



**RZECZPOSPOLITA POLSKA**  
**Rzecznik Praw Obywatelskich**

Warszawa, dnia 23. VIII. 2013 r.

*Irena LIPOWICZ*

**RPO-667951-V/II/GM**

00-090 Warszawa      Tel. centr. 22 551 77 00  
Al. Solidarności 77      Fax 22 827 64 53

**Pan**  
**Bartosz Arlukowicz**  
**Minister Zdrowia**

*Szanowny Panie Ministrze*

Jak wynika z informacji umieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w dniu 2 lipca 2013 r. został przekazany do uzgodnień zewnętrznych „Projekt sprawozdania z wykonania ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r.”<sup>1</sup>.

W przygotowywanym dokumencie - wzorem lat poprzednich - przedstawione zostały m.in. dane statystyczne dotyczące instytucji tzw. sądowego zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego. Zgodnie z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r., poz. 1356 ze zm.), osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, jeżeli są uzależnione od alkoholu, sąd może zobowiązać do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego.

Z przedstawionych danych wynika, iż w 2011 r. liczba wniosków, które wpłynęły do sądów rodzinnych o zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu wyniosła 39.736, natomiast liczba osób zobowiązanych oczekujących na leczenie w zakładzie stacjonarnym wyniosła 14.361. Obecny stan rzeczy stanowi przy tym kontynuację realiów z lat poprzednich, gdzie przyjęte wskaźniki pozostawały na zbliżonym poziomie (z umiarkowaną tendencją malejącą począwszy od 2009 r.).

Problematyka tzw. przymusowego leczenia - jak wynika z powyższych danych - dotyka znacznej liczby obywateli. Powstaje jednocześnie pytanie o zasadność funkcjonowania przedmiotowej regulacji, w tym efektywność obecnego systemu, zwłaszcza w kontekście utrzymującej się kolejki oczekujących<sup>2</sup> na leczenie oraz sposobu postrzegania samej instytucji

<sup>1</sup> <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=382&ml=pl&mi=382&mx=0&mt=&my=131&ma=032305>

<sup>2</sup> I to w sytuacji, gdy ustawodawca przewidział w art. 32<sup>1</sup> ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, iż podmioty lecznicze przyjmują poza kolejnością osoby zobowiązane do leczenia odwykowego na

przymusowego leczenia. W corocznych sprawozdaniach Rady Ministrów, składanych Sejmowi na podstawie art. 20 *ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, konsekwentnie stwierdza się, iż najczęściej nieporozumień powstaje wokół celu i oczekiwanej skuteczności procedury. Podkreśla się przy tym, iż zobowiązanie nie ma charakteru przymusu prawnego. Przymus stosowany jest na etapie doprowadzenia osoby uzależnionej od alkoholu na badanie przez biegłego, na rozprawę w sądzie i do zakładu leczniczego na podjęcie kuracji, jeśli osoba ta odmawia współpracy. Nie ma jednak możliwości prawnych ani organizacyjnych zatrzymania pacjenta w zakładzie lecznictwa odwykowego wbrew jego woli, a tym bardziej zmuszania go do aktywnego uczestnictwa w programie psychoterapii uzależnienia<sup>3</sup>. Tożsame informacje można odnaleźć na stronach internetowych gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, gdzie wyjaśnia się, że celem instytucji sądowego zobowiązania do leczenia odwykowego jest motywowanie do podjęcia terapii uzależnienia<sup>4</sup>. Trudno uznać, by orzeczenie sądu, wydawane w praktyce wbrew stanowisku pacjenta, mogło efektywnie motywować. Tego rodzaju elementów należałoby ewentualnie szukać w trybie mediacji, a nie w rozstrzygnięciu sądu o charakterze władczym.

Skoro samo zobowiązanie do leczenia nie ma charakteru przymusu prawnego nasuwa się automatycznie pytanie o sens utrzymywania całej instytucji sądowego zobowiązania do leczenia, w tym sens szeregu podejmowanych wbrew woli pacjenta działań poprzedzających ewentualne orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. W świetle prezentowanego stanowiska o braku przymusu prawnego wątpliwości muszą budzić także przepisy *ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi*, które zakładają, że ustawa może jednak określać wyjątki od dobrowolnego poddania się leczeniu (art. 21 ust. 2 ustawy), oraz że „osoba, w stosunku do której orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, związanemu z pobytem w stacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego, nie może opuszczać terenu tego zakładu bez zezwolenia kierownika zakładu” (art. 32 ust. 2 ustawy).

Analiza sprawozdań za okres ostatnich kilku lat nasuwa niepokojące wnioski, iż państwo nie potrafi bądź nie widzi potrzeby wprowadzenia rozwiązań mających na celu zmianę i poprawę obecnego systemu, pozostając przy raz przyjętym modelu - pomimo zastrzeżeń, co do jego

podstawie art. 26 ustawy, do wykorzystania limitu miejsc stanowiących 20% ogółu miejsc przeznaczonych do leczenia odwykowego w podmiocie leczniczym.

<sup>3</sup> Tak przykładowo: Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia - 31 grudnia 2009 r., str. 53; Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia - 31 grudnia 2010 r., str. 59; Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia - 31 grudnia 2009 r., str. 53

<sup>4</sup> Przykładowo: <http://krpa.urn.warszawa.pl/art yku 1 y/k i m- jeste% C 5 %9 B my>.

efektywności i dostosowania do współczesnych wyzwań związanych z pomocą i leczeniem osób uzależnionych od alkoholu, w tym zastrzeżeń podnoszonych przez same organy władzy publicznej. W uzasadnieniu wyroku z dnia 4 lipca 2006 r. ( K 43/05), Trybunał Konstytucyjny wskazał m.in., że „model przymusowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu został wprowadzony w Polsce w latach pięćdziesiątych wobec osób, które swym postępowaniem powodowały rozkład życia rodzinnego, demoralizowały nieletnich, zagrażały bezpieczeństwu otoczenia albo zakłócały systematycznie spokój lub porządek publiczny (tak: B. Jaworska-Dębska, *Spór wokół modelu polskiej regulacji alkoholowej. Zagadnienia administracyjnoprawne*, Łódź 1995, s. 142). Wynikający z obowiązującej ustawy antyalkoholowej obowiązek leczenia odwykowego stanowi "prawną formę ochrony społecznej przed kwalifikowaną grupą osób uzależnionych od alkoholu, których postępowanie godzi w interesy otoczenia" (op.cit., s. 150). Posługiwanie się tym środkiem ze względu na powodowanie przez osobę uzależnioną rozkładu życia rodzinnego budziło wątpliwości części doktryny co do posługiwania się przymusem dla osiągnięcia właściwego kształtu stosunków rodzinnych (tak: A. Gubiński, *Przymusowe leczenie alkoholików - czy i kiedy?*, "Problemy alkoholizmu", nr 2/1992, s. 5 ). Wskazywano także na nikłe efekty terapeutyczne uzyskiwane u pacjentów pozbawionych pozytywnej motywacji (B. Woronowicz, *Nie można leczyć wbrew woli pacjenta*, "Problemy alkoholizmu", nr 2/1992, s. 3), znaczenie dobrowolności leczenia (M. Safjan, *O przymusie leczenia odwykowego*, "Problemy alkoholizmu", nr 10/1982, s. 5 i n.), negatywne konsekwencje leczenia odwykowego podejmowanego wbrew woli uzależnionych (J. Morawski, *Podstawy antropologiczne i aksjologiczne. Prawo o leczeniu uzależnień*, "Problemy alkoholizmu", nr 8-9/1992, s. 5). We współczesnej literaturze poświęconej zagadnieniu leczenia odwykowego wskazuje się, że przymus leczenia uzależnienia od alkoholu jest nie do przyjęcia w nowoczesnym państwie demokratycznym jako działanie "szkodliwe zarówno społecznie, jak i z terapeutycznego punktu widzenia" (tak: B. Jaworska-Dębska, op.cit., s. 153 i n.), a jeśli "zachowaniu osoby uzależnionej można przypisać cechy czynu zabronionego, to powinna ona ponosić odpowiedzialność prawną za swe działanie na ogólnych zasadach przewidzianych w kodeksie karnym bądź w kodeksie wykroczeń".

Trybunał Konstytucyjny wydając wyrok w powołanej sprawie podkreślił także, że odmowa leczenia nie jest zachowaniem bezprawnym, jak również wskazał, że „ustawa antyalkoholowa, jakkolwiek wielokrotnie nowelizowana, jest aktem, który powstał w innych realiach społecznych i politycznych oraz konstytucyjnych. Regulacja prawna dotycząca alkoholizmu wymaga kompleksowego rozważenia i uwzględnienia wszystkich współczesnych aspektów tej materii".

Stan beczynności trwa, pomimo wieloletniej świadomości istnienia problemu - w przywoływanych sprawozdaniach, składanych corocznie na podstawie art. 20 *ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi*, w sposób tożsamy stwierdza się, iż „nawet przy malejącej dynamice wzrostu liczby orzeczeń i przy bardzo niewielkim wzroście nakładów na leczenie odwykowe, wykonalność zobowiązań (i tak niska) nie będzie rosła w tempie wystarczającym do likwidacji wielomiesięcznej kolejki osób oczekujących na leczenie”, oraz „gdyby ukończenie programu podstawowego było wystarczające do utrzymania trwałej zmiany wzoru picia, można by przyjąć, że procedura jest skuteczna co najmniej wobec % osób zobowiązanych. Jednak o skuteczności leczenia odwykowego decydują oddziaływania długofalowe, a obserwacje kliniczne i badania opinii przedstawicieli placówek leczenia odwykowego zrealizowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2008 r., wskazują, że osoby zobowiązane rzadziej podejmują leczenie w pogłębionych programach terapii, rzadziej korzystają ze wsparcia grup samopomocowych, szybciej oraz częściej wracają po leczeniu do picia alkoholu niż osoby dobrowolnie podejmujące leczenie odwykowe”<sup>6</sup>.

Powyzsza konstatacja nie przekłada się jednak na dalsze działania i wyniki w praktyce. W 2008 r. powołany został Międzyresortowy Zespół ds. Poprawy Skuteczności Wykonania Orzeczeń Sądowych, który - w listopadzie 2008 r. - opracował i przyjął projekt ustawy przewidujący likwidację procedury zobowiązania do leczenia odwykowego. W przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia projekcie z dnia 22 lipca 2011 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz niektórych innych ustaw, przekazanym Radzie Ministrów<sup>7</sup>, zostało przewidziane skreślenie art. 24 - 36 ustawy, jako następstwo podjęcia decyzji o rezygnacji z instytucji zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu będącej konsekwencją rozwiązań wypracowanych przez działający przy Ministrze Sprawiedliwości Międzyresortowy Zespół do Spraw Poprawy Wykonalności Orzeczeń. W uzasadnieniu przedmiotowego projektu wskazano wówczas, m.in., że:

- współcześnie wyraźniej podkreśla się, że alkoholizm jest chorobą psychosomatyczną. Do skutecznego leczenia uzależnień potrzebna jest zatem przede wszystkim wola osoby dotkniętej chorobą, a więc jej zgoda,
- w skali kraju na dzień 31 grudnia 2007 r., odsetek osób, wobec których orzeczono obowiązek leczenia odwykowego w zakładzie stacjonarnym leczenia odwykowego, a co do których

<sup>6</sup> Tak przykładowo: Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia - 31 grudnia 2009 r., str. 54; Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia - 31 grudnia 2010 r., str. 60; Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia - 31 grudnia 2009 r., str. 25.

<sup>7</sup><http://bip.mz.gov.pl/index?mr=ml2091&ms=&ml=pl&mi=209&mx=0&mt=&mv=573&ma=16385>

orzeczenie nie zostało wykonane sięgnął 53,10%. W niektórych okręgach liczba osób oczekujących na umieszczenie sięgnęła 99% przypadków,

- obowiązek poddania się leczeniu trwa maksymalnie 2 lata (art. 34 ustawy), gdy tymczasem oczekiwanie na rzeczywiste umieszczenie osoby trwa średnio po kilkanaście miesięcy.
- w skali kraju średnia długość pobytu osoby poddanej leczeniu w szpitalu wynosi 4-5 tygodni. W tym stanie rzeczy nie ma szans na osiągnięcie efektu założonego przez ustawodawcę, czyli wdrożenia i przeprowadzenia skutecznej terapii odwykowej,
- dane statystyczne wskazują tylko na formalną stronę wykonywania orzeczeń, w tym okres, jaki trzeba czekać na przyjęcie do placówki - nie jest natomiast badana faktyczna skuteczność procedur leczniczych, przy czym doświadczenia sądów rodzinnych wskazują na znikomą efektywność leczenia przymusowego,
- jedna trzecia osób, wobec których sądy orzekły umieszczenie w stacjonarnym zakładzie nigdy nie trafiła do szpitala,
- alkoholicy, mimo orzeczenia sądu, są de facto traktowani jak leczący się dobrowolnie i w każdej chwili mogą opuścić szpital,
- nie są przyjmowani do szpitali (nawet, gdy przywozi ich Policja) np. z tego powodu, że są nietrzeźwi,
- lekarze w większym stopniu niż prawnicy, zdają sobie sprawę, że schorzenia psychosomatyczne leczy się skutecznie jedynie wtedy, gdy osoba chora sama wyrazi chęć leczenia,
- doświadczenia sądów rodzinnych wskazują jednoznacznie, że również wykonywanie orzeczeń o zobowiązaniu do leczenia odwykowego w placówkach niestacjonarnych (leczenie ambulatoryjne) nie jest skutecznie realizowane,
- obecny tryb leczenia przymusowego jest przy tym bardzo kosztowny (ostrożne szacunki pozwalają założyć, że w skali roku łączne wynagrodzenie w sądach dla osób zajmujących się leczeniem przymusowym alkoholików oscyluje w granicach 12 mln złotych, do tego należy dodać zwykłe koszty związane z obsługą biurową spraw, jak również wydatki ponoszone przez policję - szacowane na kwotę 90 mln zł rocznie). Środki, którymi dysponuje państwo na walkę z alkoholizmem, jako problemem społecznym, powinny być natomiast maksymalnie efektywnie wykorzystane, w szczególności na etapie profilaktyki, pracy ośrodków pomocy społecznej z rodziną dotkniętą problemem alkoholowym, zachęty do wali z uzależnieniem oraz do finansowania programów leczenia dobrowolnego .

Dokonana w 2011 r. analiza i krytyczna ocena funkcjonującego systemu rozwiązywania problemów alkoholowych nie doczekała się do chwili obecnej przełożenia na konkretne zmiany. W moim zainteresowaniu pozostają przyczyny tego stanu rzeczy. Aktualnie mamy sytuację, w której z jednej strony - także w corocznych sprawozdaniach Rady Ministrów - krytycznie ocenia się funkcjonujący model tzw. przymusowego leczenia, jednak nie idą za tym określone zmiany. Jednocześnie nie decydując się na odstępnie od trybu przymusowego pozostawia się jego niedookreśloną regulację. Z postępowaniem w przedmiocie przymusowego leczenia odwykowego wiąże się bowiem kolejny problem, sygnalizowany w kierowanych do mojego Biura skargach. Problem ten wynika ze szczątkowej regulacji dotyczącej funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, niedostatecznego określenia ich statusu - które przykładowo same określają się, jako „ciała społeczne” - stosowanych procedur oraz uprawnień osób, których działania komisji bezpośrednio dotyczą. Problem jest o tyle bardziej złożony, gdy - jak pokazuje analiza konkretnych przypadków - weźmie się pod uwagę, iż czynności gminnych komisji przybierają niejednokrotnie formę sugerującą posiadanie kompetencji władczych i istnienia po stronie obywatela obowiązku określonego zachowania.

Powyższe uwagi przedstawiam Panu Ministrowi stosownie do art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o *Rzeczniku Praw Obywatelskich* (Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 ze zm.), z jednoczesną prośbą o przedstawienie stanowiska, w tym w zakresie dalszego funkcjonowania procedury tzw. przymusowego leczenia, w jej obecnym kształcie, planów jej zniesienia bądź przeformułowania, jak również wskazania, w jaki sposób przedmiotowa kwestia rozwiązywana jest w innych państwach Unii Europejskiej.

Z powrotem  
Jacek Jędrzejko

<sup>8</sup> Por. uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz niektórych innych ustaw, str. 43 - 47.