

**Parlamentarny  
Zespół ds.  
Rozwiązywania  
Problemów  
Uzależnień**



**VIII kadencja**

## **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

- **PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU  
DS. ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ  
z dnia 21 lipca 2016 r**

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Parlamentarnego Zespołu

### ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień

21 lipca 2016 r.

Parlamentarny Zespół ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Zespołu, którego przedmiotem była: **Taryfikacja świadczeń w zakresie leczenia uzależnień oraz rola i efektywność Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych** zrealizował następujący porządek posiedzenia:

- 1) Taryfikacja świadczeń w zakresie leczenia uzależnień dokonana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przedstawiona w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2016 roku w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- 2) Dotychczasowe trudności, obecne i przyszłe wyzwania Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- 3) Procedura zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu.

W posiedzeniu udział wzięli posłowie: **Kornelia Wróblewska (N)**, **Małgorzata Zwiercan (WiS)** oraz zaproszeni goście: **Aleksander Aleksandrowicz** – dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu, **Krzysztof Brzózka** – dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Katarzyna Łukowska** – zastępca dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Piotr Jabłoński** – dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Katarzyna Żylińska** – główny specjalista ds. Lecznictwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Anna Chodacka** – kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Ewa Gawin** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Opolu, **Iwona Mialik** – kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Lublinie, **Paweł Kołakowski** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży, **Sławomir Grab** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współzależnienia w Stalowej Woli, **Lech Grodzki** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu, **Dariusz Zwierzchowski** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Kielcach **Marek Grondas** – pełnomocnik Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR ds. Leczenia, Terapii i Rehabilitacji, **Anna Zawłocka** – Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al-Anon, **Ewa Dąbrowska** – Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al-Anon, **Andrzej Rosiński** – Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików, **Zbigniew Skawiński** – radny Rady Miasta Tomaszów Lubelski,

**Wojciech Trybocki** – asystent posła Kornelii Wróblewskiej, **Czesław Przystawa** – asystent posła Janusza Sanockiego, **Dominika Górnicka** – asystentka przewodniczącej Zespołu, **Piotr Szypiorowski** – asystent przewodniczącej Zespołu.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Dorota Zielińska-Bąk**.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dzień dobry Państwu. Otwieram ósme posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień. Witam wszystkich przybyłych gości, witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Dyrektora Delegatury Najwyższej Izby Kontroli, przedstawicieli Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Dyrektora oraz przedstawicieli Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, przedstawicieli i Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przedstawiciela Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, przedstawicieli Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, również przedstawicieli stowarzyszeń i organizacji społecznych. Witam również panią poseł, mam nadzieję, że jeszcze do nas dotrą inni członkowie naszego Zespołu. Tematem dzisiejszego posiedzenia jest taryfikacja świadczeń w zakresie leczenia uzależnień, a także rola i efektywność Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz procedura zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Wprowadziliśmy tym samym do dzisiejszego posiedzenia nowy punkt, nieprzewidziany wcześniej w harmonogramie prac Zespołu, w związku z aktualną potrzebą przeanalizowania kwestii nowej taryfikacji świadczeń. Teraz oddam głos asystentowi, panu Piotrowi.

**Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:**

Dzień dobry, chciałbym rozpocząć wskazówką techniczną: w momencie jeśli będziecie Państwo zabierać głos, bardzo proszę o przedstawienie się ze wskazaniem instytucji, w której Państwo pracujecie. Przechodzimy do rozpatrzenia pierwszego punktu porządku posiedzenia: taryfikacja świadczeń w zakresie leczenia uzależnień. Poproszę o zabranie głosu przedstawiciela Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Następnie proszę o zabranie głosu przedstawicieli Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Następnie także przybyłych gości, którzy chcieliby się wypowiedzieć w tym temacie. I na koniec przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji raz jeszcze będzie miał możliwość odniesienia się do informacji uzyskanych przez Państwa i następnie przejdziemy do kolejnych punktów posiedzenia.

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Witam serdecznie. Zgodnie z pismem, które otrzymaliśmy z Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień, punktem pierwszym posiedzenia miała być taryfikacja świadczeń w zakresie uzależnień dokonana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przedstawiona w projekcie rozporządzenia Ministra z dn. 6 maja w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o powiązanie tych dwóch rzeczy, czyli taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej i rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu o zawarcie umowy, to w tym drugim dokumencie jest tak naprawdę tylko jedna jedyna informacja i tylko jedno jedyne odniesienie do taryfikacji świadczeń. A mianowicie, w kryteria, które są określone wprowadzono kryterium tzw. „inne” i tam premiowany jest dodatkowo fakt współpracy z Agencją przy taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to realizacja zapisu ustawy o finansowaniu świadczeń ze środków publicznych. To jest artykuł sto czterdziesty ósmy, gdzie mowa jest o tym, że świadczeniodawca

współpracujący z Agencją będzie premiowany przy konkursie ofert. Jeżeli chodzi o stan prac w zakresie taryfikacji świadczeń to tutaj na pewno państwo wiecie, że podchodziliśmy do taryfikacji psychiatrii i leczenia uzależnień w roku 2015. Wówczas zbieraliśmy dane do ustalenia tej taryfy. Próbowaliśmy zebrać tzw. dane szczegółowe i to był marzec, kwiecień i maj 2015 roku. Próbowaliśmy na tej podstawie wyliczyć taryfę. Niestety, w związku z faktem, iż tych danych szczegółowych nie było, zwróciliśmy się ponownie do świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień o ponowne przekazanie danych. Wtedy uprościliśmy sam system zbierania danych, już nie chcieliśmy danych szczegółowych, chcieliśmy dane jak najbardziej ogólne. W związku z faktem, iż taryfa dotycząca psychiatrii i leczenia uzależnień wzbudzała bardzo wiele kontrowersji, my jeszcze raz podeszliśmy do opracowania tych taryf i dzięki temu powstał projekt, który był zamieszczony na stronie internetowej. On był zamieszczony zarówno z naszym raportem z września 2015 roku, jak i zawierał propozycję nowego obliczenia taryfy. Do tego projektu można było zgłaszać w przewidzianym czasie uwagi. Po weryfikacji uwag, 29 czerwca, została ogłoszona obwieszczeniem nowa taryfa dla psychiatrii. W chwili obecnej nie są prowadzone prace, które dotyczyłyby weryfikacji tej taryfy, aczkolwiek – tak jak mówił na poprzednim posiedzeniu Zespołu pan dyrektor Poznański – taryfa nie jest czymś ustalonym raz na zawsze. Planujemy weryfikację taryf cyklicznie, w zależności od tego, jakie będą potrzeby. Tyle mogę powiedzieć jeśli chodzi o ten przewidziany punkt programu.

**Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:**

Bardzo dziękuję. Prosiłbym panią ze strony Zespołu, w momencie kiedy będzie się pani odnosić do wszystkich informacji, które się pojawiają o próbę odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób w nowej taryfie zapewniono odrębność traktowania leczenia uzależnień od psychiatrii, która jest tak bardzo potrzebna dla uszanowania specyfiki leczenia uzależnień. Dziękuję. Proszę o zabranie głosu przedstawiciela Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

**Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:**

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w kontekście tego, co mówiła pani z Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji mogę powiedzieć rzecz następującą: w ubiegłym roku współpracowaliśmy z Agencją. W roku bieżącym chyba nawet bardziej intensywnie, chociaż bardziej na piśmie niż w sposób bezpośredni na spotkaniach, które odbyły się chyba dwa, o ile dobrze pamiętam. W każdym razie rzecz w tym, że do propozycji, które były przedstawione odnieśliśmy się w rezultacie przygotowań mapy potrzeb dla leczenia uzależnień od alkoholu, odnieśliśmy się też do przygotowywania standardów dla placówek niezbędnych do kontraktacji, ale również odnieśliśmy się do koszyka. Zgłaszaliśmy uwagi bardzo konkretne. To jest duża tabela, w której zwracaliśmy uwagę zarówno na sformułowania, jak i na specjalistyczne definicje dotyczące leczenia uzależnień i w znacznej części te uwagi zostały uwzględnione. Natomiast, odnosząc się do samej taryfikacji, w naszym stanowisku, które było przesyłane zarówno do pana prezesa, z powiadomieniem Ministerstwa Zdrowia, w trakcie konsultacji nad rozporządzeniem, jak i już po opublikowaniu rozporządzenia (zarówno tego z 29 i z 30 czerwca), nadal uważamy, że pewne elementy, które są zawarte w wycenie mogłyby być ustawione nieco inaczej. Stwierdziliśmy, że w przypadku świadczeń poradni zwiększono punktową wycenę o 5%, ale w zasadzie dokonano tego standardowo. Dla niektórych poradni oznacza to przyrost. Szczególnie w regionach, gdzie niżej opłacane są punkty, oznacza to pewien przyrost kwot. Natomiast dla tych województw, gdzie ta punktacja wyceniona była wyżej, może oznaczać pewien regres. Różnice pomiędzy regionami były znaczne. Warto też zwrócić uwagę, i zwróciliśmy uwagę na to, że dość wysoko wyceniona jest opieka dzienna, system dziennego leczenia odwykowego. Warto pamiętać, że to jest taka część najmniej popularna, najmniej skuteczna i tutaj, mówiąc wprost, zwiększenie puli świadczeń, traktowane przez nas jako chęć rozwoju tej części leczenia odwykowego, w naszym przekonaniu nieco mija się z celem, dlatego że warto inwestować i te środki przeznaczać raczej do tych części leczenia, które funkcjonuje dobrze, daje pewną skuteczność i cieszy się również popularnością wśród pacjentów. Warto te pieniądze lokować do

przychodni, do ambulatoriów, może w jakimś stopniu też do zakładów leczenia całodobowego. Dlatego że w ubiegłych latach, przynajmniej w ubiegłym roku, placówki leczenia dziennego, o ile dobrze pamiętam te dane, nie wykonały kontraktów na poziomie dwudziestu kilku procent. Tutaj w moim przekonaniu jest pewna rezerwa, którą można skierować w inne miejsca. Nie wnioskowaliśmy o to, żeby w systemie pojawiło się dużo więcej pieniędzy, natomiast proponowaliśmy – i myślę, że przy tej propozycji będziemy trwać – żeby nieco inaczej te fundusze rozkładać. Natomiast w moim przekonaniu, i tutaj stanowisko Państwowej Agencji nie może być inne, to co jest związane z taryfikacją jest poza nami. My służymy jako konsultanci, służymy swoją wiedzą, konsultujemy również nasze wystąpienia z placówkami leczenia, z częścią z państwa, którzy tutaj są. Te osoby były w naszych zespołach konsultacyjnych. Ale bardzo chętnie będziemy zbierali dalsze informacje. Szczególnie o tym, co przeszkadza, co można byłoby zmienić, co można byłoby poprawić w funkcjonowaniu również od strony ekonomicznej. Bo, nie ma się co oszukiwać, taryfikacja generalnie może być napędem do tworzenia czegoś nowego, do wygaszania czegoś, co jest mało skuteczne bądź mało popularne. Myślę, że w przypadku leczenia uzależnień znaczne wsparcie powinny mieć przychodnie ambulatoryjne, placówki całodobowe. Natomiast jeśli chodzi o tę część dzienną, one są, istnieją, ale nie do końca spełniają swoją rolę. Takie stanowisko przedstawiliśmy Ministrowi Zdrowia. Myślę, że to tyle na ten temat. Bardzo chętnie, skrzętnie będę notował to, co ze strony państwa padnie, szczególnie tych, którzy mają do czynienia z kontraktowaniem i pracują w terenie.

**Główny specjalista ds. Lecznictwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii  
Katarzyna Żylińska:**

Dzień dobry państwu. Od razu na początku powiem, że przedstawiona propozycja taryf świadczeń przez Agencję budzi nasze głębokie zaniepokojenie. Mamy sporo różnych zastrzeżeń, ale powiem o tych najbardziej kluczowych dla naszego obszaru, to jest terapii uzależnień i ośrodków psychoaktywnych. Nasz zdecydowany sprzeciw, chciałabym bardzo, żeby to wybrzmiało, budzi wycena świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych. Ja tu bym bardzo chciała szczegółowo omówić konkretne świadczenia i nasze zastrzeżenia. Zaproponowane taryfy są niewspółmierne do kosztów ponoszonych przez placówki i zupełnie niezrozumiałe w porównaniu z taryfami określonymi dla placówek ambulatoryjnych. Największe nasze zdumienie budzi taryfa określona dla świadczeń rehabilitacyjnych, tych podstawowych stacjonarnych, dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Zaproponowana taryfa to jest dziesięć punktów, co po przeliczeniu według średniej ceny punktu wyliczonej na podstawie danych NFZ daje wartość dziewięćdziesięciu pięciu złotych. Dla porównania godzinna sesja psychoterapii indywidualnej w zakresie świadczenia terapii uzależnień od substancji została wyceniona na sto trzy złote. To jest rażąca dysproporcja. W praktyce oznacza to, że w większości województw stawka, która obecnie obowiązuje spadnie o średnio dwadzieścia złotych, a stawki, które teraz obowiązują i tak są już niewystarczalne i od kilku lat nie były waloryzowane. W naszym przypadku sytuacja jest dramatyczna. Warto podkreślić, że w przypadku leczenia całodobowego w koszt leczenia wchodzi nie tylko koszty personelu psychoterapeutycznego, ale koszty personelu pomocniczego, koszty administracyjne, koszty leków, koszty żywienia całodobowego. Pacjenci ośrodków stacjonarnych, ze względu na zaburzenia wywołane rodzajem przyjmowanych substancji (często są to dopalacze) wymagają bardzo kosztownych konsultacji psychiatrycznych, neurologicznych, co bardzo podnosi koszty. Ta wnioskowana przez AOTM wycena drastycznie, naszym zdaniem, odbiega od rzeczywistego rachunku tych kosztów, co grozi bardzo poważnym ograniczeniem dostępności i pogorszeniem jakości tych świadczeń, z całą pewnością zmniejszy jakość oddziaływań psychoterapeutycznych, a także zmniejszy zatrudnienie specjalistów terapii uzależnień. Obawiamy się również, że wydłuży to czas oczekiwania na przyjęcie do leczenia. To wyliczenie taryfy na poziomie dziewięćdziesięciu pięciu złotych nie ma żadnego uzasadnienia. Ani merytorycznego, ani ekonomicznego. Kolejnym świadczeniem, którego wartość spadła w stosunku do ceny, która teraz obowiązuje, są krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych. Chodzi tu o

