



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(965)

65. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 16 czerwca 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Reforma systemu opieki psychiatrycznej w Polsce a wdrażanie reformy opieki psychiatrycznej w Polsce i w Niemczech.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 07)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam panów senatorów, witam przybyłych gości, serdecznie witam zwłaszcza panią Reginę Zadel, posłankę SPD do Bundestagu, która prowadzi tam komisji zajmującej się akcją na rzecz chorych psychicznie. Wypowiedzi pani posłanki będzie tłumaczył pan doktor Cechnicki. Razem z panią poseł jest pan Niels Pörksen, który jest ekspertem komisji. Witam pana ministra Habera. Witam pana profesora Wciórkę. Witam panią doktor Bożenę Pietrzykowską.

Szanowni Państwo, jeszcze wróć do powitań, tak żebyśmy wiedzieli w jakim gronie pracujemy. Teraz chcę przedstawić plan posiedzenia komisji. Otóż zajmiemy się dzisiaj problemem dotyczącym wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce. To jest główny cel naszego posiedzenia. Chciałbym, żeby posiedzenie komisji przebiegało w następujący sposób. Najpierw oddamy głos panu ministrowi, który powie nam o tym, w jakiej jesteśmy fazie prac. Następnie poproszę pana profesora Wciórkę, który pracuje nad tym programem, o przedstawienie eksperckiej wizji losów programu. Następnie poproszę panią poseł o opowiedzenie, w jaki sposób wdrożono w Niemczech reformę ochrony zdrowia psychicznego. Tutaj przewiduję też wystąpienia pana doktora Pörksena, o ile będzie chciał uzupełnić wypowiedź pani poseł. Następnie chciałbym, żeby zabrał głos, króciutko, pan doktor Cechnicki. Potem otworzylibyśmy forum – pytania i dyskusja. Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że komisja przyjęła proponowany porządek spotkania. Nie widzę sprzeciwu. Wobec powyższego będziemy w taki sposób procedować.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. Bardzo proszę, po kolei, króciutko.

(Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Jacek Wciórka: Jacek Wciórka, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Jestem członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i współredaktorem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.)

(Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie Katarzyna Prot-Klinger: Nazywam się Katarzyna Prot, jestem lekarzem psychiatrą, zajmuję się psychiatrią środowiskową w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Brałam udział w tworzeniu programu. Dziękuję.)

(Kierownik Zespołu Leczenia Środowiskowego w Szpitalu Tworzkowskim imienia profesora Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie Jonathan Britmann: Nazywam się Jonathan Britmann. Jestem psychologiem. Jestem kierownikiem Zespołu Leczenia Środowiskowego, czyli też psychiatria środowiskowa, w szpitalu w Tworkach.)

(Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Elżbieta Czarnecka: Nazywam się Elżbieta Czarnecka. Jestem doktorem nauk ekonomicznych. Pracuję w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zajmuję się opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnionych.)

(Prezes Zarządu Stowarzyszenia Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Pomost” Paweł Bronowski: Nazywam się Paweł Bronowski. Jestem psychologiem klinicznym, członkiem zarządu stowarzyszenia. W Warszawie prowadzę w jednej z dzielnic, na Targówku, system wsparcia społecznego dla osób chorych psychicznie.)

(Prezes Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego Artur Kochański: Nazywam się Artur Kochański. Jestem lekarzem psychiatrą. Pracuję w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i w Lubelskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego.)

(Kierownik IV Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Szpitalu Bielańskim imienia księdza Jerzego Popiełuszki w Warszawie Maria Załuska: Jestem lekarzem psychiatrą, docentem doktorem habilitowanym nauk medycznych, pracownikiem Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, prowadzę całodobowy oddział psychiatryczny w Szpitalu Bielańskim w Warszawie.)

(Członek Naczelnej Rady Lekarskiej Bożena Pietrzykowska-Bodnar: Bożena Pietrzykowska. Jestem psychiatrą, tutaj w roli przedstawiciela Naczelnej Rady Lekarskiej. Brałam udział w przygotowywaniu pierwszej wersji programu, dziesięć lat temu.)

I jeszcze pan dyrektor wspierający pana ministra.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jak sami państwo zauważają, brakuje nam tu, że tak powiem, jednej nogi – stowarzyszenia, organizacji chorych. To zauważmy.

Zanim oddam głos panu ministrowi, może tylko jeszcze powiem państwu, dlaczego komisja zdecydowała się pracować nad tym problemem. Mianowicie w ubiegłym roku przyjęliśmy ustawę nowelizującą ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, która dała delegację Radzie Ministrów do przyjęcia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W planach resortu na pierwsze półrocze było przyjęcie tego programu. Trochę jesteśmy zmartwieni, że prace nie posuwają się do przodu, a mamy przekonanie, że jeśli chodzi o psychiatrię, to dystans, jaki dzieli nas od krajów cywilizowanych, jest ogromny. I stąd potrzeba, by merytorycznie przyjrzeć się, jak z tym sobie radzą inni. Dlatego bardzo się cieszę, że jest z nami pani poseł, która powie nam o tym, jak ten system jest wdrażany w Niemczech. To może tyle. I teraz bardzo prosiłbym pana ministra o króciutkie wprowadzenie do stanu prac legislacyjnych nad tą sprawą.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Brak nagrania)

(Głos z sali: Panie Przewodniczący, przepraszam bardzo, jeszcze jedna uwaga. Otóż ja jestem psychologiem i mój kolega też jest psychologiem, tak że nie wyłącznie psychiatrzy, ale są również psychologowie...)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale zaangażowani w opiekę psychiatryczną.

(Głos z sali: Tak, tak. Aczkolwiek to jest istotne zastrzeżenie.)

W takim razie przepraszam bardzo...
(*Głos z sali*: OK. Dziękuję bardzo.)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Przygotowaliśmy dość szeroką informację na temat organizacji opieki psychiatrycznej w Polsce i uwarunkowań jej funkcjonowania. Sądzę, że po ustaleniu konkretnego zakresu zagadnień, którymi mamy się zajmować, ograniczę swoje wystąpienie do pewnych informacji na temat prawnych uwarunkowań, jakie mamy w obecnej chwili, na temat prac legislacyjnych, jakie są prowadzone i tego, na jakim są etapie, oraz jakie mamy zamierzenia, jeśli chodzi o Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jeśli chodzi o inne dane dotyczące organizacji opieki psychiatrycznej, czy też dane dotyczące epidemiologii, o ile będzie taka potrzeba, ewentualnie rozszerzymy tę informację.

W Polsce zasady prowadzenia, zasady organizowania ochrony zdrowia psychicznego są ujęte w podstawowym akcie prawnym, który te zasady reguluje. Jest to ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Ta ustawa reguluje w szczególności takie sprawy, jak promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnianie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnej do życia w środowisku rodziny i społecznym, kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie dyskryminacji chorób psychicznych i tych osób, które chorują na te choroby.

Dokładnie w lipcu 2008 r. została opublikowana nowelizacja tej ustawy, która weszła w życie 1 stycznia 2009 r. Ta nowelizacja pozwala na przygotowanie rozporządzenia Rady Ministrów, które sprecyzuje zadania i cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zanim przejdziemy dalej do rozporządzenia o Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, dodałbym, że w tej chwili trwają również w Ministerstwie Zdrowia prace nad rządowym projektem ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Celem tej nowelizacji jest dostosowanie zapisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego do zmieniającego się otoczenia prawnego i nowych regulacji, które wymuszają zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Dotyczy to głównie zmian, które zaistniały w obrębie ratownictwa medycznego, a więc wprowadzenia do systemu polskiej ochrony zdrowia zawodu, funkcji, ratownika medycznego i doprecyzowania jego obowiązków i zadań w kontekście ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Chodziłoby również o doprecyzowanie spraw związanych z ustawą zadaniami pomocy społecznej. Jak też będziemy w tej nowelizacji starali się wyjść naprzeciw wielu postulatam, które zgłaszało środowisko, zwłaszcza w zakresie ochrony praw pacjentów szpitali psychiatrycznych, w zakresie okresu ważności skierowania do szpitala psychiatrycznego i zapewnienia wykonania sądowych postanowień o umieszczeniu w szpitalach psychiatrycznych.

Wracając do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w chwili obecnej trwają prace nad przygotowaniem rozporządzenia, które wprowadzi w życie ten program. Prace nad tym rozporządzeniem powinny zakończyć się w drugiej połowie roku, najdalej do końca tego roku.

Spróbuję w tej chwili sprecyzować, uszczegółwić cele, które próbujemy zawrzeć w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jednym z głównych celów jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zrealizowanie tego celu będziemy starali się osiągnąć głównie poprzez zmianę realizowanego modelu opieki psychiatrycznej na rzecz środowiskowego modelu. Żeby to osiągnąć, konieczne jest doprowadzenie do pewnych zmian w systemie opieki zdrowotnej, zwłaszcza – oczywiście – opieki psychiatrycznej.

