

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW ZDROWIA
PSYCHICZNEGO
(NR 27)**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW ZDROWIA
PUBLICZNEGO
(NR 31)**

z dnia 16 lipca 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

- podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 27)
- podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 31)

16 lipca 2026 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego oraz podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradujące pod przewodnictwem poseł **Joanny Wichy (Lewica)**, przewodniczącej podkomisji do spraw zdrowia publicznego, rozpatrzyły:

- **informację na temat programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Kuba Sękowski** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Romana Dławichowska-Ochej** pełniąca obowiązki naczelnik w Departamencie ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Weronika Snoch** starszy referent w Zespole Zdrowia Biura Rzecznika Praw Dziecka, **Urszula Leliwa-Malińska** główny specjalista w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Robert Obaz** dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Jeleniej Górze, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Milena Frelik** członek zarządu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, **Michał Kuroń** członek Sądu Koleżeńskiego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Zdzisława Bizonia, **Renata Mizerska** prezes zarządu Polskiej Rady Psychoterapii, **Marcin Bednarz** koordynator Centrum Terapii Traumatycznej w Fundacji Pomorskie Centrum Psychotraumatologii w Gdańsku, **Sylwia Winiarek** oraz **Aleksandra Niemiec** przedstawicielki Galileo Medical, **Marzena Bednarz** psycholog i terapeuta.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Monika Żońnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego oraz podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy – przedstawiają minister zdrowia oraz prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Panie dyrektorze, zapraszam.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Kuba Sękowski:

Dziękuję bardzo pani przewodnicząca. Panie przewodniczące, szanowni państwo, drodzy goście, zacznę od kwestii formalnej. Z uwagi na okres wakacyjny z jednej strony, a z drugiej strony obciążenie pracą Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z realizowanymi projektami, mam przedstawić wspólną informację naszych dwóch podmiotów, co biorąc pod uwagę nadzór ministra zdrowia nad narodowym funduszem, wydaje się naturalne w pewnym sensie.

W pierwszej kolejności chciałbym bardzo podziękować państwu za to, że wracamy tak naprawdę do tematu pilotażu traumy. W informacji, którą przesłaliśmy my i przesłał Narodowy Fundusz Zdrowia, zawarliśmy opisowy i liczbowy wymiar funkcjonowania tego pilotażu, łącznie z liczbą udzielonych świadczeń, osób, które z nich korzystały i nakładów finansowych, które na ten cel zostały poczynione. W związku z tym pozwolę sobie nie powtarzać tych informacji, które tam są, natomiast zwrócić uwagę na jedną, a w zasadzie na dwie kwestie.

Pierwsza, że rozporządzenia pilotażowe mają służyć sprawdzeniu w realnych warunkach pewnych nowych koncepcji, sposobów, zakresów świadczeń tak, aby można było w przyszłości

podjąć decyzję na temat tego, czy dany sposób udzielania świadczenia, dany rodzaj udzielanego świadczenia, zakres tego świadczenia jest wart włączenia go do systemu powszechnego, czy nie. Myślę, że już od dłuższego czasu nikt nie ma wątpliwości, że rozwiązanie zaproponowane w programie pilotażowym, polegające de facto na skorzystaniu z elementów systemu, które już do tej pory były – przecież wszystkie elementy składowe tego programu były: pojedyncze sesje, kwestie porad, hospitalizacji czy pobytów w oddziałach dziennych – ale ułożone w pewien logiczny ciąg i zaoferowane kompleksowo pacjentowi adekwatnie do jego potrzeb okazało się być sukcesem.

Te kilkanaście tysięcy osób, które skorzystały z tych świadczeń, z dużym komponentem osób stosunkowo młodych do 21. roku życia, jest takim dowodem, że podejście dotyczące tych kilku rozpoznań – a od pewnego momentu również tym kryterium włączającym, jest tak naprawdę podejrzenie występowania rozpoznań, czyli obserwacja Z03 w kierunku doświadczenia traumy – było właściwym podejściem. To oznacza, że już od dawna realizujemy plan włączenia tego świadczenia jako świadczenia powszechnie dostępnego w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli do tak zwanego koszyka psychiatrycznego.

Sama procedura włączenia tego świadczenia, uczynienia z niego świadczenia gwarantowanego dla wszystkich osób, a nie tylko udzielanego przez 15 w tym momencie wybranych i wskazanych podmiotów, które posiadają aktywną umowę z NFZ, jest skomplikowana i wieloetapowa. Natomiast jesteśmy już mocno w niej zaawansowani, ponieważ po doskonałej współpracy ze środowiskiem podmiotów, które realizują ten program pilotażowy, po posiedzeniu Rady do spraw Zdrowia Psychicznego w grudniu ubiegłego roku, po współpracy tych podmiotów z konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii, panem profesorem Gałęckim, została przygotowana tak zwana karta świadczenia zdrowotnego. To jest procedura, która musi się odbyć. Karta musi zostać zaopiniowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, gdzie między innymi wykorzystując doświadczenia z realizacji programu pilotażowego, ale też przeprowadzając bardzo rygorystyczną tak zwaną ocenę technologii medycznej, tak zwane HTA, czyli opierając się na dowodach naukowych, jest weryfikowane, czy świadczenie może być, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, włączone do świadczeń gwarantowanych.