stacjonarne, bardzo intensywne oddziaływania. Nowa stawka dzienna za osobę będzie wynosiła teraz około stu dwudziestu trzech złotych za osobę. To też oznacza zmniejszenie o około piętnaście złotych w stosunku do stawki średnio obecnie obowiązującej i nie pozwala na pokrycie wszystkich kosztów utrzymania psychoterapii i dodatkowych świadczeń medycznych. Kolejna stawka, która wzbudziła nasze zaskoczenie i zdumienie to wycenienie świadczeń terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi, czyli tzw. podwójną diagnozą. Tutaj taryfa wynosi sto dwadzieścia osiem złotych i jest zdecydowanie niewystarczająca, by pozwolić na świadczenie usług na należytym poziomie ze względu na bardzo wysokie koszty zatrudnienia specjalistycznej kadry psychiatrycznej, pielęgniarstwa, leków i utrzymania. Jedynym świadczeniem, gdzie stawka wzrosła, i to jest pożądanym przez nas kierunkiem, jest świadczenie rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, czyli rehabilitacja osób z podwójną diagnozą. Natomiast dalej jest to stawka niewystarczająca. Nie rozumiemy dlaczego AOTM wyżej wycenił świadczenia rehabilitacji dla osób uzależnionych z podwójną diagnozą niż świadczenia terapii dla osób uzależnionych z podwójną diagnozą, ponieważ oddziaływanie terapeutyczne jest pierwszym, gdzie trafia pacjent i tam wymaga on znacznie większej ilości kosztochłonnych procedur niż w rehabilitacji, ponieważ tutaj następuje jego stabilizacja po odstawieniu środków psychoaktywnych, diagnostyka psychiatryczna, psychologiczna, ujawniają się inne schorzenia, które wcześniej były tłumione przez narkotyki. To wszystko wymaga diagnostyki i leczenia, więc proponujemy, żeby te stawki przynajmniej były na zbliżonym poziomie, jak nie podniesienie stawki dla świadczeń terapii. Chcieliśmy podnieść jeszcze jeden temat. Krajowe Biuro chciałoby wyrazić głęboki niepokój związany z faktem niższej wyceny świadczeń rehabilitacyjnych stacjonarnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w porównaniu do stacjonarnych świadczeń terapii uzależnienia od alkoholu. Stawka u nas wynosi dziewięćdziesiąt pięć złotych, w przypadku stacjonarnych świadczeń terapii uzależnień od alkoholu sto trzydzieści jeden złotych i osiemdziesiąt dwa grosze. Dodatkowo jeszcze wspomnę, że jeżeli chodzi o świadczenia związane z terapią osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, to niższe niż te zwykle świadczenia stacjonarne dla osób uzależnionych od alkoholu wycenione są również krótkoterminowe intensywne świadczenia terapii uzależnień od substancji oraz, co jeszcze bardziej niezrozumiałe, świadczenia terapii dla osób uzależnionych z podwójną diagnozą. W pewien sposób wydaje się, że ten projekt dyskryminuje osoby uzależnione od narkotyków w porównaniu z osobami uzależnionymi od alkoholu, bo niższa wycena oznacza niższą jakość. Krajowe Biuro nie rozumie na podstawie jakich przesłanek Agencja zakłada, że leczenie osób uzależnionych od narkotyków wymaga mniejszych nakładów finansowych. Warto podkreślić, że zgodnie z wynikami badań naukowych modele leczenia osób uzależnionych od narkotyków i od alkoholu wymagają podobnej wiedzy i kompetencji oraz podobnych oddziaływań psychoterapeutycznych. Warto też zwrócić uwagę, że osoby uzależnione od narkotyków to są osoby znacznie młodsze niż osoby uzależnione od alkoholu. Często są to dzieci i młodzież. To uzależnienie rozwija się szybciej i wydawałoby się, że to nakłada na organizatora opieki zdrowotnej obowiązek szczególnej troski o tę grupę osób. W Polsce mamy do czynienia z sytuacją, w której na oddziałach dla uzależnionych od alkoholu leczą się osoby dorosłe, a w ośrodkach dla uzależnionych od narkotyków leczą się osoby bardzo młode, w większości poniżej trzydziestego roku życia, a połowa z nich to osoby poniżej osiemnastego roku życia. Niestety ten fakt nie znalazł potwierdzenia w przedstawionej taryfikacji. Tu jeszcze raz wróć do problemu związanego z nowymi substancjami. Ich używanie rodzi szereg problemów zdrowotnych, które wymagają specjalistycznych konsultacji we wszystkich typach świadczeń świadczonych w placówkach stacjonarnych. To wymaga wielu specjalistycznych konsultacji i psychiatrycznych, i neurologicznych i to powinno wpłynąć na wycenę tych świadczeń. Te różnice przez AUTM nie zostały wychwycone, nie ma odzwierciedlenia w przedstawionej taryfie. Mamy wrażenie, że przyjęta metodologia odzwierciedla wyłącznie mizериę obecnych rozwiązań, utrwała ją i nie stwarza możliwości polepszenia jakości świadczeń i optymalizacji organizacji tych świadczeń. Na koniec chciałam

powiedzieć również, że niepokoi nas także fakt, że postulaty Krajowego Biura, a także ekspertów w dziedzinie leczenia uzależnień zgłaszane w wielu pismach do Prezesa AOTM-u i Ministerstwa Zdrowia nie zostały wzięte pod uwagę. Nie uwzględniono również procedur zaproponowanych i poprawionych przez nas referencyjnych przebiegach świadczeń, nie uwzględniono wymagań specyfiki, jaką wskazywaliśmy w poprzednich naszych pismach. Podsumowując, wprowadzenie tych zaniżonych cen świadczeń spowoduje uwstecznienie standardów leczenia o kilkanaście lat albo wręcz zamykanie placówek, a w kontekście aktualnej sytuacji epidemiologicznej i wzrastającej liczby pojawiających się na rynku nowych substancji psychoaktywnych, to może mieć bardzo poważne konsekwencje. Dziękuję.

### **Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:**

My od początku prób rozmawiania z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji współpracowaliśmy ściśle z Krajowym Biurem. W konsekwencji to, co pani Katarzyna przed chwilą przedstawiła w dużej mierze jest też naszym stanowiskiem, ale chciałbym zwrócić uwagę na pewną filozofię określania tych taryf i na problemy, jakie z tego wynikają. Otóż, mam wrażenie, że te nieporozumienia, o których pani Katarzyna mówiła wynikały między innymi z tego, że to Centrum Badawcze, bo tak to chyba należy nazwać, nie starało się zrozumieć specyfiki, wedle której przebiega proces terapii i jaka jest tradycja leczenia osób uzależnionych w Polsce. Większość ośrodków stacjonarnych to ośrodki bardzo małe, maksymalnie trzydziestoosobowe. Od czasów kiedy Marek Kotański wyprowadził swoich pacjentów ze struktury medycznej i postanowił założyć własny ośrodek i stosować inne metody leczenia oparte na społeczności terapeutycznej ta historia się u nas utrwaliła. Mamy w tej chwili bardzo takich ośrodków. Stowarzyszenie MONAR ma ich trzydzieści, to jest więcej niż jedna czwarta, ale spora część tych, które są poza naszym stowarzyszeniem to są też ośrodki posługujące się tą metodą. Ta metoda ma wiele zasług i pozytywnych cech. Nie będę chyba ich tutaj wymieniał, ponieważ jest to sprawa bezdyskusyjna. Natomiast problemem naszym od pewnego czasu jest to, że mamy do czynienia z brakiem zrozumienia ze strony środowiska medycznego, które metodę społeczności terapeutycznej traktuje chyba troszeczkę z lekceważeniem. Mam wrażenie, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie zechciała zająć się metodą społeczności terapeutycznej i pracującymi na podstawie tej metody ośrodkami jako bardzo specyficzną formą leczenia, która wymaga innego potraktowania. Z jednej strony to są ośrodki małe, gdzie bardzo istotne jest kształtowanie osobistych relacji w grupie terapeutycznej, w społeczności terapeutycznej i pomiędzy terapeutami a pacjentami. Z drugiej strony to są ośrodki, które się samofinansują. Nie są w stanie przerzucić efektów wzrostu kosztów leczenia na jakieś większe struktury, które mogłyby je w tym wesprzeć. W konsekwencji, jeżeli mieliśmy do czynienia z taką sytuacją, że przez siedem lat nie było odnawianych kontraktów, kontrakty były aneksowane, to inne struktury medyczne zajmujące się terapią uzależnień od narkotyków były w stanie przerzucić te koszty, ponieważ były umieszczone instytucjonalnie, na przykład w dużych szpitalach. Natomiast nasze ośrodki nie były w stanie tego zrobić. Konsekwencją tego jest taka, że mamy za sobą siedem lat cięcia kosztów. I teraz po siedmiu latach takiej sytuacji kiedy te koszty są już napięte do granic możliwości, dostajemy pytanie o to, jak wyglądają te koszty i na tej podstawie próbuje się sformułować pewne taryfy. To jest nieporozumienie. Myślę, że powinniśmy się zajmować raczej tym, jak te koszty wyglądały w stanie pożądanym, a nie w stanie kryzysu finansowania leczenia uzależnień. To jest jedna sprawa. Druga sprawa to też chyba niedocenienie roli społeczności terapeutycznej w kontekście tego, jakie osoby tam pracują i ile to kosztuje. My zaproponowaliśmy w związku z tym Agencji Technologii Medycznych bardzo prosty sposób: odwrócenie się od tej metodologii, do której Agencja jest przywiązana, zapoznanie się z pracą ośrodków. Jesteśmy gotowi przedstawić naszych własnych ekspertów. Myślę, że to jest bardzo proste, żeby wyliczyć koszty pracy takiego ośrodka. Mimo naszych próśb Agencja nadal upiera się przy swojej metodologii, a jest to metodologia, która budzi bardzo poważne wątpliwości. Dlaczego? Ponieważ ona jest dostosowana do wielkich oddziałów szpitalnych, w związku z tym nasi księgowi nie są w stanie odpowiedzieć na te ankiety, które agencja przysyła.

Próbaliśmy się dowiedzieć o rolę ekspertów, ponieważ w głowie nam się nie mieściło, że można wyliczyć cenę osobodnia osoby, która się leczy czyli jest utrzymywana, wyposażana w różne środki medyczne i jednocześnie jest poddawana wielu dość złożonym i wymagającym kwalifikacji oddziaływaniom terapeutycznym w ciągu dnia. Jak to się dzieje, że się wycenia koszt takiego leczenia na dziewięćdziesiąt złotych, podczas gdy na przykład jedna godzina spotkania z psychoterapeutą w poradni kosztuje więcej. I okazało się na przykład, że uczestnictwo ekspertów polegało tylko na tym, że zadawano im pytania. Natomiast nie mieli szansy na swobodne wypowiedzi, takie które oddawałyby ich zasoby kompetencji. Proszę państwa, jeżeli badacz, który się nie zna na jakimś przedmiocie rezerwuje sobie wyłączne prawo do zadawania pytań to jest nieporozumienie, bo w takiej sytuacji to ekspert jest od zadawania pytań, bo on wie, na czym polega przedmiot badania, a nie badacz, który tego przedmiotu nie zna. Druga sprawa, która się z tym też wiąże to jest kwestia zastosowania takiej metody w sytuacji kiedy my nie mieliśmy żadnego wpływu na to, żeby zaproponować jakąś jej zmianę. Kilkrotnie proponowaliśmy i to się niestety nie udawało. Pozostajemy przy swojej propozycji, którą kilkakrotnie wysyłaliśmy w rozmaitych pismach. Proponujemy naszych własnych ekspertów, którzy znają istotę pracy społeczności terapeutycznych, a nie wielkich ośrodków, bo ta metodologia się do tego kompletnie nie nadaje.

### **Reprezentant Wspólnoty Anonimowych Alkoholików w Polsce Andrzej Rosiński:**

Co prawda chciałem zabrać głos w innej kwestii, ale myślę, że skoro rozmawiamy o pieniądzach, zabiorę ten głos teraz. Być może znalazłem część pieniędzy, która mogłaby być przekazana na finansowanie leczenia osób uzależnionych od narkotyków. W sprawozdaniu Ministerstwa Zdrowia z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości za 2014 rok na stronie 102, jest to przedostatnia strona tego sprawozdania, więc łatwo to odnaleźć, znajduje się dziwna kwota. Jest to finansowanie grup samopomocowych i ta kwota wynosi czternaście milionów sześćset tysięcy i w tym są wymienieni Anonimowi Alkoholicy, DDA, Al-Anon i Al-Ateen. Chciałbym się wypowiedzieć wyłącznie w imieniu Wspólnoty Anonimowych Alkoholików, aby zwrócić uwagę na to, że Wspólnota Anonimowych Alkoholików nie ubiega się, nie chce, a wręcz sobie nie życzy, aby jakiegokolwiek środki finansowe na naszą działalność pochodziły spoza Wspólnoty. To wynika z naszych założeń, naszych celów i my tych pieniędzy, po pierwsze, nie chcemy, a po drugie, oczekujemy, że osoby sprawujące nadzór nad wydawaniem tych pieniędzy spróbują jakkolwiek wpłynąć na dysponentów tych środków, aby te pieniądze trafiały pod właściwy adres. My wiemy, że uczestnicy naszej Wspólnoty to też niestety są tylko ludzie. Swoimi kanałami potrafią docierać do tych środków, ale te środki są przeznaczane na cele absurdalne, bo są przeznaczane na organizowanie imprez rocznicowych, na jakieś różnego rodzaju pielgrzymki, na spotkania trzeźwościowe, na zakup literatury dla grup. My prosimy, żeby tego nie robić. To znaczy nie mamy zamiaru składać doniesień do prokuratury, bo nie mamy takich uprawnień, natomiast jeżeli chociażby dziesięć procent z tej kwoty udałooby się przekazać na leczenie osób uzależnionych, to myślę, że warto się nad tym problemem pochylić. Są też na sali uczestnicy i uczestniczki wspólnoty Al-Anon, więc może niech się wypowiedzą. Ja chciałem się wypowiedzieć wyłącznie w imieniu Wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Dziękuję.

### **Przedstawicielka Stowarzyszenia Służb Grup Rodzinnych Al-Anon Anna Zawłocka:**

Tak jak tutaj pan Andrzej Rosiński powiedział, wspólnota Al-Anon, której integralną częścią są grupy Alateen również utrzymuje się z własnych datków. Nie przyjmujemy żadnych dotacji z zewnątrz i również nie chcemy, aby żadne dodatkowe pieniądze wpływały na nasze konto, a tym samym zaburzały informacje o Al-Anon. Później są różnego rodzaju nieporozumienia, że my otrzymujemy pieniądze, za które organizujemy jakieś zloty. Utrzymujemy się z własnych datków i również nie chcemy, żeby nazwa Al-Anon i inne finanse były powiązane z Al-Anonem. Dziękuję.



## **Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży Paweł Kołakowski:**

Nawiążę do wypowiedzi przyjaciół reprezentujących ruch AA i Al-Anon. Myślę sobie, że w dalszym ciągu w świadomości naszego społeczeństwa funkcjonuje taka zbitka terminów. Na przykład na moim terenie często też ludzie, pytając nawet o drogę do ośrodka terapii uzależnień, pytają: „Gdzie jest ten ośrodek AA?”. Idąc dalej, w samorządach gminnych też funkcjonuje często takie myślenie w sprawozdawczości. Kiedy urząd sprawozdaje wydatkowanie tzw. „funduszy kapslowych”, wszystko, co jest organizowane dla Klubów Abstynenta, stowarzyszeń i tak dalej, jest sygnowane być może w tej rubryce i stąd pojawiają się takie kwoty. Myślę, że jeszcze pewnie trochę lat nam trzeba, żeby tę rzeczywistość w myśleniu społecznym prostować, ale też i prostować myślenie urzędników. Chciałbym wrócić również do zasadniczego punktu naszych rozważań, mianowicie ten dokument wydany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Odniosę się tylko do dwóch praktycznych rzeczy i myślę, że to dotyczy i leczenia uzależnionych od alkoholu, jak również uzależnionych od środków psychoaktywnych. W poradniach jest świadczenie sesji psychoterapii rodzinnej. Jego wycena została proporcjonalnie zwiększona z 4 punktów na 4,2 punktu, natomiast ze sprawozdawczości wiem, że ono jest rzadko wykonywane w placówkach. Myślę, że ono się tam znalazło przez analogię doświadczeń psychiatrycznych. Jeżeli przyjdzie to terapeutę pacjent ze swoją rodziną i jest tam ileś osób, to wtedy tę stawkę pomnoży się razy ilość członków rodziny i wtedy to jakoś wychodzi. Natomiast w przypadku uzależnień są potrzebne sesje psychoterapii albo, inaczej mówiąc, sesje terapii par czy małżeństw, gdzie ta dziedzina jest w naszych placówkach zaniedbana, kuleje. A często mamy do czynienia z takim obrazkiem, że nasz klient przechodzi terapię, przestaje pić, z chwilą odstawienia alkoholu czy to środka psychoaktywnego problemy rodzinne nie rozwiązują się samoistnie, dalej się nasilają, dalej ta osoba jest sprawcą przemocy, bo nie radzi sobie z emocjami i w relacjach z osobami najbliższymi i po paru latach abstynencji ci nasi klienci przychodzą do nas zrozpaczeni. Rozpadają się związki małżeńskie. Myślę, że te statystyki rozwodów i dzieci wychowywanych bez obojga rodziców w Polsce ciągle rosną i są znaczące. Mój wniosek jest taki: albo dodać jeszcze jedną specyficzną zdefiniowaną procedurę medyczną „psychoterapia par”, albo tak zwiększyć punktowo te sesje psychoterapii rodzinnej, by były odpłacalne, ponieważ prowadzenie takiej sesji z parą czy z małżeństwem wymaga więcej zaangażowania emocjonalnego, większych kwalifikacji terapeuty niż godzinna sesja psychoterapii indywidualnej. I jeżeli terapeuta ma dwanaście punktów za sesję godzinną, czyli ponad sto złotych, to nie opłaci mu się pracować z parą za osiemdziesiąt złotych. To jeden wniosek. Znowu wrócę do oddziałów dziennych. Rozumiem, że one są tak wysoko wycenione – jest wzrost w stosunku do obecnej wyceny aż o dwa punkty – żeby motywować, żeby motywować nas do tego, byśmy motywowali pacjentów i więcej wykonywali, ale to się w praktyce nie udaje, bo ci pacjenci często przerywają terapię, często mają problem w małych miejscowościach z dojazdem na terapię dzienną i tak dalej. Poza tym różnica w kosztach w proponowanej taryfikacji to jest w praktyce około dziewięć-dziesięć złotych. I teraz wyobraźcie sobie państwo, że za tę kwotę trzeba by utrzymać pacjenta całodobowo, wyżywić, zapewnić lokal, zapewnić całodobowy dyżur personelu, wszystkie konsultacje medyczne, diagnostykę i tak dalej. To jest nierealne. Mój wniosek i postulat jest taki, żeby to urealnić. Ewentualnie zmniejszyć punktację w oddziałach dziennych, o 1 punkt zwiększyć w oddziałach całodobowych tak, żeby to mogło się urealnić. I jeszcze chciałbym się odnieść do tego, co mówił pan kolega przedstawiciel z MONARU. Jeśli byśmy zsumowali zatrudnienie poszczególnych grup personelu, jakich wymagają od nas zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zsumowali godziny tego zatrudnienia i przyjęli przynajmniej średnią płacę krajową, wtedy wyszedłby nam z tego realny koszt osobodnia. Natomiast w naszych placówkach często jest tak, że ludzie nie mają nawet minimalnej płacy krajowej. Czasem pracują na umowę-zlecenie, czasem pracują poniżej swojej godności i kwalifikacji i jeżeli taka tendencja będzie dalej utrzymana, to leczenie będzie się degradować. Dziękuję.

