

Rozwój leczenia substytucyjnego w Polsce to historia małych kroków, za pomocą których terapia metadonowa mozolnie zdobywała sobie kolejne przyczółki, by je później umacniać. Brak dostępu do tego świadczenia jeszcze w bardzo wielu miejscach naszego kraju to od lat największy problem systemu pomocy uzależnionym od narkotyków, rozwiązywany głównie przez biologię. Liczba osób używających opioidów zmniejsza się w znacznej mierze przez śmiertelność, częściowo też przez nowe narkotyki, które wypierają heroinę i kompot.

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE NA RECEPTĘ – DLACZEGO, JAK I DLA KOGO?

Jacek Charmast

Prezes Stowarzyszenia JUMP '93

Koordynator programu Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

Deficyt miejsc leczenia substytucyjnego

Obecnie w Polsce funkcjonuje 25 programów substytucyjnych, działających głównie w dużych miastach, z czego pięć w Warszawie. Leczenie w tych placówkach otrzymuje ok. 2,5 tys. osób, z których ok. 950 to pacjenci placówek warszawskich. Jest to liczba mocno niezadowolająca, gdy zestawimy ją z potrzebami: Instytut Psychiatrii i Neurologii szacuje populację uzależnionych od opiatów na ok. 15 tys. osób. Według danych EMCDDA z 2013 roku z leczenia substytucyjnego w krajach UE korzysta ogółem ok. 730 tys. osób, co stanowi ok. 50% uzależnionych od opiatów mieszkańców tych krajów i zarazem blisko połowę osób leczonych z powodu uzależnienia od jakichkolwiek narkotyków.

W latach 90. uzależnieni od opiatów stanowili większość pacjentów stacjonarnych ośrodków rehabilitacji, obecnie już tylko dziesiątą ich część. Gdy byli większością, ośrodki stacjonarne nie mogły pochwalić się dobrą efektywnością – leczenie kończył najwyżej co piąty, a częściej co dziesiąty ich podopieczny. Dzisiaj dopiero widzimy, jak bardzo selekcyjny charakter miał model pomocy pozbawiony terapii substytucyjnej. Mówi nam o tym na przykład porównanie wieku członków społeczności terapeutycznych (ST) i programów substytucyjnych (PS). Możemy wskazać tu na regułę 70%: co siódmy pacjent stacjonarnego ośrodka ma mniej niż 30 lat, a co siódmy pacjent PS to osoba 30+.

Dwie poprzednie dekady były najlepszym czasem na gruntowne wzmocnienie terapii substytucyjnej, a przez to uniknięcie wielu dzisiejszych problemów, jednak w znacznej mierze, niestety, je stracono. Najważniej-

szym powodem niepowodzeń, w tym porażki wielu lokalnych inicjatyw na rzecz udostępnienia leczenia metadonem, była nieprzejednana postawa większości terapeutów i będących pod ich wpływem urzędników rozdzielających środki finansowe. Drugą ważną przyczyną, będącą w znacznej mierze skutkiem pierwszej, było ograniczające prawo, określające zasady organizacji i prowadzenia leczenia substytucyjnego. Prawo to było systematycznie poprawiane, ale tylko na tyle, na ile pozwalało nieprzychylnemu otoczeniu. Największy opór takim zmianom stawiały zazwyczaj społeczności terapeutyczne, zwłaszcza te skupione w dużych strukturach organizacyjnych, a i dzisiaj są one co najmniej powściągliwe w wyrażaniu swoich opinii w przedmiotowych kwestiach. Gdy w latach 2004–2005 pracowano nad nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, między innymi w celu umożliwienia prowadzenia terapii zastępczej podmiotom niepublicznym, Stowarzyszenie Monar wyprzedziło zmianę, by pierwszym i jedynym negatywnym zapisem w swoim statucie, wykluczyć leczenie metadonem ze swojej działalności, a w konsekwencji z tych miejscowości i regionów, gdzie miało silne wpływy.