Ja odnośnie do zasady jestem optymistą, że agencja powinna niedługo skończyć ten proces oceny. Natomiast, biorąc pod uwagę obciążenia agencji oraz wszystkie nowe wydarzenia, które teraz mają miejsce, czyli w szczególności duży nacisk na ponowne przyjrzenie się wycenieniu wszystkich świadczeń, na ten duży komponent związany z kontrolą poziomu wynagrodzeń jako składowych kosztów wielu świadczeń, spodziewam się, że raczej w okresie końca tak zwanego sezonu urlopowego, wakacyjnego powinniśmy mieć opinię agencji na temat tego świadczenia.

Tak jak powiedziałem, jestem optymistą, bo dotychczasowe doświadczenie, zgromadzone dokumenty i dowody naukowe na skuteczność podejmowanych działań są bardzo mocne, co umożliwi ministrowi zdrowia rozpoczęcie procedury zmiany rozporządzenia koszykowego w zakresie świadczeń psychiatrycznych i leczenia uzależnień. Natomiast nie jest to koniec oczywiście, dlatego że aby móc przeprowadzić procedurę kontraktowania tego świadczenia, już w ramach normalnych konkursów, NFZ musi przez ministra zdrowia zostać wyposażony również w kryteria doboru świadczeniodawców w konkursach oferentów. Czyli musi zostać zmienione też tak zwane rozporządzenie kryterialne, żeby było wiadomo, w jaki sposób dokonać ocen podmiotów, które do tych konkursów się zgłoszą. Właśnie mając na względzie te kolejne dwa kroki, te dwa dokumenty, czyli rozporządzenie koszykowe i rozporządzenie kryterialne, które musi zostać zmienione, została podjęta ta decyzja o przedłużeniu pilotażu, dlatego że jest to z jednej strony wyraz odpowiedzialności względem tych osób, które już w tym procesie są, a z drugiej strony, absolutnie jest to kierunek, w którym ministerstwo dąży, w związku z czym nie ma powodu, aby przerywać udzielanie tych świadczeń, skoro one mają być świadczeniami gwarantowanymi.

Co się stanie po końcu czerwca przyszłego roku? Do tej pory NFZ będzie miał komplet narzędzi do tego, aby ogłosić konkursy na realizatorów tych świadczeń i w pierwszej kolejności, tak jak było do tej pory często z pilotażami, preferowane są podmioty, które już w tym zakresie mają doświadczenie, odpowiednie zasoby kadrowe i pacjentów pod opieką. Natomiast w miarę posiadanych środków... Na szczęście mówimy o stosunkowo niewielkich kwotach, bo łączne zaangażowanie NFZ w cały ten program w okresie od 2023 r. to jest ledwie 40 mln zł, więc z perspektywy miliardów to naprawdę nie są duże pieniądze, a naprawdę robią różnicę,

jeśli chodzi o efekt, który dzięki nim osiągamy. Jednak to nie oznacza, że to świadczenie natychmiast będzie dostępne w każdym miejscu. Zresztą, jeżeli spojrzymy na to całościowo, czyli że od 1 stycznia przyszłego roku wchodzić mają, też jako świadczenie gwarantowane, świadczenia w centrach zdrowia psychicznego, to musimy mieć świadomość, że kwestia zasobów świadczeniodawców, też potencjalnych świadczeniodawców, również musi być brana pod uwagę przy takim prognozowaniu dostępności tego świadczenia.

Jesteśmy przekonani, że wdrożenie CZP w tym trzyletnim cyklu, który ma się rozpocząć od przyszłego roku jako świadczenia gwarantowanego na terenie całego kraju, będzie bardzo dobrze uzupełniane takim właśnie świadczeniem o charakterze specjalistycznym, jakim jest program leczenia traumy, bo to nie jest świadczenie udzielane w ramach CZP. To jest pewien osobny produkt docelowo, bo trzeba znowu pamiętać o tym, że w miarę wdrażania modelu opartego na centrach zdrowia psychicznego będą wychodziły z kontraktowania pojedyncze, niefunkcjonujące w strukturach zintegrowanej opieki środowiskowej poradnie czy oddziały dzienne, więc kontraktowane indywidualnie poza CZP – mam na myśli już ten docelowym model od 2030 r. – będą tylko właśnie takie programy specjalistyczne. Tutaj mamy do czynienia z takim właśnie programem specjalistycznym. Jeśli będą państwo mieli jakieś pytania, bardzo chętnie na nie odpowiem, natomiast wydaje mi się, że dalsze powielanie tego, co jest napisane w dokumencie, nie ma sensu.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze.

Otwieram dyskusję. Kto z państwa? Czy państwo posłowie, posłanki? To zapraszam stronę społeczną do zadawania pytań. Bardzo proszę. Proszę się przedstawić.

Członek Sądu Koleżeńskiego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Zdzisława Bizonia Michał Kuroń:

Dzień dobry państwu. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, nazywam się Michał Kuroń. Jestem psychologiem. Reprezentuję Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Pozwolę sobie powiedzieć dwa słowa o osobie.

Ja traumą zajmuję się od wielu lat. Brałem udział również w działaniach poza granicami Polski, na terenach objętych działaniami wojennymi. Brałem też udział w pewnym sensie w tworzeniu takiego centrum leczenia traum i zastanawiam się, jaka jest zasadność powstawania takiego centrum, dlatego że za chwilę będziemy mieli centrum leczenia zaburzeń adaptacyjnych albo depresyjnych, no i możemy całe „efki” wymieniać.