### **Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli Sławomir Grab:**

Dzień dobry. Jeszcze raz odniosę się do tego, co zostało już powiedziane o specyfice leczenia odwykowego. Myślę sobie, że ten termin „taryfikacja świadczeń z zakresu leczenia uzależnień” jest nieprecyzyjny, bo warto byłoby mówić: „ludzi uzależnionych”, bo tutaj jest to różnicowanie. Pan z MONARU tutaj powiedział o kilku grupach pacjentów, na które warto byłoby zwracać uwagę, ale oczywiście w terapii uzależnień u uzależnionych od alkoholu również mamy podwójne diagnozy. Często w tej chwili są młodzi ludzie, którzy są uzależnieni od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Chciałem się jeszcze odnieść do tego, co powiedział pan Paweł. Degradacja leczenia przy terapii uzależnień. Grozi nam to dlatego, że promowane są bardzo duże placówki. Duże oddziały, tzw. „odwykowe, często w strukturach szpitali psychiatrycznych, sto-sto dwadzieścia łóżek. Zupełnie inaczej jest kiedy mamy stu dwudziestu pacjentów, którzy mają trzysta punktów niż na przykład mała placówka trzydziestołożkowa. Od razu chcę powiedzieć, że poniżej trzydziestu łóżek nie ma możliwości skutecznego pomagania. Za te pieniądze nie ma możliwości, myśmy to liczli. To jest minimalny poziom. Takie finansowanie po prostu jest niewystarczające. Placówki pięćdziesięciołożkowe z trudem dopinają. Można sobie od razu też wyobrazić poziom świadczonych usług. W studwudziesto łóżkowym jest, powiedzmy, dziesięciu terapeutów i w pięćdziesięciołożkowym jest dziesięciu terapeutów. Chcę powiedzieć, że – ze zdumieniem to stwierdziłem – koszty osobowe terapii uzależnień i w innych dziedzinach leczenia medycyny są mniej więcej takie same. Siedemdziesiąt pięć do osiemdziesięciu procent. Zadałem sobie pytanie, jak to się dzieje, że inne dziedziny medycyny mają podobny poziom finansowania. Wydawałoby się, że mają znaczenie więcej pieniędzy do wydania na sprzęt, na leki, a tak się nie dzieje. Procent jest ten sam, ponieważ leczenie odwykowe szeroko rozumiane nie zadłuża się. My zawsze jesteśmy poniżej tego pułapu, który jest udziałem różnych dziedzin medycyny. Myślę sobie, że trudno jest oddzielić te propozycje oceny ofert, gdzie właściwie są ukryte standardy, jakie powinny być spełniane w placówkach, które świadczą terapię uzależnień i od razu trzeba powiedzieć, że to są standardy zdecydowanie zaniżone. Ilość specjalistów psychoterapii uzależnień, psychologów klinicznych, psychoterapeutów jest wrzucona właściwie do jednego worka tak, jak gdyby tej specyfiki nie było. Stąd wniosek, że chyba rzeczywiście osoby, które są decyzyjne nie rozumieją, na czym polega terapia uzależnień. Oddzielić oceny ofert od wyceny – moim zdaniem tego się nie da zrobić, a jesteśmy tego świadkiem, co w moim przekonaniu bardzo źle rokuje. Dziękuję.

### **Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Kielcach Dariusz Zwierzchowski:**

W poszukiwaniu pieniędzy chciałbym zwrócić uwagę na takie zjawisko, którym niejednokrotnie kieruje się Narodowy Fundusz Zdrowia. On bardzo często kieruje się zasadą jak największej dostępności, żeby jak najwięcej placówek było na danym terenie. Czym to skutkuje? Szczególnie w dużych lub średnich miastach bywa tak, że są dobre placówki, które są w stanie przyjąć wszystkich pacjentów i mają za mały kontrakt, robią nadwykonania, które nie są finansowane przez NFZ. A z drugiej strony są jeszcze jakieś inne placówki, które absolutnie funkcjonują poza obowiązującymi standardami i też dostają kontrakt. Merytorycznie sprawa wygląda w ten sposób, że większość osób uzależnionych, jeżeli ma się wybrać na leczenie, to oczywiście jest skłonna wybrać takie leczenie, które będzie się odbywać raz na dwa tygodnie przez piętnaście minut albo raz na miesiąc przez piętnaście minut, a nie dwa razy w tygodniu przez trzy godziny czy kilka razy w tygodniu. W związku z tym jest skłonność do wyboru tych placówek, które funkcjonują w gorszym standardzie. Moja sugestia sprowadza się do tego, że NFZ powinien skończyć z kierowaniem się zasadą dostępności tylko dlatego, żeby więcej miejsc było. Bo dobre placówki, które funkcjonują w dużych miastach najprawdopodobniej są w stanie przyjąć wszystkich tych pacjentów i nie ma potrzeby, żeby pieniądze się rozdrabniały na jakieś małe, mało istotne placówki. To taki jeszcze jeden głos w dyskusji. Dziękuję.

**Asystent pisa Kornelii Wróblewskiej Wojciech Trybocki:**

Chciałbym wypowiedzieć się w kierunku pana ze Wspólnoty AA, ponieważ też jestem członkiem Wspólnoty AA i wiem o tym, że to jest nieporozumienie jeżeli Wspólnota AA się utrzymuje ze składek swoich członków i nigdy nie występowała do żadnych instytucji o dofinansowanie. Jeszcze chciałbym zapytać panią, która mówiła o sprawach uzależnienia dzieci i młodzieży od narkotyków, że jest o wiele więcej leczonych dzieci uzależnionych od narkotyków. Dzieci uzależnionych od alkoholu też jest bardzo duża ilość, tylko może nie jest to przedstawiane w statystykach. Trochę mógłbym z panią polemizować w tym temacie. Dziękuję.

**Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński:**

Doszło do nieporozumienia. Pani Kasia nie oceniała, nie przytaczała tutaj danych dotyczących zachorowań na uzależnienia od alkoholu czy od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Mówiła tylko o tym, że specyfiką leczenia uzależnień od alkoholu jest to, że średnia wieku tych ludzi jest dużo wyższa, to z reguły są ludzie dorośli. Natomiast specyfika leczenia osób uzależnionych jest taka, że co najmniej w pięćdziesięciu procentach trafiają tam osoby poniżej trzydziestego, a w znacznym stopniu poniżej osiemnastego roku życia. Natomiast to oczywiście nie znaczy, że osoby młodociane, które uzależniają się od alkoholu nie wymagają leczenia czy nie są leczone w Polsce. Proces uzależnienia od alkoholu trwa jednak znacznie dłużej, jest rozciągnięty w czasie. Natomiast od substancji psychoaktywnych, jak na przykład heroina, może trwać dni czy tygodnie. I stąd jest ta różnica w obrazie klinicznym i potem w potrzebach leczniczych.

**Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:**

Po pierwsze to, co podnosił pan Sławomir Grab ma swoje istotne znaczenie, może nie tyle w taryfikacji (mówię tu o małych placówkach). Kiedyś był taki zapis mówiący o tym, że każdy, kto spełnia warunki, powinien kontrakt dostać i stąd przy stałej kwocie pieniędzy namnożyło się podmiotów niewielkich, które też musiały dostać kontrakt, który w naszym przekonaniu z założenia nie mógł spełnić wymogów dotyczących nowoczesnej psychoterapii. Jeszcze uwaga dotycząca kryterium wyboru ofert. Do tego kryterium też zgłaszaliśmy uwagi. Na podstawie konsultacji tego typu placówki, jeśli muszą być eliminowane, to eliminowane na podstawie kryteriów oceny ofert. Natomiast, kończąc wątek AA, otworzyłem sobie nasze sprawozdanie i tu jest sformułowanie następujące, jeśli chodzi o te czternaście milionów złotych: „Finansowanie grup samopomocowych (AA, Kluby i Stowarzyszenia Abstynenckie, DDA, Al-Anon i Alateen)”. Nie potrafię powiedzieć, jaka część jest sprawozdawana przez gminy w odniesieniu do samych grup AA. Jest oczywiście, że te środowiska nie powinny być finansowane, niemniej tu jest zbitka. Kilka gmin, czy kilkadziesiąt, również sprawozdaje pieniądze, które są niby przeznaczone na AA. Czasem jest rzeczywiście tak, jak mówił pan Paweł Kołakowski. Wynika to po prostu z niezrozumienia tematu. Natomiast jeśli chodzi o finansowanie świadczeń w zakresie leczenia odwykowego, to warto powiedzieć, że wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku to było trzysta dziewięćdziesiąt pięć milionów złotych, gminy w sposób bezpośredni do zwiększenia liczby usług dołożyły około trzydziestu ośmiu milionów złotych. Powiem szczerze, nie przeceniałbym tej kwoty, która idzie na AA jako metody na wzmocnienie leczenia placówek, bo to jest kropla w morzu potrzeb. Bardzo dziękuję.

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Na samym wstępie chciałabym podziękować zarówno PARPIE, jak i Krajowemu Biuru ds. Przeciwdziałania Narkomanii za współpracę. Zarówno przy taryfikowaniu psychiatrii, a szczególnie leczenia uzależnień natknęliśmy się na bardzo wiele problemów. Po pierwsze była to pierwsza taryfikacja, która była prowadzona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, gdzie nie mieliśmy ani kontaktu ze świadczeniodawcami, ani nie znaliśmy specyfiki rynku świadczeń. Wydział taryfikacji powstał w styczniu 2015 roku, a jak państwo wiecie,

projekt pierwszej taryfy był gotowy już w czerwcu. Idąc taryfikacją, od razu uczyliśmy się specyfiki świadczeń. Zwracaliśmy się niejednokrotnie do tych dwóch instytucji z prośbą o to, żeby pomóc nam w naborze świadczeniodawców, dlatego że w pierwszym naborze praktycznie odbiliśmy się od ściany. Zebraliśmy tak niewiele danych, że wyliczenie jakichkolwiek taryf graniczyło z cudem i wiadomo było, że one nie będą dobrymi taryfami. Stąd była ta dogrywka psychiatrii kiedy uprościliśmy pliki. Chylę czoła przed świadczeniodawcami, którzy przeszli razem z nami przez to pierwsze ogłoszenie taryfikacji, gdzie rzeczywiście postawiliśmy sobie za punkt honoru zebranie danych szczegółowych na każdego pacjenta. Ale to też miało swoją podstawę, dlatego że wszyscy świadczeniodawcy, eksperci kliniczni z którymi się kontaktowaliśmy zwracali uwagę na specyfikę pacjenta i psychicznie chorego, i uzależnionego. To jest pacjent bardzo trudny i zejście do jego poziomu szczegółowości zbierania danych dopiero nam odpowie na pytanie, jakie są koszty leczenia. Jednostki są małe, nie mają systemu elektronicznego, który by zbierał dane w takim stopniu szczegółowości, więc my po prostu tych danych nie uzyskaliśmy. Kończąc pierwszą psychiatrię, praktycznie prawie w ogóle nie mieliśmy danych na temat leczenia uzależnień. Dlatego była ta dogrywka. Tam uprościliśmy już pliki, zgłosiło się nieco więcej świadczeniodawców, ale to też nie była ilość, która powalała nas ilością i szczegółowością. My tę taryfę wyliczamy na podstawie kosztów świadczeniodawców. Takie koszty jakie dostaliśmy, takie uwzględniliśmy. Można z tym dyskutować, ale jeżeli jednostki nie zgłaszają się do taryfikacji, nie przekazują danych... My bazujemy na tym, co mamy. Staramy się to zrobić oczywiście jak najlepiej, staramy się wsłuchiwać w państwa postulaty, natomiast jeżeli nie ma danych kosztowych, trudno jest z czymś dyskutować. Jeżeli chodzi o odrębność taryf dla leczenia psychiatrycznego i dla leczenia uzależnień. Zgodnie z definicją taryfy, która jest zawarta w ustawie o finansowaniu świadczeń ze środków publicznych, taryfa dotyczy wykazu świadczeń gwarantowanych. Jeżeli świadczenie gwarantowane nazywa się „leczenie psychiatryczne i leczenie uzależnień”, to my tak do tego podchodzimy. Myślę, że kwestia rozdzielenia leczenia psychiatrycznego i leczenia uzależnień jest na wyższym stopniu niż Agencja. To powinno być zgłoszone do Ministerstwa Zdrowia. My taryfikowaliśmy wykaz świadczeń gwarantowanych z rodzaju leczenie psychiatryczne i leczenie uzależnień, więc było to połączone. Jeżeli chodzi o zestawienie świadczeń wykonywanych w opiece stacjonarnej i w oddziałach dziennych, ja wszystkie państwa uwagi przekażę do działu, który zajmował się opracowaniem statystycznym i analizą danych, dlatego że ja jestem kierownikiem działu, który odpowiada za zbieranie danych, więc ciężko jest mi odnieść się tak szczegółowo do państwa postulatów. Natomiast wszystkie te uwagi, łącznie z odsłuchaniem dzisiejszego posiedzenia, na pewno zgłoszę. I jeszcze jedna rzecz. Zaczynacie Państwo posługiwać się danymi kosztowymi. Myślę, że to są dane, o których można dyskutować i z Agencją i z Ministerstwem Zdrowia w momencie kiedy macie Państwo pewnego rodzaju wyliczenia. Tak jak mówiłam na samym początku i jak powiedział dyrektor Poznański, taryfa nie jest czymś, co jest określone raz na zawsze. Do psychiatrii i leczenia uzależnień podchodzimy już drugi raz. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby jeszcze raz spróbować taryfikować te świadczenia jeżeli okaże się, że rzeczywiście uwagi są zasadne. Psychiatria rzeczywiście jest dosyć trudnym obszarem. To, co my zauważamy to właśnie brak danych kosztowych, z którym się zetknęliśmy.

**Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:**

My deklarujemy naprawdę na każdym poziomie szczegółowości współpracę z Agencją. Ale jeżeli pani mówi, że nie mieliście danych w tym pierwszym rozdaniu, a w drugim już mieliście i na tej podstawie określiliście taryfy, to w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych, czyli tych ośrodków stacjonarnych jednorocznych to jest po prostu nieprawda. Nie dostaliście żadnych informacji, a mimo to określiliście taryfy i to na bardzo niskim poziomie. Myślę, że to jest kwestia pewnego podejścia metodologicznego. Proszę państwa, nie dziwcie się, że nie dostajecie informacji, skoro proponujecie taką metodologię, która jest niedostosowana do możliwości respondentów. To jest podstawowy obowiązek, który ciąży na każdym badaczu: dostosować metodę do możliwości przedmiotu, który się bada.

