

**Parlamentarny
Zespół ds.
Rozwiązywania
Problemów
Uzależnień**



VIII kadencja

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU
DS. ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ
z dnia 06 lipca 2016 r**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Parlamentarnego Zespołu

ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień

06 lipca 2016 r.

Parlamentarny Zespół ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Zespołu, którego przedmiotem była: **dostępność leczenia uzależnień w Polsce** zrealizował następujący porządek posiedzenia:

1. Podstawy prawne funkcjonowania lecznictwa uzależnień. Sytuacja prawna podmiotów gospodarczych prowadzących terapię uzależnień, organizujących stacjonarne i całodobowe pobyty pacjentów, nie będących zarejestrowanymi podmiotami leczniczymi.
2. Dostęp do leczenia dla pacjentów uzależnionych.
3. Dostęp do leczenia dla członków rodzin osób uzależnionych.
4. Dyskusja

W posiedzeniu udział wzięli marszałek senior **Kornel Morawiecki (WiS)**, posłowie: **Barbara Chrobak (Kukiz15)**, **Małgorzata Zwiercan (WiS)** oraz zaproszeni goście: **Mirosław Przybylski** – dyrektor Departamentu Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości, sędzia, **Dariusz Poznański** – zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Roman Kaczor** – naczelnik wydziału – Departament Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości, **Barbara Wilamowska** – główny specjalista, kurator specjalista, koordynator ds. Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii Ministerstwa Sprawiedliwości, **Renata Sajda** – główny specjalista, sędzia - Departament Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości, **Małgorzata Misiewicz** – główny specjalista w Wydziale Profilaktyki Zdrowotnej Departamentu Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Izabela Kucharska** – zastępca głównego Inspektora Sanitarnego, **Tomasz Białas** – dyrektor Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego, **Bogusława Bukowska** - zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Katarzyna Żylińska** – główny specjalista ds. Lecznictwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Jadwiga Fudała** – kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Ewa Gawin** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Opolu, **Iwona Labus – Wasilewska** – pełnomocnik dyrektora Zakładu Leczenia Uzależnień w Charcicach ds. Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia, **Iwona Mialik** – kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Lublinie, **Jacek Kasprzak** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Czarnym Borze, **Paweł Kołakowski** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży, **Sławomir Grab** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Stalowej Woli, **Dariusz Zwierzchowski** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Kielcach, **nadkom. Agnieszka**

Romańska – radca Wydziału Prewencji Biura Prewencji Komendy Głównej Policji, **podinsp.. Dorota Dąbrowska-Babor** – ekspert Wydziału Prewencji Biura Prewencji Komendy Głównej Policji, **Bogusław Habrat** – Instytut Psychiatrii i Neurologii, **Marek Grondas** – pełnomocnik Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR ds. Leczenia, Terapii i Rehabilitacji, **Tomasz Kowalewicz** – członek Zarządu Fundacji Praesterno, **Grażyna Zimak** – Fundacja Na Rzecz Zapobiegania Narkomanii „MARATON”, **Piotr Szypiorowski** – asystent przewodniczącej Zespołu.

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

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry Państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie na siódmym posiedzeniu parlamentarnego zespołu ds. rozwiązywania problemów uzależnień. Witam naszych gości: przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Nadzoru nad Środkami zastępczymi, Głównego Specjalistę w Wydziale Profilaktyki Zdrowotnej, Radcę Wydziału Prewencji, Biura Prewencji Komendy Głównej Policji, Eksperta Wydziału Prewencji, Biura Prewencji Komendy Głównej Policji. Witam przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości - dyrektorów, specjalistów. Witam przedstawicieli Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i PARP-y. Również witam przedstawicieli Instytutu Psychiatrii i Neurologii Dyrektorów i przedstawicieli WOTUW-ów oraz Dyrektorów fundacji i wszystkich naszych gości. Jeśli kogoś nie wymieniłam, to bardzo przepraszam. Również proszę, jeżeli Państwo będą zabierali głos, o przedstawienie się. Tematem dzisiejszego spotkania są podstawy prawne funkcjonowania lecznictwa uzależnień, sytuacja prawna podmiotów gospodarczych prowadzących terapię uzależnień organizujących stacjonarne i całodobowe pobyty pacjentów niebędących zarejestrowanymi podmiotami leczniczymi, dostęp do leczenia pacjentów uzależnionych, dostęp do leczenia członków rodzin osób uzależnionych i przejdziemy do dyskusji. Bardzo proszę. Przekazuję prowadzenie teraz Panu Piotrowi.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Zgodnie z porządkiem posiedzenia przejdziemy do rozpatrzenia pierwszego punktu, czyli podstaw prawnych funkcjonowania lecznictwa uzależnień z uwzględnieniem sytuacji prawnej podmiotów, które nie są zarejestrowanymi podmiotami leczniczymi. O zajęcie stanowiska i wyrażenie opinii proszę przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Szanowna Pani Przewodnicząca, Panie i Panowie Posłowie. Szanowni Państwo. Dariusz Poznański, Zastępca Dyrektora, Departament Zdrowia Publicznego. Zacznę od przeprosin, bo była prośba ze strony zespołu, żeby przygotować materiał i przekazać w wersji pisemnej do dnia 4 lipca. Natomiast z uwagi na to, że u nas wymagało to zaopiniowania przez kilka departamentów i zasięgnięcia opinii krajowego biura i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz ze względu na zmianę, która dokonała się w ciągu ostatnich dniach jeśli chodzi o Ustawę o działalności leczniczej. Tak naprawdę jeszcze dzisiaj rano doprecyzowaliśmy swój materiał. Sprawa jest dość precyzyjna, bo dotyczy jakby styku *Ustawy o działalności leczniczej*, *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości*, *Ustawy przeciwdziałaniu narkomanii*. Jeśli Państwo pozwolą, to nasze stanowisko dotyczące tych styku tych ustaw i tego co z nich wynika, to bym po prostu przeczytał, żeby przekazać precyzyjnie informacje. Jeśli chodzi o stanowisko Ministerstwa Zdrowia w zakresie legalności funkcjonowania ośrodków leczenia uzależnień niebędących podmiotami leczniczymi, to należy zauważyć że w celu zapewnienia realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia uzależnień z godnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, zostały wprowadzone odpowiednie regulacje prawne, m. in. w Ustawie

z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii oraz zmianie ustawy o wychowaniu trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi. Zgodnie z artykułem 146 *Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii* leczenie osoby uzależnionej prowadzi podmiot leczniczy bądź lekarz wykonujący praktykę lekarską w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Natomiast rehabilitację osoby uzależnionej mogą prowadzić: lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii albo osoba posiadająca certyfikat specjalisty terapii uzależnień. W rehabilitacji z kolei osoby uzależnionej może uczestniczyć: osoba posiadająca certyfikat instruktora terapii uzależnień. Natomiast, w świetle *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą wyłącznie podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczeń stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Zgodnie z powyższym wykaz świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, czyli tzw. rozporządzenia koszykowego obejmuje świadczenia polegające m. in. na leczeniu i rehabilitacji osób uzależnionych realizowane w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych. Z kolei, mając na uwadze art. 2 ust. 1 pkt 10 *Ustawy o działalności leczniczej*, zgodnie z którym świadczenia zdrowotne oznacza działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania oraz artykuł 3 ust. 1 wyżej wymienionej ustawy, który stanowi, że działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Należy zauważyć, że zarówno leczenie, jak i rehabilitacja, terapie osób uzależnionych stanowią świadczenie zdrowotne. Zgodnie z artykułem 16 ust. 1 ustawy, działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu *ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej*. Oznacza to, iż podmiot który ją wykonuje musi spełnić szczególne warunki określone przepisami prawa. W przypadku działalności leczniczej oznacza to konieczność wpisania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczych po spełnieniu warunków określonych w art. 17- 19 w *Ustawie o działalności leczniczej*. Jednak nawiązując do wspomnianego wcześniej artykułu 26 ust. 2 pkt 2 *Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*, gdzie jest może, że rehabilitację może prowadzić osoba posiadająca certyfikat specjalisty terapii uzależnień. Należy zwrócić uwagę na art. 5 pkt 41 *ustawy z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Zgodnie z nim świadczeniodawcą może być również inna osoba fizyczna niż będąca podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielania ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej. Jednak kwestia udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia uzależnień przez podmioty, które nie uzyskały wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wiąże się z brakiem podstawy prawnej do przeprowadzenia kontroli udzielania świadczeń przez te podmioty na podstawie *Ustawy o działalności leczniczej*. Uprawnienia kontrolne wobec podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej posiada odpowiedni organ prowadzący rejestr tych podmiotów stosownie do regulacji artykułu 111 ust. 1 *Ustawy o działalności leczniczej*. Wykonywanie kontroli i nadzoru przez ministra właściwego do spraw zdrowia wykonuje podmiot tworzący w stosunku do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą na podstawie przepisów działu 6. *Ustawy o działalności leczniczej* i obejmuje wyłącznie podmioty lecznicze. Niemniej jednak w zakresie możliwości kontrolnych należy zwrócić uwagę na artykuł 78 ust. 1 *Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej*. Zgodnie z nim w razie powzięcia wiadomości o wykonywaniu działalności gospodarczej niezgodnie z przepisami ustawy a także w razie stwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia, niebezpieczeństwo powstania szkód majątkowych w znacznych rozmiarach lub naruszenie środowiska w wyniku wykonywania tej działalności, wójt, burmistrz lub prezydent miasta niezwłocznie zawiadamia właściwe organy administracji publicznej. Ponadto w świetle

artykułu 147 § 1 Kodeks Wykroczeń prowadzenie zakładu leczniczego bez wymaganego wpisu do rejestru ewidencji podlega karze aresztu, ograniczenia wolności lub grzywny. Jednocześnie należy przywołać artykuł 60 prim § 1 Kodeksu Wykroczeń, który penalizuje wykonywanie działalności gospodarczej bez wymaganego zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wpisu do rejestru działalności regulowanej lub bez wymaganej koncesji bądź zezwolenia. Przepis ten stanowi, iż wykonywanie działalności gospodarczej bez wymaganego zgłoszenia do ewidencji działalności regulowanej lub bez wymaganej koncesji albo zezwolenia podlega karze ograniczenia wolności lub grzywny. Także to stanowisko w formie pisemnej również przekazemy Pani Przewodniczącej. Muszę przyznać, że kwestia tego statusu prawnego wydaje się dość dobrze określona w przepisach prawa i w ostatnich latach nie mieliśmy do czynienia z jakimiś sytuacjami wątpliwości prawnych. Nie prowadziliśmy takich spraw w tym zakresie, więc nie trwają w Ministerstwie Zdrowia obecnie żadne prace, które miałyby na celu doprecyzowanie tych przepisów czy jakieś zmiany. Jediną kwestią, którą ostatnio rozważamy, to kwestia tytułu doświadczeń gwarantowanych dla osób współuzależnionych. Tutaj będziemy prawdopodobnie będziemy dokonywać pewną zmianę w *ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej*, żeby to prawo do świadczeń gwarantowanych wynikało wprost z przepisów a nie było wyinterpretowywanie z ustawy. Także jeżeli pojawiają się jakieś wątpliwości odnośnie stosowania tych przepisów czy ich rozumienia, to chętnie wysłucham dyskusji. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Proszę o wyrażenie stanowiska i przedstawienie opinii przedstawiciela Ministerstwa Sprawiedliwości.

Dyrektor Departamentu Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości Mirosław Przybylski:

Dziękuję bardzo. Mirosław Przybylski - Dyrektor Departamentu Wykonania Orzeczeń i Probacji, Sędzia. Co do, można powiedzieć, 99 % Ministerstwo Sprawiedliwości podziela przedstawione argumenty przez pana dyrektora z Ministerstwa Zdrowia. Wątpliwości tutaj mogą tylko nasuwać pewne interpretacje uprawnień Ministra Zdrowia i Wojewody do kontroli tych podmiotów. Wydaje się, że po zasięgnięciu informacji Departamentu Legislacyjnego, artykuł 118 Ustawy o działalności leczniczej upoważnia Ministra Zdrowia do kontroli podmiotów leczniczych, które są wymienione numeratywnie w artykule 4 i artykule 5 tejże ustawy. Fakt niezarejestrowania przez ten podmiot działalności leczniczej nie może stanowić takiej ewidentnej przeszkody do kontroli gdy poweźmie się wiadomości, iż może ten podmiot nie wykonywać właściwie tej działalności regulowanej. Zwrócę jeszcze na jedną rzecz uwagę i to będzie oczywiście przedmiotem pracy i analiz w Ministerstwie Sprawiedliwości a więc na konsekwencje prawne o które zwracała się Pani Przewodnicząca do Ministerstwa Sprawiedliwości wobec podmiotów, które nie są zarejestrowane, bo to jest działalność regulowana w trybie artykułu oczywiście Ustawy leczniczej tego artykułu 100. Będziemy chyba musieli je znowelizować - artykuł 147a Kodeksu Wykroczeń. Z uwagi na nawet czysto semantyczną część tego artykułu, który stanowi iż, kto *pnoumines es socto* prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub zakład leczniczy dla zwierząt bez wymaganego zezwolenia. Dzisiaj ustawa o działalności leczniczej posługuje się pojęciem "podmiotem leczniczym" w prawie karnym co do zasady wyłączona jest wykładnia rozszerzająca. Także dostrzegamy ten problem i Departament Legislacyjny w Ministerstwie Sprawiedliwości przygotowuje stosowną zmianę tego artykułu. Słusznie natomiast pan dyrektor przywołał artykuł 67 Kodeksu Wykroczeń, który posiłkowo może być stosowany. Także jeżeli nawet przyjmiemy, iż artykuł 147a Kodeksu Wykroczeń zawiera pewną treść w dniu dzisiejszym pustą - nazwijmy to tak - to możemy posiłkować się tym artykułem 60 z indeksem 1 paragraf 1, którą tutaj pan dyrektor cytował. Minister oczywiście Sprawiedliwości nie nadzoruje prowadzenia tej działalności, bo to jest w kompetencjach Ministra Zdrowia. Oczywiście odpowiadając również na pytanie pani przewodniczącej, jakie sankcje karne czy też inne sankcje mogą być położone na podmioty, które po pierwsze nie są

zarejestrowane a po drugie mogą źle wykonywać no to gama takich przepisów jest naprawdę bardzo duża. Począwszy od sankcji administracyjnych poprzez oczywiście pozakodeksowe przepisy karne, ale również przepisy karne wymienione w Kodeksie Karnym czy też Kodeksie Wykroczeń. Będzie to uzależnione oczywiście od stanu faktycznego, czy to od narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia czy też spowodowania pewnego już skutku. Także w dniu dzisiejszym musiałbym wymieniać całe rozdziały przepisów, które ewentualnie mogą być po prostu zastosowane. Także wydaje się, że ze strony Ministerstwa Sprawiedliwości przedstawione stanowisko Ministra Zdrowia znajduje się w pełni uzasadnienie. Z tym tylko wyjątkiem, iż w ocenie naszych legislatorów nie jest wyłączona całkowicie na podstawie dzisiejszej ustawy o działalności leczniczej możliwość kontrolna przez podmiot, który rejestruje w tym przypadku wojewodę, jak również i ministra zdrowia na podstawie artykułu tego 118 i potrzeba nowelizacji artykułu 147a Kodeksu Wykroczeń. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. O wyrażenie stanowiska i przedstawienie opinii poproszę przedstawiciela Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Główny specjalista, Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Małgorzata Misiewicz:

Małgorzata Misiewicz. Główny Specjalista, Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Szanowna Pani Przewodnicząca, Panie i Panowie Posłowie, ja krótko jeśli chodzi o stanowisko Departamentu Zdrowia jeśli chodzi o leczenie osób uzależnionych. Przez podmioty nieposiadające uprawnień - do tego zgadzamy się jak najbardziej ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia i popieramy to, że wszystkie te podmioty, które prowadzą to w tym momencie zgodnie z przepisami prawa powinny podlegać sankcjom. Natomiast w kwestiach i pytań wyrażonych w piśmie Pani Przewodniczącej prosiłabym tutaj o zabranie głosu przez przedstawiciela Policji, który ma większą wiedzę. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Proszę o zabranie głosu przedstawiciela Policji.