To, co mnie bardzo niepokoi, to że NFZ zdecydował się na udzielenie ogromnego finansowania, bo te 40 mln – to pewnie zależy, kto jak liczy – z mojego punktu widzenia to są ogromne pieniądze, i nie myślę o prywatnych tylko o państwowych, na coś, co nie jest w żaden sposób udokumentowane naukowo. Na świecie są sprawdzone metody, mamy świetnych polskich badaczy uznanych na świecie, są wytyczne różnych organizacji światowych i weterańskich na skuteczne, określone w czasie metody leczenia traumy. Można to robić spokojnie w ramach PZP, a my, rozumiem, że jakoś megalomańsko mamy potrzebę stworzenia czegoś odrębnego. Co więcej, tam nie było żadnej zgody komisji bioetycznej. Tam każdy podmiot robił, co chciał. To znaczy metody były wymyślone przez osobę, która takim miejscem dowodziła. NFZ na to nie reagował.

Ja sobie zadałem trochę trudu i próbowałem ustalić, czy którykolwiek z tych ośrodków stosuje metody, które są rekomendowane przez organizacje weterańskie na świecie, czy w ogóle jakieś światowe organizacje zdrowia. No, przykro mi, nie.

Teraz, kiedy państwo to kierujecie do AOTMiT, to jestem ciekawy, jak to było zadaniowane. Czy zadaniowane było tak: wybierzmy najtańszy, najlepiej sprawdzony, skuteczny sposób leczenia traumy, czy nagrodzimy kogoś z tych osób, instytucji, które przez NFZ zostały wskazane?

Dzisiaj słuchałem posła, chyba ministra Arłukowicza, który powiedział, że w medycynie najwyższy czas skończyć z finansowaniem działalności wizerunkowej, a może trzeba zacząć myśleć o tym, żeby tym ludziom pomagać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Czy pan, panie dyrektorze, chciałby się odnieść, czy czekamy na następne pytania?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Możemy grupowo, że tak powiem...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Grupowo.

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, panie dyrektorze. Pan dyrektor szpitala.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Jeleniej Górze Robert Obaz:

Dzień dobry. Robert Obaz, szpital MSWiA w Jeleniej Górze.

Ja mam takie pytanie. Szanowne podkomisje, panie dyrektorze, dzisiaj mamy 15 podmiotów. Żaden podmiot, który reprezentuje szpitale ministerialne, czyli MSWiA, nie jest w tym pilotażu, a zagrożenia związane z pracą w służbach są ogromne, jeśli chodzi o traumy. Część z nas faktycznie realizuje swoje zadania w ramach CZP. Mam więc pytanie. Czy jest jeszcze możliwość przystąpienia, wzięcia któregoś z podmiotów ministerialnych? Dzisiaj funkcjonariusze naprawdę potrzebują takiego wsparcia, a te podmioty są poza. Dałoby to chyba – przepraszam za kolokwializm – namacalne wyniki, które moglibyśmy zmierzyć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Bardzo proszę panią. Najpierw pani, a potem pan... To ja zrobię porządek. Pana proszę pierwszego.

Koordynator Centrum Terapii Traumatycznej w Fundacji Pomorskie Centrum Psychotraumatologii w Gdańsku Marcin Bednarz:

Dzień dobry państwu. Witam bardzo serdecznie. Ja mam przyjemność reprezentować...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Proszę się przedstawić.

Koordynator Centrum Terapii Traumatycznej w Fundacji Pomorskie Centrum Psychotraumatologii w Gdańsku Marcin Bednarz:

Marcin Bednarz. Mam przyjemność reprezentować Fundację Pomorskie Centrum Psychotraumatologii. Od 5 lat jestem koordynatorem Centrum Terapii Traumatycznej i w międzyczasie też udało się nam nawiązać stałą współpracę ze wszystkimi placówkami wsparcia dziennego, z pogotowiem opiekuńczym oraz z ośrodkiem interwencji kryzysowej.

Skala pomocy dla dzieci i młodzieży, które są po przestrzeniach traumatycznych, jest ogromna. Działamy również w gdańskim programie przeciwdziałania przemocy domowej, gdzie trafiają osoby z podejrzeniem stosowania przemocy i jest to również kwalifikacja pacjenta – pacjent strauumatyzowany. Tak więc wymyślenie ścieżki finansowania terapii traumy jest w interesie społecznym, bo kiedy pomożemy takiej osobie, to pomożemy rodzinie i bardzo wiele podmiotów z tego korzysta. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Teraz panią zapraszam.

Prezes zarządu Polskiej Rady Psychoterapii Renata Mizerska:

Witam państwa serdecznie. Renata Mizerska, Polska Rada Psychoterapii.

Ja z mojego życia zawodowego i osobistego zaangażowania, ale też i z takiego systemowego oglądu... Miałam przyjemność pracować z osobami ze służb, jak pan dyrektor powiedział, które potrzebują wsparcia. Jestem ciekawa, czy państwo myślicie o tym, żeby tego typu programy rozszerzyć, bo tak jak tutaj pan słusznie zauważył, jest kwestia osób po doświadczeniach traumatycznych związanych z konfliktami zbrojnymi, wojennymi czy z innymi katastrofami, ale również, oprócz właśnie dzieci, młodzieży i rodzin, jest duża grupa pracowników, którzy działają na pierwszej linii. To są nie tylko pracownicy służb mundurowych, ale również w ochronie zdrowia, którzy pracują w pogotowiu. To są osoby, które odbierają telefony na liniach. To są osoby, które są narażone nie tylko na stres, ale również na doświadczenia traumatyczne.

