



LPO.430.001.2016
Nr ewid. 14/2016/P/15/095/LPO

Informacja o wynikach kontroli

**PRZYMUSOWE KIEROWANIE
OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU
NA LECZENIE ODWYKOWE**

DELEGATURA W POZNANIU

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu:
Andrzej Aleksandrowicz



Akceptuję:

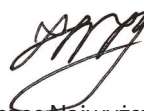
Mieczysław Łuczak



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 27. 04. 16 N

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	5
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	8
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	8
2.2. Uwagi końcowe i wnioski	11
3. ISTOTNE USTALENIA KONTROLI.....	14
3.1. Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych.....	14
3.2. Podmioty lecznicze	19
4. INFORMACJE DODATKOWE	25
4.1. Przygotowanie kontroli	25
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	25
5. ZAŁĄCZNIKI.....	30

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

ustawa o wychowaniu w trzeźwości	ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ¹
ustawa o ochronie danych osobowych	ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ²
uzależnienie	zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość; głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne) ³
leczenie uzależnienia	działania służące redukcji objawów i przyczyn zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania wynikających z używania alkoholu; przykładami działań leczniczych w tym zakresie są: programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu, farmakologiczne wsparcie psychoterapii, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych
ryzykowne spożycie alkoholu	picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony; według Światowej Organizacji Zdrowia, picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i 40–60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140–209 g, a w przypadku mężczyzn – 280–349 g
szkodliwe picie alkoholu	wzorzec picia, który powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne, ale również psychologiczne i społeczne, utrzymuje się przez co najmniej miesiąc lub występuje w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu; według Światowej Organizacji Zdrowia, picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350 g i więcej w tygodniu przez mężczyzn; szkodliwym jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze
rozwiązywanie problemów alkoholowych	oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu w celu podjęcia leczenia odwykowego, oraz udzielanie pomocy ich rodzinom

¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1286, ze zm.

² Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, ze zm.

³ Za Narodowym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015, analogicznie kolejne definicje; zobacz: http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf.

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

Temat i numer kontroli

Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe, P/15/095.

Cel, zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz okres objęty kontrolą

Celem kontroli było sprawdzenie, czy stosowana w Polsce procedura zobowiązania do leczenia odwykowego funkcjonuje sprawnie i skutecznie wspomaga rozwiązywanie problemów alkoholowych. Kontrolą objęto w szczególności tryb postępowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w sprawach o zastosowanie wobec osób uzależnionych od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. Sprawdzeniem objęto też dostępność leczenia odwykowego dla osób zobowiązanych przez sąd do poddania się leczeniu.

Kontrolę przeprowadzono łącznie w 41 podmiotach, w tym w 31 urzędach gmin i 10 podmiotach leczniczych, z terenu województw: pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego. Ocenie podlegała działalność skontrolowanych podmiotów w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 sierpnia 2015 r., a także działania wcześniejsze i późniejsze dotyczące kontrolowanych zagadnień. Niniejszą kontrolę poprzedziła kontrola rozpoznawcza, przeprowadzona w trzech urzędach gmin i w jednym podmiocie leczniczym z terenu województwa wielkopolskiego. Kontrolą rozpoznawczą objęto okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 maja 2015 r. oraz działania wcześniejsze i późniejsze dotyczące kontrolowanych zagadnień.

Zasięgnięto również informacji od prezesów 22 sądów rejonowych właściwych miejscowo dla objętych kontrolą urzędów gmin. Prezesów sądów, NIK poprosiła m.in. o przekazanie informacji na temat współpracy kuratorów sądowych, sprawujących nadzór nad osobami zobowiązanymi do poddania się leczeniu odwykowemu, z gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych oraz z podmiotami leczniczymi.

Tło badanej problematyki i uzasadnienie podjęcia kontroli

Konsumpcja alkoholu znacznie zwiększa ryzyko powstania wielu szkód społecznych. Ryzyko to uzależnione jest od dawki spożywanego alkoholu w taki sposób, że im większe spożycie alkoholu, tym większe ryzyko. Szkody spowodowane przez osobę pijącą alkohol tworzą zróżnicowane kontinuum – od hałasów nocnych i budzenia innych, do bardziej poważnych konsekwencji, np. przemocy wobec współmałżonka, znęcania się nad dziećmi, przestępstw, aktów przemocy i zabójstw. Ogólnie rzecz biorąc, im większe jest spożycie alkoholu, tym poważniejsze jest przestępstwo lub groźniejsze uszkodzenie ciała. Objętość spożywanego alkoholu, częstość picia oraz częstość i ilość alkoholu spożywanego podczas epizodów intensywnego picia zwiększają – niezależnie od siebie – ryzyko przemocy⁴.

Alkohol zwiększa ryzyko wystąpienia około sześćdziesięciu chorób i stanów chorobowych, w tym uszkodzeń ciała, zaburzeń psychicznych i behawioralnych, chorób układu pokarmowego, nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń odporności, chorób płuc, mięśni i układu kostnego, zaburzeń płodności i uszkodzeń prenatalnych grożących przedwczesnym porodem i powodujących niską wagę urodzeniową. Prawdopodobieństwo wystąpienia tych schorzeń rośnie

⁴ Zobacz: Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego. Peter Anderson, Ben Baumberg. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA MEDIA, Warszawa 2007.

wraz ze wzrostem spożywanej ilości alkoholu⁵. Konsumpcja alkoholu ma istotny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne zarówno jednostek, jak i rodzin, a jej konsekwencje dotyczą nie tylko osób pijących szkodliwie, ale wpływają na całą populację⁶.

Spośród problemów społecznych występujących w Polsce, problemy związane z alkoholizmem mają szczególne znaczenie. Wynika to przede wszystkim z rozmiarów szkód alkoholowych oraz kosztów społecznych i ekonomicznych, jakie z tego tytułu ponosi budżet państwa, mogących sięgać około 40 miliardów zł rocznie⁷.

Spożycie napojów alkoholowych w przeliczeniu na mieszkańca przekroczyło w Polsce 9 litrów 100 proc. alkoholu rocznie⁸. Systematycznie wzrasta liczba osób uzależnionych od alkoholu. Według przeprowadzonych w Polsce badań epidemiologicznych szacunkowa liczba osób uzależnionych od alkoholu to około 600 tysięcy osób, a osób pijących alkohol szkodliwie – około 2,5 mln. Według opinii specjalistów uzależnień, większe spożycie oraz uzależnienie od alkoholu pozostają w ścisłym związku z właściwie niczym nieograniczonym dostępem do niego.

Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych należy do zadań własnych gminy. Realizacja tych zadań prowadzona jest w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, uchwalanego corocznie przez radę gminy. Wójtowie (burmistrzowie, prezydenci miast) powołują gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, inicjujące działania gminy z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, oraz podejmujące czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne. Świadczenia zdrowotne udzielane są w: poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia; poradni leczenia uzależnień; całodobowym oddziale terapii uzależnienia od alkoholu; całodobowym oddziale leczenia uzależnień; dziennym oddziale terapii uzależnienia od alkoholu; dziennym oddziale leczenia uzależnień; oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych; hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu.

Podstawową metodą leczenia jest psychoterapia indywidualna i grupowa. Leczenie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię i nakierowane jest na usuwanie powikłań spowodowanych szkodliwym użytkowaniem alkoholu (w tym leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych), farmakologiczne wsparcie oddziaływań terapeutycznych oraz leczenie współwystępujących zaburzeń. Zalecane jest, aby – poza uczestnictwem w psychoterapii uzależnienia – osoby uzależnione aktywnie korzystały również z oferty ruchów samopomocowych, przede wszystkim, aby systematycznie uczestniczyły w spotkaniach Anonimowych Alkoholików (AA) oraz w zajęciach organizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie.

⁵ Tamże.

⁶ Z wprowadzenia do Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015, zatwierdzonego uchwałą nr 35/2011 Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r.