Zadania, które będziemy starali się tutaj zrealizować, to przede wszystkim zwiększenie liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, rozwijanie opieki środowiskowej, a więc wszystkich pozaszpitalnych form opieki psychiatrycznej, takich jak: oddziały dzienne, jak hostele, jak zespoły opieki środowiskowej, w taki sposób, aby one jak najbardziej odpowiadały lokalnym potrzebom i lokalnej sytuacji epidemiologicznej.

Kolejny element to wzmocnienie leczenia ambulatoryjnego. Przede wszystkim poprzez zwiększenie liczby pełnoprofilowych poradni psychiatrycznych, które byłyby dostępne praktycznie przez wszystkie dni tygodnia, organizowanie opieki, która miałaby charakter skoordynowany. Moglibyśmy objąć skoordynowaną opieką pacjentów danego terytorium. Widzimy tę możliwość poprzez organizowanie centrów zdrowia psychicznego. Następnie to, o czym wspomniałem, a więc zwiększanie liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, ale również poprzez przekształcanie dużych szpitali psychiatrycznych i zmniejszanie liczby łóżek tam się znajdujących i decentralizowanie opieki psychiatrycznej w kierunku szpitali powiatowych.

Istotnym zadaniem, które trzeba zrealizować, jest doprowadzenie do sytuacji, w której opieka psychiatryczna byłaby mniej więcej równo dostępna. Nie byłoby więc dysproporcji regionalnych i dysproporcji w dostępie do tych świadczeń, jak również w sposobie finansowania pomiędzy poszczególnymi województwami. A więc równy dostęp i ujednolicony sposób finansowania, który w chwili obecnej, niestety, nie jest jednakowy we wszystkich województwach.

Wreszcie kwestia szkolenia kadr, które sprawowałyby opiekę psychiatryczną, zwłaszcza w kontekście planów rozwinięcia opieki środowiskowej, stworzenia i zdynamiczowania procesu opieki środowiskowej poprzez stworzenie zespołów opieki środowiskowej. Tu, oczywiście, mówimy o wielu specjalnościach – psychiatrach, psychologach klinicznych, terapeutach, pielęgniarzach, które będą przygotowane do pracy w środowisku. Uważamy, że aby te zadania mogły zakończyć się sukcesem, konieczne jest również przygotowanie pewnych standardów, które będą mówiły o zasadach organizacji, zatrudnienia, leczenia i opieki, jak również szkolenia personelu, który tę opiekę będzie sprawował.

Do tego konieczna jest również zmiana sposobu finansowania świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień do poziomu około 4,5–5% z ogólnych nakładów. Celem jest 6%, czyli średni poziom, który notują kraje Unii Europejskiej. Podam może, że w chwili obecnej wysokość nakładów na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, to jest procentowy udział w ogólnych nakładach, wynosi w Polsce w 2009 r. 3,69%. Mimo że w ciągu ostatnich lat ten udział procentowy się zwiększa

szyl, bo na przykład w 2006 r. startowaliśmy z poziomu 3,25, to w dalszym ciągu jednak daleko nam do założonego celu.

Zmierzając powoli do końca mojego wprowadzenia, podsumowując, na pewno najistotniejszą kwestią jest w tej chwili wydanie rozporządzenia w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Konieczny jest również harmonogram zadań, który by mówił o tym, w jaki sposób realizowalibyśmy te zadania, oczywiście z planem ich realizacji. Tak jak wspominałem, druga połowa bieżącego roku to jest moment, w którym, w naszym przekonaniu, prace nad rozporządzeniem zostaną zakończone.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję panu ministrowi.
Bardzo proszę pana profesora Wciórkę.

**Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
Jacek Wciórka:**

Właściwie o programie zostało wiele powiedziane. Chciałbym tylko podzielić się paroma uwagami, do których, jak myślę, upoważniają mnie dość liczne spotkania z różnymi ludźmi, których w ostatnich dwóch latach – przedstawiając w różnych środowiskach zagadnienia, plany, nadzieje związane z reformą – zdołałem poznać. Obyłem kilkadziesiąt spotkań ze środowiskami profesjonalnymi, ale także ze środowiskami lokalnym, samorządowcami, organizacjami pozarządowymi. Myślę, że to doświadczenie upoważnia mnie do przedstawienia w imieniu tych różnych środowisk wielkiego postulat i oczekiwania, żeby wreszcie zapalono, dano ten ostatni impuls, który jest potrzebny do realnego, konkretnego działania. Tym impulsem jest oczywiście opublikowanie i wprowadzenie w życie podstawowego aktu wykonawczego do znowelizowanej ustawy, jakim byłoby rozporządzenie.

Program jest wielką potrzebą i wielkim oczekiwaniem. Jesteśmy w Europie opóźnieni mniej więcej o trzydzieści, czterdzieści lat w stosunku do krajów, które miały szansę podjąć dzieło reformy, nowego upozycjonowania zdrowia psychicznego w krajobrazie kulturowym i instytucjonalnym swoich państw.

Program ma wiele ogólnych i szczegółowych celów, ale taką rzeczą, która nie jest zapisana w tym programie, są przynajmniej dwa pryncypia. Pierwszy oznacza priorytet, czy przewagę spojrzenia na człowieka, który cierpi z powodów zaburzeń psychicznych, a nie na instytucje, które się powołuje. To jego interes ma być w realizacji programu pierwszoplanowy. Drugi to powierzenie działań i odpowiedzialności za realizację programu głównie samorządom, wspólnotom lokalnym i ponadlokalnym, którym przypada ważna rola w procesie uzgadniania lokalnych potrzeb, powinności i planów. To ukierunkowanie na osobę i na wspólnotę lokalną jest takim niewypowiedzianym pryncypium tej całej działalności.

Dalej są różne zabiegi i konkretne zapisy, dotyczące promocji, zapobiegania, leczenia, rehabilitacji, czyli różnych konkretnych wyspecjalizowanych aspektów, związanych z zaspokajaniem potrzeb ludności, obywateli w tym zakresie. Oczekiwania są ogromne, ale muszę powiedzieć, że te oczekiwania w różnych miejscach Polski są wyrażane w sposób różnie silny i z różną świadomością. Mamy miejsca w Polsce, wspól-

noty lokalne, które rozumieją i które właściwie już rozpoczęły działania w tym kierunku, i mamy miejsca, które stanowią białą plamę. Celem działania, które chcemy podjąć, jest to, żeby te białe plamy miały szansę powoli zniknąć z polskiego krajobrazu. Krótko mówiąc, zależy nam na systemowym wprowadzeniu nowoczesnych zadań z zakresu opieki nad zdrowiem psychicznym, tak iżby to, co jesteśmy w stanie zaoferować współobywatelom, było równo dostępne, było dobrej jakości i było godziwe. To znaczy nie upokarzałoby ludzi korzystających z tych form i nie zmuszało ich do przysyłania swoich problemów taką dość wstydliwą zasłoną. To są te wielkie nadzieje i to jest powód, dla którego ośmielam się państwu przedstawiać te powszechne oczekiwania i nadzieje. Ponieważ w wielu miejscach słyszymy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. My jesteśmy gotowi. Chcielibyśmy. Ale potrzeba nam przepisu, jakiejś normy, jakiejś regulacji, która upoważniałaby do zorganizowanego działania.

I to właściwie wszystko. Cała reszta zawarta jest już w istniejących ustaleniach, programach, tekstach, które są dostępne, z którymi przy okazji wprowadzania nowelizacji w zeszłym roku mieli państwo okazję się zapoznać.

Chciałbym powiedzieć, że od kilkunastu dni eksperci w instytucie przystąpili do pracy, poproszeni o to przez resort zdrowia, i to nasze zadanie eksperckie przygotowaliśmy. Jutro przekazemy je do ministerstwa i bardzo chcielibyśmy, żeby dalej to wszystko mogło już płynąć bez zwłoki. Potrzeby bowiem są ogromne, opóźnienia istotne, a nadzieje uzasadnione i wielkie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Teraz bardzo proszę panią Reginę Zadel o opowiedzenie, jak poradzono sobie w Niemczech. Tłumaczem będzie pan doktor Cechnicki.

Bardzo proszę.

Przewodnicząca Akcji na rzecz Chorych Psychiczenie Regina Schmidt-Zadel:

Chcę się przedstawić. Nazywam się Regina Schmidt-Zadel. Przez dwanaście lat byłam posłanką do Bundestagu. We frakcji SPD byłam odpowiedzialna za obszar zdrowia, szczególnie zdrowia psychicznego. Od dziesięciu lat z ramienia parlamentu jestem przewodniczącą Akcji na rzecz Osób Chorych Psychiczenie. Dziękuję bardzo za zaproszenie – to zaszczyt, a i miałam okazję poznać Warszawę. Pierwszy raz byłam w Warszawie. To była miła okazja.