Mam wrażenie, że są to populacje, są to grupy, które dzisiaj nie są objęte adekwatnym wsparciem w zakresie traumy i radzenia sobie z długofalowymi skutkami traumy.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

To teraz już, panie dyrektorze...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

To ja sobie pozwolę ułożyć to w jedną odpowiedź. Mianowicie, pragnę zwrócić uwagę na to, że moment rozpoczęcia tego pilotażu owszem, składa nam się bardzo mocno... To jest pierwszy pełen rok, po 2022 r., kiedy nastąpiła ta pełnoskalowa inwazja Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, więc oczywiście jest, że kontekst traumy rozpatrujemy w dużej mierze w kontekście wojennym i żołnierszym. Natomiast zwracam uwagę na to, że te świadczenia nie są adresowane tylko do ofiar, których traumatyzujące doświadczenie ma charakter konfliktu zbrojnego. Jest to jednak szerszy katalog osób, wskazany rozpoznaniem z ICD.

Jeżeli chodzi o polemikę odnośnie do metod, które są stosowane, pozwolę sobie oprzeć się jednak na stanowisku konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dorosłych, profesora Gałęckiego i pani konsultant krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, Aleksandry Lewandowskiej, którzy nie podzielają tego stanowiska, jakoby te metody miały być nienaukowe, niesprawdzone i wręcz, jak rozumiem, wymyślone – o, właśnie tego słowa mi zabrakło. Nie zanotowałem. Urząd działa na podstawie opinii, które zostały zgromadzone i przedstawione przez osoby, które, chociażby z formalnego punktu widzenia, są do tego powołane.

Natomiast oczywiście – do czego też pan nawiązał – mamy do czynienia z procesem oceny tej technologii medycznej, tego świadczenia przez AOTMiT. Ten proces HTA jest sformalizowany, musi być procesem powtarzalnym, czyli niezależnie, kto i kiedy będzie przeprowadzał tę ocenę, musi dojść do tych samych wniosków i na tę ocenę się zdajemy.

Zapewniam, że świadczenie, które byłoby nieefektywne, po prostu nie jest wprowadzane do koszyka. Natomiast w pewnym sensie rozumiem głos, który mówi na temat tego, że musimy całościowo patrzeć na system i zastanawiać się, czy dane świadczenie powinno być wyodrębniane, czy powinno być w ramach ogólnego systemu, o którym wspomniałem, centrum zdrowia psychicznego jako docelowego...

Głos z sali:

(niestłyszalne)

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Proszę nie zabierać głosu.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Wskaźniki monitorowania zostały określone w rozporządzeniu. Rozporządzenie wyznacza wskaźniki, które są monitorowane i informacje przez NFZ cyklicznie są przedstawiane. Do tej pory mamy dwa takie sprawozdania. Ponieważ sprawozdanie za ten rok, który się skończył, NFZ będzie przedstawiał do września bieżącego roku, więc te dwie informacje dotychczas dostępne zostały w materiale NFZ już podsumowane.

Natomiast dokończę tę myśl o systemowym podejściu i o tym, żeby wyodrębniać tylko te świadczenia, odnośnie do których jesteśmy przekonani, że na przykład nie można ich udzielać w ramach centrum zdrowia psychicznego. Ja nie podejmę się rozstrzygnięcia tego, czy da się w ramach CZP udzielić tego typu świadczeń. Prawdopodobnie przy odpowiednim zaangażowaniu się da, ale praktyka wskazywała, że takiej oferty nie ma. Została ona stworzona. To nie znaczy, że zajmowanie się tymi rozpoznaniem nie jest możliwe w ramach dotychczas funkcjonującego systemu, natomiast skala zjawiska wymaga tego.

Idąc w surowszym kierunku stwierdzenia, że nie mówimy tylko o traumie wojennej, ale i o różnego rodzaju innych doświadczeniach traumatycznych, związanych na przykład z charakterem wykonywanej pracy czy służby, musimy mieć odpowiedź systemową na tego typu problemy. Zwracam więc uwagę na to, jeżeli chodzi o funkcjonariuszy i pracowników tak zwanych służb mundurowych i ratowniczych – co prawda jest to rozwiązanie o charakterze interwencyjnym – od zeszłego roku w ramach tak zwanego centrum wsparcia dla dorosłych, czyli tego telefonu zaufania powszechnie dostępnego 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku, w tej części dla dorosłych została wydzielona taka sublinia, tak to nazwijmy, dla pracowników i rodzin

z tego sektora mundurowo-ratowniczego jako odpowiedź na dostrzegany przez zarówno resorty tzw. siłowe, jak i Ministerstwo Zdrowia narastający problem na przykład agresji w środowisku medycznym czy doświadczeń, które w związku z odbywaną służbą mają funkcjonariusze, ale też ich rodziny. Oczywiście to jest interwencja o charakterze kryzysowym, natomiast to pokazuje, że ten odcinek problemu też jest przez nas dostrzegany i to działanie, prowadzone wspólnie z ministrem spraw wewnętrznych, będzie kontynuowane. Ono jest prowadzone pod auspicjami „Narodowego programu zdrowia” i w kolejnej edycji NPZ jest nawet przewidziane wzmocnienie tego typu oddziaływań, aby móc lepiej odpowiadać na tego typu potrzeby.

Natomiast padło też pytanie, czy istnieje możliwość rozszerzenia katalogu podmiotów, które uczestniczą w pilotażu. Konstrukcja pilotażu jest taka, że po pierwsze, te podmioty są wskazywane w rozporządzeniu, więc one muszą się tam znaleźć, a po drugie, muszą móc, chcieć i zawrzeć umowę z NFZ. Dlatego z 18 podmiotów 15 tak naprawdę realizuje obecnie ten pilotaż.

