



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(401)**

24. posiedzenie  
Komisji Zdrowia  
w dniu 26 września 2006 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat problemów osób z zespołem ADHD ze szczególnym uwzględnieniem leczenia oraz dostępu do fachowych diagnozy i terapii.
2. Sprawy różne.

*(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 06)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam serdecznie panie i panów senatorów, witam przybyłych na to spotkanie gości, przedstawiciele Ministerstwa Edukacji Narodowej, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Biura Rzecznika Praw Dziecka, jest przedstawiciel Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej w Warszawie, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Polskiego Towarzystwa ADHD.

Nie czytałem imion i nazwisk, chciałem tylko, witając wszystkich serdecznie państwa, pokazać, że mamy skład, w którym możemy próbować zastanowić się, jakie mamy problemy z coraz częściej rozpoznawaną jednostką i w jakiej mierze to, o czym rozmawialiśmy na posiedzeniu komisji senackiej w czerwcu, o ile dobrze pamiętam – sięgnę po protokół – udaje się robić.

Proponowałbym, żeby w pierwszej kolejności wypowiedzieli się przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej, następnie Narodowego Funduszu Zdrowia i towarzystwa – proponowałbym taką kolejność.

Ale zanim to zrobimy, chciałbym ustalić porządek obrad senackiej komisji – przepraszam, sprawom formalnym musi się stać zadość. Porządek obrad obejmuje sprawy ADHD i sprawy różne.

Czy ktoś z państwa, pań i panów, senatorów ma jakieś uwagi co do porządku obrad? Skoro nie, to rozumiem, że porządek został przyjęty.

Przystępujemy zatem do pracy.

Bardzo proszę o wypowiedź przedstawiciela ministra zdrowia. Bardzo proszę się przedstawiać, bo wszystkie posiedzenia są nagrywane. Jak w państwa oczach wygląda problem ADHD i co jest problemem w tej całej sprawie?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Marek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Marek Ludwik Grabowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Powiem tak: problem zaburzenia hiperkinetycznego o angielskiej nazwie ADHD to problem dość znaczny, jeszcze w Polsce nie do końca rozpracowany przez służby do tego powołane, a więc przede wszystkim służby ministra zdrowia, generalnie mówiąc.

---

Chcę powiedzieć, że obowiązująca w Polsce międzynarodowa klasyfikacja ICD wymaga rozpoznania i stwierdzenia przynajmniej sześciu z dziewięciu kryteriów badawczych, jeśli chodzi o zaburzenia uwagi, trzech z pięciu kryteriów badawczych w przypadku nadruchości i jednego z czterech kryteriów badawczych, by mówić o impulsywności. Kto tego według nas powinien dokonywać? Nie kto inny jak psychiatra dziecięcy. Właśnie psychiatra dziecięcy jest tym lekarzem, który powinien rozpoznawać tego typu zespoły zaburzeń wśród dzieci. Oczywiście choroba ta zostanie rozpoznana i do końca stwierdzona, jeżeli będzie się utrzymywać przez okres około sześciu miesięcy i będzie, że tak powiem, zespołem tak zwanego nasilenia, a więc poziom rozwoju dziecka i opieka nad tym dzieckiem, zwłaszcza ze strony rodziców, nie będą dawały pełnych efektów. Wtedy w zasadzie dopiero możemy mówić o tym zespole.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi występuje na całym świecie, w zasadzie we wszystkich kulturach, z różnym nasileniem, od 1% do 20%, tak mówią statystyki naukowe. W populacji w wieku szkolnym, w populacji dziecięcej występuje on w zasadzie na poziomie 3%–10%. W Polsce mniej więcej, tak podaje Ministerstwo Zdrowia, jest to około 3,9%, czyli, można powiedzieć, około 4% takich dzieci. Dlaczego cały czas mówię „około”? Bo niestety nie mamy pełnych statystyk dotyczących tych dzieci. Wniosek mój jest taki – może nie wszyscy z państwa się ze mną zgodzą, zwłaszcza stowarzyszenia zajmujące się tym problemem mogą mieć odmienne zdanie – że nie do końca ten problem jest uwidoczniiony w statystykach psychiatrów, bo nie każdy psychiatra, jak cały czas podkreślam, chce zajmować się zespołem ADHD, a najlepiej byłoby, ażeby to robił psychiatra dziecięcy, i w zasadzie do tego dążymy.

Współpraca w Polsce opiera się na konsultantach i ekspertach. Pani profesor Namysłowska, konsultant krajowy w tej dziedzinie, jest w tej chwili na urlopie i dlatego nie mogliśmy jej tutaj zaprosić, Panie Przewodniczący, ale jest ekspert, pan profesor Wolańczyk. I jeżeli pan przewodniczący pozwoliłby, to ja bym może poprosił na wstępie pana profesora Wolańczyka o wypowiedź w tym zakresie. A myślę, że jeszcze będzie czas na zabranie głosu przeze mnie. Dziękuję bardzo.

I jeżeli pan przewodniczący pozwoli, Panie Profesorze, bardzo proszę.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

Chwileczkę, przepraszam, widzę, że tam się pali jeszcze jedna lampka mikrofonu, warto ją wyłączyć, wtedy lepiej słyszeć mikrofon mówcy.

Bardzo proszę.

**Kierownik Kliniki Psychiatrii Wieków Rozwojowych  
w Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym  
Akademii Medycznej w Warszawie  
Tomasz Wolańczyk:**

Tomasz Wolańczyk, Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych Akademii Medycznej w Warszawie i jednocześnie Komisja Naukowa ADHD Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, która powstała w tym roku w celu stworzenia, między innymi, standardów postępowania w leczeniu tego zaburzenia.

Jak powiedział pan minister, to jest częste zaburzenie, różnie rozpoznawane, ale statystyki mówiące o 3%–5% są zgodne z prawdą. Około 1% dzieci ma bardzo ciężkie nasilenie zaburzenia. Dlaczego my się właściwie tym zajmujemy? Bo pozornie wydaje się, że nieuwaga, nadruchliwość, impulsywność nie są czymś zagrażającym życiu albo nie są w ogóle czymś ważnym. Wiadomo jednak, że zaburzenie hiperkinetyczne, czyli ADHD, jest takim zaburzeniem, które stanowi podstawę rozwoju innej patologii. Jeśli dziecko jest impulsywne, nieuważne, ma porażki w szkole, nie uzyskuje właściwego, adekwatnego do swoich możliwości wykształcenia, może charakteryzować się zaburzeniami zachowania, może zachowywać się w sposób niepożądany, typu przestępczego. Jest impulsywne, nie radzi sobie w szkole, a wtedy bardzo łatwo wejść w rolę złego, w rolę rozrabiaki – skoro i tak mi się nic nie udaje, to będę taki, jaki chcecie, że bym był.

Z takich samych powodów dramatycznie zwiększa się ryzyko uzależnień. Właśnie skończyliśmy badania nad problemem ADHD wśród młodych dorosłych w ośrodkach leczenia uzależnień. Tam 10% ma kliniczne ADHD, które w ogóle u dorosłych zdarza się rzadziej niż u 1% populacji ogólnej, a 50% skarży się na bardzo duże problemy z uwagą. Są to osoby, które się leczą, są w ośrodkach dla narkomanów, więc te problemy z uwagą nie wynikają z uzależnienia. To, co się wydaje tutaj bardzo istotne, to to, że z tych 10% – ta diagnoza nie ulega wątpliwości – nikt nigdy nie był leczony, nikt nigdy nie uzyskał pomocy ze względu na zaburzenie podstawowe. Pomoc uzyskali już jako młodzi dorośli ze względu na uzależnienie, na to, że są narkomanami. Wydaje mi się, że bardzo ważne jest to, żeby o tym pamiętać, w ogóle planując politykę społeczną, ponieważ to jest zaburzenie, które można leczyć i w przypadku którego można spowodować wcześniej wdrożonymi interwencjami, że droga życiowa nie zostanie załamana, że nie dojdzie do rozwoju wtórnych powikłań i dane dziecko uzyska wykształcenie zgodne ze swoimi możliwościami intelektualnymi, no bo oczywiście dzieci z ADHD mogą być mało zdolne, ale mogą też być wybitnie zdolne.

W Polsce sytuacja jest bardzo trudna – o czym pewnie więcej powiedzą panie ze stowarzyszenia – z kilku powodów. Brak dostępności do specjalistów. W Polsce mamy najmniej psychiatrów dziecięcych w Europie: jeden psychiatra dziecięcy przypada na siedemdziesiąt pięć tysięcy zdrowych dzieci. Jeśli przyjmiemy takie bardzo oszczędne dane dotyczące rozpowszechnienia ADHD, 3%, to oznacza, że jeden lekarz ma się zająć dwa tysiące stoma dziećmi z ADHD, czyli dziennie przyjmować ich siedmioro. Jeśli przyjmie ich dziennie siedmioro, to może je przyjąć raz w roku, już nie zajmując się niczym innym. To pokazuje skalę problemu i dostępność do specjalistów. W województwie podkarpackim na przykład nie ma żadnego psychiatry dzieci i młodzieży, czyli cały region właściwie jest zupełnie pozbawiony opieki. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne będące taką pierwszą linią wstępnej diagnozy i terapii nefarmakologicznej, która jest podstawą postępowania, też są przeciążone pracą, bardzo często są w stanie postawić diagnozę, a niektóre z nich prowadzą nawet terapię, ale zwykle nie mają na to możliwości czasowych i formalnych.

Sytuacja dodatkowo skomplikowała się rok temu, kiedy na dobrą sprawę leczenie farmakologiczne zespołu nadpobudliwości, którego część dzieci wymaga... Bo niektóre dzieci, te, które nie reagują na oddziaływanie psychoterapeutyczne, w pewnym momencie muszą dostać lek, on jest protezą, która poprawia uwagę na tyle, że dzieci te mogą na przykład funkcjonować w szkole. W Polsce sytuacja jest taka, że

jedynie dwa leki, które są zarejestrowane do leczenia ADHD, są bardzo drogie i miesięczny koszt leczenia wynosi powyżej 300 zł, przy czym nie ma alternatywy. To nie jest tak jak w padaczkę, cukrzyca czy schizofrenii, że są leki stare, może trochę gorsze, ale bardzo tanie, i leki nowsze, lepsze i bardzo drogie. Problem polega na tym, że w Polsce zarejestrowane są dwa leki, rzeczywiście, najnowocześniejsze, ale dostępne są tylko te dwa. Sprowadzenie leku w ramach importu docelowego według procedur wymaga udowodnienia, że nie działają leki dostępne w Polsce. A nie mogę tego udowodnić, ponieważ matka nie może kupić leku za 360 zł, bo jest to połowa jej dochodu. W związku z czym nie mogę sprowadzić na przykład tańszego leku jako import docelowy, a sprowadzenie z zagranicy, wbrew pozorom, czasami jest tańsze, bo poza Polską zarejestrowane są starsze i tańsze preparaty.

Sytuacja doszła do absurdu, ponieważ nawet jak pacjent trafi już do psychiatrii dziecięcej, gdzie uzyskuje pomoc nefarmakologiczną – tu znowu odnoszę się do tych dwóch tysięcy stu pacjentów na lekarza – która nie jest łatwa do przeprowadzenia, ale w wielu miejscach jest prowadzona, może okazać się, że ona nie wystarcza, a leczenie farmakologiczne właściwie jest niemożliwe, ponieważ rodziców na to nie stać. Oczywiście są rodzice, którzy kupują leki za tę cenę, ale jest duża grupa rodzin, która mówi, że po prostu jest to poza granicami ich możliwości.

Trzeba pamiętać, że ADHD jest zaburzeniem uwarunkowanym genetycznie i jest chorobą niższych warstw społeczeństwa. To jest trochę tak, że mając podkliniczne ADHD, uzyskuje wykształcenie niższe, niż mógłbym uzyskać, i gorzej sobie radzę na rynku pracy. W związku z czym moje dzieci, które mają ADHD, mają też mniejszą szansę na uzyskanie pomocy, znalezienie się w niepublicznej szkole, a w tej chwili właściwie też nie mają szansy na leczenie farmakologiczne. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję.

Pan minister jeszcze chce uzupełnić, proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Marek Grabowski:**

W celu takiego uzupełnienia, Panie Przewodniczący, jeżeli mogę. Rzeczywiście, to wszystko, co pan profesor mówi, to prawda. Ministerstwo Zdrowia w zasadzie od lat dostrzega ten problem, czego efektem jest chociażby fakt legislacyjny, bardzo ważny, iż stworzono specjalizację w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży jako specjalizację podstawową, co jest bardzo ważne dla lekarzy ubiegających się o stopnie danej specjalizacji – to jedna rzecz. Ponadto pan profesor w swej skromności nie powiedział państwu, iż jest autorem, wspólnie z panem Arturem Kołakowskim, biuletynu o nazwie „ADHD i inne zaburzenia psychiczne u dzieci”, który został wyprodukowany w czerwcu 2005 r. na potrzeby lekarzy rodzinnych. Ten biuletyn był kolportowany wśród lekarzy rodzinnych, żeby z niego czerpali wiedzę na temat tegoż zespołu i możliwości przekazania wiedzy, by ułatwić, że tak powiem, wyłuskiwanie tych dzieci, które, niestety, cierpią na zespół nadwrażliwości, nadpobudliwości. Tak że działania administracyjne resortu zdrowia były i są.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to prosiłbym o krótką wypowiedź pana wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, nomen omen, Jacka Grabowskiego, który nosi takie samo nazwisko jak ja, ale nie jesteśmy rodziną.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan doktor Grabowski, potem przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, a potem towarzystwa.

