

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

(NR 3)

z dnia 10 kwietnia 2024 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 3)

10 kwietnia 2024 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marty Golbik (KO)**, rozpatrzyła:

- informację na temat przyszłości psychiatrii środowiskowej w Polsce
- wdrażanie pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego oraz planów jego zmiany w rozwiązania systemowe.
- informację na temat funkcjonowania infolinii dla osób dorosłych w kryzysie psychicznym – 116123.

W posiedzeniu udział wzięli: **Wojciech Konieczny** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Iwona Krop-Machalica** dyrektor Departamentu Wychowania i Profilaktyki w Ministerstwie Edukacji Narodowej, **Radosław Nielek** dyrektor Naukowej i Akademickiej Sieci Komputerowej – Państwowego Instytutu Badawczego wraz ze współpracownikiem, **Magdalena Malinowska-Wójcicka** zastępca dyrektora Departamentu Transformacji Cyfrowej w Ministerstwie Cyfryzacji wraz ze współpracownikami, **Janusz Heitzman** pełnomocnik ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej, **Piotr Gałęcki** konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, **Romana Dławichowska-Ochej** ekspert w Departamencie ds. Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Anna Parnowska** kierownik Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Izabela Ciuńczyk** prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego, **Klaudiusz Komor** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, **Marta Kutniewska-Kubik** członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, **Tomasz Rowiński** kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, **Urszula Szybowicz** prezes Fundacji Nie Widać Po Mnie, **Krzysztof Sikorski** dyrektor Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku, **Anna Śremska** dyrektor SPZOZ im. Babińskiego w Łodzi, prezes Zarządu Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Marek Wójcik** pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

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

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego. Witam członków podkomisji oraz zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat przyszłości psychiatrii środowiskowej w Polsce – wdrażanie pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego oraz planów jego zmiany w rozwiązania systemowe. Przedstawi nam to minister zdrowia, pan minister Konieczny, który już jest z nami.

Pkt 2 – rozpatrzenie informacji na temat funkcjonowania infolinii dla osób dorosłych w kryzysie psychicznym – 116123. Przedstawia minister cyfryzacji.

Przystępujemy do realizacji pierwszego punktu 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.

Proszę przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie informacji. Panie ministrze, zapraszamy.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, myślę, że w tym gronie, w którym jesteśmy, znajomość zasad pilotażu, tego, co od kilku lat w Polsce się dzieje, jest dość dobra. Dlatego pozwolę państwo, że nie będę rysu historycznego omawiał i tego, dlaczego wprowadzono pilotaż, czego on dotyczy i jakie są główne zasady. Jest to proces już znany. Proces, który doszedł do momentu, w którym uważamy, że powinien być elementem czy wiodącym sposobem opieki psychiatrycznej na terenie całego kraju.

W tej chwili właściwie 50% populacji kraju jest objęte procesem pilotażu czy tym sposobem prowadzenia opieki psychiatrycznej. Uważamy, że pilotaż się sprawdził, że to, co ze sobą niesie jest zarówno nowoczesne, jak i w polskich realiach sprawdzające się. Uważamy, że elementy psychiatrii środowiskowej i to, że jest to odpowiedzialność terytorialna i współpraca zamiast konkurencji, dobrze ze sobą współpracują więc założeniem ministerstwa jest, aby ten pilotaż mógł się przekształcić w już normalne rozporządzenia koszykowe, w normalne konkursy itd., żeby to był już docelowy sposób opieki nad pacjentami psychiatrycznymi czy też z zaburzeniami psychicznymi.

W tej chwili pilotaż jest dalej prowadzony. Będzie ocena skutków, będzie ewaluacja, która nastąpi w drugim półroczu tego roku. Mamy nadzieję, że te efekty, które obserwujemy, zostaną udokumentowane w odpowiedni sposób i przystąpimy w przyszłym roku do konkursów i do tego, aby móc objąć tym sposobem opieki cały kraj.

Oczywiście wiąże się to z pewnymi trudnościami, o których wiemy, o których rozmawiamy. Taką spodziewaną trudnością czy utrudnieniem jest to, że do pilotażu przystępowały ośrodki, przystępowały w ogóle regiony w Polsce, które były do tego gotowe. To znaczy, sposób świadczenia usług, odpowiednia liczba personelu, odpowiednie zasoby ludzkie, ale też inne, powodowały, że przystępowano do tego pilotażu. Jednak w niektórych regionach kraju wyglądało to inaczej. Oczywiście było to dowolne, nie było to przymusowe i dlatego 50% mieszkańców korzysta z tego typu usług, a 50% nie.

Teraz pytanie, czy uda się nam pokryć siatką centrów cały kraj. Zakładamy, że tak. Mamy oczywiście przed sobą jeszcze konsultacje, mamy przed sobą prace związane na przykład z Radą ds. Zdrowia Psychicznego. Rada po dłuższym czasie odbyła swoje spotkanie pod koniec marca. Dyskutowaliśmy właśnie o tym – to był wiodący temat. Zabrało głos wielu specjalistów. Wiele środowisk wskazywało na trudności, zagrożenia, ale też nadzieję związaną z rozwojem tego typu świadczeń.

Muszę powiedzieć, że to spotkanie było bardzo wyczekiwane. Oczywiście one powinny odbywać się częściej w poprzednim okresie, ale z jakichś powodów nie były organizowane. Natomiast w tej chwili oczywiście będziemy współpracować. Już nawet mamy nadzieję na pewne podpowiedzi, pewne reakcje, na to, żebyśmy mogli się oprzeć po prostu na doświadczeniu, na wiedzy specjalistów, którzy w radzie zasiadają. Takie zobowiązania poczynili wobec nas i jest to oczywiście bardzo dobry symptom dalszej współpracy. Będziemy więc przystępować do prac. Będą pracować Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i wszystkie instytucje, które są odpowiedzialne.

Ta ewaluacja będzie się odbywać oczywiście razem ze świadczeniami. To nie będzie tak, że przerwiemy pilotaż i wrócimy do starych rozwiązań. To będzie jednocześnie. Sądzymy, że zakończymy to do końca roku, co pozwoli nam na przeprowadzenie całego procesu kontraktowania, całego procesu ogłaszania konkursów itd. i wyłonienie świadczeniodawców do końca pierwszego półrocza przyszłego roku. Tak więc sądzymy, że od 1 lipca centra zdrowia psychicznego będą działały w całej Polsce, oczywiście być może w nieco innej formie niż dzisiaj, ale jeśli ta zmiana nastąpi, to pewnie niewielka.

Będą jakieś korekty. W czasie oceny dotychczasowego procesu one powstaną oraz już podczas prac wdrożeniowych. Powiedzmy, że jesteśmy przed tym procesem. Nie chcę przedstawić takiej sytuacji, że ministerstwo już z góry wszystko ustaliło. Właśnie po to jest rada, po to są inne środowiska: środowiska pacjenckie, NGO-sy, które

też są mocno zaangażowane w ten proces, aby współgrać i poprawić ewentualnie to, co powinno być poprawione.

Oczywiście według mnie największym zagrożeniem jest to, żeby udało się pokryć cały kraj, żeby była odpowiednia liczba wykonawców. Natomiast są też pewne inne, może mniejsze trudności, jak na przykład opieka psychiatryczna, którą sprawują szpitale czy też jednostki podległe innym ministerstwom – MSWiA czy MON. Oczywiście ta współpraca i rozwiązania muszą być z nimi dogadane. Muszą być w odpowiedni sposób wzięte pod uwagę również ich interesy czy ich zastrzeżenia, ale uważamy, że docelowo ten system jest nowoczesny, sprzyjający pacjentom, idący w kierunku psychiatrii środowiskowej, tej, która jest bliżej miejsca zamieszkania, bliżej środowiska, rodziny itd., plus właśnie ta współpraca POZ-u, czyli poradni zdrowia psychicznego, a więc punktów, do których zgłaszają się pacjenci, czyli oddziałów dziennych, oddziałów pełniących całodobową opiekę. To jest system, który powinien ze sobą współpracować i centra zdrowia psychicznego udowadniają, że taka współpraca jest możliwa.

Myślę, że wraz ze współpracownikami jesteśmy gotowi do odpowiedzi na pytania. Tak jak mówię, myślę, że przedstawienie danych statystycznych, skoro wcześniej przekazaliśmy materiał podkomisji, byłoby nieco zbędne. W związku z tym, jeżeli są jakieś pytania, to prosimy bardzo. Będziemy starali się sukcesywnie odpowiadać.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Otwieram dyskusję. Zaczniemy od parlamentarzystów. Pan poseł Cieszyński w pierwszej kolejności. Proszę bardzo.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, panie ministrze, mam pytanie jako poseł z województwa warmińsko-mazurskiego. Tam jest taka sytuacja, że są tylko dwa centra zdrowia psychicznego na Warmii i Mazurach, a na Mazurach nie ma żadnego. Mieszkańcy Mazur – z Gołdapi, szczególnie z tych północnych rubieży – mogą jechać albo do Olsztyna, albo do innego województwa.

Przeciętnie w Polsce jedno centrum zdrowia psychicznego przypada na 332 tys. mieszkańców, a na przykład w województwie warmińsko-mazurskim wskaźnik wynosi 687 tys. mieszkańców. Mam więc pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia planuje pilne uzupełnienie mapy tak, aby to zagęszczenie było równomierne, kierując się także preferencjami pacjentów.

Ja sobie zdaję sprawę z tego, że duża część opieki zdrowotnej mieszkańców Mazur jest też zapewniana przez świadczeniodawców z województwa podlaskiego, ale jednak wydaje się, że bardzo trudno jest to wytłumaczyć, że nie ma takiego centrum zdrowia psychicznego w Elku, który jest właśnie centrum dla Mazur, jeżeli chodzi o administrację, wszystkie inne funkcje. Są tam dwa podmioty lecznicze o wysokiej renomie, a przy wielkim szacunku do Grajewa, który jest jednak mniejszym ośrodkiem, tam takie Centrum Zdrowia Psychicznego jest.

Chciałbym więc się dowiedzieć, jakie są plany, żeby dla województwa warmińsko-mazurskiego był lepszy dostęp do centrów zdrowia psychicznego, szczególnie mając na uwadze charakter województwa, gdzie jest niskie zagęszczenie ludności i przez to siatka dróg jest taka, jak każdy może sobie wyobrazić, a co za tym idzie, po prostu odległość do świadczeniodawców, także mierzona czasem dojazdu, jest duża. To jest szczególnie ważne z tego powodu, że wiemy przecież dzisiaj, że te problemy dotyczą wszystkich bez względu na to, gdzie mieszkają, czy to jest duża miejscowość, czy też mniejsza. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Pan poseł Bojarski. Proszę bardzo. Tak, ale na razie inni posłowie się nie zgłaszali.

Posel Krzysztof Bojarski (KO) – spoza składu podkomisji:

Mam takie pytanie. Rozumiem z wypowiedzi pana ministra, że jakby dostęp do pilotażu został już zamknięty i nie przewidują państwo w trakcie dochodzenia do momentu kontraktowania wpuszczenia nowych podmiotów. Te jest pierwsze moje pytanie.

Drugie pytanie. Czy w trakcie wdrożenia, czy nawet funkcjonowania całego systemu będzie jakiś mechanizm zmiany typów centrów, czyli na przykład rozszerzenia działalności o oddziały zamknięte? Powstanie centrów w pierwszej kolejności opartych na ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej, a w następnej kolejności, czy można będzie się przetransformować w ten typ wyższy.

Teraz taka kwestia. Jeżeli nie udało się jakby pokryć tej mapy i zostaną plamy czy państwo macie jakiś pomysł, mechanizm na to, żeby je usunąć poprzez na przykład takie troszkę administracyjne – nazwę to tak – dokładanie do określonych centrów obszarów. Często to jest istotne z punktu widzenia sposobu finansowania imigracji tych pacjentów z danych obszarów. Prosiłbym, żeby na to też zwrócić uwagę. Gdyby była taka konieczność, że w jakiś sposób administracyjny będą dokładane obszary, to żeby pomyśleć, jak uregulować sposób finansowania w takiej sytuacji, kiedy zakładamy, że z danego obszaru właśnie do miejsca, gdzie będą na przykład oddziały całodobowe, ci pacjenci będą migrować. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję pan poseł Giziński.

