

Wśród licznych kosztów, które ponosimy jako społeczeństwo w związku z przeciwdziałaniem negatywnym zjawiskom towarzyszącym narkomanii, koszty dotyczące pomocy i leczenia nie są najwyższe. Znacznie przewyższają je koszty redukcji podaży, ścigania, osądzania, karania. Istotne zatem jest, by nowoczesne społeczeństwo, które powinno dążyć do zachowania racjonalnych proporcji pomiędzy karaniem a leczeniem, miało świadomość, w jaki sposób te koszty się rozkładają.

NAKŁADY NFZ NA LECZENIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOL

Jacek Charmast

Prezes Stowarzyszenia JUMP '93

Koordinator programu Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

Wstęp

Leczenie i pomoc użytkownikom narkotyków w stosunku do różnych kategorii wydatków związanych z ochroną zdrowia nie kosztuje wiele, bo często jeden duży szpital posiada budżet większy niż wszystkie „narkotykowe” poradnie i stacjonarne ośrodki rehabilitacji razem wzięte. Ubytek w jakimś miejscu „narkotykowego” budżetu kwoty choćby jednego miliona złotych, może spowodować bardzo poważne konsekwencje dla całego systemu pomocy uzależnionym.

Ostatnim przykładem takich negatywnych konsekwencji jest zatrzymanie przez Ministerstwo Zdrowia zasilania przez Fundusz Hazardowy wydatków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przeznaczonych na wsparcie programów pomocowych. Ta decyzja ministerstwa stawia dziś pod znakiem zapytania przyszłość wielu istotnych działań, w tym całego obszaru redukcji szkód, który udało się odbudować po latach regresji. Wszystkie wydatki na redukcję szkód to dzisiaj tylko kilka milionów złotych, więc odbieranie tych niezwykle skromnych kwot powinno być powodem do wstydu dla Polski, wstydu przed całą Europą. Mimo wszystko wydatki ponoszone na leczenie uzależnień narkotykowych to może najbardziej racjonalnie wydawane pieniądze w całym obszarze ochrony zdrowia. Niemniej jednak przypisany do leczenia w tym sektorze stosunkowo skromny budżet, wymusza

Koszty narkomanii w roku 2015 przedstawiały się następująco:

- wydatki na ochronę zdrowia: 190,57 mln zł (32%),
- wydatki wymiaru sprawiedliwości: 318,39 mln zł (54,6%),
- wydatki na realizację KPPN: 70 mln zł (12,73%),
- wydatki opieki społecznej: 3,88 mln zł (0,67%),
- Razem: 582,84 mln zł (100%)¹.

przyglądanie się każdej złotówce, wymusza głęboką analizę kosztów i szukanie sposobów większej racjonalizacji wydatków. Wymusza podnoszenie efektywności świadczeń i lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów (np. można zadać pytanie: Dlaczego większość poradni leczenia uzależnień jest zamknięta w weekendy, skoro grupy AN często miewają problemy ze znalezieniem miejsca na swoje spotkania?).

Przedstawione (s. 10) zestawienie „kosztów narkomanii” pokazuje, że najniższy w nich udział ma kategoria wydatków nazwana „opieką społeczną”. Jest to niezwykle istotny deficyt systemu, który wymaga analiz w świetle postępującego szybko starzenia się populacji osób uzależnionych. Jest istotny szczególnie dla grup pomijanych przez programy readaptacji społecznej, które skupiają się na problemach osób młodych i „rokujących”.

Przyjrzyjmy się strukturze kosztów i udziałowi poszczególnych produktów kontraktowania w całej głównej kategorii wydatków. Jako kontekst dla tej dość powierzchownej analizy zostaje wybrany problem nowych substancji psychoaktywnych, dla których rok 2010 był czasem eksplozji popytu związanego z pojawieniem się sklepów z „dopalaczami”. Prześledzimy zmianę w strukturze nakładów, zestawiając rok 2010 i 2018 (kwoty dotyczące roku 2019, choć tu przedstawione, czeka jeszcze korekta związana z niewykonaniami czy nadwykonaniami kontraktów). W tym opracowaniu spróbujemy poszukać odpowiedzi na pytanie, czy problem „dopalaczy” ma znaczenie w „priorytetyzacji” dostępu do świadczeń. Czy tak istotne tu świadczenie jak działalność hosteli readaptacyjnych ma odpowiednie kontraktowanie.