W marcu w hotelu „U Pana Cogito” mieliśmy spotkanie z grupą ekspertów z Polski i muszę na początek wyrazić wielką pochwałę. Państwo macie bardzo nowoczesną ustawę. To jest świetna, nowoczesna ustawa, to wszystko, czego mogliśmy się dowiedzieć i co przeczytaliśmy, wskazuje na bardzo nowoczesną ustawę. Wiele z tego, co państwo zapisali w tej ustawie, możemy jeszcze dzisiaj przyjąć, my, w Niemczech. Do 1971 r. sytuacja w niemieckich szpitalach była dramatycznie zła. To jest część naszej historii. To były niegodne warunki. I wtedy spotkali się politycy wszystkich frakcji i eksperci, mała grupa ekspertów, i stworzyli organ, ciało polityczno-eksperskie, składające się ze wszystkich frakcji politycznych. Ciało to powstało po to, żeby wy-

prowadzić problem psychiatrii poza codzienne polityczne spory. I to było właśnie założenie akcji na rzecz chorych psychicznie.

Teraz chcę zrobić mały ukłon w kierunku pana ministra, w kierunku Ministerstwa Zdrowia. Po co powstała Akcja na rzecz Chorych Psychicznie? Powstała po to, żeby w zakresie ochrony zdrowia, szczególnie ochrony zdrowia psychicznego, kontrolować – powiem to słowo – prace rządu przez parlamentarzystów. Mogę powiedzieć, że jestem takim politykiem, który jest lobbystą, lobbystą nie na rzecz firmy farmaceutycznej, tylko lobbystą na rzecz osób chorujących psychicznie i ich krewnych. Powołaliśmy więc modelową komisję parlamentarzystów, ekspertów i podjęliśmy współpracę z rządem, by wprowadzić modelowe regionalne rozwiązania w Niemczech. Rozwinęliśmy wtedy właśnie taki całościowy, kompleksowy model opieki psychiatrycznej, zorientowany na osobę, o której mówił profesor Wciórka. Akcja na rzecz Chorych Psychicznie. Na początku piszę list do przewodniczących wszystkich frakcji politycznych w parlamencie. W tej akcji na rzecz chorych psychicznie od trzydziestu pięciu lat frakcje polityczne wybierają jednego posła, przedstawiciela frakcji, który razem z ekspertami pracuje cały czas, przez wszystkie te lata, nad wdrożeniem reformy opieki psychiatrycznej, nad kontrolą.

Tak więc moim zadaniem jako członka parlamentu było wtedy też kontrolować ministerstwo, czy i w jakim stopniu idee przyjętego przez parlament prawa i rozporządzenia są wdrażane w życie. Została powołana mała administracja, finansowana przez ministerstwo i przez parlament. My wszyscy – politycy i oczywiście eksperci – pracujemy pro publico bono. Dostajemy cały czas, przez te trzydzieści pięć lat, zadania od Ministerstwa Zdrowia w sprawie aktualnych, palących problemów społeczno-psychiatrycznych i potrzeby ich rozwiązania. Na przykład w ostatnie lata zrobiliśmy taką ekspertyzę dla rządu, z którą wiąże się szereg spotkań, sympozjów i analiz, dotyczącą starego człowieka.

W zależności od tego, jakie to są tematy – na przykład naszym wielkim tematem była praca dla osób chorujących psychicznie i wdrożenie ich w system pracy – jesteśmy powiązani również z innymi ministerstwami i jesteśmy słuchani, i to jest bardzo ważne, zarówno przez parlament, jak i przez Ministerstwo Zdrowia. Czasami współpracujemy z kilkoma ministerstwami.

Nie jestem w stanie wyliczyć wszystkich inicjatyw i działań Akcji na rzecz Chorych Psychicznie przez te trzydzieści pięć lat. Ale dla zobrazowania powiem tylko o jednej ustawie, którą wprowadziliśmy przez parlament, a która była bardzo istotna, ponieważ zabezpieczała, stabilizowała działania organizacji pozarządowych, bez których ta reforma byłaby trudna do pomyślenia. W odróżnieniu od Polski mamy nie jedną, ale dwieście kas chorych. Ponieważ nie jest możliwa pełna opieka nad człowiekiem starym, nad chorymi na Alzheimera, młodzieżą, rodziną tylko przez system państwowy, organizacje pozarządowe, które działają na rzecz samopomocy w zakresie służby zdrowia, muszą dostać wsparcie, 1 euro od każdego ubezpieczonego, co gwarantuje im pracę, zwłaszcza w okresie między styczniem a lipcem, kiedy nie ma grantów i kiedy wszystkie programy – mądre, dobre i słuszne – w całym kraju upadają, bo są niefinansowane.

Podczas debaty w hotelu „U Pana Cogito” bardzo mi się podobała inicjatywa wszystkich organizacji pozarządowych, które są połączone w naszej koalicji, żeby firmy farmaceutyczne płaciły 1% od dochodu albo 1% od mieszkańca, ponieważ zara-

biają straszne pieniądze na lekarstwach dla naszych pacjentów. Te pieniądze byłyby zainwestowane w takim grancie na rzecz właśnie wdrożenia reformy, zwłaszcza na programy inwestycyjne, na przykład przy decentralizacji szpitali itd.

Chcę powiedzieć, że jako polityk uczyłam się od fachowców, od ekspertów. Obok mnie siedzi doktor Niels Pörksen, jeden ze współtwórców reformy opieki psychiatrycznej w Niemczech, znany, wybitny niemiecki psychiatra. On może powie państwu coś więcej o sprawach merytorycznych.

Chcę też powiedzieć, że jeżeli tylko chcieliby państwo dalszej współpracy, wymiany myśli, rad, wymieniania się doświadczeniem, jestem na otwarta i jestem do dyspozycji przy wdrażaniu reformy opieki psychiatrycznej w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję za to wystąpienie.

Bardzo proszę, pan Niels Pörksen.

Członek Zarządu

Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego

Niels Pörksen:

Bardzo dziękuję za to spotkanie. Jestem związany z Polską od wielu, wielu, wielu lat, od 1990 r., poprzez udział w pracach Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego. Wtedy było nasze pierwsze sympozjum właśnie na temat reformy opieki psychiatrycznej. Byłem również przewodniczącym i współprzewodniczącym naszego towarzystwa.

Od lat siedemdziesiątych, gdy wróciłem ze Stanów Zjednoczonych, gdzie poznałem reformę opieki psychiatrycznej i jej przekształcenia, jestem związany z reformą opieki psychiatrycznej w Niemczech. Dwadzieścia pięć lat prowadziłem psychiatrę w Bielefeld i w innych miejscach, gdzie próbowano wcielić w życie tę organizację. Przez wszystkie te lata zawsze byłem pro publico bono lobbystą reformy opieki psychiatrycznej.

To, co powiedział minister, z perspektywy Ministerstwa Zdrowia i planowania reformy, i to, co powiedział profesor Wciórka, to jest dokładnie to, czym ja się przez te ostatnie prawie czterdzieści lat zajmowałem. Oczywiście, chodzi o człowieka, a nie o ratowanie konkretnej instytucji i jej interesów. Rzeczywiście, jak powiedział profesor, zawsze chodziło nam o organizację opieki w miejscu zamieszkania, we wspólnocie, w środowisku, czyli w gminie i w powiecie. To jest to, co obaj panowie powiedzieli, że psychiatria musi wracać do ogólnej medycyny, że szpitale psychiatryczne muszą się decentralizować i być w szpitalach ogólnych, a opieka psychiatryczna musi być organizowana w powiatach i w gminach przez zawodowe grupy w miejscu życia ludzi.

Jeśli dobrze zrozumiałem, w Polsce jest w tym względzie pełna z nami wspólnota. Nie ma tutaj między nami różnic. Ale u nas poznanie, świadomość tego, co powinno być zrobione, też kosztowało wiele lat pracy. Ponieważ, żeby wcielić to dobre rozumienie w życie, trzeba włączyć wszystkie struktury społeczne i siły społeczne, pozyskać ich akceptację.

Celem fundamentalnym jest to, żeby wszystkie osoby chorujące psychicznie miały gwarantowany konstytucyjnie współudział w życiu społecznym, powrót do życia społecznego, mogły niezależnie mieszkać, z jakimś rodzajem wsparcia, z funkcjonującą siecią wsparcia. Zajęcie i praca są ekstremalnie ważne – to jest fundament reformy – i tak samo udział w tym wszystkim, co nazywamy życiem społecznym.

W Niemczech Akcja na rzecz Chorych Psychiczenie, zorganizowana właśnie między parlamentem a rządem, miała nieprawdopodobną siłę impulsu i, wielokrotnie, reformy opieki psychiatrycznej. Jestem w zarządzie jako ekspert od siedemnastu lat. Niedługo będę świętować dwudziestolecie. Członkowie Akcji przyjechali wczoraj w nocy, dzisiaj odjeżdżają zaraz po południu. Tu przyjechali zadaniowo, a za chwilę mają spotkanie w Berlinie w sprawie przyszłości opieki osób uzależnionych, tak aby mogła zostać zintegrowana w powiatowych, gminnych, regionalnych strukturach opieki. Z każdego sympozjum wydają w takiej serii wydawniczej olbrzymią ilość publikacji. Kluczowym tematem jest współpraca i odpowiedzialność. Kto za co jest odpowiedzialny. „Odpowiedzialność wspólnoty za los chorych psychiczenie” to jest temat, którym Polsko-Niemieckie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego będzie się zajmować w październiku na swoim dorocznym sympozjum w Lublinie.