Poseł Włodzisław Giziński (KO):

Panie ministrze, szanowni państwo, dlaczego zabieram głos. Ja jestem psychiatrą z prawie 50-letnim stażem. Jestem też psychoterapeutą i od tych prawie 50 lat współtworzę system ochrony zdrowia psychicznego. Na tej drodze pełniłem funkcję lekarza wojewódzkiego. Pełniłem funkcję wojewody w czasach, kiedy finansowanie służby zdrowia było budżetowe. Pełniłem też funkcję wicemarszałka województwa kujawsko-pomorskiego odpowiedzialnego za ochronę zdrowia, ale też udało mi się zbudować ośrodek w całości finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na który składają się oddziały szpitalne całodobowe.

To jest 100 bardzo nowoczesnych miejsc leczenia, 100 łóżek, 120 miejsc na oddziałach dziennych. Oczywiście poliklinika, zespoły interwencji środowiskowej, opieka całodobowa. Ten mój ośrodek do dzisiaj czeka na realizację zapowiadanej reformy finansowania ochrony zdrowia psychicznego.

Ja nie mam cienia wątpliwości, że reforma zapoczątkowana i dość długo utożsamiana z dwoma nazwiskami – profesora Wciórki i byłego ministra zdrowia pana Marka Balickiego – to rzeczywiście bardzo znaczący krok milowy nie tylko w ochronie zdrowia psychicznego, ale w reformowaniu całego systemu opieki zdrowotnej. Powodów, dla których powinniśmy to dokończyć, ale również mieć świadomość, że ten etap, kiedy dobrowolnie wchodziliśmy do systemów, ten system pilotażowy, a teraz, kiedy mamy wypełnić pozostałą część kraju, podzielić, jest niewątpliwie najtrudniejszy. Skorzystanie z doświadczeń tego pilotażu jest koniecznością.

Cieszę się, że dzisiaj na sali są znaczący przedstawiciele Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego. Cieszę się, że na początku czerwca w Warszawie odbędzie się IV Kongres Zdrowia Psychicznego. Korzystanie z doświadczeń tych, którzy uczestniczyli i uczestniczą od trzech lat w pilotażu, którzy analizują całą sytuację, korzystanie również z tych wszystkich dyskusji, które od 2018 r. prowadzimy, jest naszym obowiązkiem. Musimy znaleźć sposób, żeby rzeczywiście wykorzystać wszystko to, co jest do naprawienia i nie zepsuć broń Boże – co zdarzało się w ostatnich latach – kolejnymi reformami, kolejnymi krokami, a takich kroków w stosunku do pierwszych założeń było przynajmniej 10. Żebyśmy rzeczywiście postawili ochronę zdrowia psychicznego w tym wymiarze, o którym dzisiaj mówimy, na poziomie XXI w. Innej drogi nie ma.

Niestety musimy mieć też świadomość tego, że znaczna część naszej substancji, tej materialnej, to jest psychiatria XIX-wieczna. Największe nasze szpitale to jest dziedzictwo lokalowe, ale też dziedzictwo społeczne, ta negatywna stygmatyzacja – ty leczysz się w Kocborowie, ty leczysz się w Tworkach, leczysz się w Świeciu. To jest coś strasznego. Musimy to zmienić.

Tacy ludzie jak nieżyjący już profesor Adam Bilikiewicz, który, kiedy został konsultantem wojewódzkim i kierownikiem Kliniki Psychiatricznej w Bydgoszczy wiele lat

temu, powiedział, że zamiast szpitala w Świeciu powinny być oddziały psychiatryczne w każdym szpitalu powiatowym. Całe swoje życie dążył do tego. Ja cieszę się, że mogę dzisiaj tutaj razem z państwem powiedzieć, że czuję się kontynuatorem tej myśli, i nie mam cienia wątpliwości – centra zdrowia psychicznego to jest coś, co musimy rzeczywiście dokończyć. Jeśli to jest do poprawienia, to poprawny, ale trzeba to zrobić jak najszybciej.

Takie długie okresy milczenia, jakie nam się ostatnio zdarzyły – bądźmy też tego świadomi – wywołują niepokój. Jeszcze niedawno, jeszcze przed wystąpieniem pana ministra, wiele osób się zastanawiało, czy rzeczywiście będziecie kontynuować ten program, bo biuro zostało zlikwidowane. Informacje powinny płynąć i powinniśmy to robić jak najszybciej. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Jeśli nikt z parlamentarzystów już nie zabiera głosu, to ja pozwolę sobie oddać głos panu ministrowi w sprawie tych pytań, a potem oddam głos państwu ze strony społecznej. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Odnośnie do odpowiedzi pana posła Cieszyńskiego, może jesteśmy na za wczesnym etapie, aby tak to dokładnie określać, jak w danym regionie kraju będziemy tę sieć rozbudowywać i na podstawie jakich danych populacyjnych czy też geograficznych, powiedzmy odległościowych. Natomiast w założeniach jest, że jedno centrum powinno obsługiwać od 50 do 200 tys. osób. Więcej niż 200 tys. osób uważamy już za zbyt wiele, chociaż oczywiście może jakieś niewielkie odstępstwa będą, i do tego będziemy dążyć. Natomiast to będzie przedmiotem oceny. W każdym województwie będzie powstawał odpowiedni program czy też plan i NFZ oczywiście będzie to oceniał. I na razie na tym poprzestanę.

Oddam głos panu profesorowi, aby mógł przedstawić również to, co jest poza siecią, czyli jak to w ogóle wygląda, jaka cała ta opieka jest w tej chwili, bo na tym musimy się opierać. To nie jest tak, że jest tylko sieć i nic więcej. Zatem wrócimy do tej sprawy, tylko może po chwili, gdy już odpowiem na pozostałe pytania, a pan profesor ewentualnie uzupełni moje dotychczasowe odpowiedzi.

Było pytanie, czy będzie można to rozszerzać terytorialnie, czy będzie można zwiększyć liczbę centrów zdrowia psychicznego teraz jeszcze. Otóż właściwie zakładamy, że nie. To nie to, że decyzja jest już podjęta i na pewno żadnego centrum nie utworzymy. Może to nie jest aż tak drastyczne, aczkolwiek uważamy, że obecnie... Powiedzmy, że bywają ośrodki, które się do nas zgłaszają, ale troszkę nie w tych miejscach, w których byśmy chcieli. Przepraszam, że tak może wprost mówię, ale gdyby była propozycja utworzenia centrum tam, gdzie z naszego punktu widzenia rzeczywiście brakuje tego centrum i dobrze, że ktoś przejawia inicjatywę i teraz chce je utworzyć, to pewnie ta zgoda będzie. Natomiast do tej pory wpływały zapytania tam, gdzie są właściwie dwa centra na danym terenie, żeby było jeszcze trzecie itd. To powiedzmy, że można wstrzymać się te parę miesięcy i wystartować po prostu w konkursie, który będzie i dany podmiot może wygrać i oczywiście prowadzić to centrum. Może dlatego te nasze odpowiedzi nie są pozytywne. To znaczy nie może, a na pewno, dlatego. Zapewne, gdyby ktoś zgłosił się właśnie tam, gdzie jedno centrum pokrywa 350 tys. osób i chciałby drugie, to będzie to rozpatrywane w bardziej pozytywnej atmosferze. Jeszcze jest pewien czas, że to centrum można jeszcze utworzyć na zasadach, które są obecnie. Tak bym na ten temat odpowiedział.

Odnośnie do zmian terytorialnych, one są dopuszczalne. Gdyby tak było, że nawet teraz jakiś większy obszar, ktoś chce się dołączyć i objąć jakieś dodatkowe okoliczne miasto czy jakąś okolicę, to tak. To są rzeczy, które jak najbardziej są również w tej chwili dopuszczalne.

Czy będzie można przetransformować się na wyższy poziom, jeżeli będzie się miało oddział całodobowy? Tak, oczywiście. Są dwa typy. Myślę, że taki system prawdopodobnie pozostawimy. To znaczy, będą też te centra A i B. Oczywiście bardziej byśmy chcieli, żeby były centra całłościowo opiekujące się, ale w niektórych miejscach kraju może to być niemożliwe. Wówczas alternatywą byłoby, że nie ma w ogóle. To lepiej niech będą te cen-

tra jedynie z oddziałami dziennymi czy... Taka sytuacja może mieć miejsce. Tak więc tutaj będziemy elastyczni.

Czy administracyjnie będziemy dokładać obszary? No teraz, dopóki jest ten pilotaż, to nie. Natomiast w momencie, kiedy będzie to kontraktowanie, możemy zostawić taką furtkę, że jeśli na danym terenie nie zgłosi się odpowiednia liczba świadczeniodawców, to możemy ten teren zmieniać, możemy to modyfikować po roku czy po pewnym czasie, kiedy będziemy obserwowali, jak to wszystko działa.

Odnosnie do tego, dlaczego nie powstało więcej centrów zdrowia, powiedzmy, że to jest pytanie może nie do końca do mnie. Może pan profesor nawiąże do tego. Natomiast powiem w ten sposób, że też nie było takich środków finansowych, które by pozwoliły na taką wielką, szybką przemianę. Teraz te środki są zapewnione, więc myślę, że to też jest moment, w którym namawiałbym środowisko do tego, żeby wykorzystało ten moment, bo przemiana jest możliwa i jeżeli ona się dokona i już ugruntuje, to ten sposób opieki i ten poziom opieki, również finansowanie, już pozostanie. Jest to więc szansa. Tak bym to określił. Również finansowa szansa na poprawę polskiej psychiatrii.

Było jeszcze pytanie o zlikwidowanie biura w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Po prostu to było Biuro ds. pilotażu. W tej chwili są osoby zatrudnione w Ministerstwie Zdrowia. Przyjmujemy te zadania i będziemy te zadania kontynuować wraz z innymi instytucjami, które z racji swoich uprawnień będą włączać się po kolei do całego procesu, nazwijmy to koszykowaniem, czy przemiany już tych pilotaży w normalne świadczenia. Zatem to nie zamyka oczywiście, tak jak mówiłem, naszej chęci do współpracy, do otwarcia się na różne ciała.

Był wspomniany pan profesor Balicki. Pan profesor Balicki naszą decyzją znajduje się ponownie w Radzie ds. Zdrowia Psychicznego. Jest oczywiście członkiem, już zabierał głos. Znamy już te wypowiedzi i to stanowisko, tak więc staramy się otwierać na osoby, które mają duże doświadczenie, które już brały udział w tworzeniu zrębów tego systemu, który będzie ostatecznie wprowadzony w całej Polsce. Może rzeczywiście, jeśli chodzi o tę likwidację biura, to znaczy przeniesienie – ja nazwałbym to przeniesieniem – trzeba było to troszeczkę od razu, jednocześnie zakomunikować, jak będzie. Aczkolwiek dla nas to było tak oczywiste, że nie uważaliśmy tego za rzecz, którą aż tak bardzo trzeba nagłaśniać.

Gdzie jest jeszcze takie zagrożenie, o którym dzisiaj nie mówiliśmy, a które może powstać, czy też trzeba będzie się zastanowić, jak skutecznie temu przeciwdziałać? To jest sprawa NFZ-u, podejścia – nazwijmy to – do ryczałtowania świadczeń, ponieważ NFZ ogłaszając konkursy ma w swoim DNA zapisane, że chce płacić za świadczenia. Jest wizyta u psychiatry, tam się coś wydarzyło, takie a takie testy, badania, to my zapłacimy więcej. Było mniej, nie zapłacimy. Było badanie, to dobrze, nie było itd. Pobytu w szpitalu również. Natomiast, jak państwo wiecie, gdyby na to przystać, to by było pewne zaprzeczenie całej idei, że właściwie w pewnym sensie im mniej świadczeń, tym lepsza opieka. No oczywiście nie przesadzając, ale na tym polega trochę ryczałtowanie tych świadczeń w tym zakresie.