Informacje zawarte w tabelach 1 i 2 pokazują, że wszystkie produkty kontraktowania na przestrzeni ośmiu lat wydają się sporo zyskiwać, ale biorąc pod uwagę udział procentowy kwot przeznaczonych na poszczególne produkty w całości nakładów NFZ, to udział w nich kosztów rehabilitacji stacjonarnej spadł z 47% do 41%. Jednak nie jest to koniecznie zła wiadomość dla beneficjentów systemu – przynajmniej z szerszej perspektywy – ponieważ może to oznaczać dalsze odejście od monokultury leczniczej, charakterystycznej dla poprzednich dekad, gdy leczenie stacjonarne monopolizowało pomoc. Idąc dalej, widzimy, że świadczenia wykonywane w placówkach ambulatoryjnych zyskują bardzo niewiele, bo mamy wzrost z 8,8% do 9%, traci nieznacznie leczenie substytucyjne z 17,3% do 16%

udziału w ogólnej kwocie nakładów. Traci detoksykacja, ponieważ jej udział spada dość dramatycznie z 11% do 7%. Traci terapia krótkoterminowa, zaliczając nieznaczny spadek z 12% do 11%.

To wszystko są złe wiadomości. Kto zatem zyskuje? Zyskują nieznacznie hostele readaptacyjne, gdzie widzimy wzrost udziałów z 2,4% do 2,6%. Największy wzrost odnotowują oddziały dzienne, ale ich sukces jest wzrostem prawie z niebytu, bo z 0,5% do 3,4%. Niemniej widzimy, że NFZ przynajmniej dostrzega problem deficytu form pośrednich, form wsparcia znajdujących się w systemie pomiędzy poradnią a stacjonarnym ośrodkiem rehabilitacji. Oddziały dzienne pozostają jednak nadal bardzo słabo dostępnym świadczeniem. Największy skok dokonał się w leczeniu podwójnej diagnozy (PD), z 3,9% do 8% udziału w całości nakładów NFZ. Leczenie PD to główny front przeciwdziałania najgroźniejszym skutkom epidemii „dopalaczowej”. Wyraźne zwiększenie nakładów w tym zakresie jest zatem bardzo dobrą wiadomością. Warunki konkursów NFZ w 2018 i 2019 roku bardzo mocno wzmocniły element diagnostyczny w poradniach narkotykowych i zwiększyły liczbę godzin pracy psychiatrów. Te zmiany, jak należy przypuszczać, spowodują, że poradnie śmieiej zajmą się leczeniem lżejszych przypadków zaburzeń psychicznych, a lepsza diagnostyka skutkować będzie większą liczbą rozpoznań PD i skierowań do placówek specjalistycznych. Rok 2019 nie przyniesie jednak istotnych zmian w nakładach. Nakłady przypadające na całą kategorię (przed korektą umów) są prawie takie same, jak w poprzednim roku. Przyglądając się bliżej strukturze nakładów, niektóre świadczenia zyskują nieznacznie, inne tracą. Najwięcej traci leczenie substytucyjne, ale ono z kolei może jeszcze zyskać po otrzymaniu zwrotu pieniędzy za przekroczenia liczby zakontraktowanych usług. Tak się zdarzało dość często w poprzednich latach.

W dalszych częściach niniejszego opracowania skupimy się na wydatkach ponoszonych przez NFZ na readaptację społeczną, leczenie substytucyjne i leczenie podwójnej diagnozy, ale przede wszystkim przyjrzymy się problemom tych obszarów. Spróbujemy wskazać miejsca, gdzie koszty można racjonalizować, poprawiać efektywność działań w ramach tych samych, skromnych najczęściej budżetów. Trzy wymienione wyżej obszary wydają się być kluczowymi jako narzędzia przeciwdziałania skutkom epidemii „dopalaczowej” w grupie osób wyklu-

Tabela 1. Nakłady NFZ na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w latach 2010–2019 (wydatki z podziałem na oddziały wojewódzkie w mln).

Oddział NFZ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dolnośląski	6 386 823	6 724 987	7 742 677	8 867 691	9 284 820	9 584 852	9 111 982	10 094 817	10 916 811	9 697 710
Kujawsko-Pomorski	4 806 649	5 068 651	5 613 987	5 160 352	5 538 220	5 726 994	6 021 480	6 709 362	6 924 660	6 783 744
Lubelski	3 917 638	3 842 438	4 370 369	4 359 662	4 587 858	4 998 516	4 820 814	5 588 589	5 550 903	6 019 930
Lubuski	13 530 849	13 384 801	13 709 663	13 983 976	14 950 944	15 252 207	14 850 943	14 821 018	15 363 227	14 149 872
Łódzki	8 368 343	8 441 972	8 696 239	8 722 787	8 763 108	9 250 307	9 758 124	10 383 300	10 907 474	11 226 187
Mazowiecki	4 504 892	4 430 039	5 026 623	5 359 817	5 377 506	5 380 303	8 099 066	8 293 647	8 929 785	9 459 023
Mazowiecki	26 159 973	24 527 500	25 632 625	26 749 641	28 167 276	29 417 123	27 095 243	26 971 047	27 764 715	28 578 502
Opolski	2 401 110	2 468 649	2 555 162	2 874 760	2 884 487	2 953 331	2 910 396	2 958 440	3 286 975	3 312 530
Podkarpacki	886 406	955 162	1 082 637	939 421	1 167 491	1 134 036	908 018	757 680	783 307	741 406
Podlaski	2 676 844	2 485 750	2 525 834	2 659 252	2 579 485	2 682 663	2 472 451	2 498 073	2 670 614	2 553 454
Pomorski	9 389 589	8 641 033	9 146 254	9 957 950	10 159 499	10 464 300	9 757 578	10 068 169	10 746 488	11 757 789
Śląski	13 428 502	13 257 653	13 766 533	14 215 752	14 320 561	14 952 927	14 511 016	15 067 304	15 544 363	14 769 868
Świętokrzyski	1 443 777	1 768 074	2 232 504	2 433 704	2 972 976	3 154 752	2 925 400	3 001 346	2 977 957	3 466 064
Warmińsko-Mazurski	3 468 490	3 485 597	3 618 004	3 785 985	3 874 337	4 029 914	4 050 957	3 925 304	3 907 432	4 106 720
Wielkopolski	6 003 684	7 216 465	7 527 894	7 272 049	7 290 830	7 670 871	7 689 369	7 939 404	8 423 492	8 639 749
Zachodniopomorski	6 585 057	6 968 658	8 821 238	9 072 940	9 523 689	9 376 477	8 852 149	9 142 501	9 534 209	9 068 351
Suma końcowa	113 958 625	113 667 429	122 068 242	126 415 740	131 443 086	136 029 573	133 834 985	138 220 002	144 232 413	144 330 899

Źródło: NFZ.

czonych społecznie. Grupa ta interesuje Stowarzyszenie JUMP '93 najbardziej, bo dla jej wsparcia organizacja ta została powołana. Obecnie to właśnie osoby wykluczone społecznie doznają najwięcej szkód z powodu konsumpcji nowych narkotyków. Obserwacje Stowarzyszenia to obserwacje z perspektywy pracy środowiskowej w programach redukcji szkód, obejmujących pomocą setki osób w Warszawie.

Readaptacja społeczna – co to jest?

Według Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii programy reintegracji (readaptacji) społecznej dla osób używających narkotyków służą integrowaniu beneficjentów tych programów ze społeczeństwem. Zdaniem Centrum należy je udostępnić nie tylko byłym, ale też aktualnym użytkownikom narkotyków².

W przypadku reintegracji osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych czy starszych, niemających wsparcia rodziny czy bliskich, celem programów jest zapewnienie beneficjentom potrzebnej im opieki oraz przyswojenie przez nich zachowań i umiejętności umożliwiających stabilne korzystanie z tej opieki. Zakres wsparcia powinien być adekwatny do stopnia niepełnosprawności, od opieki domowej, aż po zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Reintegracja osób długotrwale marginalizowanych społecznie oraz osób mających duże trudności z utrzymaniem abstynencji służy zapewnieniu podstawowej opieki (bezpieczeństwa, noclegu, pożywienia, dostępu do urządzeń sanitarnych), a następnie poprzez różne oddziaływania poprawiające funkcjonowanie społeczne klienta – służy ustabilizowaniu jego sytuacji. Ważnym działaniem jest tu wspieranie beneficjentów

Tabela 2. Nakłady NFZ na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w latach 2010–2019 (wydatki z podziałem na kontraktowany produkt w mln).