Minister zdrowia nie zakładał rozszerzania pilotażu, odnośnie do którego widzi koniec. To znaczy, tak naprawdę pierwotnie zakładano, że możliwe będzie zakończenie tego pilotażu wcześniej, czyli że w tym roku już wejdziemy w świadczenia. Natomiast z uwagi na proces wieloetapowy dochodzenia do wpisania tego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego została podjęta decyzja o wydłużeniu tego pilotażu, czyli nie o skalowaniu go w górę, tylko po prostu wydłużeniu takim czysto technicznym, aby móc dokończyć ten proces wpisania tego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. Tak więc prosta odpowiedź na pytanie, czy można jeszcze kogoś dopisać. Nie.

Wydaje mi się, że odpowiedziałem na wszystkie podniesione kwestie, ale jeśli nie, to oczywiście uzupełnię odpowiedź.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Pani poseł, proszę.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Z uwagą wysłuchałam wypowiedzi pana dyrektora i zaproszonych gości i powiem szczerze, że trochę się zaniepokoiłam wypowiedzią pana z kierunku terapii poznawczo-behawioralnej, bo jeśli rzeczywiście jest zarzut, że w tych 15 ośrodkach te zajęcia prowadzone są w sposób, jak to określiliśmy, nieoparty na dowodach naukowych, to musielibyśmy tutaj zahaczyć o lex szarlatan...

Członek Sądu Koleżeńskiego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Zdzisława Bizonia Michał Kuroń:

Dokładnie tak.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

To należałoby to zweryfikować, bo ja nie wiem, jak tam naprawdę jest, bo w tekście, który tutaj przeczytałam, jest takie zdanie, że programy zostały oparte, i techniki diagnostyczne i terapeutyczne, na naukowo udowodnionej skuteczności. Czy państwo to sprawdzali jako Ministerstwo Zdrowia? Dziękuję.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Dziękuję. Oczywiście nie robiłem tego osobiście, natomiast, tak jak powiedziałem, w tym zakresie korzystamy z opinii właściwych konsultantów – konsultanta w zakresie psychiatrii dorosłych i konsultantki w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży. Zaznaczam, że w opracowaniu tej karty świadczenia, która teraz poszła do AOTMiT, wspólnie z tymi podmiotami uczestniczył właśnie pan profesor Gałęcki jako autor de facto tego wniosku do AOTMiT o ocenę tego świadczenia, które w przyszłości będzie wpisane.

Jako urząd opieramy się na opiniach podmiotów, które są powołane do tego. Konsultanci krajowi są powołani do tego, aby tę opinię wydać. To jest pierwszy etap. Drugi etap, o którym już mówiłem dwukrotnie, to ocena technologii medycznych, rygorystyczny proces w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Odnośnie do tego chyba wszyscy mamy zaufanie, no i czekamy na wynik tej oceny.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? To pani pierwsza, bo nie zabierała pani jeszcze głosu.

Przedstawicielka Galileo Medical Sylwia Winiarek:

Dzień dobry państwu. Sylwia Winiarek. Jestem przedstawicielem podmiotu medycznego. Jestem też dyrektorem w zakresie zdrowia psychicznego. Pełnię funkcję kierownika placówki, a na co dzień jestem psychologiem, psychoterapeutą w nurcie psychoanalitycznym i psycho-traumatologiem. Też kończyłam szkolenie w pomorskiej fundacji do spraw psychotraumatologii. Współpracujemy w zakresie Centrum Terapii Traumatycznej. 26 lat doświadczenia.

Chciałabym powiedzieć, że patrzenie stereotypowe i wąskie na traumę jako wojenną, jest błędne, bardzo bagatelizujące i zamykające tylko w ramach. Oczywiście jest przekaz transgeneracyjny, międzypokoleniowy, ale może być relacyjny, rozwojowy, jednorazowy i może być syndrom mikrotraum, o których się mówi. Doświadczenie traumy i odtworzenie traumy lub różne techniki pracy z traumą lub z osobami, które jej doświadczyły, a czasami nie mają świadomości, że doświadczyły tej traumy. Myślę więc – to, co pan tutaj dyrektor tutaj mówił – że bardzo ciężko to zmierzyć, ponieważ jest to proces. Z doświadczenia klinicznego 26-letniego wiem, i od 7 lat, od kiedy jako psychotraumatolog pracuję, że po latach wychodzą traumy w procesie psychoterapii osób 40, 50, 60+, że doświadczyły jej w okresie dzieciństwa lub w miejscu pracy, w trakcie porodu czy ze względu na okoliczności zajścia w ciążę. Mogę wymienić. Tak więc to wszystko jest niejednoznaczne, trudno to zmierzyć.

Są różne narzędzia, są różne szkoły psychoterapii, więc każdy z nas patrzy w jakąś stronę. Najważniejsze jest chyba pochylenie się do osoby, która doświadczyła traumy, jest pokrzywdzona. Trzeba jej pomóc ponad podziałami i zdaniem. Uchodzę za osobę, która ma taką kulturę języka, takie podejście i taki styl pracy – nie ma znaczenia, gdzie przekazujemy. Współpracujemy ze sobą lokalnie, pozalokalnie, nie tylko w Galileo, tylko w ogóle, żeby tak naprawdę pomóc temu pacjentowi, tej osobie bezpłatnie, odpłatnie, przekierować, nie zostawić w tym momencie, bo najgorsze jest zdiagnozowanie, rozpoznanie i zostawienie tej osoby albo zbywanie. Tak więc wyodrębnienie samej traumy jako zjawiska z PTSD szeroko rozumianego.