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Ja nie powiedziałam, że mieliśmy wystarczającą liczbę danych. Częściowo działy analityczne wspierały się czy ekspertami, czy danymi kosztowymi, które uzyskaliśmy z innych źródeł, które można było ze sobą porównać. Natomiast nie mówię, że jest to taryfa doskonała.

**Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:**

Okej, możemy pracować dalej nad tą taryfą, tylko jeżeli ona będzie miała wpływ na określenie kosztów i płac w tej chwili, a zmienimy ją za rok, to co będzie przez ten rok?

**Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:**

Pani kierownik, jeszcze tylko ostatnie pytanie. Powiedziała pani: „z innych źródeł”. O jakie źródła wobec tego chodzi?

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Inne rodzaje, inne komórki, eksperci, dane zagraniczne.

**Główny specjalista ds. Lecznictwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Katarzyna Żylińska:**

Ja jeszcze chciałam zapytać panią z Agencji, ponieważ metodologia była oparta nie tylko o zbieranie danych historycznych, ekonomicznych i kosztowych ośrodków. One naprawdę funkcjonują na granicy przetrwania. I ta taryfa miała nie tylko odzwierciedlać te dane, ale miała wziąć również pod uwagę z drugiej strony referencyjne przebiegi świadczeń, które my w Biurze przygotowaliśmy na początku roku z naszymi ekspertami. Chcieliśmy przedstawić, jak powinny te poszczególne świadczenia wyglądać, co powinny zawierać, jakie elementy konieczne w psychoterapii powinny zawierać. Państwo nie wzięliście tego pod uwagę.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Opolu Ewa Gawin:**

Chciałam pani zwrócić uwagę na jedną rzecz. My nie mamy problemów z podawaniem państwu danych kosztowych, bo one są w naszych księgach rachunkowych. Natomiast postawione przez was wymogi danych statystycznych, kiedy my nie byliśmy w 2012 i 2013 roku z informatyzowani, nie były możliwe do podania. Musiałabym w ciągu tygodnia wprowadzić czterdzieści sześć tysięcy rekordów, z rozbiciem na ID pacjenta. To było fizycznie niemożliwe. Zgadzam się z panem, który mówił o tym, że metodologia przyjęta do tej wyceny była nieprawidłowa, kompletnie odstawała od rzeczywistości, w jakiej znajduje się leczenie odwykowe. To było skierowane tylko i wyłącznie do bardzo dużych szpitali, które od dawna były w pełni z informatyzowane. W tej chwili mamy już więcej systemów informatycznych, ja na przykład jestem w pełni z informatyzowana i mogę już je państwu przekazywać. Jeżeli przyjmiecie do wiadomości, że rzeczywistość odwyku jest trochę inna niż wasze założenia, to pewnie będziecie mieli więcej danych. Natomiast postawienie wymogów, jakich w tej chwili oczekujecie jest niemożliwe do spełnienia przez nas. Stąd tak trudno jest wyszacować rzeczywiste koszty funkcjonowania odwyku. Dziękuję.

**Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:**

Właściwie pani Żylińska i pani Ewa powiedziały to, co chciałem przekazać. Ale w związku z tym, co pani zadeklarowała, że będzie bardzo starannie wysłuchane i opisane to, co tutaj padnie, chciałem powiedzieć rzecz następującą: Jednym z problemów, które dotyczy leczenia uzależnień, chcę powiedzieć, że relacje na poziomie duży szpital-placówka leczenia uzależnień w szpitalu są, mówiąc delikatnie, zakłócone. W związku z tym też te dane, które wpływają z dużego szpitala

psychiatrycznego, w którym umieszczona jest placówka leczenia uzależnień, nie do końca odzwierciedlają sytuację placówki leczenia uzależnień. Dlatego, że pakowane są, mówiąc kolokwialnie, niektóre koszty niezawinione przez placówkę leczenia uzależnień i dlatego to, co słusznie pan powiedział o metodologii warto brać pod uwagę. Przynajmniej w początkowym okresie, a ciągle jesteśmy w początkowym okresie i to jeszcze potrwa. Warto w większym zakresie brać pod uwagę opinie ekspertów, a nie wyliczenia, które mogą być oparte na nie do końca prawidłowych danych. Bo wnioski mogą być bardzo prawidłowe, ale ze złej bazy.

**Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński:**

Przede wszystkim chciałem zrobić takie zastrzeżenie, przynajmniej z mojej strony, że oczywiście uwagi krytyczne kierujemy do Agencji, a nie do pani. Pani ma tę niewdzięczną rolę, przyjęła ją pani. Proszę państwa, dane z monitoringu, dane z różnego rodzaju badań nie powinny zastąpić zdrowego rozsądku. Jeśli mamy wyliczony osobodzień dla zakładu opiekuńczo-leczniczego, który zajmuje się osobami uzależnionymi od narkotyków, chorymi na AIDS, często z demencją, na siedemdziesiąt kilka złotych i mamy godzinę psychoterapii na sto dwadzieścia złotych, to jakie są badania do tego potrzebne, żeby zobaczyć, że to jest po prostu bzdura? Jaka jest różnica pomiędzy osobodniem leczenia osoby uzależnionej od alkoholu, a osoby uzależnionej od innych substancji psychoaktywnych. Przecież gołym okiem widać, że jeśli to się wycenia na dziewięćdziesiąt, a to na sto trzydzieści, to jest to bzdura. Jeśli odpowiadamy za jakąś część swojej pracy, nic nas nie zwalnia od myślenia. I – przepraszam, że to powiem – komunikat w stylu „będziemy dalej negocjować i rozmawiać” jest żadnym komunikatem, bo za chwilę będziemy mieli tę samą sytuację. W tej chwili już znam ośrodki, które piszą do pani premier, do pana Jarosława Kaczyńskiego z prośbą o interwencję, dlatego że spodziewają się konieczności zamknięcia. Więc jeszcze raz apeluję: badania – owszem, analizy – jestem wielkim zwolennikiem monitorowania, Evidence Base Policy i tak dalej, ale zdrowy rozsądek jest chyba podstawą naszych działań.

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Założyliśmy tę metodologię taką, jaką chcieliśmy mieć, żeby jak najbardziej odzwierciedlić problem pacjenta czy psychicznie chorego, czy uzależnionego. To była nasza pierwsza propozycja dla państwa. Zderzyliśmy się z rzeczywistością, jednostki nie przekazały nam tych danych, więc zmieniliśmy metodologię. Wystąpiliśmy do państwa po raz drugi, uproszczając pliki. Tam już nie było konieczności zbierania danych szczegółowych.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Opolu Ewa Gawin:**

Statystyczne były. Nie było kosztowych.

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Ale te, które były najbardziej czasochłonne czyli leki na pacjenta, wyroby na pacjenta, procedury na pacjenta, w drugim postępowaniu nie było. Dane statystyczne były proste.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Opolu Ewa Gawin:**

Dane statystyczne były problemem.

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Ale o jakich danych statystycznych tutaj pani mówi? Jestem ciekawa, bo chciałabym wiedzieć, na czym polegał problem.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Opolu Ewa Gawin:**

Na przykład życzyliście państwo sobie rozpisanie danego pacjenta na każdą sesję. Czyli: imię, nazwisko, PESEL, tytuł, kto udzielał świadczenia, uprawnienia świadczenia...

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Czyli do pliku SM.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Opolu Ewa Gawin:**

Problemem były tylko i wyłącznie dane statystyczne. Jeżeli my nie mamy programów informatycznych zbierających te dane, musielibyśmy ręcznie wprowadzić dla państwa w ciągu tygodnia czterdzieści sześć tysięcy pacjentów rozpisanych w systemie takim, jaki sobie zażyczyliście. Z podzieleniem tego na koszty nie było z mojego punktu widzenia żadnego problemu. Myśmy tylko nie mieli danych statystycznych za 2012 rok. Nie mamy statystyki, o jaką państwo prosicie.

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Czyli nie było problemów z lekami, wyrobami medycznymi, tylko był problem z plikiem statystycznym dotyczącym przypisania pacjenta do sesji terapeutycznych.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Opolu Ewa Gawin:**

Dokładnie. Trzeba być w pełni zinformowanym, żeby można było podać państwu takie dane, jakich oczekiwaliście, bo dane kosztowe nie są problemem.

**Kierownik w Wydziale Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Chodacka:**

Dobrze, dziękuję bardzo za tę uwagę.

**Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:**

Dziękuję. Przechodzimy do drugiego punktu posiedzenia: Dotychczasowe trudności oraz obecne i przyszłe wyzwania Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Proszę o zabranie głosu przedstawiciela Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

**Zastępca Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Katarzyna Łukowska:**

Poza tym, że będę mówiła, będę też korzystała z prezentacji, a dodatkowo wszystko to, o czym będę mówiła otrzymaliście państwo w formie wydrukowanego konspektu. W prezentacji są dwa tytuły: pierwszy dotyczy Gminnych Komisji, a drugi dotyczy procedury zobowiązania do leczenia odwykowego, ale ograniczę się – zgodnie z programem naszego posiedzenia – do pierwszej części. I mam taki pomysł, żeby między Gminnymi Komisjami a moją prezentacją na temat procedury zobowiązania do leczenia odwykowego oddać głos przedstawicielowi Najwyższej Izby Kontroli, ponieważ byłoby mi zrzeczniej odwoływać się w mojej prezentacji do przedmówcy jako autora dzieła pt. „Informacja o wynikach kontroli”. Czy państwo zaakceptujecie taki racjonalizatorski pomysł? Dobrze. Trochę opowiem państwu o zadaniach Gminnych Komisji, choć myślę, że dla sporej części osób tu obecnych te zadania są oczywiste. Zadania Gminnych Komisji są regulowane w dwóch ustawach: zasadnicza część to ustawa o wychowaniu w trzeźwości. Gminne Komisje są powoływane w każdej gminie. Kiedy mówię o Gminnych Komisjach, to mówię o

liczbie ponad szesnastu tysięcy osób. Gminna Komisja inicjuje zadania określone w artykule czwartym ustęp pierwszy ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Warto dodać, że są to po prostu zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, a więc wszystko to, co jest zapisane w Gminnych Programach. Trzecie ważne zadanie Gminnych Komisji to realizacja procedury zobowiązania do leczenia odwykowego. W dużej mierze kontrola Najwyższej Izby Kontroli dotyczyła właśnie aktywności Gminnych Komisji w tej procedurze. Kolejne zadanie polega na opiniowaniu wydawania zezwoleń. Gminna Komisja ma sprawdzić, czy punkt sprzedaży kolejnego przedsiębiorcy, który stara się o wydanie zezwolenia nie przekracza limitów wyznaczonych w uchwale rady gminy ani zasad usytuowania określonych odrębnymi uchwałami rady gminy. Zadania, o których powiedziałam do tej pory są zadaniami obligatoryjnymi, natomiast w kolejnym punkcie pojawia się słowo „może”, ponieważ ta aktywność Gminnej Komisji jest uzależniona od decyzji wójtów i burmistrzów, którzy muszą wydać Gminnej Komisji specjalne upoważnienie. Drugim aktem prawnym, który reguluje działanie Gminnych Komisji jest ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, ponieważ to na jej podstawie członkowie Gminnej Komisji biorą udział w pracach zespołów interdyscyplinarnych grup roboczych i należą do pięciu instytucji w naszym kraju, które mają obowiązek uruchamiać procedurę „Niebieskie Karty”. Ustawodawca zdawał sobie sprawę, że rola Gminnych Komisji jest kluczowa, dlatego od początku wprowadził obowiązek posiadania przez członków Gminnej Komisji przeszkolenia w zakresie profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych. Jest to dość enigmatyczne sformułowanie i, prawdę mówiąc, w zgodzie z prawem są ci, którzy uczestniczyli w jednogodzinnym szkoleniu z zakresu budowy Gminnych Programów. Ale ustawodawca na szczęście ma do dyspozycji Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Przygotowaliśmy taki ramowy program szkolenia dla członków Gminnej Komisji. Można powiedzieć, że to takie podstawowe ABC kompetencji, jakie powinien posiadać każdy, kto w gminie zajmuje się rozwiązywaniem problemów alkoholowych w ramach Gminnej Komisji. Członkom przysługuje wynagrodzenie na zasadach przyjętych przez radę gminy. Pytanie o efektywność Gminnych Komisji jest tak naprawdę pytaniem o jakość podejmowanych przez nie działań, ale też między innymi jest to pytanie o jakość gminnych programów, ponieważ jednym z zadań Gminnych Komisji jest inicjowanie tych działań z obszaru rozwiązywania problemów alkoholowych, które są realizowane w formie uchwał w sprawie gminnych programów. Kiedy miesiąc temu omawialiśmy deficyty w Gminnych Programach, pokazałam państwu dwie kategorie błędów. Pierwsza kategoria dotyczyła finansowania zadań, które nie mają absolutnie żadnego związku z obszarem rozwiązywania problemów alkoholowych (np. budowa drogi, monitoring miejski). Z pewnością wspieranie Wspólnoty AA należy do obszaru rozwiązywania problemów alkoholowych, ale nie jest zgodne z ideą funkcjonowania ruchu, więc w tym sensie też uznałabym, że to jest kategoria błędu. Drugi obszar błędów to finansowanie zadań niezgodnych z aktualną wiedzą na temat ich skuteczności. Od lat ubolewamy nad niską jakością profilaktyki realizowanej i finansowanej w ramach Gminnych Programów i to jest jeden ze znaczących błędów. Z pewnością można też powiedzieć, że za te dwie kategorie błędów niestety odpowiadają Gminne Komisje. Wprawdzie uchwałę dotyczącą Gminnego Programu przyjmuje rada gminy, ale na poprzednim slajdzie pokazałam państwu, że inicjatorem tych działań są Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Śmiem tak twierdzić i przypisywać odpowiedzialność za słabą jakość gminnych programów Gminnym Komisjom, ponieważ kiedy rok temu zrobiliśmy badania (naszą grupą badawczą były osoby wchodzące w skład gminnych komisji) to zadaliśmy pytanie: „Czy zdarza się, że do Gminnego Programu wójt, burmistrz albo radni wprowadzają jakieś zmiany bez konsultacji z Gminną Komisją?”. 85% osób badanych odpowiedziały, że to się nie zdarza, przyznając tym samym autorstwo gminnych programów, a więc również zawartych tam błędów, sobie jako członkom Gminnych Komisji. Ciekawych informacji o Gminnych Komisjach dowiedzieliśmy się kiedy w zeszłym roku zrobiliśmy badania. Jedno z pytań brzmiało: „Jakie przekonania prezentują członkowie Gminnych Komisji?”. Przekonania są składnikiem poznawczym postawy, ale zdaniem niektórych – do których należę również ja – przekonania są składnikiem kompetencji. W związku z tym w tych badaniach o