Chcę podkreślić, że najważniejszą sprawą jest, aby politycy, administracja i eksperci znaleźli sposób, miejsce, przestrzeń, w której będą blisko współpracować w realizacji reformy. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Bardzo proszę.

**Przewodnicząca Akcji na rzecz Chorych Psychiczenie
Regina Schmidt-Zadel:**

Co ja mówię całym czas moim kolegom politykom i kolegom politykom samorządowym? Jeżeli myślicie o postawie, o naszym stosunku do osób chorujących psychiczenie, musicie sobie natychmiast wyobrazić, że ktoś z waszych bliskich jest chory, że ktoś ma kryzys, że ktoś ma demencję, czy też wasze dziecko wymaga pomocy w okresie kryzysu psychicznego. I tak chcielibyście mieć zorganizowaną opiekę, tak chcielibyście mieć zorganizowaną pomoc dla swojego dziecka, tak wszechstronną, jak my teraz chcemy to osiągnąć poprzez tę reformę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo za wprowadzenie.
Bardzo proszę pana doktora Cechnickiego. Teraz już po polsku, bez tłumaczenia.

**Wiceprzewodniczący
Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychiatrycznego
Andrzej Cechnicki:**

Oni mnie bardzo dobrze znają od bardzo wielu lat, dlatego, że wielka współpraca z Akcją na rzecz Chorych Psychiczenie rozpoczęła się w ramach programu EQUAL, w ramach programu zatrudniania osób chorujących psychiczenie. W związku z tym chcę może tylko powiedzieć – to, co tutaj zostało powiedziane – że dla mnie taką dosyć ważną rzeczą, nawet fundamentalną, jest sprawa finansowania. Przejdę już do rzeczy. Myślę,

że jednym z wielkich problemów jest to, że reforma jest zdecentralizowana, samorządowa i przenosi odpowiedzialność w miejsce życia, a finansowanie jest centralne – Narodowy Fundusz Zdrowia i ministerstwo. Dlatego prosiłbym, żeby te pieniądze, które są w zarządzie ministerstw, zostały połączone w całość – to jest myśl bardzo wielu organizacji i całego ruchu od dołu – i wydawane tylko na takie granty, które służą decentralizacji i reformie. To wtedy będzie jakiś impuls dla modelowych rozwiązań.

Druga sprawa. 1% od dochodów firm farmaceutycznych na instytucjonalne przekształcenia. Tych pieniędzy nie mamy.

Trzecia sprawa. 1 zł z Narodowego Funduszu Zdrowia dla organizacji pozarządowych.

(*Głos z sali*: Od osoby.)

Tak, oczywiście, od ubezpieczonej osoby. Ponieważ za chwilę – i na ten temat było ostatnio nasze sympozjum w Berlinie – żaden system nie będzie w stanie tymi starszymi osobami, dementywnymi, z Alzheimerem, zaopiekować się, poradzić sobie z problemami w rodzinie, z problemami młodzieży. To muszą być organizacje, które są... Zresztą bardzo szybko to nazywamy w rozporządzeniu. Odpowiedzialny jest minister zdrowia, samorząd lokalny i zaraz wszystkie organizacje w powiecie.

Druga sprawa, o którą chcę prosić. Będziemy pracować do końca roku, ale – proszę wydać impuls dla regionów, dla regionalnego myślenia. Jestem odpowiedzialny za tworzenie powiatowych zespołów zdrowia psychicznego. W Małopolsce powstają takie modelowe zespoły – Wieliczka, Nowy Targ, Wadowice, teraz Oświęcim. Można to robić, nawet bez rozporządzenia, ale lepiej z rozporządzeniem. Żeby powiaty, żeby regiony mogły się przygotować, mogły zaplanować finansowanie, mogły zaplanować środki unijne, cokolwiek, muszą dostać impuls, że mają przygotować regionalne programy. Oni będą za chwilę musieli zrobić to samo. Na miejscu będą musieli sprawdzić swoje instytucje, kadry, zasoby i możliwości, plany. Powiaty również.

Dzisiaj bez żadnych nakładów finansowych mogą powstawać powiatowe zespoły zdrowia psychicznego, mogą powstawać rady do spraw psychiatrii przy urzędach marszałkowskich z celem opracowania programów. Nigdy się nie robi programów na 2010 r., jak on nie będzie przygotowywany w 2009 r., zwłaszcza na miejscu. To już musi uruchomić działanie. Rok temu wszystkie regiony – urzędy marszałkowskie, urzędy miejskie – czekały na rozporządzenie i impuls się wytracił. Równocześnie jest bardzo dużo i takich sytuacji, gdzie powstają programy zdrowia psychicznego 2010–2012 dla miast. Miasta powinny to przygotować. Minimum psychiatrii. Jak będziemy czekać na decyzje, na przepisy z końcem roku... Minimum psychiatrii. I to jest najważniejsze. Już teraz musi być impuls, zwłaszcza, że istnieje olbrzymi problem konkurencji wielkiego miasta i regionu, które nie widzą siebie nawzajem, a często szpital jest w regionie, świadczy usługi dla miasta. Opieka dla mieszkańców nowoczesnego europejskiego miasta jest na bardzo niskim poziomie. Te bowiem struktury nie współpracują ze sobą. Odpowiedzialność nie jest podzielona i te rady mają tę odpowiedzialność przywrócić. To jest może najważniejsza sprawa.

Trzecia najważniejsza myśl jest taka, że jeżeli chcemy duże struktury, takie jak szpitale, przygotować do decentralizacji, to one w tej chwili są do tego nieprzygotowane. Ten impuls musi pójść natychmiast do szpitali. Bo ludzie się boją. Wszyscy wiedzą, że jest ustawa, że będzie jakieś rozporządzenie, że będzie się ich zmniejszać, likwidować. Gdzie? Jak? Dokąd? Oni mają iść za swoimi pacjentami. Szpitale już muszą rozpocząć prace nad wewnętrznymi programami. Impuls musi pójść z ministerstwa.

Bardzo proszę, Panie Ministrze, niech szpitale zaczną się przygotowywać. Niech zaczną przygotowywać własne programy przygotowawcze. Nikt nie zrobi w 2010 r. żadnego projektu, jeżeli te szpitale będą nieprzygotowane. Już tracimy czas, tracimy lata, ponieważ szpitale nie przygotowują się do reformy. Wiedzą o tym i ponieważ nic nie wiedzą, co się będzie działo, mają jeden pomysł, żeby się nic nie zmieniło.

Albo mają zupełnie szalone pomysły. Pięć lat pracowałem w radzie do spraw psychiatrii w Małopolsce. Tam był najlepszy marszałek regionu. To były mądre rozwiązania. I co się teraz dzieje? W związku z tym, że jest dziura legislacyjna nie ma spotkań rady do spraw psychiatrii. A jest pomysł, żeby sprzedać Szpital imienia Babińskiego w Kobierzynie pod Krakowem. Wielki, piękny areal sprzedać, a pacjentom zapewnić gdzieś 30 km za miastem zieloną działkę. Chcemy wyspecjalizować ten szpital, chcemy zmniejszyć liczbę łóżek o czterysta. Chcemy ten, który jest – specjalistyczny, świetny – zostawić. Przez lata poszły na to miliony złotych. Struktury łóżkowe zaś z całym sektorem opieki zdecentralizować, między innymi do Tarnowa, do Nowej Huty. I teraz nagle jest pomysł przeniesienia wielkiego szpitala.

Pan pozwoli, Panie Senatorze, ostatnie zdanie. Jako członek stały Rady Forum Polsko-Niemieckiego, zaproszony do niej przez pana ministra Sikorskiego, w której jest pani Gesine Schwann, gdzie rozmawiamy o różnych formach współpracy polsko-niemieckiej, chcę powiedzieć, że bardzo się cieszę, że właśnie na poziomie parlamentarnym dochodzi do stabilnej, mądrej współpracy w zakresie opieki zdrowia psychicznego. Mam nadzieję, że w interesie pacjentów, ich rodzin i reformy. Tak bowiem rozumiem praktykę umowy o dobrym sąsiedztwie. To jest właśnie dobre sąsiedztwo i żeby było jak najwięcej takich praktyk. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Jak państwo widzą, goście z Niemiec rozumieli bez tłumaczenia, o czym mówił pan doktor Cechnicki. Stoją za tym lata współpracy sąsiedzkiej, co mogę potwierdzić jako człowiek zapraszany, aczkolwiek, niestety, chyba tylko raz byłem u państwa. W każdym razie wiem, że mamy tutaj wsparcie.