Warszawskie doświadczenia z substytucją

Na przedmiotowej zmianie ustawy z 2005 roku skorzystała Warszawa, która dzięki bardzo rozsądnej i aktywnej polityce społecznej ratusza, w ciągu kilku lat z wielokrotnością liczbę miejsc terapii zastępczej. Postęp warszawskiej substytucji na tle reszty kraju

Tabela 1. Nakłady na leczenie substytucyjne w Polsce w latach 2006–2009 w mln złotych.

	2006	2007	2008	2009
Polska	3,08	7,45	11,64	16,70
Warszawa i woj. mazowieckie	bd.	3,78	6,26	9,07
Polska, bez Warszawy i Mazowsza		3,67	5,38	7,63

Źródło: NFZ – 2009.

był spektakularny. Jeszcze w 2005 roku w stołecznych programach metadonowych leczono się niewiele ponad 200 osób, ale już rok później było ich dwa razy więcej, a w ciągu następnych paru lat przekroczono pułap 800 pacjentów. Obecnie liczba miejsc dochodzi do tysiąca. Inicjatywa Warszawy (wspierana od początku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, później także przez mazowiecki NFZ) po pierwsze, zredukowała gruntownie popyt na opiaty, w rezultacie heroina i kompot niemal zniknęły z ulic miasta. Po drugie, w walnie przyczyniła się do likwidacji największego w naszym kraju „bazaru narkotykowego”, działającego na Dworcu Centralnym i w jego otoczeniu. Razem z liczbą opiatowców radykalnie spadła liczba osób używających narkotyków iniekcyjnie, a wśród nich liczba bezdomnych. Centrum Redukcji Szkód Monar, prowadzące warszawski program wymiany igieł i strzykawek, który w latach 1999–2005 obsługiwał rocznie od 1500 do 2000 klientów, po 2006 roku obsługiwało już tylko ok. 200 osób. Skąd taki spadek? Część klientów programu odpłynęła do leczenia, a inni, głównie heroinowi i kompotowi turyści, z powodu upadku „bajzła” na Centralnym, zrezygnowali z odwiedzin Warszawy. W Raporcie Krajowym 2014 (KBPN) znajdujemy dane dotyczące liczby wydawanych w tamtych czasach przez programy redukcji szkód igieł: w 2007 roku wydano ich 529 tys. sztuk, w 2008 roku 432 tys., a w 2009 roku już tylko 259 tys. – 50% mniej niż dwa lata wcześniej. Nie powinno budzić wątpliwo-

ści, że popyt na igły i strzykawki kurczył się z powodu udostępnionych w Warszawie nowych miejsc terapii substytucyjnej.

Zwiększony dostęp do metadonu miał dla Warszawy i mniej korzystne konsekwencje. Zamiast turystyki heroinowej, pojawiła się turystyka lecznicza. Do dzisiaj wśród pacjentów PS znaczny odsetek stanowią osoby, które przyjechały za leczeniem z województw, gdzie jeszcze substytucji lekowej nie było (podkarpackie i podlaskie) albo udostępniono ją stosunkowo niedawno (opolskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie). Gdy w latach 2011–2012 pojawiły się wreszcie PS w Gdańsku, Olsztynie i Opolu, część pochodzących stamtąd bezdomnych i uzależnionych wróciła do rodzinnych domów, część jednak została. Obecnie system NFZ (także system pomocy społecznej) wykazuje większość takich osób jako warszawiaków, stąd w ramach wewnętrznych rozliczeń mazowiecki oddział NFZ odzyskuje tylko część pieniędzy. Odnosząc się do informacji zawartych w tabeli 2., należy dodać, że obecnie tylko w programach pomocowych Stowarzyszenia JUMP '93 można doliczyć się ponad 20 klientów, którzy leczą się substytucyjnie w Warszawie, a pochodzą ze wskazanych w tabeli województw. Wyróżnione w tabeli Siedlce, są miastem na pograniczu województwa mazowieckiego i podlaskiego, a wykazywane przez tamtejszy program osoby zamieszkowe, to głównie dojeżdżający po lek mieszkańcy „pobliskich” Siemiatycz. Jest to miejscowość położona o ponad 60 km od Siedlec, co biorąc pod uwagę rozkład terytorialny PS w naszym kraju, jest dystansem całkiem niedużym.