Jako od kilku lat pracująca w placówkach NFZ-owych i nie tylko bardzo się cieszę. Jestem dumna i zadowolona, bardzo przepełniona radością i optymizmem, ponieważ trauma powinna być wyodrębniona, ponieważ PTSD... Spełnia się ileś wskaźników, żeby odpowiadać na PTSD, żeby mogło być rozpoznane psychiatrycznie przez psychiatrę, ale i psychoterapia, psycholog, psychotraumatologia są bardzo ważne. To jest dla mnie jakby kompleks spojrzenia i diagnozy i procesu leczenia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Jako osoba, która przepracowała z dziećmi też kilkadziesiąt lat, co prawda nie na psychiatrii, ale kardiologii, wiem, jak bardzo traumatyczne przeżycia mogą mieć dzieci i jak to potem wpływa na dalsze życie.

Bardzo pana proszę.

Członek Sądu Koleżeńskiego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Zdzisława Bizonia Michał Kuroń:

Ja się mało precyzyjnie wypowiedziałem, bo tak się pochwaliłem tylko tą częścią wojenną, żeby jakby umocować swoje tutaj miejsce, natomiast ja też od wielu lat pracuję w ochronie zdrowia i również miałem przyjemność pracować w ośrodkach MSWiA. Pracuję również z cywilami i z różnymi osobami, które doświadczyły traumy i absolutnie nie ograniczam traumy do kwestii wojennej. Natomiast chciałbym odnieść się tylko do jednej rzeczy.

Pan powiedział, że nie było możliwości leczenia traumy w CZP czy jeszcze wcześniej, rozumiejąc, w warunkach poradni zdrowia psychicznego. No to ja sobie myślę, że przez 20 lat nie wiem, co robiłem, bo ja pracowałem właśnie w CZP.

Do czego zmierzam? Bo pan się uśmiecha. Ja powiem tak. Po pierwsze, to jest pompowanie kosztów i to są złote kury, o czym, myślę, że państwo wiecie. I pamiętam, że gdy poprzednia władza dawała ten projekt wybranym ośrodkom, to też o tym tak było mówione. A zmierzam do tego, że w małych miejscowościach... Duże miasta sobie naprawdę poradzą. To jest żadna sprawa. Warszawa, Kraków, Wrocław, Gdańsk – bez kłopotów. A co zrobimy w małych miejscowościach, gdzie będą małe PZP? Czy tam nie będziemy leczyli traumy?

Jeszcze jedna, ostatnia rzecz. Statystyka jest nieubłagana. Myślę, że państwo macie statystykę perfekcyjnie wyliczoną. Polska nie jest innym krajem niż inne populacje, specjalnie się

różniącą. My nie mamy więcej traumy, którą trzeba w inny sposób leczyć. Tak więc cała ta koncepcja, w moim przekonaniu, jest – tak jak powiedziałem – wymyślona. I bardzo przykro mi to słyszeć, gdy pan mówi jako reprezentant NFZ, że nie było możliwości leczenia traumy... No, w warunkach CZP. Tak pan powiedział. Nie? No to przykro mi. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Inaczej było, ale myślę, że pan dyrektor najlepiej sam to powie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Jeżeli rzeczywiście w ten sposób to zostało usłyszane przez pana, to ja to natychmiast prostuję, bo nie będę teraz wchodził w polemikę, czy słowo zostało powiedziane, czy tak, czy nie i jaki był przekaz. Wszyscy wiemy, że na odbiór składa się zarówno sam komunikat, jak i nastawienie słuchającego.

Jak najbardziej ma pan rację. To znaczy, zarówno od początku istnienia rozporządzeń koszykowych, a wcześniej jeszcze zarządzeń prezesa NFZ – a więc możemy spokojnie sięgnąć do tego ćwierćwiecza wstecz – w poradni zdrowia psychicznego jako rozpoznania kwalifikujące wskazywano od F00 do F99. W związku z tym można powiedzieć, że każda jednostka chorobowa mogła być leczona w poradni zdrowia psychicznego, jak i teraz w ramach modelu w centrum zdrowia psychicznego, co nie oznacza, że w systemie nie funkcjonują, i nie funkcjonowały wcześniej podmioty, które miały często węższe zakresy rozpoznania, które były.

Najpopularniejszą w Polsce komórką organizacyjną, która występuje na wszystkich poziomach świadczeń w psychiatrii, są poradnie, oddziały dzienne i oddziały stacjonarne leczenia nerwic. Przecież one też się mieszczą w F00 do F99. Jednak już dawno temu, już przy kodach resortowych zdecydowano, że jest potrzeba wyodrębnienia takiego rozwiązania organizacyjnego z uwagi na względy epidemiologiczne. Wszelkie badania epidemiologiczne wskazują, że zaburzenia o charakterze nerwicznym są najczęściej występującymi w naszej populacji jako pojedyncza grupa. Taką więc decyzję podjął organizator systemu

Do czego cały ten wywód po mojej stronie zmierza? Mianowicie, tu nie chodzi o przekreślenie możliwości udzielania tych świadczeń tam, gdzie jest tylko PZP – w dużej części może nie być w ogóle PZP – tam, gdzie będzie CZP. Chodzi o to, że założeniem systemu w przyszłości jest oparcie go na centrach zdrowia psychicznego jako podstawowym zabezpieczeniu, które powinno odpowiadać na większość potrzeb pacjenta, w szczególności w kontekście zapewnienia opieki środowiskowej długotrwałej dla tych pacjentów, którzy, jak to określa Światowa Organizacja Zdrowia, są na średnim poziomie zaburzeń i ciężkim.

Jeszcze jako taki zerowy poziom WHO wskazuje nam tak naprawdę podstawową opiekę zdrowotną, tę niepsychiatryczną, jako taką, która też powinna być zaangażowana w rozwiązywanie tych problemów. Jednak to oznacza, że funkcjonują poza tym pewne specjalistyczne placówki, systemy, tak na poziomie ambulatoryjnym, jak i na poziomie oddziałów dziennych, czy w szczególności stacjonarnych. No i jedną z tych propozycji przetestowaną w tym pilotażu i poddawaną ocenie AOTMiT jest właśnie leczenie traumy. Tak więc może być ona leczona gdzie indziej i będzie mogła być leczona gdzie indziej, natomiast pojawia się taki produkt specjalistyczny.

Prezes zarządu PRP Renata Mizerska:

Pani poseł już nas opuściła, a jakoś mnie bardzo poruszyło takie przypuszczenie...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Przepraszam, proszę jeszcze raz się przedstawić.

Prezes zarządu PRP Renata Mizerska:

Polska Rada Psychoterapii, psychoterapeutka superwizorka, psycholog.

W moim przekonaniu jest tak, że osoby, które udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach systemu ochrony zdrowia, to są osoby, które są zweryfikowane, otrzymują kontrakty lub też umowy o pracę i wierzę w to, że są to osoby, które opierają swoją pracę na wynikach badań naukowych i wiedzy klinicznej. Nie chciałabym więc, żeby pozostało takie wrażenie...

Wydaje mi się też, że doświadczenie traumatyczne – tak jak tutaj pani wspomniała – jest to szeroki temat. Myślę, że każdy, kto pracuje w klinicznym obszarze, wie, że my też się specjalizujemy w pewnych obszarach. Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, że skorzystam z tego, czym pani się podzieliła z nami – zarówno osoby, które mają doświadczenie w pracy z młodymi

pacjentami kardiologicznymi, jak i ja z pacjentami onkologicznymi i z chorobami z trudnym przebiegiem, mamy jednak pewne specjalizacje. Tak rozumiem też te programy. Wydaje mi się, że tak jak w innych dziedzinach ochrony zdrowia są programy specjalistyczne, na przykład dla dzieci z autyzmem, na przykład z zaburzeniami odżywiania, tak jak najbardziej zaburzenia traumatyczne też tego wymagają.

Zgadzam się z panem, że w wielu ośrodkach to jest niedostępne. Pytanie jest, w jaki sposób moglibyśmy zwiększyć taką dostępność. Wydaje mi się, że na przykład jako organizacje zrzeszające psychoterapeutów moglibyśmy też coś z naszej strony zaoferować, żeby tego typu pomoc i wsparcie były bardziej dostępne właśnie w publicznym systemie ochrony zdrowia, czego wydaje mi się być niewiele.

Ja chciałabym się jeszcze do pana zwrócić, panie dyrektorze, ponieważ z zaciekawieniem zobaczyłam tutaj podział świadczeń i zauważyłam, że jest bardzo nikły udział świadczeń psychoterapii grupowej. Wydaje mi się, że to też jest bolączka w systemie ochrony zdrowia, że jest to świadczenie, które jest niedoszacowane, jeśli chodzi o reprezentację. Zbyt mało uwagi poświęca się stworzeniu możliwości prowadzenia sesji psychoterapii grupowej, co szczególnie w aktualnym stanie finansów publicznych wydaje się być czymś, co byłoby warte... Jestem ciekawa, czy ministerstwo albo NFZ planują się przyjrzeć możliwości zwiększenia udziału świadczeń psychoterapii grupowej w stosunku do psychoterapii indywidualnej.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo pani dziękuję.

Czy ktoś z państwa jeszcze? Bardzo proszę panią.

Członek zarządu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Milena Frelik:

Dziękuję bardzo. Milena Frelik. Reprezentuję Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Tutaj padły bardzo ważne kwestie, akurat jeżeli chodzi o cenę kliniczną. My wyraziliśmy swoje stanowisko już pisemnie, ale chciałabym tylko potwierdzić, że jak najbardziej jesteśmy w gotowości do wsparcia w przygotowaniu takich narzędzi do oceny efektywności klinicznej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś jeszcze z państwa chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń.

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

To ja przede wszystkim się odniosę do tej kwestii, jak rozumiem, dotyczącej wyników, które przedstawił NFZ w tej tabeli, którą zawarł w swojej informacji. Rzeczywiście widzimy tam kolumnę – liczba świadczeń ogółem, czyli tych świadczeń, które do momentu sprawozdania, a więc tak naprawdę do kwietnia bieżącego roku, bo to jest miesiąc, który możemy uznać za w miarę zamknięty i pewne dane...

Łączna liczba świadczeń w całym okresie pilotażu wyniosła prawie 206 tys., natomiast widzimy tam niecałe 3 tys. sesji psychoterapii grupowej. Ja tylko zwracam uwagę na kwestię statystyczną w prezentacji danych. Sesja psychoterapii grupowej. O ile te inne poszczególne pozycje są indywidualne, to znaczy oddają losy każdego pacjenta – jedna porada, jeden pacjent, jeden udzielający porady, jedna sesja psychoterapii indywidualnej – o tyle tak naprawdę, jeśli byśmy spojrzeli na skalę tego oddziaływania psychoterapii grupowej, to ona nie jest aż tak niska jak wynika z takiego prostego zestawienia, bo tak naprawdę w każdej tej sesji uczestniczy kilkanaście osób. Moglibyśmy powiedzieć, że liczba osób, które skorzystały z takich osobosesji, jest co najmniej dziesięciokrotnie większa, co nadal oczywiście oznacza, że to jest około 10% wszystkich tych świadczeń w tym momencie. Jednak trzeba zwrócić uwagę też na to, jak te dane są zaprezentowane.