Bardzo proszę, Panie Doktorze.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Szanowni Państwo, z zawodu jestem psychiatrą, w związku z tym doskonale ten problem rozumiem. Wiem też jedno: lekarzy psychiatrów zajmujących się dziećmi jest po prostu mało, bo to jest bardzo ciężki kawałek chleba, wymagający dość specyficznych cech osobowości, dużej cierpliwości, dużej wytrwałości w pracy. Jest niewiele ośrodków, gdzie można kształcić się w tym kierunku i są one skupione w dużych miastach, tam wszyscy ci psychiatrzy się grupują. I w związku z tym dostęp do diagnozy i dalej leczenia jest utrudniony i będzie dość długo utrudniony, niezależnie od wysiłków, jakie tak naprawdę Ministerstwo Zdrowia podejmie. To po prostu jest dość niewdzięczny zawód i dość trudno go realizować – wielokrotnie dyżurowałem w oddziałach młodzieżowych i to też nie było zadanie łatwe.

Z punktu widzenia funduszu wygląda on jednak tak, że ponieważ brakuje tychże specjalistów, nie mamy problemu finansowego z finansowaniem takich świadczeń; po prostu tych świadczeń nie ma tylu, ilu byśmy sobie życzyli, bo za mało jest specjalistów. Nie jest to jedyna dziedzina, w której takie zjawisko występuje, jest ich, niestety, coraz więcej. Bez wątplenia kluczowym zagadnieniem, jak wynika z wypowiedzi pana ministra i pana profesora, jest wczesne postawienie diagnozy. Jeśli ta diagnoza jest odpowiednio wcześniej postawiona, to powinien nastąpić cały cykl działań, nie tylko medycznych, ale i społecznych, edukacyjnych, i w końcu decyzja: czy leczyć, czy nie leczyć.

W Polsce rzeczywiście są zarejestrowane dwa leki, choć nie wszystkie postaci, w związku z tym można jeden z tych leków sprowadzać na import docelowy. Chcę też powiedzieć, że chyba nie do końca można się zgodzić z takim twierdzeniem, że są to tylko te leki i żadne inne, bo przecież sam pan profesor pisał w tym biuletynie o dość długiej liście leków, które mogą być stosowane i które stosowane są w psychiatrii od bardzo dawna. Z tym że rozumiem, że ta farmakoterapia nie jest satysfakcjonująca.

Jako Narodowy Fundusz Zdrowia sfinansowaliśmy w tym roku leki dla trzystu dwóch osób chorych na ADHD, w zeszłym roku takich wniosków było dwieście sześćdziesiąt cztery. Łatwo sobie wyobrazić, że z ogromu osób, które podejrzewamy o to, z punktu widzenia epidemiologicznego, że cierpią na to schorzenie, zgłasza się do nas niewielka grupa, pewnie najbardziej potrzebujących albo wnioski te płyną od najbardziej świątłych i zdeterminowanych lekarzy. Zresztą bardzo niesymetrycznie rozkłada się to w kraju, bo tak naprawdę są dwa regiony, z których przede wszystkim te wnioski spływają, mazowieckie i kujawsko-pomorskie. Pozostałe regiony dostarczają pojedyncze wnioski na import docelowy. Tak że tak wygląda sytuacja z perspektywy Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wydaje się też, i chciałbym to stanowisko wyraźnie zaakcentować, że jak wczytujemy się w charakterystykę produktu leczniczego obu tych leków – nie będę podawał ich nazw, bo są to leki z wyboru, a ostatnio jest wyraźna presja, żeby finansować te właśnie dwa leki w ramach refundacji – to mamy wrażenie, że zanim dojdzie do decyzji, czy wprowadzać je na listę refundacyjną, czy nie, powinny być jednak uruchomione programy lekowe, przede wszystkim z tego względu, że chociażby w tej charakterystyce produktu leczniczego bardzo niejasno jest napisane właściwie, jaka grupa dzieci kwalifikuje się do leczenia tymi lekami. Jest tutaj parę wskazówek, ale jest to bardzo ogólnie potraktowane. Rozumiem, że taki program lekowy służyłby też temu, żeby do końca stosować wskazania do podjęcia takiej farmakoterapii...

Nie sposób też stwierdzić, że jeden z tych leków jest tak naprawdę lekiem jakimś szczególnie nowym lub że jest to jakaś nowa wysoka technologia, bo cząsteczka metylofenidatu jest znana od bardzo dawna. Rozumiem tylko, że została zarejestrowana w tym kontekście farmakologicznym, w tym kontekście terapeutycznym i dlatego pewnie jest tak droga. Jest to swoją drogą psychostymulant, a mechanizm jego działania nie do końca jest jasny, co w charakterystyce tego produktu leczniczego jest wyraźnie stwierdzone. Tak że wydaje się, że powinien być wykonany raczej ostrożny ruch: najpierw program, stwierdzenie, jaka to grupa dzieci, jakie powinny być wskazania, i wtedy możemy rzecz uruchomić.

Wnioski dotyczące programu są już w Narodowym Funduszu Zdrowia, a minister zdrowia pracuje obecnie nad formułą prawną, która umożliwiłaby podjęcie inicjatywy w sprawie nowych programów terapeutycznych. W funduszu wniosków o nowe programy jest ponad sto i są one związane z nieraz bardzo kluczowymi i dramatycznymi problemami zdrowotnymi, często kończącymi się śmiertelnie. W tej chwili zarówno minister zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia stoją przed pytaniem, w jaki sposób dokonywać wyboru między na przykład ADHD a szpiczakiem, między szpiczakiem a... takich pytań mamy jeszcze parędziesiąt.

Fundusz nie podjął finansowania żadnego nowego programu w minionym roku, trwał spór prawny dotyczący tego, czy w ogóle fundusz może podejmować takie decyzje, bo są to decyzje de facto refundacyjne. To tak, jakbyśmy bocznymi drzwiami wprowadzali na listy refundacyjne leki, czyli podejmowali decyzje, które pozostają w kompetencji ministra zdrowia. W wyniku rozmów, które ostatnio były prowadzone, między funduszem a Ministerstwem Zdrowia ustalono, że ten problem musi być rozwiązany – wtedy oczywiście nowe programy będą finansowane. Pewna inicjatywa ustawodawcza ma się w tym zakresie pojawić. Chcę jednak powiedzieć, że bez wątpienia tych sto programów to taka skala finansowania, że nie jesteśmy w stanie tego udźwignąć; to bardzo wyraźnie trzeba powiedzieć. Z tych stu programów prawdopodobnie możliwe będzie wybranie trzech, czterech. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Zgłasza się pan, bardzo proszę.



**Przewodniczący Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży  
w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym  
Mirosław Dąbkowski:**

Mirosław Dąbkowski, przewodniczący Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Ja w dwóch sprawach: ad vocem do tego, co mówił pan doktor, i jeszcze ogólnie. Jeśli chodzi o programy lekowe, nasza sekcja, sekcja psychiatrów dzieci i młodzieży w Polsce, stworzyła już więcej niż rok temu bardzo szczegółowy program lekowy oparty na precyzyjnie zdefiniowanych kryteriach włączania pacjentów, zresztą to było ograniczone w naszych planach do pięciu tysięcy dzieci w skali kraju, z precyzyjnym wskazaniem kto, gdzie i w jakich jednostkach organizacyjnych ma to leczenie prowadzić. To było, jak mówię, ponad dwanaście miesięcy temu. Ale, jak mówił pan doktor, programy te nie weszły w życie.

Chciałbym jeszcze powiedzieć dwa słowa ogólnej natury, też nieco w odpowiedzi na sugestie, że jest to problem nie tej skali czy nie tej miary co sprawy ratujące życie. Otóż chociaż dotyczy to sporej grupy dzieci, bo tak jak tutaj już było mówione, spokojnie można przyjąć, że 1%, góra 1,5% populacji dzieci – przynajmniej tych w wieku, kiedy najczęściej rozpoznaje się takie schorzenia, czyli między szóstym a, powiedzmy, szesnastym, siedemnastym rokiem życia – to tylko niewielka część z nich, może „niewielka” to przesada, ale nie wszyscy z nich wymagają leczenia farmakologicznego. Jeśli zaś chodzi o tych, którzy wymagają leczenia farmakologicznego, ale tego leczenia nie dostają, to ich problem zdrowotny dotyczy nie tylko ich, tak jak mówił pan profesor Wolańczyk. Problem ten wiąże się z gorszym rozwojem psychospołecznym, mniejszymi możliwościami życiowymi, jak również z towarzyszącymi temu bardzo szybko następstwami zdrowotnymi głównie dotyczącymi zdrowia psychicznego. Pojawiają się bardzo często zaburzenia afektywne, depresje, lęki, pojawiają się zaburzenia takie najbardziej oczywiste, czyli zaburzenia zachowania, opozycyjno-buntownicze, pojawiają się zaburzenia tikowe, próby samobójcze.

Szpecially jednak chciałbym zwrócić uwagę na kontekst społeczny w skali zarówno małej grupy społecznej, jaką jest rodzina, nieco szerszej, środowiska sąsiedzkiego, szkoły, jak i całego kraju. Dziecko z ADHD bardzo poważnie zaburza funkcjonowanie rodziny, gorsze warunki życia ma rodzeństwo tego dziecka, a nierzadko obserwujemy także, co zresztą jest w różnych krajach udokumentowane statystycznie, rozpady małżeństw, bo rodzice nie są w stanie znieść takiego dziecka, które stwarza bardzo wiele problemów. O tym, że takie dzieci są również bardzo kłopotliwe i trudne dla grupy klasowej, nie trzeba opowiadać. Jest tu zresztą prosta zależność: nieleczony dziecko z ADHD w klasie oznacza na przykład upadek czy obniżenie prestiżu zawodu nauczyciela, ponieważ nauczyciele nie bardzo sobie potrafią radzić z takim dzieckiem, które ma objawy nasilonego, nieleczonego ADHD. I szerzej: następstwa ogólnospołeczne – ten wątek już tutaj się przewijał – polegające przede wszystkim na wzroście wypadkowości, wzroście przestępczości, wzroście używania środków psychoaktywnych, czyli narkotyków, co mnoży kolejne problemy społeczne.

I jeszcze – przepraszam, że tak długo – dwa słowa na temat: leki dopuszczone i niedopuszczone. W tej chwili sytuacja jest taka, że mamy tylko dwa leki na ADHD zarejestrowane w Polsce, czyli mamy legitymację do ich stosowania, i są to właśnie te leki, które są specyficjnie przygotowaną formą metylfenidatu i atomoksetyny. Oczy-

wiecie próbuje się leczyć od lat – bo przecież ADHD to nie jest wymysł ostatnich lat, właściwie opis tej choroby w klasyfikacji istnieje od lat dwudziestu pięciu, a wcześniej też było – innymi lekami, które nie są zarejestrowane do tego leczenia i mają o wiele mniejszą skuteczność, nie taką, jaką ma, co jest udokumentowane, preparat metylfenidatu i atomoksetyny. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę pana ministra Kłosowskiego z Ministerstwa Edukacji Narodowej o przedstawienie państwa obrazu ADHD w szkołach.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej  
Sławomir Kłosowski:**

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Dla Ministerstwa Edukacji Narodowej sprawa ADHD jest sprawą niezmiernie ważną. Troską Ministerstwa Edukacji Narodowej jest, ażeby zapewnić uczniom z orzeczoną zespołem ADHD właściwą, fachową opiekę, nauczanie i odpowiednie warunki przebywania na terenie szkół i placówek.

Z wielkim zainteresowaniem słuchałem opinii środowisk medycznych, które zwracają uwagę na ten problem, na tę sprawę, ale tak do końca nie potrafią przesądzić, z czym mamy w zasadzie do czynienia. Zwracają państwo uwagę, i słusznie, na zbyt duży niedostatek odpowiednich fachowców, w tym psychiatrów dziecięcych, którzy mogliby w sposób jednoznaczny, definitywny i przede wszystkim ogólnie dostępny, czy dostępniejszy, zająć się tym problemem, diagnozować go, pomagając tym samym dzieciom i młodzieży. Ta młodzież, te dzieci w odpowiedni sposób zdiagnozowane trafiają później do placówek, do szkół ogólnodostępnych. Potrzebna jest tutaj ogromna praca i ta praca jest przed nami, z niej sobie zdajemy sprawę. Chodzi o to, ażeby w sposób odpowiedni przygotować pedagogów szkolnych, nauczycieli poszczególnych przedmiotów, wychowawców do tego, by fachowo, w oparciu o wiedzę merytoryczną dotyczącą właśnie tego zespołu, potrafili tej młodzieży na terenie szkół stworzyć odpowiednie warunki.

