się do tego, że jeśli wziąć pod uwagę, że musimy oddać powiedzmy, połowę naszych środków finansowych za hospitalizację – bo mniej więcej tyle kosztuje centra typu B hospitalizacja psychiatryczna – to bardzo niewiele środków zostaje do tego, żeby właśnie znaleźć finansowanie wynagrodzeń czy centrum zdrowia psychicznego, które jest czymś więcej niż tylko połączeniem poradni zdrowia psychicznego, zespołu leczenia środowiskowego i oddziałów dziennych. Moim zdaniem istotą reformy jest to, że to ma być kompleks oddziaływań i żadna z tych struktur nie powinna być od siebie oddzielona, a jeszcze wzmocniona działaniami punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego, który też dodatkowo kosztuje.

Apeluję więc o zmianę tego nieszczęsnego wzoru, który służy do naliczania ryczałtów w takich miastach jak Lublin; który sprowadza się do tego, że nasz budżet wynika z tego, ilu mamy pracowników medycznych w stosunku do liczby pracowników medycznych, etatów medycznych w całym Lublinie. W Lublinie jest ponad 300 etatów medycznych. My około 22% i tyle dostajemy budżetu. Natomiast „opiekujemy” znacznie więcej pacjentów, więc nie da się za te skromne środki „opiekować” zarówno pacjentów z Lublina – a nam jest przypisywana jedna trzecia, a nie 22% ludności Lublina – do tego jeszcze okolicznych gmin, a czasami jeszcze bardziej odległych terenów.

Tak że bardzo bym prosił o pochylenie się również nad tym problemem, bo uważam, że wdrażanie programu pilotażowego, czyli po prostu tworzenie centrów zdrowia psychicznego właśnie w miastach, które są zbyt duże, żeby mogły mieć tylko jedno centrum, ale też zbyt małe, żeby mieć podziały na gminy, delegatury czy stare dzielnice z kodem terytorialnym, bardzo komplikuje sytuację. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę.

Dyrektor Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku Krzysztof Sikorski:

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie. Krzysztof Sikorski, Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku. Dziękuję pani przewodniczącej za udzielenie głosu.

Chciałbym również wyrazić stanowczy sprzeciw przeciwko planom rozdzielenia w centrach części ambulatoryjnej od części stacjonarnej. Sukcesem centrów jest to, że ten zespół pracuje jako całość, jako jeden nierozdzielny zespół. Jeżeli wydzielimy dwa podmioty, dwie jednostki, dwie struktury, to moim zdaniem straci to sens, ponieważ nawet pacjent, który jest przyjęty na oddziale psychiatrycznym, jest pacjentem centrum. Środowisko od razu się nad nim pochyla. Jest jeszcze pacjentem oddziału psychiatrycznego, a już pochyla się nad nim część ambulatoryjna. I odwrotnie: kiedy pacjent jest leczony w ambulatorium, również część stacjonarna, część szpitalna jest informowana o dalszych jego losach.

Powiem państwu szczerze, nie rozumiem tej idei, żeby wydzielać część szpitalną od części ambulatoryjnej, skoro pilotaż udowodnił i potwierdził, że nierozdzielane właśnie tej części jest najbardziej skuteczne pod kątem zdrowienia pacjenta. Bardzo państwa prosimy o to, żebyście państwo wsłuchiwali się w nasze postulaty. Tu nikt nie ma żadnego interesu w tym, żeby systemowi zaszkodzić. Ma interes w tym, żeby ten system udoskonalić. To, co mówił dr Rowiński – my też jesteśmy po wizytacjach WHO i z wielkim zaciekawieniem czekamy na podsumowanie, raport z tej wizytacji. Ale już z naszych rozmów z przedstawicielami WHO wynika, że oni byli pełni podziwu, iż system, który został wdrożony w tych wizytowanych centrach, jest bardzo bliski ideałom psychiatrii środowiskowej.

Tu naprawdę niedużo potrzeba i jak najbardziej zgadzamy się z tokiem prac Komisji, żeby oczywiście wprowadzić wskaźniki i zmierzyć ten system, żeby mógł być dla wszystkich zbenchmarkingowany, mógł być oceniony. Jak najbardziej. Szanowni państwo, to i tak za długo trwa, bo mamy sześć lat pilotażu, a tak naprawdę nikt z nas nie wie, w jakim miejscu jest. Ja akurat dzisiaj wiem, bo na bieżąco analizujemy sytuację w naszym centrum i wiemy, że nam hospitalizacja ze 100 łóżek spadła do 18 łóżek. Mamy 200–300% wzrostu porad ambulatoryjnych. Środowisko to jest 500 pacjentów co dzień obsługiwanych przez pracowników.