Na pewno to będzie przedmiot prac, analiz i współpracy między ministerstwem i osobami odpowiedzialnymi za dalsze wdrożenie, AOTMiT-em i NFZ-em, gdzie musi wygrać ta idea, która przyświeca właśnie centrum, czyli to, że te świadczenia po prostu mają służyć temu, aby była mniejsza zapadalność, mniejsze problemy psychiczne na danym terenie. To jest to, do czego dążymy, a nie tylko to, że chcemy wykonać więcej świadczeń w jakiejś grupie lepiej wycenionej itd. To nie do tego zmierza i nie możemy na to pozwolić, żeby w tych centrach powstała taka jakby chęć, żeby to nie było w momencie, kiedy wystartują do konkursu itd. Wiecie państwo, jak jest w wielu zakresach medycyny. Natychmiast ogląda się, co jest lepiej wycenione, no mówiąc kolokwialnie, co się bardziej opłaca itd. Tutaj jest inna filozofia, więc musimy to utrzymać, ale mamy tego świadomość. Myślę, że NFZ też ma tego świadomość. Też obserwuje to, że ta idea centrów działa lepiej, więc pewnie też sobie z tym poradzimy. Oddaję panu profesorowi głos.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę, pan profesor Heitzman.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej Janusz Heitzman:

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowne panie i panowie posłowie, szanowni państwo, ja mam tutaj szczególny tytuł do wypowiedzenia, ponieważ w 2015 r. przez ministra zdrowia zostałem powołany na przewodniczącego zespołu do spraw opracowania drugiej edycji „Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego”, który zawierał w sobie założenia reformy psychiatrii. Wtedy udało się namówić do tego współdziałania, bardzo silnego, te osoby, które już uczestniczyły w reformowaniu psychiatrii – wspomnianego profesora Wciórkę. Później doktora Balickiego poprosiłem, już jako dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii, o wyrażenie zgody na kierowanie biurem pilotażu.

Biuro pilotażu nie istniało w instytucie. Biuro pilotażu było moim pomysłem, ponieważ stwierdziłem, że nie da się dokonać reformy psychiatrii bez systemu regulującego i bez systemu, który potrafi koordynować pewne zadania.

Celem reformy psychiatrii – chyba od tego trzeba zacząć, żeby odpowiedzieć też na pytania pana posła Cieszyńskiego i pana posła, doktora psychiatrii – było zapewnienie tego, czego nie było. To znaczy równego i powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, żeby nie było takiej sytuacji, że do psychiatrii jedzie się 50 czy 70 km, a tak jeszcze przecież wtedy było.

Opieka miała być kompleksowa, która zawiera wiele różnych form pomocy i leczenia, czyli i psychiatra, i psycholog, i asystent środowiskowy. Ta opieka miała być wszechstronna, niestygmatyzująca, czyli zmiana całkowicie myślenia – dużo już tu się zmieniło przez ten okres pilotażu – połączona ze wsparciem rodziny i oparta właśnie na tym modelu opieki środowiskowej, który przecież nie był czymś nowym, od czego zaczynaliśmy. Był to system, który był już z powodzeniem stosowany w Europie Zachodniej, we Włoszech, w Niemczech, Holandii itd. Tutaj oczywiście konieczna była zmiana myślenia i zmiana systemu, że szpital nie ma być punktem koordynującym, lecz centrum zlokalizowanym na terenie zamieszkania, czyli na terenie powiatu lub dzielnicy.

To oczywiście zakładało też naszą koncepcję zmiany finansowania i odpowiedzialności terytorialnej, czyli ryczałt na populację, z którego ma się finansować wszystkie świadczenia. To była rewolucja, to trzeba o tym od razu tak powiedzieć, że płatnik nie płaci za pojedyncze świadczenia, tylko przekazuje środki podmiotowi, który z nich płaci za wszystko. Czyli za psychiatrę, psychologa, asystenta środowiskowego, asystenta zdrowienia, oddział dzienny, oddział stacjonarny, wizyty domowe, utrzymanie placówki, koordynację, terapię z postanowienia sądu, o czym nie możemy zapominać, ale też i za profilaktykę, która jest gdzieś w zadaniach psychiatrii i naszego całego systemu ochrony zdrowia.

Teraz mamy sytuację pilotażu, który trwa już 6 lat i wydawałoby się, że jest to sytuacja, która już doszła do końca. Dalej według nas tego pilotażu – tak jak tutaj pan minister powiedział – nie można kontynuować.

Oczywiście na 132 centra działające, nie wszystkie działają idealnie. To trzeba powiedzieć, że są zróżnicowane. One obejmują 40% populacji. I co dalej? 132 centra zdrowia psychicznego 40%, a 60% populacji wymaga opieki.

Tutaj jest odpowiedź też na pytanie pana posła Cieszyńskiego, że przecież coś jeszcze na tym terenie wcześniej istniało. Istniały poradnie zdrowia psychicznego. Istnieją do dzisiaj. Tych poradni zdrowia psychicznego w systemie jest 1400. To 132 centra i 1400 poradni z zdrowia psychicznego, w których pracuje duża grupa zaangażowanych lekarzy, psychiatrów, psychologów. Oczywiście bardzo często są to lekarze, którzy równocześnie pracują w oddziałach szpitalnych, jest to druga, trzecia praca. Część z nich na pewno też pracuje w centrach zdrowia psychicznego i dojeżdża do jakiejś poradni. Czyli nie jest tak, że pozostają obszary w Polsce gołe i puste, gdzie nie ma możliwości zapewnienia opieki psychiatrycznej.

Teraz przed nami jest takie pytanie, czy można te wszystkie poradnie zdrowia psychicznego włączyć w system centrów zdrowia psychicznego. Trzeba powiedzieć, że tego na razie nikt nie badał. My nie mamy przeprowadzonej ewaluacji obiektywnej, niezależnej. To jest przed nami. Ale czy to ma być jeszcze w pilotażu? Wydaje mi się, że nie zdążymy.

Czym psychiatria równocześnie może jeszcze się zajmować w obszarze tych zadań, które przed nami są? Trzeba powiedzieć, patrząc na centra zdrowia psychicznego, że one znakomicie się sprawdziły w populacji stosunkowo ograniczonej od 3 do 5%. Jakiej populacji? Osób chorujących na schizofrenię. Tam zapewniono opiekę rodziny, asystenta zdrowienia, asystenta środowiskowego, psychiatrę, psychologa, punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny. Rodzina ma problem z pacjentem, z członkiem rodziny, który nie bierze leków, trafia do punktu i dostaje pełny serwis.

Jednak oprócz tego jest prawie 80% tych zagrożeń populacyjnych, o których dzisiaj mówimy, że one niedługo obejmą 30% polskiej populacji, która w ciągu swojego życia skonfrontuje się – badania o tym świadczą, pan profesor Gałęcki może to poprzeć, od 26 do 30% – z zaburzeniami z zakresu zaburzeń potraumatycznych, adaptacyjnych, lękowych, lękowo-depresyjnych, uzależnień tych ekskluzywnych nawet, niekoniecznie alkoholowych, i tej grupie – a to jest grupa około 9 mln populacji – również trzeba zapewnić serwis. Czy im potrzebny jest asystent zdrowienia? Być może nie, ale oni wszyscy muszą mieć poczucie bezpieczeństwa, że w sytuacji kryzysowej mogą znaleźć właśnie taki punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny, czy on będzie zlokalizowany w centrum, który jest blisko, czy w tej bliskiej poradni zdrowia psychicznego, w której przyjmuje lekarz, w związku z tym system musimy ogarniać bardzo szeroko.

Czy nie połączyć tych poradni zdrowia psychicznego w jakiejś centra, które są blisko siebie? Czy nie doprowadzić do tego, żeby te poradnie zdrowia psychicznego, które najczęściej funkcjonują dwa dni w tygodniu, funkcjonowały codziennie, żeby tam zatrudnić więcej psychologów, że dwa dni tam jest dostęp do lekarza, a w pozostałe trzy do psychologa? To by było tak jakby kontynuacją tego całego systemu.

No i oczywiście nie można myśleć o tym, żeby te niedziałające poradnie zdrowia psychicznego, które są często dobrze osadzone w społeczności lokalnej, w miasteczkach, w dzielnicach, nawet te niepubliczne, ale z kontraktami Narodowego Funduszu Zdrowia, zostawić na boku. Być może trzeba zmienić całkowicie system finansowania, również udzielania świadczeń przez poradnie zdrowia psychicznego, przejść na system ryczałtowy, co może doprowadzić do zwiększenia potencjału dostępności, ale równocześnie w taki sposób, żeby premiować jakość, czyli dostępność do punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego czy do tej poradni w ciągu kilkunastu godzin w ciągu 5 dni w tygodniu. To premiowanie jakości na pewno byłoby bardzo istotne. Tę jakość można również premiować poprzez to, że najczęściej osoby skarżą się na brak informacji, gdzie tę pomoc mogą dostać. Tutaj kwestia informacyjna też jest niesamowicie istotna.

No i cały system reformowania psychiatrii nie może być w oderwaniu od góry, bo nie wszystko jest tam na dole, w tej dzielnicy i w tym powiecie. Jest jeszcze opieka wysokospecjalistyczna, są programy terapeutyczne, są oddziały referencyjne, które również w tym systemie reformowanej psychiatrii muszą się znaleźć. W związku z tym to na pewno by wymagało odrębnej wyceny. Czy będzie to system współczynników przeliczeniowych, koszt produktu plus liczba świadczeń? Tego jeszcze nie wiemy.

Jaki z tego wniosek, kończąc już? Reformy nie można zakończyć na centrach zdrowia psychicznego i punktach zgłoszeniowo-koordynacyjnych. Wtedy by istniało ryzyko ogromnego obszaru populacyjnego poza systemem.

Na pewno daje gwarancje zwiększanie środków na psychiatrię. Ono w tej chwili jest już widoczne. Naszym celem jest dojście do tych 7% w jakiejś przyszłości i liczymy na to, że tak będzie. A dzisiaj, tak jak patrzymy na to, jeżeli pilotaż się skończy, trzeba myśleć nad założeniami takiego programu hybrydowego, które przecież nie zlikwiduje tych tysięcy iluś poradni zdrowia psychicznego, tylko będzie próbował je unowocześnić, zmienić równocześnie ten system myślenia o tym wszystkim.

Pozostają również obszary regulacyjne. Oczywiście Ministerstwo Zdrowia, ten obszar regulacyjny bierze na swoje barki, i to jest kwestia kontynuacji prac nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, bo bez tego nie ruszymy pewnych rzeczy systemowych. Kolejna rzecz to rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia, ale regulacje ustawowe to również współpraca międzysektorowa, o której tutaj też wielokrotnie mówiliśmy.

Kwestia rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, jest to system trudny. Kwestia wyceny świadczeń, czyli AOTMiT i nowe procedury, na przykład niewyceniana terapia

z postanowienia sądu. To jest obszar około 8 tys. osób, które nie chcą wcale przychodzić do tego centrum, tylko sąd im każe. A jeśli sąd każe, to trzeba im zorganizować taki system, żeby był dla nich przyjazny, ale żeby też nie zagrażał innym pacjentom, którzy funkcjonują w tym samym obszarze terapeutycznym.

No i pozostaje jeszcze coś jednego, o czym też nie można w tym wszystkim, w tej reformie zapominać. To są zadania dla samorządu terytorialnego. Tutaj nie możemy wyłączyć samorządu terytorialnego z odpowiedzialności, bo on musi być przede wszystkim odpowiedzialny za coś, co się nazywa profilaktyką, która musi być tak zwaną profilaktyką czynną, i to jest podstawa. Czyli uczenie odpowiedzialności indywidualnej osoby, rodziny, za swoje zdrowie psychiczne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Czy ktoś z państwa gości ma pytania do pana ministra? Bardzo proszę.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Marta Kutniewska-Kubik:

Marta Kutniewska-Kubik, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. My, analizując wielokrotnie pilotaż i nowy program ochrony zdrowia psychicznego, zwróciliśmy uwagę na rolę asystenta zdrowienia i mamy kilka pytań właśnie dotyczących takiego zawodu.

Takim pierwszym pytaniem jest to, czy są jakieś określone kryteria, jakie należy spełnić, poza doświadczeniem głębokiego kryzysu, by być asystentem zdrowienia. Czy te osoby będą miały jakiś nadzór? Czy są jakieś rozpoznania, które wykluczają możliwość pełnienia takiej roli, jakieś okresowe kwalifikacje, badania tych osób w celu określenia ich kondycji psychicznej, po to też, żeby nie tylko zatroszczyć się o osoby korzystające ze świadczeń, ale również o samych tych asystentów zdrowienia? Czy ta rola po prostu niekiedy ich nie przerośnie, zwłaszcza kiedy czytamy, że w tej roli zawierać się będzie nie tylko asystowanie osobie chorej psychicznie, ale również psychoedukacja, która do tej pory wydaje się, że była zarezerwowana dla psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów? Czy w ogóle podejmowanie takiej psychoedukacji, występowanie w tej roli asystenta zdrowienia, będzie korzystne dla odbiorców tych usług? Pytanie to wiąże się chociażby z tym, jak na przykład asystent zdrowienia, który ma doświadczenie kryzysu psychotycznego, będzie miał wspierać, psychoedukować osoby, które doświadczają nerwicy czy depresji, jak też wspierać rodziny, które również z powodu chorego członka rodziny mogą doświadczać takiego kryzysu? To jest pierwsza kwestia.