Ministerstwo Edukacji Narodowej, przywiązując, jeszcze raz to powiem, ogromną wagę do tej kwestii, zajęło się nią w 2004 r. Przywoływany tu dwukrotnie pan profesor Tomasz Wolańczyk, wspólnie z panem profesorem Zbigniewem Izdebskim i panem doktorem Arturem Kołakowskim byli autorami pilotażowego programu pod nazwą „Model opieki nad dzieckiem z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej”. W ramach tego właśnie programu w 2004 i 2005 r. organizowane były szkolenia dla nauczycieli na terenie czterech miast w naszym kraju, były to Gdańsk, Poznań, Chełm i Zielona Góra. W Zielonej Górze tych szkoleń było stosunkowo najwięcej, bo odbywały się tam trzy szkolenia. Miejsca tych szkoleń dla nauczycieli, dla pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych wskazywali kuratorzy oświaty, mając rozeznanie, jak działają poszczególne poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Bo, jak powiedział pan minister, te poradnie psychologiczne to pierwsze miejsce, gdzie trafia takie dziecko, oczywiście pomijając grunt szkolny, bo pierwsza zawsze jest opinia pedagoga szkolnego czy nauczyciela wychowawcy, ale po pierwszym zetknięciu się z tym problemem dziecko kierowane jest do poradni psychologiczno-pedagogicznej i dopiero

później ewentualnie następuje pełna diagnoza – najlepiej by było gdyby następowała ona właśnie u psychiatry dziecięcego. I właśnie w miastach, gdzie najprężniej działają w tym zakresie poradnie psychologiczno-pedagogiczne i gdzie mają one już pewne doświadczenia, zorganizowano to szkolenie.

Szkolenie cieszyło się dużym powodzeniem. I to właśnie, jak również, niestety, narastający na terenie placówek i szkół problem z dziećmi, z uczniami z ADHD doprowadził do tego, że w 2006 r., czyli w bieżącym roku, jesteśmy w trakcie przygotowywania kolejnych seminariów. Te seminaria odbędą się w kolejnych czterech miastach w Polsce. Będziemy starali się doprowadzić do tego, ażeby były to inne miasta niż te, w których już odbyto tego typu szkolenia. Chodzi o to, żeby poszerzyć grono osób w tych szkoleniach uczestniczących. Chcielibyśmy po tych szkoleniach, po przygotowaniu psychologów, pedagogów, nauczycieli do radzenia sobie z młodzieżą, z dziećmi, z uczniami z zespołem ADHD przygotować podwaliny pod ewentualne stworzenie zintegrowanego systemu opieki nad dzieckiem z zespołem nadpobudliwym psychoruchowo. Chcielibyśmy, ażeby ten zintegrowany system opieki był bardzo ściśle powiązany ze specjalistycznymi placówkami służby zdrowia w tym zakresie, ażeby była zawsze łączność czy możliwość odwołania się do fachowej opieki lekarza psychiatry, psychologa w tym względzie, który nie zawsze występuje na terenie szkoły. I w ten sposób chcielibyśmy starać się temu problemowi zaradzić.

W chwili obecnej, na zakończenie powiem, biorąc pod uwagę wszystkie opinie środowiska medycznego, my jako nauczyciele, jako resort oczekujemy na współpracę w tym zakresie. Wszystkie doświadczenia środowiska medycznego dotyczące rozpoznawania tego zespołu będziemy niechybnie podchwytywać i wdrażać dla dobra właśnie tych dzieci, które bardzo często reprezentują na terenie szkoły poziom bardzo, bardzo wysoki. Dziękuję.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Niezależnie od tego, co było centralne... A choćby z praktyki własnego miasta wiem o szkoleniach dla nauczycieli w zakresie ADHD i próby organizowania systemu wsparcia i terapii zarówno dla dzieci, jak i dla młodzieży. Ale jeszcze jesteśmy w tej fazie, że tak powiem, rozpoznawczej.

Bardzo proszę teraz prezes Polskiego Towarzystwa ADHD, panią Ilonę Lelito. Bardzo proszę.

### **Prezes Polskiego Towarzystwa ADHD**

#### **Ilona Lelito:**

Dzień dobry państwu. Ilona Lelito, prezes Polskiego Towarzystwa ADHD.

Szanowni Państwo! Szanowna Komisjo! Szanowny Panie Przewodniczący!

Chciałabym przede wszystkim podziękować za zaproszenie na to spotkanie i za zorganizowanie specjalnego posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia w sprawie ADHD. Jest to dla nas sygnał, że problem ten został dostrzeżony przez władze naszego państwa, że bolączki rodziców dzieci nadpobudliwych zostały dostrzeżone. I mamy nadzieję, że wspólnie dołożymy wszelkich wysiłków, by rozwiązać dużą część trudności, z którymi zgłaszają się do nas rodzice naszych podopiecznych.

Przyznam, że każdego dnia odbieramy telefony od kilkunastu rodzin z terenu całej Polski. Państwo do nas dzwoniący zgłaszają przede wszystkim dwa postulaty. Przede wszystkim proszą nas o pomoc w poprawie dostępu do fachowej pomocy. Jak już tutaj wielokrotnie wspomniano, specjalistów z zakresu ADHD jest bardzo mało. Brakuje ich pośród lekarzy, pośród psychologów. I tak naprawdę rodzice, którzy widzą, że z ich dzieckiem jest coś nie tak, że jakieś zaburzenia, jakieś dodatkowe trudności wpływają na losy ich rodziny, ci rodzice nie wiedzą, dokąd mają się udać po pomoc. Często chodzą od drzwi do drzwi. Sami nawet mogą przypuszczać na skutek licznych artykułów w prasie, materiałów w mediach, że dziecko może mieć ADHD, a i tak wielokrotnie odchodzą z poradni z opinią, iż takiego zespołu nie ma, ponieważ w danej placówce brakuje specjalisty, który byłby w stanie rozpoznać to zaburzenie w sposób jednoznaczny. Lekarze i psychologowie boją się stawiać taką diagnozę, boją się stawiać ją na wyrost. Skutek jest taki, że często stawia się tę diagnozę w sytuacji, kiedy dziecko ma już dużo poważniejsze zaburzenia niż ADHD. Były przypadki, gdy diagnozę o ADHD postawiono dopiero u dziecka, u którego w chwilę później rozpoznano schizofrenię – są to przypadki skrajne. Tu mamy bardzo duży problem. Brakuje specjalistów potrafiących w jednoznaczny sposób określić, które dziecko ma ADHD, i wprowadzić właściwą terapię.

Drugim problemem, z którym się zwracają do nas rodzice, są wielkie koszty leczenia farmakologicznego, jeśli już jest wskazanie do takiego leczenia. Jak wspomniał doktor Dąbkowski, nie u wszystkich dzieci chorych na ADHD istnieje taka potrzeba – i to trzeba sobie wyraźnie powiedzieć. Taka konieczność zachodzi tylko u około 20–30% dzieci ze zdiagnozowanym ADHD. W czym tkwi problem? Nowoczesne leczenie farmakologiczne jest bardzo drogie, jest to koszt rzędu 300–600 zł. Jest to bariera nie do pokonania dla większości polskich rodzin – to jest dla wszystkich jasne. Zwracają się w związku z tym do nas rodzice o dofinansowanie takich terapii. Pytają, czy możemy im pomóc finansowo. Niestety, jako towarzystwo nie mamy takich możliwości. Jedyne, co możemy dla nich zrobić, to prosić tutaj państwa, prosić Ministerstwo Zdrowia, prosić Narodowy Fundusz Zdrowia o to, by pomimo wszystko wprowadzono refundację na leki zarejestrowane do leczenia nadpobudliwości psychoruchowej.

Wiem, że w ostatnim czasie powstały w Ministerstwie Zdrowia wyliczenia, które wskazywały na bardzo wysoki koszt leczenia farmakologicznego. Wyliczenia te zostały omówione szeroko na jednym z posiedzeń sejmowej Komisji Zdrowia, przedstawiał je pan doktor Piotr Błaszczuk z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia. Te wyliczenia wskazywały na to, że koszt przerasta znacznie możliwości finansowe Ministerstwa Zdrowia. Jednak chcę zwrócić uwagę na fakt, iż założenia, jakie Ministerstwo Zdrowia przyjęło, robiąc te wyliczenia, są naprawdę przesadzone. Oczywiście zawsze należy założyć czarny scenariusz, czyli jak najwyższy koszt dla ministerstwa, po to, żeby być przygotowanym na wszystko, jednak ministerstwo założyło, że koszt leczenia każdego dziecka będzie wynosił 600 zł miesięcznie, czyli ten górny pułap kosztu leczenia farmakologicznego. Faktem jest zaś, że taka jest najwyższa cena preparatu zarejestrowanego do leczenia ADHD, ale jest to jeden z dwóch preparatów, drugi jest znacznie tańszy. I ten drugi, tańszy, którego koszt wynosi 300–400 zł, jest stosowany znacznie częściej, z uwagi między innymi na cenę. Wyliczenia i analizy Ministerstwa Zdrowia są więc znacznie przesadzone.

Jeszcze o jednej rzeczy chciałabym wspomnieć, mianowicie o myleniu ADHD z agresją. Często osoby rozważające wprowadzenie refundacji leków na ADHD obawiają się, że wprowadzenie tej refundacji będzie skutkowało tym, że tabletki będą przepisywane po prostu dzieciom niegrzecznym. Chcę podkreślić, że agresja nie jest klinicznym symptomem ADHD. Jednostka chorobowa pod nazwą ADHD jest bardzo dobrze opisaną i udokumentowaną jednostką, a agresja nie mieści się w jej kryteriach diagnostycznych. Trzeba sobie to wyraźnie powiedzieć. Jeżeli agresja się pojawia, mamy do czynienia już z powikłaniami. Jest to skutek tego, iż dziecko nie otrzymało na czas właściwej pomocy. Tabletki podaje się wtedy, gdy dziecko ma zaburzenia z koncentracją, ma problemy związane ze swoją nadruchliwością będącą wynikiem zaburzeń, na które cierpi. I na te zachowania, na te zjawiska pomogą leki na ADHD. One nie pomogą na agresję. Jeśli dziecko zostało źle wychowane, to ono nadal będzie zachowywało się źle, nawet jeśli dostanie najlepsze leki na ADHD, bo tutaj nie ma związku. O tym chciałabym, żebyśmy wszyscy pamiętali.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dziękuję bardzo...)*

Jeszcze jedno bym dopowiedziała. Tydzień temu odbył się na Wydziale Pedagogicznym w Warszawie kongres instytucji działających na rzecz osób z ADHD. Na spotkaniu tym gościliśmy przedstawicieli wielu różnych środowisk związanych bezpośrednio lub pośrednio z opieką nad dzieckiem nadpobudliwym. Byli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciele Ministerstwa Edukacji Narodowej, przedstawiciele Biura Rzecznika Praw Dziecka, przedstawiciele środowisk medycznych oraz organizacji pacjenckich. Wspólnie debatowaliśmy nad tym, w jaki sposób poprawić kondycję dziecka nadpobudliwego i rokowania na przyszłość, czyli możliwość poprawienia jego funkcjonowania. Dyskusja była momentami bardzo burzliwa. Było wielu rodziców, którzy opowiadali dramatyczne losy swoich dzieci związane z poszukiwaniem fachowej pomocy, z brakiem odpowiedniej terapii, pomimo właściwej diagnozy. Podczas tego spotkania sformułowaliśmy wiele ciekawych wniosków, które będziemy rozsyłać w formie listu otwartego do władz Rzeczypospolitej Polskiej. Pozwolimy sobie państwu już dziś przekazać wnioski z tej debaty. Będzie nam bardzo miło, jeśli zechcą się państwo z nimi zapoznać i wesprzeć nas w naszych działaniach zmierzających do realizacji postulatów omawianych w piśmie.

Postulatami tymi są przede wszystkim, o tym już wielokrotnie mówiłam: poprawa dostępu do fachowej pomocy, do nowoczesnego leczenia, oprócz tego szkolenia dla nauczycieli, co jest w zakresie obowiązków ministerstwa edukacji, szkolenia dla kuratorów sądowych, dla sędziów rodzinnych. Jak doktor Dąbkowski wspominał, nieleczone ADHD prowadzi do odległych skutków w postaci konfliktów z prawem, uzależnień, depresji, trudności w kontaktach społecznych i niestety, często dzieci z ADHD, młodzież z ADHD lub też dorośli z przetrwałym ADHD mają do czynienia z wymiarem sprawiedliwości. Dlatego też zabiegamy o to, aby przedstawiciele tegoż resortu również mieli wiedzę z zakresu ADHD, by mogli odróżnić choć częściowo zachowania, które są efektem przemyślanej strategii dziecka czy młodzieńca, od zachowań, na które dziecko czy młodzieniec nie mają wpływu, ponieważ są objawem poważnego zaburzenia.