kompetencjach Gminnych Komisji nie robiliśmy testów wiedzy (choć oczywiście to też jest uprawniona forma sprawdzania wiedzy w badaniach), ale zapytaliśmy o przekonania, wnioskując o kompetencjach z ujawnionych przekonań. Pokażę państwu jeden slajd, który pozwala odpowiedzieć na pytanie, dlaczego jest tak niska jakość działań profilaktycznych w samorządach gminnych i dlaczego jest jeszcze w tej sprawie wiele do zrobienia. Czerwony kolor oznacza „zdecydowanie zgadzam się” lub „raczej zgadzam się”. Zdecydowana większość osób badanych, ponad osiemdziesiąt procent, zgadza się, że sport to skuteczna profilaktyka używania alkoholu przez młodzież. Podobnie, osiemdziesiąt procent uważa, że podstawowym kryterium wyboru programów profilaktycznych powinna być ich atrakcyjność dla młodzieży oraz jej realizatorów, co oczywiście nie jest prawdą, ponieważ to może być dodatkowe kryterium, ale z pewnością nie podstawowe. Kolejne przekonanie, które budzi niepokój brzmi: teatry profilaktyczne to skuteczne narzędzie w profilaktyce używania alkoholu przez młodzież. Jeżeli podążymy za wiedzą z psychologii społecznej i uznamy, że przekonania przekładają się na działania, to nie dziwi fakt tak dużej popularności tak niskiej jakości działań profilaktycznych w samorządach gminnych. Gminy wydają dużo na teatry profilaktyczne i trochę już wiemy dlaczego. Jeżeli większość członków Gminnej Komisji wierzy, że to skuteczne narzędzie, to skuteczne narzędzie kupuje. Spora część badanych, aczkolwiek ten kolor czerwony nie jest tak wyrazisty jak w poprzednich przekonaniach, uważa, że jednym z głównych powodów, dla których młodzież sięga po alkohol jest brak wiedzy o jego szkodliwości. Badania pokazują, że wiedza, czy też brak wiedzy, nie jest istotnym czynnikiem ryzyka sięgania po alkohol, a w kontekście takiego przekonania znowu nie dziwi fakt tak dużej popularności pogadarek i prelekcji w szkołach czy też pogadarek i prelekcji, które są finansowane ze środków Gminnych Programów. Można by też przyjrzeć się przekonaniom w obszarze procedury zobowiązania do leczenia odwykowego. Prawdę mówiąc, w kontekście wiedzy o uzależnieniu od alkoholu może niepokoić fakt, że zdecydowana większość osób badanych uważa, że należałoby wprowadzić kary za niepodjęcie leczenia odwykowego. Około szesnaście procent, a pamiętajcie państwo, że nie mówimy o ogólnej populacji społeczeństwa polskiego, ale o dosyć wyjątkowej grupie, od której oczekujemy, że posiada pewne kompetencje, tymczasem ta grupa w ilości procentowej szesnaście uważa, że osoby, które nie podejmują leczenia odwykowego mimo postanowienia sądu, powinny trafić do więzienia. I pozostałe dwa przekonania: punkty konsultacyjne mogą być jednym z miejsc prowadzenia psychoterapii uzależnienia. W żadnym wypadku, ponieważ nie jest to placówka udzielająca świadczeń zdrowotnych. Niestety zdarza się, że sądy albo Gminne Komisje kierują osoby uzależnione od alkoholu na leczenie w punkcie konsultacyjnym. Ponad 30% naszych badanych uważa, że członkowie rodzin z problemem alkoholowym mogą otrzymywać pomoc materialną ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu. To jest niezgodne z prawem, ponieważ za pomoc materialną póki co odpowiada w naszym kraju pomoc społeczna, a nie Gminne Programy Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wniosek z tych badań jest następujący: wielu członków komisji ma postawy niesprzyjające zajmowaniu się problemami alkoholowymi. Tak naprawdę można powiedzieć, że to są postawy negatywne. Co w tej sprawie robi Agencja? Posługujemy się dwoma instrumentami oddziaływać. Po pierwsze, edukacją. Marzy mi się, żeby nasz budżet był na tyle duży, żebyśmy mogli organizować duże szkolenia w oparciu o przygotowany 52-godzinny ramowy program. Po drugie, podejmujemy interwencje. Także w przypadku błędów w Gminnych Programach staramy się zachęcić wojewodów do interwencji o charakterze nadzorczym. Natomiast z pewnością nie można pomijać miejsca Gminnej Komisji w lokalnym systemie pomocy. Na kilku slajdach pokazałam państwu z iloma osobami w różnych procedurach kontaktują się Gminne Komisje, ile osób trafiając do Gminnej Komisji uzyskuje pewną szansę i nadzieję na wprowadzenie w swoim życiu jakiejś dobrej zmiany. Co do interwencji w oparciu o procedurę „Niebieskiej Karty”, oczywiście nie może dziwić fakt, że najwięcej interwencji jest uruchamianych przez policję czy przez pomoc społeczną. To, co jest zaznaczone kolorem różowym i boldem, to jest aktywność Gminnej Komisji (prawie pięć tysięcy interwencji podjętych w roku ubiegłym). Najsłabiej wypadają interwencje i aktywność ochrony zdrowia, ale zmiana jest obiecująca, więc miejmy nadzieję, że kiedyś ta linia

odbije w górę. Liczba rodzin, którym Gminne Komisje udzieliły pomocy w ramach grup roboczych: ponad czterdzieści dwa tysiące rodzin, trafiając do grup roboczych, w których pracowali też członkowie Gminnych Komisji ma szansę na zatrzymanie przemocy i na wyjście z sytuacji przemocowej. Tutaj też jest tendencja wzrostowa. Aktywność gmin w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie: ponad trzydzieści pięć tysięcy osób doznających przemocy w rodzinie, poza procedurą „Niebieskiej Karty” kontaktowało się z Gminną Komisją. Spora jest też grupa osób stosujących przemoc w rodzinie, które trafiają przed oblicze Gminnej Komisji. Trzecia grupa to są świadkowie przemocy. Pokazałam też państwu dynamikę zmian w tym obszarze, ponieważ są to zmiany korzystne, zwłaszcza jeśli popatrzymy na osoby doznające przemocy oraz grupę osób stosujących przemoc. No i wreszcie działania Gminnej Komisji w zakresie procedury zobowiązania do leczenia odwykowego: w 2015 roku liczba członków rodzin, z którymi Gminna Komisja prowadziła rozmowy to osiemdziesiąt sześć tysięcy. Jak Gminne Komisje realizują procedurę? Procedura się przeciąga. Pewnie o tym będzie mówił pan dyrektor NIK-u. Średni czas samej w Gminnej Komisji to dwieście sześćdziesiąt sześć dni. Gminne Komisje nie mają prawa do przetwarzania danych osobowych, tzw. danych wrażliwych, a naprawdę robią to nagminnie. My wiemy to nie tylko z raportu Najwyższej Izby Kontroli, ale też z cyklicznych spotkań z samorządami gminnymi. Proszę sobie wyobrazić, że właściwie wszystkie Gminne Komisje w Polsce łamią prawo, udostępniając dane osobowe i zwracając się do różnych innych instytucji, do policji, do pomocy społecznej, o przekazanie informacji personalnych dotyczących osób, wobec których rozpoczęli procedurę zobowiązania do leczenia odwykowego. Wreszcie, Gminne Komisje nie mają prawa do monitorowania tych klientów, którzy zdecydowali się podjąć terapię dobrowolną. Przepisy tego nie regulują. Część Gminnych Komisji radzi sobie w taki oto sposób, że odbierają zgodę od osoby zobowiązanej do leczenia dotyczącą tego, że Gminna Komisja ma prawo rozpytywać się w placówce leczenia odwykowego, czy ten klient dalej tam przebywa, czy się leczy, jakie efekty przynosi jego leczenie. No i wreszcie punkt czwarty, który postanowiłam poprzez cytatem z informacji o kontroli: „Niewystarczające przygotowanie członków Gminnej Komisji do motywowania do podjęcia leczenia odwykowego. Członkowie jednej komisji uczestniczyli w jednym szkoleniu dotyczącym motywowania, a doskonalenie umiejętności w tym zakresie, według wójta, miało się odbywać w trakcie rozmów ze zgłoszonymi osobami”. Wydaje mi się, że nie wymaga to komentarza, ale jest dobrym przejściem do kolejnego tematu dotyczącego procedury zobowiązania do leczenia odwykowego.

#### **Dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu Aleksander Aleksandrowicz:**

Witam serdecznie. Bardzo dziękuję, pani Przewodnicząca, za umożliwienie przedstawienia informacji Najwyższej Izby Kontroli dotyczącej funkcjonowania procedury przymusowego leczenia na leczeniu odwykowym. Informacja ta została upubliczniona miesiąc temu, zgodnie z zapowiedzią, którą przedstawiłem na poprzednim posiedzeniu Zespołu. Prezentuje ona wyniki kontroli, którą przeprowadziliśmy w 2015 roku. Badaliśmy sześćdziesiąt trzy podmioty, głównie gminy i sądy, które dały nam informacje dotyczące funkcjonowania tej procedury. Badaliśmy te zagadnienia na terenie czterech województw. Badaniami objęliśmy okres od stycznia 2013 roku do 31 sierpnia 2015 roku. Powodem, dla którego zainteresowaliśmy się tymi zagadnieniami była debata publiczna, która trwa już od wielu lat, dotycząca efektywności i skuteczności funkcjonowania tej procedury. Warto tutaj przywołać wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich, ale również warto przypomnieć, że w 2008 roku Minister Zdrowia i Minister Sprawiedliwości podjęli inicjatywę legislacyjną, której celem była likwidacja tej procedury. Proszę państwa, w oparciu o poczynione przez nas ustalenia negatywnie oceniliśmy funkcjonowanie tej procedury w Polsce. Przede wszystkim procedura ta nie funkcjonuje sprawnie i, w naszej ocenie, w znikomym stopniu bądź wręcz w ogóle, nie wspomaga rozwiązywania problemów alkoholowych. Kilka podstawowych danych: ponad sześćdziesiąt procent zobowiązanych nie stawia się na leczenie, pięćdziesiąt jeden zobowiązanych do szpitala doprowadza policja (podejmują to leczenie pod przymusem, co z definicji w tym miejscu powoduje, że prawdopodobieństwo wyleczenia jest niewielkie), trzydzieści procent osób

przyjętych na obowiązkową terapię jej nie kończy, pięćdziesiąt procent zobowiązanych jest ponownie kierowana na przymusowe leczenie, a podobna ilość zobowiązanych trafia na to leczenie wielokrotnie. Procedura ta jest przewlekła, dlatego iż od zgłoszenia Gminnej Komisji osoby nadużywającej alkoholu do przyjęcia jej na leczenie odwykowe mija średnio sześćset siedemdziesiąt trzy dni. Najszybciej to sto siedemdziesiąt cztery dni, najdłużej spośród stwierdzonych przez nas Gminnych Komisji to było prawie półtora tysiąca dni. Na tym wykresie widzicie państwo, jak wygląda czas trwania poszczególnych etapów postępowania. Jeśli chodzi o Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, to w większości, bo ponad dziewięćdziesięciu procentach Gminnych Komisji stwierdziliśmy przewlekłość postępowania. Jak już pani dyrektor przedstawiła w swojej prezentacji, postępowanie to trwało średnio dwieście sześćdziesiąt sześć dni, na co wpłynęła przede wszystkim zwłoka w podejmowaniu czynności zmierzających do skierowania do sądu wniosku o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu, wynikająca z niewłaściwej organizacji pracy, ale i z przyczyn niezależnych od Komisji. Jedną z przyczyn były również wielokrotne, rozłożone w czasie próby motywowania zgłoszonych osób do dobrowolnego podjęcia leczenia odwykowego, które w większości przypadków okazywały się nieskuteczne. Jeśli chodzi o czas trwania procedury Komisji na poszczególnych etapach, to prezentuje ten wykres. Jak widzicie państwo, żółtym kolorem oznaczono stosunkowo krótki czas, który mijał od zgłoszenia do zaproszenia osoby nadużywającej alkoholu na posiedzenie Gminnej Komisji. Te najwyższe słupki, oznaczone czerwonym kolorem, prezentują okres od zgłoszenia się do skierowania do biegłego przez Gminną Komisję i to, jak państwo widzicie, jest w znakomitej większości przypadków najdłuższy okres trwania tej procedury. Tutaj muszę z przykrością stwierdzić, że Wielkopolska niestety jest tym niechlubnym przykładem bardzo długo trwającej procedury. Wspomniałem już o tym, iż niewielka jest skuteczność rozmów motywujących. Bardzo często Komisje wzywają osoby, które są uzależnione od alkoholu, żądają, żeby te osoby się zjawily i niestety w stosunkowo nieudolny sposób starają się zmotywować te osoby do leczenia odwykowego, ale niestety efekty tego są mizerne, bo dziewięćdziesięciu procent postępowań nie udało się zakończyć podjęciem tego leczenia w sposób dobrowolny. Wśród powodów należy wymienić przede wszystkim niechęć zgłoszonych do podjęcia leczenia, ale w dużej części również to, o czym wspomniała pani dyrektor. My to identyfikujemy jako niewystarczające kompetencje członków Komisji do prowadzenia skutecznych rozmów motywujących. W jedynie co trzeciej komisji przynajmniej jeden z jej członków był specjalistą z zakresu psychoterapii uzależnień. Oczywiście bez kompetencji w tym zakresie proces motywowania, w naszej ocenie, jest praktycznie niemożliwy. Również ważnym elementem jest to, iż w polskim systemie prawnym brak jest realnych możliwości weryfikacji i egzekwowania przez Komisje deklaracji dobrowolnego podjęcia leczenia zgłoszonych przez osoby nadużywające alkoholu. Badaliśmy również podmioty lecznicze i w tym zakresie stwierdziliśmy, że skuteczność procedury znacząco obniża bardzo długi czas oczekiwania osób zobowiązanych do poddania się leczeniu na przyjęcie do szpitala. Średni czas oczekiwania na leczenie osób zobowiązanych wynosił od stu siedmiu do pięciuset dziewięćdziesięciu siedmiu dni. Jeden przypadek to ponad tysiąc dni. Podczas gdy osób dobrowolnie zgłaszających się na leczenie nie przekraczał trzydziestu pięciu dni. Wśród osób oczekujących na przyjęcie do szpitala blisko siedemdziesiąt trzy procent to zobowiązani przez sąd do poddania się leczeniu. Podmioty lecznicze, które skontrolowaliśmy stosują, niedozwoloną z punktu widzenia prawa, praktykę polegającą na niewyznaczeniu bądź wyznaczeniu z opóźnieniem terminów przyjęcia na leczenie osób zobowiązanych. Podmioty te niekiedy limitują przyjęcia osób zobowiązanych z powodu niechęci tych osób do leczenia. Mimo przyjęcia terapii nie podejmuje jedenaście procent zobowiązanych, a kolejne dwadzieścia procent jej nawet nie kończy. Na zjawisko to wpływają również zasady prowadzenia terapii, ale także dbałość o efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów i środków. Bardzo często podmioty lecznicze wskazywały na to, że osoby przymusowo doprowadzane, bardzo często będące pod wpływem alkoholu, mogą na bardzo długo zepsuć efekt terapeutyczny, który jest osiągany. Jeśli chodzi o skuteczność procedury, to na kolejnych wykresach chcieliśmy Państwu zobrazować proporcję

tych zjawisk. Pięćdziesiąt sześć procent spraw spośród tych, które zostały skierowane do Gminnych Komisji trafia do sądu. Dwadzieścia spraw umorzono z różnych przyczyn, a szesnaście procent spraw zakończono w związku z deklaracją podjęcia leczenia. Spośród tych pięćdziesięciu sześciu procent spraw, dziewięć procent to są sprawy, w których sąd zobowiązał osoby nadużywające do poddania się leczeniu. Te dziewięć procent dzieli się z kolei na pięć i cztery dziesiąte procenta osób zgłoszonych do Komisji i zobowiązanych przez sąd, które nie stawily się na leczenie, a trzy i sześć dziesiątych procenta tych osób stawilo się w odpowiednim zakładzie medycznym. W efekcie jeden i osiem dziesiątych procenta zgłoszonych do Komisji i zobowiązanych przez sąd nie ukończyło terapii. Jedynie dwa i pół procenta to jest wartość osób zgłoszonych do Komisji, zobowiązanych przez sąd, które ukończyły podstawowy program terapii. Ale oczywiście nie jest tak, że te osoby, które ukończyły podstawowy program terapii zostały wyleczone. Nie ma wiarygodnych danych, które pozwalałyby określić wiarygodność szacunków dotyczących wyleczenia osób, które przeszły tę procedurę. Również czterdzieści osiem procent osób, które są zgłaszane do komisji wielokrotnie przechodzi tę procedurę. Jeśli chodzi o wnioski, które przedstawiliśmy w informacji o wynikach kontroli, to przede wszystkim zwróciliśmy się do Ministra Zdrowia o wprowadzenie zmian w ustawie o wychowaniu w trzeźwości ograniczających stosowanie procedury zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu jedynie do sprawców przestępstw oraz osób, które w wyniku uzależnienia znalazły się w sytuacji zagrażającej ich życiu albo powodujących zagrożenie dla życia lub zdrowia innych osób. Sformułowaliśmy również wniosek o konsekwentne stosowanie właściwych procedur określonych w przepisach prawa karnego, cywilnego czy rodzinnego wobec osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu popełniają przestępstwa lub wykroczenia, a zwłaszcza dopuszczają się przemocy domowej. Bardzo często jest tak, że właściwe instytucje i podmioty nie stosują właściwych procedur karnych czy „Niebieskiej Karty”, uważając, że w pierwszej kolejności powinna być stosowana procedura przymusowego leczenia odwykowego, co oczywiście nie odnosi się do funkcji, które ta procedura ma spełniać. A biorąc pod uwagę czas, który mija od zgłoszenia do wyizolowania osoby uzależnionej, która już w ten sposób nie może oddziaływać na najbliższych, to oczywiście ta procedura w żaden sposób nie eliminuje ryzyka, które wiąże się z przemocą wobec najbliższych członków rodziny i otoczenia. Uważamy również, że środki, które mogą być zaoszczędzone w wyniku tych zmian, powinny być przekazane na zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych, które chcą dobrowolnie podjąć leczenie oraz rodzin z problemem alkoholowym, między innymi poprzez utworzenie ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień w miejscowościach oddalonych od większych ośrodków. Obecnie niestety tak jest, że bardzo często, aby dostać się do takich ośrodków, osoby uzależnione czy członkowie ich rodzin muszą pokonywać kilkadziesiąt kilometrów. Uważamy również, iż w powiatach powinny zostać utworzone zespoły terapeutyczne, które zajęłyby się profesjonalnie prowadzoną motywacją osób uzależnionych do podjęcia decyzji o dobrowolnym rozpoczęciu leczenia. To jest kluczowy element procedury. Bez zmotywowania osób, które chcą się leczyć, te procedury nie mają szans realizacji, a w tym zakresie podpieraliśmy się głosami ekspertów, również Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Konieczne jest wspomaganie samorządowych i pozarządowych organizacji prowadzących różnego rodzaju zajęcia terapeutyczne, w tym profesjonalne wsparcie i motywowanie osób uzależnionych i współuzależnionych. Uważamy również, iż konieczne jest zagwarantowanie rodzinom osób uzależnionych od alkoholu możliwości pobytu w lokalnych ośrodkach wsparcia, w których – oprócz pomocy socjalnej – otrzymują również wsparcie prawne i psychologiczne. Konieczne jest również podjęcie prac legislacyjnych, mających na celu kompleksowe uregulowanie problematyki dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez członków Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Jest to również o tyle istotne, że są to dane sensytywne, których udostępnianie w sposób nieuprawniony jest zagrożone sankcją karną w przepisach dotyczących ochrony danych osobowych. Bardzo dziękuję za uwagę. Jeżeli będą jakieś pytania, to oczywiście chętnie służę pomocą i odpowiedzią.