Dobra współpraca z opieką społeczną, duży udział organizacji pozarządowych w naszej pracy – można powiedzieć, że to się dzisiaj udało.

I prosimy, bo pan Tomasz, pan dr Rowiński jest naszym przedstawicielem, zbiera też nasze wszystkie sugestie... Uwierzcie mi państwo, nie chcemy wyrzucić systemu, tego – jak to niektórzy mówią potocznie, przepraszam – stolika. Chcą system wzbogacić i jeszcze nadać mu nowej treści, ale w oparciu o doświadczenie. To, co doktor mówiła – to środowisko buduje ten system i prosimy, żeby te nasze postulaty naprawdę był – przepraszam, że tak mówię, bo już emocje zaczynają wchodzić w moją przemowę – żeby były traktowane poważnie. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. I bardzo proszę...

Prezes Instytutu Psychoedukacji Centrum Zdrowia Psychicznego w Poznaniu Joanna Michalak:

Dzień dobry. Joanna Michalak, jestem prezesem Instytutu Psychoedukacji Centrum Zdrowia Psychicznego w Poznaniu.

Chciałam powiedzieć tylko kilka słów o tym, co powtarzamy, wszędzie tam, gdzie się da, więc warto, żeby i dzisiaj padło; o tym, co się udało nam utworzyć przez niespełna trzy lata, na co naprawdę nie mielibyśmy najmniejszych szans, gdyby nie to, że do tego pilotażu przystąpiliśmy. Nie minęły jeszcze trzy lata – miną w grudniu – odkąd jesteśmy centrum zdrowia psychicznego i w tej chwili mamy około 5% populacji objętej opieką. Łącznie jedenaście tysięcy numerów PESEL. Jeżeli mówię o wliczanych statystykach, to mam na myśli minimum trzy wizyty. Nie mówię o pojedynczym pacjencie, który się przewinie i nigdy do nas nie wraca.

Pierwszy raz – o udało nam się porównać pełne okresy, czyli drugie półrocze, które było pełnym półroczem w 2023 roku – spadek hospitalizacji w drugim półroczu 2024 wyniósł praktycznie 4 tys. osobodni z 11 tys. Udało nam się – co inaczej byłoby zdecydowanie niemożliwe – utworzyć profile, sprofilować oddziały dzienne i grupy z celowanymi programami leczenia dla różnych pacjentów, w tym dla niżej i wyżej funkcjonujących osób z zaburzeniami psychotycznymi, dla bardzo specyficznej grupy młodych dorosłych czy, bardziej ogólnie, dla osób z zaburzeniami neuroafektywnymi. Współpraca jest podjęta ze wszystkimi OPS i wszystkimi organizacjami na naszym terenie. Ponadto, przez szeroko rozumianą przez nas odpowiedzialność terytorialną, wzięliśmy się również za opiekę nad dziećmi. Udało nam się faktycznie cały rejon zakontraktować również pierwszymi poziomami, a także centrami drugiego poziomu referencyjnego dla dzieci.

Myślę, że to, co się okazało taką wartością dodaną, co się zaczyna pojawiać w centrach, to to, że centra stają się ważnym miejscem kształcenia kadr medycznych. Coraz więcej centrów występuje o akredytację i tę akredytację otrzymuje. Rezydenci chętnie podejmują pracę i przychodzą do nas już nie nawet jako tak zwane rezerwy, bo nie dostali się do kliniki, tylko zaczynamy być też miejscem pierwszego wyboru. I to też pokazuje pewien trend tego, jaka jest nadzieja w młodych lekarzach i jakie są oczekiwania co do zmiany, bo myślę, że ona już zaszła w naszej mentalności, w naszych głowach, tylko teraz musimy podciągnąć i nadażyć z legislacją. Także podłączam się do prośb kolegów i dziękuję za głos.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Wiceprezes Centrum Zdrowia Psychicznego REVIT w Białymstoku Damian Raczkowski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Damian Raczkowski, Centrum Zdrowia Psychicznego REVIT w Białymstoku.

Pozwolę sobie powiedzieć osobistą rzecz, bo pamiętam, że trzy razy miałem przyjemność występować w Sejmie jako poseł sprawozdawca prezentujący Sejmowi Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. I jak go prezentowałem, to jeszcze nie wierzyłem w to, że on może zyskać takie ciało, które dzisiaj tutaj mamy w formie centrów zdrowia psychicznego. Od dziesięciu lat sam w nim pracuję, prowadzę takie centrum w Białymstoku ze swoim współnikiem jako podmiot niepubliczny. I zdumiewa mnie to, jak udało się wdrożyć tę ideę i uczynić ją rzeczywistością.

Dość powiedzieć, że zespół leczenia środowiskowego, który mieliśmy jeszcze dziesięć lat temu, to był jeden psycholog zatrudniony na jedną trzecią etatu, pół etatu lekarza, osoby, które opiekowały się grupą kilkunastu pacjentów. Dzisiaj nasz zespół leczenia środowiskowego, czyli ci pracownicy, którzy działają w terenie i tę terapię środowiskową realizują, to jest już trzech lekarzy, to prawie 48 osób w zespole – zatrudnionych w niepełnym czasie pracy, ale poświęcających bardzo dużo swojego czasu właśnie tym osobom – i około 350 pacjentów objętych opieką czynną w poprzednim miesiącu.

Tak że tyle dobrego można robić dzięki temu finansowaniu i łatwości, którą daje budżet oparty na stawce kapitałowej, gdzie my jako zarządzający możemy decydować o tym, jakie mamy potrzeby, gdzie kierować zasoby, czy to ma być akurat skierowane ku psychologom, diagnostom, czy lekarzom, którzy zajmują się poszczególnymi działkami w naszym zakładzie leczniczym. Gratuluję, że Sejm po raz kolejny wybrał tę sferę zdrowia publicznego jako wybitnie istotną, bo to, że podkomisja do spraw zdrowia psychicznego powstała jest niewątpliwie wyrazem tego, jak istotna jest to gałąź medycyny, jak wiele uwagi potrzebuje.

Chciałem wystąpić w innej kwestii do przedstawicieli Komisji powołanej przez panią minister i Narodowego Funduszu Zdrowia. Otóż namawiam państwa i poprosiłbym o to, żeby zwrócić uwagę na specyfikę funkcjonowania tej epidemiologii, która jest inna w dużych ośrodkach czy aglomeracjach miejskich, a inna w powiatach wiejskich. My akurat realizujemy usługi w ramach CZP w Białymstoku, w powiecie białostockim, ziemskim, ale również w powiecie zambrowskim, który jest takim powiatem typowo wiejskim. I przykładamy te same normy, te same standardy, a procent populacji, którą obejmujemy opieką w tym powiecie zambrowskim, wypracowany na najwyższym poziomie, to jest około 3,5%. Nawet jak będziemy mieli większe środki, większe zasoby, to trudno nam będzie większą populację objąć opieką, bo być może ci ludzie jeszcze nie dojrżeli do tego, żeby z częścią swoich problemów zwracać się do nas. Z kolei w aglomeracji białostockiej 7% populacji, którą się opiekujemy jest osiągnięta i on się znakomicie powiększa. Tak duże są potrzeby pacjentów w tym obszarze.

Państwo jako zespół opracowujecie standardy, w których chcielibyście pewnie wprowadzić znaczniki, które będą takie same dla całego kraju. A tutaj być może, nie wiem, potrzeba jest taka, aby wydłużyć okres wchodzenia w osiągnięcie tych wskaźników w obszarach wiejskich, a skrócenie ich czy skrócenie wchodzenia w te maksymalne wskaźniki w obszarach miejskich. I prosiłbym, żebyście państwo zwrócili uwagę na to w swoich pracach. To pewnie nie jest łatwe, ale byłoby pomocne do tego, żeby ten system był bardziej efektywny. Być może państwo polskie będzie musiało wtedy wydać na to trochę mniej pieniędzy.

Z tym łączą się również wskaźniki zatrudnienia, które są takie same dla tych obszarów, bo prowadząc centrum typu A musimy mieć tych 60 etatów na zabezpieczenie opieki, 40 dla centrów typu B. I znowu te wskaźniki powinny zostać inaczej ułożone w obszarach aglomeracji miejskiej, bo my w swoich zasobach mamy dużo, dużo więcej ponad te 40, a jesteśmy centrum typu B. Dużo mniej potrzebujemy zaś w tych obszarach wiejskich, bo tam personel z takim samym wskaźnikiem będzie niewykorzystany. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Czy pani dyrektor może chciałaby jeszcze coś na koniec? OK, to jeszcze sekundkę jeszcze, bo jeszcze jedna osoba. To ostatni głos i oddam głos pani dyrektor.

Dyrektor Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce Mariusz Panek:

Dziękuję bardzo. Mariusz Panek, Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce, prowadzone przez Fundację Leonardo.

Chciałem tutaj powiedzieć kilka rzeczy, które być może nam troszkę w dyskusji umykają. Pierwsza rzecz jest taka, że ciągle mówimy, że to jest pilotaż, pilotaż, pilotaż. Ale zobaczcie państwo, w połowie kraju zreformowaliśmy psychiatrię. Ciągłe nazywamy to pilotażem, ale połowę pracy już mamy wykonaną. Mamy połowę populacji objętej opieką. I oczywiście możemy dalej narzekać na to, że to jest pilotaż, ale jako kraj zrobiliśmy najsmartniejszą rzecz, jaką można było zrobić. Zrobiliśmy pilotaż postępujący, rozwojowy, który przynosi sam z siebie rezultaty i funkcjonujemy w taki sposób, który jest w biznesie określony jako najskuteczniejszy, jako samoucząca się organizacja. Sami wyciągamy wnioski z własnych błędów, sami poddajemy propozycje modyfikacji. I zwróćcie też państwo uwagę, – ja śledzę

je bardzo uważnie – na prace zespołu pod przewodnictwem pani dyrektor, gdzie szereg rzeczy jest przedyskutowywanych.

Natomiast jest jedna rzecz, która niepokoi. Dyskutujemy, znaczy testujemy, pewien jasno określony model od sześciu lat. Deficyty, które są, zostały bardzo jasno zdefiniowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Podjęliśmy rękawicę w ubiegłym roku, zresztą po słowach na konferencjach pani Ani Parnowskiej, żebyśmy dali propozycje zmian. Powstała grupa pasjonatów psychiatrii środowiskowej, która spotyka się regularnie od ponad roku, gdzie staramy się szukać rozwiązań, przygotowywać pomysły i proponować rozwiązania. I jej celem jest spojrzenie na trzy perspektywy: pacjenta, środowiska medycznego i płatnika. I wszystkie propozycje, które zostały zaproponowane w propozycji środowiska uwzględniają właśnie wszystkie te trzy perspektywy.

I teraz zobaczcie, jakie są nasze rezultaty działania. W ciągu sześciu lat osiągnęliśmy rezultaty takie, o które inne kraje europejskie starają się od trzech, czterech dekad i nie są jeszcze tam, gdzie my jesteśmy dzisiaj. Przestańmy nazywać to ciągle pilotażem, bo jesteśmy w połowie drogi. My już jesteśmy w połowie reformy psychiatrii. I teraz podejmijmy te rzeczy, które są kluczowe, żeby to dopiąć do końca. Ale proszę, zwróćmy uwagę na jedną rzecz. Nie doprowadźmy do takiej sytuacji, że będziemy w dowolny sposób, bez żadnych podstaw ani danych, modyfikować model, który testujemy, bo to się nam tylko i wyłącznie odbije czkawką. I będziemy mieli coś, co jest nieprzebadane, coś, co nie ma podstaw, czyli zrobimy sobie kolejny pilotaż. Przed tym się więc broimy.

I druga rzecz, która jest szczególnie istotna i wielokrotnie tu już dzisiaj padała, za co wszystkim, którzy o tym mówili, dziękuję – mianowicie różnorodność finansowania. Jeżeli pozwolimy na to, żeby w systemie były różne sposoby finansowania w środowisku i w leczeniu całodobowym, to powstanie jasna sprawa, czyli konflikt interesów. To już Iza mówiła tutaj, że jeżeli będzie miała wykonać 25 łóżek, to wykona 25 łóżek w pełnym obłożeniu. Nie będzie szansy na to, żebyśmy zaobserwowali zmianę, czyli żebyśmy zauważyli, że dzieje się rzeczywisty spadek hospitalizacji. Nie będzie zauważony, bo każdy odpowiedzialny za budżet szpitala wykona wszystkie łóżka prawie w stu procentach.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Pani dyrektor w międzyczasie odpowiadała, ale może jeszcze jest coś, co chciałaby pani dopowiedzieć?

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbaśńska-Chwedczuk:

Tak. Chciałbym powiedzieć, że czasem słyszę tu informacje na temat tego, że coś jest rozstrzygnięte, że mówi się i tak dalej. Trudno mi się do nich odnosić, bo nie wynikają z żadnej decyzji, gdyż te decyzje jeszcze ciągle są przed nami.

Tak naprawdę testujemy dwa modele: model centrum zdrowia psychicznego typu A i model centrum zdrowia psychicznego typu B. Wiemy, że zarówno w jednym, jak i w drugim typie są doskonale funkcjonujące podmioty. I Instytut Psychoedukacji, który pani reprezentuje, jest jednym z wzorcowo funkcjonujących podmiotów typu B.

Ale tak naprawdę nie możemy powiedzieć, że mamy jeden model, który rozciągamy na wszystkich, bo mamy dwa modele finansowe – centra zdrowia psychicznego i obecny model – i dwa rodzaje centrów zdrowia psychicznego. Musimy to tak połączyć, żeby objąć tą formą opieki – o której państwo mówią słusznie, że to jest dobra forma opieki – cały kraj, czyli doprowadzić do zmiany zakresu w zakresie świadczeń gwarantowanych w taki sposób, żeby ta forma organizacyjna była dominująca i dostępna dla wszystkich naszych pacjentów. Zwracam uwagę, że niektórzy pacjenci mają szczęście i podmioty dobrze funkcjonujące w tym nowoczesnym modelu zapewniającym opiekę w społeczeństwie. Inni mieszkają daleko od centrum zdrowia psychicznego i to, że u państwa się pojawiają też jest kwestią ich głosowania nogami. Tak długo, jak nie będziemy mieć spójnego systemu u wszystkich pacjentów, to będziemy mieć taki problem.

Dlaczego mówimy o tym, że to cały czas jest pilotaż? Nie tylko dlatego, że wynika on z rozporządzenia, miał przetestować pewien model, ale objął 50% populacji, więc przekształcając, muszę się liczyć z tym, że ogromna liczba podmiotów już funkcjonuje sprawnie w nowym modelu, a inna grupa musi się do niego dostosować. To nie jest więc tak, że mam dwa podmioty, w których coś funkcjonowało i muszę wprowadzić tę zmianę dla wszystkich,

tylko połączyć, zapewnić sprawne funkcjonowanie jednej i drugiej strony, ale też centrów zdrowia psychicznego funkcjonujących w dwóch modelach: modelu połączonym ze szpitalem i modelu ze szpitalem niepołączonym. Ale muszę to też określić w sposób spójny, żeby nie stworzyć takiej sytuacji, że będziemy mieć czwarty model funkcjonujący równolegle.

Pani prezes, jest mi trochę przykro, że pani nie podjęła jednak tego wyzwania, żeby pracować z nami w zespole.

Przewodnicząca OSCZP Izabela Ciuńczyk:

Pani dyrektor wie, dlaczego.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Przepraszam, ale nie chciałabym, żeby wywiązała się tutaj taka dyskusja. Będziemy kończyć.

Dyrektor departamentu MZ Dagmara Korbasińska-Chwedczuk:

Natomiast to jest tak, że są przedstawiciele środowiska i nie chcemy robić czegoś wbrew niemu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

I krótka uwaga do pana profesora Heitzmana – kilka miesięcy temu Komisja Zdrowia miała krótkie posiedzenie w tej sprawie, więc to nie jest tak, że „duża” Komisja nad tym nie obraduje. Uważam, że to posiedzenie, które dziś się odbyło, było potrzebne dla środowiska, żeby można było porozmawiać. I, jak sądzę, lada moment znowu będziemy się spotykać, żeby, o tym porozmawiać. To jest konieczne.

Wiceprezes PTP prof. Janusz Heitzman:

Częściej.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Tak. Rozumiem też środowisko, osoby, które w tym uczestniczą, że jest konieczność dyskusji na ten temat.

Bardzo państwu dziękuję za dzisiejszy udział. Bardzo dziękuję przedstawicielom ministerstwa. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. I na tym wyczerpał się porządek dzisiejszego posiedzenia.