Pozwolę sobie te wnioski państwu przekazać. I tak jak wspomniałam, mam nadzieję, że wspólnie podejmiemy działania zmierzające do realizacji tychże postulatów. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Chwileczkę, pomalutku. Omówiliśmy sobie sprawy związane z wizją problematyki ADHD w Ministerstwie Zdrowia, w Ministerstwie Edukacji Narodowej, w Narodowym Funduszu Zdrowia i przed chwilą mówiło towarzystwo rodziców dzieci z ADHD.

Pani w tej chwili jeszcze jako wiceprezes towarzystwa, zdaje się, chce coś dopowiedzieć?

(*Główny Specjalista w Biurze Rzecznika Praw Dziecka Teresa Wejner: Teresa Wejner, Biuro Rzecznika Praw Dziecka.*)

Aha, biuro rzecznika. Bardzo proszę.

**Główny Specjalista w Biurze Rzecznika Praw Dziecka  
Teresa Wejner:**

Chciałabym, jeżeli można, zwrócić uwagę na taką sprawę. Rzecznik praw dziecka cały czas podkreśla podmiotowość dziecka. Bo tak naprawdę, proszę państwa, przecież o co nam chodzi? Najważniejsze w tym wszystkim jest dziecko. Przepraszam, to może jest truizm, ale od tego zacznę: tak naprawdę przecież najtańsza jest profilaktyka. I tak należy w tym przypadku potraktować terapię i właśnie leczenie. Myślę, że nie da się przecenić tych działań, które się podejmie, biorąc pod uwagę konsekwencje, bardzo poważne, społeczne, nieleczzonego ADHD. Ja już nie będę mówiła o tych konsekwencjach, bo moi przedmówcy byli uprzejmi o tym mówić. Myślę, że warto zwrócić uwagę właśnie na to, że tak naprawdę terapia, a właściwie profilaktyka jest dużo tańsza niż działania, kiedy są już widoczne konsekwencje.

Podkreślano już, że nie wszystkie dzieci wymagają zaraz leczenia farmakologicznego, a więc bardzo duży nacisk będzie położony na współpracę z Ministerstwem Edukacji Narodowej, na rozszerzenie świadomości tego problemu wśród nauczycieli, pedagogów i psychologów, którzy mają już dużą świadomość problemu, ale potrzeba jeszcze większej, jeśli chodzi o odpowiednie interpretowanie rozporządzeń oraz ich aktualizacji. Chodzi mi między innymi o §6 rozporządzenia dotyczącego dostosowania wymagań edukacyjnych do ucznia, który ma taką opinię z poradni psychologiczno-pedagogicznej. Myślę, że w tym kierunku będziemy dążyli. Ale konieczną sprawą jest wspieranie dziecka w postaci właśnie leczenia farmakologicznego. Myślę, że o to nam chyba także chodzi.

I jeszcze jedna sprawa, chodzi o konsekwencje złej interpretacji. Rzecznik praw dziecka bardzo się obawia, żeby w wyniku tego, że dzieci nie będą leczone, nie zostały potraktowane źle, żeby ich zachowanie nie zostało błędnie zinterpretowane i przesyłane do nowych szkół, które mają powstać, do klas dla dzieci po prostu źle się zachowujących, dzieci wypaczonych, bo to nie są takie dzieci. Zrobilibyśmy wówczas niesamowitą krzywdę tym dzieciom, byłyby niemal nie do odratowania. Trzeba więc mieć na to ogromne baczenie, aby nie spowodować niepotrzebnych konsekwencji i dodatkowych, jeszcze dalszych konsekwencji nieleczzonego ADHD.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję za ten głos.

W tym nakreśleniu panoramy zjawiska mieli swój znakomity udział także pedopsychiatrizy, tak że komisja ma w tej chwili, myślę, już pewien obraz stanu rzeczy.

Czy senatorowie mają pytania do państwa?

Bardzo proszę, pan senator Ślusarz.

**Senator Rafał Ślusarz:**

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Goście!

Ja o takim drobnym problemie, który w tym całym obszarze problemów omawianych się pojawił, ale myślę, że dość istotnym, czyli o problemie refundacji leków na ADHD. Jest sprawą oczywistą, że jeżeli mamy problem zdrowotny, który jest problemem społecznym i do tego dotyka dzieci, budzi się w nas takie poczucie, że nie można na to żałować pieniędzy – i to w państwa wystąpieniach było podkreślane. Równocześnie zdajemy sobie sprawę z tego, że refundowanie tych leków ma związek z ogromnym rynkiem i nie brakuje ludzi, którzy cynicznie będą chcieli na tym rynku funkcjonować. Bo firmy farmaceutyczne to cynizm do entej potęgi. Taki przykład to sprawa kalcytoniny łososiowej w leczeniu osteoporozy. Po każdym dzienniku w telewizji łamały się ludziom kości i proponowano im wszystkim taki lek. Wspierano różne akcje promocyjne straszące społeczeństwo, poszerzano skalę tego zjawiska po to, żeby ten lek się sprzedawał. Dzisiaj wiemy, że wskazania do tego leku są bardzo wąskie, wtedy wszyscy byliśmy wprowadzeni w błąd informacjami o tym zagrożeniu.

Państwo jesteście środowiskiem eksperckim, do którego mamy zaufanie, i w związku z tym moje pytanie: czy nie odczuwaliście państwo presji tego wielkiego biznesu farmaceutycznego? Czy nie proponowano państwu akcji, a to są akcje finezyjne i subtelne, propagujące działania związane z tym zjawiskiem? I czy w związku z tym z państwa strony nie padłyby w naszym kierunku ostrzeżenia, że możemy też być poddawani lobbingsowi czy propagandzie, co popchnie nas do decyzji, które będą korzystne głównie dla firm farmaceutycznych, a nie dla chorych dzieci? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy ktoś z państwa chciałby odpowiedzieć na to pytanie?

Bardzo proszę, pan doktor.

**Przewodniczący Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży  
w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym  
Mirosław Dąbkowski:**

Dąbkowski, Polskie Towarzystwo Psychiatrii, Sekcja Dzieci i Młodzieży.

Proszę państwa, mówiąc o leczeniu, o konieczności odpowiedniego leczenia, mamy cały czas na uwadze dwa etapy, które są wobec siebie wzajemnie niezbywalne. Pierwszy etap to możliwość oddziaływania psychoterapeutycznego, w tym edukacyjnego, rodziców, nauczycieli – i to w różnych tutaj wypowiedziach się przewijało. I etap drugi, wyższy, polegający na objęciu leczeniem farmakologicznym dzieci, dla których ten pierwszy etap jest niewystarczający, którym nie pomogło działanie psychoterapeutyczne. A więc jeśli zabiegamy o możliwość odpowiedniego leczenia tych dzieci, to

mamy na uwadze, że leczenie farmakologiczne włączamy dopiero wtedy, kiedy została udokumentowana nieskuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych.

To jest odpowiedź na wątpliwości, skądinąd bardzo zrozumiałe, że można na- zbyt szeroko – przykład kalcytoniny łososiowej – otworzyć drzwi i właściwie nie bę- dzie komu tego kontrolować. Wydaje się, że opcja terapii farmakologicznej jest opcją bardzo mocno kontrolowaną właśnie przez to, że pojawia się wtedy, kiedy wydana jest ocena, że nieskuteczna jest psychoterapia – i to psychoterapia nie w potocznym zna- czeniu tego słowa, nie chodzi o miłe rozmowy z pacjentem, tylko psychoterapia, która jest ustrukturalizowana, która jest ściśle opisana, której procedury i technologie są zna- ne. Dopiero wtedy, kiedy nieskuteczne okazują się te działania, dopiero wtedy, kiedy mamy narastające problemy, na przykład pojawiające się zaburzenia zachowania, pro- blemy depresyjne, deteriorację społeczną, szkolną, dopiero wtedy rozważa się leczenie farmakologiczne, takie, jakie jest dopuszczalne.

Oczywiście trudno spekulować, na ile działania społeczne, działania ze strony towa- rzystw rodziców chorych dzieci czy działania profesjonalistów, do których mamy śmiałość się zaliczać, są stymulowane przez firmy farmaceutyczne. Nie mnie się o tym wypowiadać, ale chcę powiedzieć, że wydaje mi się, że jest możliwość kontrolowania tej furtki.

I jeszcze ostatnia sprawa, bardzo istotna. Pamiętam opublikowaną w internecie in- formację z posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, tam padały kwoty na leczenie rządu 2 miliardów zł. Muszę powiedzieć, trzymając się wąskich kryteriów, czyli tych, które są stosowane w całej Europie i w naszym kraju też, kryteriów diagnostyki ICD-10, że z populacji objętej naszym zainteresowaniem, czyli spośród czterech i pół miliona dzieci w wieku od szóstego do piętnastego roku życia, mniej więcej 1,2% choruje na ADHD, to jest około pięćdziesięciu pięciu tysięcy dzieci, z czego leczenia farmakologicznego, to są takie ścisłe kryteria, wymaga przeważająca większość, 80%, co daje czterdzieści cztery tysiące dzieci. Z tego na te leki, które są tutaj źródłem wątpliwości finansowej, że tak po- wiem... Bo one rzeczywiście są drogie, ale ich stosowanie ma różne obwarowania wyni- kające ze szczególnego mechanizmu działania leków, w wielu przypadkach nie możemy podawać ich dzieciom, bo środki te powodują zaburzenia łaknienia, powodują zwiększe- nie ryzyka napadów padaczkowych, powodują zaburzenia snu, wzrostu itd., itd. Jednym słowem, nie więcej niż połowa, może nieco więcej, tak praktycznie może być, dzieci, któ- re są zakwalifikowane do farmakoterapii, może być leczona lekami, o których mówię. Wychodzi więc około dwudziestu czterech tysięcy dzieci w skali kraju.

Chcę przywołać też taką tylko szacunkową ocenę zgłaszalności problemu, jeśli chodzi o dzieci w tym wieku, czyli między szóstym a piętnastym rokiem życia, którą wykonaliśmy w towarzystwie naukowym – to oczywiście nie jest informacja z wszyst- kich wojewódzkich przychodni zdrowia psychicznego, ale z większości. Z tego sza- cunku wyszło nam, że około dwadzieścia pięć tysięcy dzieci z ADHD jest zarejestro- wanych w Polsce na terenie wojewódzkich przychodni, a więc tych, które są objęte kontraktami z Narodowym Funduszem Zdrowia, z czego, trzymając się tych samych wartości, nieco więcej niż połowa może z powodów zdrowotnych, farmaceutycznych dostawać te leki, o których mówiliśmy. Wychodzi niewiele więcej niż czternaście ty- sięcy dzieci. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Uzupełniająco, tak? Bardzo proszę, Pani Prezes.



**Prezes Polskiego Towarzystwa ADHD**

**Ilona Lelito:**

Jeszcze raz Ilona Lelito, Polskie Towarzystwo ADHD.

Jeśli chodzi o naciski, to ja przede wszystkim czuję nacisk ze strony rodziców. Tych rodziców, którzy do nas dzwonią, którzy proszą o dofinansowanie terapii dla swoich dzieci, którzy proszą o pomoc w zdobyciu środków na leki. Czuję presję, gdy z naszymi przyjaciółmi z innych stowarzyszeń kupujemy nawzajem leki w tańszych aptekach w innych miastach, bo i do takich sytuacji dochodzi. W miastach bardziej odległych od centralnych rejonów kraju jest mniejsza konkurencja wśród aptekarzy, w związku z tym ceny są dużo wyższe. I co my wymyśliliśmy z naszymi przyjaciółmi? Kupujemy leki w Krakowie, ponieważ w Krakowie jest wiele aptek, więc tam konkurencja jest dużo większa i ceny tego samego preparatu w tej samej dawce potrafią się różnić o 100 zł od cen preparatu w Stalowej Woli. To są ogromne kwoty. To samo dotyczy Warszawy, tam też sobie staramy w ten sposób radzić. Czuję ogromną presję i obowiązek zabiegania o to, by jednak te leki były bardziej dostępne, ponieważ tak jak wspomnieli pani doktor Teresa Wejner, doktor Dąbkowski i profesor Wolańczyk: tu chodzi o profilaktykę późniejszych zaburzeń.

Gdy widzę jakieś dziecko, które ma lat trzynaście, czternaście i naprawdę nie radzi sobie już ze swoimi emocjami, nie radzi sobie z rodzicami, nie radzi sobie ze szkołą, a dopiero teraz specjaliści wpadają na pomysł, że można było podać mu leki, i gdy widzę takie dziecko, które w tym momencie nie potrafi już funkcjonować normalnie w świecie, zastanawiam się, co by było, gdyby ono trzy lata wcześniej dostało tabletkę. Prawdopodobnie większość problemów, które w chwili obecnej szarpia jego życiem, nie pojawiłaby się. Może niektóre tak, bo nie można popadać w skrajności, ale wielu dałoby się uniknąć.