Natomiast kolejna, znowu jeśli chodzi o osobę asystenta zdrowienia. W jaki sposób jest regulowana dostępność do informacji wrażliwych, dostępność do dokumentacji medycznej pacjentów?

Ostatnia kwestia wydaje się szczególnie ważna, zwłaszcza w kontekście jakości świadczenia usług. Jako Polskie Towarzystwo Psychologiczne myślimy, że nie można pominąć w odniesieniu do reformy ochrony zdrowia psychicznego i leczenia psychiatrycznego kwestii uregulowania zawodu psychologa i zawodu psychoterapeuty. Mówię tutaj o konieczności szybkiego uregulowania tych zawodów, również kwestii rozumienia psychoterapii w systemie opieki zdrowotnej. Nie psychoterapii jako samej w sobie, ale właśnie w tym aspekcie ochrony zdrowia.

Wiemy o tym, że zawody lekarza, pielęgniarki, specjaliści są dobrze uregulowane. Są instytucje nadzorujące ich pracę, ale również instytucje dopuszczające do prowadzenia praktyki zawodu. Natomiast kompetentne działania w zakresie diagnozy, pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej, które są oparte na udokumentowanej naukowo skuteczności, powinny w rezultacie dawać długoterminową skuteczność oddziaływań. Brak jasnych regulacji i instytucji nadzorujących, dbających o etyczne i najwyższe standardy świadczenia pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej wydaje się nam, że może być istotną przeszkodą w osiągnięciu pomyślnych rezultatów tej reformy. Z tego wynika też pytanie, czy wraz z wdrożeniem tego pilotażu planowane są równoległe działania w kierunku regulacji tych zawodów w celu poprawy dostępności do wykwalifikowanej i kompetentnej kadry.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję za to pytanie. Natomiast jeśli chodzi o ostatni element tego pytania, to jest do Ministerstwa Polityki Społecznej i Rodziny, bo pod to ministerstwo podlega zarówno zawód psychoterapeuty, jak i psychologa. Tam będą regulowane te zawody, co ja mocno wspieram. Chodzi mi tylko o to, że myślę, iż minister zdrowia nie będzie w stanie odpowiedzieć na to pytanie, ale może się myłę.

Czy jeszcze ktoś z państwa gości ma pytania? Bardzo proszę. Proszę się też przedstawić.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego Izabela Ciuńczyk:

Dzień dobry. Izabela Ciuńczyk. Ja jestem lekarzem psychiatrą i od 6 lat dyrektorem Centrum Zdrowia Psychicznego w Koszalinie, ale także przewodniczącą Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego.

Ja bardzo dziękuję, panie ministrze, za te słowa, które padły, że pilotaż się sprawdził, ale też chciałabym dodać, trochę kontynuując wypowiedź profesora Heitzmana, że rzeczywiście w pierwszym etapie pojawiło się 27 centrów zdrowia psychicznego w Polsce i byliśmy liderami. Później pojawiło się w kolejnym rzucie 30 i 40 CZP, które również były przygotowane. W tej chwili z tych 129, które, które są na liście Ministerstwa Zdrowia, to są już centra, które jakby zrozumiały, że zmiana idzie, ale nie zawsze były do tego przygotowane. No i mamy połowę Polski, w której są tylko poradnie zdrowia psychicznego, a nie ma oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego z całą infrastrukturą, ale również i kadrą. To musimy wziąć pod uwagę, jeżeli będziemy dokonywać zmian systemowych.

Jako dyrektor ja bardzo bym chciała, żebyśmy już nie rozmawiali o fundamentach, bo one są, jak rozumiem jasne. To, czego potrzebujemy w tej chwili bardzo mocno, to nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, bo, jeżeli ta nowelizacja nie nastąpi, to na przykład centra typu B, czyli te bez oddziałów psychiatrycznych całodobowych, w momencie, kiedy skończy się pilotaż, czyli od 1 stycznia 2025 r., po prostu przestają mieć rację bytu.

Nie mamy w ogóle uregulowanej ustawowo sytuacji współpracy międzyresortowej i przy ochronie danych osobowych wymiany informacji, a współpraca międzyresortowa jest rzeczą podstawową, bo tak jak pan profesor Heitzman podkreślił, centra zdrowia psychicznego to jest psychiatria środowiskowa, czyli psychiatria społeczności lokalnej. Musimy więc współpracować i z opieką społeczną, i z organizacjami pozarządowymi, i z kuratorami sądowymi, z wieloma innymi, ale tu jest przeszkoda, bo nie ma takiego uregulowania prawnego, które daje nam możliwość wymiany tych informacji wrażliwych.

Kolejna rzecz. W ustawie o działalności leczniczej centrum zdrowia psychicznego jako jednostka, która wykonuje świadczenia ambulatoryjne i świadczenia stacjonarne, w tej chwili jest właściwie niemożliwa, bo jednostki mogą mieć albo tylko działalność ambulatoryjną, albo tylko działalność stacjonarną. Zatem rejestracja CZP, chociażby na tych pozostałych 50-procentach Polski, może być utrudniona, bo to trzeba rozdzielić, mimo że dążymy do jedności.

Ja bardzo się cieszę – o tym też pan powiedział, panie ministrze... Chodzi o kwestię ryczałtu. Ja nie wyobrażam sobie w tej chwili, że mielibyśmy funkcjonować inaczej niż w systemie ryczałtowym. To zapewnia przede wszystkim to, co jest najważniejsze w reformie – opłacenie pracownika za gotowość do udzielenia świadczenia i za tę gotowość, która jest przede wszystkim w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym, bo to jest ta rewolucja, która zapewnia dostępność i która powoduje, że w centrach zdrowia psychicznego w sytuacjach nagłych i pilnych nie ma kolejek i pacjent dostaje pomoc akurat wtedy, kiedy jest w kryzysie psychicznym. Ważne jest – i to też już jest przygotowane, bo było to przygotowane – jak najszybsze wprowadzenie standardów organizacyjnych, bo to dla tych nowych CZP, czy tych CZP, które trochę gorzej funkcjonują, będą po prostu narzucone ramy.

Ja może odpowiem pani na pytanie dotyczące asystentów zdrowienia. Odpowiem w ten sposób, że dlaczego mamy dyskryminować taką grupę zawodową czy kwalifikację zawodową. W Polsce 26% dorosłych Polaków to są osoby, które są w kryzysach. Albo były, albo są. Tych kryzysów psychicznych doświadczają i lekarze, i psychiatry, i psycholodzy, i psychoterapeuci, i pielęgniarki, i wiele różnych innych osób.

Dlaczego tylko w przypadku asystentów zdrowienia mamy – nie wiem, w jaki sposób – sprawdzać ich stan zdrowia psychicznego? To sprawdzimy wszystkich pracowników ochrony zdrowia psychicznego, bo to przynajmniej nie dyskryminowałoby jednej, określonej grupy zawodowej.

Taki jest więc mój apel do państwa, żeby jak najszybciej podjąć pracę nad nowelizacjami. I apel do Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby nie zabierał nam ryczałtu, bo to się po prostu sprawdziło. Myślę, że w trakcie tych badań, które będą zrobione w drugim półroczu, to się okaże, że rzeczywiście centra dysponując ryczałtem, dysponując odpowiedzialnością terytorialną i tą lokalnością, po prostu się sprawdziły. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Czy jeszcze są jakieś pytania? Proszę bardzo.

Dyrektor Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku Krzysztof Sikorski:

Dzień dobry państwu. Krzysztof Sikorski. Pani przewodnicząca, panie ministrze, panie i panowie posłowie, ja reprezentuję Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku. Też jestem członkiem stowarzyszenia centrów, bo jesteśmy tymi centrami, które jako pierwsze weszły w tę reformę z wielkimi nadziejami. Te nadzieje oczywiście dalej są. Ja może opowiem państwu troszeczkę tak od kuchni, z perspektywy menedżera. Nie jestem lekarzem, nie jestem psychologiem, nie jest zawodowo związany, natomiast od 12 lat prowadzę to Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku.

Podejście do tego pilotażu poprzedziła bardzo duża inwestycja samorządu województwa pomorskiego, bo już w 2015 r. widząc opracowany „Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego” i duży akcent na tworzenie tych centrów, samorząd województwa desygnował kwotę ponad 16 mln zł po to, żeby stworzyć w Słupsku poprzez inwestycje Centrum Zdrowia Psychicznego. I co się stało po tych 3,5 roku? 1 kwietnia 2020 r. to był okres troszeczkę dla nas trudny, bo to był okres ogłoszonej pandemii, a my nagle wchodzimy do pilotażu. Co więc udało się zrobić?

Populacja 154 tys. osób dorosłych, powiat słupski, miasto Słupsk. Mamy w tej chwili 6% populacji objętej opieką, podczas gdy średnia, która została określona przez NFZ, wynosi około 38%. Długość hospitalizacji to 24 dni, gdy średnia dla kraju wynosi 28 dni. Liczba obłożonych łóżek to 23, gdy wcześniej centrum miało około 100 łóżek psychiatrycznych i jeszcze masę dostawek, bo nie mieliśmy już, gdzie tych pacjentów hospitalizować. Ponad 60% pacjentów jest objętych opieką po wypisie z oddziału psychiatrycznego, gdy średnia dla kraju wynosi 40%. Oddział dzienny w tej chwili ma 20 miejsc, przy średniej 10 miejsc i mamy już w tej chwili zaplanowaną inwestycję, żeby rozszerzyć działalność oddziału dziennego. Ponad 511 osób w tej chwili jest objętych opieką środowiskową, czyli można powiedzieć, że dzień w dzień 6 zespołów wyjazdowych w bardzo trudnym terenie, poprzez jeziora, lasy dociera do każdego pacjenta, który potrzebuje takiej opieki, poprzez zespół leczenia środowiskowego.

Co nas w tej chwili blokuje? Powiem państwu szczerze. Ryczałt oczywiście, jak można powiedzieć, jest idealną formą zarządzania finansami. Pan minister na pewno jako doświadczony dyrektor jednostki publicznej wie, jak ważne jest planowanie. Wcześniejszy system finansowania nam bardzo utrudniał. Można powiedzieć, że nie było tej elastyczności, nie było tej gotowości – o czym mówiła pani doktor Ciuńczyk – zapewnienia tej gotowości. Dzisiaj blokadą naszej działalności – bo chcielibyśmy się rozwijać poprzez bardzo aktywną działalność z POZ-em, z opieką społeczną, tworzyć kluby pacjentów, tworzyć dodatkowe punkty konsultacyjne, bo jest bardzo mocne zapotrzebowanie w tej chwili na tę opiekę środowiskową – jest fatalna indeksacja roku 2022–2023, która, jak można powiedzieć, spowodowała taką sytuację, że z działalności pilotażowej moje w centrum w tej chwili osiąga straty. Mamy straty rzędu prawie miliona złotych. Tak obrazowo, to prawie jednomiesięczne przychody odchodzą.

Drugim czynnikiem, który nas osłabia, jeżeli chodzi o działalność finansową, jest wskaźnik migracji. W tej chwili jest taka zasada, że mamy obowiązek pokryć koszty leczenia, koszty realizowanych świadczeń każdego pacjenta, który jest leczony poza naszym obszarem. I OK, my z tą zasadą oczywiście się nie kłócimy. Natomiast ja bym bardzo prosił – co mówiła też pani doktor Ciuńczyk – żebyśmy mogli dostać wcześniej informacje o pacjencie, gdzie ten pacjent jest leczony. My skontaktowalibyśmy się z pacjentem, z rodziną, zachęciłibyśmy go do leczenia na naszym obszarze. Po prostu mamy tę opiekę bardziej skoordynowaną. W tej chwili nie możemy.

Dostajemy takie prezenty, że po zaplanowaniu roku 2024 nagle okazuje się, że nasze przychody z pilotażu musimy zmniejszyć o kwotę ponad miliona złotych, bo taka jest kwota migracji za drugie półrocze. To bardzo utrudnia, jeżeli chodzi o finansowanie i poziom, zapewnienie później odpowiedniej jakości. Można powiedzieć, że to hamuje nawet rozwój dalszych działań.