Radca Wydziału Prewencji Komendy Głównej Policji Nadkomisarz Agnieszka Romańska:

Nadkomisarz Agnieszka Romańska, Biuro Prewencji, Komenda Główna Policji. Pani Przewodnicząca, Szanowni Państwo! Jeżeli chodzi o zakres danych statystycznych, które gromadzimy w odniesieniu do wykroczeń - no bo takie mogę przedstawić, to niestety nie gromadzimy szczegółowych danych czy w zakresie artykułu 60 "prim" Kodeksu Wykroczeń czy artykułu 147a Kodeksu Wykroczeń. Więc nie powiem, jaka jest skala tego zjawiska, ponieważ nie dysponujemy zgodnie z zarządzeniem Głównego Komendanta Policji gromadzimy dane tylko o specyficznych wykroczeniach te nie są wyszczególnione akurat. Więc w tym zakresie nie odpowiem. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z Państwa chciałby zabrać głos w tym punkcie porządku posiedzenia?

Dyrektor Departamentu Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości Mirosław Przybylski:

Odnosząc się do wypowiedzi Przedstawiciela Policji ze strony Ministerstwa Sprawiedliwości deklaruje możliwość szybkiego zgromadzenia takich danych statystycznych w zakresie wykroczeń z artykułu 143a i artykułu 60 poprzez takie dane statystyczne zbierane są przez Ministerstwo Sprawiedliwości w skali tylko liczbowej, czyli żeby była pełna jasność nie będzie tam stanu faktycznego. Natomiast dane o liczbach to w drukach statystycznych MS-u one będą. Także jeżeli zespół będzie potrzebował, to Ministerstwo Sprawiedliwości takie informacje

przekazać.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Kto z Państwa chciałby zabrać głos? Dziękuję. Ja chciałbym dokonać krótkiego podsumowania, co zostało dzisiaj powiedziane, bo sytuacja jest nieco kłopotliwa i trudna. Trzeba przyznać, że zgodnie z przedstawionymi stanowiskami, podmioty gospodarcze prowadzące terapie uzależnień, które organizują stacjonarne czy całodobowe pobyty pacjentów, generalnie powinny być zarejestrowanymi podmiotami leczniczymi, ponieważ prowadzą działalność leczniczą. Co do tego nie pojawiły się wątpliwości i przyznali to przedstawiciele trzech ministerstw. Prawdą jest też, że powinny podlegać sankcjom. Natomiast rzeczywistość wskazuje, że te ośrodki działają, funkcjonują i nie ponoszą żadnej odpowiedzialności z tego tytułu. Często nie spełniają wymogów, ponieważ dane, które zgromadziliśmy pokazują, że wojewodowie nie kontrolują tych ośrodków, ponieważ nie są podmiotami leczniczymi, więc nie mogą ich kontrolować. Także sytuacja jest nieco patowa. Natomiast wydaje się z punktu widzenia zgromadzonych danych, że należy do kategorii pilnych, ważnych i potrzebnych do uregulowania od zaraz. Proszę Panią.

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Jadwiga Fudała:

Dzień dobry, Jagoda Fudała, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Ja bym chciała zwrócić uwagę na to, że oczywiście popieram stanowisko i jako agencja wyrażaliśmy opinię w tej sprawie. Natomiast my jesteśmy taką instytucją, która gromadzi skargi dwojakiego rodzaju. Pierwsze skargi, to są skargi podmiotów leczniczych, najczęściej prywatnych, które zarejestrowały swoją działalność ponosząc z tego powodu różnego rodzaju koszty i podlegając różnym uregulowaniom, które są dość kłopotliwe, jeżeli się prowadzi ten podmiot leczniczy zgodnie z prawem. Mają na swoim terenie dość blisko często działalność gospodarczą, która nie podlega żadnym regulacjom, żadnym sankcjom, żadnemu nadzorowi i również przyjmuje pacjentów i zarabia pieniądze. To jest pierwszy rodzaj skarg, czyli taka, powiedziałabym, nierówność w dostępie do warunków pewnego rodzaju prac. Druga sprawa to są to skargi od pacjentów, którzy trafili do takiego typu podmiotów mając przekonanie, że trafiają na leczenie uzależnienia i najczęściej skarżą się ci, którzy są niezadowoleni z tego pobytu. Te skargi dotyczą różnego rodzaju rzeczy, np. właśnie tego, że ci pacjenci przez cały ten pobyt mogli nie zobaczyć lekarza, nawet jeżeli oferują tam usługi Oddziału Leczenia Zespołów Abstynencyjnych, co jest typowo medycznym oddziaływaniem, gdzie lekarz powinien w jakiś sposób znaleźć i być właściwie całodobowo. Po drugie są to skargi polegające na tym, że właściwie dochodzi do różnego rodzaju nadużyć zarówno emocjonalnych, jak i finansowych polegających na tym, że często z góry tak naprawdę pobierane są opłaty za te pobyty, które są zazwyczaj krótkie i kilkudniowe, mimo że całość pobytu jest dość kosztowna i obejmuje turnus pobytu, np. kilka tygodni. Są to również pytania kierowane do nas i prośby o interwencje i my właściwie nie możemy podjąć żadnych interwencji, ponieważ nie możemy kontrolować działalności gospodarczej. Właściwie to na co pacjent się skarży - na łamanie swoich praw - pyta o drogę dochodzenia, to jedyne co możemy mu pokazać to właściwie droga postępowania sądowego. To stawia tych ludzi w zupełnie innej sytuacji niż pacjentów podmiotów leczniczych, którzy mają cały zagwarantowany arsenał możliwości poskarżenia się w momencie, kiedy uważają, że nie zostali właściwie obsłużeni przez zakłady opieki zdrowotnej czy podmioty lecznicze. W związku z tym rzeczywiście sprawa jest napięta, zwłaszcza że tych ośrodków powstaje wciąż dużo i nie można ich kontrolować choćby z takiego względu, że nikt nie prowadzi statystyki tych podmiotów, nikt ich nie zlicza, one się objawiają na stronach internetowych, w przestrzeni medialnej, w potocznym szeptaniu, gdzie kto był i co tam się dzieje. Natomiast nie ma żadnego spisu, który pozwoliłby przyjąć jakąś sensowną listę, żeby kontrolować te podmioty. Myślę, że z tego właśnie powodu nikt ich nie kontroluje nawet gdyby miał jakieś uprawnienia do tego. Warto się tym zająć na pewno. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Zanim przekażę głos Panu Jackowi Kasprzakowi chciałbym przekazać też taką informację, że jesteśmy w zespole w posiadaniu dokumentów, które informują o zawiadomieniu zarówno Policji jak i Prokuratury o przestępstwach związanych z przedmiotowym zagadnieniem. Jest ich kilkadziesiąt, wszystkie zostały umorzono. Myślę, że ważnym jest, żeby dzisiejsze posiedzenie też pozwoliło znaleźć odpowiedź na pytanie, jaką drogę powinniśmy obrać, żeby z tym problemem się zmierzyć. Przede wszystkim drogę prawną, formalną umożliwiającą uregulowanie tej kłopotliwej kwestii, ponieważ dotyczy ona też dużej szkody dla pacjentów. To, o czym powiedziała Pani z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, są to często krótkie pobyty, które nie są de facto terapią, tylko są pobytami mówiącymi o terapii - często też z związku z dużą ilością czasu wolnego i gwarantowanych rozrywek w ramach tych pobytów, nie jest możliwe, żeby zaszła jakakolwiek zmiana w toku dwu- czy trzytygodniowego pobytu pacjenta czy klienta takiego ośrodka. Zapraszam Pana Jacka Kasprzaka.

Dyrektor WOTUW w Czarnym Borze Jacek Kasprzak:

Jacek Kasprzak Dyrektor WOTUWu Województwa Dolnośląskiego. W tamtym roku dostałem od Wojewody i za jego również pośrednictwem od Prokuratora listę placówek, które wykonywały tzw. podejrzaną działalność leczniczą, było to w sumie kilkanaście adresów mailowych, stron z prośbą o sprawdzenie tego, czym się zajmują. Z tych placówek praktycznie cztery były legalnymi prywatnymi placówkami zakontraktowanymi świadczeniami przez NFZ. Natomiast pozostałe były tzw. dzikimi placówkami, które powstawały w komfortowych willach i niekoniecznie terapia była prowadzona przez specjalistów, a jeżeli była, to przynajmniej mogliśmy wiedzieć i informować tych specjalistów o tym czy wiedza co robią. Natomiast kłopot był taki, że prywatne placówki, które nie były podmiotami leczniczymi i nie miały kontraktu z NFZ-u, w zasadzie wyśmiały nas na jakiegokolwiek zapytanie, żeby przynajmniej udzielić odpowiedzi. Tutaj utwierdza się, że praktycznie nie ma żadnego przełożenia na tego typu placówki. Myślę, że to jest taki ważniejszy problem. Nie jest to sprawdzona informacja, ale kiedyś w Internecie wyczytałem, że jest około 15 tys. takich placówek tego typu w Polsce. Dla mnie to jest całkiem realna ilość, ponieważ w samym województwie dolnośląskim w tych różnych przepięknych kurortowych miejscowościach jest naprawdę kilkadziesiąt placówek, które tego typu działalność prowadzą. Tak jak Pan Piotr przed chwilą powiedział bardziej to są działania rekreacyjne i nie jest to związane z leczeniem. Natomiast ja upatruje tutaj kłopot głównie z finansowaniem tego przez NFZ i dużymi kłopotami z dostępnością. Rozumiem, że to będzie kolejny punkt, ale według mnie one się zazębiają, ponieważ jest mocno ograniczona dostępność do leczenia w placówkach sprawdzonych, rekomendowanych, ponieważ limity świadczeń są bardzo małe. W związku z tym czas oczekiwania na świadczenia jest coraz dłuższy od kilku miesięcy nawet do pół roku w niektórych placówkach i w związku z tym którzy mają problemy alkoholowe decydują się natychmiast. Natychmiast można znaleźć w placówkach tego typu i najczęściej nie rozpoznają, więc myślę, że tutaj wypadaloby pomyśleć o jakiejś takiej akcji propagandowej i informacyjnej, żeby po prostu ludzie mogli takie wiadomości podejmować. Dawno temu PARPA coś takiego zrobiła w gazetach, kiedy była plaga domowych akcji detoksów i domowego wszywania ESPERAL-u więc też ogłaszała pod literką AAAAAA, co informowało o tym, że ESPERAL nie jest lekiem i odpowiednie informacje do tego. Myślę, że tego typu informacja może by też trochę zadziałała, ale też informacje z prawnymi konsekwencjami tego, żeby ludzie mieli świadomość, co robią i po co to robią. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Proszę zabranie głosu Pana Pawła Kołakowskiego.

Dyrektor WOTUW w Łomży Paweł Kołakowski:

Witam serdecznie Państwa, Kołakowski Paweł, Ośrodek Terapii Uzależnień WOTUWu

Województwa Podlaskiego. Chciałbym tak w paru zdaniach kontynuować myśl, którą zaczął tutaj kolega Kasprzak. Mianowicie jeszcze chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt, że uzależnienia są w dalszym ciągu chorobą wstydlivą i to też jest jeden z powodów, dla którego pacjenci ci lepiej funkcjonujący i bardziej majątni szukają możliwości leczenia w tych różnych podmiotach, gabinetach czy placówkach po to, żeby w jakiś sposób chronić swoją anonimowość i tożsamość, ponieważ jak się zjawiają w naszych placówkach to PESEL, wszystkie dane i sprawozdawczość elektroniczna do NFZ, elektroniczna historia choroby - po prostu ludzie nie mają do tego zaufania. Natomiast w gabinecie prywatnym te dane pozostają, tak jak słyszymy, po za kontrolą. To, że ludzie mają ograniczone zaufanie, to chociażby dwa anonimowe takie obrazki z praktyki naszej placówki z ostatnich dwóch lat. Zwłaszcza to dotyczy różnego rodzaju funkcjonariuszy. Załóżmy, że dwóch funkcjonariuszy służb mundurowych pili razem, podpadli, jeden z nich zgłosił się na leczenie, odbył leczenie, zgłosił się z kartą informacyjną do placówki, został zawieszony w czynnościach, bo nie może się posługiwać bronią palną, już ponad rok nie pracuje i czeka na rozstrzygnięcie NS-a w tej sprawie. Drugi, który nie zgłosił się na leczenie dalej pracuje i śmieje się z tego, który właśnie podjął leczenie. Inny obrazek: pracownik, już nieważne czy CBA czy CBS, skorzystał z porady w sprawie członka rodziny nadużywającego alkoholu i do naszej placówki trafia zapytanie o udostępnienie dokumentacji medycznej tej osoby i pytanie, czy ona może w swojej pracy zachować niezależność, swobodę podejmowania decyzji, itd.. Na kolejne wizyty już ta osoba do naszej placówki się nie zgłosiła. Z jednej strony ochrona danych osobowych, poufność tych informacji, natomiast nasi klienci nie czują się bezpieczni zwłaszcza wykonując takie prestiżowe zawody. Też te placówki, o których mówimy słyną z tego, że oferują udzielają świadczeń anonimowo. Stąd też moje pytanie, czy dałoby się zagwarantować również w placówkach legalnie działających z odpowiednim zastrzeżeniem możliwość udzielenia świadczeń anonimowych, o ile nie będzie wchodzić w grę założmy wystawienie recepty bądź innych dokumentów zewnętrznych po to, żeby właśnie tych klientów chronić, jeżeli chcą być chronieni, bo jeśli nie chcą być chronieni będą szukać pomocy w placówkach, o których mówimy. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Czy ktoś z Państwa chciałby zabrać głos jeszcze odnośnie tego punktu porządku posiedzenia?