Pamiętajmy też o samobójstwach, wiele dzieci nadpobudliwych popełnia samobójstwa. To są dzieci, które mają zaburzone funkcje hamowania, więc przychodzi myśl i natychmiast jest jej realizacja. Szanowni Państwo, naprawdę w ubiegłym roku było kilka samobójstw dzieci z ADHD.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale w gruncie rzeczy pytanie pana senatora zmierzało do tego, by państwo powiedzieli o wpływie lobby farmaceutycznego na podejście do spraw farmakoterapii. Czy byliście państwo poddani pewnej presji?

Bardzo proszę, pan profesor.

**Kierownik Kliniki Psychiatrii Wieków Rozwojowego  
w Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym  
Akademii Medycznej w Warszawie  
Tomasz Wolańczyk:**

Generalnie w każdej chorobie, na którą istnieją leki, istnieje lobby przemysłu farmaceutycznego. Nie istnieje taka choroba, w przypadku której byłoby inaczej, prawda? A jeśli nie jest to lobby przemysłu farmaceutycznego, to jest to lobby przemysłu protetycznego, na przykład, albo lobby przemysłu produkującego aparaturę diagno-

styczną. Założenie, że istnieje jakaś dziedzina, w której takiego lobbingu nie ma, wydaje się optymistyczne, ale też jest niemożliwe, ponieważ każdy system opieki zdrowotnej jest jakoś powiązany z kwestią finansów. Tak jest wszędzie na świecie.

Ja założyłem poradnię ADHD w roku 1994, leki na ADHD pojawiły się w Polsce w roku 2005. Przez te dwanaście lat nie było mowy o tym, żeby istniał lobbing. No bo kto miał lobbować? Trudno, żeby lobbowano w sprawie leków na import docelowy, który wymaga zabiegów ministerialnych. Tak, mam wrażenie, że na przykład ilość publikacji prasowych, która się zwiększa w ostatnim czasie, może mieć jakiś związek z lobbingiem firm farmaceutycznych. A jeśli tak jest, to co? Jak to zmienia myślenie o leczeniu? Myślę, że nie ma choroby, w przypadku której nie istnieje lobbing przemysłu farmaceutycznego. On istnieje zawsze.

W Stanach ADHD jest nadrozpoznowane i nadlezione...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pewnie tego dotyczy obawa pana senatora Ślusarza.)

W Stanach jest leczonych 6% dzieci, a w Polsce jest leczonych trzysta dzieci.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: I to jest różnica, tak.)

Może zastanówmy się, co zrobić, żeby w strachu przed tymi 6%, nie spowodować, że zostaniemy na poziomie leczenia trzystu dzieci. Jest na przykład kwestia tworzenia systemów kontroli. W Stanach 90% leków na ADHD zapisują lekarze rodzinni, którzy nie mają wiedzy, nie mają odpowiedniego przygotowania, z całym szacunkiem, w związku z czym są niezwykle podatni na lobbing firm farmaceutycznych dostarczających gotowych wzorców. Psychiatrzy zaś są dość ostrożni w sięganiu po leki. I tak jak jest w polskich standardach, powinno to być zawężone do pewnych grup, co może być formą ochrony przed tym zjawiskiem.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pada liczba dwudziestu czterech tysięcy potencjalnie leczonych. Szacuje pan profesor, że taka skala farmakoterapii byłaby mniej więcej?

(Kierownik Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego w Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Warszawie Tomasz Wolańczyk: Aktualnie tak. Powiem szczerze: przy dostępności...)

Czyli mamy trzysta, a potrzebujemy dwadzieścia cztery tysiące i to jest ten rozrzew. Pan prezes Grabowski, bardzo proszę.

### **Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:**

Co do kwestii lobbingu powiem tak: mam wrażenie, że mimo wszystko te leki są przedmiotem pewnych zabiegów z zakresu PR. Mówimy tu o nowoczesnych lekach, a o jednym z tych leków, o metylofenidacie, uczyłem się na studiach, to było lat temu dwadzieścia. To po prostu jest lek nowo zarejestrowany, ale w żaden sposób nie można o tym leku, leku o działaniu stymulującym ośrodkowo, mówić, że jest nowoczesny. Innym takim lekiem jest dekstroamfetamina, zresztą wymieniana tutaj – mam przed sobą przegląd kanadyjskiego towarzystwa medycznego na temat ADHD, gdzie w pierwszej linii terapeutycznej właśnie te dwa leki są wymieniane jako równorzędne. To są leki bardzo stare i w żaden sposób nie można w stosunku do nich użyć słowa

„nowoczesne”, to wyraźnie trzeba podkreślić. Poza tym one mają już swój określony rynek. Jeśli to jest psychostymulant, to zarówno tłumi łaknienie, jak i pobudza. Wprowadzenie tego leku na rynek wiąże się więc z pewnym oczywistym ryzykiem, o którym też chyba trzeba pamiętać.

Nieco inaczej przedstawia się sytuacja z drugim lekiem, atomoksetyną, która w tym przeglądzie z 2003 r. w ogóle jeszcze nie jest uwzględniona jako standard terapii w Kanadzie. Wymienia się zaś jako leki takiego drugiego rzutu imipraminę, dezypraminę, bupropion – to są wszystko leki, które, jak rozumiem, są tam stosowane.

Drugim elementem takiego lobbingu jest więc stwarzanie wrażenia, że tylko mamy dwa leki i nic innego, podczas gdy przytaczam państwu dane z tej drugiej półkuli, gdzie leczenie pacjentów z ADHD jest powszechne. Zwracałbym więc uwagę może też na pewne sformułowania i na język, którego się używa w kontekście tego problemu. To nie jest tak, że to są dwa leki z wyboru i nic poza tym oraz że oba są supernowoczesne, bo to nie do końca jest prawda.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Kierownik Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego  
w Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym  
Akademii Medycznej w Warszawie  
Tomasz Wolańczyk:**

Po kolei: imipramina – nieprodukowana od stycznia, dezypramina – niezarejestrowana w Polsce do stosowania u dzieci. Kto ponosi odpowiedzialność prawną za stosowanie pozarejestacyjne? Bo jest to lek zarejestrowany w Polsce do leczenia depresji u osób dorosłych. Bupropion – zarejestrowany w Polsce wyłącznie jako lek w leczeniu abstynencji nikotynowej, pełnopłatny, niezarejestrowany do stosowania u dzieci, zarejestrowany wyłącznie do leczenia abstynencji nikotynowej, cena około 240 zł miesięcznie. Kwestia odpowiedzialności prawnej. Rozumiem, że w tym momencie jesteśmy zachęcani do leczenia wbrew rejestracjom.

Jeśli chodzi o metylfenidat, w Polsce nie ma metylfenidatu krótko działającego i na tym polega problem. Metylfenidat krótko działający jest lekiem tanim. Brak aktywnej polityki lekowej spowodował, że zarejestrowany jest w Polsce najdroższy preparat z w ogóle istniejących, tabletki o przedłużonym działaniu. Preparat ma pięćdziesiąt lat, a konstrukcja tabletki jest nowa. Preparat standardowy, krótko działający kosztuje na Słowacji 40 zł, w Czechach 60 zł, na Węgrzech pomiędzy tymi wartościami.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Miesięczna kuracja?)*

Miesięczna kuracja, tak. To są dane z Czech, Węgier i Słowacji, bo wydaje mi się, że one są dla nas ciekawe. Ale tutaj on nie jest zarejestrowany.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Myślę, że to pierwsza konkluzja dla senackiej Komisji Zdrowia: występujemy o bardzo pilną rejestrację tego tańszego preparatu, a nie mercedesa wśród...

(Kierownik Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego w Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Warszawie Tomasz Wołańczyk: Tak, bo w Polsce taka jest sytuacja, takie leki tylko są. A trudno mówić, że mamy leczyć wbrew danym rejestracyjnym.)

Dobrze.

Bardzo proszę, pani prezes...

Przepraszam, ad vocem jeszcze pan prezes.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Ja nie namawiam państwa do leczenia lekami pozarejestracyjnymi, ale zwracam uwagę na to, że gama leków jest dość duża. I mam pytanie: czy ta imipramina na przykład jest wyraźnie mniej skuteczna niż te dwa leki, o których tutaj mówimy?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie ma jej od stycznia.)

Bo koncentrujemy się na dwóch lekach, podczas gdy...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie, nie, Panie Prezesie...)

Być może Ministerstwo Zdrowia powinno poszukać tańszej opcji, a nie koncentrować się na wydatkach na dwa drogie leki.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak, tak. Ja nie chciałbym, żebyśmy weszli w taki nurt rozmowy. Rozumiem, że pan profesor skomentował sytuację, pokazując, że mamy zarejestrowane dwa najdroższe leki, a z tej listy, która jest w rekomendacjach kanadyjskich, w gruncie rzeczy żaden lek nie jest dopuszczony do leczenia zespołu ADHD. Tak rozumiem tę część me rytoryczną.

Bardzo proszę, jeszcze pani prezes.

**Prezes Polskiego Towarzystwa ADHD  
Ilona Lelito:**

Ja dwa słowa à propos presji, o którą pan senator był uprzejmy zapytać. Myślę, że większą presję my sami wywieramy na środowisko medyczne...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Możemy to potwierdzić i bardzo się z tego cieszymy.)

Staramy się robić co w naszej mocy, by poprawić dostęp do fachowej pomocy, o czym już wielokrotnie tutaj mówiłam.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jesteśmy o tym przekonani, ale nie-trudno jest przekonać przekonanych, bardziej chodzi o tych nieprzekonanych. My jesteśmy przekonani, tylko szukamy po prostu...)

Sami staramy się szkolić specjalistów, zbierać fundusze na szkolenia. Ale jednej rzeczy nie jesteśmy w stanie zrobić sami: wprowadzić refundacji na leki zarejestrowane do leczenia ADHD – i dlatego o to państwa prosimy. Ta refundacja nie musi być stuprocentowa, pamiętajmy o tym, Szanowni Państwo. Jeśli wprowadzimy pięćdziesięcioprocentową refundację, to będzie to znacznie niższy koszt dla Narodowego Fundu-

szu Zdrowia, a ogromna pomoc dla rodziców, którzy leki swoim dzieciom dać muszą. I o to nam chodzi.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ja tu liczyłem na marginesie koszty...)*

Nauczyciele też bardzo zabiegają o wprowadzenie refundacji i z tym też się spotykamy jako towarzystwo, ponieważ nauczyciele, którzy borykają się z problemami w swoim środowisku, mają nadzieję, że tabletka rozwiąże część tych problemów, co jest po części prawdą. Oczywiście nie rozwiąże wszystkich – i to trzeba sobie wyraźnie powiedzieć.

Jeśli chodzi o koncerny farmaceutyczne, jak wspomniał profesor Wolańczyk, one istnieją i mają swoją funkcję w społeczeństwie. To są olbrzymie pieniądze. My jako organizacja pacjencka mamy jednak swój zakres obowiązków i nie jest to pomaganie koncernowi w zarabianiu pieniędzy, a pomoc dzieciom z ADHD i ich rodzinom. I to zadanie staramy się spełnić w miarę swoich możliwości. Nie czuję żadnej presji. Przeciwnie, myślę, że to ja wywieram presję na wiele innych środowisk, ale to jest bardzo pozytywna presja. Zapraszam wszystkich państwa do współpracy. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

Pani senator Rudnicka, bardzo proszę.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Panie Przewodniczący! Szanowna Komisjo!

Przysłuchując się tej dzisiejszej dyskusji, chciałabym jakiegoś podsumowania tych spraw. Dla mnie jest rzeczą jasną, że dziecko chore powinno dostać pomoc, powinno dostać pomoc farmakologiczną, a rodzice, którzy płacą składki, powinni również otrzymać pewne ulgi dla dzieci, jeżeli nie potrafią sami sobie poradzić z wysoką ceną. Cynizm firm farmaceutycznych jest nam wszystkim znany i to, co szanowny mój przedmówca powiedział, dotyczy wszystkich chorób, więc może niekoniecznie musimy się na tym skupiać. Uważam, że wniosek naszej komisji podsumowujący dzisiejsze spotkanie powinien być taki, że każde dziecko, u którego psychiatra stwierdzi ADHD, powinno dostać pomoc i być leczone. Tyle dzisiaj usłyszałam i tyle przemyślałam. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Policzyłem, że gdybyśmy nawet leczyli te dwadzieścia cztery tysiące dzieci preparatem kosztującym miesięcznie 300 zł, to wyszłoby nam około 90 milionów zł. Ale rozumiem, że to nie tylko w tym rzecz.

Czy są jeszcze pytania ze strony państwa senatorów? Nie ma.

Czy ktoś z państwa chce zabrać głos w dyskusji?