⁷ Według badań Instytutu Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, estymacja kosztów pośrednich społecznych nadużywania alkoholu oraz uzależnienia od niego, w Polsce może sięgać około 37,39–39,38 miliardów złotych rocznie (zobacz: Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia i Uczelni Łazarskiego. Warszawa, maj 2013).

⁸ W 2014 r., według danych Głównego Urzędu Statystycznego, spożycie 100 proc. alkoholu per capita wyniosło 9,4 litra, co oznacza spadek wobec 2013 r. o 0,27 litra.

Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to od 18 do 24 miesięcy. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych, trwa od sześciu do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych – od czterech do sześciu miesięcy. Cały cykl psychoterapii uzależnienia trwa do dwóch lat i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku. Po zakończonej terapii stacjonarnej, osoby uzależnione – w celu kontynuowania leczenia – kierowane są do dalszej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików i klubów abstynenta. Czas leczenia w oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych nie przekracza 10 dni.

Problematyka sądowego zobowiązania do podjęcia leczenia uzależnienia od alkoholu dotyka znacznej liczby obywateli. Jednocześnie pojawia się wiele wątpliwości co do efektywności stosowania tej procedury, zwłaszcza w kontekście utrzymującej się kolejki oczekujących na leczenie oraz postrzegania samej procedury tzw. przymusowego leczenia. Swoje wątpliwości w tym zakresie wielokrotnie zgłaszał Ministrowi Zdrowia Rzecznik Praw Obywatelskich. W swoich wystąpieniach Rzecznik powoływał się m.in. na wyrok Trybunału Konstytucyjnego (z 4 lipca 2006 r., K 43/05⁹), w którym wskazano, 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)”.

Wątpliwości co do zasadności i efektywności procedury sądowego zobowiązania do leczenia uzależnienia od alkoholu dostrzegli również Minister Zdrowia i Minister Sprawiedliwości. W 2008 r. powołany został Zespół do spraw Poprawy Skuteczności Wykonania Orzeczeń Sądowych, który w listopadzie 2008 r. opracował i przyjął projekt ustawy przewidujący likwidację procedury sądowego zobowiązania do leczenia odwykowego. W przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia projekcie ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz niektórych innych ustaw¹⁰, przekazanym Radzie Ministrów, zostało przewidziane skreślenie art. 24–36 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jako następstwo podjęcia decyzji o rezygnacji z instytucji zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, będącej konsekwencją rozwiązań wypracowanych przez działający przy Ministrze Sprawiedliwości Zespół do spraw Poprawy Skuteczności Wykonania Orzeczeń Sądowych.

Biorąc pod uwagę liczne sygnały i wątpliwości odnośnie efektywności i zasadności stosowania instytucjonalnego zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu, NIK postanowiła, z własnej inicjatywy, zdiagnozować czy procedura ta sprawnie i skutecznie wspomaga rozwiązywanie problemów alkoholowych.

⁹ Zobacz: <http://trybunal.gov.pl/rozprawy-i-ogloszenia-orzeczen/wyroki/art/5227-leczenie-w-zakladzie-lecznictwa-odwykowego-legitymacja-procesowa/>.

¹⁰ Zobacz: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pustawy_parpa_07102009.pdf.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności¹¹

Procedura zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego nie funkcjonuje sprawnie i nie wspomaga skutecznie rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Większość zobowiązanych (ponad 60 proc.) nie stawia się na leczenie. 30 proc. osób przyjętych na obowiązkową terapię (na poziomie podstawowym) nie kończy jej. Połowa zobowiązanych jest ponownie kierowana na przymusowe leczenie. Część z nich (48 proc.) trafia tam wielokrotnie.

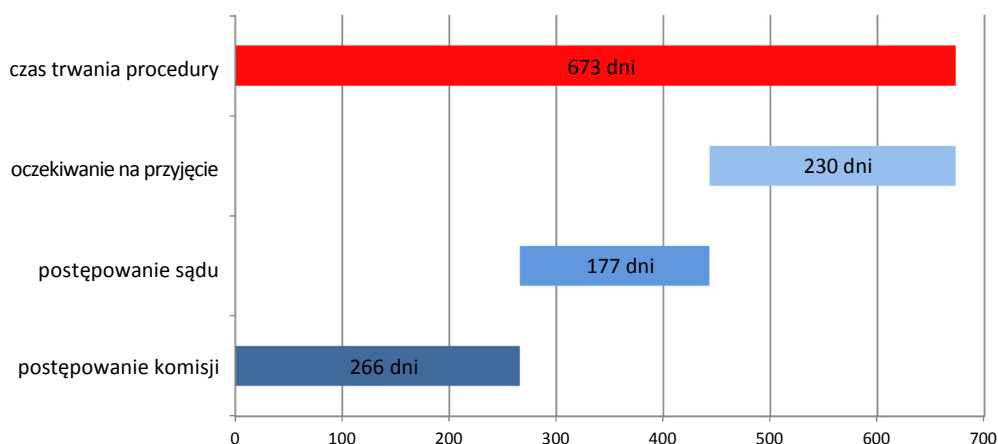
Stosowanie instytucjonalnego zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu, w założeniu ma służyć usunięciu zagrożenia jakie nadużywający alkoholu stwarzają w relacjach rodzinnych i społecznych. Jeśli natomiast osoby uzależnione od alkoholu swoim zachowaniem nie powodują rozkładu życia rodzinnego, demoralizacji małoletnich, nie uchylają się od pracy i nie zakłócają spokoju lub porządku publicznego, wówczas zobowiązanie do leczenia odwykowego nie ma do nich zastosowania. Poddanie się leczeniu, co do zasady, jest bowiem dobrowolne¹².

NIK stwierdza, że realizacja procedury zobowiązania do leczenia odwykowego jest przewlekła. Jej długotrwałość nie sprzyja zahamowaniu negatywnych zjawisk społecznych wywoływanych nadużywaniem alkoholu. Ustalenia kontroli wykazały, że od zgłoszenia gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych osoby nadużywającej alkoholu, do przyjęcia jej na leczenie odwykowe, mija średnio od 174 do 1 456 dni¹³ (średnio 673 dni), i tak:

- od zgłoszenia gminnej komisji osoby nadużywającej alkoholu, do skierowania do sądu wniosku o zobowiązanie jej do poddania się leczeniu mija średnio 266 dni;
- od wpływu do komisji zgłoszenia osoby nadużywającej alkoholu, do uprawomocnienia się postanowienia sądu o zobowiązaniu do poddania się leczeniu odwykowemu mija średnio 443 dni;
- czas oczekiwania na przyjęcie na leczenie odwykowe wynosi średnio 230 dni.

Wykres nr 1

Średni czas trwania procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników kontroli NIK.

¹¹ W ramach zaprezentowano kluczowe dla kontroli informacje, w tym merytoryczne konkluzje wypracowane we współpracy NIK z Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (zobacz też punkt 4.1.); porównaj: art. 21 ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości.

¹² Zobacz: postanowienie Sądu Najwyższego z 28 listopada 2012 r., sygnatura akt: III CSK 17/12 (Lex nr 1293962).

¹³ Średni najkrótszy czas (174 dni) to suma najkrótszego średniego czasu, jaki upłynął od otrzymania zgłoszenia do uprawomocnienia się postanowienia sądu (67 dni) i najkrótszego średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala (107 dni); średni najdłuższy czas (1 456 dni) to suma najdłuższego średniego czasu, jaki upłynął od otrzymania zgłoszenia do uprawomocnienia się postanowienia sądu (859 dni) i najdłuższego średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala (597 dni).

Przewlekłe postępowanie sprawiało, że uzależnione od alkoholu osoby pozostawały w swoich rodzinach i środowisku, a pod wpływem alkoholu nadal stwarzały zagrożenie dla życia i zdrowia domowników i sąsiadów.

