

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

(NR 21)

z dnia 21 stycznia 2026 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 21)

21 stycznia 2026 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik** (KO), przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat wpływu na zdrowie psychiczne oraz skutków społecznych uzależnień od alkoholu, nikotyny, narkotyków oraz hazardu.

W posiedzeniu udział wzięli: **Anna Bielawska-Jutrzenka** zastępca dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Karina Szewczyk** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Marek Stańczuk** naczelnik wydziału i **Dagmara Lebiecka-Drobysz** główny specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Joanna Skowron** dyrektor Departamentu Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, **Katarzyna Skrętowska-Szyszko** dyrektor Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych Biura Rzecznika Praw Dziecka, **Marta Puścion** główny specjalista w Departamencie Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Artur Malczewski** zastępca dyrektora ds. Lecznictwa, Badań i Certyfikacji Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Wrona** sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej, **Andrzej Fal** prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, **Renata Mizerska** prezes Polskiej Rady Psychoterapii, **Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak** przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, **Jacek Charmast** prezes Stowarzyszenia JUMP 93, **Anna Dela** prezes Instytutu Człowieka Świadomego, **Michał Melonowski** przedstawiciel Stowarzyszenia Rozwoju Psychoterapii i Psychiatrii Środowiskowej „Azaliowa”, **Marek Balicki** lekarz specjalista w dziedzinie anestezyjologii i psychiatrii, **Jerzy Brokman** terapeuta uzależnień, **Dawid Panek** adiunkt w Zakładzie Fizykochemicznej Analizy Leku Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz **Małgorzata Kośla** zastępca redaktora naczelnego portalu PolitykaZdrowotna.com.

W posiedzeniu udział wzięła pracownica Kancelarii Sejmu **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Marta Golbik** (KO):

Dzień dobry. Witam wszystkich serdecznie.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego.

Witam członków podkomisji oraz zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat wpływu na zdrowie psychiczne oraz skutków społecznych uzależnień od alkoholu, nikotyny, narkotyków oraz hazardu. Informacje przedstawiają minister zdrowia oraz minister rodziny, pracy i polityki społecznej.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach; dostępne są również w formie papierowej.

Informuję, że minister zdrowia upoważniła pana Marka Stańczuka, naczelnika w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, do przedstawienia stanowiska Ministerstwa Zdrowia. Witam pana dyrektora.

Ministra rodziny, pracy i polityki społecznej upoważniła panią Annę Bielawską-Jutrzenkę, zastępcę dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej, do przedstawienia stanowiska ministra rodziny, pracy i polityki społecznej. W pierwszej kolejności bardzo proszę o przedstawienie informacji przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.

Naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Marek Stańczuk:

Bardzo serdecznie dziękuję.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni panie i panowie posłowie, szanowni państwo, mam przyjemność dzisiaj przedstawić informację z ramienia ministra zdrowia. Przede wszystkim chciałbym bardzo serdecznie podziękować za zorganizowanie posiedzenia na ten temat. Myślę, że już od jakiegoś czasu toczy się dość szeroka dyskusja dotycząca kosztów ekonomiczno-społecznych spożywania alkoholu i innych substancji i ich skutków zdrowotnych. Natomiast faktycznie brakowało trochę dyskusji o tym, jak to wpływa na zdrowie psychiczne, które tak naprawdę jest jednym z głównych determinantów zdrowia w ogóle i wpływa również bezpośrednio na nasze funkcjonowanie w społeczeństwie. Przekazaliśmy materiał na piśmie, natomiast chciałbym w swoim krótkim wystąpieniu poruszyć główne tematy, żeby przejść do dyskusji. Spróbuję krótko omówić poszczególne uzależnienia, także w zakresie hazardu i pozostałych.

Jeżeli chodzi o alkohol, to mamy wiele badań naukowych dotyczących tego, w jaki sposób alkohol wpływa na mózg i bezpośrednio na zdrowie psychiczne. Regularne spożywanie alkoholu znacząco zwiększa ryzyko depresji, wpływając na równowagę neuroprzekaźników, m.in. serotoniny i dopaminy, co prowadzi do obniżenia nastroju i zwiększa podatność na zaburzenia depresyjne. Występują zaburzenia snu, nadużywanie alkoholu skraca fazę REM, pogarsza jakość snu, zwiększa ryzyko bezsenności, powoduje zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych. Ponadto uzależnienie od alkoholu może wywoływać halucynacje alkoholowe, psychozy, szczególnie podczas odstawienia. Warto zaznaczyć, że chorzy leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych nadal stanowią czwartą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem w otwartej opiece, ale trzecią co do częstości leczenia po raz pierwszy. Najliczniejszą grupą pacjentów w psychiatrycznych oddziałach całodobowych są osoby leczone z powodu zaburzeń wynikających z nadużywania alkoholu.

Mimo że już na ostatnim połączonym posiedzeniu Komisji Zdrowia i Komisji Gospodarki i Rozwoju pani minister Kęcka szczegółowo opowiadała i opisywała koszty społeczne, chciałbym o nich krótko powiedzieć. Natomiast chciałbym podkreślić, że alkohol jest kluczowym czynnikiem sprzyjającym przemoc, wypadkom drogowym i problemom w funkcjonowaniu społecznym. Statystyki pokazują, że w Polsce rocznie ponad 100 tys. osób doznaje przemocy domowej, są to tylko przypadki przemocy zgłoszone służbom i skutkujące uruchomieniem procedury Niebieskiej Karty. Z analiz wynika, że dzieci z rodzin z problemem alkoholowym wymagające wsparcia to szacunkowo ok. 950 tys. osób, czyli populacja ta stanowi 13% całej grupy wiekowej osób poniżej 18. roku życia.

Warto też podkreślić i zwrócić uwagę na alarmujące dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) dotyczące zwolnień lekarskich wystawionych z kodem C. Kod ten oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu i w takim przypadku warto też podkreślić, że zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres pierwszych 5 dni niezdolności do pracy. W 2023 r. wystawiono takich zwolnień ok. 6,5 tys., w 2024 r. liczba wzrosła do 9,5 tys., czyli o 44%, a tylko w pierwszej połowie 2025 r. zanotowano prawie 5 tys. takich zwolnień, czyli o 12% więcej niż w analogicznym okresie roku poprzedniego.

Jeżeli chodzi o bezpieczeństwo ruchu drogowego, to z danych raportu „Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz działania realizowane w tym zakresie w 2023 r.”, opracowanego przez Sekretariat Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, wynika, że kierowcy będący pod wpływem alkoholu spowodowali 1331 wypadków, w których zginęło aż 73,60% osób w nich uczestniczących.

Mimo że mamy dane i Komenda Główna Policji też przekazuje dane dotyczące faktycznego wzrostu bezpieczeństwa na polskich drogach, przynajmniej pozytywnej tendencji, to w 2025 r. policjanci zatrzymali 95 tys. nietrzeźwych kierowców – prawie 3 tys. więcej niż w roku poprzednim, co pokazuje, że sytuacja się nie poprawia w tym zakresie.

Jeżeli chodzi o substancje psychoaktywne inne niż alkohol, należy podkreślić, że wiele badań naukowych mówi o tym, że przyjmowanie substancji może powodować wystąpienie objawów psychopatologicznych, jak również tłumić lub zaostrzać wcześniejsze zaburzenia psychiczne. Rodzaj używanych substancji, interakcji między nimi, ale także cechy osobowości, stan somatyczny i psychiczny powodują, że objawy psychiczne charakteryzują się indywidualnym nasileniem i przebiegiem. Wszystko jest uzależnione od rodzaju substancji, jaką przyjmie dana osoba.

Warto zaznaczyć, że w związku z używaniem substancji psychoaktywnych mogą wystąpić objawy podobne do schizofrenii, urojenia, omamy, również objawy depresji, a w psychozach często w krótkich odstępach czasowych obserwuje się fluktuację tych objawów. Niekiedy czas trwania stanu psychotycznego przekracza czas biologiczny działania danej substancji, zwłaszcza w przypadku substancji halucynogennych, jest to istotne w kontekście stosowania narkotyków.

Częstym powikłaniem uzależnienia od substancji stymulujących jest zespół depresyjny, jak wspomniałem, obniżony nastrój, brak motywacji do działania, spowolnienie psychoruchowe, apatia, nadmierna senność, lęk czy myśli samobójcze. Osoby uzależnione ze współwystępującymi uzależnieniami psychicznymi, czyli pacjenci z podwójną diagnozą, stanowią dużą i bardzo wymagającą grupę osób leczonych w zakresie skutków społecznych używania substancji psychoaktywnych. Jedną z najbardziej oczywistych konsekwencji używania narkotyków jest przedwczesna umieralność bezpośrednio spowodowana używaniem lub pośrednio spowodowana sytuacją, w której użycie substancji psychoaktywnych przyczyniło się do zgonu. Mówiąc o kosztach społecznych, musimy uwzględniać też koszty ponoszone przez wymiar sprawiedliwości – policję, prokuraturę, sądownictwo czy kuratorów sądowych i więziennictwo – które wynikają z popełnianych przestępstw przez osoby zażywające substancje psychoaktywne.

Bardzo się cieszę, że mamy okazję wspomnieć i dyskutować o kwestii uzależnień behawioralnych. Przykładem jest hazard i tylko króciutko – są to zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane z przyjmowaniem substancji. Jeżeli chodzi o hazard, to objawia się osłabieniem kontroli nad uprawianiem hazardu, narastającym pierwszeństwem uprawiania hazardu do tego stopnia, że staje się on nadrzędny wobec innych zainteresowań. Kontynuacja lub eskalacja uprawiania hazardu, pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji, tworzy wzorzec zachowań związanych z hazardem, powoduje istotne kliniczne cierpienie lub znaczne upośledzenie osobistych, rodzinnych, społecznych i edukacyjnych funkcji w społeczeństwie, co wymaga podkreślenia.

Z danych wskazanych w raporcie „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2023/2024”, sporządzonego przez Fundację CBOS na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), wynika, że w 2024 r. odsetek osób uprawiających hazard w wieku powyżej 15. lat wyniósł 31,70%. Co prawda, w porównaniu roku 2019 z 2015 odsetek ten zmniejszył się, natomiast jest to dalej dość wysoka liczba. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wynika, że liczba leczonych z rozpoznaniem patologiczny hazard wynosi 3332 osoby w roku poprzednim i, analizując lata wcześniejsze, utrzymuje się na podobnym poziomie.

Jeżeli chodzi o nikotynę, to wydaje mi się, że mieliśmy w tej kadencji bardzo szeroko zakrojoną dyskusję przy okazji procedowania projektów rządowych, projektów Ministerstwa Zdrowia nowelizujących ustawę tytoniową. I tutaj wybrzmiało bardzo dużo przykładów badań naukowych, jak nikotyna wpływa na zdrowie somatyczne, powodując choroby układu krążenia, nowotwory. Niemniej warto podkreślić, że zgodnie z dostępnymi danymi nikotyna dość silnie pobudza układ nagrody w mózgu, co powoduje szybkie rozwijanie się uzależnienia. Jest to niezwykle niebezpieczne, kiedy z nikotyną do czynienia ma młodzież, a czasem także dzieci. Powoduje ona również wiele zaburzeń zdrowia psychicznego, zwiększa ryzyko zaburzeń lękowych. Osoby, które regularnie używają nikotyny, częściej nie doświadczają przewlekłego lęku, napadów paniki i mają większą reakcję na stres, ale tu też występuje mechanizm dotyczący spadku poziomu nikotyny powodujący głód nikotynowy, który z kolei powoduje napięcie i lęk. Jak wspomniałem, nikotyna sztucznie stymuluje ośrodek nagrody, organizm zaczyna obniżać naturalną produkcję dopaminy, spada nastrój, szczególnie między kolejnymi przyjmowanymi dawkami.

Mając na uwadze wszystkie aspekty tego, jak uzależnienia od substancji czy uzależnienia behawioralne wpływają na zdrowie psychiczne, Ministerstwo Zdrowia podejmuje wiele działań, żeby zaadresować te problemy w przygotowywanych aktach prawnych, oczywiście z priorytetem i postawieniem na pierwszym miejscu działań na rzecz profilaktyki, leczenia uzależnień, a także promocji zdrowia psychicznego czy promocji zdrowych nawyków żywieniowych, czy zdrowych nawyków funkcjonowania. Kluczowym dokumentem, nad którym trwają aktualnie prace, jest międzynarodowy program zdrowia na kolejne lata, nowelizacja ustawy o zdrowiu publicznym, ale także ustawy bezpośrednio dotyczące kwestii alkoholu czy narkomanii, jak również ustawa

tytoniowa, które w swoim zakresie dążą do ograniczania negatywnych skutków korzystania z tych substancji.

Z mojej strony to wszystko, jesteście do państwa dyspozycji. Jeżeli będą potrzebne jakieś dane, którymi akurat nie dysponujemy, to prześlemy je pisemnie, tak że bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję i poproszę teraz ministerstwo polityki społecznej i rodziny o przedstawienie informacji.

Zastępca dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Anna Bielawska-Jutrzenka:

Dziękuję bardzo.

Szanowna pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, drodzy państwo, postaram się bardzo krótko. Pan naczelnik szeroko przedstawił wpływ na zdrowie wszelakich substancji, w tym alkoholu, narkotyków, nikotyn. Było to bardzo ciekawe wystąpienie, niemniej ja zobrazuję państwu to, co jest głównie w gestii zainteresowań Departamentu Pomocy Społecznej.

Pracujemy na bazie ustawy o pomocy społecznej i przypomnę państwu albo powiem o tym, że pomoc społeczna jest to taka instytucja, jeśli chodzi o politykę społeczną państwa, która ma na celu wspieranie osób i rodzin niebędących w stanie poradzić sobie – z różnych powodów – z brakiem własnych zasobów i własnych możliwości.

Ogólnie rzecz biorąc, pomoc społeczna, instytucje pomocy społecznej nie wyręczają osób i rodzin, natomiast wspierają je w ich codziennych działaniach, a te rodziny i osoby są zobowiązane na co dzień współpracować z systemem pomocy społecznej. Pomoc społeczna odgrywa kluczową rolę w przeciwdziałaniu skutkom wszelakich uzależnień. W jej gestii, tej szeroko rozumianej, m.in. leży diagnoza sytuacji psychospołecznej. Jak wiemy, pracownik socjalny to jest zawód. To są osoby, które mają uprawnienia i są wręcz zobligowane do tego, żeby odwiedzać rodziny w ich środowiskach domowych. Zatem podczas wizyty są w stanie stwierdzić pewne nieprawidłowości, ale też udzielić świadczeń finansowych i rzeczowych. Są też asystenci rodzin i wiele innych profesji. O tym powiem za chwilę.

Kierowanie na leczenie odwykowe to również jedno z zadań, jeśli chodzi o sektor pomocy społecznej, praca socjalna szeroko rozumiana, motywowanie do zmian czy wspieranie – to, co wcześniej powiedziałam – szeroko rozumiane wspieranie rodzin i tych osób. Pracownik socjalny podejmuje trzy grupy działań, to znaczy profilaktyczne, interwencyjne i później readaptacyjne.

Potrzebne są kompleksowe działania, żeby uzyskać oczekiwany rezultat, m.in. szeroko rozumiana współpraca i to się faktycznie dzieje, obserwujemy to na co dzień. Rozmawiamy z przedstawicielami ośrodków pomocy społecznej (OPS), centrum usług społecznych (CUS) i innych instytucji pomocowych. Powiem państwu ze swego doświadczenia jako pracownika socjalnego, asystenta rodziny, kierownika i dyrektora ośrodków pomocy społecznej, jak ważna jest na co dzień współpraca z oświatą, czyli ze szkołą, ze zdrowiem czy ze służbami typu policja, i to się dzieje.

W ustawie o pomocy społecznej mamy wprost wskazane, kto ma prawo do uzyskania świadczeń, w art. 7 w pkt 2–15 został wymieniony katalog przesłanek, które należy spełnić, oprócz ubóstwa, bo w pkt 1 jest ubóstwo, czyli jest to spełnianie kryteriów dochodowych, może na tym etapie jest to mało ważne, natomiast tam są spełnione przesłanki.

W jednym z punktów są przesłanki takie jak alkoholizm i narkomania. Jeżeli jestem przy tym punkcie, to państwu dopowiem, że w projektowanych zmianach ustawy o pomocy społecznej ten punkt prawdopodobnie zmieni brzmienie: o alkoholu, narkomanii i innych uzależnieniach, żeby obejmował szerzej, chociażby omawiane dzisiaj uzależnienie, jak hazard, o czym również wspominał pan naczelnik. Miejmy nadzieję, że to faktycznie ulegnie zmianie, jest to wpisane w projekcie.

Drodzy państwo, z danych statystycznych naszego resortu wynika, że w 2024 r., bo mamy dane kompleksowe za rok 2024, 2025 niedawno, jak wszyscy pamiętamy, się skończył i dopiero zbieramy dane. Niemniej z ogólnej liczby osób i rodzin objętych pomocą społeczną ponad 6% ogółu stanowiły osoby uzależnione, które otrzymały pomoc, spełniając tę przesłankę, o której mówiłam, czyli z powodu alkoholizmu – było to dokładnie 6,2%.

Tak to wyglądało, natomiast dodam, że jednym ze skutków, i to znajduje się *stricto* w ustawie o pomocy społecznej, jest problem bezdomności, którego nazwa będzie zmieniona i winniśmy

już mówić o kryzysie bezdomności. Bezdomność jest też jedną z przesłanek do udzielenia szeroko rozumianej pomocy społecznej.

Co dwa lata odbywa się ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych i muszę państwu powiedzieć, że wśród głównych przyczyn bezdomności wskazuje się alkoholizm. Z badania, które zostało przeprowadzone, o ile się nie mylę, w lutym 2024 r. – zapewne tak było, bo teraz właśnie jest ten czas, kiedy będziemy ponawiać to badanie – wynika, że z ogólnej liczby osób w kryzysie bezdomności prawie 20% stanowiły osoby uzależnione od alkoholu. To właściwie była jedna z głównych przesłanek, kolejne to: konflikt rodzinny, wymeldowanie, eksmisja i inne tego typu powody.

Jeśli chodzi o kryzys albo przyczynę bezdomności w odniesieniu do tych trzech rodzajów uzależnień, o których będziemy dyskutować, czyli alkohol, narkotyki i hazard, to główną jest uzależnienie od alkoholu. Ponad 9,5 tys. osób znalazło się w kryzysie bezdomności wskazanych w badaniu i znaczną większość stanowili mężczyźni, bo 89%.

Jeśli chodzi o uzależnienia od narkotyków, wskazano, że jest to 2% osób badanych, czyli, zamieniając to na liczby, to jest 966 osób i w tym znowu znaczna większość to mężczyźni, bo 88%. Jeśli chodzi o uzależnienia od hazardu, wskazano 0,5% badanych, czyli 242 osoby, i tu większy wskaźnik procentowy, bo 94% z tych osób uzależnionych od hazardu stanowili mężczyźni.

To tyle, jeśli chodzi o kwestię systemu pomocy społecznej i ustawę o pomocy społecznej. Jeżeli pojawią się jakieś pytania, to ja oczywiście odpowiem. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję za przedstawione informacje. Z pewnością są one dla nas bardzo ważne, ale też ważne są materiały przedstawione na piśmie.

Otwieram dyskusję teraz i zachęcam do zadawania pytań. Jako pierwsza sobie pozwolę zadać pytanie. To jest pytanie zarówno do przedstawicieli ministerstw, jak i do naszych gości, ponieważ mamy dzisiaj wielu wybitnych specjalistów. Uważam, że ta współpraca Ministerstwa Zdrowia z ministerstwem polityki społecznej jest bardzo ważna w tym kontekście. Mamy w danych przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia takie zatrważające informacje, na przykład, że ok. 90% przypadków samobójstw jest powiązanych z depresją i używaniem substancji, ale też – i to z perspektywy całej populacji – że chorzy leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych stanowią czwartą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem, a trzecią wśród leczonych po raz pierwszy.

To się łączy wprost. Co prawda, dane mamy z 2020 r., toteż moje pytanie: czy planowana jest aktualizacja danych dotyczących kosztów społeczno-ekonomicznych. Tutaj one wyniosły ponad 93 000 000 tys. zł, co pokazuje, że obciążenie dla systemu ochrony zdrowia jest ogromne, jeśli chodzi o osoby uzależnione.

Mam wrażenie, że wciąż jakbyśmy tego nie dostrzegali, ale pytanie moje dotyczy tego, jak wygląda realnie współpraca i jak wygląda w ogóle wyprowadzanie osób uzależnionych z uzależnienia. Jakie są możliwości? Jak to wygląda faktycznie, już operacyjnie? To znaczy, ja mam takie poczucie, że my się cały czas godzimy z tym, że tak jest i że opieka społeczna pomaga osobom, które już są uzależnione, ochrona zdrowia pomaga osobom, które potrzebują wsparcia medycznego, natomiast trochę nie zajmujemy się osobami, które należałoby z tego uzależnienia wyprowadzić. Wiem, że to jest bardzo trudne, dlatego mówię, że to również pytanie do specjalistów.

Czy jesteśmy w stanie coś zrobić, żeby skuteczniej osoby uzależnione zachęcać albo doprowadzać do podjęcia leczenia, żeby to faktycznie zaczęło działać? Może prośbą, a może groźbą? Może Ministerstwo Zdrowia myślało o tym, żeby wprowadzić jakiś system powiązania udzielanych świadczeń z uzależnieniem? A jeśli ktoś systematycznie odmawia leczenia? Nie mam wypracowanych rozwiązań, ale wydaje mi się, że wielu z nas myśli o tym, że jednak cierpią. Już nie wspominam oczywiście o otoczeniu osoby uzależnionej, całej rodzinie, systemie, który jest wokół takiej osoby, ale chodzi mi o to, że konsekwencje ponoszą, po pierwsze, osoby uzależnione, po drugie, osoby wokół, po trzecie, cały system, i bezpośrednio wiążą się z tym zaburzenia psychiczne.

To jest moje trzecie pytanie: czy wiemy, jak często zaburzenia psychiczne, czy wszystko, co dotyka zdrowia psychicznego, jest konsekwencją wcześniejszego uzależnienia? Tak sobie pozwolę na początek.

Czy może ktoś z parlamentarzystów chciałby? Pan przewodniczący Napieralski. Bardzo proszę.

Posel Grzegorz Napieralski (KO):

Ja mam kilka pytań. Pierwsze pytanie: czy mamy jakieś dane dotyczące wpływów z akcyzy, jeżeli chodzi o papierosy? Alkohol – ile wpływa do budżetu państwa z akcyzy? Ile wydajemy na leczenie tych uzależnień, szczególnie uzależnień od alkoholu, narkotyków – może bez narkotyków, bo tu nie ma akcyzy – i papierosów?