Nazwa świadczenia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	8 850 343	9 402 372	9 841 890	10 570 987	11 607 282	12 590 625	11 836 709	12 611 721	13 227 054	13 428 454
krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	14 087 338	12 860 538	13 922 260	14 266 922	14 877 397	15 427 684	15 382 124	15 338 246	16 343 812	17 307 925
świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	54 197 501	54 583 139	58 238 014	59 431 117	60 781 322	61 623 844	58 408 508	58 626 802	60 485 773	60 870 683
program leczenia substytucyjnego	17 319 559	17 217 717	18 579 371	19 142 743	19 541 464	20 582 992	20 537 216	22 304 306	23 297 442	21 419 657
leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)	10 950 885	9 695 009	9 765 683	10 208 675	11 253 836	11 290 020	11 008 046	11 056 027	11 006 290	11 402 440
świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	521 401	2 222 703	2 490 189	2 383 510	2 531 150	2 780 459	2 703 809	3 456 491	3 461 069	3 676 535
świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu	2 470 170	2 613 173	2 833 332	2 960 762	2 873 407	3 380 246	3 242 748	3 626 076	3 875 327	4 017 277
świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi (podwójna diagnoza)	4 412 015	5 103 687	6 471 424	7 532 945	8 077 548	8 452 982	10 827 264	11 332 172	12 651 189	12 454 489
Razem	112 811 220	113 700 347	122 144 174	126 499 673	131 545 420	136 130 868	133 948 441	138 353 858	144 349 975	144 579 478

Źródło: NFZ.

w efektywnym korzystaniu z leczenia uzależnienia i chorób współtowarzyszących. Działania zorientowane na poprawę stanu zdrowia i jakości życia klienta nie tracą jednak z pola widzenia abstynencji jako celu optymalnego.

Programy reintegracji społecznej dla użytkowników narkotyków

Od kiedy w latach 80. zaczęto w naszym kraju szeroko udostępniać i rozwijać programy pomocy uzależnionym i użytkownikom narkotyków, pojawiła się kwestia, co dalej z pacjentami ośrodków stacjonarnych kończącymi rehabilitację, osobami z ogromnymi najczęściej deficytami w zakresie wykształcenia, kwalifikacji zawodowych, osobami niekiedy bez wsparcia rodzin i bezdomnymi. Ośrodki stacjonarne, społeczności terapeutyczne organizowane na wzór pierwszych placówek Monaru powstawały jako długoterminowe i w znacznej mierze półizolacyjne programy leczenia. Początkowo ich podopiecznymi byli najczęściej użytkownicy opiatów, tzw. kompotu, czy w latach 90. heroiny. Głód opiatowy to najbardziej klasyczna postać głodu narkotykowego, jedyny, którego siłę porównuje się z głodem łaknienia. Dotkliwy zespół odstawienia i wysoka cena substancji powodują, że narkomania opiatowa ma ogromną moc w spychaniu konsumentów narkotyków na margines społeczeństwa. Około czterogodzinne działanie klasycznych substancji opiatowych zmusza osoby uzależnione do przyjmowania wielu dawek dziennie, a nałożone na te cykle wysokie ceny narkotyków ulicznych, wymuszają działania przestępcze. Codzienne doświadczanie podobnych skutków uzależnienia, wraz z życiem na marginesie społeczeństwa, powoduje, że osoby szukające sposobu na całkowite uwolnienie się od opiatów, potrzebowały bardzo mocnych narzędzi wsparcia, długiego pobytu w odizolowanym ośrodku,

profesjonalnej terapii, ale też skutecznych programów readaptacji społecznej w postaci hosteli i mieszkań postrehabilitacyjnych. W większości największych polskich miast od wielu lat dostępna jest alternatywa dla ośrodków stacjonarnych w postaci terapii substytucyjnej. Ale i ta terapia potrzebuje wsparcia w postaci programów readaptacyjnych. Obecnie hostele readaptacyjne działają w bardzo wielu miejscach kraju, ale najczęściej nie mają do nich dostępu osoby leczone substytucyjnie. Ponadto w przypadku znacznej ich części nietrafiona lokalizacja czyni je mało przydatnymi dla pacjentów substytucyjnych, a spore oddalenie od miast, szkół i rynku pracy czyni je też mało przydatnymi dla postrehabilitacji. Z kolei praktyka niektórych hosteli położonych w większych aglomeracjach pokazuje, że bardzo skutecznie przyczyniają się one do skrócenia czasu terapii w ośrodku rehabilitacji i podniesienia jej efektywności. Przykładem jest działający od około dwudziestu lat hostel Monaru w Krakowie i drugi trochę młodszy, w Łodzi. Praktyka nielicznych wielkomiejskich hosteli udowodniła, że readaptacyjny etap leczenia powinien przebiegać w warunkach zbliżonych do takich, w jakich pacjentowi przyjdzie żyć po zakończeniu terapii. Ponadto miasta posiadają wiele zasobów istotnych z punktu widzenia readaptacji społecznej – np. z zakresu kultury, sportu i rekreacji – i wiele z nich udostępniają nieodpłatnie. Problemy z readaptacją zaczęto też dodatkowo rozwiązywać poprzez niewielkie programy realizowane w placówkach ambulatoryjnych. Zrozumienie tych uwarunkowań i prawidłowości zajęło organizacjom pozarządowym, organizatorom 90% usług pomocowych i leczniczych, dość dużo czasu. Nadal w kwestii standardów dla readaptacji społecznej jest wiele do zrobienia.

Skoncentrowanie przez ponad trzy dziesięciolecia uwagi specjalistów na problemach osób kończących terapię w ośrodkach rehabilitacji spowodowało, że dzisiaj dominującymi działaniami z zakresu reintegracji społecznej są programy postrehabilitacyjne. Proponowana w tym zakresie pomoc to hostele i mieszkania readaptacyjne oraz programy wsparcia abstynencji prowadzone przy placówkach ambulatoryjnych (niekiedy też przy ośrodkach stacjonarnych). Wiele poradni oferuje grupy wsparcia, grupy samopomocowe, warsztaty zapobiegania nawrotom, warsztaty zarządzania czasem, rzadziej pomoc w znalezieniu pracy czy podniesieniu kwalifikacji zawodowych. Bardzo popularne są mityngi grup Ano-

nimowych Narkomanów, z których korzysta wiele setek uczestników. Mieszkania readaptacyjne (treningowe) to forma bardziej ekskluzywna, na ogół znacznie słabiej dostępna niż hostele. Istotnym elementem programów reintegracyjnych jest pomoc w sprawach, które z różnych powodów nie mogły być załatwione w czasie pobytu w ośrodku stacjonarnym, jak np. trudne sprawy prawne czy uzyskanie leczenia przewlekłych chorób (np. HCV). W przypadku innych grup niż osoby po ukończonym leczeniu w ośrodkach rehabilitacji mamy do czynienia z już znacznym deficytem skierowanych do nich programów readaptacyjnych. Ten deficyt mocno odbija się np. na jakości leczenia substytucyjnego, które z racji zajmowania się głównie osobami długotrwale wykluczonymi społecznie, bardzo potrzebuje współpracy z placówkami oferującymi przedmiotowe wsparcie. Co do osób utrzymujących abstynencję narkotykową, osób samotnych i niepełnosprawnych celem wsparcia powinno być przede wszystkim zabezpieczenie ich podstawowych potrzeb, codziennej obsługi i stabilnej opieki zdrowotnej. Pomoc powinna być dopasowana do stopnia niepełnosprawności, np. świadczona przez pracownika środowiskowego w domu lub stacjonarnie przez personel placówek opiekuńczych. Co do pacjentów bezdomnych, niepełnosprawnych, ale samoobsługujących się należy im zapewnić miejsce w całodobowych placówkach opiekuńczych, a docelowo mieszkania socjalne. Miejsc w placówkach opiekuńczych poza największymi miastami jest wiele, ale placówki otwarte na klienta uzależnionego od narkotyków są rzadkością, korzystają z nich w praktyce tylko pojedyncze osoby, często ukrywające swój „narkotykowy” status, nawet wtedy, gdy z powodzeniem uczestniczą w terapii. Program terapii substytucyjnej oferuje na ogół również pewne wsparcie w zakresie readaptacji społecznej (doradztwo i działania asystenckie), jednak poziom tego wsparcia jest bardzo zróżnicowany, a działania uznaniowe. W przypadku osób długotrwale wykluczonych społecznie i bezdomnych działania asystenckie osłabia lub niweczy ogromny deficyt mieszkań socjalnych, programów opiekuńczych, programów hostelowych. Nie sprzyja readaptacji społecznej duże obciążenie wielu programów substytucyjnych, które podtrzymuje uzależnienie środowiskowe pacjenta. Wśród leczonych substytucyjnie bezdomnych są osoby, które realizują poprzez ośrodki pomocy społecznej indywidualne programy wychodzenia z bezdomności. Osoby te uzyskują prawo do mieszkań socjalnych, jednak czas oczekiwania

na przydział, to najczęściej wiele lat. Głównie dla tej grupy brakuje mieszkań treningowych, które pozwalałyby im opuścić schroniska i inne podobne placówki.

Najliczniejszą grupę potencjalnych odbiorców programów reintegracyjnych stanowią osoby, które czynnie używają narkotyków. Pomoc tej grupie zaliczana jest jednak najczęściej do kategorii „redukcja szkód”, rzadko zaś przypisywana jest do „reintegracji społecznej”.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) cele pomocy i leczenia nie mogą ograniczać się do abstynencji. Traktowanie abstynencji jako jedynego celu może utrudniać osiągnięcie innych ważnych celów³.

Nakłady NFZ na opiekę hostelową

Wśród wszelkich możliwych form wsparcia i opieki zdrowotnej związanych z readaptacją społeczną NFZ finansuje tylko jedną – hostele postrehabilitacyjne.

Postrehabilitacja jest najlepiej rozwiniętym nurtem readaptacji społecznej, głównie z powodu selektywnego charakteru polskiego modelu pomocy, stawiającego na osoby młodsze i „rokujące”. Readaptacja społeczna jest niekiedy nazywana „najsłabszym ogniwem systemu”. Jak widzimy, tylko niewielka część województw posiada hostele zakontraktowane przez NFZ. Mazowsze, mimo że NFZ nie kontraktuje tam żadnej działalności hostelowej, udostępnia najwięcej miejsc hostelowych, podobnie Śląsk, gdzie NFZ finansuje tylko jeden spośród sześciu hosteli.

Brak kontraktowania przez NFZ hosteli nie oznacza, że płatnik nie partycypuje w kosztach ich działania i utrzymania. Często robi to nie wprost. Hostele działają niekiedy dzięki zakontraktowanym przez ośrodki stacjonarne świadczeniom rehabilitacyjnym. Pobyt w ośrodku podzielony jest wtedy na dwa etapy: rehabilitacyjny i postrehabilitacyjny, czyli hostelowy. Obydwa etapy finansowane są z tego samego kontraktu NFZ. Nie znamy skali tego zjawiska ani zaangażowania samorządu w działania hosteli.

Tabela 3. Nakłady NFZ na hostele readaptacyjne w latach 2010–2019 (świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w tys.).

Oddział NFZ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dolnośląski	348 928	325 576	358 320	408 968	413 440	450 936	427 336	447 104	498 848	428 944
Kujawsko-Pomorski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubelski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubuski	1 047 425	1 007 404	1 021 644	995 221	925 189	1 003 392	1 048 055	929 378	991 341	1 117 046
Łódzki	986 272	936 028	939 304	1 009 797	1 009 797	1 289 156	1 125 868	1 335 425	1 324 193	1 325 718
Małopolski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mazowiecki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Opolski	87 546	83 038	77 896	94 569	94 829	98 970	100 381	145 793	182 003	98 610
Podkarpacki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Podlaski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pomorski	-	-	-	-	-	-	49 028	308 179	298 340	448 104
Śląski	-	-	-	-	-	-	-	12 114	157 226	124 459
Świętokrzyski	-	261 128	436 168	452 208	430 152	537 792	492 080	448 084	423 377	474 393
Warmińsko-Mazurski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wielkopolski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zachodniopomorski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suma końcowa	2 470 170	2 613 173	2 833 332	2 960 762	2 873 407	3 380 246	3 242 748	3 626 076	3 875 327	4 017 277

Źródło: NFZ.

W sprawozdaniu KBPN z 2015 roku znajdujemy komentarz do problemu niskiego zaangażowania środków finansowych NFZ w świadczenia hostelowe, wskazujący na obowiązek zabezpieczenia równego dostępu do tego świadczenia: „świadczenie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelach znajduje się w katalogu świadczeń gwarantowanych, a obowiązek ogłaszania konkursu na te świadczenia wynika z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności z art. 6 określającego zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz art. 65 wskazującego, że ubezpieczenie zdrowotne oparte jest na zasadzie zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”.

Niewielkie zaangażowanie środków finansowych NFZ w działalność hosteli to nie jedyny problem postrehabilitacji. Każdy, kto przyjrzy się adresom hosteli w informatorach KBPN (informator „Gdzie szukać pomocy?”), zobaczy, że ok. 1/3 hosteli readaptacyjnych położona jest nie tylko w mniejszych miejscowościach (poniżej 50 tys. mieszkańców), ale też w miejscach znacznie oddalonych od większych miast i rynku pracy.

Jak już wspomniano, pozamiejskie położenie hostelu to poważna wada dla programu postrehabilitacyjnego, z którego korzystają przeciw ludzi młodzi lub bardzo młodzi. Osoby przed 30. rokiem życia stanowią więcej niż 2/3 pacjentów ośrodków rehabilitacji. Wada ta jest natomiast mniej istotna w przypadku działań opiekuńczych nad osobami niepracującymi, niepełnosprawnymi czy starszymi. Problemem też bywa – nie tak rzadko – ekskluzywność opieki hostelowej. Polega ona na tym, że placówka obsługuje tylko jedną organizację pozarządową czy wybrany ośrodek rehabilitacji. Taka ekskluzywność skutkuje niewykorzystaniem pełnego potencjału danego miejsca i generuje wysokie koszty działalności.

Wnioski

Tempo wzrostu nakładów NFZ na readaptację społeczną i jej wsparcie tylko dla jednego fragmentu działań to zjawisko mocno osłabiające skuteczność systemu pomocy. Nadzieja jednak jest i kierowana bywa do samorządów największych metropolii. Rekomendacje przekazywane miastu st. Warszawa przez stołeczne organizacje społeczne bardzo często dotyczą deficytów

Tabela 4. Liczba hosteli readaptacyjnych i miejsc w tych hostelach.

Hostele readaptacyjne (postrehabilitacyjne)	Liczba hosteli w 2015 roku	Liczba miejsc w hostelach w 2015 roku	Liczba hosteli w 2017 roku	Liczba miejsc w hostelach w 2017 roku
woj. dolnośląskie	4	36	4	36
woj. kujawsko-pomorskie	1	8	1	7
woj. lubelskie	0	0	0	0
woj. lubuskie	3	52	4	52
woj. łódzkie	1	36	1	60
woj. małopolskie	1	30	1	30
woj. mazowieckie	4	115	7	114
woj. opolskie	0	0	0	0
woj. podkarpackie	1	8	0	0
woj. podlaskie	0	0	0	0
woj. pomorskie	2	30	2	33
woj. śląskie	6	62	6	77
woj. świętokrzyskie	3	33	2	23
woj. warmińsko-mazurskie	1	3	1	3
woj. wielkopolskie	2	20	2	12
woj. zachodniopomorskie	0	0	0	0
Razem	29	403	31	447

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informatorów KBPN „Gdzie szukać pomocy?” 2015 i 2017 rok.

przedmiotowego obszaru. W 2015 roku zostały przedstawione np. wnioski dotyczące organizacji placówek opiekuńczych i interwencyjnych. „Organizująca się miejska placówka opiekuńcza, powinna z góry zakładać dość ograniczoną liczbę miejsc noclegowych (do najwyżej kilkunastu łóżek). Należy wziąć pod uwagę, że zwykle z tych miejsc będzie korzystać klient trudny, należący do grupy pozostającej przez dłuższy czas w sytuacji wykluczenia, osoba usuwana karnie z innych programów pomocowych, wymagająca intensywniejszego wsparcia niż przeciętny pacjent systemu. Praca z niewielką grupą będzie znacznie efektywniejsza i dla wszystkich bardziej komfortowa.

Niewielka liczba miejsc (...) redukuje niebezpieczeństwo powstawania konfliktów z otoczeniem placówki (...), małe hostele mogą prawdopodobnie funkcjonować w obrębie gęsto zaludnionych dzielnic mieszkaniowych, nie zakłócając porządku ani niczyjego bezpieczeństwa. Najdalej idące sankcje za wykroczenia przeciw regulaminowi i kontraktowi, głównie dotyczące (...) łamania zasady abstynencji, nie powinny wykraczać poza czasowe skreślenie z listy podopiecznych. Warunkiem ponownego przyjęcia powinno być przejście przez klienta detoksykacji czy ukończenie krótkoterminowego programu korekcyjnego. Takich programów brakuje, ale być może jest to kolejna duża przestrzeń do zagospodarowania przez bardziej elastyczne ośrodki rehabilitacji czy programy wychodzenia z bezdomności. Kontrolę nad placówką opiekuńczą powinien sprawować personel blisko położonej placówki leczniczej, najlepiej ambulatoryjnej. Poradnia zabezpieczyłaby też zaplecze terapeutyczne, pomoc lekarza i pracownika socjalnego. Istotne jest, by proponowana forma pomocy była finansowana przez samorząd, ponieważ klient może wtedy korzystać dodatkowo z programów leczniczych zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, np. z programu leczenia substytucyjnego czy oddziału dziennego²⁴.

Od 2012 roku efektem corocznych ogólnopolskich konferencji narkotykowych są dyskusje, gdzie formułowane są postulaty wzmocnienia niektórych fragmentów systemu leczenia, w tym wzmocnienia lecznictwa ambulatoryjnego. Pojawia się też postulat poprawy dostępności programów reintegracji społecznej. Postulaty te dotyczą nie tylko postrehabilitacji, ale też zabezpieczenia wsparcia osobom zmarginalizowanym społecznie. Poradnie wydają się być dobrze przygo-

towane do realizacji zadania prowadzenia hosteli przeznaczonych dla różnych grup beneficjentów, od grup „nisko funkcjonujących klientów” po grupy osób, które skończyły terapię w ośrodkach i utrzymują abstynencję. Należy zwrócić tu uwagę, że obszar działań opiekuńczych jest obecnie polem działania programów redukcji szkód. Realizatorzy tych programów wydają się w zakresie działań opiekuńczych najlepiej przygotowani do obsługi ogrzewalni, punktów dziennego pobytu czy hosteli interwencyjnych.

Na kolejnych poziomach struktury serwisów integracji społecznej powinny pojawić się hostele i mieszkania readaptacyjne dla osób leczonych substytucyjnie i utrzymujących abstynencję (od nieprzepisanych przez lekarza substancji), oraz hostele i mieszkania readaptacyjne o charakterze postrehabilitacyjnym.

W przypadku osób objętych leczeniem uzależnienia i uczestniczących efektywnie w programach wychodzenia z bezdomności, zarazem osób oczekujących na przydział mieszkań socjalnych, dobrym rozwiązaniem wydaje się niewielkie, comiesięczne wsparcie finansowe, pozwalające na korzystanie z komercyjnych miejsc lokatorskich (mieszkania prywatne, hotele robotnicze, w przypadku kobiet hotele dla pielęgniarek itp.). „Słabość działań sprzyjających reintegracji społecznej ma związek z ogólną słabością systemu opieki społecznej w Polsce. Od wielu lat Krajowe Biuro postuluje większe zaangażowanie tego sektora w pomoc i wsparcie dla osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin – jak do tej pory z miernym rezultatem. Wydaje się, że jest to obszar, w którego rozwój powinien w większym zakresie włączyć się także samorząd lokalny. Mieszkania readaptacyjne, hostele, noclegownie mogą być dofinansowywane przez samorząd w ramach projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe lub inne podmioty. Warto pamiętać, że brak troski o zwiększenie dostępu do interwencji sprzyjających reintegracji społecznej, to często zaprzepaszczenie wysokich nakładów na leczenie i spychanie osób uzależnionych na margines życia społecznego²⁵.

Przypisy

¹ Z. Mielecka-Kubień, „Oszacowanie kosztów społecznych używania narkotyków w Polsce w 2015 r.”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017.

² Sumnall H., Brotherhood A., „Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment”, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, 2012.

- ³ Stanowisko WHO/UNODC/UNAIDS: Leczenie substytucyjne w leczeniu uzależnienia od opioidów i profilaktyka HIV/AIDS, 2004. WHO/UNODC/UNAIDS position paper Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004.
- ⁴ Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2014-2015. Warszawa 2015.
- ⁵ B. Bukowska, „Społeczna reintegracja uzależnionych od narkotyków – najsłabsze ogniwo”, Świat Problemów, 1/2015.

Bibliografia

- Charmast J., „Reintegracja społeczna osób używających narkotyków. Budowanie lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii. Praca zbiorowa”, KBPN, Fundacja Praesterno. Warszawa 2018.
- Charmast J., „Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012–2013”, www.jump93.pl.
- Jabłoński P., Malczewski A., „Dopalacze. Skala zjawiska i przeciwdziałanie”, KBPN, Warszawa 2014.
- Malczewski A., „Odbiorcy programów igieł i strzykawek w 2012 roku”, Serwis Informacyjny Narkomania 2/2013.
- Rachowska E., „Społeczna reintegracja osób uzależnionych od narkotyków. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów”, KBPN, Warszawa 2012.
- Sierosławski J., „Zapobieganie zakażeniom HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków”, Serwis Informacyjny Uzależnienia 3/2017.
- Zygadło M., „Osoby starsze uzależnione od narkotyków i struktura opieki”, www.narkomania.org.pl/czytelnia.
- Materiały pokonferencyjne Fundacji Res Humanae, II Ogólnopolska Konferencja Narkotyki-Narkomania – Konstancin 2014.