NIK stwierdziła niewielką sprawność i skuteczność procedury zobowiązania do poddania się leczeniu, już na początkowym etapie, czyli w toku postępowań prowadzonych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych. Długotrwałość i niska skuteczność działań komisji spowodowane były zazwyczaj nieuzasadnioną zwłoką w podejmowaniu kolejnych czynności zmierzających do skierowania do sądu wniosku o zobowiązanie uzależnionego do poddania się leczeniu odwykowemu. Ponadto gminne komisje przyjęły, że istotą ich działalności jest motywowanie zgłoszonych osób do dobrowolnego leczenia odwykowego. Jednak zdaniem NIK, większość członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych nie posiadała wystarczających kompetencji do prowadzenia skutecznych rozmów motywujących z osobami nadużywającymi alkoholu. Jedynie w co trzeciej ze skontrolowanych komisji, przynajmniej jeden z jej członków był specjalistą z zakresu psychoterapii uzależnień. [str. 15–17]

Motywowanie do leczenia dobrowolnego, co do zasady, jest pożądaną formą oddziaływania na osoby uzależnione. Aby było skuteczne, musi być jednak prowadzone przez profesjonalnych terapeutów, w przeciwnym razie może, wydłużając nadmiernie całą procedurę, umożliwić pozostawanie w nałogu i stwarza warunki sprzyjające powstaniu wynikających z tego faktu zagrożeń w stosunku do osób z otoczenia uzależnionego.

Zdecydowana większość spraw (90 proc.), w których gminne komisje podjęły próbę zmotywowania nadużywających alkoholu osób do samodzielnego podjęcia terapii, nie zakończyła się podjęciem dobrowolnego leczenia. Część ze zgłoszonych osób, zdaniem NIK, celowo deklarowała chęć dobrowolnego podjęcia leczenia, bez zamiaru spełnienia tej deklaracji, wiedząc – często po kilkuletnich kontaktach z komisją – że ta nie miała realnych możliwości weryfikacji prawdziwości takiego zobowiązania, a jego złożenie znaczenie odsunęło w czasie skierowanie sprawy do sądu. Zdarzało się też, że złożenie deklaracji dobrowolnego podjęcia leczenia kończyło postępowanie w sprawie o zobowiązanie do poddania się leczeniu, bądź je zawieszało do czasu następnego zgłoszenia, a kolejne czynności komisja podejmowała dopiero wskutek interwencji innych instytucji lub rodziny zgłoszonej osoby¹⁴. [str. 16–18]

NIK zwraca uwagę, że w obecnym stanie prawnym istnieje niebezpieczna praktyka stosowania procedury zobowiązania do leczenia odwykowego na podstawie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości wobec osób, które nadużywają alkoholu oraz równocześnie dopuszczają się przestępstw, w tym zwłaszcza przemocy lub znęcania psychicznego wobec członków rodziny. Wynika to z błędnej diagnozy i może prowadzić do zaniechania reakcji przewidzianych w prawie karnym, cywilnym lub rodzinnym. [str. 17]

Gminne komisje, zgodnie z wymogami ustawy o wychowaniu w trzeźwości, na badanie przez biegłego kierowały osoby, które spełniały przesłanki określone w tej ustawie. Nie zagwarantowały natomiast prawidłowego, tj. zgodnego z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych, przetwarzania danych zgłoszonych im osób. [str. 18–19]

W ocenie NIK, skuteczność instytucjonalnego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu znacząco obniża także bardzo długi czas oczekiwania osób zobowiązanych do poddania się leczeniu na przyjęcie do szpitala.

¹⁴ Dla przykładu, w jednej z gminnych komisji 70 proc. spraw skierowano do sądu dopiero po zgłoszeniu kolejnego zgłoszenia tej samej osoby przez policję, ośrodek pomocy społecznej lub po interwencji kuratora sądowego.

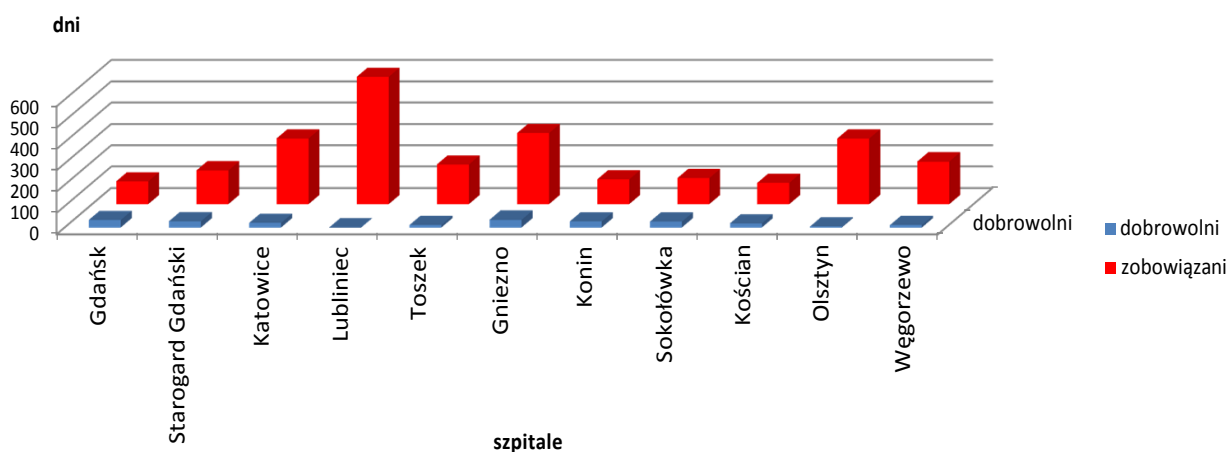
Uzależnienie od alkoholu jest przede wszystkim kategorią medyczną¹⁵. Skuteczne leczenie tej choroby wymaga profesjonalnej pomocy, bez której osoba uzależniona ma niewielkie szanse na wyjście z uzależnienia, co w praktyce może oznaczać postępowanie choroby i śmierć. Profesjonalna pomoc, dla ograniczenia negatywnych skutków uzależnienia, powinna być udzielona możliwie jak najszybciej.

Ustalenia kontroli wykazały, że:

- na przyjęcie do oddziałów leczenia uzależnień w skontrolowanych 11 szpitalach oczekiwały (łącznie, na koniec lat 2013–2014 oraz na 31 sierpnia 2015 r.) 5 873 osoby, w tym aż 4 269 (blisko 73 proc.) osób zobowiązanych przez sąd;
- czas oczekiwania na przyjęcie osób zobowiązanych do leczenia przez sąd wynosił średnio od 107 do 597 dni¹⁶, (maksymalnie – 1 081 dni), podczas gdy w tym samym okresie, osoby dobrowolnie zgłaszające się na leczenie oczekiwały na przyjęcie średnio nie dłużej niż 35 dni.

Wykres nr 2

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do zakładów lecznictwa odwykowego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników kontroli NIK.

Tak znaczne dysproporcje w liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na przyjęcie, w stosunku do osób korzystających z terapii dobrowolnie, wynikały m.in. ze stosowania przez podmioty lecznicze niedozwolonej, z punktu widzenia przepisów prawa, praktyki wyznaczania terminów rozpoczęcia leczenia i wprowadzenia limitów przyjęć osób zobowiązanych przez sąd do poddania się leczeniu. Stosowane modele postępowania przy wyznaczaniu terminów przyjęć osób zobowiązanych do leczenia, szpitale uzasadniały przede wszystkim względami terapeutycznymi i dbałością o efektywne wykorzystanie pozostających w ich dyspozycji zasobów i możliwości leczenia uzależnień. Jak wskazywano, o chęci podjęcia i powodzeniu terapii decyduje przekonanie pacjenta o jej niezbędności. Takiego podejścia brakowało zdecydowanej większości osób zobowiązanych do leczenia przez sąd. [str. 20–22]

¹⁵ Za Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; zobacz też: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.

¹⁶ Średni czas oczekiwania na przyjęcie ustalony dla każdego ze skontrolowanych szpitali, liczony od wpływu pisma z sądu o wyznaczenie terminu przyjęcia, do wyznaczonego terminu przyjęcia na leczenie.