Duże zmiany w Europie Zachodniej były następstwem ruchu antypsychiatrii w Ameryce w latach sześćdziesiątych. Doktor Sacks i wielu wielu innych postawili kwestię praw człowieka jako kluczową dla rozumienia tego, co trzeba zrobić w psychiatrii. Włosi ostatni szpital psychiatryczny zamknęli w 1999 r., chociaż ustawę o likwidacji szpitali psychiatrycznych przyjęto w 1971 r. Można więc powiedzieć, że nigdzie nie idzie to lekko. Ale my mamy ogromne zapóźnienia i stąd tutaj próbujemy właśnie ten impuls, o którym mówił pan doktor Cechnicki, wyzwolić.

Otwieram w tej chwili dyskusję. Proszę o pytania.

Bardzo proszę, pani senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo.

Z wielką przyjemnością przysłuchuję się wprowadzeniu do naszego spotkania. Przede wszystkim chcę powiedzieć, że nasza polska ustawa o ochronie zdrowia psychicznego rodziła się przez prawie pięćdziesiąt lat. Nasi lekarze psychiatrzy byli bar-

dzo ostrożni i słusznie. Ustawa z 1994 r. była przywitana przez wszystkich z wielką radością, ponieważ rzeczywiście bardzo nowocześnie ustawiała opiekę psychiatryczną w Polsce. Ale, jak wszyscy pamiętamy, wspaniałe cele, które były zakreślone w tej ustawie, nie zostały zrealizowane, ponieważ brakowało pieniędzy. Zawsze za programem powinny stać pieniądze. Tych pieniędzy u nas brakowało. I teraz, słuchając wprowadzenia pana ministra Habera, dowiaduję się, że rozporządzenie do ustawy, która była uchwalona w sierpniu 2008 r., będzie gotowe pod koniec bieżącego roku. Ustawa, a więc i Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego powinien wejść w życie 1 stycznia 2009 r. Nie wszedł, bo nie było rozporządzenia, a jak nie było rozporządzenia, to nie było budżetu zaplanowanego na ten cel. I tutaj jest ogromny problem, który ja postrzegam jako problem następnego jeszcze roku. Jeżeli bowiem nie będzie rozporządzenia w momencie, kiedy jest przygotowywana ustawa budżetowa, to nie będzie finansowania w 2010 r. i będziemy mieć już dwa lata opóźnienia w realizacji tej ustawy.

Chciałabym zapytać pana ministra, jak to będzie teraz tworzone. Trwają bowiem prace nad rozporządzeniem. Jest jednak jakiś projekt harmonogramu i pod ten projekt harmonogramu prac w programie będzie przygotowany projekt budżetu. Jedna piąta planowanego budżetu na Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozumiem więc, że byłoby to jakieś wyjście, które można by wykorzystać. Jeżeli zaś będzie to podejście typowo urzędnicze – nie ma rozporządzenia, nie ma harmonogramu – to nie będzie też budżetu na 2010 r. To, co chwalą nasi goście, że jest nowoczesne i dobre – my wiemy, że jest dobre, bo dyskutowaliśmy tutaj na ten temat i mamy świadomość, że to jest kolejny krok naprzód – może się znowu załamać. A czas biegnie. I tutaj pytania i prośba do pana ministra: jak będzie z tym rozporządzeniem, kiedy ono się tak naprawdę ukaże i co będzie z budżetem do tego rozporządzenia na 2010 r.? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Senator Muchacki, bardzo proszę.

Senator Rafał Muchacki:

Szanowni Państwo, dziesięć lat temu zdawałem egzamin u pana doktora Cechnickiego w Krakowie...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: I jaką ocenę otrzymał pan senator?)

Bardzo dobrą.

(Głos z sali: Brawo.)

Wynotowałem sobie najważniejsze rzeczy i krótko tutaj się wypowiem. Decentralizacja obowiązków a centralizacja finansów. To rzeczywiście jest coś takiego, co jest trochę patologiczne. Warto by się zastanowić nad tą złotówką od osoby ubezpieczonej. Leczenie psychiatryczne w szpitalach ogólnych to jest kapitalny pomysł. Tylko tutaj widzę jeden problem, i to jest pytanie do pana ministra Habera, mianowicie wiadomo, że są różne organy założycielskie różnych szpitali. W ustawie o ZOZ jest coś takiego, że zmiana organu założycielskiego może nastąpić tylko i wyłącznie, albo przez likwidację, albo przez połączenie dwóch zakładów opieki zdrowotnej. I tutaj aż się prosi, żeby wprowadzić drobiazg, mianowicie zmianę organu założycielskiego tylko i wyłącznie na zasadzie porozumienia między dwoma organami założycielskimi,

czyli bez konieczności łączenia jednego szpitala z drugim, ale po prostu na zasadzie przekazania majątku i wszystkich wynikających z tego rzeczy. To są chyba dwa, czy trzy punkty w tej ustawie, Panie Ministrze. Dokładnie to pamiętam. I w tym momencie ułatwiamy rolę samorządowcom. Nie będą musieli kombinować, jak łączyć szpital ogólny ze szpitalem psychiatrycznym, tylko na zasadzie porozumienia przekazują te obowiązki. Można to naprawdę bardzo szybko zrobić. Będą wówczas zdecydowanie łatwiejsze do wykonania wewnętrzne programy restrukturyzacyjne.

To jest to, co pan doktor mówił, że już tracimy czas, jesteśmy zapóźnieni. A co za tym idzie, oczywiście w perspektywie czasowej – o tym mówił pan przewodniczący – nie likwidacja sensu stricto samych szpitali psychiatrycznych, tylko ich połączenie, czy też włączenie ich w strukturę szpitali ogólnych, co zdecydowanie jest korzystne i dla rodzin, i dla pacjentów, i dla samej organizacji opieki. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Mam krótkie pytanie. W materiałach, które otrzymaliśmy, ministerstwo pracuje nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w aspekcie ustawy o ratownictwie medycznym. Czy można prosić parę słów na temat tego, w jakim kierunku będą szły te zmiany? Wykorzystując obecność państwa z sąsiedniego kraju, mam następujące pytanie: jak u państwa działa ratownictwo medyczne w aspekcie właśnie chorób psychiatrycznych? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest kilka pytań. Parę z nich jest do pana ministra.
Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za uwagi i wystąpienia, którymi nasi goście się z nami podzielili. Myślę, że wiele jest z tego, co państwo u siebie zrobiliście, do wykorzystania i przeniesienia na grunt polski. Chodziłoby o wykorzystanie państwa doświadczeń w tym zakresie.

Jeśli chodzi o szczegółowe pytania, które państwo zadaliście, to może zaczynając od końca, kwestia nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie ratownictwa medycznego. Jak wspominałem, mamy do czynienia z pewną zmianą systemową, która dokonała się w zakresie ratownictwa medycznego. Zmieniły się zasady udzielania tej opieki. Myślę o składzie osobowym zespołów wyjazdowych. Sytuacja, w której zawsze mieliśmy do czynienia z lekarzem, który był obecny w zespole wyjazdowym, obecnie uległa zmianie. Mamy często zespoły, gdzie są tylko ratownicy medyczni lub są panie pielęgniarki. W związku z tym kwestia zastosowania przymusu bezpośredniego, regulacje z tym związane, kwestia odpowiedzialności nie była obecnie doprecyzowana w ustawie i ta nowelizacja ma zmierzać do tego, żeby tę lukę wypełnić.

Kwestia prac nad rozporządzeniem. Powiedziałem może nieprecyzyjnie, że najbardziej odległym terminem zakończenia prac jest koniec roku. Mamy jednak nadzieję, że te prace skończą się wcześniej i to rozporządzenie będzie gotowe wcześniej niż pod koniec roku. Na pewno istnieje konieczność uwzględnienia jego efektów finansowych, koniecznych środków finansowych, które są potrzebne na jego realizację. W planie budżetu, który już w tej chwili jest przygotowywany, będziemy starali się takie środki finansowe zaplanować, mając świadomość, że to rozporządzenie najpóźniej od 1 stycznia powinno wejść w życie.

Kwestia pomysłów, propozycji, które państwo stosowali, które tutaj zresztą też padały, czyli 1% od firm farmaceutycznych, czy złotówka od ubezpieczonej osoby na opiekę psychiatryczną. Oczywiście, żadnej deklaracji nie jestem tutaj w stanie złożyć, bo są to tak daleko idące w sensie politycznym i ekonomicznym zmiany, że na pewno wymagają one uzgodnienia przede wszystkim z ministrem finansów. Tego typu pomysły przekażę panu ministrowi Frątczakowi, który jest ministrem prowadzącym wszystkie sprawy związane z opieką psychiatryczną i zdrowiem publicznym, jak również pani minister.

Mam również świadomość tego, że jeżeli mamy doprowadzić do sytuacji, w której nasze zamierzenia związane z decentralizacją opieki psychiatrycznej mają się powieść, to potrzebny jest pewien sygnał, jasny i wyraźny sygnał, mówiący o tym, że na przykład kwestie przeznaczania środków unijnych pomocowych powinny mieć określone priorytety. Powinny na przykład być skierowane na tego typu przekształcenia w ochronie zdrowia w szpitalach, które właśnie biorą pod uwagę tę decentralizację.

