

Nieprawidłowości i deficyty polskiego systemu pomocy osobom używającym narkotyków

Jacek Charmast
Koordynator Biura Rzecznika
Praw Osób Uzależnionych

Powołane w 2009 roku przez polskie organizacje pozarządowe Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych opracowało i wydało w 2011 swój pierwszy Raport, który w pierwszej części analizuje działanie polskiego prawa narkotykowego w drugiej zaś, odnosi się do działania systemu pomocy i leczenia. Przedmiotem tego opracowania jest zaprezentowanie najistotniejszych danych Raportu zawartych w jego drugiej części. Znajdziemy tam obszerny opis polskiego modelu pomocy, identyfikację wielu nieprawidłowości w jego działaniu, ale też wskazanie na dobre praktyki oraz na sposoby rozwiązania najważniejszych problemów. Raport stwierdza, że polski model pomocy daleko odbiega od optymalnego, mimo stosunkowo dobrze rozwiniętej infrastruktury i coraz lepiej wyszkolonych kadr terapeutycznych. **Nie jest jednak podstawowym problemem systemu, jak się powszechnie uważa, niedostatek finansowania. Problemem takim jest niewłaściwa dystrybucja nakładów na pomoc i leczenie, skorelowana ze zjawiskiem wielopłaszczyznowej monopolizacji świadczeń.**

Monopolizacja usług w lecznictwie narkotykowym wyraża się w:

- uprzywilejowanej pozycji stacjonarnych ośrodków rehabilitacji - **przejmują one 75 % całości nakładów na leczenie „narkotykowe”** – pozostałe 25% trafia do lecznictwa ambulatoryjnego i substytucyjnego. W dziewięciu na szesnaście województw odsetek nakładów na ośrodki stacjonarne przekracza 80 %, w tym w trzech przekracza 90% (lubuski, opolski, warmińsko-mazurski).
- uprzywilejowaniu lecznictwa nefarmakologicznego;

- monopolistycznej pozycji największych organizacji pozarządowych, **z których dwie, przejmują ok. 50 %** nakładów na całe leczenie narkotykowe (w regionie opolskim jedna organizacja przejmuje według danych z 2009 r. 100% nakładów) - organizacje te według autorów raportu, prowadzą politykę wspierania dwóch wymienionych wyżej praktyk monopolistycznych.

Raport wskazuje niekorzystne skutki monopolizacji jako takiej, oraz wpływ konkretnych praktyk na poszczególne funkcje polskiego systemu przeciwdziałania narkomanii, m.in.:

- Zanik dyskusji wokół istotnych kwestii narkotykowych - w tym dotyczących samego leczenia - spowodowany niechęcią monopolistów do jakiegokolwiek podważania aktualnego porządku;
- Niedofinansowanie leczenia ambulatoryjnego, skutkujące niewłaściwymi interwencjami: nieadekwatne reakcje systemu często dotyczą osób na początkowym etapie uzależnienia/szkodliwego używania narkotyków, użytkowników często relatywnie bezpieczniejszych substancji (marihuana), osób które najczęściej posiadają dość poprawną sytuację rodzinną i środowiskową. Osoby, które powinny być przede wszystkim leczone ambulatoryjnie, trafiają do programów rezydencjalnych, długoterminowych ośrodków, gdzie stanowią znaczący a bywa, że przeważający odsetek pacjentów.
- Deficyt świadczeń dla osób starszych i głęboko uzależnionych, w tym przede wszystkim deficyt leczenia substytucyjnego, skutkuje wykluczeniem społecznym i śmiertelnością tych osób, czy wysokim odsetkiem osób uzależnionych odbywających karę więzienia.
- Ciężar niewłaściwych interwencji, spada nie tylko na osoby z problemem narkotykowym, ale też na ich rodziny, skazane na wieloletnie ponoszenie destrukcyjnych konsekwencji związanych z zamieszkiwaniem pod jednym dachem z uzależnionym (rozwoły, demoralizacja rodzeństwa osoby uzależnionej, utraty praw rodzicielskich, itp.). Praktyka samoobrony rodzin poprzez „wyrzucenie narkomana z domu” - zalecana przez wielu terapeutów - nakłada się na deficyt programów substytucyjnych oraz brak schronisk dla bezdomnych, czynnie używających narkotyków, co skutkuje nie tylko szybką i wielowymiarową degradacją takich osób, ale też wspiera groźną dla publicznego zdrowia i bezpieczeństwa narkomanie uliczną i