Dyrektor WOTUW w Kielcach Dariusz Zwierzchowski:

Dariusz Zwierzchowski. WOTUW Kielce, Chciałabym też dorzucić do moich kolegów takie zdarzenie z ośrodka nazwę to paraterapeutycznego prowadzonego przez stowarzyszenie jakieś zarejestrowanie. Oczywiście całodobowa pomoc terapeutyczną prowadzą. Kiedy u jednego z pensjonariuszy takiego działania pojawiły się zaburzenia zdrowia somatycznego, to został zawieszony do WOT-u. Kiedy doszedł do siebie, zorientował się, że może tam odbyć terapię za darmo, więc chciał ją odbyć za darmo. Natomiast przyjechał ze stowarzyszenia ten człowiek, co go przywoził, i go tam molestował mówiąc wprost, że powinien wrócić tam do niego na terapię. No i mają miejsce takie historie, które mówią, że trzeba w jakiś sposób skończyć z takimi miejscami paraterapeutycznymi. Nie wiem czy na początek nie należałoby do tych wszystkich miejsc wysłać informację na podstawie jakich przepisów mogą prowadzić taka działalność, a jeżeli nie to robi się jakieś kontrole w tej sprawie i po prostu będą konsekwencje. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Ja chciałabym tylko dodać, że w 2015 roku o przedmiotowej sprawie zostały powiadomione Ministerstwo Zdrowia, m.in. również Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Najwyższa Izba Kontroli, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a także wszyscy Wojewodowie. Oczywiście to jest tylko wycinek instytucji, które od ponad roku wiedzą. Wobec tego myślę, że kluczowym pytaniem jest jednak, jaką drogę na dzisiaj powinniśmy obrać, żeby postępować skutecznie i efektywnie w tej kwestii i to jest pytanie, które

przede wszystkim kieruje do przedstawicieli ministerstw obecnym na dzisiejszym spotkaniu. Czy ktoś z Państwa chciałby jeszcze odnośnie tego punktu posiedzenia zabrać głos? Dziękuję. Wobec tego przechodzimy do kolejnego punktu: dostęp do leczenia dla pacjentów uzależnionych. Będziemy to rozpatrywać wspólnie z punktem: dostęp do leczenia członków rodzin uzależnionych. O stanowisko poprosilibyśmy przedstawicieli Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii, a także przedstawicieli WOTU - Pana Pawła Kolakowskiego z Łomży oraz Pana Jacka Kasprzaka z WOTU Czarny Bór. Jako pierwszą osobę poproszę Panią z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Jadwiga Fudała:

Proszę Państwa, dostępność do leczenia uzależnienia od alkoholu pozornie wydaje się być tematem zamierzonym. Pozornie, dlatego że kiedy popatrzymy na statystyki a śledzimy je systematycznie, co roku sprawozdajemy do Sejmu zadania z realizacji *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości*, to taką pierwszą liczbą, która świadczy o tym jest to, że z roku na rok zwiększa się liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, wszelkich typów zwłaszcza - ambulatoryjnych i oddziałów dziennych. Formalnie gdybyśmy chcieli powiedzieć, to jest ich coraz więcej, więc teoretycznie pacjent ma tych placówek więcej do wyboru i ma je coraz bliżej. Z drugiej strony, kiedy przyglądamy się liczbie pacjentów, to ta liczba pacjentów również systematycznie wzrasta. Trudno powiedzieć czy proporcjonalnie do liczby placówek. Albowiem liczba placówek to jest taki termin, który obejmuje dość duże ośrodki leczenia uzależnień, które mogą mieć wielomilionowe kontrakty i wielotysięczne grupy pacjentów, jak również tych placówek, które mają np. po 30 tysięcy kontraktu jako poradnia na rok. Zobaczcie Państwo, 30 tysięcy złotych na rok podzielcie to na dwanaście i pytanie jest, czy wobec tego istnienie takiej placówki oznacza w powiecie dostępność do niej czy też nie. Więc sama liczba placówek chce przez to powiedzieć to jest trochę za słaby wskaźnik, żebyśmy się cieszyli, że jest coraz lepiej. Następna sprawa obiektywna to jest to, że rośnie liczba pieniędzy przeznaczanych na leczenie uzależnienia i tutaj dane są niepodważalne. Zarówno to co jest wartością kontraktu, jak i realizowanych świadczeń, pokazuje, że z roku na rok tych pieniędzy jest coraz więcej, ale proporcjonalnie nie jest to więcej do narastającej liczby pacjentów. Co za tym się dzieje? To co powiedział Dyrektor Kasprzak, że limitowane są ilości świadczeń udzielanych w poszczególnych typach placówek. Nawet jeżeli one są, to one nie mogą wykorzystać swojego potencjału np. ze względu na to, że mają zakontraktowane 100 łóżek, a mają tak naprawdę potencjał na 120 czy 140, czyli te 40 mimo że jest kadra, która może obsłużyć pacjentów na tych łóżkach, mimo że jest baza, tak naprawdę pozostaje niewykorzystanych. Nie ma pieniędzy w związku z tym NFZ kontraktuje tyle, ile uważa, że w danym terenie jest w stanie zakontraktować, więc są to bardzo poważne ograniczenia powodujące wydłużanie się oczekiwania do przyjęcia do programów terapeutycznych. O ile do oddziałów całodobowych zawsze mieliśmy kolejki i one są różne w różnych miejscach i chyba koledzy się ze mną zgodzą z tym, że tam, gdzie oddziały są lepsze, to te kolejki są dłuższe. Tam, gdzie opinię mają nie najlepszą to są krótsze, ale generalnie średnio w Polsce NFZ i my raportujemy, że czeka się średnio 7 tygodni, jeżeli jest się pacjentem dobrowolnym na przyjęcie do całodobowego oddziału uzależnień. Ale jeżeli się jest pacjentem zobowiązanym do leczenia, to tych pacjentów oczekuje około 14 tysięcy z zobowiązaniem co roku. Siłą rzeczy zobowiązanie to jest to dwa lata obowiązujące do realizacji, to część z nich nie wejdzie do leczenia, bo nie zdąży w ciągu tych dwóch lat. Oni tak naprawdę czekają na przyjęcie od kilku do kilkunastu miesięcy. Tutaj można by było powiedzieć, że jest to też sprawa zobowiązania, które ogranicza wbrew pozorom dostępność, a Państwowa Agencja nie raz i nie dwa wypowiadała się, co jest tematem przyszłego posiedzenia tego zespołu, przeciwko zobowiązaniowej procedurze. Uważamy, że procedura jest nieefektywna, kosztowna i sztucznie podwyższa koszt leczenia uzależnienia. Natomiast, ponieważ tych pacjentów zobowiązanych w oddziałach całodobowych jest około 40 % leczonych, to nie dziwota, że wydłuża się kolejka osób

dobrowolnie chcących się leczyć. Więc to jest taka sytuacja, która, moim zdaniem, jest do rozstrzygnięcia, ale już tyle kadencji kolejnych Sejmu nie podjęło w tej sprawie decyzji, mimo inicjatywy Ministra Sprawiedliwości, Ministra Zdrowia podejmowanych w tym czasie. To, co nas niepokoi od pewnego momentu to, że nie tylko czeka się na leczenie w oddziałach całodobowych, ale zaczyna rosnać również kolejka oczekiwaniu na wejście do programów terapeutycznych do poradni zwłaszcza w dużych miastach. Małe miasta tego nie wykazują, natomiast w dużych miastach, jak: Warszawa, Kraków, Gdańsk, Poznań, oczekiwanie na wejście do poradni się wydłuża. Leczenie jest bezpłatne i to oczywiście jest wielkie osiągnięcie prawne tego naszego systemu, ale z drugiej strony pojawia się coraz więcej skarg pacjentów na to, że po pobycie pacjenta nieubezpieczonego w Oddziałach Leczenia Zespołów Abstynencyjnych szpitale wystawiają rachunki. To jest niezgodne z prawem. My, oczywiście, wtedy próbujemy podejmować interwencje. Na ogół są one skuteczne, ale nie wiem z jakiego powodu szpitale zaczęły uznawać, że leczenie osoby uzależnionej cierpiącej aktualnie z powodu zespołu abstynencyjnego, to jest trochę coś innego niż leczenie osoby uzależnionej w ogóle, która ma zagwarantowane bezpłatne leczenie. To co się podziało niedobrego ostatnio w prawie, ale to o czym mówił już Pan Dyrektor Poznański i Pani Przewodnicząca, że zupełnie jakby po za naszą wiedzą i świadomością, w wyniku nowelizacji *Ustawy o działalności leczniczej* znowelizowano również *Ustawę o wychowaniu w trzeźwości* ograniczając dostęp nieubezpieczonych członków rodzin osób uzależnionych. Pierwotny zapis gwarantował im pomoc, oczywiście, w obszarze zaburzeń wynikających z picia osoby bliskiej. Natomiast w tej chwili mogą one, jeśli są nieubezpieczone, prosić o pomoc w WOTU-wach, to jest 16 wojewódzkich ośrodków, to jest żadna dostępność, i w oddziałach całodobowych, które w ogóle ich nie przyjmują. Wychodzą założenia, bo koszyk świadczeń nie obejmuje tego typu pacjentów, bo nie ma sensu, żeby oni się tam znajdowali. Ten zapis jest zły i ewidentnie wymaga zmiany. Próbowaliśmy oszacować, jakiej wielkości populacji może to dotyczyć, jaka to grupa. Być może nie jest to grupa, bo nieubezpieczonych pacjentów mamy około 6 % w systemie, ale nawet jeśli, to trzeba powiedzieć, że są to najbardziej poszkodowani i zagrożeni marginalizacją ludzie. Jeżeli nieubezpieczony jest leczący się, jak i jego rodzina, tzn. że w tej rodzinie nikt tak naprawdę nie pracuje, nikt nie ma ubezpieczenia, to jest bardzo niedobra i niezdrowa sytuacja. To jest do zmiany. Kolejna rzecz o której chciałam powiedzieć to to, że cieszymy się, że mamy tyle poradni odwykowych, które są tak naprawdę trzonem leczenia uzależnień, ponieważ one kierują do leczenia - jeśli trzeba - całodobowego, ale przede wszystkim one przyjmują pacjentów dla stabilizowaniu procesu zmiany, który się zaczyna w oddziałach całodobowych czy w oddziałach dziennych. Trudno sobie wyobrazić w ogóle, że bez poradni ten system jest w ogóle mało wydolny. Wielokrotne pobyty w najlepszych oddziałach całodobowych najczęściej powodują trwałe zmiany w zachowaniach. W związku z tym poradnie są potrzebne i jest ich dużo. Natomiast policzyłam wczoraj, że w 2015 roku 50 % poradni miało kontrakt poniżej 150 tysięcy złotych w roku. Proszę to znowu podzielić przez 12, tzn. to są takie pieniądze za które nie można realizować zadań, które Minister Zdrowia w rozporządzeniu z 25 czerwca 2015 roku dla tego typu placówek określił. Tych zadań jest bardzo dużo, one mają prowadzić programy terapeutyczne dla wielu grup pacjentów. Jeżeli zatrudnienie w tych poradniach jest bardzo minimalne dosłownie na poziomie 1-2 etatów terapeutycznych, kawałka lekarza, to nie ma o czym mówić. Tam jest realizowany podstawowy program terapii, poradnictwo i niewiele więcej. W związku z tym, jeżeli chcemy wzmacniać lecznictwo, teraz mówimy że jest efektywność i dostępność, bo do tej poradni możemy dojść, ale nie ma dostępności do dobrej jakości kompleksowej oferty leczenia, to jest zupełnie inny rodzaj dostępności. Chciałam natomiast powiedzieć coś takiego, że 70 % placówek leczenia uzależnienia od alkoholu jest niesamodzielną, tzn. że wchodzi w skład większych podmiotów leczniczych, szpitali psychiatrycznych najczęściej są to oddziały lub poradni specjalistycznych. Na czym polega ból i problem? Polega na tym, że kontraktowane są pieniądze we wspólnym budżecie. To tak naprawdę, jak funkcjonuje placówka, ilu zatrudnia terapeutów, jak intensywny jest program terapii, zależy od tego, na ile dyrektor ZOZ-u zdecyduje, czy podmiotowi leczniczemu o tym, jakie pieniądze tak naprawdę ta placówka dostanie. Lecznictwo odwykowe samodzielne zdecydowanie