Natomiast odnosząc się do tego pytania, czy można zwiększyć udział, rozumiem, że to było takie pytanie ogólne w całym systemie, ale tutaj odnosimy się do pilotażu, który jest realizowany i tego przyszłego świadczenia. Czy można zwiększyć udział tych świadczeń o charakterze grupowym? Z jednej strony nie, bo nie na tym polega udzielanie świadczenia, że my powiemy, jakie świadczenia mają być udzielone w sposób oderwany od potrzeb jednego pacjenta, ale z drugiej strony, tak, dlatego że dokonując oceny tego produktu, tego świadczenia gwarantowanego,

AOTMiT będzie dokonywała też taryfikacji tego świadczenia. Jest więc kwestia tego, jakie proporcje tych świadczeń uzna ona za te, które mają największe dowody naukowe, jeśli chodzi o ich skuteczność i jaką proporcję przyjmie w kalkulacji kosztów tego świadczenia. Tak więc w pewnym sensie takie narzędzie troszeczkę finansowe też może oddziaływać na pewną standaryzację albo właśnie takie przesunięcie w kierunku tych świadczeń o charakterze grupowym. Jednak, jak mówię, tu już wkraczamy w kwestie stricte kliniczne i organizacji tego procesu, które, uważam, powinniśmy pozostawić profesjonalistom w tym zakresie.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Rozumiem, że nie ma więcej... A, jeszcze pani. Bardzo proszę.

Prezes zarządu PRP Renata Mizerska:

Ja jednak pozwolę sobie, panie dyrektorze, podrażnić ten temat, bo to nie do końca tak jest. Rozumiem aspekt kliniczny i oczywiście dane z badań naukowych ważna sprawa, absolutnie bezdyskusyjna historia. Jednocześnie to, w jaki sposób jest zdefiniowany produkt, jest kluczowe, ponieważ ten niski udział świadczeń grupowych – ja prowadziłam psychoterapię grupową przez wiele lat w systemie ochrony zdrowia – wynika między innymi z tego, w jaki sposób jest to zdefiniowane i w jakiej sytuacji są stawiani psychoterapeuci, którzy podejmują się tej pracy, która wymaga znacznie więcej przygotowania i później czasu, co dla osób, które udzielają tych świadczeń, czyni to świadczenie nieatrakcyjnym.

Dodatkowo definiowanie wskaźników dotyczących tego, ile osób to jest grupa, doprowadza do takiej sytuacji, że kiedy przyjdzie mniej osób na dane spotkanie, psychoterapeuta jest postawiony w sytuacji takiej, że albo tym, którzy przyjdą, podziękuje za przyście i zaprosi ich na kolejne spotkanie lub też bez wynagrodzenia tego świadczenia udzieli. Wydaje mi się to bardzo niepokojącym zjawiskiem, które nie jest rozwiązane od wielu lat, a gdyby ten mechanizm został poprawiony, to ten udział świadczeń, ta struktura byłaby zupełnie inna, bo te osoby nie byłyby stawiane jako psychoterapeuci wobec takiego bardzo trudnego z punktu widzenia klinicznego, właściwie tragicznego wyboru pomiędzy swoim wynagrodzeniem, dobrem pacjenta i niemożnością udzielenia świadczenia, bo już nie jest to grupa.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Ja absolutnie podzielam pogląd, że nikt z nas nie powinien być stawiany w sytuacji przysłowiowej Antygony, że po jednej stronie ma dyrektora placówki, który mówi mu, że świadczenie, które nie zostanie rozliczone, nie powinno być udzielone, i ma w tym rację, a po drugiej stronie pewną etykę zawodową czy powinności względem pacjenta. Natomiast ja tę uwagę odczytuję na kanwie tego projektu jako taką uwagę systemową odnośnie do całego systemu ochrony zdrowia – ja wiem, że mówimy o świadczeniach udzielanych grupowo i one mają pewną swoją specyfikę – że wycena po prostu nie jest właściwa.

Myślę, że o tej niewłaściwej wycenie poszczególnych produktów, które NFZ rozlicza, tak zwanych produktów rozliczeniowych, wystarczająco dużo się mówi i uwaga została zwrócona na to, że są świadczenia, które niewykluczone że są przecenione, skoro umożliwiają na przykład powstawanie kominów płacowych, bo tak bardzo opłaca się udzielać te świadczenia, że można specjalistom, którzy będą ich udzielać, płacić bardzo wysokie, bulwersujące opinię publiczną stawki z jednej strony, a z drugiej strony, są takie świadczenia, które w swojej wycenie nie odzwierciedlają stopnia złożoności i zaangażowania ze strony personelu. Szczerze mówiąc, od tego właśnie mamy AOTMiT, aby między innymi wspólnie z ekspertami, naukowcami, ale też podmiotami leczniczymi, na podstawie rachunku kosztów, móc prostować tego typu rzeczy. Tak więc, jak mówię, ja to przyjmuję jako taki sygnał dotyczący całego systemu.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Proszę państwa, stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji.