



BIEŻĄCE WYZWANIA: JAK REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE DOSTĘPNOŚCI SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WPŁYWAJĄ NA SPOŁECZEŃSTWO POLSKIE I CO W USTAWACH O WYCHOWANIU W TRZEŻWOŚCI I PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII POWINNO SIĘ ZMIEŃCIĆ?

Z dr n. med. Bogusławą Bukowską – Zastępcą Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, wykonującą zadania Dyrektora KCPU, rozmawia Maja Ruszpel.

– Po aferze z „alkotubkami” wiele środowisk podniosło kwestię zmian w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – m.in. zakazu lub ograniczenia reklamy i promocji alkoholu. Jak aktualnie wygląda sytuacja? Czy możemy spodziewać się ograniczeń w promocji alkoholu?

– Afera z „alkotubkami” spowodowała mobilizację społeczną oraz ostry sprzeciw znacznej części ekspertów wobec wprowadzania na rynek napojów spirytusowych w opakowaniach podobnych do opakowań musów owocowych dla dzieci. Afera uruchomiła także debatę na temat potrzeby wprowadzenia zmian w przepisach ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Przypomniano, i słusznie, że ustawa ta została uchwalona w 1982 roku, w innym kontekście społeczno-ustrojowym i aktualnie nie odpowiada współczesnym wyzwaniom.

– Choć była kilkakrotnie nowelizowana...

– Tak, ale regulacje te raczej osłabiały regulacyjne mechanizmy ustawy, niż je wzmacniały. Stanowcza reakcja mediów oraz społeczeństwa na problem „alkotubek” niewątpliwie miały wpływ na decyzję Ministerstwa Zdrowia o podjęciu prac nad nowelizacją „ustawy alkoholowej” oraz decyzję ministra rolnictwa i rozwoju wsi w sprawie nowelizacji rozporządzenia dotyczącego szczegółowych wymagań w zakresie jakości handlowej opakowań niektórych napojów spirytusowych. Wejście w życie w lutym 2025 roku znowelizowanego rozporządzenia oznacza w praktyce całkowity zakaz wprowadzenia do obrotu napojów

spirytusowych w opakowaniach typu pouch, czyli tzw. alkotubek. Obecnie napoje spirytusowe o pojemności do 200 ml mogą być sprzedawane tylko w butelkach albo puszkach.

– Pierwsze zapowiedzi wskazywały także na wolę wprowadzenia całkowitego zakazu reklamy napojów alkoholowych.

– Tak, istotnie. W praktyce oznaczałoby to, że obecnie dopuszczona prawnie, po spełnieniu określonych ustawowych wymagań, reklama piwa zniknie z przestrzeni publicznej. Tak się jednak nie stało. W skierowanym przez Ministerstwo Zdrowia do konsultacji społecznych projekcie nowelizowanej ustawy zabrakło takich przepisów. Zaproponowano natomiast przepisy mówiące o zakazie promocji napojów alkoholowych.

To oczywiście nie jest to samo, choć niewątpliwie zakaz promocji napojów alkoholowych jest także ważny. W toku wspomnianych konsultacji społecznych wpłynęło wiele uwag, w których wskazywano na potrzebę powrotu do idei wprowadzenia całkowitego zakazu reklamy jakichkolwiek napojów alkoholowych. Obecnie Ministerstwo Zdrowia analizuje zgłoszone uwagi i niebawem dowiemy się, jaki projekt ostatecznie zostanie przedstawiony.

– Jakie jest Pani zdanie na ten temat?

– W interesie zdrowia publicznego jest wprowadzenie zakazu reklamy jakichkolwiek napojów alkoholowych. Alkohol to trzeci najważniejszy czynnik ryzyka dla życia i zdrowia ludzi.

– Czy jest możliwe, by ograniczyć liczbę miejsc, w których sprzedaje się alkohol? Jak wiemy z badań, Polacy piją bardzo dużo, a sklepów z alkoholem czynnych całą dobę jest tysiące.

– Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych wydaje odpowiednio wójt, burmistrz, prezydent miasta, po uzyskaniu pozytywnej opinii gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Ramami prawnymi wydania zezwolenia jest określony limit liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych oraz zasady ich usytuowania, ustalane przez radę gminy. Uchwała rady gminy w tej kwestii powinna być zawsze podporządkowana realizacji celu ustawy, czyli ograniczaniu dostępności napojów alkoholowych.

Z danych KCPU wynika, że w 2023 roku mieliśmy w Polsce 119 tys. miejsc sprzedaży napojów alkoholowych, co oznacza, że na jeden punkt sprzedaży przypada średnio około 300 osób. Tak nie powinno być. Obecnie nie ma innych możliwości ograniczania liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych, jak odwoływanie się do odpowiedzialności członków rady gminy. Ustawa nie formułuje bowiem żadnych wiążących reguł, poza wskazanym powyżej nadrzędnym celem ustawy i np. nie zawiera ustawowo określonych limitów liczby miejsc sprzedaży napojów alkoholowych przypadających na określoną liczbę mieszkańców. Być może wskazanie w ustawie takich limitów przyczyniłoby się do zmniejszenia liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych.

– Pierwszą jaskółką były zakazy nocnej sprzedaży alkoholu – na przykład w Krakowie, który po roku pochwalił się, że dzięki tej zmianie policja podejmowała mniej interwencji, a do izby wytrzeźwień trafiało mniej osób.

– Obecnie ograniczenia w nocnej sprzedaży wprowadziło 176 samorządów m.in. Piotrków Trybunalski, Katowice, Kraków, Gdańsk, Olsztyn. We wszystkich miejscowościach, w których takie ograniczenia wprowadzono, zaobserwowano poprawę porządku publicznego oraz zmniejszenie liczby interwencji straży miejskiej i policji w godzinach zakazu sprzedaży napojów alkoholowych. Niewątpliwie samorządy i lokalne społeczności

powinny wzmocnić swoje działania na rzecz ograniczania liczby punktów sprzedaży. Niemała w tym rola społeczeństwa obywatelskiego, które swoimi działaniami może zainicjować dyskusję nad ograniczeniem liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych w swojej miejscowości czy ograniczeniem godzin sprzedaży tychże napojów w godzinach nocnych i lobbować, by takie uchwały były podejmowane.

– Co dla Pani jest ważne w tym temacie? Co Pani chciałaby, żeby zostało zmienione w ustawie?

– Uważam, że ograniczenie poziomu spożycia napojów alkoholowych, a tym samym redukcja szkód, to jeden z najważniejszych priorytetów zdrowia publicznego w Polsce.

Nasz kraj jest w czołówce rankingu krajów UE o największym wskaźniku zgonów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania związanymi z używaniem alkoholu. Współczynnik zgonów z tego powodu wyniósł w Polsce w 2021 roku 7,4 na 100 tys. mieszkańców, w grupie wiekowej poniżej 65 r.ż., co daje nam trzecie miejsce w UE po Łotwie i Słowenii. Średnia dla UE wynosi 3,6 zgonów na 100 tys. mieszkańców.

Obserwujemy systematyczny wzrost liczby zgonów z powodu chorób somatycznych spowodowanych piciem alkoholu. W 2021 roku liczba zgonów z powodu chorób wątroby osiągnęła rekordową wartość – 9230 zgonów. Zgony z powodu zatrucia alkoholem osiągnęły także najwyższą z dotychczasowych wartości, tj. 1594 zgony.

– Alkohol jest kluczowym czynnikiem sprzyjającym przemocy, wypadkom drogowym i problemom w funkcjonowaniu społecznym. Dzieci do 18. roku życia, z rodzin z problemem alkoholowym, wymagające wsparcia, to według szacunków ok. 943 tys. osób. Populacja ta stanowi ok. 13% tej grupy wiekowej. Lista szkód i ludzkich dramatów jest znacznie dłuższa.

– Dlatego tak ważne jest, abyśmy obecną debatę wykorzystali do zmiany przepisów na korzystne dla zdrowia publicznego. W debacie tej warto uwzględnić także temat tzw. małych, których sprzedaż przybrała ogromne rozmiary. Co gorsza, znaczna część alkoholu w tych małych opakowaniach sprzedawana jest i zapewne konsumowana w godzinach porannych.

– *Strategie, które temu służą, są dobrze zdefiniowane, a ich skuteczność naukowo dowiedziona.*

– Tak. Są to: ograniczenie dostępności fizycznej napojów alkoholowych poprzez zmniejszenie liczby punktów ich sprzedaży oraz ograniczenie godzin, w których można dokonywać zakupu napojów alkoholowych, ograniczenie dostępności ekonomicznej poprzez odpowiednią politykę cenową, wprowadzenie zakazu reklamy i promocji napojów alkoholowych, włączając w to media społecznościowe. Nota bene taki właśnie zakaz skutecznie wprowadziła Litwa. I kwestia, o której często zapominamy, czyli włączenie w profilaktykę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w celu wczesnego wykrywania osób, u których występują pierwsze niepokojące symptomy wskazujące na możliwość rozwinięcia problemowego wzoru picia alkoholu. Kompleksowe wdrożenie wymienionych strategii przyczyniłoby się do poprawy zdrowia wielu Polek i Polaków i oszczędziłoby cierpienia wielu ludziom, w tym dzieciom i młodzieży.

– *A propos młodzieży. Przez wiele lat toczyła się dyskusja na temat określenia gramatury substancji psychoaktywnej, tak by prawo odróżniało użytkownika od diler. Pierwszy Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych mówił o tym, że profil tzw. przestępcy narkotykowego, to osoba około 25-letnia – zazwyczaj mężczyzna, zatrzymany przez policję z 1 gramem marihuany lub amfetaminy. Jasne było, że jest to użytkownik, nie sprzedawca. I temu rozróżnieniu miała służyć tabela wartości granicznych, tworzona przez PSPN we współpracy z prof. Krzysztofem Krajewskim. I tam – przykładowo – proponowano, by posiadanie 1 grama marihuany nie było karane, rekomendowano bowiem dekryminalizację. Wynikało to z faktu, że co roku w Polsce do zakładu karnego trafia ok. 3 tys. osób z powodu posiadania tzw. nieznacznych ilości. Czy zgodzi się Pani, że wobec części tych osób prawdopodobnie lepiej zadziałałyby interwencje pomocowe, psychologiczne, a nie kara więzienia.*

– Tak, zgadzam się. Dlatego od dawna KBPN, a od 2022 roku KCPU, wspiera ideę rozwiązań alternatywnych dla kary pozbawienia wolności wobec osób, które popełniły przestępstwo w związku z używaniem narkotyków. Wedle obecnego stanu prawnego, takie przestępstwo, zagrożone karą pozbawienia wolności

nieprzekraczającą 5 lat, podlegać może probacji. Jeśli sprawca podda się leczeniu, rehabilitacji lub weźmie udział w programie edukacyjno-profilaktycznym, można wobec niego zawiesić postępowanie do czasu ich zakończenia.

W szczególności byliśmy zwolennikami wprowadzenia rozwiązań depenalizacyjnych określonych w art. 62a w odniesieniu do posiadania nieznacznych ilości narkotyku na własny użytek, którego założenia opracował między innymi wspomniany prof. Krzysztof Krajewski, jako członek zespołu działającego przy ministrze sprawiedliwości. Analizując dane dotyczące stosowania art. 62a, zauważalny jest wzrost liczby przypadków, w których prokuratorzy i sędziowie decydują się na odstąpienie od karania i umorzenie postępowania w przypadku posiadania nieznacznych ilości narkotyków na własny użytek, natomiast w dalszym ciągu nie jest to praktyka powszechna. Może już czas na wprowadzenie obligatoryjnego, a nie woluntarnego stosowania rozwiązań zawartych w 62a przez prokuratorów i sędziów.

Zwracam także uwagę, że do Sejmowej Komisji ds. Petycji wpłynęły postulaty depenalizacji posiadania nieznacznej ilości marihuany. Podobne wnioski znajdują się w raporcie Sejmowej Komisji ds. Depenalizacji Marihuany. Choć do tej pory Sejm nie proceduje nad żadnym konkretnym projektem ustawy depenalizującej posiadanie marihuany na własny użytek, to temat ten na pewno jest aktualny i wymaga dyskusji.

– *A czy planowane są prace nad tym, by określić, jaka ilość narkotyku jest ilością znaczną, a jaka nieznaczna? Czy nadal taka zmiana jest potrzebna, by jasno określić, co różni diler od uzależnionego lub okazjonalnego użytkownika?*

– Wartości graniczne wydają się użyteczne. Powinny one zostać wypracowane przez zespoły ekspertów i funkcjonować na zasadzie wytycznych dla sędziów i prokuratorów. W ten sposób wzrosłaby szansa na zapewnienie równego traktowania obywateli przez system wymiaru sprawiedliwości. Wartości graniczne były przedmiotem prac w przeszłości, może warto wrócić do tego dorobku.

– *Zrobię dygresję – przy okazji rozmowy o pracach nad dekryminalizacją. Czy nie sądzi Pani, że zalegali-*

zowanie medycznej marihuany było de facto krokiem w kierunku legalizacji tej substancji jako takiej?

– Dopuszczenie marihuany w celach medycznych uznaję za zasadne, ale uważam, że fakt ten nie powinien być odczytywany przez społeczeństwo jako krok w kierunku legalizacji marihuany. Przetwory konopi mogą być skuteczne jako terapia wspomagająca przy niektórych schorzeniach i dobrze, że pacjenci mają możliwość stosowania tych preparatów.

– ***Jednak w Polsce na stronach internetowych tych poradni, które reklamowały się jako leczące medyczną marihuaną, można było przeczytać, że jest dobra niemal na wszystkie choroby... Nie mówiąc już o receptomatach, które były naprawdę problemem.***

– Dowody na skuteczność marihuany są dostępne w przypadku kilku schorzeń, i to raczej jako terapia wspomagająca. Zastosowanie ich poza takimi wskazaniami wymaga szczególnego uzasadnienia. Leki zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe powinny być stosowane pod ścisłym nadzorem lekarza, a receptomaty tego nie zapewniają. Dlatego Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o zmianie rozporządzenia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje. Zmienione przepisy obowiązują od 4 listopada 2024 roku. Wskazują one, że w przypadku substancji wymienionych w załączniku do rozporządzenia wystawienie recepty musi być poprzedzone osobistym zbadaniem pacjenta przez lekarza wystawiającego receptę, z wyjątkiem przypadków, gdy dotyczy to kontynuacji leczenia, a osobą wystawiającą receptę jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

– ***Jakich substancji dotyczy ten wymóg?***

– Wymogiem tym zdecydowano się objąć leki opioidowe, takie jak fentanyl, oksykodon i morfinę. W ocenie ekspertów stosowanie tych substancji w najwyższym stopniu wiąże się z ryzykiem nadmiernej i nieuzasadnionej medycznie preskrypcji, m.in. przez tzw. receptomaty, co skutkuje uzależnieniami lekowymi i związanymi z tym hospitalizacjami lub koniecznością dalszego leczenia farmakologicznego. Dodatkowo

przepisem tym objęto także ziele konopi innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste oraz żywicę konopi. Efekty działania wprowadzonych zmian są już widoczne, w szczególności w odniesieniu do ziela konopi innych niż włókniste, którego preskrypcja znacząco się zmniejszyła.

– ***Trwa też dyskusja nad używaniem psychodelików w leczeniu depresji lub/i uzależnienia. Czy widzi Pani w tym szansę na przyszłość? Na ile możliwe jest wprowadzenie do leczenia tych substancji?***

– Temat wykorzystania psychodelików – takich jak psylocybina – w leczeniu depresji czy uzależnień budzi w ostatnich latach coraz większe zainteresowanie, także w środowiskach naukowych. Kierunek ten wydaje się obiecujący, a wyniki niektórych badań – m.in. zespołu M.P. Bogenschutza oraz innych ośrodków prowadzących badania w USA i Wielkiej Brytanii – wskazują na potencjalną skuteczność terapii z ich wykorzystaniem, zwłaszcza jako wsparcia w leczeniu depresji lekoopornej czy uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Trzeba jednak podkreślić, że badania te wciąż znajdują się na stosunkowo wczesnym etapie. Dopiero prowadzone obecnie badania kliniczne II i III fazy mogą dostarczyć odpowiedzi zarówno w zakresie skuteczności, jak i bezpieczeństwa długoterminowego tego typu terapii. Konieczne są także dalsze obserwacje na większych i bardziej zróżnicowanych populacjach pacjentów.

Badania te zapewne będą kontynuowane i po ich zakończeniu możliwe będzie określenie, czy i w jakim zakresie psychodeliki mogą stać się bezpiecznym i skutecznym elementem terapii dostępnej dla pacjentów.

– ***Jakie zatem na ten moment zmiany w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii są Pani zdaniem potrzebne?***

– Aktualnie jednym z priorytetów pozostaje sfinalizowanie prac legislacyjnych dotyczących zwiększenia dostępności leczenia substytucyjnego. Projekt nowelizacji ustawy w tym zakresie został opracowany już kilka lat temu, ale nie został przyjęty. Obecnie wznowiono prace. Zakłada on, że lekarz, który zawarł umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdro-

wotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień lub lekarz zatrudniony u takiego świadczeniodawcy mógłby przepisywać pacjentowi produkt leczniczy zawierający buprenorfinę w ramach ordynacji lekarskiej, czyli wypisać receptę pacjentowi na lek poza programem leczenia substytucyjnego. Podobne rozwiązania, zapewniające możliwość uzyskania recepty na lek substytucyjny na receptę, funkcjonują w większości krajów, w których prowadzona jest ta forma leczenia.

Co do statusu prawnego marihuany to KCPU będzie uczestniczyć w dyskusji na ten temat, natomiast nie do KCPU należy inicjatywa ustawodawcza w tym względzie, dlatego czekać wypada na decyzje odpowiednich gremiów.

– Na koniec chciałabym zapytać o status prawny dotyczący wykonywania zawodu psychoterapeuty uzależnień. Liczba osób uzależnionych, które potrzebują wyspecjalizowanej pomocy rośnie – dlatego tak ważna jest projektowana ustawa poświęcona temu zawodowi. Jakie obszary mają być w niej poruszone? Kto nad nią pracuje?

– Ustawa o wykonywaniu zawodu specjalisty psychoterapii ma regulować zasady i warunki wykonywania zawodu specjalisty psychoterapii uzależnień, zasady i organizację doskonalenia zawodowego, organizację i zakres działania samorządu zawodowego specjalistów psychoterapii uzależnień oraz zasady odpowiedzialności zawodowej specjalisty psychoterapii uzależnień.

Wszystkie te obszary są kompleksowo regulowane w projekcie ustawy, który został przygotowany przez KCPU we współpracy z prawnikami. Równocześnie nad projektem pracuje powołany przeze mnie w listopadzie 2024 roku zespół doradczo-konsultacyjny składający się ze specjalistów psychoterapii uzależnień, konsultanta krajowego w dziedzinie psychoterapii uzależnień oraz wskazanych konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Od listopada zeszłego roku zespół spotyka się systematycznie i dyskutuje nad poszczególnymi zapisami projektu ustawy. Tym samym ma bardzo duży wkład w opracowanie finalnego dokumentu.

– Czy zapisy ustawy opierają się na dobrych praktykach z innych krajów?

– Projekt ustawy nawiązuje przede wszystkim do polskich doświadczeń legislacyjnych w tym zakresie. Proszę zwrócić uwagę, że w Polsce mamy bardzo długą tradycję funkcjonowania samorządów zawodowych, poczynając od samorządu lekarzy, pielęgniarek, poprzez farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, do ratowników medycznych, i zapewne wszystkich nie wymieniałam. Przygotowując projekt ustawy, KCPU zwróciło uwagę, aby proponowane zapisy uwzględniały doświadczenia wynikające z implementacji innych podobnych ustaw, po to, by niejako ucząc się na doświadczeniu innych grup zawodowych, przygotować projekt, który wyeliminuje potencjalne niedostatki.

– Kiedy ustawa miałaby wejść w życie?

– Na to pytanie nie znam odpowiedzi. Projekt ustawy zostanie przesłany do Ministerstwa Zdrowia i to tam zapadną kolejne decyzje. Natomiast KCPU będzie lobbować, aby projektowi tej ustawy nadać jak najszybciej dalszy bieg.

– Rozumiem, że regulacje te miałyby być podobne do tego, co już się zadziało w przypadku instruktorów – że miałby to być zawód medyczny, a każda osoba go wykonująca, rejestrowałaby się w specjalnym Centralnym Rejestrze?

– Właściwszym punktem odniesienia są inne ustawy regulujące wykonywanie zawodu. W przypadku instruktorów ustawa regulująca ich zawód, tj. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych obejmuje zasady wykonywania zawodu instruktora terapii uzależnień, zasady kształcenia ustawicznego oraz zasady odpowiedzialności zawodowej. Ustawa odnosi się do kilkunastu zawodów medycznych, w tym instruktora terapii uzależnień. Ustawa ta nie obejmuje kwestii organizacji i zakresu działania samorządu zawodowego. Projektowana przez nas ustawa o zawodzie specjalisty psychoterapii uzależnień szczegółowo reguluje wszystkie te kwestie, które są w ustawie o niektórych zawodach medycznych, ale dodatkowo reguluje także kwestie samorządu zawodowego specjalistów psychoterapii uzależnień, w szczególności jego zadania, strukturę oraz sposób wyboru do organów samorządu zawodowego. W tym

sensie ustawa o zawodzie specjalisty psychoterapii uzależnień jest bardziej kompleksowa.

– ***Czy i na jakie dofinansowanie mogą liczyć osoby uczące się aktualnie w szkołach psychoterapii uzależnień?***

– W 2024 roku KCPU dofinansowało szkolenia specjalizacyjne w wysokości blisko 1 mln zł. Dofinansowanie otrzymało 125 osób. Dla jednego uczestnika szkolenia dofinansowanie mogło wynieść maksymalnie 8000 zł. Dofinansowanie KCPU obejmuje zajęcia prowadzone w okresie od 1 czerwca do 31 grudnia 2025 roku.

W kolejnych latach otwierają się nowe możliwości pozyskania dofinansowania szkoleń specjalizacyjnych, w tym szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Mam na myśli Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (IP FERS).

Nabór wniosków do tego programu planowany jest na lipiec 2025 roku, a dofinansowanie rozpocznie się najwcześniej w czwartym kwartale br. lub od początku następnego roku. Wnioskodawcą może być podmiot posiadający akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień, o której mowa w Ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzy-

skiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Planowana alokacja środków finansowych na program IP FERS to 24 mln zł. To dofinansowanie istotnie wpłynie na obniżenie kosztów szkolenia specjalizacyjnego i tym samym więcej osób zainteresuje się szkoleniami w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

– ***To bardzo ważne zmiany. Dane bowiem jednoznacznie wskazują na zwiększające się zapotrzebowanie na wykwalifikowaną kadrę w dziedzinie psychoterapii uzależnień odpowiednio przygotowaną do udzielania wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.***

– Tak. Wystarczy wspomnieć, że tylko liczba pacjentów leczonych z rozpoznaniem F10 lub rozpoznaniem bezpośrednio związanym z uzależnieniem od alkoholu w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia wzrosła z 327 625 osób w 2020 roku do 387 372 osób w 2023 roku, tj. o 18%. Specjaliści są bardzo potrzebni i wierzę, że zarówno ustawa, jak i projektowane zmiany będą wspierać tych, którzy zechcą kształcić się w tej dziedzinie.

– ***Dziękuję za rozmowę.***