Demografia. Na naszym terenie jest niestety spadek demograficzny. Jest coraz mniej osób dorosłych, co też wpływa na wysokość ryczałtu. I pomimo to, że te wskaźniki jakościowe – jak państwo widzieliście – u nas wyglądają dosyć przyzwoicie i można powiedzieć, że jesteśmy w pierwszej trójce, jeżeli chodzi o centra w Polsce, to niestety w tej chwili mamy problemy finansowe. Ja dlatego to mówię, panie ministrze, że idea jest świetna i tutaj państwo jesteście skłonni utrzymać tę reformę psychiatrii środowiskowej, ale jest taki element, który na pewno się pojawia, już pojawia się w kilkunastu centrach, że jeżeli osiągamy dobrą jakość i odpowiednie wskaźniki, zaczyna nam brakować po prostu środków finansowych.

My nie mówimy, że chcemy dodatkowych środków, tylko jeżeli państwo z migracji czy z innych te środki na przychody nam pomniejszacie, to może wprowadzicie benchmarking, czyli porównanie innych podmiotów i wynagradzanie tych centrów, które osiągają określone wskaźniki. Czyli dajcie nam bonus, dajcie nam system motywacyjny do tego, żebyśmy za swoją pracę i za te osiągnięcia, czyli te parametry, których państwo żądacie od systemu, mogli zostać dodatkowo wynagrodzeni.

Ta zasada jest bardzo prosta i ona jest chyba czytelna. Jeżeli któreś z centrów nie będzie wykonywać wskaźników jakościowych, to powiem państwu szczerze, będzie robić wszystko, żeby tę jakość poprawić i żeby przede wszystkim nie tracić środków finansowych.

Gdy zaczynaliśmy pracę, w Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku było zatrudnionych około 70 osób. Dzisiaj tych osób jest około 200. To się cały czas rozwija. Ja nie jestem dzisiaj w stanie powiedzieć, co będzie dalej, jeżeli będę miał złą sytuację finansową, ponieważ nie wyobrażam sobie w tej chwili, żebym miał przeprowadzać redukcję personelu, który szkoliliśmy, bo wszyscy pracownicy, pielęgniarki, otrzymywali kursy terapeuty środowiskowego. W tej chwili finansujemy kurs psychoterapii dla pracowników. Czyli cały czas idziemy w rozwój personelu.

Myślę, że tyle. Przepraszam może za emocje, ale powiem szczerze – bardzo by mi zależało, żeby wsłuchiwać się w głosy też z tych centrów, które pilotaż potraktowały poważnie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Czy są jeszcze jakieś pytania do pana ministra? Jeśli nie ma, to proszę pana ministra o odpowiedź.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Może najpierw odpowiem na pytania państwa z Koszalina i Słupska, gdyż geograficznie jesteście niedaleko, więc może łatwiej będzie mi odpowiedzieć.

Odnosnie do centrów i pozostałego obszaru Polski, ja się nie zgodzę, że tam są tylko poradnie zdrowia psychicznego, bo tam są również oddziały dzienne. Tam są oddziały psychiatryczne całodobowe. Tam po prostu psychiatria istnieje, tylko nie w regułach tych, które są wprowadzane przy pomocy centrum zdrowia psychicznego.

To nie jest tak, że tam jest spalona ziemia, na której nie można już nic budować. Po prostu z jakichś powodów nie przystępowano do tego pilotażu. On przecież nie mógł objąć całej Polski jako taki, tak więc myślę, że z tym włączaniem się poszczególnych

poradni czy szpitali nie będzie aż tak źle. Myślę, że szczególnie sposoby finansowania, które generalnie się sprawdziły, będą takim bodźcem, który spowoduje, że te poradnie i te szpitale będą również przystępować do systemu.

Postulowała tutaj pani zmiany ustawowe. Oczywiście one będą następować. To jest jasna sprawa. Z tego też wynika nasze spotkanie z ekspertami, praca wewnątrz resortu, aby odpowiednio przygotować te zmiany.

Odnośnie do terminu wejścia w życie, tego 31 grudnia, no to w tej chwili taki termin jest obowiązujący, jeżeli chodzi o czas trwania pilotażu, ale to zostanie zmienione rozporządzeniem na koniec czerwca przyszłego roku. Tak więc to jest oczywiste. Wiemy, że wcześniej nie zdążymy wykonać wszystkich tych prac, łącznie właśnie z ustawowymi. To, dlatego ten czas. Gdyby nie to, gdybyśmy byli już gotowi ustawowo i prawnie w zeszłym roku założyćmy, to na pewno ten proces byłby szybszy, ale musimy tę pracę wykonać teraz i zdajemy sobie z tego sprawę.

Proszę państwa, troszeczkę nie rozmawiamy o roli POZ-u w całym tym systemie, o tym, że tutaj również pewne zasady finansowania, pewne programy czy unijne, czy w ogóle międzynarodowe sposoby podejścia do psychiatrii muszą zacząć skutkować tym, że rola POZ-u również wzrośnie. Psychiatrów jednak nie mamy aż tak wielu, aby wszystkie te świadczenia były na odpowiednim poziomie wypełnianym przez psychiatrów. Poza tym zakładamy ten kontakt jeszcze wcześniejszy. Nie wszyscy wymagają od razu psychiatrów i to też sobie trzeba powiedzieć. Tak więc to też będzie rozwijane.

Odnośnie do tych środków finansowych i pana rzeczywiście emocjonalnego wystąpienia, oczywiście, że wiele reform się rozbija o braki finansowe czy o złe finansowanie. Tutaj akurat nie przewidujemy, że taki element wystąpi, natomiast musimy brać pod uwagę, że jest pewna opłacalność świadczeń. Rzeczywiście reguły będą dość podobne w całej Polsce, no bo takie są zasady kontraktowania i te zmiany populacyjne, migracje, przenoszenie się pacjentów z jednego miejsca do drugiego, gdzie ryczałt będzie podejmował właśnie jakąś populację, mogą skutkować różnymi następstwami.

Myślę, że tutaj trzeba się bronić jakością. To znaczy, rzeczywiście ta jakość powinna zacząć skutkować tym, że ci pacjenci jednak pozostaną czy przyjdą do danego centrum. Poza tym, te centra nie mogą być też za małe, bo jeżeli będą dość małe, to właśnie takie czynniki niewielkie procentowo mogą zaważyć na wyniku finansowym, na możliwości udzielania świadczeń.

Z tego wynika ta nasza – o czym mówiliśmy – lekka można powiedzieć niechęć do otwierania centrów w miejscach, gdzie już centra są, gdyż to może skutkować... To będzie oczywiście przejściowe, bo rynek w jakiś sposób to wyrówna czy po prostu dojdzie do tego, że lepsze centra pozostaną i tak dalej, ale po co w ogóle doprowadzić do tej sytuacji, do takiej niezdrowej konkurencji. Zasadą jest bardziej współpraca i uczynienie reguł jasnymi, dlatego jedno centrum na jednym terenie itd. Zatem będziemy tego unikać i na etapie tworzenia zrębów konkursu itd., zasad działania centrów, będziemy o tym oczywiście myśleć.

Tak więc, ja tutaj wszystkich obaw nie rozwieję, ponieważ nie jestem do tego upoważniony. Stąd te instytucje, ta ewaluacja, ocena, co lepiej działa, co gorzej, co chcemy kontraktować, za co chcemy nagradzać. To będzie ocenione. Powstaną odpowiednie raporty, będą przedstawione radzie i będziemy je oceniać w ministerstwie i będziemy dalsze prace podejmować.

Oczywiście może się coś takiego okazać, że będą miejsca, gdzie ta działalność będzie bardziej opłacalna, gdzie indziej mniej, ale tak jest też w ośrodkach, które są bardzo dobrze finansowane, jak ośrodki kardiologiczne. Niektóre z nich rzeczywiście przynoszą bardzo duże dochody, niektóre nie, czy są po prostu na granicy opłacalności.

Tutaj były jeszcze pytania o asystenta zdrowienia. To też będzie oceniane w procesie ewaluacji na pewno, kiedy już wyjdziemy z etapu pilotażu. Trudno uzależniać dostęp do jakiegось zawodu od tego, czy ktoś był w danym kryzysie psychicznym, czy w innym w kryzysie psychicznym. To również będzie przedmiotem prac, ale pilotaże mają to do siebie, że można wypróbować pewne założenia, ale reguły już takie, które będą dla wszystkich, muszą być w miarę uniwersalne.

O dostępie do dokumentacji. Generalnie dostęp do dokumentacji jest dla tych ludzi, którzy mają świadczenia są świadczeniodawcami i są uregulowani w ustawie o dostępie do dokumentacji medycznej. Tutaj oczywiście nie będziemy wykraczać poza standardowe ramy, ale wiem, że zgłaszał się pan profesor Piotr Gałęcki podczas zadawania tego pytania i jako konsultant krajowy ma pewnie ochotę przekazać nam pewne dane. Tak więc bardzo proszę pana profesora o wypowiedź.

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii Piotr Gałęcki:

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Panie ministrze, pani przewodnicząca, ja krótko w odpowiedzi właśnie na to pytanie pani z Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Faktycznie zawód czy stanowisko asystenta zdrowienia jest związane obecnie z opieką psychiatryczną w Polsce i uważamy, że był to bardzo dobry pomysł, który się sprawdził. U mnie w szpitalu, w centrach zdrowia psychicznego i chyba w tych centrach, gdzie już pracują, uznajemy dość zgodnie, i eksperci, i inni, że to był bardzo dobry pomysł.

Asystenci zdrowienia to są osoby, które doświadczyły kryzysu psychicznego. To wcale nie musi być poważny kryzys psychiczny. Tutaj takich ograniczeń nie ma. Asystenci zdrowienia stanowią taki pomost między pacjentem i jego rodziną a między personelem medycznym. Pozwalają zwrócić uwagę na to, jak to wygląda z perspektywy pacjenta psychiatrycznego.

Natomiast jeśli chodzi o dostęp do dokumentacji medycznej, to jest dokładnie tak, jak powiedział pan minister. Jeżeli kierownik jednostki uznaje, że ten dostęp ma być, to on będzie. Natomiast jeśli chodzi o tajemnicę zawodową, no to ją reguluje w zakresie psychiatrii ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i wyraźnie zaznacza, że wszyscy, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń, są objęci tą tajemnicą.

Jeśli chodzi o kwestię edukacji, to ja tutaj nie widzę jakiegось zagrożenia w stosunku do lekarzy, psychoterapeutów czy psychologów, bo ta edukacja i ta wiedza, którą posiadają asystenci zdrowienia, to jest taka wiedza właśnie, której nie posiada ten personel medyczny. Wydaje się więc, że całe środowisko raczej będzie optować za tym, żeby ta formuła asystentów zdrowienia pozostała.

Odnosnie do szkolenia asystentów zdrowienia, to oczywiście są obecnie stowarzyszenia, które szkolą takie osoby, ale takie szkolenie może przeprowadzić kierownik jednostki czy ordynator oddziału, który też ocenia kompetencje takiej osoby. I pamiętajmy jeszcze o jednej rzeczy, że to są osoby, które nie pracują na samodzielnych stanowiskach, tylko pracują w zespołach terapeutycznych, więc tutaj to wsparcie jest bardzo duże. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Panie ministrze, jeszcze sekundkę, bo jeszcze mamy jedno pytanie, żebyśmy mogli zakończyć ten punkt i wtedy panu ministrowi na zakończenia oddam głos. Bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii Tomasz Rowiński:

Dzień dobry. Tomasz Rowiński. Think Thank dla ochrony zdrowia SGH, Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy ministrze zdrowia. Panie ministrze, wydaje mi się, że w tej chwili chyba otwarte jest rozporządzenie pilotażowe, w którym właśnie można by było uregulować tę kwestię, o której mówił pan dyrektor ze Słupska.

Ja myślę, że jeżeli chodzi o podmioty lecznicze i prowadzenie takiej działalności, powinny być jakieś ograniczenia. To znaczy, nie wiem, 25% budżetu można zdjąć z tych migracji i hospitalizacji, nie więcej, bo to destabilizuje funkcjonowanie centrów.

Gdy analizowaliśmy, jeszcze w biurze pilotażu, z doktor Depukat korekty, które były robione na centra typu B na przykład, szczególnie w tak zwanych obwarzankach wielkomiejskich, to tamte korekty są na poziomie 30–50% budżetu. To właściwie można zamykać to centrum. To znaczy wychodząc z pilotażu możemy rozstać się ze stratą, bo ten kto wziął to centrum, no to dużo zaryzykował. Być może w tym rozporządzeniu można byłoby to uregulować, bo jest kwestia jakby konstytucyjnego prawa osób do leczenia tam, gdzie chcą i odpowiedzialność centrum, odpowiedzialność terytorialna nie może być rozumiana, czyli patrz: nie może być centrum karane za to, że jego mieszkańcy, tak

to nazwijmy, leczą się gdzieś indziej, dlatego że ono nie ma żadnych narzędzi, możliwości i nawet prawa ograniczania pacjentów do leczenia się w innych podmiotach leczniczych. Wydaje mi się, że to można by było w tym rozporządzeniu pilotażowym już teraz uregulować.