Warszawa zatem (i w znacznej mierze Lublin) rozwiązała w istotnym stopniu problem popytu na heroinę na ścianie wschodniej i dlatego tamtejsze społeczności terapeutyczne mogą spać spokojnie, a urzędnicy umyć ręce, bo „u nas opiatowców nie ma”. W 2012 roku udało się KBPN uzyskać jedynie zapewnienie podkarpackiego i podlaskiego NFZ o zabezpieczeniu środków finansowych na leczenie substytucyjne, ale bez widoków na realne udostępnienie świadczenia.

Tabela 2. Liczba osób z woj. podkarpackiego i podlaskiego leczących się w programach terapii substytucyjnej w Warszawie i na Mazowszu w 2016 roku (dane MOW NFZ).

Województwo (zgodnie z miejscem ostatniego zameldowania pacjenta)	Liczba osób leczących się w programie leczenia substytucyjnego w Siedlcach	Liczba osób leczących się w programach leczenia substytucyjnego w Warszawie
podkarpackie	1	1
podlaskie	7	1

Tabela 3. Pacjent narkotykowy korzystający z pomocy społecznej w Warszawie i przyległych miejscowościach w roku 2016.

Obszar działania placówki pomocy społecznej	Liczba osób z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych, korzystających z pomocy placówki	Liczba uzależnionych i bezdomnych	Liczba uzależnionych i zagrożonych bezdomnością	Liczba uzależnionych z orzeczeniem o niepełnosprawności	Liczba uzależnionych 40+	Liczba uzależnionych 50+ (zawierająca się w liczbie osób 40+)
Bemowo	15	3	0	13	7	2
Białołęka	23	13	bd	8	bd	bd
Bielany	28	0	1	11	6	2
Kobyłka	1	0	0	0	1	0
Legionowo	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Mokotów	31	9	6	22	6	1
Ochota	26	3	4	21	11	3
Otwock	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Piaseczno	10	9	2	10	6	0
Praga Pd	51	4	0	51	9	9
Praga Pn	28	4	11	18	3	2
Pruszków	6	0	1	4	2	1
Rembertów	14	2	9	14	6	2
Śródmieście	40	bd	bd	18	23	9
Targówek	37	5	11	22	3	1
Ursus	24	bd	bd	17	2	2
Ursynów	10	6	3	6	0	0
Wawer	10	1	1	1	bd	bd
Wesoła	2	2	0	0	0	1
Wilanów	1	0	1	2	0	1
Włochy	3	bd	bd	1	0	0
Wola	60	10	0	31	14	4
Wołomin	21	5	7	7	1	0
Ząbki	8	16	2	0	1	0
Zielonka	0	0	0	0	0	0
Żoliborz	17	2	3	14	8	4
RAZEM	466	94	62	291	109	44

Tabela 4. Nakłady NFZ przeznaczone na rehabilitację osób z podwójną diagnozą w latach 2010–2016.

Województwo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Liczba świadczeniodawców w 2014	Liczba świadczeniodawców w 2016
doInośląskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lubelskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lubuskie	997 682	957 557	938 382	1 011 606	1 156 557	1 087 175	1 118 130	1	1
łódzkie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
małopolskie	0	0	0	0	0	18 018	3 523 585	0	1
mazowieckie	607 901	1 427 219	2 603 056	2 739 215	3 047 612	3 523 585	3 193 772	2	2
opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
podkarpacie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
podlaskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pomorskie	0	0	273 140	282 620	306 639	307 350	304 252	1	1
śląskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
warmińsko-mazurskie	351 390	357 345	395 408	387 788	393 768	416 221	482 449	1	1
wielkopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAZEM	1 956 973	2 742 121	4 209 986	4 421 229	4 904 576	5 352 349	8 622 188	5	6

System pomocy społecznej radzi sobie z rozliczeniami trochę lepiej od NFZ, ale do bliższych danych nie udało się dotrzeć. Dane uzyskane z warszawskich OPS-ów pozwalają w niewielkim stopniu zgłębić problematykę bezdomności narkotykowej i zamiejscowych pacjentów programów substytucyjnych. Z naszego rozpoznania sytuacji wynika, że wśród bezdomnych i uzależnionych klientów OPS-ów zdecydowaną większość stanowią pacjenci programów substytucyjnych (70-90%). Są to mieszkańcy całodobowych placówek opiekuńczych, przeważnie zamiejscowi (spoza Mazowsza). Liczba niezaopiekowanych pacjentów PS, czyli osób mieszkających kątem u znajomych lub w pustostanach, nie jest znana.

Dostęp do substytucji a podwójna diagnoza

Niewystarczający dostęp do leczenia substytucyjnego, skutkujący pozostaniem przez wiele osób poza systemem opieki, powoduje, że przeważająca część z nich sięga po nowe substancje psychoaktywne (NSP), w tym mefedron i substancje wytwarzane na bazie leków aptecznych. Jest to problem identyfikowany i nagłośniony przez wszystkie polskie programy redukcji szkód. Biorąc pod uwagę, że popyt na NSP jest silnie skorelowany ze wzrostem liczby przypadków podwójnej diagnozy (PD) oraz schorzeń neurologicznych, terapia substytucyjna staje się niezwykle ważnym narzędziem redukcji popytu na dopalacze i nowe narkotyki. Programowi Rzecznika nie udało się uzyskać aktualnych danych na temat liczby zgłoszeń do leczenia z powodu PD. Udało się natomiast uzyskać informacje dotyczące nakładów NFZ na rehabilitację osób z podwójną diagnozą, co pozwala prześledzić problem. Na wzrost nakładów NFZ na leczenie PD ma wpływ wiele czynników, z popytem na przedmiotowe świadczenie na czele. Istotna jest ponadto rosnąca liczba rozpoznań wynikająca z coraz większego przykładania wagi

Tabela 5. Nakłady NFZ przeznaczone na terapię osób z podwójną diagnozą w latach 2010–2016.

Województwo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Liczba świadczeniodawców w 2014	Liczba świadczeniodawców w 2016
doInośląskie	0	0	149 382	989 827	955 287	952 596	948 582	1	1
kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lubelskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lubuskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
łódzkie	699 972	859 173	813 365	802 676	883 663	696 025	588 379	1	1
małopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mazowieckie	532 898	363 106	0	0	0	0	0	0	0
opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
podlaskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
śląskie	1 187 278	1 108 377	1 261 770	1 233 700	1 233 700	1 352 730	1 340 240	1	1
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
warmińsko-mazurskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
wielkopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAZEM	2 420 148	2 330 656	2 224 517	3 026 203	3 072 650	3 001 351	2 877 201	3	3

przez placówki ambulatoryjne (i nie tylko) do rzetelnej diagnostyki. Jeżeli chodzi o rehabilitację PD, to znaczący transfer środków finansowych, związany jest z udroźnieniem systemu, poprzez pojawienie się nowych programów specjalistycznego leczenia. W zakresie znacznie krótszych czasowo programów terapii PD odnotowuje się spadek finansowania, ale prawdopodobnie tylko na rzecz rehabilitacji, czyli opieki dłuższej. Należy też dodać, że pewien udział w ogólnym wzroście finansowania miała zmiana w wycenie świadczenia.

Istotne jest tu także zestawienie nakładów NFZ z czasem oczekiwania na leczenie. W latach 2015–2016 nakłady na rehabilitację osób z PD wzrosły aż o 60%, ale z obserwacji Biura Rzecznika wynika, że kolejki uległy skróceniu tylko do stanu notowanego przed 2014 roku. Dane NFZ pokazują też, że w stosunku do 2010 roku (gdy lawinowo otwierano sklepy z dopalaczami), nakłady na rehabilitację osób z PD wzrosły aż czterokrotnie.

Monokultura lekowa

Jesienią 2015 roku pojawiło się obwieszczenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie konsultacji taryfy świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Według tej wyceny stosowanie metadonu miało być wyżej punktowane niż stosowanie innych leków substytucyjnych. Agencja proponowała takie punktowanie, mimo że metadon całkowicie niemal zmarginalizował pozostałe stosowane w polskiej substytucji preparaty. Te inne leki (głównie Suboxone, preparat łączący buprenorfinę z naloksonem) były wówczas stosowane w Polsce przez ok. 2% pacjentów (źródło: KBPN 2014 rok), podczas gdy w krajach Unii Europejskiej używa ich ok. 40% pacjentów. Metadon jest zatem stosowany nawet wtedy, gdy z różnych względów zdrowotnych powinny być zastosowane inne specyfiki (np. słodkiego metadonu nie powinny przyjmować osoby z cukrzycą). W wyniku

konsultacji społecznych Agencja poprawiła przedmiotową wycenę, która dodatkowo burzyła niewiele wcześniej przyjętą taryfikację NFZ, znacznie bardziej zgodną z oczekiwaniami lecznictwa. W poprawianiu i uwagach do obydwu taryf przede wszystkim chodziło o szersze stosowanie preparatu Suboxone, leku o stosunkowo wysokim profilu bezpieczeństwa, używanym wyłącznie do celów leczenia substytucyjnego. Ten specyfik, który zdobywa sobie coraz większe uznanie w świecie, nazywany jest niekiedy lekiem przyszłości. Buprenorfina, która charakteryzuje się odpornością na przedawkowania, poprzez skojarzenie z naloksonem, zyskuje dodatkowe zabezpieczenie przed używaniem iniekcyjnym. Ponadto buprenorfina znacznie słabiej od metadonu osłabia funkcje kognitywne. Powyższa charakterystyka, sytuuje Suboxone wyżej od metadonu w zakresie osiągania celów leczniczych (innych niż redukcja szkód) i powoduje, że preparat jest częściej stosowany wśród osób młodszych oraz lepiej funkcjonujących społecznie. Minusem jest jego cena (jest zdecydowanie droższy od metadonu), która powoduje, że mimo licznych walorów, Suboxone jest w Polsce stosowany marginalnie.

Substytucja na receptę według Krajowego Biura

Wiosną 2014 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przedstawiło Ministerstwu Zdrowia projekt nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz odpowiednich przepisów wykonawczych, która miała umożliwić prowadzenie leczenia substytucyjnego gabinetem lekarskim, w oparciu o przepisywanie leków na receptę. Proponowana zmiana otwierała taką możliwość lekarzom wybranych specjalizacji, przede wszystkim lekarzom POZ i psychiatrom (na różnych etapach prac nad projektem wskazywano jeszcze lekarzy chorób zakaźnych i toksykologów). Celem zmiany było wprowadzenie dodatkowej, przyjaznej formuły dla terapii zastępczej, która poprawiłaby w sposób istotny dostęp do niej i poszerzyła spektrum stosowanych leków. Według zgodnej opinii ekspertów obowiązujący dotąd model programu substytucyjnego wyczerpał swoje możliwości w przedmiotowym względzie i od lat słabo poddawał się korektom. Projekt opierał się na procedurze sprawdzonej w świecie, z powodzeniem stosowanej między innymi w krajach skandynawskich, znanych z restrykcyjnego podejścia do narkotyków i wysokiej kultury medycznej (szwedzki

model przeciwdziałania narkomanii jest często w polskim środowisku terapeutycznym wskazywany jako wzorcowy). Propozycja KBPN wychodziła naprzeciw oczekiwaniom społecznym, wyrażanym często przy okazji coraz częstszej krytyki obowiązującego modelu programu substytucyjnego. Krytyka wykazywała na przykład, że model ten nie sprzyja szerszemu udostępnieniu leczenia, bo nie pozwala na jego docieranie do mniejszych miejscowości. Przeszkodę stanowią tu zbyt wysokie koszty PS, które są głównie związane z utrzymaniem personelu i lokalu, które powodują, że działalność przynosi straty finansowe, jeśli liczba pacjentów nie przekroczy 30 osób. Przykład Warszawy pokazuje, że osoby uzależnione z mniejszych miejscowości migrują za leczeniem do dużych miast, stając się tam bezdomnymi, generując dodatkowe problemy i koszty. Między innymi ze względu na te problemy wielokrotnie zmieniano przepisy wykonawcze do ustawy, dając lekarzom duże uprawnienia w zakresie umożliwienia pacjentom rzadszego stawiania się po odbiór leku. Na przeszkodzie upowszechnieniu tej praktyki stanęły jednak zasady finansowania programów substytucyjnych: pacjent rzadko korzystający z programu przynosił mniejszy dochód. Okazało się, że to właśnie pacjent bez przywilejów (z tytułu postępów w leczeniu), pacjent niepracujący i naruszający kontrakt, przynosi placówce większy dochód. Ponadto wymóg częstego stawianictwa powoduje, że PS obsługują codziennie zbyt liczną grupę osób. W samej Warszawie działają cztery programy substytucyjne, w których liczba pacjentów przekracza 100 osób, w tym dwa, gdzie przekracza 200 osób. Gdy kilkadziesiąt osób uzależnionych pojawi się na raz w placówce lub w jej pobliżu i pozostanie tam przez dłuższy czas, zawsze będzie to stanowić problem dla otoczenia i personelu programu. Codzienne stawianictwo podtrzymuje uzależnienie środowiskowe, przeszkadza w osiąganiu postępów w terapii i reintegracji społecznej. Napięcie, jakie się wówczas wytwarza, sprzyja z kolei wypaleniu zawodowemu u personelu, naruszeniom praw pacjenta, powoduje problemy z rekrutacją nowych pracowników programu.

Jak już wspomniano, proponowana w projekcie KBPN nowa procedura lecznicza miała się opierać na preparatach innych niż metadon, lepiej farmakologicznie zabezpieczonych i mniej atrakcyjnych w obrocie ulicznym.

Jakich jeszcze korzyści należałoby się spodziewać po formule „na receptę”? Wydaje się, że prosta w obsłudze procedura pozwalałaby wreszcie związać leczenie substytucyjne z innymi formami opieki,

w tym z poradniami leczenia uzależnień, ośrodkami stacjonarnymi czy programami readaptacji społecznej. Formy zintegrowane to środowisko najlepsze dla substytucji i optymalne dla wielu pacjentów, głównie tych, którzy z powodu długiej historii pozostawania w sytuacji wykluczenia, mają problemy z reintegracją społeczną i poruszaniem się między instytucjami pomocowymi.

Prace nad ustawą posuwały się jednak powoli. W tym czasie Suboxone i przypisana do niego procedura zostały pozytywnie ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wpływ na wstępny werdykt miały pozytywne oceny ekspertów, które pojawiły się w związku z konsultacją wniosku producenta o refundację leku. Całościowa ocena Agencji była jednak negatywna: w odpowiedzi dla producenta leku wskazano na brak odpowiednich zmian w prawie, które pozwalałyby na zastosowanie przedstawionej we wniosku procedury (przepisywanie leku na recepty i wydawanie przez apteki). W drugiej połowie 2015 roku prace nad ustawą o zdrowiu publicznym zatrzymały działania Ministerstwa Zdrowia dotyczące projektu Krajowego Biura, a na początku 2016 roku firma farmaceutyczna wprowadzająca do naszego kraju Suboxone – lek dla projektu strategiczny – z powodu braku postępów w sprawie zlikwidowała swoje przedstawicielstwo w Polsce.

By przełamać impas, przedstawiciele warszawskiej Komisji Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS, na wniosek Stowarzyszenia JUMP '93, spotkali się wiosną 2016 roku z wiceministrem zdrowia Krzysztofem Łandą. Dzięki spotkaniu prace nad projektem ponownie ruszyły, a w grudniu 2016 roku przeszedł on konsultacje społeczne.

W toku dalszych prac projekt został gruntownie zmieniony. Przede wszystkim odrzucono refundację (szanse na nią od początku były niewielkie), przez co postawiono istotną barierę szerszej dostępności. Decyzja taka zapadła, mimo że leczenie w gabinetach lekarskich, nawet w oparciu o droższy lek, byłoby znacznie tańsze od leczenia w PS. Zdaniem KBPN nawet o 30%. Wprowadzono też różne inne obostrzenia. W nowej wersji kwalifikacją do leczenia w gabinetach lekarskich miały się zajmować dotychczas działające programy leczenia substytucyjnego, stosując trzymiesięczny okres zatrzymywania i stabilizowania pacjenta u siebie, oraz cykliczny, dwunastomiesięczny okres odnawiania skierowania do leczenia. Po kolejnych konsultacjach projektu do zapisu o trzymiesięcznej sta-

bilizacji dodano uzupełnienie, które w uzasadnionych przypadkach daje możliwość szybszego „przekazania” pacjenta gabinetowi (nawet po 2 tygodniach).

Zapis ten, choć jego intencje są zrozumiałe, wymaga starannego dopracowania. Można łatwo przewidzieć, że niektóre programy substytucyjne mogą nie być zainteresowane przekazywaniem pacjentów gabinetom lekarskim – są placówki, które mają problemy z wykonaniem kontraktu z NFZ albo robić to nierzetelnie. Mogą zatrzymywać pacjentów dobrze funkcjonujących, a pozbywać się przypadków trudniejszych. W projekcie zmieniano również wielokrotnie zapisy dotyczące szkoleń dla nowych lekarzy substytucyjnych i uprawnionych do prowadzenia tego leczenia specjalizacji. W najbardziej aktualnej jego wersji organizacją i finansowaniem szkoleń ma nadal zajmować się KBPN, a co do specjalizacji, na koniec wybrani zostali lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatrzy. Obydwie zmiany wydają się słuszne. Jak dotąd do organizacji i poziomu szkoleń nie było żadnych zastrzeżeń, a wybór lekarzy POZ jest ważny z uwagi na cel, jakim jest ciągle zwiększanie dostępu do przedmiotowej terapii. Od samego początku zakładano natomiast, że uprawniony lekarz będzie musiał zapewnić pacjentowi dostęp do pomocy terapeutycznej, a leki mogłyby być przepisywane na okres nie dłuższy niż 30 dni. Największym mankamentem nowego projektu pozostaje pełna odpłatność za lek. Nawet częściowa refundacja znacznie poszerzyłaby dostęp do świadczenia, natomiast jej całkowity brak wykluczyłoby osoby najuboższe (obecnie miesięczny koszt stosowania uśrednionej dawki Suboxone to ok. 700 zł).

Mimo tych wszystkich zastrzeżeń i niedostatków, proponowana zmiana mogłaby stać się krokiem milowym w rozwoju terapii substytucyjnej. Niestety, według posiadanych przez program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych informacji, w związku z podaniem się do dymisji wiceministra Krzysztofa Łandy, prace nad projektem znowu zwoływały.

Bibliografia

- „Adekwatność systemu opieki dla osób uzależnionych od narkotyków w stosunku do potrzeb jego klientów”, IPIŃ, Warszawa 2015.
- Raport Krajowy 2014, KBPN, Warszawa 2014.
- Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2014–2015, Stowarzyszenie JUMP '93, Warszawa 2015.
- Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2016–2017, Stowarzyszenie JUMP '93, Warszawa 2017.