Pozwolę sobie więc sam powiedzieć coś na ten temat. Mam przed sobą przygotowane dwie takie rekomendacje. W Ameryce istnieje cała lista wspierająca proces diagnostyczny, a następnie pokazująca koszty leczenia z podziałem na droższe i tańsze leki. I rzeczywiście, zarejestrowana u nas Concerta jest jednym z najdroższych preparatów w ich opinii. I rzeczywiście, myślę, że jedną z konkluzji farmakologicznych powinno

być nasze wystąpienie w tej sprawie. Jeśli się komisja zgodzi, to przygotujemy wniosek do urzędu rejestracji, do ministra zdrowia o przyspieszenie procedur rejestrujących właśnie te leki tańsze zawierające metylfenidat, bo to jest, zdaje się, ogromny problem.

Niezależnie od tego jest jeszcze drugi problem tutaj wspomniany, kwestia dostępności do leczenia, do specjalistów. W jakiejś mierze senacka Komisja Zdrowia jest zaangażowana we wspieranie powstawania narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego, bo to, co dotyka dzieci i co jest może najbardziej bolesne, dotyka także chorych pozbawionych możliwości nowoczesnej farmakoterapii i związane jest z uwiadem psychiatrii społecznej. W ramach tego narodowego programu zdrowia chcemy popробować wzmocnić to, co jest szalenie ważną częścią psychiatrii: oddziaływania środowiskowe, hospitalizacje domowe, oddziały dzienne, hostele, świetlice środowiskowe, domy samopomocy. Mamy takie enklawy dobrej jakości. Mamy miejsca, gdzie przeszkolono trochę pedagogów, gdzie psychologowie nie boją się dzieci trudnych, ale do zbudowania systemu potrzebujemy jednak znacznie, znacznie więcej. I wysiłek towarzystwa rodziców z dziećmi z ADHD, psychiatrów dziecięcych – to musi razem sprzyjać powstawaniu pewnego systemu. Systemu, w którym chorzy nie byłiby skazani na złe postępowanie, a rodziny na borykanie się samotnie przeciwko barierom, które dzisiaj organizacja naszego systemu nam stwarza.

I tak byśmy konkludowali. Po pierwsze, byłoby wystąpienie do ministra zdrowia – jeśli komisja zgodzi się, to przygotuję takie wystąpienie. Po drugie, wystąpienia do ministra edukacji o poszerzenie zakresu szkoleń pedagogów, a zwłaszcza o to, by istniejąca sieć poradni pedagogiczno-psychologicznych potrafiła właściwie wesprzeć rodziny, żeby był jednak system wsparcia dla dzieci i ich rodzin w całym tym procesie.

Czy jeszcze w tej sprawie ktoś z państwa, pań i panów senatorów chciałby zabrać głos? Jeśli nie będę widział sprzeciwu, to uznam, że te dwie konkluzje państwo przyjęli, my je dopracujemy stylistycznie.

Chciałbym serdecznie podziękować państwu uczestniczącym w tej części posiedzenia komisji i ogłosić kilkuminutową przerwę. Trzy minuty przerwy i szybciużko wznawiamy obrady.

*(Przerwa w obradach)*

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę państwa, sprawy bieżące. Z korespondencji do nas: mamy takie pismo prezydenta miasta Radomia do pana marszałka Borusewicz, w którym zwraca się prezydent do pana marszałka o zwiększenie dofinansowania Radomskiego Szpitala Specjalistycznego imienia Tytusa Chałubińskiego. Pozwolą państwo, że ja to prześlę do właściwych organów. Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, to uznam, że państwo podzielają mój pogląd, że to nie jest sprawa dla nas.

Mamy też pismo z polskiej izby farmaceutycznej, pan dyrektor biura izby magister Adam Rudzki pisze o zagrożeniu procesu harmonizacji. To jest ważna sprawa z punktu widzenia interesu przemysłu farmaceutycznego, gdyż cały nasz przemysł jest, z tego co pamiętam, zagrożony utratą prawa do produkcji wielu preparatów, bo bardzo trudny jest proces harmonizacji naszego prawa z prawem unijnym. Mówiąc szczerze, w tej sprawie, wydaje mi się, trzeba byłoby wystąpić do ministra, bo chociaż jest tu

napisane, że pismo jest też do mnie, to widzę, że to jest kopia pisma z nagłówkiem do ministra zdrowia. „Uprzejmie prosimy pana ministra o ustosunkowanie się do sygnalizowanych przez nas problemów. Z naszej strony proponujemy spotkanie celem przedyskutowania możliwych”... To jest kopia, a mówię o tym, żebyście wiedzieli, że jest taki problem. Tutaj nie będziemy tego roztrząsać.

Jest też, proszę państwa, kwestia szpiczaka, która tutaj już padła, tylko nie pamiętam, kto o szpiczaku mówił.

Ty mówiłeś, Rafał?

(*Senator Rafał Ślusarz*: Nie, nie.)

Aha, Jacek Grabowski z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest to kwestia podejmowana przez pana Romana Sadzugę, prezesa Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Szpiczaka, którego spotykam w wielu miejscach i który walczy o to, żeby były dostępne preparaty, żeby wprowadzić te nowocześniejsze formy terapii, dzisiaj niedostępne. Chcę tylko, żebyście państwo widzieli, że jesteśmy o tym powiadamiani.

I ostatnia sprawa: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Płockiego popiera utworzenie przez Urząd Marszałkowski w Warszawie mazowieckiej samorządnej uczelni, zwanej dalej kolegium medycznym w Płocku.

Wiesz coś o tym? Bardzo proszę.

#### **Senator Janina Fetlińska:**

Pan marszałek Struzik pragnie utworzyć samorządową wyższą szkołę medyczną, a właściwie teraz już jest koncepcja, że wyższą szkołę zawodową, która kształciła by licencjatów pielęgniarstwa i miała oddziały między innymi właśnie w Płocku, Warszawie, bodajże w Radomiu i w Ostrołęce, bo tam też nie ma szkoły kształcącej pielęgniarki. Przedtem były medyczne studia zawodowe i właściwie te kolegia miałyby powstać na bazie dotychczasowych medycznych studiów zawodowych. Jest to inicjatywa potrzebna, bo po prostu w akademiach medycznych chyba nam się nie uda wykształcić odpowiedniej do potrzeb liczby pielęgniarek, ale kontrowersyjna, bo my się skłaniamy do tego, żeby po prostu to kształcenie odbywało się w istniejących państwowych wyższych szkołach zawodowych. W Radomiu jest oddział warszawskiej Akademii Medycznej, więc nie wydaje się to konieczne, a w Płocku jest Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, która mogłaby utworzyć wydział.

#### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tylko tu jest tak, wiesz, że pan marszałek występuje do marszałka Senatu między innymi dlatego, że chciałby być organem założycielskim dla tej szkoły, a wymaga to jednak wprowadzenia zmian legislacyjnych w ustawie o szkolnictwie wyższym...

(*Senator Janina Fetlińska*: Tak, ja wiem o tym, właśnie dlatego chciałam zastrzec...)

...a mianowicie zapisu wprowadzającego możliwość tworzenia przez samorząd województwa tego typu szkół.

#### **Senator Janina Fetlińska:**

Stąd się to tu wzięło, właśnie. W starej ustawie o wyższych szkołach zawodowych, po zmianie, po nowelizacji, był taki artykuł, który pozwalał samorządom województwa

prorowadzić uczelnię wyższą. Aktualna ustawa o szkolnictwie wyższym takiego zapisu nie ma. I po prostu, żeby inicjatywa pana marszałka Struzika miała sens, należałoby taki zapis do ustawy o szkolnictwie wyższym wprowadzić. I jest pytanie takie: czy wykorzystywać aktualne, istniejące potencjały akademii medycznych i państwowych wyższych szkół zawodowych, które są dosyć gęstą siecią, czy też tworzyć dla tego jednego województwa, które ma swoją specyfikę, oddzielny zapis i umożliwić istnienie takiej szkoły?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ustawa nie mogłaby dotyczyć jednego województwa.

*(Senator Janina Fetlińska: Rozumiem, ale...)*

Jest pytanie, czy chcielibyśmy, by samorząd województwa miał takie uprawnienia, by był wpisany jako organ założycielski dla tego typu uczelni. To jest pytanie.

*(Senator Janina Fetlińska: Ja mam wątpliwości.)*

Bardzo proszę, pani senator Rudnicka.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Jeśli chodzi o szkołę pana marszałka Struzika, to ja na ten temat nic nie wiem i tu polegam na zdaniu naszej szacownej koleżanki. Ogólnie rzecz biorąc – byłam również radną sejmiku i z pewnej praktyki to wiem – tworzenie wyższej uczelni przez samorządy stwarza bardzo kuriozalne historie. Znajdzie się jeden i drugi pan i stworzą, powiedzmy, marketing i zarządzanie, wyższa szkoła w każdym miasteczku... Potem komuś przyjdzie inna jakaś logistyczna myśl do głowy i takich uczelni samorządy mogą stworzyć wiele. A korzystają tylko wykładowcy, bo studenci otrzymują niezbyt wysoki poziom, a ich dyplomy są takie pół na pół. Według mnie, jeżeli wyższe uczelnie mają mieć odpowiednią rangę, powinny być kontrolowane przez ministerstwo. Czy tych dwóch rzeczy nie można połączyć w sprawie pana marszałka Struzika – to jest inna sprawa. Ja po prostu podzieliłam się z państwem moim doświadczeniem jako wiceprzewodniczącej w sejmiku śląskim. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, ad vocem. Bardzo proszę.

**Senator Janina Fetlińska:**

Myślę, że pani senator Rudnicka podziela te wątpliwości, które ja też mam, a które wynikają z moich doświadczeń jako radnej powiatowej, ale także osoby działającej w zakresie kształcenia pielęgniarek.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jak rozumiem, nie mamy specjalnie ochoty na podjęcie inicjatywy ustawodawczej w tej materii. Dobrze zrozumiałem państwa konkluzję? Dziękuję bardzo.

Czy są inne sprawy?

Chcę wam powiedzieć, że stoimy przed bardzo trudną ustawą o ratownictwie, będę ją jutro referował. Po namyśle i dyskusji z Jakubaszka, autorem poprzedniej



ustawy, wydaje mi się, że zasadna jest jedna rzecz – i chciałbym, żebyście państwo to przemyśleli przed jutrzejszą debatą – mianowicie kwestia powiązania interweniujących zespołów paramedyków z jakimś lekarzem, może lekarzem dyżurnym SOR. Dyspozytor medyczny bowiem to jest wykwalifikowany paramedyk, może też być to personel średniego szczebla. Powiązanie ratowników tylko z dyspozytorem skazuje ich więc na... No jest pewne ryzyko. Pytanie jest więc takie: czy nie powiązać jednak tych interweniujących – i tutaj bym się przychylił do ich opinii – z lekarzem dyżurnym SOR?

Co o tym myślicie? My wrócimy do tego tematu, bo na pewno będą poprawki w ramach debaty, bo nie wierzę, żeby nie było, zwłaszcza że towarzystwo medycyny ratunkowej rozesało w tej sprawie mail. Myślę, że do was też on dotarł. Nie? Nie dotarł do was? Mam tutaj cały pakiet różnych ich opinii, a najbardziej jestem przekonany do jednej: że w interesie ratownika, ale przede wszystkim chorego, zagrożonego jest to, żeby ratownik mógł zapytać dyżurującego, gdzie ma wieźć daną osobę w stanie klinicznym. Macie wątpliwości co do tego?

Bardzo proszę, ty jesteś chirurg, to może powiedz.

### **Senator Stanisław Karczewski:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Jeszcze wracając do tego pierwszego pytania i pisma marszałka Struzika, chciałbym, z pewnym opóźnieniem, zastanowić się nad tą inicjatywą. Ja nie twierdzę, że to jest dobry pomysł, bo chciałbym, żeby wszystkie szkoły wyższe miały wysoki standard, to jest na pewno główną troską, ale pan marszałek Struzik ma pewne informacje, podobnie zresztą jak i my, że w pewnym momencie może nam zabraknąć średniej kadry medycznej, chodzi tu o pielęgniarki. To wynika z tej troski. Miałbym więc taką prośbę do pana przewodniczącego: może byśmy jeszcze poczekali z odpowiedzią i zastanowili się nad tym, bo ja w tej chwili nie jestem w stanie tak szybko określić swojego stanowiska.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Czy pan wiceprzewodniczący myśli jednak o inicjatywie ustawodawczej, bo tego w gruncie rzeczy to dotyczy...)*

Tak, ja rozumiem, czego to dotyczy, z tym że nie mam w tej chwili gotowej odpowiedzi.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Okej, nie ma problemu.)*

Po prostu jest prośba do pana przewodniczącego o danie czasu na przemyślenie, bo nie jestem w stanie tak szybko ustosunkować się do tego.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę także i pozostałych państwa o ewentualne konsultacje w swoich środowiskach i wrócimy do tej sprawy.

Bardzo proszę pana wiceprzewodniczącego, żeby wrócił do tematu na kolejnym posiedzeniu komisji.

### **Senator Stanisław Karczewski:**

Wracając do propozycji poprawki – na pewno będziemy mogli składać jeszcze poprawki i na pewno będziemy jeszcze nad nimi dyskutować – zastanawiam się, czy

będzie możliwy do zrealizowania, z takiego praktycznego punktu widzenia, w każdym miejscu systemu ten zapis, bo nie wszędzie są SOR. Są regiony, gdzie jest ich już sporo, one wypełniają terytorium jakiegoś województwa, ale jeszcze nie w pełni. I dając taki zapis... Ja rozumiem, o czym myślał pan profesor i co jest jego troską z kolei w odniesieniu do tego właśnie punktu, ja to rozumiem – chodzi o możliwość połączenia się z fachowcem i uzyskania konsultacji drogą radiową, telefoniczną. Ale zapewniam, że ustawa jest ustawą, życie jest życiem. Nie sądzę, aby ratownik, który będzie brał udział w akcji ratowniczej, ratownik-paramedyk... Też bym się bał takiego określenia, bo to chyba nie jest paramedyk, to jednak jest wykwalifikowany pracownik. Zadaniem tej ustawy jest to, żeby ten ratownik nie był paramedycykiem, tylko żeby był medycykiem. On nie będzie lekarzem, ale on będzie osobą kompetentną – na pewno tak widzą przyszłość twórcy tej ustawy.

W tej chwili nie wiem, czy ten zapis ustawy byłby możliwy instytucjonalnie do zrealizowania wszędzie, podejrzewam, że praktycznie i tak będzie to realizowane na zasadzie możliwości połączenia się czy telefonem komórkowym, czy swoimi systemami porozumiewania się z fachowcami, bo zawsze taka możliwość konsultacji istnieje. Ona istnieje, w każdym momencie i wszędzie. Kiedy ja mam jakieś problemy medyczne, też się konsultuję, nie ma sprawy, zawsze gdzieś z kimś się konsultuję.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Budujemy ten system. Proszę zwrócić uwagę, że tam są zapisy terminowe...)

Ja wiem, rozumiem, tylko zastanawiam się, czy to instytucjonalnie jest możliwe. Ktoś musi być pod telefonem, ktoś musi być w tym systemie dodatkowo ulokowany. Myślę, że to jest sprawa dyskusyjna – chociaż z tego, co wiem, ta dyskusja była już toczona...

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Legislatorzy zwracali w ogóle uwagę na błędność zapisu, który próbował porządkować nadzór nad zespołami ratowniczymi, zwłaszcza tymi podstawowymi jeżdżącymi bez lekarza, ordynatorowi oddziału bądź kierownikowi; jest tutaj pewna nieostrość. Po dyskusji więc towarzystwo medycyny ratunkowej wycofuje się z tego zapisu i mówi: niech to będzie lekarz dyżurny, niekoniecznie SOR, bo przecież w rejonie działania karetek ktoś dyżurujący jest. Chodzi o to, żeby on miał jakieś wsparcie. I pytanie jest takie: czy ustawa nie powinna dawać pewnego rodzaju instrukcji dotyczącej sposobu myślenia o funkcjonowaniu tego systemu? Ten system to jest zupełnie inny układ. Organizator musi zadbać o to, żeby jadący do wypadku czy nagłego zachorowania wiedział, że ma za plecami logistycznego lekarza, który mu pomoże w sytuacji wątpliwości *in situ*. Ja bym się jednak przychylił do tego zapisu... Ale to jeszcze rzecz do dyskusji. Chciałem, żebyście państwo wiedzieli, bo nie chcę was zaskakiwać, że po przemyśleniu różnych zapisów ten wydaje mi się zasadny i celowy.

Bardzo proszę.

### **Senator Rafał Ślusarz:**

Jeszcze tylko jedno zdanie, bo tu nasuwa mi się taka wątpliwość, ponieważ ja jeździłem w pogotowiu. Rzeczywiście, takie konsultacje czasami się odbywało z telefonu komórkowego nawet z profesorami w Warszawie, mimo że było się na przykład

pod Jelenią Górą, czasami są takie sytuacje. Z tym że były to konsultacje, powiedzmy, nieformalne i w związku z tym one pozostawiały swobodę i temu, z którym dyskutowałem, i mnie. Pytanie jest: w jaki sposób byłaby sformalizowana decyzja lekarza, który na przykład zleca, żeby wieźć do sąsiedniego SOR, czy tam mają przyjąć, czy to go wiąże, czy nie wiąże... Taką mam wątpliwość.

**Senator Janina Fetlińska:**

Ja sobie tak myślę, Panie Przewodniczący, że ratownik to jest samodzielny zawód medyczny. Ratownik jest przygotowany do tego, żeby utrzymać parametry życiowe i dowieźć do SOR, to jest jego główne zadanie i do tego jest przygotowany. Jeżeli ma wątpliwości, to może korzystać...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie tylko do SOR.)*

No tak, może do innego miejsca w systemie. Chodzi o to, że jest to osoba przygotowana. I teraz tak: jeżeli ktoś bierze pełną odpowiedzialność za to, co wykonuje, to też z tym się wiąże i potrzeba uczenia, i samodzielności. Budowanie od razu na wstępie funkcjonowania nowego zawodu jakiegoś zaplecza formalnego nie jest chyba najlepszym pomysłem, bo to zwalnia człowieka od myślenia, od odpowiedzialności, od uczenia się. Tak jak z zawodem pielęgniarstwowym – ciągle nam się wydaje, że ktoś tam musi być. Trzeba uczyć samodzielności i tak to powinno być zapisane. Ale nie może być tak, żeby tej nieformalnej konsultacji ratownik nie mógł uzyskać i w tym może pośredniczyć dyspozytor – w razie wątpliwości może dysponować adresami. Tak mi się wydaje.

Druga rzecz. Nie ustaję w myśleniu o tym, że powinien być ratownik społeczny. Rozumiem, że zapis w art. 15 o współdziałaniu z ratownikami niezarejestrowanymi u wojewody może skutkować takim wpuszczeniem do systemu tylnymi drzwiami. Na ten temat przeprowadziłam taką wewnętrzną dyskusję i myślę, że art. 39 jest odpowiedni do tego, żeby wpisać współpracę, współpracę z ratownikami, którzy mają przygotowanie do udzielania pierwszej pomocy.

Przy pomocy prawnika, bardzo dobrego prawnika z Kancelarii Senatu taką poprawkę sformułowałam. Nawet ją państwu odczytam, żeby państwo byli bardziej przygotowani do tego, co zgłoszę podczas debaty.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Proszę bardzo.)*

W art. 39 dotychczasową treść, gdzie jest mowa o współpracy z akademiami medycznymi, z uczelniami prowadzącymi szkolenie w zakresie ratownictwa, w ust. 2...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Chwileczkę, ja sobie spojrzę na to...)*

Ten art. 39 mówi o tym, że z systemem współdziałają uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego, stowarzyszenia lekarskie. W ust. 2 wprowadziłabym zapis, że organizacje społeczne, obejmujące statutowym zakresem działania sprawę ratowania życia i zdrowia, współdziałają z systemem w zakresie edukacji zdrowotnej i przygotowywania społecznych ratowników do udzielania pierwszej pomocy w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przed przybyciem zespołu ratownictwa lub ratownika medycznego udzielającego wykwalifikowanej pomocy.

Jest w konstytucji zapisana zasada pomocniczości, która umacnia prawa obywateli i ich wspólnot. Tutaj jest to kwestia taka: ktoś jest świadkiem wypadku na drodze i ma obowiązek zawiadomić, o czym mówiliśmy w kontekście art. 4, i udzielić

pierwszej pomocy. Organizacje, które przygotowują ludność do tego właśnie, powinny mieć możliwość współdziałania w zakresie szkolenia, edukacji. Myślę, że nie możemy tego zabronić, bo to umacnia ten stan, który faktycznie jest, ale nie burzy systemu.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Burzy system.)*

W jakim zakresie? To jestem w tym momencie zdziwiona.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Burzy system w takim zakresie, że jeśli chodzi o szkolenie ratowników, pierwotnie w zapisie artykułu... Teraz tylko muszę zobaczyć, który artykuł mówi o tym, kto ma szkolić. Wpuszczasz grupę ludzi, która nie chce spełnić kryteriów, niezbyt wysokich, stawianych stowarzyszeniom i organizacjom chcącym współpracować z systemem...

**Senator Janina Fetlińska:**

Ale w systemie działają zespoły ratowników, którzy udzielają na wezwanie pomocy, przyjeżdżają do wypadku, a ja mówię o udzielaniu pierwszej pomocy, przed przybyciem ratowników. Chodzi o tę część ludności, która...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Wracamy do dyskusji, która już była. Myślę, że nie będziemy zaskoczeni, ale mój pogląd na ten temat...)*

Dam to jeszcze na piśmie do przeanalizowania, bo mam tu dokładne uzasadnienie, żeby pan przewodniczący mógł się nad tym pochylić. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, pani senator Rudnicka.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Ja bym chciała wrócić do sformułowania, które pan przewodniczący ma wygłosić jutro w dyskusji, gdyż jeżeli chodzi o mnie, jestem przeciwnikiem obdzierania z lekarzy tych wszystkich zespołów ratowniczych, obdzierania tych zespołów z kontaktów z profesjonalnym lekarzem. Takie obawy we mnie siedzą. Mimo tego, że ratownicy będą szkoleni, nie będą lekarzami. Bardzo trudne są sytuacje w czasie wypadków, nawet dla lekarzy i nawet dla lekarzy po specjalizacjach. Takie odcięcie ratowników od nagłej konsultacji... Mnie się wydaje, że taka nagła konsultacja powinna być gdzieś umiejscowiona, żeby można było do niej dotrzeć. Nie bardzo jednak wiem, bo tak jakoś szybko to było powiedziane i nie usłyszałam, jak pan przewodniczący chce sformułować ten wniosek w dyskusji.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale nie jako przewodniczący komisji, tylko jako głos osoby wnoszącej poprawki, bo nie mam uprawnień do tego, żeby w państwa imieniu to robić. Zgłoszę to w tym artykule, który mówił o... Chwileczkę...

*(Senator Jadwiga Rudnicka: To proszę do mnie mrugnąć, żeby głosowała za, dobrze? Dziękuję.)*

Dziękuję bardzo.

Zasada pomocniczości wymaga dyscypliny z obu stron. Samoograniczać ma się władza i w gruncie rzeczy jest z tym związany apel do władzy o to, by się samoograniczała. Nie może być to jednak polem uzurpacji kompetencyjnych. Tu jest to delikatne rozróżnienie, do którego kluczem jest interes sprawy. Interes chorego wymaga czasami, żeby zrozumieć, iż moje pole kompetencji jest ograniczone. Kluczem do roli lekarza rodzinnego jest wyznaczenie przez niego pola, w którym jego odpowiedzialność jest pełna, i pola, w którym powinien powiedzieć: tu się kończą moje kompetencje. Zasada pomocniczości to nie jest zasada, która kreuje autonomię poszczególnych obszarów, bo i lekarz nie jest autonomiczny – powinien wiedzieć, kiedy skorzystać z konsultacji socjologa, psychologa, pielęgniarki, położnej, tych osób, które w swoich obszarach są kompetentne i autonomiczne. Zasada pomocniczości wpisuje się w pewną wizję ładu moralnego, w którym powinno być przeświechtanie działań władzy, zwłaszcza władzy. To tyle może w ramach dyskusji na temat.

Widzę, że zgłasza się senator Gelert. Bardzo proszę.

### **Senator Elżbieta Gelert:**

Ja akurat poprę wniosek pana przewodniczącego i miałabym taki apel do państwa, żeby naprawdę zacząć patrzeć na praktykę, na to, co się zacznie wprowadzać. Proszę państwa, w tej chwili już jak gdyby eksperymentalnie zaczynamy wprowadzać tę ustawę i ponieważ w ramach akurat mojego szpitala jest też pogotowie, stoimy przed problemem, że nie tak łatwo 1 stycznia będzie powiedzieć: teraz puszcza karetki z samymi ratownikami medycznymi. Już w tej chwili z kierownikiem, który jest po ratownictwie medycznym, czyli z kierownikiem SOR, ustaliśmy, jakich pacjentów ratownik powinien przywozić na SOR. Przecież to będzie straszny problem, kiedy ratownicy zaczną zwozić do szpitala wszystkich, nie patrząc na to, czy akurat do tego szpitala powinni daną osobę przywieźć, a zanim ktoś się połapie, to zespół już sobie pojedzie.

Mnóstwo jest takich problemów, proszę państwa. Trzeba je widzieć, bo potem ludzie mówią, że wszyscy posłowie i senatorowie bujają w obłokach. Praktycznie trzeba tworzyć do tego nowe regulaminy, nowe postanowienia. Jesteśmy obecnie na etapie opracowywania wewnętrznego, wewnętrznego ustalania, jak to ma działać naprawdę, jak to w praktyce ma działać. Bo tworzy się prawo bardzo ogólne, a zanim rozporządzenia do niego wyjdą, to mija sporo czasu. A ile w tej chwili problemów jest z tą ustawą podwyżkową, ile jest problemów? Jeśli na szczegóły nie patrzymy i nie radzimy się osób, które potem przy takich różnych szczegółach tkwią i siedzą, to potem prawo jest trudne do zastosowania i zaledwie się ustawę wyda, już trzeba do niej całe mnóstwo wyjaśnień, szkoleń – wtedy jeszcze inni robią na tym interes, bo takie szkolenia muszą się odbywać, bo ludzie nie wiedzą, co mają z danym zapisem zrobić.