Kwestia przeniesienia organów założycielskich. Powiem szczerze, że nie jestem w stanie zająć tutaj do końca, z marszu, stanowisko. Wydaje mi się, że jest to obecnie możliwe, tak sędzę, nie na zasadzie pewnych porozumień, ale jedna jednostka ogranicza swoją działalność, druga jednostka rozwija swoją działalność. Czy jest konieczność zrobienia tutaj jakiegoś interfejsu pomiędzy działalnością tych jednostek i czy to z punktu widzenia formalnego byłoby możliwe? Muszę się nad tym zastanowić. Ale tu akurat departament, który tymi sprawami się zajmuje, bezpośrednio mnie podlega, spróbujemy więc to przeanalizować. Jeśli chodzi o przekształcenia szpitali generalnie, to zobaczymy, jak to od strony formalnej...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jak najbardziej, Panie Senatorze.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Było też pytanie do państwa o funkcjonowanie ratownictwa w aspekcie opieki psychiatrycznej.

Członek Zarządu

Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego

Niels Pörksen:

Kryzysowa opieka psychiatryczna w Niemczech jest generalnie zintegrowana z ogólną opieką psychiatryczną. Nie jest organizowana ekstra. To co jest jako ekstra – instytucja służąca kryzysowej interwencji – nazywa się centrum interwencji kryzysowej. My na przykład w Bielefeld zorganizowaliśmy taką służbę kryzysową. Chodzi jednak o to, żeby właśnie raczej

organizacyjnie połączyć działania służby zdrowia, psychiatrów, policji i innych służb tak, aby spójnie organizować interwencję kryzysową w ostrym stanie, nie potrzebując nawet jakichś ekstra, oddzielnych struktur, inaczej pomalowanej karetki pogotowia. To wszystko jest zintegrowane w ogólnym systemie, prawda? To jest problem współdziałania. Na przykład byłem przez dziesięć lat członkiem rady do spraw psychiatrii przy marszałku małopolskim. Dokładnie wtedy dyskutowaliśmy nad pana pytaniem. Chodziło o to, żeby było wiadomo, gdy jest sytuacja kryzysowa, który oddział jest odpowiedzialny, gdzie ten pacjent powinien się znaleźć, żeby nie było odrzucania odpowiedzialności za człowieka. To wszystko było wyjaśnione. I teraz na przykład jestem bardzo zmartwiony, gdy słyszę, że nagle po dziesięciu latach mądrego planowania jest pomysł, żeby psychiatrię wysłać do azyłu gdzieś tam za miasto.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Przewodnicząca Akcji na rzecz Chorych Psychiczenie
Regina Schmidt-Zadel:**

Słusznie pani senator powiedziała, że zawsze brakuje pieniędzy. U nas też brakuje pieniędzy. Ale ja zawsze wyliczałam osobom odpowiedzialnym i ministrowi finansów, ile kosztuje dzień i miesiąc pobytu pacjenta w szpitalu, a ile kosztuje go opieka ambulatoryjna. Żeby więc sobie wyobrazić, jak trudna była sytuacja w Niemczech, to powiem, że jeszcze w latach osiemdziesiątych w Nadrenii Północnej-Westfalii, w Bedburg-Hau, jest szpital – ma od osiemnastu lat partnerstwo z Rybnikiem – w którym było cztery i pół tysiąca pacjentów. Cztery i pół tysiąca. W długim procesie, bardzo powoli, wszyscy oni zostali wzięci pod opiekę, zdecentralizowani, dostali mieszkania, zostali wypisani. W szpitalu zostało ośmiuset pacjentów. Ciągle jest jeszcze ośmiuset. A zatem jest to bardzo długi proces. Dwadzieścia kilka lat. Zawsze mówiłam, że pieniądze muszą iść za dokonaniem.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?
(*Głos z sali: U nas niekoniecznie. U nas ordery.*)
Bardzo proszę.

**Kierownik IV Kliniki Psychiatrii
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Szpitalu Bielańskim
imienia księdza Jerzego Popiełuszki w Warszawie
Maria Załuska:**

Chcę poruszyć trzy sprawy. Pierwsza: chcę wrócić jeszcze do oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Druga to problem infrastruktury dla planowanych środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej, a trzecia to problem szkolenia psychologów klinicznych.

Jeżeli chodzi o oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych. One w zamyśle reformy są bardzo istotnym, może nie podstawowym, ale na pewno niezbędnym elementem środowiskowego systemu opieki psychiatrycznej. Tymczasem w chwili obecnej

zauważa się coś takiego, że tym oddziałom bardzo trudno jest zbilansować swoje budżety w obrębie szpitali. W większości przynoszą one szpitalom deficyty. Być może jest tak, że z ekonomicznego punktu widzenia ta forma opieki jest droższa niż opieka w dużym szpitalu psychiatrycznym, gdzie są liczni pacjenci, gdzie wiele osobodni składa się na przykład na jednego dyżurującego lekarza, dla dużo większej liczby pacjentów niż w szpitalu ogólnym. I tutaj jest mój apel, czy pytanie, czy też usilna prośba o to, aby przyjrzeć się warunkom i możliwościom funkcjonowania oddziałów w szpitalach ogólnych, żeby nie było tak, że my rezygnujemy z dużych szpitali psychiatrycznych, a szpitale z racji tego, że te oddziały stają się deficytowe, rezygnują z tych oddziałów u siebie.

Druga kwestia. Jeżeli w danej gminie, czy powiecie mamy utworzyć placówki opieki środowiskowej, mam nadzieję, że Narodowy Fundusz Zdrowia będzie w stanie te placówki sfinansować. Ale w warunkach udzielania świadczeń są zawarte konkretne wymogi lokalowe. I co zrobić, ażeby zapewnić infrastrukturę nowo tworzącym się placówkom? One bowiem nie powstaną na terenie dużych szpitali psychiatrycznych, tylko muszą być przeniesione na inny teren.

I trzecia sprawa – opieka środowiskowa zmierza do tego, ażeby coraz większą rolę pełnili nie tylko lekarze, ale również inne zawody, żeby tworzyć wieloprofesjonalne, wieloprofilowe systemy opieki środowiskowej. Tam bardzo duża rola przypada psychologom klinicznym. Tymczasem my mamy dzisiaj w Polsce taką sytuację, że ramię w ramię pracuje lekarz z psychologiem. Lekarz specjalizuje się w dziedzinie psychiatrii za darmo, a psycholog musi płacić olbrzymie pieniądze, ażeby mógł zrobić specjalizację z psychologii klinicznej. Jest pytanie: dlaczego w naszym państwie nie można zabezpieczyć równych praw kształcenia zawodowego psychologów klinicznych i psychiatrów?

Wiceprzewodniczący

Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego

Andrzej Cechnicki:

Odpowiedź na pierwsze zagadnienie jest prosta i znana od bardzo wielu lat. Mianowicie to są oddziały, które mają za mały potencjał ekonomiczny. W Europie wszędzie zostało to wyliczone. Powtarzamy do znudzenia, i tutaj koledzy natychmiast mi powiedzieli, że też trzeba to szybko powiedzieć, że trzeba tworzyć powyżej osiemdziesięciu łóżek ... Osiemdziesiąt łóżek i powyżej. Już sześćdziesiąt może się nie zbilansować, żeby był terapeuta zajęciowy, żeby był plastyk, pracownik socjalny itd. Czyli takie oddziały, które są w Niemczech. Tam właśnie raczej z reguły nie robią mniejszych, chyba że są to oddziały satelitarne, należące do większej struktury stacjonarnej, oparte na wspólnym zarządzaniu i organizacji. To wtedy znacznie zmniejsza koszty. Wszystkie oddziały sto-, dwustułóżkowe przynoszą dochód. Wszystkie przynoszą dochód. W zasadzie żaden nie bilansuje się negatywnie.

Kierownik IV Kliniki Psychiatrii

Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Szpitalu Bielańskim

imienia księdza Jerzego Popiełuszki w Warszawie

Maria Załuska:

To jest ilustracja tego, że mamy bardzo dobrą świadomość, ale trudno jest wdrożyć ją w życie. Potrzebny jest jakiś mechanizm, który zapobiegałby tworzeniu oddziałów nieekonomicznych i prowadziłby do transformowania tych, które są, bo one są dużą wartością, istnieją. Chodzi o to, żeby nie uległy likwidacji, lecz były transformowane w oddziały ekonomiczne.