## **Zastępca Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Katarzyna Łukowska:**

Pozostając zatem w temacie procedury zobowiązania do leczenia odwykowego, może warto przypomnieć w tym miejscu, że tak naprawdę w Polsce nie ma obowiązku leczenia. Nie ma leczenia przymusowego, choć nieco archaiczna ustawa o wychowaniu w trzeźwości jeszcze tym obowiązkiem gdzieś tam się posługuje. Obowiązkowe leczenie przymusowe w placówkach odwykowych (ta nazwa też jest nie do końca adekwatna, o ile nie w ogóle nieadekwatna) istniało w ustawie o zwalczaniu alkoholizmu do 1982 roku. Natomiast w 1982 roku kiedy w obrocie prawnym pojawiła się ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi, to wtedy pojawiła się procedura zobowiązania do leczenia odwykowego. Chciałoby się też powiedzieć, że powinny się zmienić nazwy placówek na placówki leczenia uzależnień od alkoholu, a nie placówki odwykowe. Ale już w 1982 roku rozpoczęto dyskusję na temat likwidacji leczenia niedobrowolnego, tyle tylko, że w 1982 roku nikt jeszcze nie był na tyle odważny, żeby podjąć o całkowitej rezygnacji z leczenia niedobrowolnego. Dlatego została ta przedziwna jednak konstrukcja, jaką jest procedura zobowiązania do leczenia odwykowego. Warto też powiedzieć, że ta procedura zawiera pewne elementy ograniczenia dobrowolności leczenia, ponieważ ustawa o wychowaniu w trzeźwości stanowi wyjątek od generalnej zasady ujętej w ustawach o prawach pacjenta i tym samym oznacza to, że pacjent zobowiązany do leczenia odwykowego nie musi wyrazić zgody na podjęcie leczenia odwykowego, i to jest element przymusu. No i wreszcie postanowienie wydane przez sąd, ono naprawdę nakłada na osobę zobowiązaną obowiązek poddania się leczeniu w wyznaczonym trybie w wyznaczonej placówce. I w tym kontekście na przykład policja, na zlecenie sądu, może taką osobę dowieźć do wyznaczonej placówki w wyznaczonym terminie. Oczywiście można zadać pytanie, czy grozi jakaś kara w przypadku niestawienia się w placówce albo przerywania leczenia. Oczywiście nie i oby tak zostało, ponieważ karać z tego powodu byłoby wysoce niepożądane. Warto też przypomnieć, że procedura zobowiązania do leczenia odwykowego nie pojawia się dlatego, że osoba uzależniona od alkoholu szkodzi sobie i swojemu zdrowiu, ale tak naprawdę ma na celu ochronę szeroko rozumianego dobra społecznego, ponieważ żeby uruchomić procedurę zobowiązania do leczenia odwykowego muszą wystąpić jednocześnie dwie przesłanki: uzależnienie od alkoholu (podstawowym dowodem w tej sprawie jest opinia biegłych) i występowanie którejs z przesłanek określonych w artykule dwudziestym czwartym. Czyli samo uzależnienie od alkoholu nie uruchamia procedury zobowiązania do leczenia odwykowego. Procedurę uruchamia dopiero jakaś szkodliwość zachowania, która jest związana z uzależnieniem od alkoholu. Potwierdził to Trybunał Konstytucyjny. Odmowa leczenia nie jest działaniem bezprawnym, to dopiero sposób życia osoby odmawiającej leczenia odwykowego wymaga interwencji władzy publicznej właśnie z innych powodów niż samo uzależnienie od alkoholu. Jeżeli przyjmiemy, że wszyscy zobowiązani to sto procent, leczenie rozpoczyna połowa. Czyli ewidentnie widać tutaj wyraźnie, że nakłady finansowe, nakłady pracy w połowie przypadków nie doprowadzają nawet do rozpoczęcia leczenia. Natomiast ze stu procent zobowiązanych leczenie na poziomie podstawowym kończy trzydzieści procent. Oczywiście rozumiejąc mechanizmy uzależnienia od alkoholu i mechanizmy pewnej reaktancji, rozumiemy dlaczego procedura ma taką niską efektywność. Efektywność terapii jest wprost proporcjonalna do udzielonego wsparcia i motywacji, a odwrotnie proporcjonalna do presji i nacisku. A czym się posługuje procedura zobowiązania do leczenia odwykowego? Wielokrotnie to padało w wypowiedzi dyrektora Najwyższej Izby Kontroli, procedura posługuje się głównie presją i naciskiem i niestety dane statystyczne pokazują, że tej motywacji nie udaje się zbudzić na wystarczającym poziomie ani na posiedzeniach Gminnej Komisji, ani w placówkach leczenia odwykowego. A na czym polega sytuacja patowa, z której naprawdę nie ma dobrego wyjścia? Rok 2015, liczba osób zobowiązanych do leczenia w zakładzie stacjonarnym to ponad dwadzieścia siedem tysięcy. Gdyby ta procedura miała działać sprawnie i szybko oznacza to, że w dosyć krótkim terminie te dwadzieścia siedem tysięcy osób powinno trafić do zakładu stacjonarnego. A ile jest miejsc w zakładach stacjonarnych? Niecałe cztery tysiące. I to są miejsca dla wszystkich osób uzależnionych od alkoholu. Owszem, można

powiedzieć, że te miejsca rotują, ale i tak dostęp do leczenia w zakładach stacjonarnych bywa poważnie ograniczony. Dlatego średni czas oczekiwania na miejsce to cztery miesiące, ale zdarza się nawet osiemnaście-dziewiętnaście miesięcy. W tej sprawie należy unikać takich populistycznych haseł jak „Zbudujmy nowe zakłady leczenia odwykowego”, bo oczywiście jest to nierealne. Nie tylko dlatego, że wymagałoby ogromnych nakładów finansowych, ale też dlatego, że nie ma ludzi, którzy mieliby nagle w tych zakładach stacjonarnych rozpoczynać pracę na rzecz leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Placówka odwykowa to nie areszt. I faktycznie następuje pomieszczenie oczekiwań względem procedury zobowiązania do leczenia odwykowego. Ona w zbyt wielu przypadkach zastępuje interwencje w sytuacjach przemocy w rodzinie. Często jest to związane z oczekiwaniem, z jakim przychodzą rodziny. Rodziny mają taki mit: bije, ponieważ pije, przestanie pić, a to mi załatwią w Gminnej Komisji, to przestanie też bić. Używam takiego roszczeniowego języka, ponieważ w dużej mierze osoby, które przychodzą zobowiązywać swoich partnerów mają taką roszczeniową postawę: jak przestanie pić, to przestanie też bić. Doświadczenia, badania pokazują, że nie zawsze to ze sobą współwystępuje. Chcę zwrócić uwagę jeszcze na jeden problem przy zastosowaniu procedury, mianowicie przetrzymywanie w policyjnych izbach zatrzymań osób dowożonych do oddziałów. Oni nie naruszyli żadnych norm prawnych, ale prewencyjnie się ich zatrzymuje po to, żeby następnego dnia trzeźwi mogli trafić do placówki leczenia odwykowego, bo jak będą pijani, to ich ta placówka nie przyjmie. Tak samo: bezzasadne nakładanie kajdanek, brutalne traktowanie. Pamiętajcie państwo, że to nie są osoby skazane ani podejrzane o popełnienie przestępstwa, przynajmniej nie w procedurze zobowiązania do leczenia odwykowego, tylko są to osoby chore, uzależnione od alkoholu. Dokąd zmierza procedura zobowiązania do leczenia odwykowego? Może zmierzać w kierunku likwidacji, natomiast w Agencji kilka lat temu przedstawiliśmy taki postulat, żeby nie likwidować roli Gminnej Komisji i lokalnym systemie pomocy. Można by zostawić wszystko to, co się dzieje w Gminnej Komisji, tylko nie byłoby kierowania do sądu. Czyli Gminna Komisja mogłaby motywować do podjęcia leczenia odwykowego, udzielać konsultacji rodzinom z problemem alkoholowym, ale już bez uruchamiania przymusu i presji w postaci procedury sądowej. Jeżeli zdecydujemy, że ona zostaje, to z pewnością musi zostać zmodyfikowana i w tej sprawie wskazówki i kierunki modyfikacji były przedstawione przed mojego przedmówcę. Przepisy ustawowe o wychowaniu w trzeźwości, które regulują procedurę zobowiązania do leczenia odwykowego są sformułowane w sposób wysoce lakoniczny. Jeśli znacie państwo trochę procedurę „Niebieskiej Karty”, to akurat w przypadku tej procedury można powiedzieć, że Ustawodawca wykazał się w niektórych momentach daleką idącą potrzebą regulowania, a w przypadku procedury zobowiązania do leczenia odwykowego zostawił zbyt dużo przestrzeni do lokalnego doprecyzowania i niestety, co pokazują wyniki kontroli, również jest to przestrzeń do łamania prawa chociażby w kontekście przestrzegania ustawy o ochronie danych osobowych. Dziękuję uprzejmie.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Opolu Ewa Gawin:**

Chciałabym uzupełnić informacje przekazane przez pana dyrektora NIK-u o moje doświadczenia i problemy, jakie mam z tą procedurą. Szanowni państwo, powszechną praktyką sądów jest to, że zobowiązanie do leczenia w postaci odpisu sąd wysyła do kilku placówek, niejednokrotnie sześciu-siedmiu. I mam tylko jeden sąd, a obsługuję ich kilkadziesiąt, który jest uprzejmy mnie powiadomić, że pacjent albo odbył leczenie, albo jest w trakcie leczenia, albo znaleziono mu szybszy termin. Natomiast pozostałe sądy nie przesyłają żadnych informacji. Stąd ta niezgłaszalność się pacjentów zobowiązanych. Te dane, którymi państwo dysponujecie mogą być zaburzone poprzez praktykę sądów. Jeżeli chodzi o pacjentów dobrowolnych, oni muszą w określonym terminie przysłać nam skierowanie w oryginale, bądź są wykreślani z kolejki. Nie dotyczy to sądów. Próby uregulowania tej sytuacji speliły na niczym, bo sędzia jest osobą, na którą ja nie mam żadnego wpływu. Stąd mam zawyżoną kolejkę, stąd mam nieprzyjeżdżających pacjentów, ale niekoniecznie dlatego, że oni się nie zgłaszają, tylko dlatego, że już są w innej

placówce. Tych danych nie mamy precyzyjnych. To jest powszechna praktyka sądów: wysyłanie postanowień do iluś tam instytucji leczących. Ja w tej sprawie pisałam pisma do różnych instytucji i nikt mi nawet nie odpowiedział, bo nie wiedzą, co z tym zrobić. Sądzę, że w tym zakresie należy również podjąć pewne uregulowania, bo to jest bardzo duży problem. To są kolejki ludzi, to są miejsca, na które ktoś oczekuje, a my je mamy blokowane przez taką procedurę. To jest ten największy problem, jaki ja mam z sądami. Dziękuję serdecznie.

**Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński:**

Ja największy problem mam taki, czy w ogóle zabierać głos w tej sprawie, bo pomyślałam, że może być to potraktowane jako wchodzenie na nie swoją działkę. Ale niestety od pewnego czasu pojawiają się głosy idące z różnych środowisk, żeby tę procedurę rozciągnąć również na osoby, które są uzależnione od innych substancji psychoaktywnych niż alkohol. I to budzi mój, zrozumiały chyba, niepokój. Nie będę ukrywał, że spodziewałem się, że pan z NIK-u powie, że po prostu tę procedurę trzeba odesłać na śmietnik historii, że to będzie jeden wniosek z tego badania. W Polsce, w systemie demokratycznym, decyzję o leczeniu podejmuje pacjent, podejmuje lekarz legitymujący się dyplomem ukończenia uczelni medycznej i podejmuje sąd po zbadaniu sprawy. A tu mamy taką sytuację, że decyzję o kierowaniu na leczenie podejmuje grupa osób, które działają pozaprawnie. Te osoby wchodzą w kontakt z danymi najbardziej wrażliwymi. Dlaczego mówię o śmietniku historii? Dlatego, że mamy tu taką sytuację, że osoba, która ma być zobowiązana do leczenia, ma trafić do tego leczenia z powodów innych niż medyczne. Dlatego, że zachowuje się w sposób ryzykowny, powoduje problemy, zachowuje się patologicznie w stosunku do swojej rodziny. Chyba ten czas kiedy karano ludzi przymusowym leczeniem za dokonywanie innych, niezwiązanych bezpośrednio ze stanem zdrowia, czynów chyba już dawno przeszedł do historii. Leczenie nie może być konsekwencją, nie może być karaniem, nie może być represją za inne zachowanie. Leczenie jest zagwarantowane dla zupełnie innej kategorii ludzi. Chciałbym przypomnieć tym, którzy nie pamiętają, że w Polsce picie alkoholu i branie narkotyków nie jest przestępstwem. I dlatego uważam, że cała ta procedura jest bardzo groźnym narzędziem. Dlaczego ośmieliłem się to powiedzieć chociaż wiem, że nie zyskam sobie fanów tą wypowiedzią? Chciałem przez chwilę przeskoczyć na inny poziom. Ja nie jestem tylko dyrektorem, urzędnikiem, ale również specjalistą terapii uzależnień. Każdy, kto zajmował się terapią w jakikolwiek sposób wie, jak traumatycznym przeżyciem jest niedostanie dostatecznej czy profesjonalnej pomocy terapeutycznej. To rzutuje tym, że takie osoby bardzo trudno podejmują potem kolejne próby leczenia. Pięćdziesiąt procent wraca, czyli to pokazuje, że te osoby zostały zniechęcone i potem jest im bardzo trudno podjąć jeszcze raz próbę leczenia, kontaktu z terapeutą, kontaktu z placówką. Jeśli kontaktują się z osobami nieprzygotowanymi, nieprofesjonalnymi, łamiącymi ich podstawowe prawa obywatelskie, chociażby ochrony danych osobowych, to moim zdaniem ta instytucja jest instytucją, która nie powinna funkcjonować.

**Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:**

Nie będę się przejmował tym, że reprezentuję obszar uzależnienia od substancji innych niż alkohol, ponieważ mamy do czynienia również z osobami pijącymi alkohol albo używającymi i tego, i tego. Chcę powiedzieć, że zarówno procedura zobowiązania do leczenia, jak i przepisy prawno-karne ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii są wyrazem kompletnie oderwanego od rzeczywistości przekonania, że można przy pomocy różnych administracyjnych karnych przepisów rozwiązywać poważne problemy społeczne. To jest oczywiście nieprawda absolutna i to jest tylko sposób na to, żeby się legitymizować czy usprawiedliwiać z punktu widzenia rozmaitych gremiów decyzyjnych, że jednak coś robimy i unikać tym sposobem oskarżenia o bezczynność. Natomiast tak naprawdę mamy tutaj obszar pustyni związanej z tym, że mnóstwo ludzi uzależnionych od alkoholu i narkotyków, i mnóstwo ich rodzin, potrzebuje bardzo sensownego, przemyślanego, kompetentnego, długotrwałego wsparcia w ich środowisku naturalnym. Czyli potrzebujemy rozwijania takich form jak terapia środowiskowa, asystentura

rodzinna, integracja międzyinstytucjonalna pomiędzy różnymi specjalistami, którzy mogą wspólnie planować i podejmować działania wobec osób, które mierzą się z problemami uzależnienia, przemocy w rodzinie i tak dalej. Ponieważ tych działań się nie podejmuje od lat, tworzy się właśnie takie protezy, o których specjaliści wiedzą, że są kompletnie nieskuteczne, natomiast politycy zawsze mogą pokazać, że jednak coś jest robione. Mamy rozmaite dobre przykłady. Jeśli chodzi o tego typu komisje to funkcjonują w Portugalii od 2000 roku Commission de Quassion – to są takie komisje, które pracują z osobami uzależnionymi od narkotyków i te komisje mają spore osiągnięcia. One oczywiście nie operują środkami prawnokarnymi. Składają się z pracownika socjalnego, prawnika i lekarza i zajmują się właśnie motywowaniem. Dzięki organizacjom pozarządowym mamy już rozwinięty system asystentury rodzinnej w Polsce. Moglibyśmy to powiązać z innymi formami, a te anachroniczne i nieskuteczne metody, tak jak tu już powiedziano, odesłać na śmietnik historii.

**Zastępca Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych  
Katarzyna Łukowska:**

Chciałam się tutaj odnieść, bo bardzo jest mi bliskie to, co pan dyrektor powiedział i to się trochę zderza z badaniami, które zrobiliśmy. Ja jestem psychologiem, więc, też z psychologicznego punktu widzenia, nie rozumiem jak można zmuszać człowieka do czegoś, czego on absolutnie nie chce i jeszcze używać do tego sądu. W każdym razie kiedy pytaliśmy pracowników lecznictwa odwykowego, a więc psychoterapeutów uzależnień, jak oceniają tę procedurę, to paradoks polega na tym, że zdecydowana większość z nich uważa, że to jest procedura nieefektywna. I te odpowiedzi całkiem nam się podobały, bo my też uważamy, że ta procedura jest nieefektywna. Natomiast druga część pytania i druga część odpowiedzi były absolutnie zaskakujące, ponieważ zaledwie siedem procent uważało, że tę procedurę należy zlikwidować. Czyli mamy do czynienia z absolutnym złudzeniem. Z jednej strony jesteśmy przekonani, że procedura nie działa, ale z drugiej strony niewielki procent osób badanych uważał, że z tej procedury należy zrezygnować i należy ją zlikwidować. W jakiś przedziwny sposób jesteśmy do niej przywiązani, ulegając złudzeniu, że jeżeli tej procedury nie będzie, to nagle zostaniemy pozbawieni jakiegoś szalenie ważnego i efektywnego instrumentu. Podobnie rzecz się ma w przypadku Gminnych Komisji. Członkowie Gminnej Komisji uważają, że procedura jest nieefektywna, ale też w zdecydowanej większości nie chcą się z nią rozstawać.

**Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński:**

Czy zadaliście sobie państwo albo państwo w NIK-u pytanie, czy sprawdziliście, jaki procent korkowego z poziomu gminy idzie na funkcjonowanie Gminnych Komisji? Bo, z tego, co słyszymy, to płaci się członkom Komisji za posiedzenia, więc im więcej posiedzeń się odbywa, tym więcej się płaci.

**Zastępca Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych  
Katarzyna Łukowska:**

W skali całego korkowego na procedurę zobowiązania do leczenia odwykowego wydawanych jest trzydzieści milionów, co z siedmiuset milionów, którymi dysponują samorzady gminy nie jest jakąś przerażająco wysoką kwotą. Te trzydzieści milionów obejmuje też opinie biegłych. Natomiast na posiedzeniach Gminnych Komisji było wydawanych około sześciu milionów. W związku z tym, znowu, z siedmiuset milionów to nie jest jakaś ogromna kwota. Pamiętajcie państwo, że członkowie Gminnej Komisji za posiedzenie dostają mniej więcej osiemdziesiąt-sto dwadzieścia złotych i być może z perspektywy małych środowisk lokalnych taka kwota ma znaczenie.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Kielcach  
Dariusz Zwierzchowski:**

Ja jestem z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Kielcach, ale też od dwudziestu pięciu



lat jestem członkiem Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Kielcach i mam za sobą, jak sądzę, kilkanaście tysięcy takich rozmów motywujących ludzi do terapii uzależnień. Z niektórymi z tych ludzi spotkałem się później w sali terapeutycznej i w związku z tym nie widzę aż tak czarno tej całej sprawy. Jestem wyznawcą takiej teorii, że osobę uzależnioną jednak coś musi pchać w plecy, żeby trafiła na terapię, a jeszcze dodatkowo musi coś przyciągać w trakcie terapii (miejsce, placówka, terapeuta i tak dalej). Procedura zobowiązania do leczenia odwykowego rzeczywiście ma mnóstwo mankamentów. Uważam, że jeżeli są intencje do zlikwidowania, to zlikwidować i skończmy rozmowę. Natomiast jeżeli ma zostać, to absolutnie trzeba ją zmodyfikować. Nie może być tak, że w różnych województwach ta procedura jest realizowana w różny sposób. Musi być jakaś jednolitość wszędzie jeżeli już. Mnóstwo ludzi, którzy niezależnie od tego skąd trafiają na leczenie odwykowe, czy zobowiązani czy dobrowolni, kiedy kończą leczenie stacjonarne, dostają zalecenia i nie stosują tych zaleceń. W odniesieniu do zobowiązanych do leczenia sprawa wygląda w ten sposób, że sąd zmienia postanowienie na dalsze leczenie w warunkach ambulatoryjnych po leczeniu stacjonarnym, ale już nie informuje żadnej placówki, że takie postanowienie zmienił i że ktoś powinien nadal uczęszczać na jakąś kontynuację terapii po leczeniu stacjonarnym. Kiedy próbowaliśmy porozumieć się z przedstawicielami sądu odpowiedź była krótka: Nie mamy pieniędzy na korespondencję. Wśród mankamentów jest oczywiście możliwość zbierania informacji, monitorowania jak przebiega proces terapii, czy w ogóle jest realizowany przez Gminną Komisję. Ale też w ostatnim czasie pojawiło się takie ciekawe zjawisko, że przychodzą do placówek odwykowych, przynajmniej do mojej, ludzie, którzy zobowiązani zostali do leczenia przez sąd dwa lata temu, nie zrealizowali tego leczenia, uniknęli go i przychodzą, bo chcą dostać zaświadczenie, że odbyli terapię. Związane jest to z tym, że starostwo powiatowe chce im cofnąć uprawnienia do prowadzenia pojazdów samochodowych. I ja takiego człowieka informuję, że oczywiście damy mu zaświadczenie o terapii jeśli ją odbędzie. Ponieważ do starostw powiatowych, w oparciu o ustawę o kierujących pojazdami, do starostw powiatowych wpływają wnioski z sądów i z prokuratur jeżeli są jakieś zdarzenia, żeby sprawdzić czy ta osoba ze względu na stan zdrowia może kierować pojazdami. Jeżeli Gminne Komisje miałyby takie kompetencje, żeby ewentualnie osoby, które uchylają się od podjęcia leczenia, można by zawnioskować do starostwa, żeby sprawdziło, czy stan zdrowia pozwala na posiadanie prawa jazdy i to mógłby być dodatkowy czynnik motywujący do tego, żeby podejmować leczenie. Ale to nie jest tak, że ja jestem jakimś zwolennikiem procedury zobowiązania do leczenia odwykowego. Jeżeli ma być zlikwidowana, to zlikwidować i amen. Natomiast jeżeli nie będzie zlikwidowana, a zanoszą się na to, że nie będzie, to trzeba ją koniecznie zmodyfikować tak, żeby ulepszyć pewne mechanizmy. Jeżeli mówimy o niedoskonałości procedury zobowiązania do leczenia odwykowego, to trzeba powiedzieć, że wszystkie sprawy, które wiążą się z rozwiązywaniem problemów uzależnień są niedoskonałe.

### **Reprezentant Wspólnoty Anonimowych Alkoholików w Polsce Andrzej Rosiński:**

Wspólnota Anonimowych Alkoholików traktuje Gminne Komisje Rozwiązywania Alkoholowych bardzo często jako ostatnią deskę ratunku dla rodzin. Obsługujemy swoją infolinię informacyjną, na którą bardzo często dzwonią członkowie rodzin z prośbą o pomoc i korzystając z mapowych systemów bazodanowych stwierdzamy, że najbliższa terapia leczenia uzależnień czy też współuzależnień, do której można skierować rodzinę znajduje się sześćdziesiąt kilometrów w linii prostej, a w międzyczasie z domu rodzinnego wyniesiono wszystkie wartościowe przedmioty, więc nawet nie bardzo można zastawić coś w lombardzie, żeby można było kupić ten bilet. Wtedy bardzo często kierujemy do Gminnej Komisji, bo te Gminne Komisje są. My też w ramach naszej polityki informacyjnej staramy się organizować spotkania informacyjne dla wszystkich, którzy chcą nas słuchać. Organizujemy też takie spotkania dla pracowników samorządowych czy też dla członków Gminnej Komisji, aby informować ich, że choroba alkoholowa to nie jest przekleństwo, grzech i zbrodnia, ale też informować o tym, że być może jakkolwiek możemy im pomóc. Moje osobiste doświadczenie jest takie, że we Wspólnocie Anonimowych Alkoholików spotykamy bardzo wiele osób, które rozpoczęły swoją drogę trzeźwienia od przymusowej terapii i,

jeżeli to była terapia stacjonarna, dla tych ludzi to był pierwszy czas trzeźwego życia od kilkunastu lat mieszkania w pustostanie, bo w sposób administracyjny stracili możliwość spożywania alkoholu. I dzięki temu po raz pierwszy od bardzo wielu lat mieli możliwość budzenia się bez kaca. Poza tymi procentami, o których dzisiaj tak pięknie mówimy, o tych kosztochłonnych procedurach... Za tym wszystkim są żywi ludzie i bardzo często rodziny tych ludzi, jeżeli te rodziny jeszcze w ogóle istnieją to, co tam jest można w ogóle nazwać funkcjonującą rodziną. Jako Wspólnota Anonimowych Alkoholików nie aspirujemy do bycia lekiem na całe zło tego świata. I w oparciu o swoje wieloletnie doświadczenia nie jesteśmy w stanie, a nawet nie mamy odwagi, podejrzewać, że istnieje jakiegokolwiek narzędzie, które pozwoli nam osiągnąć stuprocentową skuteczność w leczeniu uzależnień. Ja sam byłem pacjentem poradni odwykowych na zasadzie dobrowolności. Myślę, że jeżeli to jest prawda, że połowa osób podejmuje leczenie i z tej połowy trzydzieści procent kończy terapię to znaczy, że po raz pierwszy w życiu mieli szansę dowiedzieć się, że być może możliwe jest trzeźwe życie. Czy to jest mało? Ludzie, to jest strasznie dużo. Bo w kategoriach pełnych znaczy, że jest to piętnaście procent wszystkich. Jesteśmy w budynku, w którym piętnaście procent pozwala konstruować skuteczne koalicje rządowe. To nie jest mało. Zaproponujmy alternatywę, ale jeżeli jej nie mamy, to zastanówmy się, jak możemy pomóc członkom Komisji, którzy robią to, co potrafią robić. A jeżeli potrafią to robić w sposób nieudolny, to im pomagajmy albo stwórzmy alternatywę. Dziękuję.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży Paweł Kołakowski:**

Ja mam ponad dwudziestoletnie doświadczenie w byciu członkiem Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zawsze, z podziału obowiązków, biorę sobie przewodniczenie zespołom, które prowadzą rozmowy motywujące do leczenia i z naszej perspektywy wygląda to inaczej niż z perspektywy cyfr i tego, co wynika z raportów z kontroli NIK-u. Czasem zdarza się tak, że ludzie, którzy są motywowani, są zawieszani gdzieś w procedurze i być może to wpływa na przewlekłość postępowania przed komisją. Ale oni trafiają do placówek, podejmują leczenie i często staramy się tak prowadzić postępowanie, żeby opóźnić ten moment trafienia do biegłego i kierowania wniosku do sądu. Mieliśmy chyba dwukrotnie taką sytuację, że pacjent, który był motywowany przez Komisję przeszedł terapię, uczestniczył w Stowarzyszeniu jako trzeźwiejący i później był członkiem Komisji i często służył też swoim świadectwem. Oczywiście, wskaźnik trzydziestu procent tych, którzy kończą terapię jest moim zdaniem dobry. Myślę, że to jest też analogicznie w stosunku do pacjentów, którzy podejmują decyzję o leczeniu dobrowolnie, ponieważ specyfika tej choroby jest taka, że jeżeli ten ktoś nie poczuje bólu, ciśnienia zewnętrznego, do leczenia trudno zmotywować. Niestety i środki psychoaktywne, i alkohol to substancje, które uszkadzają nasz organ od myślenia i organ od podejmowania decyzji. Problemem w naszym funkcjonowaniu jest współpraca z sądami. To jest ogrom korespondencji, które przekraczają nasze możliwości – brzydko mówiąc – przerobowe. Ale też sądy w pewnym sensie są ograniczone i traktują sprawy zero-jedynkowo. Jeżeli podejmą decyzję o leczeniu ambulatoryjnym, to jest ambulatoryjne, jak zmieniają na stacjonarne, to w okresie oczekiwania na miejsce na leczenie stacjonarne nie można motywować klienta do kontynuowania w poradni, a to by było bardzo pożądane. Sąd twierdzi, że nie ma takiej możliwości. W zakresie decyzji sądowych nie ma możliwości zobowiązania do leczenia w oddziale dziennym i na przykład jeżeli pacjent podejmuje terapię w oddziale dziennym i ją odbył, to sąd uważa, że to jest leczenie ambulatoryjne i nie chce potraktować tego jako zamiennika za leczenie całodobowe. Idąc w stronę wniosków, które tu padły, w imieniu środowiska terapeutów, z którym konsultowałem tę sprawę mówię, żeby utrzymać [procedurę zobowiązania leczenie odwykowego] tylko zmodyfikować, zmienić. Odpowiedzi terapeutów w ankietach są takie, że procedura jest nieefektywna, bo jest bardzo pracochłonna, trudna. Ludzie wypowiadają się przeciw. Myślę, że dobrym pomysłem jest tworzenie interdyscyplinarnych zespołów, ale na poziomie powiatu. Wyobraźcie sobie państwo, w małych gminach Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych są często mało efektywne również dlatego, że członkiem Komisji jest wójt, jest

sołtys, jest kolega. To są czasem koledzy, którzy razem pili i nagle siadają po dwóch różnych stronach stołu i mają rozpatrywać sprawy. Członkowie rodziny w takich sytuacjach czasem bezpośrednio kierują sprawę do prokuratury, bo sprawa w gminie leży, ponieważ wójt nie podejmie działań w stosunku do swojego kolegi sołtysa czy sąsiada. Na poziomie powiatowym te zespoły miałyby szansę być bardziej wzbogacone o specjalistów psychoterapii, o osoby przeszkolone do prowadzenia tych rozmów motywujących. Na tę dużą liczbę oczekujących na miejsce i tych, którzy po raz kolejny są kierowani na leczenie, składa się również duża liczba osób chronicznie uzależnionych, gdzie – tak na dobrą sprawę – nie ma co z nimi zrobić. Wielokrotnie zdarzało mi się w przeszłości, kiedy jako biegły pisałem do sądu, żeby skierować pacjenta do innego rodzaju pomocy, bo on ze względu na funkcjonowanie swoich funkcji poznawczych nie jest w stanie uczestniczyć w psychoterapii, sąd mimo wszystko podejmował decyzję o zobowiązaniu do leczenia i skierowaniu do ośrodka całodobowego i na przykład w piśmie przewodnim do mnie pisał, że ośrodek jest tak wszechstronnie przygotowany do terapii, że powinien sobie poradzić z każdym pacjentem. No i właśnie ci pacjenci tworzą tą rosnącą ciągle kolejkę oczekujących. A na dobrą sprawę dla nich powinny być inne formy, inne ogniwa leczenia długoterminowego czy też miejsca w domach pomocy społecznej, których niestety u nas brakuje. No i na zakończenie może taki śmiały pomysł. Te osoby w stadium chronicznym być może powinny być leczone albo dotowane przez przemysł spirytusowy czy browary, bo to są ludzie, którzy gdzieś tam polegli na tym polu normalnej konsumpcji napojów alkoholowych. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Tomaszowie Lubelskim Zbigniew Skawiński:**