Druga rzecz, która jest dosyć kluczowa. Oprócz działania centrów – szczególnie dotyczy to tych typów B, które nie mają oddziałów stacjonarnych całodobowych – jeżeli w danym województwie wskaźnik łóżek na 100 tys. mieszkańców wynosi 50 albo 46, to my nigdy nie zejdziemy z tych hospitalizacji. To znaczy, nie ma żadnego uzasadnienia dla szpitala, dlaczego miałby nie wykorzystywać tych wszystkich łóżek i nie robić nadwykonań. Natomiast to skutkuje tym, że robi się korekty na budżecie centrów typu B, i to są ogromne korekty na hospitalizacje.

Gdy analizowaliśmy, też właśnie z doktor Deputat, długość hospitalizacji w centrach typu A i poza systemem, to okazuje się, że poza systemem jest to około 56 dni, a w systemie CZP jest to około 21 czy... 26 chyba było. Różnica jest więc kolosalna. No i pytanie oczywiście, dlaczego.

Odpowiedź może być prosta – dlatego, że opłaca się hospitalizować pacjentów, trzymać ich i wyrabiać kontrakt tak zwany. To jest jakby racjonalne działanie szpitala. Myśląc więc o tych różnych kwestiach trzeba mieć w głowie to, że te wskaźniki jakościowe, które chcemy zapiąć na centrach zdrowia psychicznego, wymagają od nas myślenia jakby o całym systemie.

Na przykład jednym z takich aspektów tego myślenia jest to, że musimy zejść do poziomu 25 łóżek na 100 tys. mieszkańców, jeżeli chcemy rozwijać psychiatrię środowiskową, bo budżet jest jeden. To znaczy on nie napęcznieje tak nagle.

Myślę, że jest ten moment. Rozporządzenie jest otwarte, bo rozumiem, że było w konsultacjach społecznych i warto te uwagi, które tu zgłaszamy, już wnieść do tego rozporządzenia, poczynając od tego a kończąc na tak zwanym racjonalnym zysku, który też powinien być jasno określony na ryczałcie, że jest określony racjonalny zysk i drogi świadczeniodawco więcej nie możesz wziąć na Bahamy czy Tajlandię. Po prostu reszta musi być wydana na świadczenia na danym terenie.

To jest oczywiście bardzo dobre, bo w przypadku fee-for-service ten zysk jest bez limitu. Można robić zysk, jeśli się chce, na usługach publicznych z fee-for-service, a to rozwiązanie wprowadza jednak jakiegoś rodzaju racjonalność w tych środkach. To by można było już teraz powoli wprowadzać w tym rozporządzeniu, które jest otwarte.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję i proszę, na zakończenie pan minister zdrowia.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo pani przewodnicząca, chociaż zakończenie będzie trochę dłuższe, dlatego że...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Mamy jeszcze jeden punkt dzisiaj, więc...

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Wiem, wiem, ale szybkoitko. Żebyśmy rzeczywiście już więcej nie zabierał głosu, po pierwsze, panie doktorze, to są sprawy do omówienia właśnie podczas obrad rady i właśnie w czasie, kiedy będziemy w różnych aspektach na to patrzeć. To jest raz.

Dwa. Chciałbym tutaj przypomnieć o rzeczy, która nie wybrzmiała. Jest ogłoszony konkurs i nabór – od 6 maja do 31 sierpnia będzie się odbywał – na dofinansowanie zmian infrastrukturalnych na 1,7 mld zł.

Proszę o tym pamiętać, że to są pieniądze, które na psychiatrię nie były wydatkowane – jest to jakościowa zmiana – do których trzeba sięgnąć. Są to pieniądze z KPO. Myślę, że świadczy to o tym, że jednak bardzo poważnie podchodzimy do tej sprawy i chcemy, aby ta reforma miała również podłoże infrastrukturalne. Ale poproszę jeszcze o wypowiedzi pana naczelnika i panią kierownik, ponieważ wypowiedzą się w dwóch aspektach, które właśnie pan doktor poruszył. Dziękuję bardzo.

Naczelnik Wydziału Ochrony Zdrowia Psychicznego w Departamencie Zdrowia Publicznego MZ Marek Stańczuk:

Dzień dobry, szanowni państwo, ja krótko odnośnie do otwartego rozporządzenia, które jest w chwili obecnej procedowane. To rozporządzenie znajduje się obecnie na etapie rozpatrzenia przez komisję prawniczą Rządowego Centrum Legislacji i tam jest rozwiązywany dość istotny, również z punktu widzenia podmiotów realizujących pilotaż, problem rozliczenia centrów funkcjonujących w miastach posiadających jeden kod TERYT i modyfikację wzoru. Ta modyfikacja została wypracowana wspólnie, w porozumieniu z oddziałami wojewódzkimi i z samymi podmiotami, więc obawiam się, że wprowadzanie zmiany na tym etapie mogłoby po prostu wydłużyć wejście w życie nowelizacji, która jest mocno oczekiwana.

Myślę, że oczywiście wszelkie analizy dotyczące przyszłych nowelizacji – tak jak pan minister powiedział – dobrze byłoby poruszać w Radzie ds. Zdrowia Psychicznego, a w tym rozporządzeniu powinniśmy skupić na rozwiązaniu tego problemu miast z jednym kodem TERYT-u. Bardzo dziękuję.

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

Dzień dobry państwu. Anna Parnowska, kierownik Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

W odniesieniu do typów A i typów B, rzeczywiście centra typu B weszły stosunkowo późno do pilotażu i stanowią taką ewaluację jeszcze tego pilotażu w ramach tego samego pilotażu. Mianowicie centra typu B nie mają odnośnie do zasady oddziałów stacjonarnych psychiatrycznych. Trudno mi jednak zakładać, że świadczeniodawcy, którzy realizują hospitalizację na rzecz pacjentów psychiatrycznych, realizują ją z niekorzyścią dla pacjenta. Na dowód tego chciałabym przytoczyć analizę Narodowego Funduszu Zdrowia, która wskazuje na czas pobytu pacjenta na oddziale ogólnopsychiatrycznym. Średnio 28, 68 dni trwa pobyt pacjenta w ramach opieki psychiatrycznej leczenia uzależnień, czyli poza pilotażem, a w pilotażu jest to w tej chwili 23,61 osobodnia.

Odnosnie do kwestii stosowania pomniejszych. Jeżeli pomieszczenia rzeczywiście stanowią trudność dla samych świadczeniodawców i realizatorów centrów zdrowia psychicznego, to również stanowią nie lada wyzwanie dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich natomiast są zobowiązani do przestrzegania ustawy o finansach publicznych. W związku z powyższym nie ma takiej możliwości, aby nie dochodzili środków finansowych, które faktycznie zostały przeznaczone na leczenie pacjentów w podmiotach leczniczych, od centrów zdrowia psychicznego, które te środki również otrzymały i z przyczyn, jak rozumiem, niezależnych od nich, niemniej jednak zostały wydatkowane. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Jeszcze proszę o przedstawienie się pana naczelnika, bo do protokołu potrzebujemy.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Marek Stańczuk:

Stańczuk Marek. Naczelnik Wydziału Ochrony Zdrowia Psychicznego, Departament Zdrowia Publicznego.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Prosiła o to pani z Komisji, bo potrzebujemy. Bardzo państwu dziękuję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Przystępujemy do realizacji drugiego punktu porządku obrad. Informuję, że minister cyfryzacji upoważnił panią Magdalenę Malinowską-Wójcicką, zastępcę dyrektora Departamentu Transformacji Cyfrowej w Ministerstwie Cyfryzacji, do prezentowania stanowiska resortu. Jest z nami również dyrektor NASK, pan Radosław Mielec, który ma do przedstawienia prezentację.

W związku z tym mam pytanie, czy w pierwszej kolejności będzie prezentacja, a w drugiej kolejności poprosimy panią dyrektor Magdalenę Malinowską-Wójciką, czy odwrotnie. Chciałabym, żeby państwo zdecydowali.

**Zastępca dyrektora Departamentu Transformacji Cyfrowej w Ministerstwie Cyfryzacji
Magdalena Malinowska-Wójcicka:**

To proszę bardzo o prezentację, a potem pytania. Odpowiemy na wszystkie, mam nadzieję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. To tak zrobimy. W takim razie zaczniemy od prezentacji, czyli poproszę pana Radosława Nieleka.

**Kierownik projektu 116sos.pl w Naukowej i Akademickiej Sieci Komputerowej –
Państwowym Instytucie Badawczym Katarzyna Skowyra:**

To może ja w imieniu pana dyrektora. Nazywam się Katarzyna Skowyra, jestem kierownikiem tego projektu w NASK, myślę więc, że znam go bardzo dobrze.

To, o czym chciałabym państwu dzisiaj powiedzieć, to projekt 116sos.pl, który skierowany jest do osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym. Projekt ten został zapoczątkowany w ogóle w 2021 r. wspólnie z Ministerstwem Cyfryzacji, Niebieską Linią oraz NASK.

Aktualnie mamy do dyspozycji trzy formy kontaktu, które są obsługiwane w ramach tego projektu. Są to telefon kontaktowy 116123, czat oraz formularz kontaktowy, które są dostępne na platformie 116sos.pl. Wszystkie te formy kontaktu są obsługiwane przez konsultantów – psychologów, psychoterapeutów Niebieskiej Linii. Kierujemy się tutaj taką zasadą, ja ją nazywam zasadą ABC, czyli wszystko jest anonimowo, bezpłatnie oraz całodobowo.

Zaczęłam od prezentacji, ponieważ wydaje mi się, że liczby i wykresy zapamiętuje się dużo lepiej, gdy się je widzi. Mam tu na slajdzie podsumowanie działań z roku 2023.

Jak mogą państwo zauważyć, ponad 116 tys. połączeń przychodzących na infolinię 116123, ponad 14 tys. godzin przeprowadzonych rozmów. Średni czas jednej rozmowy to jest prawie 18 minut. Ponadto nowa forma kontaktu, którą jest czat. Wcześniej Niebieska Linia nie obsługiwała czatu; 4 tys. przeprowadzonych interakcji na czacie.

Natomiast chciałabym skupić się w sumie na dwóch liczbach. Pierwsza liczba, to zaznaczona czerwono 174 – zgłoszone interwencje kryzysowe w poradni telefonicznej. Mówiąc o interwencjach kryzysowych mam na myśli osoby, które dzwoniły na infolinię w kryzysie suicydalnym, czyli ich zdrowie lub życie było zagrożone.

Dla porównania podam, że w roku 2023, w miesiącach styczeń, luty, marzec, tych interwencji było 25. W tym roku, w tych samych miesiącach jest ich już 81. Widzimy więc, że ten trend jest wzrostowy. Zauważyliśmy też przez uruchomienie czatu, że tych interwencji przybywa również na czacie.

Drugą daną, o której wspomniałam, jest 38% odebranych połączeń. Dana, która bardzo często wykazuje kontrowersje, bo dlaczego nie 50, dlaczego nie 100%. Otóż dlatego, że pamiętajmy, drodzy państwo, że to nie jest taki klasyczny call center. Osoby pracujące tam zmagają się bardzo często z bardzo trudnymi przypadkami. Rozmowy niekiedy potrafią trwać nawet do dwóch godzin, więc konsultanci poświęcają na to swój czas i swoją wiedzę. Niemniej jednak na następnym slajdzie można zauważyć – to jest porównanie procentów odebranych połączeń w roku 2023 – że w styczniu procent odebranych połączeń wynosił niespełna 26%, a aktualnie jest to 46%.

Co tydzień, tak naprawdę, raportujemy do premiera Krzysztofa Gawkowskiego sprawozdanie z tygodniowej działalności projektu. Aktualnie jest to ustabilizowany procent, bo on oscyluje właśnie w granicach 45–46%, więc ta liczba odebranych połączeń wzrasta. Wydaje nam się, że dlatego, że oczywiście zwiększyliśmy liczbę konsultantów obecnych na dyżurach. Natomiast konsultanci mają też do dyspozycji profesjonalne narzędzie, contact center, dzięki któremu mają dostęp do poprzednich rozmów. Jeżeli osoba kontaktuje się po raz kolejny, to widzą, z jakim problemem się kontaktowała wcześniej, więc mogą już bezpośrednio i dość szybko przygotować się na taką rozmowę i taką rozmowę też w miarę sprawnie poprowadzić.

Wspomniałam również o nowej formie komunikacji, jaką jest czat. Tego wcześniej nie było. Zaczęliśmy w ogóle też od takiego – tak można powiedzieć – pilotażu, bo wprowadziliśmy czat na początku w godzinach ograniczonych, między siedemnastą a dwudziestą drugą. Tych czatów nie było za wiele, natomiast zauważyliśmy, że jest coraz więcej przychodzących formularzy na mailu. Było to spowodowane tym, że w godzinach niedostępności czatu osoby zostawiały swoje maile i pisały na formularz kontaktowy. W momencie, kiedy udostępniliśmy czat całodobowo, co nastąpiło we wrześniu 2023 r., te liczby zapikowały, jak widać i aktualnie tych interakcji na czacie jest tygodniowo mniej więcej około 200, 300.

Tak jak wspomniałam wcześniej, czat staje się dla nas problematyczny, mówiąc w cudzysłowie, że zgłaszają się tam osoby właśnie w kryzysach interwencyjnych, kryzysach suicydalnych i my w danym momencie nie mamy możliwości za bardzo pomóc takim osobom z tego względu, że jest problem z namierzeniem ich lokalizacji. Niemniej jednak udało się zaprojektować takie narzędzie, które w przyszłości pomoże nam robić takie rzeczy i będziemy mogli – oczywiście nie my, bardziej policja i Centralne Biuro Zwalczania Cyberprzestępczości będą mogły – robić takie rzeczy. Zatem rozwiązanie na to mamy. To jest tak naprawdę tylko kwestia wprowadzenia go.

To, o czym również chciałabym wspomnieć, to takie główne tematy, z którymi konsultanci się spotykają. Dzięki temu, że mamy profesjonalne narzędzia, które jakby zachowują pewne informacje o klientach, o osobach, które dzwonią na infolinię, możemy na tej podstawie sprawdzać czy to są osoby dorosłe, z jakimi problemami dzwonią, z jakich województw itd. Jest to wiele różnych danych, które możemy wygenerować. Oczywiście te dane są zabezpieczone, zaszyfrowane i nad ich bezpieczeństwem czuwamy.

To, co udało się nam zaobserwować to 5 kluczowych tematów, z którymi osoby dzwonią na infolinię. Są to szeroko rozumiane zdrowie i jakość życia, w tym głównie depresja. Również pojemny bardzo temat problemów rodzinnych. Przemoc, w tym również cyberprzemoc. Oczywiście cyberprzemoc nie jest jakby główną formą przemocy, w sprawie której dzwonią osoby. Zazwyczaj jest to przemoc fizyczna, ekonomiczna lub psychiczna. Oczywiście uzależnienia. Bardzo dużo telefonów związanych z uzależnieniami i jeszcze jeden temat – strata osobista i żaloba. Kryzysy straty osobistej.

Tyle o projekcie tytułem wstępu, bo zakładałam od razu, że nie wszyscy państwo w ogóle kojarzą ten projekt. Natomiast teraz chciałabym przejść do bardziej formalnych informacji.

Mianowicie – tak jak wspomniałam na początku – nasz projekt został zapoczątkowany w 2021 r. z inicjatywy Ministerstwa Cyfryzacji. Dostaliśmy na ten projekt pierwszą dotację w kwocie ponad 4 mln zł. To są dotacje roczne oczywiście. Wykonawcą pierwszej dotacji była Niebieska Linia IPZ z tego względu, że wtedy nastał czas covidowy i specustawa pozwalała na to, aby pominąć prawo zamówień publicznych. Natomiast jakby głównym powodem, dla którego była to Niebieska Linia, było to, że oni są operatorem numeru 116123.

Natomiast druga dotacja, otrzymana w roku 2022, była już na dużo większą kwotę, bo ponad 9 mln zł, ale w tym przypadku już został przeprowadzony przetarg w trybie nieograniczonym, opublikowany. Również zgłosiła się Niebieska Linia. Z tego, co pamiętam, była jedynym zgłaszającym się. Spełniła wszelkie formalne warunki i w związku z tym kontynuowała razem z nami projekt.

Aktualnie jesteśmy na etapie rozmów z Ministerstwem Cyfryzacji odnośnie do trzeciej dotacji. Budżet trzeciej dotacji jest planowany również na mniej więcej kwotę 9 mln zł. Z tego co pamiętam, jest to około 8,5 mln zł. Na te dwie dotacje, które do tej pory mieliśmy, budżet wynosił łącznie około 13,5 mln zł.

Żeby też nie być gołosłownym, a 13,5 mln zł to jest dużo pieniędzy, chciałabym powiedzieć, co udało się w ramach tego zrobić. Przede wszystkim wprowadzenie właśnie tego narzędzia contact center, które bardzo usprawniło pracę konsultantom. Konsultant z poziomu komputera jest w stanie obsługiwać każdą formę kontaktu. Ma dostęp do notatek, ma dostęp do historii rozmów. Oczywiście my tych rozmów nie nagrywamy, natomiast jeżeli konsultant potrzebuje zrobić notatkę z takiej rozmowy to jak najbardziej może to uczynić, a w momencie, kiedy innych konsultant odbierze

połączenie od tej samej osoby, widzi już, że była rozmowa i na jaki temat. To jest pierwsza rzecz.

Zwiększono liczbę konsultantów znacznie, bo z 23 osób do już teraz chyba ponad 60. Tych konsultantów jest wielu. Oni oczywiście są podzieleni na dyżury, grupy, które zajmują się stricte infolinią, grupy, które się zajmują komunikacją online. To, o czym mówiłam wcześniej – czat jako nowa forma komunikacji.

Również zmiana, myślę, że dla Niebieskiej Linii także rewolucyjna, bo przejście z ośmiogodzinnego trybu pracy na tryb 24x7x365, więc w niedzielę i święta infolinia jest zawsze dostępna. Tak jak wspominałam, czat trochę później przeszedł na ten tryb, ale teraz również tak funkcjonuje.

To, co również udało się zrobić, to zaprojektowano i wdrożono platformę 116sos.pl, na której, poza tym, że mamy dostęp bezpośrednio do wszystkich kanałów komunikacji, mamy również dostęp do bardzo szerokiej bazy artykułów dotyczących materiałów psychoedukacyjnych, również przygotowywanych przez konsultantów Niebieskiej Linii, czyli przez psychoterapeutów, psychologów. Osoba, która być może nie potrzebuje dzwonić od razu, może znaleźć w takiej wyszukiwarce interesujący ją artykuł. Ta baza jest cały czas powiększana i poszerzana, więc naszym zdaniem spełnia nasze potrzeby.

Kolejną rzeczą, która również zadziała się na stronie, na platformie internetowej, i myślę, że jest bardzo wartościowym produktem tej strony, to wyszukiwarka ośrodków pomocowych, która aktualnie ma ponad 3 tys. ośrodków w bazie. Te bazy zostały złożone z mniejszych baz dostępnych na stronach wojewódzkich urzędów, więc wszystko to było złożone do jednej bazy, a następnie było obdzwaniane przez nasze Centrum Kontaktów i weryfikowane czy taki ośrodek istnieje, jak działa, dla kogo. Był to więc dość żmudny i długi proces, natomiast z ponad 6 albo 7 tys. ośrodków, po usunięciu dubli, udało się nam stworzyć bazę 3 tys.

Aktualnie, na dniach, została wprowadzona drobna zmiana. Otóż daliśmy możliwość zgłoszenia się takiego ośrodka. Czyli na stronie jest obecnie formularz zgłoszenia. Ośrodek, który jest zainteresowany byciem w takiej bazie, może jak najbardziej wysłać do nas taki formularz i po weryfikacji my decydujemy, czy ten ośrodek spełnia kryteria bycia w takiej bazie czy nie. Oczywiście najbardziej takim kluczowym kryterium jest bezpłatność świadczenia usług.

Oczywiście konsultanci pracują w dzień, w nocy, w święta. W związku z tym zdarzają się różnego rodzaju sytuacje problematyczne, usterkowe. Wyszliśmy temu naprzeciw i zapewniliśmy im całodobowy helpdesk, więc są w tych aspektach jak najbardziej zabezpieczeni.

To, co jeszcze udało się zrealizować. Upowszechnialiśmy informacje o projekcie w prasie, w Internecie, poprzez ulotki, wlepki, więc cały czas ta promocja projektu trwa. Również podcasty były nagrywane.

To, o czym chciałabym też powiedzieć już tak pod koniec, to właśnie to rozwiązanie, o którym wspominałam odnośnie do zgłaszania interwencji kryzysowych. Tak jak mówiłam, mamy problem z tymi formami online. Natomiast rozwiązanie jest gotowe. Kwestia jego implementacji. Myślę, że jeżeli uda się pozyskać trzecią dotację, to w tej trzeciej dotacji uda się nam również wprowadzić to rozwiązanie.

Już ostatni slajd. Co chcemy osiągnąć w ramach projektu? To są takie ogólniki. Myślę, że tych rzeczy jest więcej. Na pewno zwiększenie liczby konsultantów na dyżurach, nie tylko jeśli chodzi o poradnię telefoniczną, ale również o te formy kontaktu online, szczególnie czat.

Mamy też gdzieś z tyłu głowy pomysł na to, aby włączyć do platformy inne numery pomocowe. Mówię tu o numerach 116. Oczywiście nie mam na myśli zastępowania tych numerów jednym numerem, natomiast wizja jest taka, aby jednak te numery były pod jakimś płaszczem, pod jakimś takim parasolem wspólnych działań, wspólnych systemów, wspólnych procedur. Wdrożenie rozwiązania do szybszego i sprawniejszego zgłaszania interwencji kryzysowych, bo wiemy, że to jest temat bardzo newralgiczny i kluczowy, szczególnie dla konsultantów. Dalsza rozbudowa bardzo ośrodków pomocowych w Polsce i pewnie – *last but not least* – przyznanie stałej dotacji.

Oczywiście zdaję sobie sprawę z pewnych rzeczy, które nie są możliwe. niemniej jednak wydaje nam się, że to są takie działania, które wymagałyby po prostu zmian i szerszego spojrzenia na ten problem. Tyle ode mnie. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Czy pani dyrektor z Ministerstwa Cyfryzacji chciałaby uzupełnić jeszcze to, co już usłyszeliśmy.

Zastępca dyrektora departamentu w MC Magdalena Malinowska-Wójcicka:

To uzupełniając, oczywiście program będzie w tym roku kontynuowany. Dotacja jest w trakcie przyznawania. Jesteśmy bardzo zadowoleni z tego, co się udało osiągnąć. Myślimy o przyszłości tego programu i widzimy, że jest to po prostu bardzo rozwojowe.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Pan dyrektor jeszcze, proszę bardzo.

Dyrektor NASK – PIB Radosław Nielek:

Dzień dobry państwu. Radosław Nielek, dyrektor NASK – PIB. Chwała Ministerstwu Cyfryzacji za to, że rozpoczęło ten projekt. Zwłaszcza w tamtym okresie to było bardzo istotne. On trafił do NASK-u – taka decyzja została podjęta – z całą masą problemów w trakcie, ale zespół pod kierownictwem pani, która prezentowała, doszedł do takiego momentu, w którym ten projekt jest dość efektywny.

Mamy sporo osób, które dzwonią na ten numer. Staramy się im pomagać. Mamy takie sytuacje bardzo kryzysowe, o których mówiliśmy. Było ich sto siedemdziesiąt kilka w zeszłym roku. W tym roku szacujemy, że będzie ich zdecydowanie więcej. I to są już takie bezpośrednie sytuacje zagrożenia życia w zasadzie, w których konsultanci pomagają i starają się pomóc w miarę swoich możliwości.

Natomiast ja mam takie poczucie, że ten projekt i program mógłby być zdecydowanie bardziej efektywny wtedy, kiedy byłby większy, bo te narzędzia, o których mówiliśmy i które były prezentowane, mogą być wykorzystywane do obsługi 6 tys. połączeń, jak i 600 tys. połączeń. Pewnie gdzieś jest górny limit tego, ile jest takich potrzeb w Polsce, ile takich połączeń mogłoby być, no ale na pewno... I koszt tych narzędzi jednostkowych jest w zasadzie taki sam, niezależnie od liczby połączeń. Oczywiście kosztują godziny konsultantów. Zwracam więc na to uwagę.