**Wiceprzewodniczący
Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego
Andrzej Cechnicki:**

Większe – tak. Jestem przekonany, że za chwilę powstanie ze trzydzieści, czterdzieści nieekonomicznych oddziałów...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie mamy tutaj deklaracji ministerstwa, że pracuje nad standardami. Między innymi warto by było, żeby w tych standardach uwzględnił też coś takiego, jak ekonomika. To dotyczy zresztą nie tylko psychiatrii. To jest w ogóle problem z rejonem wychwytu szpitala, który jeśli nie ma rejonowego wychwytu, powiedzmy, stutysięcznego, to w zasadzie nie ma uzasadnienia dla całodobowej izby przyjęć. Mogę więc powiedzieć, że istniejąca struktura naszych szpitali rażąco rozmija się z racjonalnością, nie tylko racjonalnością ekonomiczną, ale zasadami bezpiecznego modelu opieki. Jeżeli bowiem na przykład oddział położniczo-ginekologiczny nie wykonuje około tysiąca porodów rocznie, to praktycznie biorąc grozi to utratą kwalifikacji personelu. A więc jest niebezpieczny dla ludzi. Podobnie jest z chirurgami itd. Źle byłoby gdybyśmy odkrywali tutaj Amerykę. To są rzeczy znane. Czyli te kwestie rejonów wychwytu są kluczowe.

Bardzo proszę.

**Członek Zarządu
Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego
Niels Pörksen:**

W Niemczech oddziały w szpitalach ogólnych, które są odpowiedzialne właśnie za sto, czy sto pięćdziesiąt tysięcy w powiecie, czy w dzielnicy, mają najlepszy wynik finansowy w szpitalach. Najlepszy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest z nami przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia. To trochę od niego zależy, jaki będzie wynik finansowy. W standardach, które Narodowy Fundusz Zdrowia narzuca, też jest kwestia tego, by pamiętać, iż uzasadnieniem dla istnienia terapeuty zajęciowego, czy pełnego profilu wsparcia takiego oddziału ogólnego, jest jego wielkość. Wtedy dopiero jest to uzasadnione ekonomicznie.

Bardzo proszę, pan profesor Wciórka.

**Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
Jacek Wciórka:**

Chcę powiedzieć, że oddziały psychiatryczne bilansowały się i nawet uchodziły za nieźle opłacalne w 1998 r., w 1999 r. podczas startu reformy ubezpieczeniowej. Wtedy zresztą powstało ich bardzo wiele. Później jednak następowało systematyczne ograniczanie i finansowanie, tak jak byśmy testowali, za ile jeszcze

można utrzymać się, przeżyć. To, co się dzieje w tej chwili jest już, niestety, bilanowaniem na granicy ryzyka bezpieczeństwa i chyba już, w skali ogólnej, poniżej granicy jakości naszej opieki. Nie da się na przykład zaspokoić potrzeb dyżurowych pacjentów, jeśli się ma pod opieką populację trzystu chorych na dyżurze w dużym szpitalu, który przyjmuje pacjentów. Tego się nie da zrobić. A jest to sytuacja niemal standardowa w dużych szpitalach, która pozwala domknąć ich bilanse. Tak że to jest możliwe, ale wymaga racjonalnej i odpowiadającej rzeczywistości kalkulacji kosztów i zadań.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Też chcę tutaj państwu powiedzieć z wrocławskiego doświadczenia, że miasta są zainteresowane budowaniem pewnego modelu społecznego psychiatrii. W tej chwili, już po moim odejściu, został wdrożony program środowiskowej opieki psychiatrycznej. W pełni jednak podzielam pogląd pana doktora Cechnickiego, i pana profesora, i środowisk, że ten impuls w postaci rozporządzenia znakomicie ułatwiłby grę na poziomie lokalnym. Poziom swobody w kreowaniu budżetu na poziomie lokalnym ułatwiłby radykalnie generowanie środków na programy, które miałyby dobrą legislaturę. Musicie państwo zrozumieć, że ten centralny impuls, który jest potrzebny w postaci rozporządzenia, znacznie ułatwiłby grę na poziomie lokalnym. Weźmy choćby przykład podany przez pana doktora Cechnickiego, który mówi, że marszałek będzie w tej chwili przenosił szpital do nowego miejsca, ponieważ brakuje tego kierunku dryfu. I to jest też trochę odpowiedź pani docent na kwestie warunków środowiskowych.

Otóż chcę pani powiedzieć, że każda z gmin buduje swoje modele. Są na przykład środowiskowe modele samopomocy. Tutaj jest kwestia zintegrowania poczynań pionu ministerstwa pracy, czyli miejskich ośrodków pomocy społecznej, centrów pomocy rodzinie, które – gdyby znowu była ta legislatura – miałyby znacznie ułatwione zadanie w pozyskiwaniu lokali i pozyskiwaniu środków. Pamiętajmy też, że jesteśmy w tym okresie finansowym Unii, w którym akurat te programy są nieźle opatulane środkami zewnętrznymi. I miasta, czy powiaty, które by się tego podjęły, miałyby bardzo znaczący udział środków zewnętrznych. Między innymi dlatego jest dzisiaj to posiedzenie komisji, że z tego, co pamiętam, Panie Senatorze w pierwotnych planach ministerstwa – rozmawialiśmy razem z panią minister – to miało być w pierwszym półroczu. I to opóźnienie jest jedną z przyczyn, dla których przygotowaliśmy to posiedzenie. Jest ogromna prośba, żebyście państwo rozumieli, że to jest kwestia już nie tylko wielkości środków delegowanych przez centralę, ale kwestia wsparcia legislacyjnego tego potencjału, który jest w regionach, w powiatach i w gminach, by nadać temu pewien kierunek. Tu bowiem grozi nam coś takiego, że znowu zostaną wpakowane pieniądze... Co bowiem znaczy przeniesienie szpitala? To znaczy znowu wydanie publicznych pieniędzy na inwestycję, która z punktu widzenia modelu docelowego jest zbędna. I stąd taka prośba i takie zresztą stanowisko komisji z tego spotkania będę próbował przekazać ministerstwu.

Bardzo proszę, czy ktoś chce jeszcze zabrać głos?

Bardzo proszę, pan magister.

(Prezes Zarządu Stowarzyszenia Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Pomost” Paweł Bronowski: Jestem doktorem, ale psychologiem.)

Pan doktor psychologii. Podejrzywałem, że pan jest doktorem psychologii, ale ponieważ chciałem zaznaczyć tę odrębność zawodową, co nie jest tak łatwe tytułując doktorem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Stanowisko psychologów też jest tutaj szalenie istotne, bo nie taję, że oni są naszymi wielkimi sojusznikami i zresztą bardzo wspierali tę reformę.

**Prezes Zarządu
Stowarzyszenia Przyjaciół i Rodzin
Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Pomost”
Paweł Bronowski:**

Pan senator przed chwilą zaczął już o tym trochę mówić. Otóż od ponad dziesięciu lat prowadzę w Warszawie zintegrowany system, który obejmuje leczenie psychiatryczne i dużą część rehabilitacyjną. To, o czym chcę powiedzieć, taka moja impresja... Wydaje mi się, że ta reforma nie będzie łatwa do wprowadzenia wyłącznie przez psychiatrię. Mówiąc inaczej, te działania, w zamierzeniach bardzo szerokie, jak sądzę, obejmujące profilaktykę, leczenie i rehabilitację, w dodatku z przeniesieniem wszystkiego na poziom lokalny, zakładają bardzo ścisłą współpracę trzech podstawowych partnerów, czyli oczywiście leczenia psychiatrycznego, ale również pomocy społecznej, jak i organizacji pozarządowych. Dziesięć lat moich praktycznych doświadczeń pokazuje, że właściwie można to zrobić dopiero wtedy, jeżeli te trzy podmioty dogadają się lokalnie, określą, wybiorą te działania, które następnie podejmą i, co więcej, znajdą na ich realizację środki. To jest bardzo duże zadanie na poziomie koordynacyjnym.

Wydaje mi się, że jeżeli w tych propozycjach nie zostanie określony strukturalnie sposób koordynowania działań i, mówiąc kolokwialnie, dogadywanie się tych trzech partnerów oraz sposobu ustawienia tych trzech nóg, to będzie to bardzo trudne do realizacji. W efekcie może to doprowadzić do tego, że będą to w zasadzie wyłącznie zmiany obejmujące psychiatrię, z pewnym jak gdyby wykluczeniem tego wszystkiego, co się wiąże z rehabilitacją społeczną.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Mamy tutaj ogromne wsparcie w programach społecznych Unii Europejskiej. Program przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu uruchamia ogromny nacisk na kwestię aktywizacji zawodowej. Mogę pana zapewnić, że w ustawach, które między innymi są w tej chwili w Sejmie, a które dotyczą zatrudnienia, jest uwzględniany także aspekt objęcia tego problemu zadaniami psychiatrii. Mieliśmy w zeszłym roku, czy też było to dwa lata temu, serię seminariów z Brytyjczykami... Trzeba również zdawać sobie sprawę, że ten dział psychiatryczny jest trudniejszy i dla nich. Oni, którzy zatrudniają około 50% osób niepełnosprawnych, chcą mieć do 2012 r. zatrudnianych 75% osób niepełnosprawnych. Radzą sobie z aspektami psychiatrycznymi. Tam poziom zatrudnienia jest na poziomie mniej więcej 26%. Tyle jest zatrudnianych osób chorych psychicznie. Musimy więc rozumieć, że podejmujemy w tej części znacznie trudniejsze wyzwania.