lepiej sobie radzi i prezentuje generalnie lepszy poziom jakości, ponieważ najczęściej dyrektorami tych placówek są merytorycznie przygotowani do tej pracy i wiedzą, że muszą utrzymać pewien poziom. Natomiast duże zakłady o niskich kontraktach przy słabej taryfikacji będą szukały oszczędności te oszczędności polegają zazwyczaj na redukcji etatów. Teraz znowu teoretycznie dostępność jest, bo pacjent w końcu dostanie się po 7 tygodniach na oddział. Ale pytanie: Co na tym oddziale dostanie? Czy on na tym oddziale będzie objęty intensywną opieką terapeutyczną, która rokuje dobrze to, że on dokonał zmiany, o którą wszystkim chodzi? Czy on dostanie byle co - przesiedzi tam przy minimalnej obsłudze? Na przykład typowe, co teraz obserwujemy jest to, że w większości szpitali oddziały terapeutyczne pracują od godziny 8 do 16, czyli jednozmianowo. Dla oddziału całodobowego, przyznacie Państwo, to nie jest dobry standard i nigdy takiego nie proponowaliśmy. Ogólnie biorąc zarządzanie polegające na szukaniu oszczędności, w związku z niskim kontraktowaniem czy słabą taryfikacją powoduje ograniczenie dostępności do dobrej jakości świadczeń. Chciałam zwrócić jeszcze na jedną rzecz uwagę, która jest przedmiotem naszej troski i nie bardzo w niektórych przypadkach potrafimy sobie z tym poradzić. Mianowicie chodzi mi o ograniczenie dostępności dla osób niepełnosprawnych różnego typu niepełnosprawności. O ile przepisy prawa wymusiły dostosowanie warunków do przyjmowania osób np. na wózkach czyli są windy w zakładach opieki zdrowotnej najczęściej, chociaż nie wszędzie jeszcze ciągle, o ile tak naprawdę ciągle nie ma żadnej oferty sensownej pomagania osobom niesłyszącym. Są ograniczenia w przyjmowaniu do terapii leczenia uzależnienia osób, które mają głębokie zaburzenia funkcji poznawczych, osób głęboko uszkodzonych somatycznie, chorych somatycznie wymagających dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, ponieważ oddziały nie mają takich zasobów ani możliwości ani kadry ani pieniędzy, żeby taką opiekę zapewniać. Siłą rzeczy to eliminuje część pacjentów potrzebujących pomocy z terapii uzależnienia od alkoholu. Myślę, że niektóre te ograniczenia możemy przeskoczyć jako osoby prowadzące terapię uzależnienia trochę dostosowując programy, indywidualizując, ale prawda jest taka, że indywidualizacja kosztuje i przy takiej niskiej wycenie świadczeń raczej będziemy szli w stronę standardu, czyli tego, że większość pacjentów otrzyma typową standardową ofertę i w tym przypadku osoby niepełnosprawne np. z dużymi ograniczeniami intelektualnymi po prostu nie poradzą sobie w tej ofercie. One potrzebują po prostu innego typu leczenia a na to potrzeba środków. To pewnie nie wszystkie problemy, ale te chciałam zasygnalizować z grubsza. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Pani Kierownik, ja jeszcze poproszę o doprecyzowanie, czy jest Pani w posiadaniu informacji, ile procentowo powiatów w Polsce nie ma dostępu do ambulatoryjnej opieki związanej z uzależnieniem?

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Jadwiga Fudała:

W 2014 roku, bo 2015 jest właśnie w liczeniu, bo jeszcze nie policzyliśmy, około 9 % powiatów nie zapewnia żadnej opieki ambulatoryjnej. Liczymy również zarówno powiaty ziemskie, jak i miejskie, czyli krótko mówiąc, jak jest chociaż jedna placówka, to już mniejsza z tym, na terenie powiatów wtedy liczymy, że jest zabezpieczenie. Natomiast 9 % nie ma w ogóle żadnego. Ale chce powiedzieć, że nawet jeżeli jest a ma bardzo niski kontrakt ta placówka, to to jest bardzo dyskusyjne czy to jest zabezpieczony dostęp czy nie i do czego to jest zabezpieczony dostęp.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo. Proszę o zabranie głosu Panią Przedstawiciel Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wicedyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Dziękuję bardzo. Witam Państwa serdecznie. Proszę Państwa, jeżeli chodzi o leczenie osób

uzależnionych od narkotyków, to może zacząć od takich korzystnych zmian, które obserwujemy w ostatnich latach i które znajdują potwierdzenie w badaniach zleczonych do realizacji przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii na temat systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków. Przede wszystkim w ciągu ostatnich 10 lat obserwujemy zwiększenie się liczby placówek udzielających świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od narkotyków. W szczególności dotyczy to liczby placówek ambulatoryjnych i to był taki postulat, który był wyrażany wielokrotnie przez środowisko osób zajmujących się terapią uzależnień, że należy dążyć przede wszystkim do zwiększenia tej pomocy ambulatoryjnej. Wydaje się, że to rzeczywiście na przestrzeni ostatnich 10 lat nastąpiło. To co nas także cieszy, to zwiększająca się liczba zatrudnionych w systemie pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków i znowu największy przyrost obserwujemy w placówkach ambulatoryjnych, czyli to jest takie logiczne - większa liczba placówek, większa liczba także personelu - a także zwiększa się poziom wykształcenia osób zajmujących się terapią uzależnionych od narkotyków. Przypomnę, że system certyfikacji w dziedzinie uzależnionych od narkotyków został wprowadzony w 2002 roku obecnie z badań i analiz wynika, że 80 % osób zatrudnionych w lecznictwie uzależnień od narkotyków, to osoby, które posiadają wyższe wykształcenie. Nie są to tylko specjaliści od uzależnień, ale są to także np. lekarze czy psycholodzy, którzy funkcjonują i udzielają pomocy w systemie terapii leczenia osób uzależnionych od narkotyków. Natomiast obserwujemy i mamy świadomość występowania również wielu problemów i może zacząć od kwestii dostępności do różnych form pomocy. Na przestrzeni ostatnich 10 lat wiemy na pewno, że zwiększają się kolejki i okres oczekiwania do stacjonarnych placówek leczenia uzależnień. W chwili obecnej średni czas oczekiwania to jest około 7 tygodni, czyli to taki zbliżony, jak w przypadku placówek uzależnienia od alkoholu, to nas bardzo niepokoi w szczególności w kontekście naszym zdaniem nieadekwatnie niskiej wyceny świadczeń dla stacjonarnych placówek leczenia uzależnień, która w tej chwili się dokonuje. Obawiamy się, że to zaskutkuje tym, iż część placówek ograniczy swoją działalność i tym samym wpłynie to na wydłużanie się okresu oczekiwania do leczenia w placówkach stacjonarnych. Kolejnym problemem jest dostępność leczenia substytucyjnego i tutaj obserwujemy pewien paradoks. Z jednej strony niewątpliwie gdybyśmy patrzyli na czas oczekiwania do leczenia substytucyjnego, to w ostatnich latach nastąpiła ogromna zmiana korzystna, ponieważ większość pacjentów jest przyjmowanych natychmiast. W momencie kiedy zjawi się do leczenia substytucyjnego, to w ciągu tygodniu w większości placówek jest oferowana im pomoc. Z drugiej strony my w dalszym ciągu wiemy i to wynika także z badań, że zaledwie 15 % osób uzależnionych od opioidów objętych jest tym leczeniem. Prawdopodobnie ten brak kolejek wynika z tego, iż są to programy zlokalizowane tylko i wyłącznie w dużych miastach - tych programów obecnie w Polsce jest 24 - pacjenci, którzy mają bardzo długi czas dojazdu do tych programów, którzy mieszkają gdzieś na peryferiach, obrzeżach danego województwa, daleko od tego miasta najczęściej wojewódzkiego, nawet nie podejmują próby podjęcia leczenia substytucyjnego, ponieważ jest ono związane głównie z tym, że przez pierwsze pół roku pacjent musi dojeżdżać do ośrodka substytucyjnego codziennie. Wobec tego trudno jest sobie wyobrazić, że jeżeli odległość jest 150 km, to będzie duża liczba pacjentów, która będzie tak zdeterminowana, aby codziennie pod ten środek substytucyjny pojechać. Mówię, że duża liczba pacjentów, bo oczywiście są tacy pacjenci, którzy codziennie ten trud podejmują i przyjeżdżają do placówki. Natomiast jeśli chodzi o czas oczekiwania do placówek ambulatoryjnych, to tutaj w ciągu dwóch tygodni. Uważam, że to jest taki okres oczekiwania przyzwoity. Jest też utrudniony dostęp do oddziałów detoksykacyjnych i to jest efekt niewłaściwej wyceny świadczeń dokonanych w przeszłości. Wartość tych świadczeń była zaniżona. Po prostu w ciągu ostatnich kilku lat bardzo wiele placówek detoksykacyjnych dla osób uzależnionych od narkotyków przestało funkcjonować. Jednym słowem, są takie miejsca, gdzie oddziałów detoksykacyjnych nie ma. Niektórzy uważają, że jest to związane ze spadkiem liczby heroinistów w Polsce, ale też to nie jest do końca prawda, ponieważ nie tylko osoby uzależnione od heroiny korzystają ze świadczeń detoksykacyjnych. Jest jeszcze wiele innych problemów, które kwalifikują tych pacjentów. Jest to taki ewidentny przykład związku pomiędzy wysokością wyceny świadczeń a

dostępnością do placówek, ponieważ tu mamy wiele na to dowodów, że za niska wycena spowodowała zaniechania udzielania tego typu świadczeń przez te placówki, które to robiły. Problemem również w leczeniu uzależnień od narkotyków jest kwestia starzejącej się populacji narkomanów, którzy w chwili obecnej osiągają już wiek 50 lat i właściwie nie mamy dla nich oferty. Polega to na tym, iż taki pacjent jeśli nawet się leczy i to leczenie przebiegnie w sposób korzystny, ale często jego stan zdrowia jest tak kiepski, że on nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować, ale nie kwalifikuje się do ośrodków pielęgnacyjno-leczniczych i do domów opieki społecznej. Tutaj jest pustka. Rzeczywiście jest tylko taki jeden ośrodek w województwie pomorskim. Przynajmniej taki, który jest nam znany i tego typu osoby przyjmuje. Niewątpliwie jest to za mało. Jeszcze chciałam wrócić na moment do leczenia substytucyjnego, bo tutaj jest jeszcze taki problem: wiemy, że tylko te 14 % pacjentów uzależnionych od opioidów jest objętych tym leczeniem. Należałoby zwiększyć liczbę tych programów, aby to zrobić musza być podmioty zainteresowane od utworzenia takiego programu, a wcale ich tak dużo nie ma. Także to nie jest prawda, że one są i one by chciały funkcjonować na tym rynku. Natomiast to, co nas martwi to to, że w tych funkcjonujących programach leczenia substytucyjnego jest bardzo dużo co roku nadywkonań i co roku są problemy z uzyskaniem środków finansowych za te nadywkonania. To jest paradoks. Wiemy: że mamy mało tych miejsc, jak to jest ważne z punktu widzenia ochrony zdrowia publicznego, czemu to leczenie substytucyjne służy. Równocześnie odpuszczamy do tego, że te unikalne placówki co roku borykają się z tymi samymi problemami. Na koniec może jeszcze jeden problem, w leczeniu uzależnienia od narkotyków staramy się także promować programy tzw. *evidence based*, które są ustrukturalizowane, w bardzo jasny sposób zdefiniowane i, niestety z przyszłością stwierdzamy, że nie ma żadnych mechanizmów kontraktowania tego typu świadczeń przez NFZ. Jednym słowem, obecnie mamy taką sytuację, że z punktu widzenia NFZ wydaje się, iż obojętne jest to, czy pacjent przychodzi przez pół roku i ma udzielane różnego rodzaju porady, konsultacje, czy też uczestniczy przez dwa miesiące w programie, który ma udokumentowaną skuteczność. Wiemy, że około 50 % pacjentów po ukończeniu tego programu zachowuje abstynencję. Pytanie wydaje się logiczne iż NFZ powinien być zainteresowany promowaniem tego typu programu, ponieważ to jest czysta oszczędność. Tymczasem takich mechanizmów nie mamy. Wielokrotnie od kilku lat próbujemy rozmawiać, przekonywać, że to ma sens, ale jak do tej pory bezskutecznie. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Proszę o zabranie głosu Dyrektora Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży.

Dyrektor WOTUW w Łomży Paweł Kołakowski:

Jeszcze raz witam Państwa. W kwestii dostępności to w jednym punkcie chce podzielić się takim doświadczeniem zwłaszcza dotyczącym małych miejscowości. W tej chwili jest wiele wiosek zwłaszcza na tzw. "ścianie wschodniej", gdzie poza rokiem szkolnym nie funkcjonuje tam komunikacja, a odległość miasta powiatowego, jeśli tam jest zlokalizowana poradnia, to jest często to kilkanaście kilometrów, a są tam pacjenci uzależnieni. Oni po prostu fizycznie nie mają, jak realizować programu leczenia w poradniach, które też również oferują zajęcia grupowe w godzinach popołudniowych. Wobec tych pacjentów często bez podjęcia próby leczenia ambulatoryjnego biegli sugerują, a sądy orzekają od razu leczenie w warunkach stacjonarnych. Myślę, że to jest jeden z czynników wpływający na tak liczne powiększanie się liczby oczekujących na leczenie całodobowe, ponieważ nie była podjęta żadna próba leczenia ambulatoryjnego. Przed kilkoma laty w ramach współpracy z PCPR-em myśmy realizowali taki mały programik pt. "Poradnia objazdowa". Polegało to na tym, że terapeuta łącznie z pracownikiem socjalnym jeździli do domu, gdzie w środowiskach rozpoznane były problemy alkoholowe. To bardzo istotnie wpływało na motywowanie do leczenia tych osób, które miały problem alkoholowy, a też istotnie wzmacniało poczucie bezpieczeństwa członków rodzin. Jeżeli właśnie w domu zjawiali się ci dwaj pracownicy, a jednocześnie terapie dawało zupełnie inny

ogład sytuacji rodzinnej i domowej tego pacjenta niż wówczas, kiedy widzimy go w gabinecie. Tutaj na bazie tych doświadczeń taki postulat: być może można by wprowadzić do katalogu świadczeń w leczeniu uzależnień jakiś rodzaj wizyt domowych, wizyt środowiskowych albo wręcz zorganizować taką mobilną poradnię zwłaszcza na tych terenach wiejskich o trudnym dostępie. Kwestie dostępności do leczenia też trochę nam zamazuje obraz funkcjonowania tzw. punktów konsultacyjnych prowadzonych przez samorządy gminne, bo ja jako szef WOTU-wu nieraz jak piszę do starosty zapytanie, dlaczego na jego terenie nie działa poradnia uzależnień. No to on powiada, że działają punkty konsultacyjne finansowane przez gminy a on jako starosta nie dysponuje środkami, żeby uruchomić poradnię. Nie ma takiego wpływu i jest wszystko ok. Wiemy, że punkty konsultacyjne w niektórych sytuacjach spełniają bardzo dobrą rolę, ale często są też takim substytutem poradni i wprowadzają pewnego rodzaju iluzję wśród pacjentów, wśród członków rodziny, że pacjent niby się leczy. Też są takie sytuacje że np. sądy kierują sytuacje do punktów konsultacyjnych i potem żądają z tych punktów informacji, czy ten pacjent zgłasza się tam. Tutaj w przyszłości planując efektywne wykorzystanie środków gminnych moim zdaniem, trzeba by bardziej doprecyzować zadania i zakresy działania tych punktów konsultacyjnych realizowanych w ramach programów gminnych. Trzecia taka kwestia, którą chciałbym poruszyć, która moim zdaniem istotnie ogranicza dostępność do świadczeń od strony formalnej, jest zapis w Ustawie O Świadczeniach Zdrowotnych Finansowanych z Ośrodków Publicznych mówiący do jakich specjalistów nie są wymagane skierowania. Wymienione jest to w taki sposób, że niektóre specjalności medyczne są wymienione tak jakby z nazwy, założymy do onkologa, okulisty, psychiatry, itd. Natomiast w przypadku uzależnionych jest to sformułowane w taki sposób: dla osób uzależnionych od alkoholu, środków psychoaktywnych i substancji psychotropowych w zakresie leczenia odwykowego. Teraz niektóre oddziały NFZ interpretują to w sposób bardzo dosłowny i żądają od placówek skierowań od członków rodzin i tudzież od osób uzależnionych od hazardu. Różnie się układa współpraca z NFZ, ale jak przychodzą na kontrolę i chcą placówce dołożyć, to często to jest powód, żeby zakwestionować pewną ilość wizyt. Następnie NFZ wymaga, że w związku z takim zapisem w tej ustawie, żeby pierwsza wizyta była u psychiatry. W naszych placówkach psychiatry są w niewielkiej liczbie godzin zatrudnieni, po za tym jest to ciągle specjalność deficytowa i stawianie od pacjenta takiego wymogu powoduje, że również wzrasta kolejka, bo on do tego psychiatry może przyjść za dwa lub trzy tygodnie. Po za tym nasi pacjenci mają często słabą motywację i perspektywa, że oni przyjdą za te dwa lub trzy tygodnie i to od psychiatry zacznie wizytę spowoduje to, że on więcej nie przyjdzie do placówki. Ja prowadziłem liczną korespondencję z NFZ więc oni uważają, że terapeuta niby może udzielać świadczeń diagnostycznych. Natomiast wówczas psychiatra ustali rozpoznanie według ICD 10 i to są takie czynniki ograniczające i tudzież stwarzające takie bariery psychologiczne. Teraz wyobraźcie sobie państwo członka rodziny - żonę, która ma pójść do lekarza rodzinnego czy też do innego psychiatry tłumaczyć się i prosić o skierowanie do placówki leczenia uzależnień - no jest to absurdalne. Moim zdaniem tutaj przy nowelizacji tej ustawy, czy nawet wręcz w naszych ustawach o przeciwdziałaniu narkomanii czy przeciwdziałaniu alkoholizmowi powinien się znaleźć zapis, że do ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień nie są wymagane skierowania niezależnie od rodzaju rozpoznania, bo jeżeli to się tutaj ogranicza tylko dla uzależnionych od alkoholu i środków psychoaktywnych to rodzi kolejny paradoks. Rejestratorka w poradni w okienku ma pacjenta pytać, czy jest Pan uzależniony od alkoholu, czy jest pan członek rodziny? - No nie. Wtedy powinna w zasadzie odmówić przyjęcia osobom, które nie mają skierowania a nie są uzależnieni. Wiec tutaj i mój i naszego środowiska postulat żeby zwrócić uwagę przy kolejnej nowelizacji, żeby ta sprawę wyprostować. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Proszę o zabranie głosu Dyrektora Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Czarnym Borze.

Dyrektor WOTUW w Czarnym Borze Jacek Kasprzak:

Witam jeszcze raz. Może parę słów o Czarnym Borze. Jest to w zasadzie wieś koło Wałbrzycha położona. Od 4 lat pełnimy funkcję WOTUWu. Posiadamy placówkę stacjonarną, która ma całodobowy oddział terapii uzależnień, jedyny w tamtym w ogóle regionie, oddział tzw. podwójnej diagnozy, która leczy osoby uzależnione od różnych substancji i zaburzeniami psychicznymi. Mamy hostel. Odmówiono nam oddziału rehabilitacyjnego dla tej podwójnej diagnozy. Także w okolicznych miastach mamy 5 poradni oraz poradnię zdrowia psychicznego. Dlaczego o tym mówię? Ponieważ to od 15 lat, od kiedy jestem Dyrektorem, jest to jedyna sensowna placówka, w której da się pracować. Poprzednie przez wiele lat prowadziłem ośrodek w Zabłotach. Nie ukrywam, było to dobrej jakości, była to praktycznie jedna z pierwszych placówek w Polsce, która wprowadzała programy terapeutyczne dla osób uzależnionych. Niestety, mankament był taki, że była usytuowana w wielospecjalistycznym szpitalu w Bełchatowie. Potem kierowałem WOTU-wem w Krakowie, przez krótki czas, a mankament tego był taki, że było to usytuowane w wielkim molochu psychiatrycznym jakim jest Kobierzyn w Krakowie. Tam walka o przetrwanie wśród tych oddziałów psychiatrycznych naprawę była, uważam, duża sztuką. Teraz jesteśmy samodzielną placówką i to ma jakościowe znaczenie i też tutaj padały głosy w tej sprawie. Uważam, że to powinien być priorytet, żeby wyodrębnić lecznictwo odwykowe z psychiatrycznego a zwłaszcza żeby WOTUWy były tak jak tutaj WOTUW kolegi z Łomży, Woskowic, Sandomierza, Szczecinie, Salominie czy mój żeby to były placówki samodzielne. Wtedy to ma sens. Z tego wynika, że dosyć długo pracuję w lecznictwie odwykowym i może taki najpierw mały rys historyczny. Dawniej po zmianie Ustawy o wychowaniu w trzeźwości lecznictwo odwykowe rozwijało się zgodnie z zasadami zawartymi Ministra Zdrowia dotyczący placówek oraz szkolenia kadry merytorycznej. Był to dobry okres dla lecznictwa odwykowego. Powstawały placówki o nowoczesnych programach i dobrze przygotowana merytorycznie kadra terapeutyczna. Stopniowo doprowadzono w naszym regionie do powstania terapii uzależnień w każdym powiecie. Nadzór merytoryczny nad programami był prowadzony przez WOTUW oraz na drodze ankietowej przez PARPA. Sytuacja zmieniła się po powstaniu kas chorych. Jednak i wtedy były realizowane zasady ustawy i każdy pacjent zmotywowany w ramach programów realizowanych przez gminy mógł być objęty terapią. System rozliczenia obejmował pacjentów ubezpieczonych i odrębnie nieubezpieczonych. Zasada ta była bardzo czytelna, zarówno dla płatnika, jak i dla świadczeniodawcy, czyli placówki odwykowej. Potem nastąpił wstrząs. Kolejną niedobra zmianą było wprowadzenie NFZ i stopniowe ekonomizowanie rozliczeń. Ruchem dezorganizującym lecznictwo uzależnień, jak zasadniczo ograniczającym dostępność do leczenia było stopniowe wprowadzanie limitów przyjęć. Zostało to zrobione bez jakiegokolwiek rozpoznania epidemiologicznego realnych potrzeb środowisk. W tym okresie NFZ rozliczał jeszcze tzw. nadwykonania. Sam termin jest sprzeczny z obowiązującą ustawą, ponieważ alkoholizm jest chorobą społeczną i jako taka powinna być bezwzględnie finansowana u każdego obywatela, który zgłosi taką potrzebę leczenia. Wtedy też było mocno utrudniane rozliczanie, były kwoty zacofane, dawane w pewnych procentach. Kolejnym etapem niszczenia lecznictwa odwykowego i ograniczaniem dostępności do leczenia było przejście przez NFZ od Ministerstwa Zdrowia rozliczeń osób nieubezpieczonych. De facto było to przyjęcie pieniędzy do ogólnej puli i włączenie pacjentów nieubezpieczonych do już tak zaniżonego limitu danej placówki. Powiem na przykładzie Czarnego Boru: Około 2008 roku zlikwidowano fundusz dla osób nieubezpieczonych, który był w biurze rozliczeń międzynarodowych. Do tej pory placówki miały osobny fundusz z NFZ, zakontraktowany na leczenie ubezpieczonych. My wtedy mieliśmy około 2 800 000 złotych. Natomiast na nieubezpieczonych rocznie otrzymywaliśmy w wyniku refundacji około 550 tysięcy, czasami 600 tysięcy złotych. Po złączeniu tych funduszy i przejściu go przez NFZ nadal mieliśmy ten sam kontrakt na mniej więcej 2 900 000 złotych a musieliśmy w pierwszej kolejności rozliczać pacjentów nieubezpieczonych. Oznacza to, że NFZ zarabiała na lecznictwie odwykowym. Najpierw uzyskiwali refundacje z Ministerstwa Zdrowia. Potem dopiero wydatkowali swoje planowe pieniądze. nigdy to nie zostało wyrównane i rozliczone. Drugi sposób praktykowany

polegał na przyjmowaniu środków z rozliczeń między oddziałami NFZ. Na przykład w zachodniopomorskim płaca placówce za osobodzeń około 140 złotych, a w dolnośląskim 117 złotych. Więc jeżeli nasz ośrodek nie dostaje 140 złotych za pacjenta ze szczecina to NFZ płaci nam normalnie. To samo dotyczyło pacjentów np. z Irlandii, skąd Polonia się licznie zgłaszała i tam legalnie łącznie około 4000 euro płacili. Następny ruch ograniczający dostępność do leczenia odwykowego to było zlikwidowanie wypłacanych nadwykonań i zmuszanie placówek do wprowadzania kolejek oczekujących, Dla mnie całkowicie bezzasadne merytorycznie w przypadku uzależnień, ponieważ oznaczało to odmiana przyjęć pacjentów. Poradnia, która wyczerpała cały swój limit przyjęć z kontraktu zawiesza przyjmowanie pacjentów i przenosi ewentualnie na kolejny rok rozliczeniowy. Niektóre placówki zamykały się już na początku listopada. Tutaj Pani Jagoda mówiła o kontraktach rzędu 40 - 60 tysięcy na rok, to są duże kontrakty, ale niektóre poradnie dostawały 4000 albo 6000 złotych, co w ogóle jest kpina jeżeli chodzi o to. Dlatego tutaj ten głos, że to jest dostępność, bo jest placówka i że ma kontrakt, to jest fikcja, ponieważ nie ma pieniędzy które by w sposób jednoznaczny dały jakościowa pomoc. Limity ograniczały też możliwość przyjęcia do zakładów stacjonarnych. Za wyjątkiem Molasa i detoksykacji i leczenia narkomanów. W niektórych oddziałach całodobowych tak naprawdę funkcjonuje tylko 80 % miejsc. Ja mam możliwość przyjęcia łącznie 120 osób. W tym momencie mam około 80 pacjentów. Dlaczego? Dlatego, że jest limit przyjęć, pacjentów zobowiązanych sądownie mam około 30-40 %, obsługuję ponad 32 sądy z terenu Polski od powiatów sądów rejonowych dolnośląskich po Limanową, Zakopane, Jędrzejów, bo okazuje się że u nas i tak w miarę szybko można taka osobę zobowiązaną umieścić. Niestety, mamy niedowyożnanie z tego chociażby powodu, że te osoby nie mają motywacji i po przewiezieniu ich na odległości prawie 400 kilometrów po prostu się oddalają. To jest już inny problem. Kolejnym ciosem wymierzonym w lecznictwo odwykowe byłaby cena procedur, które były wykonane przez NFZ a następnie przez Agencję Technologii Medycznej i Taryfikacji. Wycena ta została opracowana praktycznie bez kontaktu z placówkami odwykowymi. Podobno były zapraszane te, które miały jakieś dobre systemy komputerowe i kadrę do zbierania danych. Podobno, podkreślam drugi raz, brali w tym udział eksperci, ale ich udział był utajniony. Nie dowiedzieliśmy się, kto brał w tym udział. W latach 2012-2013 sporządziliśmy analizę ekonomiczną i merytoryczną działań NFZ, a uzyskany obraz trudno dobrze ocenić. Wyniki te przedstawione jednak bez jakiegokolwiek efektu. Tu niestety mam kilkadziesiąt stron załączników, więc to no byłoby trudne. Ja myślę, że dołączone będzie do materiałów, więc będzie można to przeanalizować: jak wyglądają wysokości kontraktów, jak to wygląda w przeliczeniu na jednego terapeutę. Myślę, że tutaj może być ciekawy jeden z takich projektów, że w sumie ustalone ilość punktów, które jeden pacjent miałby zyskać w trakcie terapii, to jest około 500 punktów. To oznacza diagnozę nozologiczną, problemową, konsultację, psychoterapię indywidualną i grupową po kilkadziesiąt sesji. Łącznie tych punktów uzbierałoby się dla jednego pacjenta około 500. Tymczasem średnia punktów, która jest dostępna dla jednego pacjenta w naszym województwie jest około 50. Więc, drodzy Państwo, no co można zrobić za tzw. 50 punktów, kiedy jedna wizyta u specjalisty to jest około 10 punktów. Tutaj można powiedzieć, że co 10 pacjent ma szansę żeby ewentualnie skorzystać z całej oferty. Kolejnym takim bardzo poważnym krokiem i ograniczeniem jest wprowadzony limit jeżeli chodzi o zatrudnienie minimalnej liczby terapeutów i realizowanie terapii do z góry określonej arbitralnie liczby pacjentów. Co to oznacza? To oznacza, że są określone tzw. limity czasogodzin, które np. jeżeli placówka dostaje 5000-6000 punktów na rok i jak to się podzieli na dany miesiąc to wiadomo, że jeden terapeuta nie może wykonać w ciągu dnia więcej przyjęć. Z jednej strony jakoś to reguluje jakość tego, ale z drugiej strony ta ilość punktów ogranicza. Jeżeli ja mam dużo więcej chętnych, to nie mogę nawet zgodnie z tymi limitami, ile ma czasu trwać porada indywidualna, grupowa, itd., nie mogę przyjąć do placówki więcej terapeutów, bo limit tych punktów ogranicza i uniemożliwia. To, co było tutaj o pojawianiu się tych dzikich oddziałów odwykowych, że właśnie te limity powodują lawinowe pojawianie się tych placówek często dających marnej jakości świadczenia. Jak jest IOSIS? Po pierwsze, bez zwiększenia finansowania lecznictwa uzależnień trudno mówić o realnej dostępności, to jest priorytet. Drugi

mój wniosek jest taki, żeby oddzielić leczenie odwykowe od psychiatrii i na pierwszym etapie głównie jako finansowe oddzielenie i wyznaczyć osobne wskaźniki i standardy leczenia włącznie dla uzależnień. Z tego co wiem, PARPA takimi standardami dysponuje więc nie jest to kłopotliwe. W zakresie działania leczenia uzależnień zlikwidować czy wyjąć to z pod władzy NFZ, ponieważ tak naprawdę to co w tym momencie się dzieje to mi przypomina czasy jeszcze z poprzedniego ustroju, gdzie były wydziały zdrowia i była tzw. wypłacana 1/12 dla placówek. Dzisiaj praktycznie jest to samo, ponieważ pojawianie się nowych placówek, które są potrzebne i miały pacjentów nie skutkuje tym, że ilość pieniędzy się zwiększa stosownie do ilości pacjentów, tylko dzieje się coś bardzo niebezpiecznego. Na przykład dzięki temu, że powstał nasz oddział w Jeleniej Górze, a tam nie mówię, że jest niepotrzebny, ale nam okroili 20 miejsc. Ponieważ w Kamiennej Górze powstała druga poradnia zdrowia psychicznego, to nie dodano pieniędzy, które tam byłyby potrzebne, tylko naszej poradni zdrowia psychicznego, która prowadzimy, zabrano 60 000 złotych. To jest można powiedzieć takie dokrawanie bardzo krótkiej kołderki tak żeby wszystkich zadowolić. Okazuje się, że wtedy ten efekt jest marny. Zlikwidować limity i tzw. kolejki oczekujących. W leczeniu odwykowym, uważam, że jest to szkodliwe i bezsensowne. Na przykład ja w swoich poradniach i w okolicy propaguję tzw. interwencje wobec alkoholika, tzn. że rodzina jest przygotowana do interwencji po to, żeby osoba uzależniona mogła być mocno zmotywowana i natychmiast trafić do placówki odwykowej, najczęściej stacjonarnej. Przy tego typu limitach każde takie przyjęcie, zielona linia, jest związane z kłopotliwymi pytaniami potem, dlaczego on tak szybko został przyjęty. No dlatego, że miał takie potrzeby. Według mnie za pacjentem uzależnionym powinny podążać środki finansowe. Nie wiem jakie to mogą być pozmienniane przepisy, ale to już od kilku lat się toczy i uważam, że jest to jedyne pozorne zapewnienie dostępu do leczenia. Zezwolić samorządom na dofinansowywać różnego rodzaju bezpośrednich form terapii. To już mówiliśmy na spotkaniu dotyczącym samorządów, że one dysponują sporymi środkami i myślę, że można by to w sposób legalny połączyć i wprowadzić nadzór specjalistyczny Wojewódzkiego Specjalisty ds. Uzależnień, czy to będzie Dyrektor WOTU-wu czy ktoś inny. Według mnie wprowadzić obowiązkową superwizję kliniczną dla placówki. To będzie zapewniało również to, że świadczenia, które tam są udzielane będą udzielane na wysokim poziomie merytorycznym i myślę, że to jest realne do wykonania. Na razie tyle, dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Kto z Państwa chciałby zabrać głos w przedmiocie posiedzenia? Proszę bardzo.

Mirosław Przybylski, Dyrektor Departamentu Wykonania Orzeczeń i Probacji, Sędzia, Ministerstwo Sprawiedliwości:

Szanowni Państwo, oczywiście i słusznie większość postulatów, które zostały tutaj zgłoszone kierowane są pod adresem Ministra Zdrowia, to jest zgodne z ustawą o działach administracji rządowej, bo za dział zdrowie i działalność leczniczą odpowiada Pan Minister Zdrowia. Ja krótko w imieniu Ministra Sprawiedliwości odniosę się do tego zagadnienia braku należytej kontroli nad podmiotami, które prowadzą działalność leczniczą a nie uzyskały tego wpisu albo nie ubiegały się o ten wpis do rejestrów prowadzonych przez wojewodę. Jeżeli przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia stoją na stanowisku, że artykuł 118 Ustawy o działalności leczniczej takiej podstawy do kontroli tej działalności leczniczej nie daje, to oczywiście rekomendacja jaka może być z mojej strony, to tylko to, żeby prace nad stosowną zmianą podjęto w Ministerstwie Zdrowia. Tak jak mówię, zgodnie z ustawą o działach administracji rządowej za dział zdrowie odpowiada Minister Zdrowia. Ja natomiast deklaruje, że w zakresie sankcji karnych, czy to dostosowania do artykułu 147a Kodeksu Wykroczeń Minister Sprawiedliwości podejmie stosowną inicjatywę legislacyjną. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Zapraszam.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Dzień dobry, Marek Grande, Stowarzyszenie Monar. Proszę Państwa nasze stowarzyszenie prowadzi 38 poradni i punktów konsultacyjnych i 31 ośrodków stacjonarnych leczenia uzależnień innych niż alkohol. W związku z tym mamy pewien przegląd tego co się dzieje na rynku narkotykowym. Dość szybko gromadzimy dane i je podsumowujemy i z naszego punktu widzenia podstawowy problem polega na tym, że sytuacja epidemiologiczna w obszarze uzależnień od substancji psychoaktywnych i innych niż alkohol bardzo się zmienia w ciągu ostatnich lat. Próbowaliśmy wielokrotnie informować o tym odpowiedzialne instytucje, przede wszystkim NFZ i Ministerstwo Zdrowia wskazując, że kwestia dostępności musi tutaj być powiązana z kwestia adekwatności oferty. Jeżeli będziemy się cieszyli z tego, że mamy sporo placówek, które są w stanie podejmować rozmaite działania i realizować procedury medyczne, ale te procedury będą kompletnie niedostosowane do potrzeb klientów, to cała kwestia dostępności wykazywana w formie liczb będzie kompletnym nonsensem, to będzie groteska. To się zaczyna robić groteska. Ja bym się dołączył do głosów Pana Dyrektora, jeśli chodzi o wycenę rozmaitych świadczeń, bo podstawowym zagrożeniem, jakie w tej chwili widzimy jest to, że za chwilę znikną nam ośrodki rehabilitacyjne leczenia uzależnienia od substancji innych niż alkohol, ponieważ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wyceniła osobodzień za pobyt w takim ośrodku na 70 złotych. Dla porównania godzina terapii w ambulatorium kosztuje 102 złote. To doprowadzi do bardzo szybkiej likwidacji ponad 30 ośrodków, a wbrew pozorom te ośrodki wcale nie przestają być potrzebne, bo co prawda rzeczywiście znika narkomania opiatowa i rozwija się też terapia substytucyjna. Jest nadzieja, że zostanie ona unowocześniona, w związku z tym będzie bardziej dostępna, co wydaje mi się bardzo dobrym pomysłem, żeby odejść od takiego skoncentrowanego leczenia substytucyjnego i przeprowadzić leczenie na receptę. Nowe substancje psychoaktywne to zjawisko medialnie bardzo znane, więc chyba nie muszę wiele mówić. Między innymi prowadzi do tego, że co prawda pacjenci są zgłaszani dużo wcześniej do leczenia niż w narkomanii w tych latach 90., bo zaburzenia psychiczne powodują, że i otoczenie szybciej reaguje i sami użytkownicy sami często boimy się szaleństwa, dużo bardziej niż innych kłopotów, dużo wcześniej zgłaszają się do leczenia. Te ośrodki są nadal potrzebne, właśnie roczne, ponieważ często są to osoby, które nie mają tak zdruzgotanej biografii i mogą odwołać się do swoich bliskich. Natomiast są bardzo często zaburzone psychiczne, są to zaburzenia polekowe, a nie wynik ujawnienia chorób endogennych, ale mimo wszystko nie da się prowadzić ich leczenia w trybie ambulatoryjnym. Tak więc, proszę sobie wyobrazić, że za chwilę około 30 takich ośrodków zostanie zlikwidowana ponieważ Agencja Technologii Medycznej w długim procesie oceniania taryf kompletnie nie reagowała na to, co do niej pisaliśmy w tej sprawie. Po za tym, te zmiany epidemiologiczne powodują konieczność pojawienia się innych wyspecjalizowanych świadczeń, których dotychczas nie ma. Naprawdę to, że zespół parlamentarny wyreguluje wszelkie siły jakie są w stanie wpłynąć mogłyby się zastanowić się troszeczkę, żeby Ministerstwo Zdrowia i NFZ zaczęły reagować na nasze sygnały. Ja mam wrażenie, że tutaj w ogóle nie ma zainteresowania. Byś może dobrym jest pomysłem np. żeby NFZ przestał zajmować się uzależnieniami, żeby nie było takiego działu, że na uzależnieniach zna się krajowe biuro, ale krajowe biuro nie ma pojęcia jak świadczenia są finansowane po za niewielkiej części tortu, która o niczym nie przesądza. Chce powiedzieć, że brakuje nam teraz bardzo poważnie nowych świadczeń dla uzależnionych rodziców z małymi dziećmi, bo inaczej nie pójda do terapii wtedy. Bardzo dużo młodych ludzi w trudnej sytuacji życiowej uzależniło się od dopalaczy i wymaga właśnie ośrodków stacjonarnych, gdzie trzeba się też zajmować ich dziećmi. Dla osób, które oprócz tego, że uzależniły się od substancji psychoaktywnych mają bardzo poważne schorzenia organiczne wynikające z silnej toksyczności rozmaitych substancji, które w tej chwili są na rynku. Dla kobiet ofiar przemocy jednocześnie uzależnionych bo one w takich klasycznych ośrodkach, które w takich klasycznych ośrodkach nie będą się raczej leczyć. Dla osób z podwójną diagnozą, tego wyjaśniać nie muszę, bo mamy w tej chwili około 60 % pacjentów, którzy trafiają do ośrodków stacjonarnych, to są ludzie z rozmaitymi zaburzeniami psychicznymi.

Gdyby tylko ośrodki o specjalnych kontraktach dla osób z podwójną diagnozą je przyjmowały, to nie byłoby dla nich pomocy, bo tych miejsc jest bardzo mało. Nie wiem dokładnie, próbowałem zbadać, niestety to nie jest jasne, ale jest ich bardzo mało - 7. Jeszcze inne potrzeby są tutaj, jest tutaj cały katalog. Na przykład często jest tak, że w 56-dniowym programie terapii stacjonarnej dla alkoholików niewiele się udaje zrobić, jeżeli człowiek potrzebuje bardzo głębokich oddziaływań w obszarze intrapsychoznym. Byłoby świetnie, gdyby np. nasze ośrodki oparte na metodzie społeczności terapeutycznej mogłyby przyjmować alkoholików po wielokrotnych próbach leczenia w tego typu programach. Byłoby świetnie, gdyby ośrodki dla młodzieży, których też jest za mało, mogłyby przyjmować osoby z rozpoznaniem używania szkodliwego, ponieważ często w przypadku nastolatków czy ludzi we wczesnym okresie rekonwalescencji sam fakt używania szkodliwego już często rozpoznaje się na podstawie strat społecznych. Już często wymagają tak naprawdę odseparowania przynajmniej czasowego od środowisk i rodzinnych i rówieśniczych i pracy z nimi w ośrodkach stacjonarnych. Jestem gotów całą listę przesłać jeszcze Państwu tego typu zmian, które są wymagane, ale powtarzam: największym problemem jest to, że na nasze pisma często formułowane dość drastycznie nie ma żadnej reakcji.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Proszę o wyłączenie mikrofonu. Zapraszam Pana Sławka a następnie Pana z WOTU-wu w Kielcach.

Sławomir Grab, WOTU Stalowa Wola:

Sławek Grab. WOTU Stalowa Wola, województwo podkarpackie. Tutaj moi przedmówcy powiedzieli bardzo dużo i to pokazuje, że my nie mamy tożsamości jako grupa zawodowa, jako środowiska. Praktycznie rzecz biorąc musimy sobie wydierać po kawałku trochę od psychiatrii, trochę od medycyny ogólnej, więc to jest też dla nas zadanie. Dołączę tutaj do tego głosu a propo wyceny świadczeń, ponieważ rozporządzenie przyjęte właśnie przez Prezesa NFZ pokazało, które dostosowuje właściwie do tych wag zaproponowanych przez AOTMiT, to pokazuje jak bardzo jest odrealnione, ponieważ np. oddział dzienny ma 12 punktów, oddział całodobowy ma 13 punktów i oddział z podwójną diagnozą ma 13 punktów. To jest nieporozumienie trochę. Pomijam fakt, że pieniądze zostały te samo. Trochę wyżej wycenione są w porównaniu z tym co było świadczenia dzienne i ambulatoryjne, co oznacza, że to zmniejszy dostępność, bo nam się ilość świadczeń możliwych do udzielenia zmniejszy. Ta specyfika leczenia odwykowego nie jest kompletnie brana pod uwagę. To pokazuje chociażby fakt, w jakich warunkach pracują ambulatoryjne placówki niektóre, że to jest poddasze, to jest piwnica, to jest jedno pomieszczenie a przecież leczenie dokonuje się właśnie z miejsca, czyli w poradniach. To jest inaczej niż w medycynie, że pacjent bierze receptę i zażywa leki w domu. Tu psychoterapia odbywa się w tych placówkach, czasem w urągających warunkach, a my przecież czasem modelujemy też naszych pacjentów i kiedy oni widza dwa drewniane krzesła i jakąś ławkę, na której muszą się siedzieć przez 2,5 do 3 godzin na zajęciach. Robimy coś zupełnie nieterapeutycznego. Sprawa leczenia somatycznego. My dostajemy te same pieniądze na pacjenta, który ma świetne wyniki, jak i tego, który jest kompletnie schorowany, a takich jest dużo. Znowu pacjent zanim jest zdolny do psychoterapii musi niekiedy dwa do trzech tygodni dochodzić jakoś. Znowu to skraca jego możliwość terapii, ponieważ mamy ograniczoną ilość osobodni, którą możemy poświęcić temu. Jest to zupełnie nieuregulowane. Sprawa kolejek, tutaj już Jacek wspominał, kolejkowanie w naszych warunkach jest kompletnym nieporozumieniem. My w zasadzie nagminnie łamiemy obowiązujące przepisy, ponieważ jeżeli byśmy chcieli zgodnie z przepisami postępować to musielibyśmy dzwonić do naszych pacjentów, kiedy się zwalnia miejsce. Ci pacjenci bardzo często już dawno nie chcą się leczyć bądź są w ciągu alkoholowym. My musimy weryfikować te dane jakoś i praktycznie rzecz biorąc nie mam możliwość. Paradoksem jest, że w zasadzie powinniśmy odsyłać skierowania, które oni nam dostarczają po to, żeby ich w kolejkę można było zapisać. Jest wiele różnych absurdów i myślę sobie, że jeśli nie będzie takiego nacisku głównie posłów z podkomisji to trudno będzie nam znaleźć jakoś swoje miejsce i racjonalnie wykorzystać

siły, które są coraz większe. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Zapraszam.

Dyrektor WOTUW w Kielcach Dariusz Zwierzchowski:

Dariusz Zwierzchowski WOTU Kielce, jeszcze raz witam. Ja chciałbym zwrócić uwagę po raz kolejny na sprawę ważności funkcjonowania na dobrym poziomie placówek ambulatoryjnych. To jest wydaje się trochę kluczowa sprawa, ponieważ ci potencjalni pacjenci, którzy mieszkają na terenie jakiegoś powiatu i tam nie ma dobrej placówki ambulatoryjnej oni z upływem czasu w większości stają się pacjentami stacjonarnego leczenia, o wiele droższego. Mało tego, z upływem czasu oni są bardziej chorzy o czym tu sygnalizował kolega Grab i w związku z tym wymagają droższego leczenia. NFZ oczekuje, żeby pacjent, który jest w stacjonarnym leczeniu był leczony na uzależnienie od alkoholu i na wszystkie inne choroby świata, które choruje. Oczywiście jeżeli on pije i najczęściej pali i w związku z tym leczenie jest droższe. Niestety, NFZ płaci za terapię uzależnienia. Pani Jagoda mówiła, że ci pacjenci wymagają zróżnicowanej oferty terapeutycznej, a przy tego typu finansowaniu nie ma możliwości tego zorganizowania. Po prostu to jest sprawa wyceny dotyczącej leczenia odwykowego, kluczowa. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Zanim oddam Pani głos chciałbym zapytać, kto z Państwa jeszcze chciałby się wypowiedzieć? W związku z tym za chwilę przejdziemy do innej sali, ponieważ musimy opuścić tą i wówczas będziemy kontynuować nasze posiedzenie. Sala 23, budynek ten sam, piętro wyżej. Także zapraszam Panią i proszę o zabranie głosu. Następnie zrobimy krótką przerwę i spotykamy się w sali 23.

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Jadwiga Fudała:

Ja króciutko chciałam powiedzieć bo trochę to tak brzmi, jakby leczenie uzależnień tylko płakało i molestowało wszystkich, że za mało pieniędzy jak wszystkie inne dziedziny medycyny. Pieniądzy jest oczywiście za mało. Ja chciałam pokazać na takie paradoksy, na które zwracamy uwagę i które właściwie funkcjonują niezależnie od ile opinii w tej sprawie byśmy nie przedstawili. Pierwsza to jest ta wycena oddziałów dziennych, to ostatnie zarządzenie Prezesa NFZ na bazie wyceny Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych. Dwanaście punktów za oddział dzienny, gdzie pacjent przebywa kilka godzin w porównaniu z całodobową opieką, gdzie trzeba mu dać wikt, opierunek, utrzymać budynek, całodobową opiekę pielęgniarską, opiekę lekarską. Proszę Państwo, to są nieporównywalne koszty. Przecież ta wycena, która była wykonywana, miała się odnosić do realnych kosztów. Jak się odniosła do kosztów? Skoro różnica jest tylko jednego punktu. Teoretycznie ma to promować oddziały dzienne. Chodzi o to, żeby pacjenci się chętnie leczyli w oddziałach dziennych. Pacjenci nie będą się chętnie w nich leczyć, bo to jest oferta ciesząca się ograniczonym powodzeniem z racji problemów społecznych i zdrowotnych tych pacjentów. Ci, którzy muszą się liczyć stacjonarnie, nie pójdą do oddziałów dziennych. Zatem w oddziałach dziennych będą wysokie kontrakty. Oczywiście tych ofert powstanie dużo, ale nie zostaną one wykonane. To znaczy, że te pieniądze zostaną w NFZ jako oszczędność. Natomiast oddziały całodobowe mają zachowany limit 13 punktów bez żadnego jakby podniesienia tych punktów z wyrównaniem średniej stawki krajowej. Oznacza to, że województwa, które miały płacone powyżej tej stawki, będą miały niższe de facto osobodni. Skorzystają ci, którzy mieli niższe wycenione osobodnie. Ja cieszę się, że będzie zrównanie, bo to było bardzo niesprawiedliwe, że w jednych województwach cena punktu była dużo wyższa niż w innych. Nie chodziłoby o to, że nie dość, że zachowano ten limit to jeszcze go obniżyć. Drugi paradoks oszczędnościowy, na który zwracaliśmy uwagę, że za duża jest ta wycena oddziałów dziennych. To po prostu demotywujące, niesprawiedliwe w stosunku do kosztów, jakie ponoszą

ci, którzy te oddziały dzienne będą prowadzili. Dodatkowo nie da efektu, o który chodzi. Natomiast kolejna sprawa to kwestia istnienia w polskim systemie, chyba i zdrowia i sprawiedliwości, oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu. Tych oddziałów jest 5, nie ma tam powszechnego dostępu do tych oddziałów odwykowych. Czyli tam naprawdę kierowani są pacjenci, którzy mają różnego rodzaju problemy prawne, wyroki i tam mają odbywać w szczególnych warunkach terapię odwykową, która jest nielimitowana. Zakres rozpoznań, które są tam kierowane, to jest od A do Z. Po za tym, że oni piją lub biorą substancje psychoaktywne mogą być zaburzeni pod każdym kątem i są bardzo często. Czas pobytu tam jest nielimitowany. Te 5 oddziałów, system leczenia uzależnień od alkoholu kosztuje 10 000 000 rocznie. W 2015 roku leczyło się tam 104 pacjentów. Teraz jest pytanie: dlaczego oni się nie leczą w zakładach karnych, gdzie są oddziały terapeutyczne, gdzie ich pobyt w zakładzie karnym byłby bardziej sensowny i naprawdę tańszy? Dlaczego oni z naszego systemu są finansowani? Bo gdyby oni byli finansowani z systemu Ministra Sprawiedliwości, to trudno, nie mam nic do tego. Chcą płacić za taką formę nieefektywnego pobytu. Dlaczego ze służby zdrowia? Dlaczego z publicznych pieniędzy na świadczenia zdrowotne trzymamy ludzi za takie pieniądze? 103 pacjentów na 10 000 000 złotych.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Chwila przerwy. Spotykamy się o godz. 12. w sali 23.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo państwa przepraszam, niestety muszę wyjść na Komisję Zdrowia, ale będzie mnie reprezentował Pan Piotr, mój asystent oraz marszałek, Kornel Morawiecki. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Kontynuujemy posiedzenie. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Zapraszam.

Instytut Psychiatrii i Neurologii Bogusław Habrat:

Bogusław Habrat. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Chciałbym zwrócić uwagę, że rozmawiając o dostępności do leczenia uzależnienia pominęliśmy kontekst Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego i pojawia się taką bardzo istotną kwestia, która znalazła miejsce w wypowiedziach kilku kolegów, to znaczy problemu, czy Centra Zdrowia Psychicznego, które mają być główną komórką, która będzie się zajmowała częścią zdrowia psychicznego w różnego rodzaju obszarach i na ile będzie współpracowała z lecznictwem odwykowym i uzależnień. Jest to chyba taka kwestia, która wymaga bardzo dokładnego przemyślenia i dokładnych ustaleń, Jak na razie chyba to się nie rysuje, czy lecznictwo uzależnień wejdzie do Centrów Zdrowia Psychicznego i na jakich zasadach. Jest to sprawa bardzo istotna z tego względu, że pojawiły się tutaj głosy domagające się emancypacji lecznictwa uzależnień, powołujące się na jego specyfikę. Z drugiej strony podnoszono również to, że większość pacjentów cierpiących z powodu używania substancji psychoaktywnych są to pacjenci ciężko chorzy psychicznie i somatycznie. Z tego względu trzeba też dostrzegać różnego rodzaju problemy związane z potencjalną demedycyzacją lecznictwa uzależnień. Wtedy kiedy dojdzie do oddzielenia się uzależnień od psychiatrii to problemy z dostępnością do opieki psychiatrycznej, szczególnie dla pacjentów z podwójnym rozpoznaniem będą większe, a nie mniejsze, aniżeli są dzisiaj. Myślę, że to wymaga szczegółowej dyskusji, jakie miejsce będzie lecznictwa odwykowego w Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego. Część tych obaw jest związana z finansami, to znaczy, można powiedzieć, że lecznictwo uzależnień, aczkolwiek niedofinansowane, jakoś pokrywa swoją działalność, nie wykonując tylu usług, ile mogłoby wykonać, natomiast lecznictwo psychiatryczne generalnie rzecz biorąc jest niedofinansowane i chyba nie ma takich oddziałów psychiatrycznych i poradni, które nie byłyby zadłużone. Tu pojawił się problem tego, że gdyby powstała jakaś forma integracji, to pieniądze przeznaczone na lecznictwo odwykowe byłyby zasysane przez niedofinansowane lecznictwo psychiatryczne. Z drugiej strony sytuacja może być odwrotna, tzn. lecznictwo uzależnień mogłoby korzystać z jakiejś puli pieniędzy, które będzie otrzymywał jakiś większy organizm, np. Centrum Zdrowia Psychicznego. Te rzeczy są otwarte i nie jesteśmy w ogóle w stanie przewidzieć zasad finansowania, to jest odbijanie się od ściany do ściany. I tak na

przykład propozycje wyceny różnego rodzaju świadczeń, zrobione przez AOTMiT powodowały, że to oddziały, które były głęboko deficytowe, zupełnie nic nie zmieniając w swojej pracy stawały się dochodowe i odwrotnie. Tutaj też dołączyłbym się do grona osób, które podnosiły, że wyceny robione przez AOTMiT są zupełnie nieadekwatne. Paradoxy były tutaj wykazywane i ja takich paradoksów byłbym w stanie wykazać znacznie więcej. Te problemy biorą się stąd, że AOTMiT przyjęła niezwykle wątpliwą metodologię wyceny świadczeń. Ja w pewnym etapie brałem udział i starałem się do tego podejść bardzo rzetelnie i oprzeć się maksymalnie na różnego rodzaju dokumentach, które dawałyby właściwą ocenę. Szybko się zniechęciłem, bo rola ekspertów, jaką wyznacza AOTMiT jest oceną marginalną i sprowadza się do tego, żeby odpowiadać na tendencyjne pytania. To, że nazwiska osób, które były ekspertami nie są ogólnie dostępne, to chyba słusznie, bo chyba każda z tych osób by się wstydziła, że swoje nazwisko dawała. Oni pytani byli zupełnie nie o to, co chcieli powiedzieć. Ja na pewnym etapie byłem takim ekspertem i też bym się chciał utajnić, gdybym miał firmować ostateczne decyzje. Chciałbym zwrócić uwagę, żeby brać ten kontekst, że zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych są zaburzeniami psychicznymi, że bardzo trudno jest sobie wyobrazić, żeby te dwa światy jakim jest leczenie psychiatryczne i leczenie osób uzależnionych były światami zupełnie ze sobą niezintegrowanymi. Myślę, że jednak dyskusja powinna jednak przebiegać w kierunku, jak te dwa, chyba sztucznie ze sobą rozdzielone światy ze sobą zintegrować, zachowując jednocześnie specyfikę związaną z leczeniem uzależnień. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Zapraszam kolejną osobę. Proszę.