Drugie. Nie wiem, jak sformułować te pytania, ale dwa takie moje spostrzeżenia dotyczące sprzedaży alkoholu w Polsce. Duże hipermarkety bardziej schowały alkohol i jest on na takich półkach dalej, natomiast w małych sklepach alkohol razi po oczach, jest w tym miejscu, w którym płacimy, dokonując zakupów. Czy to wpływa na to, że chętniej jest kupowany alkohol? Czy mamy jakieś dane? Chciałem także zapytać o te sławetne małpki, których ja jestem absolutnym przeciwnikiem, a szczególnie te smakowe, które można wypić bez popijania. Czy mamy też jakąś rzecz dotyczącą tego, czy i jak to wpływa na przykład na łatwiejszy dostęp do alkoholu? Uzależnienie się? Nie wiem, większe spożywanie alkoholu? Takie moje trzecie pytanie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę, poseł Lubczyk.

Posel Radosław Lubczyk (PSL-TD):

Bardzo dziękuję.

Ja mam pytanie dotyczące dzieci, bo chciałbym zapytać o statystyki – czy jakieś są prowadzone? Bo dzisiaj widzimy, że niekoniecznie to działa, że alkohol można kupić tylko po okazaniu dowodu osobistego, i wielokrotnie dochodziły do nas takie sygnały, że dzieciaki, jeśli nie mogą same, to proszą osoby trzecie, żeby kupić ten alkohol. Oczywiście jest alkohol niskoprocentowy, ale jest to zawsze alkohol. Czy są jakieś statystyki? Ile dzieci trafia na izbę chorych czy w upojenie alkoholowe? Bo wiemy, że ta ilość u dzieci może być mała, żeby doszło do objawów zatrucia niebezpiecznych dla życia. Czy mamy takie statystyki, jeśli chodzi o dzieci do 18. roku życia?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Już rozumiem, że nikt z parlamentarzystów nie chce na ten moment... To zachęcam stronę społeczną. Tak jak mówię, bardzo proszę o przedstawienie się – można pytanie, ale można przemyslenia, może odpowiedzi na moje pytania.

Prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego Andrzej Fal:

Andrzej Fal, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego. Podzielę wypowiedź na pytania i pewien komentarz.

Zacznę od komentarza – to, co powiedział przed chwilą pan przewodniczący – problem małpek, w ich cieniu stoi duży problem, nie wiem, czy nie większy problem, który pomijamy trochę milczeniem, bo sprzedaje się ponad 300 tys. małpek do południa. W tym samym czasie sprzedaje się, nie pamiętam dokładnych danych, ale między 2,5 a 3 mln opakowań piwa. Te problemy musimy zacząć w końcu traktować na tym samym poziomie, bo jakby odczarowywanie, że prosecco to jest taki słaby alkohol, to się dzieciak może w domu napić, a piwko to jest w ogóle nie alkohol, w związku z tym czasami nawet się sprzedaje dzieciakowi bez dowodu. Dobrze, że tylko piwko, prawda?

Jeżeli nie zmienimy tego sposobu myślenia, to będziemy mieli roboty dla opieki społecznej coraz więcej, coraz więcej ludzi będzie w cichym uzależnieniu. Bo jeżeli nie postrzegamy wypicia kilku słabych drinków, czy to wino, czy to piwo, jako uzależnienia, to nie zajmujemy się tymi ludźmi. To jest pierwsza rzecz na styku tego, co pani przewodnicząca bardzo słusznie powiedziała – współpracy pomiędzy dwoma, nawet trzema resortami, bo z definicji dołączyłbym resort edukacji.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dodałabym jeszcze MSWiA.

Prezes zarządu PTZP Andrzej Fal:

Zdecydowanie też dołączyłbym MSWiA.

Druga rzecz, a propos szpitala, bo jeżeli osoba uzależniona trafia do szpitala, to oczywiście dostanie tam pomoc medyczną, bo ma problem medyczny i to jest jasne. Natomiast bardzo często taka osoba jest osobą bez adresu, osobą bezdomną, w szpitalach jest to wyławiane już

przy przyjęciu, bo Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ), czyli ten system potwierdzenia ubezpieczenia, wypowiada się najczęściej negatywnie. W związku z tym służby szpitalne zaczynają natychmiastowe działanie.

Ja rozumiem, że opieka społeczna jest po prostu przeciążona i zanim my się dogadamy... Bo nie ma sztywnych reguł, chyba że jakiś szpital z jakąś jednostką sobie wypracował własną współpracę. Natomiast ustawowo, ogólnopolsko nie ma sztywnych reguł, które tu obowiązują i czasami taka osoba, która już nie wymaga hospitalizacji, ale tak nie bardzo jest, gdzie ją wypisać, nawet jeżeli to nie jest bezdomny, a rodzina ewidentnie odmawia zajęcia się tą osobą, bo jak się napije, to robi awanturę... Myślę, że te ważne regulacje powinny się znaleźć w ustawie. Absolutnie podpisuję się pod wszystkim, co pani powiedziała.

Trzecia rzecz, o której chciałem jeszcze powiedzieć – akcyza. To zawsze będzie bardzo ciekawy temat, bo jak chodzi o kasę, to jest bardzo ciekawy temat. Po wielu dyskusjach w Polskim Towarzystwie Zdrowia Publicznego i po obserwacji tego, co robią nasi sąsiedzi czy inne kraje członkowskie w Unii Europejskiej, to akcyza raczej na profilaktykę, to znaczy na to, żeby tych uzależnionych nie przybywało. Terapia wszystkich chorób, w tym również terapia uzależnień, powinna być jednak finansowana innym kanałem – przepraszam za żartobliwe stwierdzenie na koniec – jak będę świadomym obywatelem i będę chciał leczyć, wspomagać terapię uzależnień, to kupię parę flaszek, bo wtedy przyłożę się do leczenia uzależnionych. Bardzo dziękuję, przepraszam, że przeciągnąłem.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy mamy jeszcze jakieś zgłoszenia? Bardzo proszę o zabranie głosu, przedstawienie się.

Prezes Stowarzyszenia JUMP 93 Jacek Charmast:

Jacek Charmast, Stowarzyszenie JUMP 93, jednocześnie reprezentuję warszawską Branzową Komisję Dialogu Społecznego.

Chciałbym powiedzieć, że brakuje mi perspektywy. Może to jest takie moje spojrzenie, moja perspektywa, ale wydaje mi się, że brakuje nam spojrzenia na uzależnienia jako efekt zaburzeń psychicznych i efekt tego, że dzieciaki sięgają po narkotyki, bo gdzieś zabrakło lekarza albo jest to efekt jatrogenii – niewłaściwego leczenia. Coraz więcej badań mówi, że nawet w populacji ogólnej da się stwierdzić zaburzenia psychiczne u 50%. Tylko raz zetknąłem się z takimi badaniami, ale prawdopodobnie to rośnie, poziom diagnostyki też rośnie i mamy coraz więcej osób z zaburzeniami psychicznymi. Ostatnie badania, które wyceniały koszty narkomanii, z którymi się zetknąłem, sprzed 10 lat, mówią, że redukcja popytu i redukcja podaży kosztuje ok. 500 mln zł, a udział pomocy społecznej w tych kosztach, to jest niecałe 0,8%. Więc jest to bardzo niedostateczny udział pomocy społecznej, to też ma wpływ na to, że najsłabszym ogniwem systemu są programy reintegracji społecznej. Z punktu widzenia Warszawy, gdzie mamy największy problem narkotykowy i jest on zogniskowany w dzielnicy Praga, mamy problem z infrastrukturą w zakresie leczenia opioidowego, metadonem i buprenorfiną. Tu się ogniskuje połowa miejsc terapii i powoduje, że Warszawa jest miejscem, gdzie cała opioidowa Polska ciągnie szukać leczenia, obciążając nasze miasto i tworząc z Pragi getto. Potrzebna jest reforma modelu opioidowej terapii substytucyjnej po to, żeby osoby uzależnione od opioidów miały ją blisko domu, nie musiały przemierzać pół Polski po to, żeby przyjmować lek.

Z punktu widzenia Branzowej Komisji Dialogu Społecznego w Warszawie w działaniach legislacyjnych dotyczących nikotyny brakuje spojrzenia na politykę nikotynową skierowaną do dwóch grup, nie tylko do młodzieży, jak proponuje Ministerstwo Zdrowia w tym roku, ale też do osób uzależnionych i starszych. Biorąc pod uwagę, że cztery czy pięć osób na 100 potrafi wyjść trwale z uzależnienia od nikotyny, to dla tej grupy nieodzowne są programy redukcji szkód, które dezawuuje Ministerstwo Zdrowia. Kogokolwiek byśmy nie zapytali na ulicy – miałem w listopadzie wiele spotkań z pracownikami OPS – wszyscy w zasadzie twierdzą, że używanie bezdymowych produktów i używanie papierosów to jest to samo, ten sam efekt, ta sama szkodliwość. Powoływanie się na dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która stwierdziła, że zagrożenia dotyczące produktów zastępczych są tylko potencjalne – natomiast my mamy twarde dane dotyczące szkodliwości papierosów i mamy 80 tys. osób umierających na choroby odtytoniowe.

Kolejna rzecz to jest prohibicja nocna. Opór na prohibicję nocną, gdy wszyscy wiemy, że prohibicja nocna tam, gdzie jest wprowadzona, to działa. Mamy udrożnienie szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), mamy udrożnienie pogotowia ratunkowego i mamy udrożnienie policji, jest mniej zgłoszeń. Jest to znakomity efekt. Jeżeli ktoś ma wątpliwości czy prohibicja nocna redukuje popyt na alkohol, jest to dyskusyjne, ale mamy spektakularne efekty, na przykład w Krakowie – można dotrzeć do tych danych.

Podsumowując, w samym centrum tego systemu powinny być placówki ambulatoryjne z poważną pomocą lekarską, leczeniem biologicznym, psychiatrycznym i wokół tych placówek powinno się tworzyć system. My mamy bardzo bogaty system, bardzo dobrze wyposażony, ale brakuje mu paru elementów, które można byłoby tylko poukładać – zrobić audyt tych zasobów i je poukładać, żeby to wszystko zaczęło działać dużo lepiej.

Co do pomocy społecznej, brakuje domów pomocy społecznej (DPS) dla osób uzależnionych, brakuje zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) dla osób uzależnionych, wielu rzeczy. Ta integracja społeczna w postaci hosteli, w postaci pomocy w uzawodowieniu, w aktywizacji społecznej jest na dość niskim poziomie w naszym kraju, gdy pewnie mamy najwięcej ośrodków rehabilitacji na świecie w stosunku do osób potrzebujących. Ośrodków jest ok. 80, może 100, na terenie Polski i jest to stosunkowo łatwo dostępne świadczenie, gdy nie ma jakichś specjalnych predyspozycji, jakiś potrzeb, na przykład w zakresie leczenia podwójnej diagnozy. Tu się trochę poprawiło, w 2014 r. NFZ czterokrotnie zwiększył nakłady na leczenie podwójnej diagnozy, ale tych specjalistycznych, naprawdę doświadczonych ośrodków jest dosłownie parę. W zasadzie każda placówka mogłaby prowadzić to leczenie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Jeszcze pana dopytam, bo zapewne pan wie – nie wiem, kto organizuje zastępcze leczenie opioidowe. Czy za to odpowiada samorząd?

Prezes Stowarzyszenia JUMP 93 Jacek Charmast:

KCPU. Przepraszam, Ministerstwo Zdrowia.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Później poproszę ministerstwo o odniesienie się.

Dobrze, poproszę pana, proszę się przedstawić. Bardzo proszę.

Terapeuta uzależnień Jerzy Brokman:

Dzień dobry. Jerzy Brokman, jestem terapeutą uzależnień i chciałem powiedzieć o dwóch rzeczach, jednej optymistycznej, którą przeczytałem niedawno, a druga jest taka, jaka jest.

W Polsce – nie wiem, czy państwo wiecie – spada spożycie alkoholu. To nie jest spadek jakiś spektakularny, ale zależnie od metodologii... KCPU robiło badania i w 2023 r. było to prawie 9 l czystego alkoholu na obywatela, a w 2024 r. – 8,8 l. Jeżeli chodzi o badania Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), czyli organizacji zrzeszającej najbardziej rozwinięte ekonomicznie państwa na świecie, to jest ok. 10 l. Tu też jesteśmy w tyle za różnymi państwami. Dlaczego to mówię? Obserwując i będąc w zawodzie ponad ćwierć wieku, uważam, że jest to skutek stałej polityki realizowanej od mniej więcej 30 lat, od przełomu i powołania jeszcze pełnomocnika do spraw rozwiązywania problemów alkoholowych, potem Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), potem KCPU, czyli to, co się teraz dzieje, jest wynikiem ok. 30 lat pracy.

Porównam to z danymi dotyczącymi uzależnienia od nikotyny od roku 2010 czy 2011, to się nie zmienia – ok. 30% dorosłej populacji jest uzależnionej od nikotyny. Czemu tak jest? Tak nieszczęśliwie się wydarzyło, znowu to są zaniedbania instytucjonalne, że uzależnienie od nikotyny nigdy nie zostało zaadresowane instytucjonalnie. W dawnych czasach były dwa ośrodki, jeden zajmujący się organizacją leczenia uzależnienia od narkomanii – Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz PARPA, a potem zostały połączone w dzisiejsze Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, ale nikotyna w tym nie została ujęta. Nie ma instytucji, która by koordynowała działania, nie ma instytucji, która by szkoliła terapeutów.

Ja powtarzam to od paru lat: w szkoleniach na certyfikat terapeuty uzależnień na dwieście kilkadziesiąt pytań jest jedno dotyczące uzależnienia od nikotyny. Ten temat zupełnie nie istnieje, więc jedna wiadomość dobra, jedna wiadomość taka, jaka jest.

Jeśli chodzi o przelicznik akcyzy do kosztów zdrowotnych, to on jest stały i wynosi mniej więcej: na 1 zł, który przypada do budżetu z akcyzy na alkohol, 4 zł jest wydawane na skutki uzależnienia od alkoholu – samego uzależnienia od alkoholu. Czyli to jest mniej więcej 1 do 4 i to jest też stałe, a tutaj liczymy koszty zdrowotne, koszty psychologiczne i wszystko, co jest ujęte w statystykach Ministerstwa Zdrowia.

Kolejna rzecz – tutaj dochodzimy do pana wypowiedzi, mojego szanownego przedmówcy – że nie ma spójnego planu radzenia sobie z uzależnieniami z dwóch powodów. Na początku jest tak, że nie ma nowego „Narodowego programu zdrowia”, stary został przedłużony tak trochę improwizacyjnie na ten rok, ale dopiero trwają prace nad nowym. A druga rzecz to jest to, o czym powiedziałem, czyli rozwarstwienie instytucjonalne i brak objęcia nikotynizmu opieką zdrowotną. Aktualnie mogą państwo zgadywać, ile jest na terenie kraju przeznaczonych dla palaczy placówek ambulatoryjnych. Trzy i oprócz tego mają one dosyć słabe kontrakty z NFZ. W związku z tym człowiek, który by nawet chciał – mówię o człowieku dorosłym – coś z tym zrobić, po pierwsze, nie trafi na specjalistę, po drugie, nie trafi na instytucję, która by mu pomogła, bo takich programów nie ma, nie mówiąc już o pomocy dla dzieci.

Teraz możemy podążać, tak jak mi się wydaje, patrząc z perspektywy praktyka, dwiema ścieżkami. Jedna jest to ścieżka wypracowana przez lata polityki redukcji szkód, czyli bardzo małymi krokami, szanując rzeczywistość, ograniczamy szkody, wychodząc z takiego założenia, że to jest maraton, a nie sprint. Druga rzecz to jest połączenie w jedną strategię wszystkich uzależnień, dlatego że uzależnienie niszczy całego człowieka. Czy on się niszczy alkoholem, czy hazardem, czy narkotykami, czy nikotyną – skutki są podobne, na pewnym poziomie można powiedzieć, że mechanizmy uzależnienia też są podobne.

Problem polega na tym, że jak dotąd nie ma takiej instytucji, która by to wszystko mogła skoordynować i ja się odwołam do starych doświadczeń z procedurą Niebieskiej Karty. To była procedura, która została wprowadzona początkowo w Policji i miała pomóc osobom doznającym przemocy – w domu, w rodzinie – wyjść z tego. Parę lat później włączono do tego struktury ministerstwa odpowiadającego za pomoc społeczną i teraz ta procedura działa. Dlaczego działa? Dlatego, że są zespoły interdyscyplinarne i w ramach tych zespołów interdyscyplinarnych oraz każdej instytucji w ramach jej kompetencji wywiera się nacisk głównie na osobę, która tę przemoc stosuje, i to jest dosyć skuteczne. To jest na poziomie gmin, na poziomie zespołów do spraw przeciwdziałania przemocy, więc można.

Można zrobić taką inicjatywę, która obejmuje zespoły interdyscyplinarne. Mój apel jest o to, żebyśmy się zastanowili nad tym, czy jeśli chodzi o uzależnienia, też nie powinno to być jednak połączone. Jeszcze raz podkreślam, to jest, po pierwsze, marnotrawstwo środków, nie ma budżetu, nie ma planu, nie ma działań, które by odpowiadały za walkę z uzależnieniami kompleksowo. W momencie, w którym rozmawiamy, ok. 500 młodych Polek i Polaków rozpocznie swoją przygodę z uzależnieniem od nikotyny.

Ponieważ zadziałało Ministerstwo Finansów, akcyza została podniesiona, zwłaszcza na jedno-razówki – to też jest jakiś kierunek. Natomiast, jak mówię, jeśli chodzi o alkohol, to przez 30 lat, można powiedzieć, jest postęp, a jeśli chodzi o uzależnienia od nikotyny, nie notujemy żadnego postępu, bo nie ma – jeszcze raz to podkreślam – instytucji, która mogłaby to koordynować. Na tym zakończę, jeszcze raz z apelem o działania koordynacyjne. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Czy jeszcze jakieś zgłoszenia?

To w pierwszej kolejności, panie ministrze – tak, bardzo proszę.

Lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i psychiatrii Marek Balicki:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Kilka uwag odnośnie do alkoholu. W dużej mierze popieram to, co powiedział pan profesor Fał z perspektywy zdrowia publicznego.

Jak rozmawiamy o alkoholu, to odrębnie mówimy narkotyki, odrębnie alkohol. Warto zawsze powtarzać, że alkohol jest jedną z substancji psychoaktywnych i w tym sensie, takim potocznym, szeroko rozumianym jest tak samo narkotykiem, jak inne substancje psychoaktywne.

Kilkanaście lat temu zespół naukowców pod przewodnictwem Davida Nutta opublikował raport w magazynie „The Lancet”, w którym została porównana szkodliwość społeczna i jednostkowa różnych substancji psychoaktywnych. Alkohol znalazł się na pierwszym

miejsu i ta siła szkód społecznych wyrządzanych przez alkohol była nieporównanie większa niż innych substancji psychoaktywnych. Dlatego musimy o tym pamiętać, ale jednocześnie alkohol jest tą substancją psychoaktywną, która jest legalna i jest przedmiotem biznesu, działalności gospodarczej. To jedna rzecz.

Druga uwaga, jeśli chodzi o sprzedaż alkoholu, to rzeczywiście mamy to zjawisko zahamowania na dość wysokim poziomie, ale te analizy dotyczące sprzedaży nie są standaryzowane do zmieniającej się struktury demograficznej populacji. Jak spojrzymy na sprzedaż w poszczególnych grupach wiekowych, to wiemy, że w wieku 60+ ta konsumpcja alkoholu jest zdecydowanie mniejsza niż w grupach młodszych, czyli jeśli społeczeństwo się starzeje, to na pewno istotnym czynnikiem wpływającym na sprzedaż alkoholu jest to, że sześćdziesięciolatekowie i starsi kupują mniej.

Przydałyby się analizy bardziej pogłębione i uwzględniające ten czynnik. A dlaczego o tym mówię? Bo jak spojrzymy na takie twarde wskaźniki zdrowotnych skutków alkoholu, na przykład twardym wskaźnikiem jest liczba zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby. Jak sama nazwa tej jednostki chorobowej wskazuje, przyczyną jest alkohol, a nie inne problemy zdrowotne. W ciągu ostatnich ponad 20 lat mamy dziesięciokrotny wzrost zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby. Jak weźmiemy dane – profesor Zatoński od lat alarmuje w tej sprawie – jak spojrzymy na dane z 2002 r., to było 1000 zgonów mężczyzn, a w 2022 r. – prawie 8000. U kobiet jest jeszcze większa dynamika, tylko liczba zgonów jest dużo mniejsza.

Nie tak dawno w mediach był przypadek zgonu młodej kobiety na oddziale detoksykacyjnym z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego. Prawdopodobną przyczyną tego krwawienia były żylaki przełyku, które powstają w wyniku marskości wątroby. Więc jak spojrzymy na takie twarde skutki zdrowotne, to te dane dotyczące ostatnich 20 lat, przy mniej więcej podobnej sprzedaży raportowanej przez różne analizy, to jest dramatyczny wskaźnik.

Alkohol najbardziej ze wszystkich substancji psychoaktywnych, ale również innych problemów zdrowotnych, jest tym obszarem, w którym skutecznie może oddziaływać prewencja pierwotna – używając tradycyjnego terminu – czyli wpływ na ograniczanie środka, który jest przyczyną problemu zdrowotnego. Państwa, które wdrożyły kompleksową, skuteczną, a nie wycinkową politykę w tym zakresie, odniosły sukcesy.

Jak mówimy o dostępności fizycznej, to oczywiście te godziny nocne to jest super, ale same godziny nocne, co zresztą przy okazji dyskusji warszawskiej zostało wykazane, to jest za mało. Istotnym czynnikiem jest liczba punktów sprzedaży, jeśli w Polsce mamy jeden punkt sprzedaży na 300 osób, to dostępność fizyczna jest ponad wszelką miarę, czyli redukcja trzy-, czterokrotna może dałaby jakiś efekt w połączeniu z ograniczeniem godzin sprzedaży czy też egzekwowaniem sprzedaży w stosunku do osób małoletnich.

Jak mówimy o dostępności ekonomicznej, to tu nie tylko akcyza, nie tylko cena minimalna czy jakieś inne spójne działania, ale również wielkość opakowań. Czyli jeśli chcemy w zakresie zdrowia publicznego w perspektywie 5–10 lat mieć korzystne, pozytywne skutki, to konieczne byłoby połączone podejście w różnych obszarach, również reklama, również promocja, to wszystko, co było powiedziane.

Pani przewodnicząca słusznie wskazała, że alkohol wśród różnych zagrożeń psychicznych jest tą trzecią przyczyną, ale jak spojrzymy na hospitalizacje psychiatryczne, to jest to pierwsza przyczyna – 45% hospitalizacji w obszarze psychiatrii i leczenia uzależnień jest związanych z alkoholem, czy to są zespoły abstynencyjne i majaczenie, czy też terapia w warunkach stacjonarnych.

Na pierwszym miejscu... Bo dzisiaj rzeczywiście ten system pomocy czy system leczenia – poza samym umiejscowieniem oddziałów detoksykacyjnych, które z racji obciążeń somatycznych powinny być przy szpitalach, które pomocy somatycznej mogą udzielać – ten system terapii przez wiele lat budowany, można powiedzieć, poziom jego rozwoju, jest niezły. Natomiast profilaktyka, prewencja pierwotna to jest to, co jest najważniejszym wyzwaniem. Też tu były wspomniane, pan profesor Fal o tym mówił, badania przesiewowe, wczesna identyfikacja problemu i krótkie interwencje, które dają efekty w przełożeniu na skalę, i to jest poziom podstawowej opieki zdrowotnej.

Zresztą nasze dawne biuro przeciwdziałania alkoholizmowi ma tutaj przygotowane wytyczne, więc kończę: prewencja pierwotna, ale kompleksowa, spójna, a nie wycinkowa,

w dłuższej perspektywie da nam taki efekt, że będzie mniej zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby. Dziękuję bardzo.

Posel Grzegorz Napieralski (KO):

Panie ministrze, mogę dwa pytania, żeby bardziej zobrazować to wszystko, bo bardzo mnie zainteresowało to, co pan powiedział.

Badania przesiewowe to pierwsze moje pytanie. Czy faktycznie dobrze to rozumiem, że można przez jakieś badania wcześniej wykryć, czy ktoś ma skłonności do uzależnienia? Czy dobrze rozumiem? I drugie pytanie od razu, żeby już nie przerywać. O tym... Bo to leży mi bardzo na sercu – wielkość opakowań alkoholu. Bo rozumiem, że im mniejsze opakowania, tym łatwiejszy dostęp do alkoholu, i ja się z tym absolutnie zgadzam. A czy na przykład zna pan takie przypadki w innych krajach, panie ministrze, że blokuje się sprzedaż alkoholu w małych butelkach czy w jakichś pojemnikach?

Lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i psychiatrii Marek Balicki:

Jak to wygląda w różnych krajach Europy, ja bym przerzucił to pytanie na Ministerstwo Zdrowia, ale na ogół wiadomo. Zresztą znamy ten dowcip, że jeszcze trzech potrzebuję, jeszcze dwóch, żeby kupić... Więc wielkość opakowania ma znaczenie i małe ułatwiają dostępność, bo to jest kilka złotych. Jest to łatwe, nie chcę się rozwijać, to jest niewątpliwe.

Jeśli chodzi o identyfikację problemu na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, są proste testy, kilkupytaniowe nawet, ograniczone, niewymagające dużo czasu i też są opracowane programy krótkich, szybkich interwencji, które w skali populacji dają efekt. Wiemy, co robić, wystarczy wejść na stronę internetową naszego krajowego ośrodka przeciwdziałania uzależnieniom i tam jest to wszystko.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy, panie ministrze. Nawet znam wiele przypadków osób, które robiąc sobie właśnie ten test, nie zdawały sobie sprawy z tego, że mają problem z alkoholem, więc to działa też na nas, po prostu na sprawdzenie siebie.

Dopytam tylko i oddam głos panu posłowi Gizińskiemu, dopytam jeszcze ministerstwo na temat małek. Ja pamiętam, że ten temat był podejmowany i że były problemy na poziomie Unii Europejskiej, więc poproszę o odpowiedź na ten temat, jak będziemy prosili o odpowiedzi na wszystkie pytania, ale mam w pamięci, że już się pojawiał ten temat.

Pan poseł Giziński teraz prosił o głos, potem oczywiście oddam dalej.

Posel Włodzisław Giziński (KO):

Ja bardzo krótko. Sprawa dostępności alkoholu w innych krajach. Wiadomość konkretna. Po zakończeniu regat Sydney–Hobart, w stolicy Tasmanii grupa Polaków z Bydgoszczy szukała miejsca, gdzie można kupić alkohol. W centrum Hobart najbliższy punkt dostępny był 40 minut pieszo, trzeba było przejść. W centrum Hobart – miasto turystyczne, ludzie żyjący z turystyki.

A dla takiego wyostrenia problemu, na który pan minister też zwrócił uwagę – zmieniającej się demografii, co teoretycznie mogłoby podważyć, niewielki, bo niewielki, ale zauważalny w wymiarze społeczeństwa spadek spożycia alkoholu. 35 lat temu w ówczesnym województwie bydgoskim średni czas przeżycia mężczyzny wynosił 67 lat. W tej chwili jest to 77 lat, grupa od 67. do 77. roku życia – przy takim patrzeniu statystycznie na społeczeństwo – powstała, nie było jej. W województwie bydgoskim nie było siedemdziesięciolatków.

W kontekście tych wszystkich dobrych rzeczy, które wypracowaliśmy i które są naprawdę na znakomitym poziomie, jak pomagać osobie uzależnionej? Jak wspierać tego, który nabawił się choroby wynikającej z alkoholu, przy świadomości, że alkohol to jedna z trzech głównych przyczyn złego stanu zdrowia Polaków? To nie ulega wątpliwości, wszyscy tu o tym wiemy.

Spróbujmy znaleźć odpowiedź na pytanie, czemu w takim razie jest tak, że nieustannie przegrywamy w działaniach promocyjnych, nieustannie przegrywamy z grupą żyjącą z produkcji i sprzedaży alkoholu i nieustannie przegrywamy na przykład z reklamami bukmacherskimi? Zalewa nas to wszystko niesamowicie, wszystko wiemy, jesteśmy przygotowani i przegrywamy. Dlaczego przegrywamy?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie pośle.

Bardzo proszę.

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak:

Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Nawiązując do wypowiedzi pana posła, to chciałabym zwrócić uwagę, że jeszcze niedawno, kiedy były wielkie rozgrywki mundialowe, wszyscy przechodziliśmy na ty, na Tyskie. To był główny sponsor naszego wielkiego narodowego święta sportowego.

Chciałam się też tutaj pochylić nad wypowiedziami państwa, którzy podkreślacie, że wszystkie dotychczasowe doświadczenia wypracowane w dziedzinie pomocy osobom uzależnionym mówią o tym, żeby koordynować działania w różnych obszarach instytucjonalnych, każdy specjalista ma swoje kompetencje, którymi będzie się posługiwał i wychodził ze swoimi świadczeniami do osoby tego potrzebującej. Teraz, kiedy toczą się prace nad trzema ustawami, nad dwiema już bardzo zaawansowane, trzecia chyba dopiero będzie wchodziła, czyli ustawa o zawodzie psychologa, ustawa o zawodzie psychoterapeuty i ustawa o zawodzie psychoterapeuty uzależnień, widzę pewne ryzyko, ponieważ te ustawy będą bardziej dzieliły psychologów i psychoterapeutów. Nasze działania, które do tej pory opierały się na leczeniu psychologicznym, na metodach psychologicznych, które miały wspierać osoby w różnych kryzysach, również kryzysie uzależnień, okazuje się, że nie będą mogły robić do tej pory wykonywanych czynności, ponieważ one będą przypisane do innych zawodów.

A więc czy państwo, kiedy pochylamy się nad koordynacją różnego rodzaju działań, jesteście przygotowani na to, że za chwilę będzie ogromny chaos w świadczeniach psychologiczno-psychoterapeutycznych, ponieważ uznając je za odrębne zawody, nie będzie można przekraczać swoich kompetencji, bo za wszystkie takie działania będzie ryzyko kary dyscyplinarnej? Myślę, że dla osób wykonujących te zawody będzie to potężne obciążenie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję i bardzo proszę.

Prezes Polskiej Rady Psychoterapii Renata Mizerska:

Renata Mizerska, Polska Rada Psychoterapii, certyfikowana superwizorka, psycholog, psychoterapeutka.

Proszę państwa, ja chciałam się podzielić kilkoma refleksjami i też mam pytania. Niejako od końca chciałabym się odnieść do kwestii zawodów, które są związane z pomaganiem. Stoję na stanowisku – i myślę, że nie jestem tu jedyną osobą – że regulacje zawodowe wspierają i będą wspierać skoordynowaną opiekę. Można byłoby dać wiele przykładów, gdzie współpraca daje bardzo dobre efekty i w wielu krajach współpraca między specjalistami te efekty daje. Często w debacie publicznej pojawia się takie pojęcie leczenia psychologicznego, dzisiaj również padło w rozmowie. Proszę państwa, chciałabym przestrzec przed kalkami językowymi, uproszczeniami, które kierują nasze myślenie w inną stronę, niż to, jak w rzeczywistości takie określenie jest używane w języku angielskim. Niewątpliwie psycholodzy, psychoterapeuci wspierają proces leczenia i jednocześnie też jest tak, że nie jest to leczenie w rozumieniu medycznym, tak jak jest to w prawie zastrzeżone, więc chciałabym, żebyśmy też na to zwracali uwagę.

To, co zwróciło moją uwagę dzisiaj, kiedy zaczęliśmy to spotkanie, a zaczęliśmy od takiej mapy uzależnień, w której pojawiły się różne uzależnienia, nie tylko uzależnienie od alkoholu i nie tylko uzależnienie od nikotyny. Na pytanie pani przewodniczącej i państwa posłów, co możemy zrobić, wydaje mi się, że dzisiejsza debata nam pokazała, jak łatwo jest się skupiać tylko na wycinku tej rzeczywistości, która dotyczy uzależnień. Jak łatwo od ogólnego kontekstu zeszliśmy do bardzo specyficznych dwóch uzależnień i problematyki z tym związanej. Wydaje mi się, że to, co byłoby pomocne, to pomyślenie o uzależnieniach w inny sposób, jako o uzależnieniach regulacyjnych. Problem uzależnienia to jest problem degradacji wspólnoty i to nie jest problem jednostki, tylko to jest problem nas wszystkich jako społeczeństwa i naszych wspólnot lokalnych.

Przedstawiciel ministerstwa mówił o pomocy socjalnej, to jest niezwykle ważne, ponieważ to, z czym my się teraz borykamy, to z uzależnieniami regulacyjnymi i uzależnieniami hybrydowymi. Mam pytanie, czy ministerstwa w ogóle zwracają uwagę lub planują zwrócić uwagę na zmianę optyki na uzależnienia, ponieważ to, co jeszcze się do tego dokłada, to normalizacja zachowań uzależnieniowych jako dbania o siebie, tzw. *self-care*. Mam tutaj na myśli to, o czym dzisiaj właściwie nie mówimy, nie mówimy o uzależnieniach związanych

z nowoczesnymi technologiami i połączeniami – nie mówimy o uzależnieniach dotyczących pornografii, szczególnie też w kontekście dzieci i młodzieży.

To są rzeczy, na które, wydaje się, powinniśmy zwrócić uwagę, bo jak mamy sobie z tym poradzić? Z pewnością na dwóch biegunach, zarówno pomagając osobom, które już doświadczają różnych uzależnień, jak również dbając o to, żeby te więzi mogły istnieć także na poziomie wspólnot i żeby była profilaktyka, ponieważ naszego systemu nie stać na to, żeby pozwolić sobie najwyczajniej na świecie, żeby zajmować się tylko osobami, które już doświadczają uzależnienia jako czegoś aktywnego. Dlatego też zastanawiam się, czy Ministerstwo Zdrowia planuje jakiegoś rodzaju programy profilaktyczne czy pilotażowe? Na przykład brakuje mi tutaj przedstawiciela ministerstwa edukacji, ponieważ jeśli chodzi o ekrany, przykład z Austrii pokazuje, że można pilotażowo prowadzić w szkołach próby promowania pracy bez ekranów, szczególnie jeśli chodzi o dzieci młodsze.

Kwestia dotycząca weryfikacji faktycznego wieku użytkowników treści pornograficznych...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Ja tylko jedno zdanie, ponieważ – rozmawiamy z sekretariatem – mamy kolejne posiedzenie właśnie na temat uzależnień cyfrowych. Dzisiaj celowo jest tylko w tych... Więc będziemy o tym rozmawiać.

Prezes Polskiej Rady Psychoterapii Renata Mizerska:

Bardzo dziękuję za to doprecyzowanie i chciałabym zwrócić uwagę, że jest coś takiego, jak centra usług społecznych. Wydaje mi się, że jest to taki element systemu, który mógłby zacząć odgrywać większą rolę w radzeniu sobie z problemami uzależnień, szeroko rozumianymi, szczególnie z uzależnieniami, które dzieją się w różnych społecznościach. Te społeczności naprawdę lokalnie najlepiej wiedzą. Wydaje mi się, że nie tylko ośrodki leczenia uzależnień, tak jakby je znamy, ale również centra usług społecznych i inne programy, które mogłyby być włączone, mogłyby nam w tym pomóc, ponieważ uzależnienia – jeszcze raz to podkreślę – to jest problem wspólnoty i społeczeństwa, a nie problem jednostki.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani do odpowiedzi na pytania... Bo ja już nie widzę więcej zgłoszeń.

Dobrze, bardzo proszę, jeszcze dwa zgłoszenia, to w takim razie trzy krótkie zgłoszenia.

Proszę się przedstawić, zabrać głos i potem oddamy głos ministerstwu.

Sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorz Wrona:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, Grzegorz Wrona, Naczelna Rada Lekarska.

Szanowni państwo, żeby naocznie przekonać się o problemie, o którym rozmawiamy, wystarczy wsiąść na jeden dyżur do karetki pogotowia ratunkowego, pojeździć sobie 24 godziny, szczególnie w godzinach nocnych, a później zostać przez dobę na SOR. I nie trzeba żadnych statystyk. Żadnych.

W związku z tymi doświadczeniami bardzo wielu lekarzy wycofało się, nawet jeśli posiadają specjalizację z medycyny ratunkowej, z tego rodzaju pracy, bo oberwać po mordzie można wszędzie, ale szkoda, jeżeli się obrywa po mordzie od osoby, która jest uzależniona czy to od alkoholu, czy od narkotyków. To jest przyczyna tego, że dzisiaj w karetkach, na SOR, mamy rzeczywiście problemy z pomocą. Jeżeli tego problemu nie rozwiążemy, to będziemy gonić własny ogon.

Szanowni państwo, Naczelna Rada Lekarska, samorząd zawodowy, od bardzo wielu lat zabiega o to, aby podejmowane były wszelkie działania, również skuteczne działania parlamentarzystów, które ograniczają bądź utrudniają dostęp do alkoholu, narkotyków, nikotyny i wszelkiego rodzaju środków, które powodują problem, o którym powiedziałem przed chwilą.

Dziękuję panu profesorowi Falowi, dziękuję panu ministrowi Balickiemu za wypowiedzi. Myślę, że bylibyśmy w stanie zarzucić państwa wszelkiego rodzaju informacjami, ale mam prośbę, przestańmy gadać, weźmy się do roboty. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Jesteśmy w o tyle dobrej sytuacji, że właśnie na tym posiedzeniu Sejmu będą procedowane ustawy o ograniczeniu dostępu i zakazach. To jest ten moment.

Bardzo proszę.

Prezes Instytutu Człowieka Świadomego Anna Dela:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, panie posłanki, panowie posłowie, Anna Dela, Instytut Człowieka Świadomego.

Ja powiem tak, ponieważ pani przewodnicząca już zaadresowała ten temat, ale pozwolę sobie doprecyzować, ponieważ pani minister Kęcka w swoim wystąpieniu 8 stycznia na połączonym posiedzeniu Komisji Zdrowia i Komisji Gospodarki i Rozwoju bardzo mocno położyła nacisk na to, że setki tysięcy osób rozpoczynają dzień od małoformatowych alkoholi, od przysłowiowych małpek, że są to rodzice, są to pracownicy. Ja też oczywiście mam na uwadze to, co powiedział przed chwilą pan profesor Fal, niemniej jednak proszę pamiętać, że małoformatowe alkohole sprzyjają pielęgnowaniu uzależnienia, zanim ono zostanie zauważone przez kogokolwiek innego.

Pozwoliłam sobie ostatnio wejść do jednej z sieciówek i stanąć przed półką, bo nie korzystam akurat z tej witryny. Jakie są smaki? Proszę państwa, kaktusowy, hibiskusowy i mogłabym wymieniać takie, o których mi się nie śniło. Wiem, że pani przewodnicząca powiedziała, że były problemy związane z regulacjami Unii Europejskiej, ale być może... Rozumiem, że zakazanie danego produktu wiąże się z bardzo dużymi reperkusjami gospodarczymi czy też regulacjami zwyczajnymi, ale być może ministerstwo rozważyłoby kwestie ograniczenia smaków. To jest procedowane też w innych ustawach, więc jest to jakaś forma... Są badania, które mówią, że właśnie to, że są smaki, to sprzyja ukrywaniu, bo nie czuć tego od nas, i oczywiście też jest przyjemniejsze do spożywania.

Dodatkowo być może format niepłaskiego opakowania, a okrągłego, bo to też już jest coś, co – jak mówią – niełatwo ukryć w marynarce, bo nie przylega już tak łatwo. Więc to są być może prozaiczne rozwiązania, ale które spowodowałyby, że realnie ograniczymy konsumpcję. Myślę, że mało kto sięgnie po czystą wódkę, żeby wypić, a kaktusową, hibiskusową czy jakąkolwiek inną – zdecydowanie to sprzyja, szczególnie jeśli chodzi o kobiety.

Proszę państwa, te 100 ml, to nawet kobieta jest w stanie wypić jednym większym łykiem. Więc być może, jeżeli nie zakaz, to jednak ta minimalna objętość, niekoniecznie 100 ml, ale chociaż 200–250 ml. Wiem, że to też prozaiczne, ale nie jest już to takie łatwe do spożycia naraz i wyrzucenia gdzieś do kosza. To jest pierwsza rzecz, to jest kwestia alkoholu.

Druga to jest kwestia nikotyny. Też bardzo krótko, bo pan naczelnik powiedział, że procedowane są różne ustawy i też usłyszeliśmy, że mamy trzy poradnie nikotynowe w Polsce, o czym zresztą mówimy już od dawna. Natomiast, proszę państwa, co mnie ciekawi, to: dlaczego my nie spojrzymy na regulację produktu, który jest najbardziej szkodliwy, pani przewodnicząca? Papierosów, tradycyjnych papierosów – paczka jest tak śmiesznie tania, że jeżeli człowiek ma sobie pomyśleć: iść do psychologa, kontynuować terapię, może jeszcze jakąś nikotynową terapię zastępczą, przyjąć jakieś specyfiki... To nie taniej iść i kupić sobie jednak tę paczkę papierosów? A jeżeli jeszcze są trzy poradnie, do których dostęp jest ograniczony? Iść prywatnie, to jest w ogóle abstrakcja dla większości z tych osób. Na przykład Agencja Żywności i Leków (FDA) proceduje ograniczenie zawartości nikotyny w tradycyjnych papierosach do – pozwoliłam sobie zapisać – 0,7 mg/g.

A wiecie państwo, jaka jest zawartość w naszych tradycyjnych papierosach? W jakich wartościach się rozpościera? Od 8 do 20 mg/g. Czy to nie byłaby jakakolwiek... Bo jednak zmniejszamy zawartość nikotyny. Tak? Powodujemy, że organizm jest mniej przyzwyczajony do tego specyfiku. Też podsuwam pomysł może do rozpatrzenia przez Ministerstwo Zdrowia. Jednorazówki, my wiemy, wszelkie zło, młodzież, dostępność cenowa, atrakcyjność, niezbadany skład importowany. My to wszystko wiemy, ale może, żeby nie atakować w przestrzeń, w kosmos, tylko skupić się też na tym produkcie – ja wiem, że to jest trudne, ja rozumiem, że to się spotka z nieprzychylnością różnych środowisk.

Natomiast dlaczego nie atakujemy produktu, który jest najbardziej szkodliwy? To jest teza udowodniona naukowo, to nie jest jakiś wymysł. Dlaczego to zostawiamy? Bo jest niewygodne, trudne? Ja wiem, ale być może warto pomyśleć o tej zawartości nikotyny? Nie wiem, może o ograniczeniu liczby papierosów paczce, żeby ktoś musiał częściej iść. To są utrudnienia, które nam się wydają śmieszne, ale dla człowieka jednak nastroczają jakichś problemów. Oczywiście nie wspomnę o rozwiązaniach systemowych, poradniach i tym podobnych kwestiach, które są obligatoryjne, o czym mówimy, ale – mówimy. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Proszę ostatni głos. Poprosimy tylko o przedstawienie się.

Adiunkt w Zakładzie Fizykochemicznej Analizy Leku Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego Dawid Panek:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, Dawid Panek, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ja też chciałem podzielić się opinią w kwestii przede wszystkim alkoholu. Chciałem zwrócić uwagę na trend NoLo, który pojawia się, który raczkuje, być może nawet kroczy w społeczeństwie, szczególnie wśród tych młodszych pokoleń. Tu gen Z i mileniałsi, myślę, są takimi sztandarowymi przedstawicielami.

Trend NoLo opiera się na świadomej rezygnacji, tak dla przypomnienia, czy też minimalizowaniu ilości spożywanego alkoholu. Wiemy doskonale, że alkohol to jest jakiś element, który nie tylko w naszej kulturze, ale generalnie w kulturze wielu społeczeństw i państw towarzyszy chociażby spotkaniom, rozmowom. Trend NoLo daje właśnie alternatywę – żeby nie spożywać tego alkoholu przy okazji różnych spotkań, rozmów. Nigdy nie wyeliminujemy spotkań, rozmów, natomiast mogą się one odbywać przy spożyciu napojów bezalkoholowych, tzw. zerówek. Wydaje mi się – taka jest moja prywatna opinia – że powinniśmy wspierać ten trend NoLo jako oddolną inicjatywę, dmuchać w żagle, które się powoli rozwijają i powoli płyną. Trend staje się rzeczywiście coraz modniejszych wśród młodzieży, szczególnie osób między 18. a 30. rokiem życia. Myślę, że też wśród starszych, bo widać, że ta kultura powoli się zmienia w Polsce.

Wiem, że toczy się dyskusja na temat tego, czy piwo bezalkoholowe, mówiąc wprost – czy to jest dobre, czy tak w ogóle powinno się nazywać, czy powinno być podciągnięte pod napoje alkoholowe, czy też pod napoje *stricte* bezalkoholowe? Jaka jest ich rola w społeczeństwie?

Ja chciałem zwrócić uwagę na rozróżnienie napojów, ponieważ piwo bezalkoholowe jest przeznaczone jako alternatywa dla osób powyżej 18. roku życia, dla osób dorosłych, czy to osób, które podążają za trendem NoLo i zgodnie z nim postępują, czy też na przykład dla osób, które prowadzą samochody, i to zwiększa bezpieczeństwo ruchu drogowego, czy dla osób, które przyjmują leki, i też jest niewskazane spożywanie piwa alkoholowego czy w ogóle napojów alkoholowych.

Chciałem zwrócić uwagę na odróżnienie od napojów, którymi się nie zajmujemy – napojów przeznaczonych dla dzieci, powiedziałbym, kolorowych szampanów, bo nie chcę podawać nazwy własnej. Natomiast myślę, że wszyscy wiemy, o którą nazwę nam chodziło i która też jest elementem wielu żartów. Chociaż to nie jest śmieszne. Przy użyciu takich napojów rodzice uczą pewnej kultury celebracji – świętowania urodzin, ważnych wydarzeń w towarzystwie czegoś, co pod względem kształtu butelki przypomina napoje alkoholowe. Uważam, że to jest złe i powinno się tym zająć ministerstwo. Z tego, co wiem, w tej chwili brakuje dyskusji, brakuje rozważań na ten temat.

Natomiast jeszcze króciutko, tylko odnosząc się do polityki antynikotynowej, bo też bardzo ciekawa dyskusja rozgorzała na ten temat. Wydaje mi się, że planując politykę antynikotynową, która – jak wiele osób zauważyło – wciąż jest za słabo rozwinięta czy też w ogóle nierozwinięta, powinniśmy więcej kierować się, z pewną dozą ostrożności, przykładami z innych krajów – tutaj mam na myśli redukcję szkód, kilka razy padał ten termin – ale także dowodami naukowymi i nauką, chociażby w postaci medycyny opartej na dowodach. Wydaje mi się, że za dużo kierujemy się czystą intuicją i zakazami. Na przykład, jeżeli chodzi o politykę antynikotynową, to zgadzamy się, że powinna latać na dwóch skrzydłach. Jedno to zapobieganie inicjacji nikotynowej szczególnie u osób młodych, drugie skrzydło to pomoc dla osób już uzależnionych.

Myślę, że tu jest potrzebny jakiś złoty środek, bo trwa dyskusja na temat produktów nikotynowych. Czy one będą gdzieś tam uczestniczyły w inicjacji nikotynowej osób młodych, czy też nie? Wydaje mi się, że właśnie trzeba kierować się zdrowym rozsądkiem i dowodami naukowymi. Jeżeli na przykład godzimy się na jakieś produkty nikotynowe, które miałyby być dostępne na rynku, żeby były to produkty nikotynowe stosunkowo najbezpieczniejsze i jednocześnie najmniej atrakcyjne dla młodzieży. Być może najbardziej przypominające na przykład nikotynową terapię zastępczą, która – już wiemy – jest dostępna w aptekach. Być może warto rozważyć, kierując się literaturą naukową – dużo jest takiej literatury, osobiście ją czytałem – wybierać produkty na przykład o najbardziej dopasowanej farmakokinetyce

czy właśnie wchłanianiu w porównaniu do nikotynowej terapii zastępczej, również najbardziej ją naśladujące.

Trzecie moje przemyślenie, które narodziło się w czasie tej dyskusji. Jeżeli faktycznie jest problem z ilością alkoholu sprzedawanego do południa – pojawił się termin prohibicji nocnej – chwalać prohibicję nocną, dlaczego nie rozważyć też prohibicji porannej, która zapobiegałaby na przykład spożywaniu do godziny 13.00, do godziny 12.00? Tak, rozładowując troszeczkę kolejkę w zielonych sklepach. Myślę, że warto by było także rozważyć kwestię prohibicji porannej, chroniąc i zniechęcając społeczeństwo do spożywania alkoholu w godzinach pracy w różnej postaci, również wysokoprocentowych małpek, które – jak usłyszeliśmy – są dużym problemem. Dziękuję za głos, dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Bardzo poproszę Ministerstwo Zdrowia, pana dyrektora, o odpowiedź.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Marek Stańczuk:

Szanowni państwo, bardzo serdecznie dziękuję za wszystkie pytania. Myślę, że dowodzi to tego, jak ważny jest ten temat i jak niezwykle istotna jest dyskusja, a przede wszystkim, jak ważne jest działanie.

Postaram się odnieść do jak największej liczby pytań, jeżeli chodzi natomiast o kwestie dotyczące sposobu leczenia uzależnień, motywacji do leczenia czy dane dotyczące osób uzależnionych, to pozwolę sobie przekazać głos panu dyrektorowi Arturowi Malczewskiemu z Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Jeżeli chodzi o koszty społeczno-ekonomiczne, czyli te wykazane ostatnio przez panią minister Katarzynę Kęcką na połączonych komisjach – 93 000 000 tys. zł. To oczywiście są szacunki robione jeszcze przez PARPA w 2020 r., niemniej dostępne dane pokazują, że tę kwotę można szacować na poziomie już nawet 180 000 000 tys. zł.

Jeżeli natomiast chodzi o dane z wpływu z akcyzy, w porównaniu do tej kwoty... Wpływ z akcyzy napojów alkoholowych to 14 500 000 tys. zł w 2024 r., więc wydaje się, że ta rozbieżność kosztów społeczno-ekonomicznych a wpływów jest dość istotna. Jeżeli chodzi o pytania dotyczące... Oczywiście ja się zgadzam ze wszystkimi przedmówcami w zakresie konieczności prowadzenia kompleksowej polityki w kontekście ograniczania szkód używania alkoholu. Wydaje mi się, że szczególnie w kontekście młodych osób prowadzone działania czy też te zaprezentowane w ministerialnym projekcie skierowanym do konsultacji publicznych i uzgodnieniach, ponieważ odpowiadają na tę potrzebę doszczegółowienia funkcjonujących już przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dość kompleksowo regulują kwestie, chociażby promocji, uszczegóławiają definicje, jest wprost uszczegółowiona kwestia zakazu całkowitej reklamy alkoholu, włącznie z piwem. W kontekście legitymowania osób małoletnich – również obowiązek poddania takiej czynności w przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do wieku. Odnoszą się do kwestii wyglądu opakowań napojów do 300 ml, które bardzo często zachęcają do ich kupowania i spożywania przez osoby małoletnie. Uzupełniają też lukę normatywną, jaka jest w kontekście reklamy napojów, które swoim znakiem i towarem przypominają napoje alkoholowe, których zakaz jest wprost wpisany w ustawie, natomiast nie ma za to sankcji karnej.

Jeżeli chodzi o kwestię małpek, to oczywiście ja nie będę w stanie rozstrzygnąć możliwości wprowadzenia podczas tej Komisji zakazu wprowadzenia tego rodzaju produktów. Natomiast faktycznie jest tak, że funkcjonująca w polskim porządku prawnym ustawa o towarach paczkowanych, implementująca dyrektywę Parlamentu Europejskiego, wskazuje konkretne wartości litrażowe dla poszczególnych napojów alkoholowych i być może jest faktycznie niezbędna pogłębiona dyskusja, w kontekście przepisów również europejskich, w zakresie możliwości wprowadzenia zakazu, aczkolwiek Ministerstwo Zdrowia jest jak najbardziej otwarte na dyskusję w szerokim zakresie dotyczącym tego tematu.

Przy okazji małpek musimy pamiętać o funkcjonującej opłacie, tzw. małpkowej, pobieranej od napojów alkoholowych do 300 ml. To w 2024 r. wyniosło szacunkowo ok. 58 000 tys. zł. Są to środki, które wpływają do NFZ i do gmin na działania na rzecz walki z ze skutkami uzależnień od alkoholu.

Jeżeli chodzi o kwestię poruszaną w państwa pytaniach, dotyczącą leczenia substytucyjnego, to oczywiście Ministerstwo Zdrowia jak najbardziej dostrzega potrzebę rozszerzania tego

leczenia w kontekście dostępu do leków zawierających buprenorfinę, ale również możliwość stosowania tych leków na podstawie transkrypcji przez lekarza NFZ. Taki projekt dotyczący rozszerzenia dostępności do leczenia substytucyjnego został skierowany na Stały Komitet Rady Ministrów. Mam nadzieję, że przejdzie to dość szybko i będziemy mogli już niedługo procedować ten projekt w Sejmie.

W kontekście jeszcze nikotyny i zapobiegania wczesnej inicjacji oraz prowadzenia skutecznej polityki. Wydaje mi się, że tutaj Ministerstwo Zdrowia jest jak najbardziej zaangażowane. Procedowany obecnie projekt nowelizacji ustawy tytoniowej jest już trzecim projektem wdrażanym w tej kadencji. Aktualnie został przyjęty przez Stały Komitet Rady Ministrów. Właśnie te poprzednie projekty, które wdrażały m.in. dyrektywę delegowaną o zakazie podgrzewanych wyrobów tytoniowych czy również uregulowania płynów do elektronicznych papierosów niezawierających nikotyny, żeby przeciwdziałać tej wczesnej inicjacji, są procedowane. Wydaje mi się, że ta polityka jest akurat dość konkretnie realizowana i ma odzwierciedlenie w konkretnych przepisach.

Chciałbym jeszcze odnieść się do kwestii *harm reduction* i promowania wyrobów bezdymnych, musimy pamiętać, że Ministerstwo Zdrowia opiera się nie tylko na danych WHO, na współpracy w ramach Ramowej konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu (WHO FCTC), jednak również na ekspertyzach krajowych. W październiku zeszłego roku została wydana rekomendacja prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która jasno wskazuje, jeżeli mówimy o polityce *harm reduction*, może ona dotyczyć jedynie leków w ramach nikotynowej terapii zastępczej, czyli leków zarejestrowanych z potwierdzoną skutecznością i nie może dotyczyć promowania czy używania wyrobów bezdymnych w ramach nikotynowej terapii zastępczej. Ministerstwo Zdrowia jest zobligowane do dość konkretnego stosowania i przygotowania projektów na podstawie rekomendacji.

Jeszcze à propos ustawy tytoniowej, to musimy też pamiętać, że my poruszamy się w ramach – czego nie ma chociażby w kwestii dotyczącej alkoholu – dyrektywy tytoniowej, czyli pewnego zbioru przepisów, które po prostu obowiązują w państwach Unii Europejskiej i teraz jesteśmy w procesie opracowywania, mam nadzieję już niedługo, nowych rozwiązań w ramach nowej dyrektywy. Zobaczymy, do czego będziemy się odnosić, z czym będziemy się mierzyć i jakie będą kierunki działań. Niemniej dążymy do jak najbardziej skutecznych rozwiązań.

Z mojej strony to chyba wszystko. Co do odpowiedzi na pozostałe informacje dotyczące leczenia uzależnień – oddam głos panu dyrektorowi. W takim razie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo i bardzo proszę, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora ds. Lecznictwa, Badań i Certyfikacji Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom Artur Malczewski:

Dziękuję pani przewodnicząca, dziękuję państwu za ciekawą, interesującą dyskusję, która pokazuje, z jakimi wyzwaniem się mierzymy.

Chciałbym szerzej się odnieść do poruszonej tutaj kwestii, ponieważ, proszę państwa, jak spojrzymy na wyniki badań na młodzieży w populacji generalnej, szczególnie te ostatnie wyniki badań „Europejskiego programu badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków” (ESPAD) na młodzieży... Teraz realizujemy z Fundacją CBOS duże badania na osiemnastolatkach, które pokazują pozytywne tendencje w obszarze alkoholu, w obszarze narkotyków. Odsetek użytkowników marihuany spadł z 21% do 17%. Wyzwaniem są e-papierosy, bo teraz młodzi ludzie zaczynają często inicjacje od e-papierosów. Spośród piętnasto-, szesnastolatków w ciągu ostatnich 30 dni e-papierosy używało 57% z nich, gdzie tradycyjne wyroby tytoniowe, papierosy – 30–39%.

Kolejne wyzwanie, które mamy, proszę państwa, też było dzisiaj wspomniane, to są na przykład gry hazardowe. Tu obserwujemy tendencję wzrostową – z 18% w 2019 r. do 25% w 2024 r. wzrósł odsetek młodych osób, uczniów, którzy kiedykolwiek grali w gry hazardowe.

Jak spojrzymy, z jaką skalą problemu mamy do czynienia – wyniki badań w ramach Kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOB II) mówią o prawie 600 tys. osób uzależnionych od alkoholu, a 2 300 tys. osób ma problemy związane z alkoholem. W przypadku narkotyków mówimy o ok. 200 tys. osób uzależnionych i ok. 35 tys. patologicznych hazardzistów. To są dane z badań, które wspieraliśmy finansowo.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia z blisko 600 tys. osób uzależnionych od alkoholu ok. 170 tys. jest zarejestrowanych w systemie leczenia. Jest to wyzwanie, które było wspomniane – jak zmotywować te osoby, które nie chcą się leczyć. To jest trudne zadanie.

Państwo znają system pomocy w Polsce. Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA) podejmują takie działania. To jest ważna rola samorządów, lekarzy, całego środowiska terapeutów. Korzystając z okazji, chciałem tym wszystkim osobom bardzo podziękować – tej rzeszy ludzi, którzy są zaangażowani w działania i zainteresowani, poświęcają swój czas, jak państwo, którzy przyszedli na to spotkanie. Jest to ogromna rzesza ludzi.

W Polsce, proszę państwa, ten system nie wygląda źle. Wiele krajów nam zazdrości tego, że każda gmina musi mieć swoją lokalną strategię, każde województwo musi mieć swoją lokalną strategię, że mamy rozbudowany system pomocy. W krajach zachodnich, na przykład we Francji, główny pomysł na leczenie osób uzależnionych jest to tylko substytucja. Mamy wiele ośrodków stacjonarnych i ambulatoryjnych, które leczą w tej opartej na abstynencji najtrudniejszej metodzie, oczywiście mamy wyzwania związane z niedostatecznym dostępem do leczenia substytucyjnego, ale tak naprawdę, żeby zmierzyć się z tym problemem, to trzeba byłoby spojrzeć na meritum, czyli zacząć od profilaktyki i edukacji.

Ja mam, proszę państwa, takie wrażenie, że my już wiele lat temu odeszliśmy od tego silosowego podejścia w profilaktyce substancji psychoaktywnych albo w promocji zdrowia psychicznego, takiego rozbicia na narkotyki, alkohol, tytoń czy te najnowsze zagrożenia – uzależnienia behawioralne. Od 2010 r. moja instytucja – wcześniej to było krajowe biuro razem z państwową agencją – prowadzi system rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Tylko kilka krajów ma taki system, taką bazę programów rekomendowanych, zewalutowanych, który mają certyfikat Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej. Jest tam 30 dobrej jakości programów, które nie dotyczą, proszę państwa, tylko substancji psychoaktywnych.

„Luba czuje” – ostatni program dla cztero- i pięcioletków dotyczy ograniczenia czynników ryzyka. Ja mówię o bazie, która powstała w roku 2010 z zamysłem nie tylko substancji psychoaktywnych, tylko promocji zdrowia psychicznego. Jest również taki program „Wspólne kroki w Cyberświecie”, żeby się zmierzyć z nowymi zagrożeniami. Ponad 1 tys. gmin wdraża chociaż jeden rekomendowany program.

Proszę państwa, ja pokładam dużą wiarę w młodym pokoleniu. Pan mówił o niepicciu albo picciu napojów niskoalkoholowych. Widzimy bardzo pozytywne tendencje wśród młodego pokolenia, które zaprocentują w przyszłości, mam taką nadzieję.

Staramy się państwa wspierać w tej ciężkiej pracy, w tych działaniach profilaktycznych i edukacyjnych. Potrzebujemy państwa wsparcia, ponieważ to jest bardzo ważnym elementem. To, co jest w obecnie procedowanej ustawie, na przykład ograniczenie dostępności do napojów alkoholowych, czyli oprócz tej profilaktyki uniwersalnej, profilaktyki selektywnej, wskazującej i promocji zdrowia psychicznego, gdzie 30 programów mamy w naszej bazie, które rekomendujemy, również tzw. profilaktyka oparta na kształtowaniu norm środowiska społecznego, *environmental prevention*, żeby odciąć młodych ludzi, ale też tych dorosłych, którzy mierzą się ze swoim problemem, od dostępności, przede wszystkim do napojów alkoholowych, żeby punktów było jak najmniej, żeby ograniczyć działania promocyjne. Tutaj potrzebujemy państwa wsparcia, bo to jest bardzo ważny element rekomendowany przez WHO kompleksowego podejścia do kwestii uzależnień.

To tak, proszę państwa, z mojej strony w telegraficznym skrócie, możemy później odpowiedzieć na państwa pytania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Poproszę przedstawiciela ministerstwa polityki społecznej i rodziny.

Zastępca dyrektora departamentu MRPiPS Anna Bielawska-Jutrzenka:

Dziękuję.

Przed wszystkim, szanowni państwo, bardzo gratuluję tej dyskusji i nie ukrywam, że cieszę się, że mogłam wziąć w niej udział. Powtórzę za panem dyrektorem, że tutaj usłyszeć tyle cennych uwag i doświadczeń państwa, wybitnych specjalistów – naprawdę ukłony.

Ja chciałabym się odnieść również w telegraficznym skrócie do profilaktyki i tej współpracy, która tutaj została zaakcentowana. Na samym wstępie mojej wcześniejszej wypowiedzi mówiłam, że dzisiaj, co prawda, reprezentuję resort Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, jestem zastępcą dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej, ale przez wiele lat pracowałam w sektorze pomocowym. Bardzo dziękuję za tę wypowiedź jako dyrektor centrum usług społecznych i zanim pani to powiedziała, miałam zanotowane, żeby podzielić się z państwem moimi spostrzeżeniami, bardziej moją praktyką jako samorządowca.

Faktycznie, jeśli chodzi o ośrodki pomocy społecznej, to wygląda to w ten sposób, że one bazują na ustawie o pomocy społecznej. Mamy kilka świadczeń – w ustawie o pomocy społecznej mówi się o świadczeniach pieniężnych bądź niepieniężnych – i właściwie na tym pomoc, wsparcie się kończy.

Jest też ustawa o realizowaniu usług społecznych przez centra usług społecznych, za chwilę będzie procedowany projekt zmian tej ustawy. Ona obowiązuje już od 5 lat. Tych centrów w Polsce mamy nadal mało, myślę, że ok. 150 na wszystkie samorządy, ale jak państwo sięgną do tej ustawy, do art. 2, to znajdziecie tam 14 obszarów tematycznych, jakimi mogą się zajmować centra usług społecznych: zdrowie publiczne, ochrona zdrowia psychicznego, uzależnienia i inne. Tego jest bardzo dużo.

Jeśli chodzi o tę profilaktykę – samorządy lokalnie, jak wiecie państwo, otrzymują środki m.in. na profilaktykę, one są potocznie nazywane, co podkreślił pan naczelnik, małpkowymi. Takie środki zasadniczo powinny być przeznaczone na szeroko rozumianą profilaktykę i wierzę w to głęboko, że tak się dzieje.

Powiem państwu, że z mojego doświadczenia wynika, z mojego doświadczenia samorządowego jako dyrektora czy miejsko-gminnego ośrodka pomocy społecznej, czy później centrum usług społecznych... My tworzyliśmy ośrodek profilaktyki rodzinnej, to była jednostka strukturalna pod centrum usług społecznych. W ośrodku profilaktyki rodzinnej – przepraszam, bo to może brzmi nieskromnie, ale chcę państwu pokazać, że naprawdę można realizować profilaktykę, i to się dzieje w wielu samorządach, ale najwyraźniej trzeba się jeszcze tą dobrą praktyką szerzej podzielić – zatrudnialiśmy psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień, asystentów rodzin, współpracowaliśmy z psychiatrą itd. Realizowaliśmy wiele programów rekomendowanych – to, o czym powiedział pan dyrektor, co jest niezmiernie ważne. Muszę państwu powiedzieć, że wyszliśmy do każdej ze szkół, do szkoły średniej, do szkoły podstawowej, byliśmy również w przedszkolach u tych najmłodszych naszych mieszkańców. To naprawdę się dzieje i realizowaliśmy tę profilaktykę z udziałem, jak państwo widziecie, zarówno edukacji, administracji, jak i wielu innych jednostek gminnych, z udziałem NGO. Można dużo mówić.

Pamiętam doskonale, że po pewnym czasie ta młodzież i młodzi ludzie – ja się zgodzę, że cała nadzieja albo większość nadziei właśnie w nich – pamiętam, oni sami do nas przyszli, do ośrodka, i powiedzieli jako wolontariusze, że chcą realizować takie programy. Nakręcili filmiki mówiące o uzależnieniu behawioralnym i one są na różnych portalach, i to naprawdę się dzieje.

Muszę się podzielić taką praktyką: pamiętam moje początki jako pracownika socjalnego tudzież asystenta rodziny, kiedy pojechałam na jeden z festynów. Być może to nie jest dobra praktyka i nie powinnam o tym mówić, niemniej wszyscy rozmawiamy tutaj o problemie uzależnień i stosowaniu poprawnej profilaktyki. Moja ówczesna pani kierownik poprosiła mnie, żebym ją reprezentowała, ona była członkinią Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, miałam pojechać, bo jakaś część środków została przeznaczona na festyn profilaktyczny. Pamiętam, jakiego doznałam szoku, bo na festynie profilaktycznym oczywiście nie było, bynajmniej nie zauważyłam – to byłoby niedopuszczalne i karygodne, gdyby znajdował się alkohol – ale ponieważ pogoda nie była przyjazna, pojawiły się parasole z reklamą pewnego browaru. To był piknik profilaktyczny. Mówię o czasach, kiedy to było – bodaj 10 lat temu albo więcej.

Kiedy rozmawiam z samorządowcami, z ośrodkami pomocy społecznej z ramienia swojej pracy czy z CUS, z dyrektorami, z pracownikami socjalnymi, mówimy o tym ważnym elemencie, jakimi są problemy społeczne, w tym uzależnienia. Bardzo często zwracam na to uwagę, żeby rozmawiać ze swoimi włodarzami i kontrolować, w jaki sposób są wykorzystywane środki, które de facto są przeznaczone na profilaktykę. Ja tylko dopowiem, że jeśli chodzi o nasze działania, my wpisujemy streetworking w projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej jako bardzo ważny element usługowy.

Niemniej zachęcam wszystkich państwa, żeby z racji swoich codziennych czynności, profesji, ale też zainteresowań, rozmawiać z samorządowcami i wyłuszczać te dobre praktyki, pokazywać, że profilaktyka może być realizowana w sposób poprawny, co powiem raz jeszcze, wierzę głęboko, że tak się dzieje w znacznej większości gmin. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Szanowni państwo, stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Bardzo dziękuję za tę dzisiejszą dyskusję. Uważam, że była bardzo dobra, ważna. Dziękuję również stronie społecznej za głosy. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji, a my musimy się udać na głosowanie. Dziękuję bardzo.