Bardzo proszę, zgłaszał się pan doktor z Lublina.

**Prezes
Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego
Artur Kochański:**

Chciałbym zwrócić państwa uwagę na to, jak ważną rolę w nowym systemie będą miały, czy powinny mieć, organizacje pozarządowe. To jest właściwie ten sektor, który może skupiać w sobie działania ze wszystkich dziedzin, które są niezbędne – profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne – w odniesieniu do chorych psychicznie. Stowarzyszenie jest taką jednostką, która może prowadzić jako NZOZ działania lecznicze. Oczywiście, wcześniej jeszcze może promować zdrowie psychiczne w ramach różnych programów edukacyjnych. Może prowadzić zadania z zakresu pomocy społecznej, czyli mieszkalnictwo chronione, czy wreszcie rehabilitację zawodową, o której wspomniał pan senator. Tak że to, o czym mówił pan doktor Cechnicki wcześniej i nasi goście z Niemiec, ma też szczególne znaczenie, ponieważ byłoby bardzo ważną rzeczą, żeby finansowo wzmocnić i ustabilizować pozycję również tych organizacji na rynku pomocy osobom chorującym psychicznie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo trudne zadanie. Z poziomu samorządowego mogę powiedzieć, że rzeczywiście jest tak, jak pan mówi, że przed okresem, kiedy granty są uruchamiane, bywa dziura. Coraz częściej jednak samorządy próbują zawierać wieloletnie umowy z organizacjami pozarządowymi i to stabilizuje ich sytuację.

Bardzo proszę, pan doktor Cechnicki.

**Wiceprzewodniczący
Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego
Andrzej Cechnicki:**

Jedna uwaga i jedno pytanie do panów senatorów i do pana ministra. Wydaje mi się, że jest jedna rzecz, o której w ogóle nie mówiliśmy, bo przecież nie można było o wszystkim. Mianowicie kampania medialna na rzecz osób chorych psychicznie, na rzecz tych przekształceń, na rzecz przybliżenia, ocieplenia, zrozumienia, pogłębienia kontaktu, obecności tych osób wśród nas. One przecież mają być wśród nas. A to jest też kwestia nieprzygotowanego społeczeństwa.

Chcę powiedzieć bardzo krótko. Mamy zrobionych z osobami chorymi psychicznie, z osobami chorymi na schizofrenię dziesięć filmów, które wciąż są emitowane w telewizji krakowskiej i w kilku regionach. Nie możemy jednak od półtora roku uprosić telewizję ogólnopolską, aby wyemitowała film centralnie.

Myślę więc, że musi być zorganizowana centralnie ministerialna, na wzór Szwecji, Anglii, wszystkich krajów, kampania medialna.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Rozumiem. Mnie by bardzo zależało, że rząd poprosił o emisję takiego programu. Jeśli telewizja ewentualnie prośbę odrzuci, to wtedy będziemy się martwić.

Pytanie do pana ministra i do państwa jest następujące. Czy po dzisiejszym spotkaniu państwo zostali w jakikolwiek sposób wewnętrznie przekonani co do wartości, sensu i potrzeby powołania takiej parlamentarnej grupy politycznej ponad podziałami partyjnymi, która razem z ekspertami będzie czuwać przez najbliższe lata i dziesiątki lat nad wdrożeniem tej systemowej reformy i współpracować z rządem?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Narodowy program przewiduje powołanie rady przy Radzie Ministrów.

(Wiceprzewodniczący Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego Andrzej Cechnicki: To jest nie to samo. Chcę zwrócić uwagę, że to nie jest to samo.)

Rozumiem, tylko że...

W tej sprawie chce pan zabrać głos? Bardzo proszę.

Senator Rafał Muchacki:

Odpowiedź na drugie pytanie jest pozytywna. Jeżeli zaś chodzi o te filmy, to Panie Doktorze, mam taką propozycję, jeżeli to jest możliwe. Są telewizje regionalne, są również telewizje komercyjne w różnych miastach. Jestem z Bielska, spod Beskidzia, i jeżeli jest taka możliwość, jeżeli jest pan w stanie udostępnić mi taki film, to ja spowoduję, że w moim regionie, zresztą regionie również pana ministra, ten film będzie wyemitowany. Tak że, jeżeli jest taka możliwość, to bardzo bym prosił. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister, tak? Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber:

W sprawie pytania pana doktora o stworzenie takiej grupy. Mam pozytywne odczucia. Generalnie moje oczekiwanie jest takie, aby w wielu dyskusjach na temat ochrony zdrowia w dużo większym stopniu merytorycznie rozmawiać i unikać w tych dyskusjach pewnych politycznych aspektów. Ochrona zdrowia psychicznego jest szczególnym obszarem, gdzie można byłoby spróbować wypracować taki konsensus ponad podziałami partyjnymi i próbować realizować zadania, które będą zapisane w programie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy ktoś z państwa chciał zabrać głos? Zapraszam.

Bardzo proszę, pani senator Fetlińska.

Nie taję, że siedzę od pewnego czasu nad stanowiskiem komisji w tej sprawie, tak że...

Senator Janina Fetlińska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Wydaje mi się, że ten konsensus dotyczący spraw programu już istnieje. Dlatego, że tak naprawdę to Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego powstał w poprzedniej kadencji pod rządem PiS i teraz jest wdrażany i mam nadzieję, że będzie wdrożony pod rządem nowej koalicji. Wydaje się więc, że ten konsensus istnieje.

Jest tylko kwestia, żeby działać szybciej, dlatego że te potrzeby narastają. Są duże potrzeby. Jest też sytuacja kryzysowa i jest więcej osób, które mają problemy.

W zasadzie odpowiedź instytucjonalna powinna być szybsza. Stąd też chciałabym jeszcze podkreślić, że jest to możliwe, ale jednak sprawy finansowe i organizacyjne, które wiążą się z rozporządzeniem i ustawą budżetową, muszą być przyśpieszone, żebyśmy mieli pewność, że w przyszłym roku możemy coś zrobić. Bo nawet jak się zbierzemy i będziemy sobie ładnie opowiadać różne rzeczy, określać i cele i plany, a nie będzie tej podstawy, to będzie trudno. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ponieważ widzę, że już chętni do rozmowy zabrali głos, zamykam dyskusję.

I teraz jest następująca propozycja stanowiska. Po pierwsze, apel komisji o przyśpieszenie prac. Wbrew temu, co mówi pani senator, nie ma jeszcze narodowego programu, nie ma rozporządzenia i musi być ono przyjęte. Dlatego jest apel komisji o przyśpieszenie prac nad rozporządzeniem Rady Ministrów o Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, uzasadniany między innymi tym – i to będzie takie zdanie – że nadałoby to jednolity kierunek podejmowanym obecnie inicjatywom lokalnym. Chodziłoby o to, żebyśmy szli w dobrym kierunku.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Po drugie, apel o uwzględnienie w planach finansowych na 2010 r. środków na wdrożenie tego programu. To są dwa elementy.

Jest trzeci, polityczny, ale ja nie wpiszę go do stanowiska komisji, bo on wymaga rozmów politycznych z sejmową Komisją Zdrowia. Chodzi o powołanie tego ciała... Senat ma trochę inne uprawnienia niż Sejm. To Sejm jest organem nadzorującym prace Rady Ministrów. My jesteśmy od korygowania prawa. Wobec powyższego muszę porozmawiać... Nie taję, że rozmawiałem z wiceprzewodniczącą komisji, panią Libera, bo to jest akurat koleżanka przekonana o celowości powołania takiej grupy. Chciałbym, żeby to jednak było ponadpolityczne porozumienie. Mam nadzieję, że uda się powołać taki zespół, który by trochę naciskał na Radę Ministrów i trochę kontrolował wdrożenie tego programu, że uda się go powołać.

Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że te dwa punkty znajdują się w stanowisku. Nie słyszę sprzeciwu. Przygotuję zatem takie pismo, a sprawę politycznych działań również podejmiemy.

Mam też nadzieję, że to spotkanie umożliwi nam korzystanie z dorobku naszych sąsiadów. Mam bardzo dobre doświadczenia ze współpracy z partnerami na poziomie miasta i regionu. Dolny Śląsk, w którym przez lata pracowałem jako urzędnik, miał znakomitą współpracę z Dolną Saksonią. Przy okazji poznaliśmy także inne regiony, gdzie były realizowane wspólne programy medyczne związane ze współpracą transgraniczną. Bardzo się cieszę, że zdecydowali się państwo uczestniczyć dzisiaj w posiedzeniu komisji. Widziałem, że wiele z tych zadań, o których państwo mówili, są skrzętnie odnotowywane przez pana ministra i są także dla nas pewną instrukcją.

Wszystkim państwu bardzo dziękuję za udział w posiedzeniu komisji.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. *(Oklaski)*

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 49)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851