podnosi wskaźniki wykluczenia społecznego. Niestety, terapeuci mając na ogół w praktyce do dyspozycji tylko jedno dostępne narzędzie - ośrodek stacjonarny - skazani są w większości na ponoszenie porażek i na nieskuteczne interwencje. Zdaniem autorów Raportu, to źle prognozuje sukcesowi znowelizowanej Ustawie o Przeciwdziałaniu Narkomanii, gdzie wycofana w pewnej mierze represyjna reakcja prawa (art. 72), ma być zastąpioną skuteczną i wszechstronną pomocą i leczeniem.

Raport identyfikuje niekorzystne zjawiska świadczące bezpośrednio o uprzywilejowanej pozycji lecznictwa stacjonarnego.

- Pacjent korzystający z oferty ośrodków rehabilitacji, może z takiego leczenia korzystać bez żadnych ograniczeń czasowych (zmieniając placówki), ponieważ jest to świadczenie nieregulowane. Mamy do czynienia z kosztownym dla podatnika zjawiskiem „turystyki ośrodkowej” (**według danych Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka z 2010, 75 % pacjentów ośrodków, już się w nich wcześniej leczyło**).
- Efektywność ośrodków rehabilitacji stacjonarnej, nie podlega żadnej ocenie (w tym przez Płatnika), np. wyniki ukończonych terapii (czy utrzymywania się w terapii), nie mają żadnego wpływu na finansowanie programu. Przykładowo, ośrodek, w którym nikt nie kończy programu terapeutycznego, może podobnie dobrze prosperować, co ośrodek gdzie kończą terapię wszyscy.
- Według przedstawionych szacunków, w 1/3 ośrodków (społecznościach terapeutycznych), liczba ukończonych terapii w roku, jest niższa od liczby zatrudnionego w nich personelu terapeutycznego. Według danych z 2006 roku (jedynych tego typu danych, do których autorom Raportu udało się dotrzeć), w ośrodkach tych na jednego członka personelu merytorycznego przypada średnio 0,8 ukończonych terapii. Te liczby mają dodatkową wymowę w świetle danych o kosztach działania jednego ośrodka. To obecnie od 1 do 1,5 mln złotych rocznie.

Lecznictwo „narkotykowe”, zdaniem autorów opracowania, zastygło w przyjętych 30 lat temu formułach (w bardzo wielu ośrodkach stacjonarnych praca jest nadal dominującą formą oddziaływań, terapia jest natomiast stosowana marginalnie), nie wykazuje zainteresowania modernizacją, ani dyskusją o swoich problemach. Nadal funkcjonują dobrze ośrodki o

programach dłuższych niż 12 miesięczne. Dobrego samopoczucia większości przedstawicieli środowiska terapeutycznego nie narusza fakt, że nadpodaż usług w jednym sektorze świadczeń leczniczych i pomocowych jest okupiona ciężkimi deficytami w innych. Przeprowadzonemu przez Helsińską Fundację Praw Człowieka w latach 2009-2010, monitoringowi ośrodków stacjonarnych ze względu na przestrzeganie praw człowieka i pacjenta, nie poddały się dwie największe organizacje pozarządowe zajmujące się pomocą uzależnionym, stowarzyszenia Monar i Karan. To stawia nadal pod znakiem zapytania stan przestrzegania tych praw, przez dwa monopolizujące rynek świadczeń podmioty i niestety wzmacnia kierowane pod ich adresem zarzuty.

Raport zawiera także elementy optymistyczne. Wskazuje Mazowsze jako wyróżniający się region w Polsce, gdzie struktura świadczeń jest najbardziej adekwatna do potrzeb i zrównoważona. Na Mazowszu w 2009 roku, rozkład finansowania leczenia stacjonarnego w stosunku do nakładów na leczenie ambulatoryjne i substytucyjne wynosił w przybliżeniu 50/50 (jak już zostało wspomniane, średnia dla Polski to 75% nakładów na leczenie stacjonarne i 25% na ambulatoryjne i substytucyjne).