Koordynator ds. Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii Ministerstwa Sprawiedliwości Barbara Wilamowska

Dzień dobry, witam serdecznie. Barbara Wilamowska, koordynator ministra sprawiedliwości ds. przeciwdziałania narkomanii. Generalnie zgadzając się oczywiście z wieloma wniesionymi przez państwa argumentami, chciałabym wskazać na duże zainteresowanie wymiaru sprawiedliwości aspektem efektywności leczenia. Rzeczywiście, z punktu widzenia problematyki przestępczości, brak rezultatu powrotności do przestępstwa w przypadku ograniczenia czynnika ryzyka, jakim jest uzależnienie leży w naszym obszarze zainteresowania. Odnoszą się do pani wypowiedzi o kosztach dotyczących tej niewielkiej liczby osób, które mogłyby być leczone w jednostkach penitencjarnych, otóż nie są to osoby, które odbywają karę pozbawienia wolności. Tutaj mówimy głównie o środkach zabezpieczających, czyli o takiej sytuacji kiedy kończy się stan prawny możliwy do wykonania w warunkach izolacyjnych, natomiast na terenie jednostek penitencjarnych ta oferta dotycząca leczenia uzależnień jest wzmacniania. Jak państwo doskonale wiecie, jeszcze z tą rekomendacją z 2011 roku, ministerstwo sprawiedliwości upatruje wyższą skuteczność programów, które są realizowane w warunkach wolnościowych. Stąd też są nawet takie instrumenty prawne, które umożliwiają np. przerwę w karze z możliwością udzielenia warunkowego przedterminowego zwolnienia, jeśli jest możliwość, żeby ktoś odbył terapię w warunkach wolnościowych. Dużym naszym zainteresowaniem cieszy się wzmocnienie oferty nie tylko w obszarze programów substytucyjnych, ale generalnie też i ambulatoryjnych dla osób, które odbywają karę pozbawienia wolnością z warunkowym jej zawieszeniem jej wykonania, czyli są w warunkach wolnościowych, ale wzrasta liczba orzeczeń, gdzie również orzeczony jest obowiązek powstrzymywania się od używania alkoholu, czy rozpoczęcia terapii. I tutaj nie ma szczególnie wzrostowych tendencji, szczególnie jeśli chodzi leczenie stacjonarne, raczej idzie to w kierunku ambulatoryjnym. Chciałabym też państwa też przekonać, że na tych spotkaniach, czy też z prokuratorami, czy szkoleniach za każdym razem staramy się podnosić duże znaczenie oceny wstępnej przed orzeczeniem tego obowiązku czy ta osoba w ocenie np. specjalisty terapii uzależnień wymaga leczenie stacjonarne, czy ambulatoryjnego, tak żeby sędzia, czy też prokurator dysponował odpowiednimi informacjami, na poziomie osoby, która pełni funkcję biegłego sądowego, która mogłaby uwarunkować dalszy bieg wydarzeń. My oczywiście będziemy bardzo wspierać działania resortu zdrowia jeśli chodzi o kwestie ujednoczeń terminologicznych. Te ostatnie lata były bardzo zróżnicowane, jeśli chodzi o oddziaływania. Wiecie państwo, że dotyczyło to zarówno kwestii dopalaczy, jak również kwestii hazardowych, z taką odrobiną pokory należy powiedzieć, że czasami, że czasami te działania, jeśli prowadzone są one szybko, mogą doprowadzić do tego, że pomijają pewne obszary prawa, które powinny być dotknięte tymi zmianami. Stąd też apel, żebyśmy usiedli w atmosferze

spokoju i jeszcze raz przeanalizowali te zmiany, które zostały wprowadzone, żeby wprowadzić zmiany w przepisach prawa ustawy kodeks wykroczeń, czy ustawy kodeks karny wykonawczy też mamy trochę problemów z terminologią, a już o ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii nie wspomnę, czy o inspekcji sanitarnej. Można w spokojnej atmosferze te sprawy doprowadzić do uporządkowania tych zagadnień. Jeśli chodzi o wycenę świadczeń trudno jest mi się odnieść, ponieważ absolutnie weszłabym tutaj w państwa kompetencje. Z punktu widzenia wymiaru sprawiedliwości ten sprawnie, ale efektywnie, jakościowo działający system lecznictwa i terapii leży w naszym ogromnym zainteresowaniu. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Zapraszam.

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Jadwiga Fudała:

Ja chciałam się odnieść do wypowiedzi doktora Habrata, ponieważ mam wrażenie, że takie rozmowy się już odbywały. Na przełomie i na początku roku trwały debaty na temat tego, czy leczenie uzależnień obu rodzajów ma być w centrach zdrowia psychicznego, czy nie, albowiem rzeczywiście projekt ustawy i Narodowego Programu właściwie nie precyzował, gdzie leczenie uzależnień ma się znaleźć. To było bardzo niepokojące, ale mam nadzieję, że doszliśmy do konsensusu. Wymagana jest odrębność, co nie przeszkadza faktowi, że pacjenci, którzy trafiają do centrów zdrowia psychicznego, zwłaszcza ci, którzy mają zaburzenia psychiczne, będą tam leczeni. Tu nic nie stoi w sprzeczności. My nie potrzebujemy zawłaszczać i nie czujemy się też kompetentni, żeby leczyć na przykład niektóre podwójne rozpoznania, szczególnie tam, gdzie mamy szczególnie głębokie zaburzenia organiczne, czy choroby psychiczne. Możemy się tymi pacjentami podzielić i takie „strefy wpływów” zostały opisane. Agencja przygotowała wniosek do ministerstwa, mapę problemów, związanych z leczeniem uzależnienia od alkoholu. Ta mapa została przedstawiona, tam dążyliśmy do tego, żeby zachować swoją odrębność, choćby z tego powodu, że ostatnie lata doświadczeń, zwłaszcza te dwa ostatnie lata, była to taka sytuacja, w której leczenie uzależnień, jako środowisko, opinia w ogóle nie istniała. Ktoś za nas, to znaczy koledzy psychiatry byli pytani o opinię w naszej sprawie i to nie kończyło się dobrze, ani dla rozwiązań merytorycznych, ani dla rozwiązań finansowych. My chcemy mieć na to wpływ i chcemy być tak postrzegani, stąd też się wziął pomysł, aby powołać krajowego konsultanta do spraw uzależnień, przy czym rolę wojewódzkich mogłyby pełnić w naszym przypadku WOTUWy, ale chodzi o to, żeby ten konsultant był, ponieważ właśnie w naszej sprawie obligatoryjnie zawsze jest pytany konsultant do spraw psychiatrii, który poparł nasze stanowisko w sprawie odrębności i mamy to poparcie na piśmie. W związku z tym mam wrażenie, że nie powinniśmy już zwracać do początku tej dyskusji, bo ona się w zasadzie już odbyła, ale może się mylę, może coś się zmieniło, a my nie mamy takiej świadomości.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo. Proszę o zabranie głosu pana dyrektora Poznańskiego.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Bardzo dziękuję. Wiele razy ministerstwo było wywoływane do tablicy, także postaram się na większość spraw odpowiedzieć. Dziękuję Ministerstwu Sprawiedliwości za tą deklarację, jeśli chodzi o porządkowanie. To jest moment, kiedy nie mamy pilnych kodeksów, nowelizacji o działalności, więc kwestia porządkowania podmiotów leczniczych, przedsiębiorstw, zakładów, publicznych, niepublicznych, pewne przepisy stały się już bezsensowne i wymagają uporządkowania. Jeśli chodzi o Narodowy program Zdrowia Psychicznego, lada dzień trafi do konsultacji publicznych, także będzie można zapoznać się z projektem i zgłaszać do niego sugestie, propozycje, uwagi. Podczas prac odbyło się wiele spotkań dotyczących kształtu programu, koordynacji, wizji i też kwestia tego, czy wcielać leczenie odwykowe w centra zdrowia psychicznego. Takie dyskusje były i tak jak pani kierownik powiedziała i to nie jest tak że centra zawłaszczają, czy w drugą stronę. Te podmioty, które będą prowadzić centra zdrowia psychicznego mogą również mieć kontrakty na leczenie uzależnień. Tu nie ma problemu, zakłada się po prostu dobrą współpracę. Te centra będą na razie produktem rozliczeniowym, one

mogą być elementem większych podmiotów, mogą być osobnymi podmiotami leczniczymi. Stawiamy tutaj na dowolność. Wiemy, że organizacja opieki psychiatrycznej jest bardzo zdywersyfikowana w naszym kraju i jest obecnie niewiele podmiotów, które spełniają wszystkie kryteria, jeśli chodzi o dostępność do opieki stacjonarnej, dziennej, ambulatoryjnej, środowiskowej. Jest to bardzo różnie. Dużo kwestii dotyczyło finansowania. Jak państwo wiecie, w założeniach reformy, tej sztandarowej, w systemie opieki zdrowotnej jest nie tylko zmiana organizacyjna po stronie płatnika, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia, ale też zwiększenie finansowania ogółem. Jeśli środków w systemie będzie więcej, to one przyczynią się proporcjonalnie do poprawy sytuacji, we wszystkich zakresach świadczeń. Kolejna rzecz, która z tym się wiąże to taryfikacja. Tutaj będą troszeczkę bronili Agencji. Przygotowując plan taryfikacji na rok 2015, właśnie kwestia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień została uznana za najbardziej niedoszacowaną i stąd prosiliśmy prezesa o to, żeby się tym zajął. Na taryfikację należy patrzeć jako na proces, a nie jednorazową czynność. To była rzecz robiona po raz pierwszy, mogą być jakieś błędy, ale pewnie wnioski też z tego wyciągniemy. Jest to proces i prezes ma możliwość, jeżeli zostaną stwierdzone jakieś błędy, czy nieprawidłowości, bądź jeżeli zostanie stwierdzona, że taryfa została opracowana w oparciu o niewiarygodne dane, lub ich zbyt małą ilość, to te taryfy będą aktualizowane i zresztą taką aktualizacją już pierwsza się ukazała kilka dni temu. Nie wyklucza to też, że jeżeli takie zmiany będą potrzebne, to będą kolejne. Te taryfy to jest narzędzie do tego, żeby poprawiać system opieki zdrowotnej, żeby wyceny, które do tej pory były dokonywane w taki sposób arbitralny przez płatnika w oparciu o dane historyczne z ostatnich 15-20 lat, od początku powstania kas chorych, albo jeszcze wcześniej. Po prostu, żeby w jakiś sposób zobiektywizować te dane. My na pewno będziemy z AOTMiT nad tym pracowali. Zawsze deklarował chęć i wolę współpracy, spotkań odnośnie tej pierwszej taryfy. Może państwo nie jesteście zadowoleni do końca z wszystkich efektów tych prac, ale spotkań, pracy i wysiłku w ten pierwszy proces taryfikacji, AOTMiT i wielu instytucji współpracujących włożyło. Jeśli chodzi o kwestie dostępności do opieki, czyli tego, czy ktoś ma uprawnienie do bezpłatnego leczenia to też jest założenie reformy, że nie będziemy patrzeć na to, czy ktoś ma tytuł do świadczeń gwarantowanych, bo ma tytuł do ubezpieczenia. Ten dostęp ma się docelowo zmienić na dostęp rezydencki. Chcemy zrezygnować z tego, że trzeba będzie wykazywać posiadanie tytułu do świadczeń, jeśli ktoś ma obywatelstwo polskie. Ta zmiana powinna się przyczynić do poprawy. Jeśli chodzi o kwestie skierowań na terapię uzależnień, czy terapeuta może, czy musi być tu wymagana wizyta u lekarza specjalisty psychiatrii, to tej sprawie się przyjrzymy. Jeśli chodzi o kwestię kontroli i interpretacji artykułu 118 i czy moglibyśmy przyjąć taką interpretację, że możemy kontrolować działalność leczniczą, czytamy to dość literalnie. Dla nas podmiotem leczniczym jest podmiot, instytucja, która ma wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Tej sprawie też się przyglądnijemy i jeśli można to zapoznalibyśmy się z argumentami, które zostały przytoczone przy umarzaniu tych spraw, także jeśli można uzyskać kopię tych dokumentów to byłibyśmy zobowiązani. Pojawiła się jeszcze kwestia tego, że MONAR zgłaszał propozycję zmian w świadczeniach gwarantowanych w rozporządzeniu dotyczącym koszyka świadczeń gwarantowanych. Nie umiem powiedzieć, dlaczego one wtedy nie uzyskały aprobaty, bo tym się zajmuje inny departament. To pewnie było podczas prac w 2015 roku, albo we wcześniejszych latach, ja bym proponował z uwagi na to, że dużo się zmieniło w Ministerstwie Zdrowia, jeśli chodzi o zakresy kompetencji dyrektorów, ministrów i sposób patrzenie na wiele spraw, żeby jeszcze do tego wrócić. Zmiany w koszyku były na chwilę zatrzymane z uwagi na to, że od chyba 3 lat nie było nowego kontraktowania, także dokonywanie dużych zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych, nie było tych zmian wiele, bo było i tak wiadomo, że umowy będą aneksowane. Ale możemy do tego jak najbardziej wrócić. To chyba tyle rzeczy, do których chciałem się na bieżąco odnieść. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo. Nie ulega wątpliwości, że podczas dzisiejszego posiedzenia udało się w dość szerokim zakresie stwierdzić trudności, bądź sprawy wymagające uregulowania w systemie dostępu do leczenia pacjentów uzależnionych oraz członków ich rodzin. Myślę, że też dzięki dialogowi z Ministerstwem Zdrowia, czujemy pewnego rodzaju uspokojenie w związku z zainteresowaniem tymi sprawami, o których państwo mówiliście. Pierwszy punkt posiedzenia dotyczący podstaw prawnych lecznictwa uzależnień i sytuacji prawnej podmiotów organizujących stacjonarne i całonocne pobyty pacjentów, a nie będących zarejestrowanymi podmiotami leczniczymi uważam za bardzo ważny punkt dzisiejszego spotkania. Jest to rozwijający się rynek tworzący ogromne nadzieje osobom szukającym pomocy w zakresie

leczenie uzależnień. Stwierdzono, że ten dostęp jest ograniczony, tymczasem ludzie szukając w wyszukiwarce internetowej informacji o leczeniu uzależnienia dowiadują się, że za dwa, trzy tygodnie będą zdrowi, albo, że bliska im osoba będzie zdrowa poprzez program, który można niejednokrotnie porównać do agroturystyki. Dzisiejsze spotkanie uważam za owocne. Dziękuję za zobowiązania ze strony ministerstw. Chciałbym prosić o pewnego rodzaju powrót do tej sprawy, zastanowienie się, jakie działania leżą w gestii państwa instytucji, w celu zatrzymania powstawania nowych ośrodków nie będących podmiotami leczniczymi. To już ponad rok, kiedy najwyższe instytucje państwowe o tym wiedzą i nie podejmują działania. Chciałbym podziękować wszystkim bardzo serdecznie za udział w dzisiejszym spotkaniu. Następne posiedzenie będzie dotyczyć przede wszystkim Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz instytucji zobowiązania do leczenia odwykowego, w oparciu o raport Najwyższej Izby Kontroli. Chciałbym również powiedzieć, że przewodnicząca zespołu, wsłuchując się w państwa głos związany z taryfikacją, będzie uczestniczyć w dalszych pracach zespołu przy ministerstwie zdrowia reprezentując państwa głos w tej sprawie. Bardzo dziękuję. Oddaję głos panu marszałkowi seniorowi.

Marszałek senior Kornel Morawiecki:

Ja to króciutko, bo nie jestem żadnym specjalistą. Chce powiedzieć, że ten problem nieszczęścia, jakim są uzależnienia i te sprawy zdrowia psychicznego jest uzależniony od stanu całości państwo, od wartości, które mamy. Zakończę słynnym powiedzeniem naszego wieszczka, że szczęścia w domu nie znalazł, bo go nie było w ojczyźnie. Bardzo dziękuję za uwagę.