I druga rzecz, na którą zwracam uwagę. Pewnie należałoby się jakoś strategicznie zastanowić nad integracją tego w obszarach. Dotyczy to zdrowia psychicznego. Powinno być to raczej bliżej Ministerstwa Zdrowia, w bliskiej współpracy z Ministerstwem Zdrowia, być może we współpracy z NFZ-em, a być może też w ramach integracji z jakimiś podstawowymi informacjami.

Oczywiście jako dyrektor NASK, pewnie ze wsparciem ministerstwa, deklarujemy, że zawsze będziemy chętnie wspierać to w zakresie technologii, organizacyjnym itd., ale my nie jesteśmy instytucją, która jest bardzo kompetentna w obszarze pomocy psychologicznej. Te rzeczy związane z konsultacjami czy konsultantów pozyskujemy w ramach postępowań, które prowadzimy i tak naprawdę spora część tej dotacji, która tam została pokazana, to jest właściwie dotacja, która idzie do osób, które bezpośrednio siedzą przy tej infolinii i pomagają tym osobom. Zatem to jest świetny projekt, ale wydaje się, w mojej ocenie, że NASK nie jest idealnym miejscem na jego długofalową realizację, zwłaszcza gdybyśmy chcieli go skalować. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Pan poseł Cieszyński. Bardzo, proszę.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, ja mam takie pytanie, ponieważ w tej prezentacji było wskazane, że ta umowa obowiązuje do końca maja bieżącego roku. Czyli to oznacza, że przed nami jest jeszcze właściwie 6–7 tygodni obowiązywania tej umowy.

Pan dyrektor Nielek szczerze tutaj powiedział, że jego zdaniem NASK nie jest idealnym miejscem do tego, żeby tym się zajmować i jak wspomniał, żeby pozyskać tych konsultantów jest organizowany przetarg nieograniczony. W roku 2023 ten przetarg, o ile

mi wiadomo, ruszył na początku roku. To był chyba styczeń czy luty, a rozstrzygnięto go w kwietniu. W tym roku taki przetarg jeszcze na stronach NASK-u się nie pojawił. Instytut za to zdecydował się nabyć akcesoria do komputerów, akcesoria do telefonów, sprzęt lutowniczy, a także rozpisać przetarg na budowę nowej strony internetowej instytutu. Nie ma natomiast przetargu na to, żeby zapewnić obsługę infolinii.

Ja mam więc takie fundamentalne pytanie. Czy jesteśmy pewni, że w momencie, w którym ta umowa wygaśnie, nie zostanie ograniczona obsada konsultantów? No bo to, co pani kierownik projektu pokazywała, świadczy o tym, że w ostatnich latach nastąpiło prawie dwukrotne zwiększenie odbieralności telefonu, prawie trzykrotne zwiększenie obsady, jeżeli chodzi o liczbę konsultantów. No ale pytanie, czy nie nastąpi przerwa w funkcjonowaniu tej linii przy takich parametrach. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Pan profesor Heitzman.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej Janusz Heitzman:

Bardzo dziękuję za umożliwienie mi zadania pytania, chociaż tutaj wiele bardzo ważnych kwestii już padło. Mianowicie kwestia integracji z innymi obszarami pomocowymi. Myślę nie tylko o telefonach – telefon 116111, który jest też okazjonalnie finansowany w tej chwili przez resort – ale o ośrodkach interwencji kryzysowej.

To przeniesienie bezpośrednio do środowiska byłoby chyba niezwykle istotne przy połączeniu platformy tego typu, ponieważ gdzieś w tle cały czas jest ten człowiek, który chciałby mieć bezpośredni kontakt, a w jakiś sposób tutaj tego kontaktu nawiązać nie może. Niewątpliwie jest to problem ogromnej wagi i jako środowisko psychiatryczne uważamy, że faktycznie nie może tym zajmować się Ministerstwo Cyfryzacji, bo nie jest do tego przygotowane. Od tego są psychiatrzy, od tego są centra zdrowia psychicznego, od tego są: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Psychologiczne i wiele innych instytucji, by tworzyć jakieś projekty.

Niewątpliwie wymaga to rozwiązań systemowych dotyczących możliwości wprowadzenia tego typu działalności do świadczeń. Tylko świadczenia nie mogą być udzielane anonimowo, a klientami tego typu systemów są najczęściej osoby NN, które nie podają swojego peselu. Nie można tego bez regulacji, nie wiem czy nie ustawowych, w jakiś sposób rozliczyć. Ale to jest na pewno bardzo ważny głos – co tutaj pani i pan minister, a zresztą i pan poseł Cieszyński powiedzieli – że jest to konieczne do rozwiązania.

Natomiast ja chcę zwrócić uwagę jeszcze na jeden aspekt. I pytanie tutaj do pani dyrektor i do Ministerstwa Cyfryzacji, być może też pan poseł Cieszyński ze swojego doświadczenia wcześniejszego coś tutaj nam odpowie. Czy Ministerstwo Cyfryzacji przygotowuje się do wykorzystania sztucznej inteligencji w terapii naprawczej zdrowia psychicznego? Takie projekty powstają w świecie. Są to komputerowe systemy wspomagające rozumienie, zapobieganie i łagodzenie psychologicznego cierpienia i różnego rodzaju psychicznych dysfunkcji. Jest elektroniczny coaching jednostek w celu promowania dobrego samopoczucia, czy wreszcie automatyczny screening zagrożeń na podstawie własnej aktywności w sieci, w smartfonach itd.

Są to projekty, które już powoli zaczynają być realizowane w świecie wysokich technologii cyfrowych. Mnie się wydaje, że otwarcie tego typu myślenia w Ministerstwie Cyfryzacji w aspekcie dzisiejszego naszego posiedzenia poświęconego właśnie zdrowiu psychicznemu, byłoby wartościowym projektem choćby na zasadzie rozszerzenia, na zasadzie ogłoszenia konkursów. Czy coś w tym kierunku możemy zrobić? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Czy mamy jeszcze jakieś pytania? Nie widzę zgłoszeń. To bardzo proszę panią dyrektor o odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu w MC Magdalena Malinowska-Wójcicka:

Dobrze to odpowiem zaczynając od końca. IA rzeczywiście jest bardzo bliska Ministerstwu Cyfryzacji. W Ministerstwie Cyfryzacji jest zespół powołany do tego i dedykowany IA. W ogóle bardzo szeroko rozważane jest wykorzystanie sztucznej inteligencji w bardzo wielu obszarach, w tym również w obszarze ochrony zdrowia i szeroko pojętego

wykorzystania sztucznej inteligencji chociażby we wsparciu diagnozowania. Nie ukrywam, że tutaj będzie wiodące jednak Ministerstwo Zdrowia. My możemy je wesprzeć w tych pracach, więc pozwolą państwo, że nie będę się wypowiadała za Ministerstwo Zdrowia, ale tak, szerokie prace i szerokie tematy, które są poruszane w zespole funkcjonującym w Ministerstwie Cyfryzacji, obejmują także te aspekty.

Odnosnie do dalszego funkcjonowania naszej linii, rozumiemy, że rzeczywiście argumentów przemawiających za tym, że powinno to trafić do Ministerstwa Zdrowia jest bardzo dużo, ale jak już powiedziałam na początku, też nie będę podejmowała tutaj decyzji za Ministerstwo Zdrowia. Ta linia została uruchomiona w bardzo specyficznych okolicznościach. Sprawdziła się i trudno nam teraz powiedzieć, że kończymy to bez zagwarantowania kontynuowania tego w takiej czy innej formie czy to przez nasze ministerstwo, czy ten rzeczywiście przez Ministerstwo Zdrowia. To jest kwestia do dalszej dyskusji, także w rządzie. Gwarantujemy, że będzie to utrzymane w tym roku i rzeczywiście rozważymy zmierzanie ku wypracowaniu już stałych rozwiązań, żeby rozwiązanie funkcjonowało przy Ministerstwie Zdrowia, jeżeli Ministerstwo Zdrowia wyrazi taką chęć, w sposób stały.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Przepraszam. Czy ja mógłbym dopytać?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałbym usłyszeć konkretną deklarację, czy 1 czerwca to będzie dalej działało. Czy państwo możecie dzisiaj zadeklarować, że tak będzie?

Dyrektor NASK – PIB Radosław Nielek:

Panie ministrze, wie pan bardzo dobrze, że postępowania mają to do siebie, że trzeba mieć na nie zapewnione środki. Jesteśmy na finiszu umów rotacyjnych i gdy tylko NASK będzie miał w tej kwestii zapewnione środki na finansowanie przedsięwzięć... Bo przypominam, to, co się wydarzyło w ostatnich dwóch latach w NASK-u spowodowało, że jest słabo z kredytowaniem działalności ministerstwa czy w ogóle takiej publicznej ze strony NASK-u, bo 120 mln zł zostało przelanych na rzecz innych projektów poza NASK-iem. Zatem ten mechanizm, który działał dobrze przez kilkanaście lat, z tego powodu przestał także działać. Natomiast, tak jak otrzymał pan potwierdzenie od pani dyrektor, że będzie dotacja, tak i ode mnie może pan otrzymać potwierdzenie, że gdy tylko NASK będzie miał finansowanie, to 1 czerwca infolinia dalej będzie funkcjonować, więc nie będzie przerwy.

Jest jeszcze chwila na to postępowanie. Jest także trochę innych rozwiązań w obszarze Pzp na okres przejściowy, jeśli nie udałoby się rozstrzygnąć postępowania przed wygaśnięciem tamtej umowy, można ją także aneksować lub przedłużyć, więc jest tutaj trochę mechanizmów, które pozwalają zapewnić finansowanie. A wśród tych przetargów, które pan wymienił – jeszcze powiem – NASK ogłosił na przykład przetarg na tłumaczenia, także na obsługę multimedialną konferencji SECURE, na którą też serdecznie pana, panie pośle, zapraszam...

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Już się zgłosiłem.

Dyrektor NASK – PIB Radosław Nielek:

To dobrze, to się cieszę. W takim razie zobaczymy się za kilka dni na konferencji SECURE. Zatem tak, 1, 2 i 3 czerwca ta infolinia będzie działać. Natomiast to nie zmienia generalnej dyskusji, do której chciałbym ośmielić także ministerstwo.

Tutaj pan profesor zwrócił uwagę na bardzo cenną rzecz mówiąc o tym, że ta pomoc jest anonimowa, więc ona nie bardzo wpisuje się w taki systemowy sposób świadczenia usług medycznych. Jednak trudno też powiedzieć, że nie jest to część systemu wsparcia i jakby adresowania tych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, bo ci nasi konsultanci z jednej strony pomagają, z drugiej strony kierują te osoby do konkretnych

punktów, także tych centrów, które powstają. Jest to więc ważny element i wydaje się, że on po prostu powinien być blisko całej polityki związanej ze zdrowiem psychicznym, czyli powinien być blisko jednak Ministerstwa Zdrowia, przy całej chęci wsparcia, jakie deklarujemy z naszej strony i też ze strony Ministerstwa Cyfryzacji. Bardzo dziękuję.

Prezes OSCZP Izabela Ciuńczyk:

Ja chciałabym jedno sprostowanie... W ramach punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych możemy udzielać interwencji osobom, które nie podają nam swoich danych. My to sprawozdajemy do Narodowego Funduszu Zdrowia podając jedynie ogólną liczbę, ale rozporządzenie o pilotażu w CZP i same punkty dotyczące funkcjonowania punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych dają nam możliwość udzielania interwencji nie mając danych personalnych pacjenta... Tak, to jest tylko w pilotażu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Teraz nie będziemy wracać do pilotażu. Bardzo dziękuję.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Przepraszam. To jeszcze mam jedno pytanie. Czy w takim razie rekomendacja ze strony pana profesora i pani byłaby może taka, że należałoby dokonać zmiany w ustawie o świadczeniach, która pozwoliłaby w tym zakresie udzielać świadczeń bez...? Rozumiem. To może to jest też coś dla naszej podkomisji, żeby jakieś konkretne zmiany w systemie wypracować, bo to nie brzmi bardzo skomplikowanie, a jeżeliby umożliwiłoby finansowanie tego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia to myślę, że chyba wszyscy byliby zadowoleni.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Zapraszam, panie pośle. Można nad tym pracować. Bardzo państwu dziękuję, stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji.