

Warszawa, 22 września 2020 r.

**Apel Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej do
Marszałka Sejmu RP, Pani Elżbiety Witek
Marszałka Senatu RP, Pana Tomasza Grodzkiego
o wznowienie prac nad projektem ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu
narkomanii o numerze UD164**

Polska Sieć Polityki Narkotykowej apeluje o natychmiastowe odmrożenie, a następnie o powtórne procedowanie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W okresie od 10 listopada 2016 r. do 15 kwietnia 2019 r. odbywały się prace legislacyjne i programowe nad projektem ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii o numerze UD164 przygotowanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Chociaż projekt ten przeszedł wielokrotnie konsultacje społeczne w latach 2016-2019, to jednak wraz z zakończeniem VIII kadencji Sejmu, dalsze prace nad nim zostały wstrzymane.

Projekt ma na celu poszerzenie obecnie istniejącego modelu leczenia substytucyjnego o możliwość przepisywania na receptę produktów leczniczych zawierających substancję czynną buprenorfinę dla osób uzależnionych od opiatów. Możliwość przepisania recepty miałoby lekarze udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wprowadzenie takiej nowelizacji w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii w art. 4 pkt 7¹ jest nie tylko kluczowe, lecz także niezbędne w kontekście prowadzenia efektywnej opieki zdrowotnej osób uzależnionych oraz pilne w warunkach pandemii COVID-19. Przemawiają za tym także względy ekonomiczne. Aby lepiej zarysować przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, proponujemy zwrócić uwagę na następujące kwestie.

1. Leczenie substytucyjne w Polsce.

Zgodnie z art. 28 pkt. 1 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, „osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego”.² Warto zauważyć, że przy połączeniu z opieką socjalną, medyczną oraz psychologiczną, terapia substytucyjna jest najbardziej efektywnym sposobem leczenia farmakologicznego osób uzależnionych od opiatów (Joseph i współ., 2000; AATOD Drug Cort Fact Sweet, 2002).

Mimo, że NICE (National Institute for Health and Care Excellence) jasno rekomenduje korzystanie z dwóch leków substytucyjnych, tj. z metadonu (pełnego agonisty receptorów opioidowych) oraz

¹ Projekt ustawy z dnia 11.04.2019 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12291954/12389200/12389201/dokument389796.docx>

² Kancelaria Sejmu, Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20051791485/T/D20051485L.pdf>

buprenorfiny (częściowego agonisty)³, to jednak w dalszym ciągu podstawowym lekiem substytucyjnym stosowanym w Polsce jest metadon (stosowany przez 93% pacjentów).⁴ Substancja ta stosowana jest nawet wtedy, gdy z różnych względów zdrowotnych powinny zostać wykorzystane inne specyfiki - nie dość, że słodkiego metadonu nie powinny stosować osoby z cukrzycą, to w dodatku przy większych dawkach niesie ryzyko wywoływania niewydolności oddechowej.⁵ To dlatego, istnieje realna potrzeba poszerzenia oferty programów substytucyjnych o inne leki. Na przykład preparat łączący buprenorfinę z naloksonem, który jest lekiem o stosunkowo wysokim profilu bezpieczeństwa, który jest odporny na przedawkowania. Dodatkowo, jego skład uniemożliwia używanie iniekcyjne.

Aby zapobiegać uczestniczeniu przez jednego pacjenta w tym samym czasie w więcej niż jednym programie leczenia substytucyjnego, pacjent, o którym mowa w art 4 pkt 7 lit. b, uzyskuje kartę identyfikacyjną. Dzięki prowadzeniu Rejestru Pacjentów Objętych Leczeniem Substytucyjnym, nie ma możliwości przyjmowania większej niż zalecona dawki, a ewentualny handel produktami leczniczymi zostaje wykluczony.

Ekspert Grupy Pampidou podjęli próbę opracowania całościowych i spójnych zaleceń oraz wypracowania powiązań między poszczególnymi działaniami istotnymi w leczeniu osób uzależnionych od opioidów. Zgodnie z tymi zaleceniami należy uzyskać poprawę równowagi między kontrolowaniem ryzyka związanego ze specyfiką substancji opioidowych, a dostępem do opieki osób uzależnionych od opioidów. Nowe podejście powinno umożliwić wprowadzenie osób uzależnionych od opioidów do podstawowego systemu opieki zdrowotnej i usunięcie ich z marginesu społecznego. Ekspert sformułowali cztery kluczowe zalecenia: usunięcie systemów uprzedniej zgody, zniesienie barier finansowych w dostępie do opieki; ustanowienie doraźnego organu monitorującego i koordynującego oraz zwrócenie szczególnej uwagi na terminologię dotyczącą uzależnień od opioidów. Zalecono całkowitą likwidację modelu leczenia osób uzależnionych od opioidów poprzez systemy wymagające uprzedniej zgody – takie, jakimi są w Polsce programy leczenia substytucyjnego.

Zgodnie z przedstawianymi zasadami, leczenie polegające na przepisywaniu agonistów opioidów (takich jak metadon czy buprenorfina) powinno podlegać zwykłym przepisom dotyczącym przepisywania i wydawania kontrolowanych leków i nie wymagać specjalnego zezwolenia, czy dotyczy to osoby poddawanej leczeniu, czy też zaangażowanych specjalistów lub infrastruktury. Kwalifikacja i podział zadań i obowiązków pomiędzy różne podmioty systemu powinny być takie same, jak dla wszystkich innych form dozwolonego leczenia obejmującego leki kontrolowane. Zgodnie z przytaczanymi w zaleceniach argumentami wyeliminowanie programów uprzedniej zgody powinno skutkować poprawą dostępności, przystępności i akceptowalności leczenia. Wprowadzenie leczenia substytucyjnego bez specjalnych ograniczeń prawnych, jakie występują w programach substytucyjnych, umożliwi osobom leczonym łatwiejszy i szybszy dostęp do leczenia agonistami opioidów – prowadzenie leczenia zwłaszcza przez lekarzy podstawowej opieki

³ P.J. Whelan, K. Remski, *Buprenorphine vs methadone treatment: A review of evidence in both developed and developing worlds*, Journal of Neurosciences in Rural Practice 2012, 1 (3), s. 45-50:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271614/>

⁴ Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019*, s. 30

⁵ P.J. Whelan, K. Remski, *Buprenorphine vs methadone treatment: A review of evidence in both developed and developing worlds*, Journal of Neurosciences in Rural Practice 2012, 1 (3), s. 45-50:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271614/>

zdrowotnej oraz lekarzy ogólnych, których liczba jest wystarczająca, a samo rozwiązanie korzystne dla osób leczonych. Ekspersi grupy Pompidou twierdzą, że system leczenia agonistami opioidów osób uzależnionych wymagający uzyskanie wcześniejszej zgody, jest odstraszaający dla lekarzy, którzy albo nie są upoważnieni do przepisywania lub wydawania leków (konceptcja dostępności), albo zniechęcają się do tego z powodu ograniczeń administracyjnych, do których muszą się stosować, aby uzyskać i zachować autoryzację. Z perspektywy osoby uzależnionej od opioidów taki system (jaki mamy w Polsce) ma również efekt odstraszaający, gdyż leczenie podlega ograniczeniom, zwłaszcza harmonogramem lub innymi ustaleniami organizacyjnymi, które albo są dla pacjenta niemożliwe do spełnienia (ograniczenie dostępności), albo są zbyt skomplikowane, by leczenie rozpocząć (konceptcja dopuszczalności). Niechęć osób uzależnionych do leczenia w programie substytucyjnym pogłębianą jest przez konieczność rejestracji w systemie danych osobowych pacjenta i wywołuje obawę wykorzystania informacji na szkodę osoby leczonej.

Ponadto występowanie systemu leczenia wymagającego zgody urzędników powoduje, że nadzór nad specjalistami (którzy leczą osoby uzależnione od opioidów) staje się obowiązkiem organów, które wydały zezwolenia, a nie zwykłych organów odpowiedzialnych za nadzór nad lekami lub specjalistami – takich jak organy nadzoru zawodowego. Ustalenia dotyczące leczenia są określone przez organy administracyjne odpowiedzialne za wydanie niezbędnego zezwolenia. Władze te zazwyczaj nakładają dodatkowe wymagania dotyczące przypisywania lub wydawania leków, których nie wymieniono w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Zalecenia sformułowane przez zespół ekspertów Grupy Pompidou skłaniają do zrewidowania dotychczas funkcjonującego systemu leczenia uzależnień w Polsce.⁶

2. Problemy lecznictwa substytucyjnego. Nierówny dostęp do leczenia.

Zgodnie z art. 28 pkt. 2 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, leczenie substytucyjne prowadzone jest przez odpowiednio przygotowany i wyposażony zakład opieki zdrowotnej.⁷ Według raportu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2019 roku działało 25 programów leczenia substytucyjnego (z czego 24 były realizowane w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, a 1 realizowany w jednostce penitencjarnej). Programy te były realizowane tylko w 14 województwach, podczas gdy w województwie podkarpackim i podlaskim dostępność substytucji lekowej w ogóle nie istniała. Jako, że Podkarpacki i Podlaski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie zawarł umów na realizację świadczeń z zakresu substytucji⁸, utrudniony i nierówny dostęp do świadczenia opieki zdrowotnej jest naruszeniem art. 65 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.⁹

⁶ Wypowiedź członka Grupy Pompidou, Prof. Edwarda Jacka Gorzelańczyka zamieszczona w artykule Jacka Charmasta, Nakłady NFZ na leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Programy leczenia substytucyjnego, Serwis Informacyjny Uzależnienia, 1/2020, <https://siu.praesterno.pl/arttykul/670>

⁷ Kancelaria Sejmu, *Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii*, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20051791485/T/D20051485L.pdf>

⁸ Sejm, *Odpowiedź na interpelację nr 27612 w sprawie leczenia uzależnienia od opioidów*, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BA3JY7&view=null>

⁹ Kancelaria Sejmu, *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20042102135/T/D20042135L.pdf>

Istnieją różne polityki wobec substytucji na poziomie województw. Niektóre oddziały NFZ przez lata wręcz broniły się przed udostępnieniem tego świadczenia i nie ogłaszały konkursów. Oddział Pomorski został przez kampanię społeczną wręcz zmuszony w 2011 roku do ogłoszenia konkursu. Obecnie, wśród największych miast wojewódzkich tylko w Białymstoku i w Rzeszowie nikt nie świadczy terapii substytucyjnej, nie są ogłaszane konkursy i nie widać też zainteresowanych prowadzeniem tego świadczenia. Nie ma tam prawdopodobnie już nawet potencjalnych pacjentów, bo większość z nich bądź zmarła, bądź na stałe wyjechała, by skorzystać z leczenia w Warszawie, Krakowie, Lublinie czy w innych miejscach. Do Warszawy migrują najchętniej, bo tylko w tym mieście istnieją jakieś możliwości uzyskania dachu nad głową w schronisku dla bezdomnych.¹⁰

3. Zbyt duże obłożenie programów i COVID -19.

Nierówny dostęp do świadczenia opieki zdrowotnej nakłada się na problem zbyt dużego obłożenia wielu programów substytucyjnych, co stanowi bardzo istotny czynnik obniżający ich efektywność. Najbardziej spektakularnym przykładem jest tu Warszawa, gdzie według danych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z sierpnia 2020, w 6 stołecznych programach leczy się 1231 osób, z których, w dzielnicy Praga Północ leczy się 735 osób. Według tych samych danych w całej Polsce leczy się 2620 osób.

Jacek Charmast, Stowarzyszenie Jump 93: „wymóg częstego stawiennictwa powoduje, że programy substytucyjne obsługują codziennie zbyt liczną grupę 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 stawiennictwo 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.”

Epidemia COVID-19 i lockdown spowodowały znaczący napływ nowych pacjentów substytucyjnych do stołecznych programów substytucyjnych. Wzrost ten, zmierzony przez zestawienie danych KBPN z końca listopada 2019 r. (1031 osób) z danymi z sierpnia 2020 r. wynosi blisko 20%. W warunkach epidemii COVID-19 osoby uzależnione korzystające z programów substytucyjnych mierzą się z jeszcze większymi niedogodnościami. Centralizacja leczenia w największych miastach powoduje, że pacjenci z mniejszych miejscowości muszą pokonywać dziesiątki kilometrów do swoich programów substytucyjnych. Niekiedy kilka razy w tygodniu. Są zatem mocno narażeni na infekcję, stanowią też zagrożenie dla innych. Pandemia jest zatem szczególnym wskazaniem do szybkiego uchwalenia ustawy i w efekcie - do umożliwienia pacjentom korzystania z leczenia substytucyjnego na receptę.

Warto wskazać, że w warunkach pandemii podjęto szereg prób wydawania pacjentom leków substytucyjnych na okresy dłuższe niż zazwyczaj (na tydzień lub dwa tygodnie). Takie rozwiązanie sprawdziło się – nie odnotowano większego wskaźnika zgonów spowodowanych

¹⁰ Jacek Charmast, Nakłady NFZ na leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Programy leczenia substytucyjnego, Serwis Informacyjny Uzależnienia, 1/2020

przedawkowaniem, a pacjenci potrafili dysponować lekiem według potrzeb i zaleceń lekarskich. Jest to kolejny przykład jak ważne jest wprowadzenie nowych regulacji.

Osoby uzależnione, które migrują za leczeniem (Warszawa, Lublin) często stają się bezdomne. Tracą kontakt z domem, generują koszty związane z pobytem w schronisku, nie leczą się efektywnie pozostając na ulicy, nie mają możliwości w warunkach bezdomności leczyć HIV czy HCV (codziennie zagrożona adherencja). Przyjęcie proponowanego projektu ustawy pozwoliłoby na łatwe zaimplementowanie leczenia substytucyjnego w poradniach leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, które są najlepiej przygotowane do tego zadania. Jest ich ok. 100 w całym kraju.

4. Jak zoptymalizować polski model leczenia substytucyjnego.

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że „surowe regulacje prawne dotyczące leczenia substytucyjnego mogą prowadzić do ograniczonego dostępu do niezbędnej opieki medycznej.”¹¹ Patrząc na dane Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, taka sytuacja ma właśnie miejsce w Polsce. Według tych danych z sierpnia 2020 roku, leczeniem substytucyjnym objętych jest 2 620 pacjentów¹², co stanowi około 18% problematycznych użytkowników opiatów (przy założeniu, że ich liczba wynosi 10 444 - 19 794).¹³ Tak niski odsetek nie jest zadowalający z punktu widzenia zdrowia publicznego, a już na pewno nie w perspektywie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 stycznia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020¹⁴, które to wskazuje, że obecnie zadaniem jest zapewnienie dostępu do leczenia substytucyjnego we wszystkich województwach dla co najmniej 30% osób uzależnionych. Należy sobie zdać sprawę z faktu, że przy oferowaniu ubogiej i stygmatyzującej oferty leczenia substytucyjnego, nie da się osiągnąć optymalnych efektów. Jak dalej wskazuje WHO:

„Leczenie substytucyjne przepisywane przez lekarza rodzinnego może być uważane za mniej stygmatyzujące niż w przypadku specjalistycznego leczenia uzależnień lub usług psychiatrycznych. Leczenie przez lekarza rodzinnego często oznacza, że uzależnienie od heroiny jest traktowane tak, jak każda inna przewlekła choroba, taka jak nadciśnienie lub cukrzyca. Ponadto lekarz rodzinny jest w lepszej sytuacji niż psychiatra w radzeniu sobie z częstymi współistniejącymi zakażeniami HCV, HIV i innymi chorobami współistniejącymi oraz zalecaniem/prowadzeniem środków zapobiegawczych w przypadku tych zakażeń. Lekarze rodzinni są również w dobrej sytuacji, aby opiekować się ciężarnymi i noworodkami uzależnionymi od opioidów. Leczenie substytucyjne, jeśli jest świadczone przez lekarza rodzinnego w podstawowej opiece zdrowotnej, może również stać się dostępne dla osób korzystających z narkotyków w sposób iniekcyjny w małych miastach i odległych miejscach, gdzie dostęp do specjalistów jest niewielki lub żaden.”¹⁵

¹¹ WHO, *How to improve Opioid Substitution Therapy implementation*, January 2014, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/241341/How-to-improve-Opioid-Substitution-Therapy-implementation.pdf?ua=1; s. 13

¹² Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019*, s. 30

¹³ J. Sierosławski, *Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce. Alkoholizm i Narkomania*, 2012, nr. 4, tom 25, s. 347-356

¹⁴ Kancelaria Sejmu, *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020*, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160001492/O/D20161492.pdf>, s. 22

¹⁵ WHO, *How to improve Opioid Substitution Therapy implementation*, January 2014, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/241341/How-to-improve-Opioid-Substitution-Therapy-implementation.pdf?ua=1; s. 30

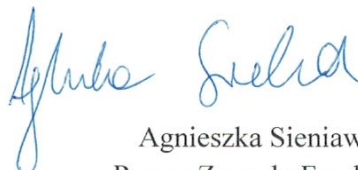
Wnioski

Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione kwestie (od ubogiej oferty leków substytucyjnych i utrudnionego dostępu do opieki zdrowotnej, poprzez niekoniecznie pozytywne implikacje jakie niesie codzienne stawiennictwo w programach substytucyjnych, aż po zalecenia i wskazania Światowej Organizacji Zdrowia), Polska Sieć Polityki Narkotykowej apeluje o ponowne procedowanie projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii o numerze UD164. Wznowienie prac nad projektem jest o tyle pilne, że w obecnej sytuacji pandemii COVID-19 możliwość wykupienia leku substytucyjnego na receptę nie tylko zmniejsza ryzyko zakażenia koronawirusem, lecz także pozwala pacjentom korzystać z leczenia w swoim miejscu zamieszkania, bez potrzeby przemieszczania się nawet do innego województwa. Za przyjęciem projektu nowelizacji ustawy przemawiają także względy ekonomiczne (tańsze leczenie poza programami substytucyjnymi). W dodatku, przy jednocześnie zagwarantowanym wsparciu terapeutycznym, pozwoli osobom uzależnionym na szybszą reintegrację społeczną. Celem projektu jest przede wszystkim poprawa stanu zdrowia publicznego.

Komitet Sterujący Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej:

Jacek Charmast
Marta Gaszyńska
Agnieszka Sieniawska
Grzegorz Wodowski
Marek Zygałdo

W imieniu Komitetu Sterującego,



Agnieszka Sieniawska
Prezes Zarządu Fundacji
Polska Sieć Polityki Narkotykowej
Ul. Apenińska 3a/23
01-493 Warszawa
biuro@politykanarkotykowa.com

Fundacja Polska Sieć Polityki Narkotykowej
ul. Apenińska 3a/23, 01-493 Warszawa
NIP 5223019654
REGON 147459865
KRS 0000525978