Szanowni państwo, pani przewodnicząca, być może przyniosą wkrótce efekty, ale do tego potrzebny jest czas i potrzebni są ludzie, a z tym wiadomo jak jest. Natomiast ja uważam, że nie można zostawić bez pomocy ludzi uzależnionych i ich rodzin i odstąpić od praktyk, które są stosowane obecnie. Zgadza się z panem z Kielc, że należy te procedury udoskonalić, ulepszyć, natomiast w żadnym wypadku z tego nie rezygnować. Przynajmniej na razie. Bo wyrzucimy jedno, a nie zastąpimy tego niczym. Bo żeby to zastąpić, potrzebny jest czas i ludzie. Proszę państwa, siedzę tutaj i słucham i mam takie wrażenie, że więcej mówimy o cyfrach, o statystykach, natomiast mniej o problemach. Może warto pochylić się nad rodzinami osób uzależnionych. Ja, z perspektywy i obserwacji członka Miejskiej Komisji nie wiem, co w tej chwili powiedzieć. Chciałbym, żebyście państwo doświadczyli tego kiedy przychodzi matka, żona i załamuje ręce, że nie można nic zrobić. Wiadomo ile trudu potrzeba, żeby zgłosić osobę na leczenie. Ona podejmuje tę decyzję, przychodzi, Komisja robi, co może, kieruje sprawę do sądu, sąd wydaje postanowienie o leczeniu i na tym koniec. I ona przychodzi: „Proszę pana, to po co ja to wszystko robiłam? Co mam teraz robić?”. I co mam jej odpowiedzieć? Co mam odpowiedzieć tej żonie, matce w takiej sytuacji? Może o tym porozmawiajmy. Dziękuję.

#### **Przedstawicielka Stowarzyszenia Służb Grup Rodzinnych Al-Anon Anna Zawłocka:**

Dziękuję panu bardzo za te słowa, że zwrócił pan uwagę na rodziny. Stowarzyszenie Al-Anon reprezentuje właśnie takie osoby jak rodziny i inni bliscy osoby, które mają problem z alkoholem. Ja tutaj również zwróciłam uwagę na to jak pani Łukowska mówiła o tym, że do Gminnej Komisji przychodzi ktoś z rodziny i myśli, że jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki osoba, która ma problem z alkoholem zostanie skierowana na leczenie i wszystkie problemy się rozwiążą. Niestety tak nie jest, gdyż rodziny również są porażone chorobą alkoholową, są współuzależnione i również potrzebują pomocy (często terapii lub, tak jak u nas we wspólnocie Al-Anon, wsparcia innych osób, które mają podobne problemy). Tutaj podczas prezentacji slajdów na jednym było napisane: „Rodziny osób zobowiązanych rzadziej współpracują z lecnictwem odwykowym”. Osoby, które mają w swoim otoczeniu kogoś, kto nadużywa alkoholu często są zastraszone, boją się, przemawia przez nie ogromny lęk i wstyd. Same potrzebują wsparcia. Jeżeli taka osoba zgłosi się do poradni, do Komisji Rozwiązywania Problemów

Alkoholowych i podejmie kroki (złoży wniosek o przymusowe leczenie czy, jeżeli jest przemoc w domu, skargę do prokuratury) boi się, jaka będzie reakcja pijącej osoby i sama potrzebuje wsparcia. I tutaj prośba do wszystkich instytucji, które zajmują się pomocą osobom uzależnionym, aby nie zapomniały o bliskich tych osób. Jedna osoba, która nadużywa alkoholu rani przynajmniej czworo swoich najbliższych. Może to być żona, mogą to być dzieci, rodzice, sąsiedzi, pracodawca i dużo więcej osób. Dlatego prośba, aby nie zapominać i kierować takie osoby po wsparcie chociażby do wspólnoty Al-Anon czy na terapię do ośrodków dla współuzależnionych, aby dowiedzieć się jak choroba działa zarówno na osobę pijącą, jak i na tą, która przebywa w jej otoczeniu. Chcę jeszcze raz podkreślić, że te osoby, tzw. współuzależnione, przeżywają bardzo dużo lęku i wstydu. Często boją się nawet poprosić o pomoc. Najważniejsze, żeby nie zostawiać, a wskazywać im drogę do różnych miejsc, aby mogły zasięgnąć pomocy zarówno dla siebie, jak i dla tych działań, które podjęły. Dziękuję.

#### **Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:**

Bardzo dziękuję. A przede wszystkim dziękuję bardzo za dojrzałą postawę osób wywodzących się ze środowiska AA, Al-Anon. No proszę, ja też znowu generalizuję. Jeszcze Al-Ateen powinniśmy wymienić oddzielnie. Szanowni państwo, próbując skonkludować, chcę powiedzieć rzecz następującą: paradoksalnie pierwsza część naszego spotkania i ta ostatnia są bardzo ściśle ze sobą związane. Dopiero co mówiliśmy o tym, że bardzo źle jest wyceniona terapia par, terapia rodzin i że przyszłością jest to, co powinno być zapewnione osobom uzależnionym, ale i ich rodzinom. Dlatego, że po pierwsze podnosi to skuteczność terapii jako takiej, a po drugie zapewnia również opiekę tej osobie, która w związku z uzależnieniem partnera ma swoje problemy. Ale trochę mnie martwi, że w tej dyskusji w zasadzie zrównaliśmy dwa problemy, które nas tu spotkały, mianowicie skuteczność procedury i skuteczność leczenia. To są dwa zupełnie różne zjawiska, zupełnie różne rzeczy. Co do skuteczności procedury, w moim przekonaniu utrwalone poglądy są takie, że procedura w formie istniejącej jest absolutnie do likwidacji. Tu rzeczywiście nie robimy protezy czy nie próbujemy mówić o protezie tak, jak w zamian za przymusowe leczenie stworzono procedurę, o której dzisiaj dyskutujemy. To wydaje się być poza dyskusją, ale – co jest bardzo istotne – z całego systemu w żadnym wypadku nie powinny zniknąć osoby, które potrzebują wsparcia. Bo my mówimy o tych, którzy wchodząc w system przymusowego skierowania do leczenia odwykowego, oprócz tego, że są uzależnieni, popełnili albo popełniają jeszcze coś. I to jest właśnie istotne, żeby rozróżnić w tym drugim stopniu wnikania w problem poszczególne sytuacje. Mianowicie jeśli chodzi o osoby uzależnione, które są w kolizji z kodeksem karnym, to z całą pewnością aktualna sytuacja, że ktoś, kto w związku ze swoim uzależnieniem, zachowaniem, czy postępowaniem pod wpływem dowolnych środków psychoaktywnych powoduje przestępstwa powinien być przez sąd zobowiązany do tego, aby w systemie probacji miał szansę podjąć leczenie. Chodzi o to, żeby się nim zająć, skierować go do ośrodka jednego drugiego czy trzeciego. Ale zobowiązać go do tego, żeby w okresie probacji ukończył psychoterapię. Żeby się zajął sobą. To jest element motywacji, o którym mówił pan Zwierzchowski. Tego typu presja powinna być tak, jak ustalone zostało wreszcie, że ma być wprowadzona psychoedukacja kierowców, którzy uparczywie prowadzą pod wpływem alkoholu. Przy czym oczywiście też jest błąd w tej ustawie o kierujących pojazdami dlatego, że zapis jest taki, że kierujący tracący prawo jazdy niezwłocznie ma się poddać psychoedukacji, natomiast odzyska prawo jazdy za trzy lata. To jest bez sensu, on powinien bezpośrednio przed otrzymaniem prawa jazdy przejść kurs psycho-edukacyjny. To, w moim przekonaniu, jest błąd legislacyjny, ktoś tego nie dopilnował albo nie posłuchał w momencie tworzenia prawa. O tym warto pamiętać. Element związany ze złamaniem prawa oprócz uzależnienia może być, i tego nikt nie neguje, poddany procedurze sądowej, ale w systemie probacji. Zdawałoby się, że dzisiaj też jest w systemie probacji taka możliwość. Jest tylko jeden warunek. Dzisiaj to osoba, wobec której orzeka się tego typu obowiązek musi na to wyrazić zgodę. I na to nie ma naszej zgody, jeżeli ta osoba ma sobie pomóc, nawet pod taką presją (bo to też jest jeden z elementów motywacji), to warto, a żeby w tym systemie probacji było to bez zgody podsądneho. Oczywiście

nie wtrącam się tutaj zupełnie w kwestie sądowego zobowiązania do leczenia narkomanii, bo nikomu nie życzę takiej procedury, jaka dotyka osób, które są uzależnione od alkoholu. Ale w tym, o czym mówimy umknął nam jeszcze jeden rodzaj osób, które mają problemy z uzależnieniem, mianowicie ci, którzy są uzależnieni i nie łamią prawa. Co wtedy z nimi? Mówiąc krótko, postępują jak samobójcy, przy czym nasz system jest przygotowany do tego, że raczej ratujemy samobójcę próbującego skakać z wieżowca, ale zupełnie nie zajmujemy się wtedy tą osobą, która chce popełnić samobójstwo przy alkoholu. Alkohol jest trucizną i robi to w ciszy, spokoju, nie przeszkadzając nikomu, przysparzając tylko bólu najbliższym, ale nie łamiąc prawa. Jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Ustawa, która mówi o tym, że osoby, których postępowanie zagraża ich zdrowiu bądź życiu powinny być przyjmowane do szpitala psychiatrycznego, gdzie, jak wiemy, jest to też rodzaj pozbawienia wolności. Rodzaj opresji, na którą tak się głośno oburzamy, ale w pewnych sytuacjach być może, po to, żeby ileś istnień uratować warto się nad tym zastanowić. Dzisiaj nie jest możliwe przyjęcie każdej osoby, która chce popełnić samobójstwo pijąc duże ilości alkoholu, dlatego że jeśli ktoś nie ma objawów psychotycznych, psychiatrzy się nim nie zajmą. W związku z tym przy likwidacji procedury sądowego zobowiązania do leczenia należy zmienić ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, gdzie tego typu samobójcza aktywność osoby używającej alkoholu powinna być uwzględniona. To są te elementy, o których trzeba pamiętać. W moim przekonaniu procedura nie jest skuteczna, a jest kosztowna. Ale jeśli mówimy o skuteczności leczenia, o tych trzydziestu procentach czy niechby tylko piętnastu procentach, to tak jak mówili moi przedmówcy, z całą pewnością to jest ogromna armia. W związku z tym patrząc na klientów naszego systemu leczenia odwykowego warto pamiętać o tym, że blisko trzydzieści procent tych, którzy ukończyli psychoterapię, przez około trzy lata nie są klientami ponownymi. Na pewno dla wielu środowisk to, do czego przyzwyczailiśmy się przez tyle lat jest czymś, z czym trudno się rozstać, ale rozstać się trzeba i to w sposób zdecydowany. Biorąc pod uwagę fakt, że jedna osoba uzależniona przymusowo skierowana potrafi rozbić całą grupę chcących się leczyć. Sprawa nie jest prosta, ale na pewno procedura jest do likwidacji.

#### **Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:**

Szanowni państwo, na dzisiejszym posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień rozpatrzyliśmy, zgodnie z porządkiem posiedzenia, trzy ważne aspekty systemu. Część poświęcona Gminnym Komisjom Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a także procedurze zobowiązania do leczenia ujawniła wieloletnie zaniedbania przejawiające się między innymi w niskiej skuteczności i przepisach często nie przystających do codzienności. Ważnym aspektem jest również niska efektywność przedstawianej części systemu związana ze sporymi nakładami finansowymi, które przy wielu niezabezpieczonych potrzebach leczenia uzależnień mają szczególne znaczenie. W tworzeniu projektu zmiany ustawy, a docelowo tworzeniu nowej ustawy, co jest głównym zadaniem Zespołu, ważnym jest dla nas wykorzystywanie dotychczas sprawnie działających mechanizmów w systemie. To się jednak nie stało w przypadku nowej taryfikacji świadczeń, której poświęcona była pierwsza część posiedzenia. Jest ona nie do zaakceptowania, nie wykorzystuje wniosków dotyczących dobrych elementów obecnego systemu. Pozostaje wrażenie, że system ten w najważniejszym momencie w jakiś sposób nie zadziałał prawidłowo. W związku z powyższym uważamy za niezbędne stworzenie solidnych struktur przeciwdziałania uzależnieniom w większym zakresie niezależnego od władz samorządowych, ściślej współpracującego z instytucjami centralnymi przy wykorzystywaniu środków finansowych, które są w systemie, ale od wielu lat rozchodzą się po mało efektywnych inicjatywach bądź są niesprawiedliwie dystrybuowane, jak w przypadku poziomu wojewódzkiego. W trakcie ostatnich pięciu posiedzeń Zespołu zebraliśmy znaczącą ilość informacji o trudnościach, o problemach i niedoskonałościach systemu przeciwdziałania uzależnieniom. Uzyskaliśmy kompleksową informację od przedstawicieli ministerstw, instytucji na szczeblu centralnym, wojewódzkim oraz praktyków, specjalistów i ekspertów. W ostatnim miesiącu przewodnicząca Zespołu złożyła sześć interpelacji do Ministerstwa Zdrowia ściśle

związanych z lecznictwem uzależnień, wskazując tym samym na ważność, pilność i szeroki zakres potrzebnych zmian. Zespół w parlamencie ma szczególne znaczenie, ze względu na łatwość inicjatywy ustawodawczej. Zapraszamy państwa do wykorzystania tej możliwości i wskazywania przez praktyków i specjalistów spostrzeżeń dotyczących dalszych kierunków pracy Zespołu poprzez pocztę elektroniczną. W tym momencie jesteśmy w trakcie kończenia planowania pracy Zespołu na kolejne pół roku, także zapraszamy do zgłaszania tematów i zapotrzebowania tak, żeby ta informacja była jak najbardziej kompleksowa i można byłoby to wykorzystywać w dalszych pracach Zespołu. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Chciałam wszystkim państwu bardzo serdecznie podziękować za cenne opinie i uwagi i prosić dyrektorów WOTUW-ów, dyrektorów PARPY i Krajowego Biura o przekazanie nam materiałów dotyczących nowej taryfikacji. Ja jako przewodnicząca Zespołu zobowiązuję się wystąpić do przedstawicieli rządu i mam nadzieję, że zostanie uwzględnione to, co jest najważniejsze. To wy jesteście ekspertami. Pani kierownik mówiła, że korzystali z ekspertów, innych instytucji, przyglądali się, jak to wygląda w innych państwach. My żyjemy w Polsce i dla nas ekspertami jesteście wy. Myślę, że ministerstwo również powinno się nad tym pochylić. Bardzo proszę o przekazanie tego pocztą elektroniczną. Kiedy zbiorę wszystkie dokumenty, podejść, porozmawiam, przekażę, dobrze? Do tego się zobowiązuję. I również, tak jak już tutaj pan Piotr powiedział, bardzo proszę o sugestie co do kolejnych tematów. Teraz mamy miesięczną przerwę wakacyjną, spotkamy się po pierwszym wrześniu. Jeżeli będą państwo mieli jakieś tematy, które należałoby jak najszybciej poruszyć, będziemy czekali na wasze sugestie. Jeszcze raz wszystkim serdecznie dziękuję. To, co nam przekazujecie to są naprawdę bezcenne opinie i uwagi.