W tym systemie ratownictwa widzę też pewne takie niedociągnięcia. Przede wszystkim: jeden CPR na całość. Jak te pieniądze będą przechodziły i czy dane województwo, jeśli zgłosi, że potrzebuje trzech cepeerów, to dostanie większe środki, a inne powie, że sobie poradzi i nie dostanie? Czy jeden lekarz koordynator wystarczy na całe województwo? Rozumiem, w sytuacjach kryzysowych stale powinien być jeden dysponent, taki lekarz ratownictwa kryzysowego. No i mnóstwo takich pytań w praktyce się pojawi.

Mnie się wydawało, że jak będę w parlamencie, to będę mogła bardziej przekonywać, żeby zwracano uwagę na praktykę, żeby potem móc te dane ustawy wdrażać w życie. A my dalej tworzymy takie prawo, że potem mamy mnóstwo problemów przy jego wdrażaniu. Nawet ja, chociaż jestem najbliższym tego tematu, mam potem mnóstwo problemów. A ludzie w zakładach mają jeszcze więcej problemów z tym, jak to zrobić, żeby to zagrało.

Pan Pinkas nam mówił, że od 1 stycznia nareszcie będzie rok, w którym nie będzie problemu z ratownictwem, bo problem ratownictwa jest rozwiązany. No nie wiem, czy tak do końca będzie, bo jak nie będzie współgrało to z systemem lekarza rodzinnego, a z tego, co widzę, tu się nic nie zmienia, to nie wiadomo, do jakich przypadków wysłać te karetki i ile przygotować karetek z medykami.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ja tak ad vocem. Przejrzałem listę priorytetów ministra i chcę powiedzieć, że tam na temat medycyny rodzinnej nie ma ani jednego zdania, na temat opieki całodobowej nie ma ani jednego zdania w tym, co próbuje, że tak powiem, systemowo robić minister. Dziwię się, bo w końcu minister Pinkas to z wykształcenia lekarz rodzinny...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jak to nie? On jest i chirurgiem, i lekarzem rodzinnym.

*(Rozmowy na sali)*

Tak to wygląda. Ale nie, chcę wam powiedzieć o tym, że moje obawy budzi przede wszystkim w tej ustawie ratowniczej nierozwiązany problem opieki całodobowej. To jest ogromny problem. Ja funkcjonowałem na poziomie miasta i... Nie wiem, no zobaczymy.

**Senator Elżbieta Gelert:**

Opieka całodobowa... Ja tylko tak króciutko powiem. No przecież dużo szpitali wzięło tę opiekę całodobową, tak było.

*(Głos z sali: Z konieczności.)*

Z konieczności, oczywiście. Myślę, że niedługo szpitale zaczną się jej pozbywać. I co wtedy będzie? Będzie problem, będą próby nacisków na szpitale ze strony takiej organizacyjnej, nie wiem, wojewody, marszałka... To jest problem nierozwiązywalny.

**Senator Janina Fetlińska:**

Panie Przewodniczący, jeśli można, to powiem jeszcze tak: nam się po prostu tak naprawdę nie udało wprowadzić w całości idei lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny to jest ktoś, kto całą dobę opiekuje się i tak prowadzi opiekę profilaktyczną i dyspenseryzację, tak czynnie i aktywnie, że pacjentów potrzebujących nocnej pomocy jest bardzo niewiele. Tak jest w Anglii, tam rzeczywiście pacjentów, którzy korzystają z nocnej pomocy, jest tak niewiele, że nie musi być specjalnego dyżuru. Lekarz jest pod telefonem, ale tak rzadko korzysta z tego pacjent, że to nie jest...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: I są trusty.)*

A druga rzecz: trusty, które wspomagają, tak. Ale na dużej odległości...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jest dyżur lekarz rodzinnego, ale to jest jeden dyżur na kilka miesięcy.)*

I też stopień wykorzystania tego lekarza dyżurującego jest niewielki, ponieważ jest takie dobre wykorzystanie systemu lekarza rodzinnego.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Z tym że nasi lekarze jeżdżą do Anglii, gdzie mają takie dyżury, i mogę wam powiedzieć, że nawet moja synowa jeździ na dyżury, bo tam lekarze nie chcą wykonywać takiej roboty, mimo że jest to dobrze płatne. To jest ogromna ilość roboty, ogromna. Oni tam tak naprawdę, jak mają nocną czy świąteczną wachtę, mają kilkadziesiąt interwencji, i to trudnych. Trochę inaczej to wygląda: często wywiad przez telefon i decyzja, czy jechać, czy nie jechać; ściągać czy nie ściągać klienta. Mówię to, bo chciałbym, żebyśmy w tej komisji znali prawdę o tamtym systemie. Oni tam ciężko pracują w ramach dyżurów. Niemniej my musimy, tak czy inaczej, wdrożyć ten system, bo nie wymyślono niczego lepszego. Ale teraz jest blok i nie ma myślenia o miejscu specjalistyki, zresztą w tych priorytetach pana ministra nie ma miejsca na myślenie o specjalistyce, o roli lekarza rodzinnego, o różnicowaniu interesów pierwszej linii i kolejnych linii. I my jako profesjonaliści z tej komisji powinniśmy mieć świadomość, że nawet załatwienie tych dziesięciu punktów... No, być może ustawa systemowa, bo ciągle jest obiecywana ta ustawa systemowa, w tej sprawie się wypowie, ale teraz, kiedy czytam starannie ten cały program pana ministra, widzę, że on dosyć błado wygląda, jeśli chodzi o rozwiązywanie tego wszystkiego, co jest ważne dzisiaj w systemie.

Czy ktoś jeszcze?

Pan senator Karczewski, bardzo proszę.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Odnosząc się do tych wszystkich problemów, może nie wszystkich, ale do części, powiedziałbym tak: ja się nie dziwię lekarzom angielskim, którzy nie chcą pracować w tym zakresie, i nie dziwię się lekarzom polskim, którzy nie chcą tak pracować. Nie chcę być adwokatem ani pana ministra, ani Narodowego Funduszu Zdrowia, ale jednak, jeśli chodzi o finansowanie tej nocnej pomocy lekarskiej, ambulatoryjnej czy wyjazdowej, oprócz tego systemu ratownictwa istnieje również inne finansowanie i jest ono różnie realizowane. Wiem, jak jest w Anglii, jak jest w Niemczech, tam lekarze rodzinni mają to w swoich kompetencjach, ale się dzielą dyżurami i pełnią dyżur raz w miesiącu czy raz na dwa miesiące. Taki był również u nas pierwotny pomysł w tym zakresie. Lekarze rodzinni nie zgodzili się, ale to pewno dlatego, że ta sieć lekarzy rodzinnych jest u nas różnie rozwinięta, inaczej to wygląda na wsi, inaczej w miastach, więc trudno byłoby w tej chwili, na tym etapie stworzyć w jakimś rejonie taką sieć lekarzy rodzinnych, która podjęłaby się tego zadania.

Ja się nie zgodzę z panią senator Fetlińską. Pewno, lekarz rodzinny powinien się zajmować takim pacjentem, zapewnić mu opiekę, ale nie przez dwadzieścia cztery godziny, bo to fizycznie jest niemożliwe, nie przez trzysta sześćdziesiąt pięć dni, bo wydolność jest...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, nie będę mówił tego do mikrofonu, bo się nagrywa, ale chociażby z takiego prozaicznego powodu, że są weekendy, są urlopy, jest prywatność i trzeba mieć to na uwadze. Rozumiem oburzenie lekarzy rodzinnych, którzy nie chcieli wejść do tego systemu. I właściwie duża jest zasługa Porozumienia Zielonogórskiego w takim finansowaniu, jakie jest w tej chwili, bo to w sposób taki zasadniczy wyselekcjonowało pewne zespoły, ogólnie mówię, czy w szpitalach, czy w stacjach pogotowia ratunkowego, i one zajmują się zgłoszeniami, które są jakby poza tą naszą ustawą i w ogóle nie musimy o tym mówić.

Broniłbym jednak tej koncepcji mówiącej o wprowadzeniu takich zespołów wyjazdowych. Nie jest to wyszarpywanie lekarzy z karettek pogotowia, tylko stworzenie prawnej możliwości jazdy zespołów wyjazdowych udzielających pierwszej pomocy kwalifikowanej, kiedy brakuje lekarzy. Pani senator o tym wie, ja o tym wiem i ci, którzy tym się zajmują, też o tym wiedzą: nie ma lekarzy chętnych do pracy w pogotowiu i będzie coraz mniej. Trzeba więc stworzyć taki system i oczywiście nie w sposób jakiś rewolucyjny, ale ewolucyjny – to często używane słowo – musi do tego dojść. Jest podział na zespoły specjalistyczne i zespoły podstawowe. Zasadniczym punktem tej ustawy jest jednak to, że 1 miliard 200 tysięcy zł zostaje w Narodowym Funduszu Zdrowia. I to jest główne zadanie tej ustawy, a resztę będziemy na pewno zmieniać i nowelizować jeszcze nie raz.

#### **Senator Janina Fetlińska:**

Jeśli mogę dodać, to powiem tak: po to są te dwa zespoły, podstawowy i specjalistyczny, żeby na początku był jeden i żeby funkcjonował już, a z biegiem lat, kiedy kadra będzie bardziej doświadczona i samodzielna, będzie można wprowadzać właśnie takich samodzielnych ratowników. Myślę, że skoro w Stanach Zjednoczonych doprowadzono do takiej sytuacji, że ratownicy udzielają samodzielnie pomocy i tylko oni jeżdżą... Ale po ilu latach pracy, u nas może po dwudziestu latach będzie tak.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: W Stanach Zjednoczonych jest nadzór lekarza nad każdym zespołem dojazdowym, więc bardzo bym prosił nie używać argumentu dotyczącego nierozpoznanej sytuacji.)*

Myślę, że mam na ten temat rozeznanie. Chodzi o to, że dojdziemy do takiego stanu może za dwadzieścia lat. A to niekoniecznie trzeba tak bardzo dosłownie czytać.

*(Rozmowy na sali)*

#### **Senator Jadwiga Rudnicka:**

Czy mogę? Chciałabym zwrócić uwagę szanownego pana przewodniczącego i szanownej komisji na temat, który był już poruszany, ale właściwie go nie ma w narodowym problemie walki z nowotworami. Chodzi o przesiewowe badania prostaty – upominam się za panów w tej chwili. To nie jest aż tak drogie, to jest badanie krwi i USG. Myślę, że dokąd jesteśmy komisją...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale czy wy, jako nasi obserwatorzy poczynań w ramach tego narodowego programu, macie szansę, żeby coś tu zrobić?)*

Nie, na razie nie. Spotkanie komisji będzie dwudziestego siódmego – znowu mam dwa w jednym, bo posiedzenie Senatu też jest, ale komisja zbiera się na początku, więc myślę, że jednak tam pójdę. Myślę, że warto by to poruszyć, bo program prze-



siewowy dotyczący prostaty został odsunięty, warto by było, żeby nasza komisja się w jakiś sposób o to upomniała. To tylko tak rzucam...

*(Rozmowy na sali)*

Dobrze, dobrze, dziękuję.

**Senator Janina Fetlińska:**

Panie Przewodniczący, myślę, że byłoby dobrze się pochylić właśnie nad tematem badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania rozrostu prostaty, a także nad rolą lekarza rodzinnego i jego udziałem w badaniach profilaktycznych. Mnożymy liczbę różnych badań, ale pomijamy rolę lekarza rodzinnego, a to musi być osadzone w pewnym kontekście.

I druga kwestia. Miałam to szczęście, dzięki ówczesnemu panu ministrowi Sidorowiczowi, że brałam udział w programie Banku Światowego, w związku z którym w ciechanowskim wprowadziliśmy instytucję lekarza rodzinnego w takim pełnym wymiarze. Pozostałości tego są, nie całość, ale pozostałości. I tam niektórzy lekarze, którzy pracują w tym systemie, a jeszcze są tacy idealiści, właśnie mówią to, co ja mówiłam: że mają tak mało zgłoszeń nocnych dzięki temu, że mają dobrze prowadzoną specjalizację, profilaktykę. Więc nie mówię od rzeczy, tylko mówię o tym, co znam z praktyki. Ta praktyka niestety jest idealistyczna, bo to są tacy lekarze, którzy naprawdę się przejęli swoją rolą i realizują się w niej, mimo że nikt tego tak dokładnie od nich nie wymaga. I to wszystko, co chciałam powiedzieć. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Kończymy posiedzenie komisji.

Dziękuję państwu bardzo za udział, a wnioski napiszę.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 11)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851