Liczba miejsc leczenia substytucyjnego:

2005		2007		2010	
POLSKA	WARSZAWA	POLSKA	WARSZAWA	POLSKA	WARSZAWA
969	289	1522	600	2000	1000

Znaczne środki na rozwiązywanie problemów narkotykowych na Mazowszu przeznacza stosunkowo zamożna Warszawa, którą można wskazać jako przykład kreatywności, racjonalnej polityki leczniczej, a także dobrej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia (Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ jest jednym z bardzo nielicznych, gdzie pilnuje się równowagi w dostępie do świadczeń leczniczych). Zrównoważona polityka pomocy ostatnich dwu stołecznych administracji, zredukowała narkomanię uliczną do niewidocznego niemal poziomu. **W roku bieżącym - między innymi dzięki współpracy Krajowego Biura ds.**

Przeciwdziałania Narkomanii, z Polską Siecią Polityki Narkotykowej i z Biurem Rzecznika Praw Osób Uzależnionych- nastąpiły znaczące, pozytywne zmiany w strukturze świadczeń w regionach opolskim, pomorskim i warmińsko mazurskim. Pojawiły się tam nowe placówki ambulatoryjne udostępniające leczenie substytucyjne.

Należy tu dodać, że **aktualnie tylko dwa regiony są na mapie leczenia substytucyjnego białymi plamami, są to województwa podlaskie i podkarpackie.**

Niestety, poziom dostępu do leczenia substytucyjnego sytuuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie, za to w przypadku terapii rezydentalnych, dostępność do nich daje nam jedno z pierwszych miejsc w świecie. Wadliwa struktura polskiego lecznictwa wynika głównie z niewłaściwego rozumienia potrzeb społecznych przez płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia) i samorządów, kreujących w regionach i większych miastach politykę leczniczą, ignorowanie przez nie priorytetów krajowych strategii leczniczych (Narodowego Programu Zdrowia, Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego). Wynika też z lokalnych wpływów dużych organizacji pozarządowych, wspierających monopolistyczną pozycję lecznictwa stacjonarnego i nefarmakologicznego. Niebagatelny wpływ na sytuację, ma zdaniem wielu ekspertów nierozwojowy model lecznictwa substytucyjnego. Leczenie to, według autorów Raportu można szerzej udostępnić poprzez zobligowanie do jego prowadzenia placówek ambulatoryjnych i licencjonowanych gabinetów lekarskich (w oparciu o bezpieczniejsze niż metadon leki).

Są regiony, które pokazują jak wiele można zrobić za stosunkowo niewielkie pieniądze (małopolski, lubelski), ale też takie, które pokazują jak niewiele można zrobić mając w dyspozycji znaczne środki. Najbardziej znamieny jest przykład regionu pomorskiego. W województwie tym nakłady na lecznictwo narkotykowe należą w Polsce do rekordowych. W 2009 roku było to 42,3 tys. złotych na 10 tys. mieszkańców. To relatywnie dużo, biorąc pod uwagę, że średnie finansowanie świadczeń narkotykowych dla całego kraju to 29,6 tys. zł na 10 tys. mieszkańców. Więcej od pomorskiego NFZ przeznaczono w lubuskim (122,3 tys. zł/10 tys. mieszkańców!) i w mazowieckim (48,7 tys. zł), jednak na Pomorzu w 2009 roku na lecznictwo ambulatoryjne przeznaczono tylko 13 % nakładów, zaś na lecznictwo stacjonarne resztę, czyli 87%. Leczenie substytucyjne, udostępniono w tym regionie dopiero w listopadzie 2011r.

Dla optymalizacji polskiego modelu pomocy zdaniem autorów Raportu potrzebne jest respektowanie przez samorzady i NFZ priorytetowych zadań wskazanych w krajowych strategiach ochrony zdrowia. Tylko wtedy uda się zmienić politykę świadczeniodawców - organizacji pozarządowych, które, jak wykazuje Raport, niemal w całości finansowane są ze środków publicznych. Adekwatna do potrzeb społecznych struktura lecznictwa warunkuje osiągnięcie celów zakładanych przez znowelizowaną, działającą od 9. grudnia 2011 roku, Ustawę o Przeciwdziałaniu Narkomanii, w szczególności jej zapisów odnoszących się do wzmocnienia zasady „leczyć zamiast karać”.

Co przyniesie nowy raport Biura Rzecznika?

W przygotowaniu jest kolejny Raport Biura Rzecznika, który odniesie się do zmian w strukturze leczenia w ostatnich trzech latach. Czy prowadzona w ostatnim okresie w Polsce kampania społeczna na rzecz optymalizacji modelu leczenia - prowadzona przez koalicję przeciwstawiających się monopolistom mniejszych organizacji pozarządowych, wspierana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii- przyniosła pozytywne skutki? Czy monopolisci zostali zmuszeni do zmiany polityki leczniczej?

Np. największa w Polsce organizacja „narkotykowa” Stowarzyszenie Monar - krytykowane w Polsce powszechnie przez ekspertów za niechęć do modernizacji – przeprowadziło w 2012 ważne zmiany swojego statutu, w tym **wyrzucenie zapisu zakazującego jego placówkom prowadzenia terapii substytucyjnej**. Zaplanowano także reformę ośrodków stacjonarnych. Z 31 monarowskich ośrodków o programie 12 miesięcznym, w niezmienionej formule ma pozostać tylko 9. Pozostałe mają zostać przeprofilowane według następującego klucza:

- 10 ośrodków stacjonarnych krótkoterminowych
- 4 ośrodki dla osób z podwójną diagnozą
- 2 ośrodki dla osób z nawrotami choroby
- 1 ośrodek dla osób uzależnionych od alkoholu
- 1 ośrodek dla kobiet
- 2 ośrodki probacji alternatywnej (dla osób kierowanych przez sąd)
- 1 ośrodek korekcyjno – terapeutyczny dla dzieci i młodzieży

Zmiany te są konieczne, co pokazują dane z kolejnych sprawozdań z działalności Monaru. Wskazują one na spadek liczby osób kończących programy terapeutyczne oraz gwałtowne starzenie się pacjentów.

Pacjenci w ośrodkach Monar (31 ośrodków). Źródło danych: sprawozdania Stowarzyszenia Monar umieszczone na stronie www.monar.org.

Rok	Przychody organizacji	Liczba miejsc w ośrodkach	Liczba osób, które leczyły się w ośrodkach w danym roku	Liczba osób które ukończyły terapię	Liczba osób przyjętych do leczenia w wieku powyżej 24
2007	56 mln				
2008	57 mln	1079	2935	499	985
2009	64 mln	1085	3191	498	1167
2010	67 mln	1098	3481	463	1364

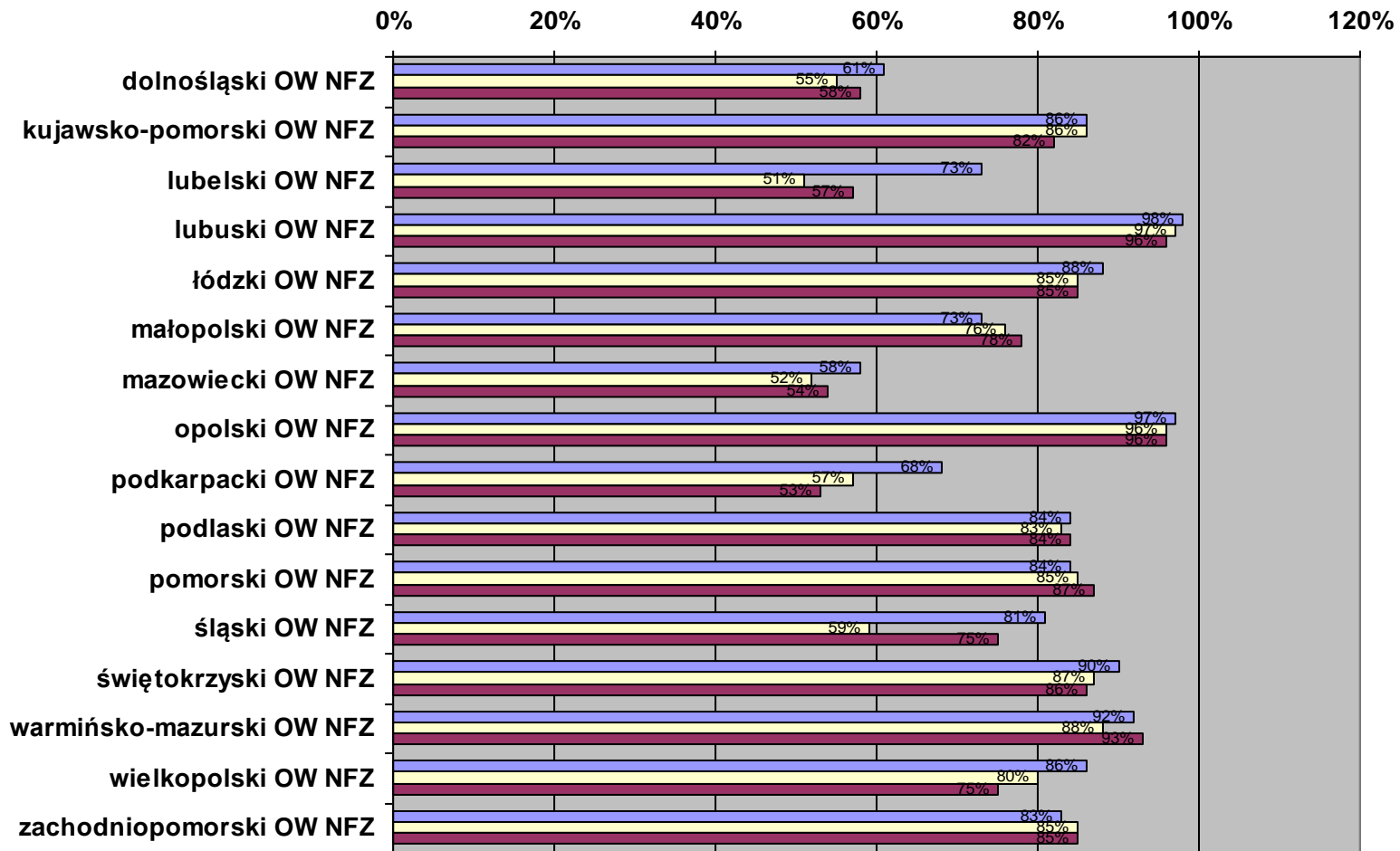
W paru regionach gdzie pojawiły się dodatkowo deficytowe świadczenia struktura nakładów na leczenie nie uległa znaczącej zmianie. Kolejny raz negatywnym przykładem niegospodarności, ignorowania potrzeb społecznych czy też osobliwego ich identyfikowania jest region pomorski, gdzie lecznictwo substytucyjne (które pojawiło się wreszcie na Pomorzu w 2011 r.) odebrało pieniądze obłożonym pracą placówkom ambulatoryjnym, natomiast nakłady na rozbuchane ponad wszelkie potrzeby ośrodki stacjonarne znowu wzrosły.

Nakłady na lecznictwo narkotykowe - pomorski NFZ			
	2009	2010	2011
Lecznictwo ambulatoryjne	1 133 544 zł	801 207 zł	780 288 zł
Lecznictwo stacjonarne	8 105 498 zł	7 729 634 zł	9 259 644 zł
Lecznictwo substytucyjne	0	0	468 000
Procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne w nakładach na leczenie narkotykowe ogółem.	87%	89%	87%

Jacek Charmast

koordynator programu Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, przewodniczący Stowarzyszenia Jump 93, współpracuje z branżowym magazynem MNB, jest członkiem

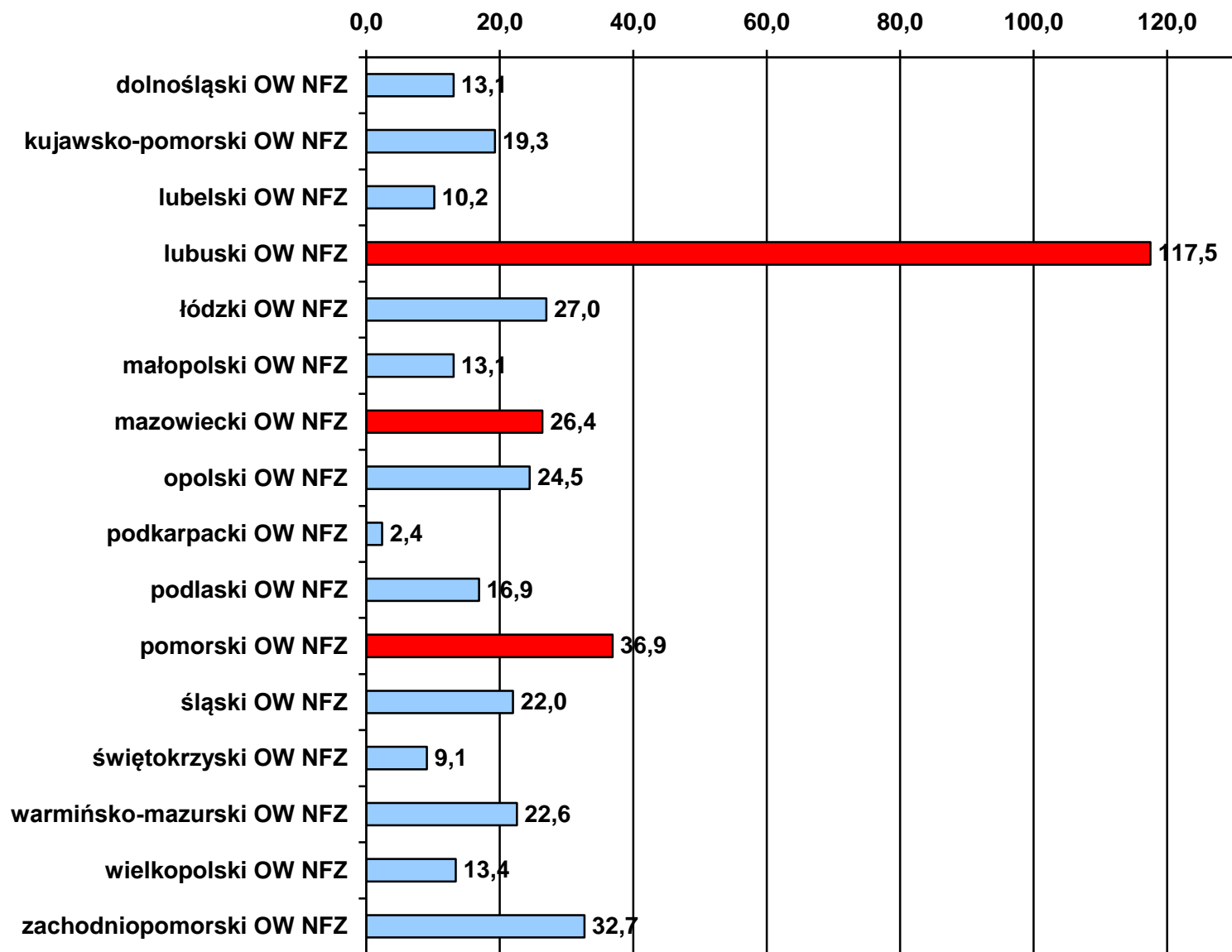
Komitetu Sterującego Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej, w latach 2002-2009 kierował Centrum Redukcji Szkód MONAR, w Warszawie.



■ procentowy udział nakładów na leczenie stacjonarne w całości nakładów na leczenie uzależnień narkotykowych ponoszonych przez oddziały w województwie NFZ w 2007

□ 2008

■ 2009



Nakłady na leczenie stacjonarne oddziałów wojewódzkich NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców

Województwo	liczba ludności http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx	liczba miejsc w ośrodkach stacjonarnych 2009, dane z informatora 2009 KBPN	liczba miejsc w ośrodkach stacjonarnych na 100 tys.
Dolnośląskie	2876627	171	6
Kujawsko-pomorskie	2069083	82	4
Lubelskie	2157202	57	2,5
Lubuskie	1010047	106	10
Łódzkie	2541832	176	7
Małopolskie	3298270	132	4
Mazowieckie	5222167	516	10
Opolskie	1031097	79	8
Podkarpackie	2101732	25	1
Podlaskie	1189731	55	5
Pomorskie	2230099	447	20
Śląskie	4640725	292	6
Świętokrzyskie	1270120	63	5
Warmińsko-mazurskie	1427118	110	8
Wielkopolskie	3408281	204	6
Zachodniopomorskie	1693198	337	21
RAZEM	38 167 329	2 852	7,4

Liczba miejsc w ośrodkach stacjonarnych (95% polskich ośrodków to społeczności terapeutyczne).