Stanowisko dyrekcji szpitali w sprawie lekceważenia przez zobowiązanych procedur leczenia potwierdziły wyniki kontroli, i tak:

- na leczenie, mimo wyznaczenia terminu przyjęcia przez szpital, nie stawiła się większość (62 proc.) ze zobowiązanych do tego osób;
- połowę z przyjętych osób (51 proc.), do szpitala doprowadziła policja;
- mimo przyjęcia do oddziału, terapii nie podjęło 11 proc. zobowiązanych, a kolejne 20 proc. jej nie ukończyło.

Procedura instytucjonalnego zobowiązania do leczenia, jak wskazują specjaliści, jest sformułowana wbrew istocie skutecznej psychoterapii¹⁷. Współczesna nauka nie dopuszcza przymusowego leczenia uzależnień, wskazując na „nikłe efekty terapeutyczne uzyskiwane u pacjentów pozbawionych pozytywnej motywacji”¹⁸ oraz na „negatywne konsekwencje leczenia odwykowego podejmowanego wbrew woli uzależnionych”¹⁹. Instytucjonalnego zobowiązania do leczenia osób uzależnionych od alkoholu nie stosuje się w większości krajów Zachodniej Europy, wskazując przede wszystkim na bardzo niewielkie efekty terapii osób leczonych wbrew ich woli²⁰.

Obserwacje kliniczne i badania opinii przedstawicieli placówek lecznictwa odwykowego wskazują, że choć osoby zobowiązane częściej niż leczące się dobrowolnie kończą podstawowy program terapii, to rzadziej niż dobrowolnie podejmują leczenie w pogłębionych programach terapii, rzadziej korzystają ze wsparcia grup samopomocowych, szybciej i częściej wracają po leczeniu do picia alkoholu²¹. Potwierdziły to w całej rozciągłości ustalenia kontroli:

- zobowiązani, którzy poddali się leczeniu odwykowemu (81 proc. z tych którzy przybyli do oddziału, podjęli leczenie i go nie przerwali), ukończyli terapię na poziomie podstawowym, a terapia tylko 2 proc. spośród nich obejmowała również elementy terapii z poziomu ponadpodstawowego;
- kolejny raz terapię (obowiązkową lub dobrowolną) przechodziło 48 proc. zobowiązanych osób, z czego połowa (50 proc.) po raz kolejny została zobowiązana do poddania się leczeniu przez sąd.

Trzeba pamiętać, że ukończenie podstawowego programu terapii kończy sądowe zobowiązanie do poddania się leczeniu, nie jest jednak końcem leczenia uzależnienia i najczęściej nie wystarcza do utrzymania trwałej trzeźwości²².

2.2 Uwagi końcowe i wnioski

Ustalenia kontroli wskazują, że procedura zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu ma w istocie niewielki wpływ na rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce. Dlatego NIK, mając także na uwadze opinie ekspertów pozyskane w toku kontroli²³, rekomenduje Ministrowi Zdrowia rozważenie wprowadzenia zmian w ustawie o wychowaniu w trzeźwości ograniczających

¹⁷ Jadwiga Fudała, Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; <http://www.mp.pl/pacjent>.

¹⁸ B. Woronowicz, Nie można leczyć wbrew woli pacjenta, Problemy alkoholizmu, nr 2/1992, s. 3.

¹⁹ J. Morawski, Podstawy antropologiczne i aksjologiczne. Prawo o leczeniu uzależnień, Problemy alkoholizmu, nr 8-9/1992, s. 5.

²⁰ Zobacz: Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States, Final Report, Mannheim, Germany, May 15, 2002; http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_08_en.pdf

²¹ Za Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

²² Za Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

²³ Opinia Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na temat efektywności i skuteczności procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu (z 18 sierpnia 2015 r., sygn. ANA/1593/DLO-DPr/JF,KD/2015; z 14 marca 2016 r., sygn. ANA/549/DPr/APK/KD/2016).

stosowanie procedury zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu jedynie do sprawców przestępstw oraz osób, które w wyniku uzależnienia znalazły się w sytuacji zagrażającej ich życiu, albo powodujących zagrożenie dla życia lub zdrowia innych osób. Zdaniem NIK, część środków finansowych wykorzystywanych dotychczas na realizację instytucjonalnego zobowiązania do leczenia odwykowego²⁴, mogłaby wspierać funkcjonowanie skuteczniejszych form przeciwdziałania problemom alkoholowym, opartych na modelu leczenia podejmowanego dobrowolnie, m.in. poprzez:

- zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych, które chcą dobrowolnie podjąć leczenie oraz rodzin z problemem alkoholowym, m.in. poprzez utworzenie ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień w miejscowościach oddalonych od większych ośrodków, w których funkcjonują placówki leczenia uzależnień;
- utworzenie w skali powiatu zespołu terapeutycznego, który zająłby się profesjonalnie prowadzoną motywacją osób uzależnionych do podjęcia decyzji o dobrowolnym rozpoczęciu leczenia;
- wspomaganie samorządowych i pozarządowych organizacji prowadzących różnego rodzaju zajęcia terapeutyczne, w tym profesjonalne wsparcie i motywowanie osób uzależnionych i współuzależnionych;
- zagwarantowanie rodzinom osób uzależnionych od alkoholu możliwości pobytu w lokalnych ośrodkach wsparcia (domach pobytu), w których oprócz pomocy socjalnej, otrzymają wsparcie prawne i psychologiczne.

Jednocześnie wobec osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu popełniają przestępstwa lub wykroczenia, a zwłaszcza dopuszczają się przemocy domowej, konieczne jest konsekwentne stosowanie właściwych procedur określonych np. w przepisach prawa karnego, cywilnego lub rodzinnego.

NIK zwraca też uwagę, że w obecnym stanie prawnym istnieje konieczność podjęcia prac legislacyjnych mających na celu kompleksowe uregulowanie problematyki dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych. Dlatego NIK zwraca się do Ministra Zdrowia o zainicjowanie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie w ustawie o wychowaniu w trzeźwości następujących kwestii dotyczących czynności podejmowanych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego:

- przyznania członkom gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wyraźnego uprawnienia do przetwarzania tzw. danych wrażliwych w rozumieniu art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych ze wskazaniem zakresu tych danych i trybu ich pozyskania;

²⁴ Tryb zobowiązania do leczenia odwykowego jest kosztowny (roczny koszt to ok. 100 mln zł) – szacunki Ministerstwa Sprawiedliwości pozwalają założyć, że w skali roku łączne wynagrodzenie w sądach dla osób zajmujących się postępowaniami w sprawach osób uzależnionych od alkoholu oscylowało w granicach 12 mln złotych; do tego należy dodać zwykle koszty związane z obsługą biurową spraw, jak również wydatki ponoszone przez policję – szacowane na kwotę 90 mln zł rocznie (porównaj: uzasadnienie do projektu zmiany ustawy o wychowaniu w trzeźwości i innych ustaw); wydatki 31 skontrolowanych gminnych komisji na działania związane z procedurą zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu wyniosły w 2014 r. 1,1 mln zł; koszty jednego dnia pobytu pacjenta w oddziale leczenia uzależnień w 2014 r. w skontrolowanych 11 szpitalach wynosił od 94,79 zł do 248,54 zł, a w oddziale terapii uzależnień – od 138,33 zł do 153,80 zł.

- zwolnienia wójta (burmistrza, prezydenta miasta) jako administratora danych osobowych przetwarzanych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, z określonego w art. 40 ustawy o ochronie danych osobowych obowiązku zgłoszenia do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych zbiorów danych.

Obecnie brak jest jednoznacznej podstawy prawnej umożliwiającej gminnym komisjom dostęp do danych wrażliwych, przy jednoczesnym ustawowym obowiązku gminnych komisji do podejmowania działań zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego. Wypełnienie ustawowych zadań komisji poprzez realizację celu, do którego zostały powołane na mocy ustawy o wychowaniu w trzeźwości, nie jest zatem możliwe bez dostępu do danych wrażliwych. Uzasadniona jest więc potrzeba wyraźnego uregulowania uprawnień członków gminnych komisji do przetwarzania danych wrażliwych oraz określenie zakresu tych danych i trybu ich pozyskania.

Brak jasnego stanowiska w zakresie obowiązku zgłoszenia zbioru danych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych powoduje zróżnicowane zachowania potencjalnie zobowiązanych. Powyższe w kontekście przewidzianej w art. 53 ustawy o ochronie danych osobowych odpowiedzialności karnej za niewypełnienie przedmiotowego obowiązku uzasadnia interwencję ustawodawcy.

3.1 Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych

Tryb postępowań prowadzonych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych wobec osób nadużywających alkoholu nie zapewnił sprawnego i efektywnego wykonywania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu²⁵. Komisje kierowały na badanie przez biegłego osoby spełniające warunki określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości. Nie zagwarantowały natomiast prawidłowego, tj. zgodnego z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych, przetwarzania danych zgłoszonych im osób.

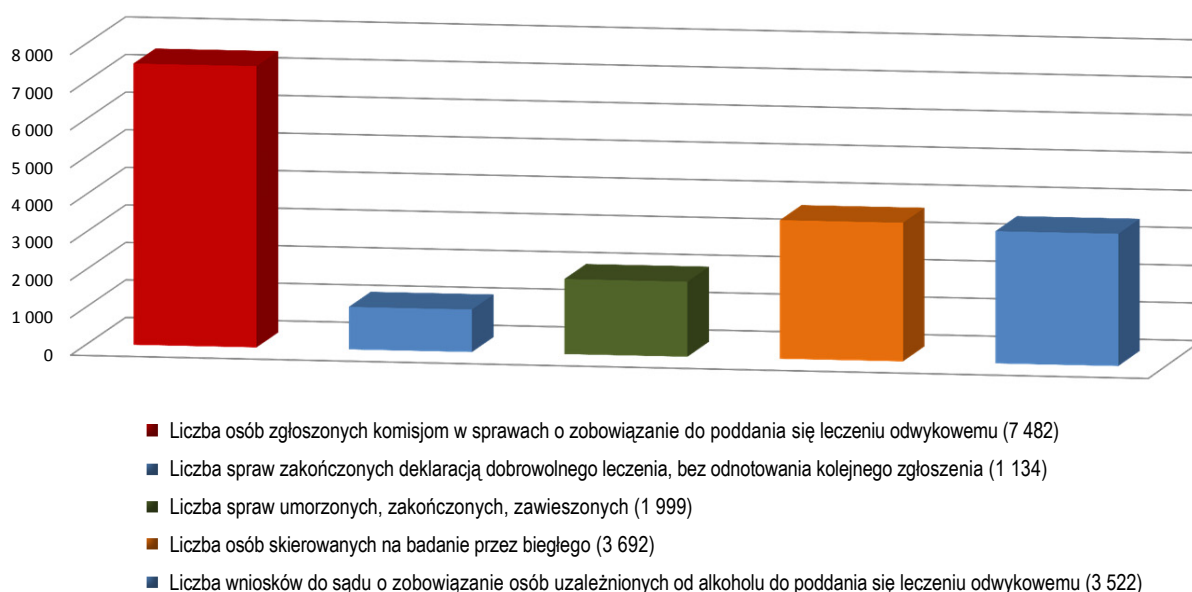
Podjęcie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego, jest ustawowym zadaniem gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (art. 4¹ ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości). W ramach postępowań w stosunku do osób nadużywających alkoholu, gminne komisje kierują na badanie przez biegłego osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny (art. 24 i art. 25 ww. ustawy o wychowaniu w trzeźwości). Jeżeli biegli stwierdzą występowanie uzależnienia od alkoholu, gminna komisja kieruje do sądu wnioski o zastosowanie wobec tej osoby obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego (art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości). Ustawa o wychowaniu w trzeźwości, ani inne przepisy, nie określają trybu podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby nadużywającej alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

Do skontrolowanych 31 gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wpłynęły, w latach 2013–2015 (do 31 sierpnia), 7 482 zgłoszenia w sprawach o zobowiązanie osób nadużywających alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu. Do sądu, komisje skierowały wnioski o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu 3 522 osób, 1 134 osoby zadeklarowały komisjom chęć dobrowolnego leczenia (co nie było równoznaczne z faktycznym jego podjęciem), a wobec braku kolejnych zgłoszeń, spraw tych dalej nie prowadzono. Kolejne 1 999 spraw, gminne komisje umorzyły, zakończyły lub zawiesiły, bez skierowania zgłoszonej osoby do biegłego i dalej – wniosku do sądu, z powodu braku przesłanek uzasadniających dalsze działania, niemożność skontaktowania się ze zgłoszoną osobą lub złożenie deklaracji dobrowolnego podjęcia leczenia przez zgłoszoną osobę (co nie było równoznaczne z faktycznym podjęciem leczenia).

²⁵ Szczegółowe badania przeprowadzono na próbie 1 652 zgłoszeń, z lat 2013–2015 (do 31 sierpnia).

Wykres nr 3

Działalność gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

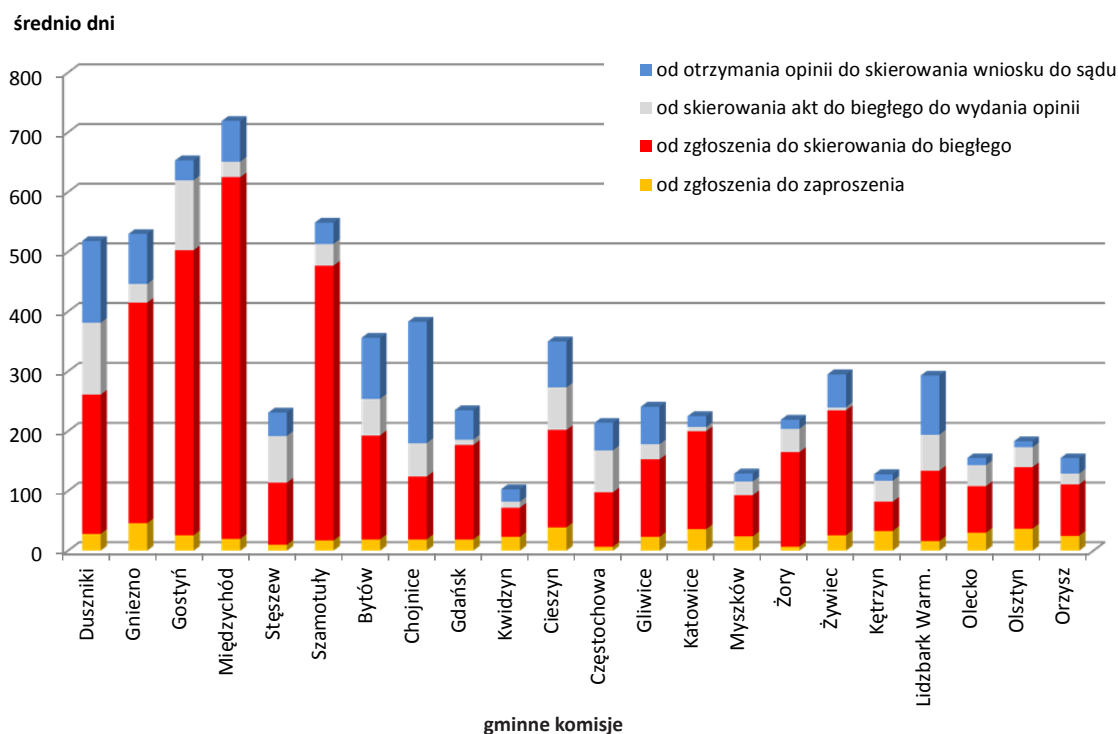


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników kontroli NIK.

Postępowania większości (94 proc.) gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych były przewlekłe. Te spośród nich, które zakończyły się skierowaniem do sądu wniosku o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu (848 spraw), trwały średnio 266 dni. Najdłuższe trwały 2 060 dni, a więc ponad pięć i pół roku. Tak długi czas prowadzenia postępowań był konsekwencją zwłoki w podejmowaniu przez gminne komisje poszczególnych czynności. Średnio, od wpływu do komisji zgłoszenia, do zaproszenia osoby nadużywającej alkoholu na spotkanie z komisją mijały 23 dni (w 1 569 sprawach). W skrajnym przypadku, zaproszenie wystosowano dopiero po upływie 380 dni od otrzymania zgłoszenia. Na zweryfikowanie przesłanek uzasadniających skierowanie zgłoszonej osoby na badanie przez biegłego i przesłanie akt do biegłego, gminne komisje potrzebowały średnio 186 dni (w 800 sprawach), a maksymalnie – 1 772 dni. Od wpływu do komisji opinii biegłego potwierdzającej uzależnienie od alkoholu, do skierowania do sądu wniosku o zobowiązanie do poddania się leczeniu mijało średnio 55 dni (w 428 sprawach), w skrajnym przypadku czas ten wyniósł 591 (biegli wydawali opinie średnio po 43 dniach).

Wykres nr 4

Czas trwania poszczególnych etapów postępowań w sprawach o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu, w wybranych gminnych komisjach rozwiązywania problemów alkoholowych²⁶



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników kontroli NIK.

Długi czas pomiędzy podjęciem przez komisje poszczególnych czynności wynikał zarówno z obiektywnych przyczyn (takich jak: trudności w ustaleniu miejsca pobytu zgłoszonej osoby, niestawianie się na spotkania z komisją), jak i z niewłaściwego zorganizowania jej prac (np. dwumiesięczna przerwa urlopową, niepodejmowanie działań w okresie świątecznym i na przełomie lat, niewystarczająca częstotliwość spotkań, ograniczona dyspozycyjność członków komisji przez zaangażowanie w pracę zawodową). Na długotrwałość postępowań wpłynęły jednak przede wszystkim wielokrotne, rozłożone w czasie, próby motywowania zgłoszonych osób do dobrowolnego podjęcia leczenia odwykowego. Dla przykładu:

- Spośród 100 osób zgłoszonych jednej z komisji, 22 podpisały zobowiązanie do podjęcia dobrowolnego leczenia. Tylko dwie ukończyły podstawowy poziom terapii, dwie zmarły, dwie – według opinii biegłych – nie wymagały leczenia, a 16 nie zgłosiło się na badanie przez biegłego. Ostatecznie, wnioski w sprawie tych osób skierowano do sądu. Przyjęcie deklaracji dobrowolnego leczenia spowodowało opóźnienie jego podjęcia – od daty podpisania zobowiązania podjęcia leczenia, do terminu pierwszego posiedzenia sądu, w jednej sprawie minęły ponad dwa lata, a w ośmiu – ponad rok.
- Inna komisja, dysponując potwierdzonymi przesłankami skierowania sprawy do sądu (art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości), po uzyskaniu opinii biegłych stwierdzającej uzależnienie zgłoszonego (lub zwrotu akt w przypadku braku możliwości przeprowadzenia badania), kierowała wnioski do sądu o zobowiązanie zgłoszonego do podjęcia leczenia odwykowego po upływie nawet od 138 do 289 dni (w czterech na 10 badanych spraw, w których wnioski do sądu zostały skierowane w latach 2014–2015). W sprawach skierowanych do sądu w 2013 r. (badaniu poddano 15 takich spraw) okres ten był jeszcze dłuższy i wynosił w jednej sprawie 44 dni, w pozostałych 14 – od 108 do 323 dni. Tak więc Komisja przekazała wnioski do sądu niemal po roku od podjęcia decyzji o takim działaniu.

²⁶ Wykres prezentuje dane dotyczące skontrolowanych gminnych komisji, które kierowały zgłoszone osoby na badanie do biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia (i ją uzyskały).

Deklaracje dobrowolnego podjęcia leczenia były przyjmowane nawet w sytuacjach, gdy rodziny zgłoszonych osób, policja lub pomoc społeczna sygnalizowały, że osoba nadużywająca alkoholu stanowi istotne zagrożenie dla siebie i otoczenia. Dla przykładu:

- *Jedna z komisji, po otrzymaniu od policji zgłoszenia o stosowaniu pod wpływem alkoholu przemocy wobec żony i nieletniego syna, prowadziła postępowanie przez niemal dwa lata. Komisja kontynuowała postępowanie nawet po otrzymaniu zgłoszenia o pobiciu nieletniego syna i spożywaniu z nim alkoholu, a zamiast zgłosić sprawcę przemocy policji, zaprosiła go na kolejne spotkanie, wyznaczone za trzy miesiące. Jednocześnie, prokuratura umorzyła postępowanie prowadzone wobec osoby zgłoszonej komisji, powołując się na prowadzenie sprawy przez komisję.*
- *Inna komisja poddawała wielomiesięcznej „obserwacji” osoby zgłoszone przez zespół interdyscyplinarny, policję, ośrodek pomocy społecznej oraz ośrodek doraźnej pomocy osobom z problemem alkoholowym, mające dopuszczać się pod wpływem alkoholu przemocy fizycznej i psychicznej, awantur domowych, demoralizacji małoletnich oraz agresywnych zachowań wobec otoczenia. W czasie trwających blisko rok obserwacji, gminna komisja weryfikowała zasadność skierowania zgłoszonych osób na leczenie odwykowe, a osoby stwarzające zagrożenie dla rodziny i otoczenia, nadal pozostawały w swoim środowisku. Ostatecznie, gminna komisja umorzyła te postępowania, i bez skierowania zgłoszonych osób na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia, stwierdziła że nie było potrzeby ich kierowania na leczenie odwykowe.*

Na niewielką skuteczność rozmów motywujących mogło wpłynąć niewystarczające przygotowanie członków komisji do ich prowadzenia. Prowadzenie dialogu motywującego, jako sposobu efektywnego motywowania do zmiany szkodliwych zachowań, wymaga odpowiednich kompetencji i umiejętności. O ile niemal wszyscy członkowie skontrolowanych gminnych komisji odbyli szkolenia w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, to już tylko część z nich (w 48 proc. komisji) przeszła szkolenie z zakresu prowadzenia dialogu motywującego, a tylko w ośmiu (na 31 skontrolowanych) gminnych komisjach rozwiązywania problemów alkoholowych, przynajmniej jedna osoba posiadała certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień. Znaczenia profesjonalnego przygotowania do efektywnego motywowania nie dostrzegali nie tylko członkowie komisji, ale również powołujący gminne komisje wójtowie (burmistrzowie, prezydenci miast). Dla przykładu:

- *Członkowie jednej z komisji uczestniczyli tylko w jednym szkoleniu dotyczącym motywowania, a doskonalenie umiejętności w tym zakresie, według wójta, miało się odbywać w trakcie rozmów ze zgłoszonymi osobami.*
- *W skład innej komisji wchodziło dwóch emerytowanych policjantów i strażnik miejski. Osoby te ukończyły szkolenia z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Ponadto, jeden z członków komisji uczestniczył m.in. w jednogodzinnym wykładzie „ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w kontekście pomocy i pracy z osobą uzależnioną od alkoholu” oraz w trzygodzinnych warsztatach „pierwszy kontakt z klientem gminnej komisji”, a drugi – w czterogodzinnych warsztatach „terapia skoncentrowana na rozwiązaniach”.*

Dodatkowym czynnikiem obniżającym skuteczność rozmów motywujących był brak realnych możliwości monitorowania przez komisje spełnienia deklaracji dobrowolnego podjęcia leczenia przez zgłoszone osoby. Ustawodawca nie nadał gminnym komisjom uprawnień umożliwiających egzekwowanie ich spełnienia, a komisje musiały w tym zakresie polegać na woli i chęci współpracy ze strony zgłoszonych osób. Mimo braku ustawowego wsparcia, część gminnych komisji (32 proc.) zobowiązała osoby składające deklarację dobrowolnego leczenia do dostarczania potwierdzenia uczestnictwa w terapii lub sami członkowie komisji próbowali zasięgnąć takich informacji z ośrodków leczenia uzależnień. Dla przykładu:

- *Jedna z komisji, średnio raz w miesiącu występowała do wskazanych przez zgłoszone osoby zakładów leczenia odwykowego, z zapytaniem o uczestniczeniu w terapii. Komisja posiadała zgodę osoby deklarującej podjęcie leczenia, na występowanie o takie informacje.*
- *Osoby które złożyły deklarację podjęcia dobrowolnego leczenia, inna komisja wzywała po upływie jednego, dwóch lub trzech miesięcy, celem wykazania się wynikami leczenia. Wówczas okazywało się, że osoby te albo leczenia nie podjęły, albo podjęły i je przerwały, lub też nie utrzymały abstynencji. Informacje pozyskiwano też od pracownika poradni leczenia uzależnień, który był jednocześnie członkiem tej komisji.*

- Kolejna komisja, od 2015 r. przyjmowała od zgłoszonych osób pisemne zobowiązanie do zgłoszenia się w poradni leczenia uzależnień, z jednoczesnym zobowiązaniem do przedłożenia jej pisemnego poświadczenia tego faktu. Do 6 października 2015 r., takiego poświadczenia nie złożyła żadna z czterech osób, które odpowiednio – 17 kwietnia 2015 r., 11 czerwca 2015 r., 3 lipca 2015 r. i 4 września 2015 r. – takie zobowiązanie złożyły.

Po rozmowach motywujących, część gminnych komisji (19 proc.) kierowała zgłoszone osoby na spotkania w punkcie konsultacyjno-informacyjnym. Jedna z komisji, pozostawiła w gestii zgłoszonych osób podjęcie decyzji o zgłoszeniu się na terapię lub na spotkania w punkcie konsultacyjno-informacyjnym. Spotkania w punkcie konsultacyjno-informacyjnym, utworzonym w celu udzielania porad i wsparcia osobom uzależnionym i ich rodzinom, nie mogą zastępować profesjonalnego leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu, które prowadzi się w podmiotach leczniczych. Prawidłowo natomiast postąpiła jedna z komisji, która do punktu konsultacyjno-informacyjnego skierowała zgłoszoną osobę, u której nasilał się problem alkoholowy, a której komisja – z braku społecznych przesłanek wskazanych w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości – nie mogła skierować na badanie przez biegłego.

Gminne komisje, zgodnie z dyspozycją art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, na badanie przez biegłego kierowały jedynie osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodowały rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylały się od pracy albo systematycznie zakłócały spokój lub porządek publiczny.

Część (29 proc.) gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych nie wywiązała się z ustawowego zadania określonego w art. 24 i art. 25 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, polegającego na kierowaniu na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu, powodowały rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylały się od pracy albo systematycznie zakłócały spokój lub porządek publiczny. Jako przyczynę odstąpienia od realizacji tego obowiązku, w zależności od komisji, wskazywano zamiar skrócenia czasu trwania procedury, motywowanie do dobrowolnego podjęcia leczenia, założenie że złożenie deklaracji dobrowolnego leczenia jest potwierdzeniem uzależnienia, brak prawnych instrumentów egzekucji realizacji wezwania do stawienia się na badanie u biegłego oraz możliwość zarządzenia takiego badania przez sąd, brak środków na opłacenie badania.

Stwierdzono również, że dwie z gminnych komisji, zamiast podejmować ustawowo określone czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, skupiły swoją działalność na motywowaniu zgłoszonych osób do dobrowolnego podjęcia leczenia. Dla przykładu:

- Jedna z komisji, w 2013 r. nie występowała do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do poddania się leczeniu przez osoby, które zobowiązały się do dobrowolnego podjęcia leczenia, ale się z niego nie wywiązały. W latach 2014–2015 (do 31 sierpnia) nie wystąpiła do sądu w sprawie żadnej ze zgłoszonych osób, mimo że istniały ku temu przesłanki. W komisji, jak wyjaśnił jej przewodniczący, przyjęto zasadę wydłużenia działań związanych z motywowaniem, ponieważ doświadczenia z lat ubiegłych pokazały, że „przymusowe” leczenie jest nieskuteczne, a pacjenci „zmuszeni” do leczenia opuszczają ośrodki leczenia uzależnień.
- Inna komisja, swoją działalność ograniczyła do prowadzenia ze zgłoszonymi osobami rozmów, których celem było motywowanie do dobrowolnego podjęcia leczenia. Żadnej ze zgłoszonych 32 osób, komisja nie skierowała na badanie przez biegłego, a do sądu skierowała wniosek w sprawie jednej osoby. Na wezwanie sądu do uzupełnienia braków formalnych w tym wniosku, komisja nie odpowiedziała, a wniosek skierowała do prokuratury. Do prokuratury komisja skierowała też, pierwotnie do niej adresowane, dwa inne zgłoszenia osób nadużywających alkoholu.

Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, prowadząc postępowania wobec zgłoszonych osób nadużywających alkoholu, przetwarzały ich dane, w tym tzw. dane wrażliwe, czyli np. dane o stanie zdrowia i o nałogach oraz dane dotyczące skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatach karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. Prezydenci miast, burmistrzowie i wójtowie będący administratorami danych osób zgłoszonych gminnym komisjom, w większości skontrolowanych gmin, nie zagwarantowali prawidłowego, tj. zgodnego z ustawą o ochronie danych osobowych, przetwarzania tych danych. Nieprawidłowości w tym zakresie polegały przede wszystkim na nienadaniu członkom gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych upoważnień do przetwarzania danych zgłoszonych osób. W świetle art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych, osoby przetwarzające dane powinny posiadać indywidualne upoważnienie nadane przez administratora danych. Upoważnienia administratora do przetwarzania danych zgłoszonych osób nie posiadali członkowie (żaden lub część z nich) 54,8 proc. skontrolowanych gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

Ponadto większość (84 proc.) gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, bez ustawowego upoważnienia, występowała do innych podmiotów, w tym do policji, ośrodków pomocy społecznej czy izb wytrzeźwień, o informacje o zgłoszonych osobach nadużywających alkoholu. Dane zgłoszonych osób udostępniano też pracownikom urzędów gmin (miast) i ośrodków pomocy społecznej niebędącym członkami komisji, a wykonującymi na jej rzecz np. obsługę administracyjną. W świetle przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości, gminne komisje posiadają ograniczone możliwości występowania do innych podmiotów o informacje o zgłoszonych osobach. Ustawa ta upoważnia je jedynie do występowania do biegłego o wydanie opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. Brak jest podstaw do zbierania takich danych od innych podmiotów, bez zgody zainteresowanego. Komisje, występując do innych instytucji o informacje o danej osobie, bez jej zgody, mogą narazić się na zarzut naruszenia dóbr osobistych takiej osoby.

Prezesa sądów rejonowych, od których NIK zasięgnęła informacji na temat współpracy z gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych, ocenili ją jako poprawną. Współpraca gminnych komisji z kuratorami sądowymi polegała głównie na składaniu wniosków o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu. Prezesa sądów zwrócili też uwagę na niepożądane zjawiska w działalności gminnych komisji, takie jak: przewlekłość postępowań; niewłaściwe podejście do zgłoszonej osoby polegające na przedwczesnym obdarzaniu jej zaufaniem i przyjmowaniem deklaracji dobrowolnego leczenia; brak zawodowych kuratorów sądowych w składzie komisji.

3.2 Podmioty lecznicze

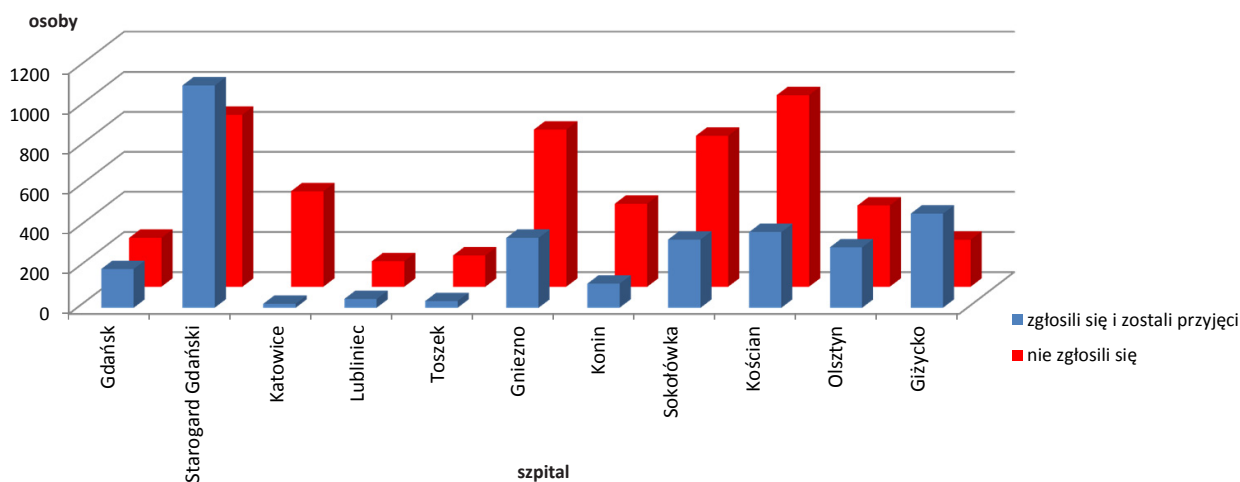
Skontrolowane podmioty lecznicze zapewniły wprowadzenie warunków do realizacji postanowień sądu o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, leczenie to nie było jednak dostępne w zakresie umożliwiającym jego niezwłoczne podjęcie przez osoby zobowiązane do tego przez sąd.

W skontrolowanych podmiotach leczniczych²⁷, średnio co dziesiąty pacjent oddziału leczenia uzależnień podjął leczenie odwykowe w związku ze zobowiązaniem go do tego przez sąd. Leczenia, mimo postanowienia sądu i wyznaczenia terminu przyjęcia przez podmiot leczniczy, nie podjęła większość ze zobowiązanych do tego osób (5.416 wobec 3.362, które zostały przyjęte do oddziałów leczenia uzależnień).

²⁷ Prezentowane dane uwzględniają również ustalenia kontroli rozpoznawczej.

Wykres nr 5

Osoby zobowiązane do poddania się leczeniu, które zgłosiły się lub nie zgłosiły się w szpitalu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników kontroli NIK.

Dla przykładu:

- Centrum Psychiatrii w Katowicach, w 2014 r. wyznaczyło termin przyjęcia 191 osobom zobowiązanym do poddania się leczeniu przez sąd, z których na leczenie stawiło się pięć osób (2,6 proc.). Do Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnieni od Alkoholu i Współuzależnienia w Giżycku, mimo wyznaczonego terminu przyjęcia, nie zgłosiło się 235 osób.

Większość (64 proc.) ze skontrolowanych podmiotów leczniczych na bieżąco²⁸ wyznaczała terminy przyjęć pacjentów zobowiązanych do poddania się leczeniu i informowała o tym właściwy sąd. Takie działania sprzyjało sprawnej realizacji postanowień sądu. Wystąpiły jednak również przypadki niewyznaczenia terminu przyjęcia lub wyznaczenia go z dużym opóźnieniem. Dla przykładu:

- Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu, nie wyznaczył terminu przyjęcia do oddziału leczenia uzależnień 106 osób w 2013 r., 128 osób w 2014 r. i 67 osób w 2015 r. (do 31 sierpnia). We wszystkich przypadkach przyczyną niewyznaczenia terminu był brak miejsc w oddziale leczenia uzależnień w okresie ważności postanowienia sądu o zobowiązaniu do poddania się leczeniu. O niewyznaczeniu terminu przyjęcia, szpital każdorazowo powiadomił właściwy sąd.
- Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie informował sądy o przybliżonym (wskazanym jako kwartał roku) terminie przyjęcia osób zobowiązanych do poddania się leczeniu przez sąd. Do połowy listopada 2015 r., szpital nie wyznaczył terminu przyjęcia 92 osób zobowiązanych przez sąd do poddania się leczeniu, mimo że jedna z tych spraw wpłynęła z sądu jeszcze w 2013 r., 35 w 2014 r., a 56 zgłoszeń z sądów szpital otrzymał do 31 sierpnia 2015 r. Szpital nie wyznaczał terminów przyjęć na bieżąco, mimo że występował o to (w 15 z 40 objętych kontrolą sprawach) sąd, który zobowiązał osobę uzależnioną od alkoholu do poddania się leczeniu odwykowemu.

Przyczynami niewyznaczenia terminów przyjęć lub wyznaczenia ich ze znacznym opóźnieniem, poza nierzetelnym działaniem szpitala, były – według kierowników podmiotów leczniczych – niewystarczająca liczba miejsc w oddziałach leczenia uzależnień, możliwy termin przyjęcia przypadający na czas po upływie ważności postanowienia²⁹, uchylanie się osób zobowiązanych od wykonania postanowienia sądu.

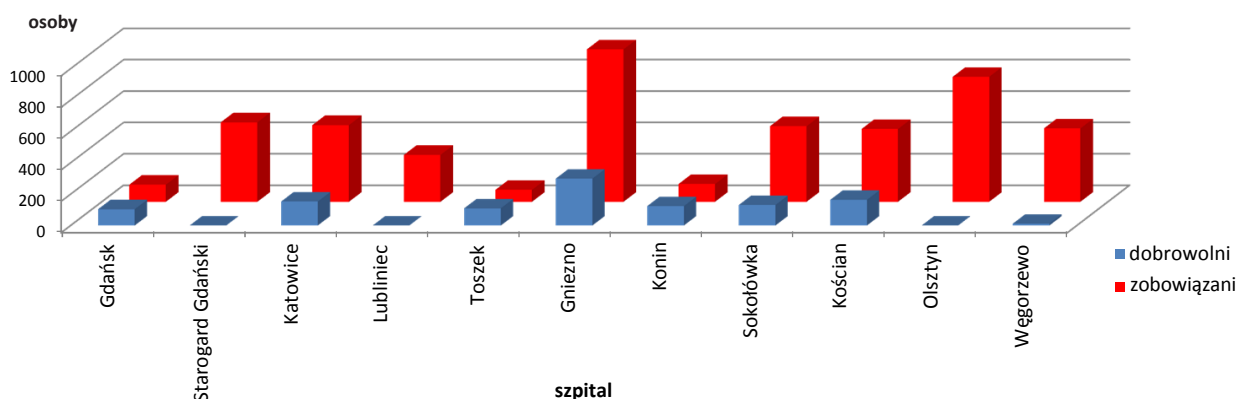
²⁸ Tj. w terminie nie przekraczającym trzech dni roboczych od otrzymania pisma sądu w sprawie wyznaczenia terminu przyjęcia osoby zobowiązanej do poddania się leczeniu.

²⁹ Obowiązek poddania się leczeniu, w myśl art. 34 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia.

Na przyjęcie do oddziałów leczenia uzależnień oczekiwało, na koniec lat 2013 i 2014 i na 31 sierpnia 2015 r., łącznie 4 269 osób zobowiązanych do leczenia przez sąd (odpowiednio: 1 468; 1 547 i 1 254 osoby). W analogicznym okresie, na leczenie oczekiwały łącznie 1 604 osoby, chcące podjąć leczenie dobrowolnie.

Wykres nr 6

Osoby oczekujące na przyjęcie do szpitala, łącznie na 31 grudnia 2013 i 2014 r. oraz na 31 sierpnia 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników kontroli NIK.

Czas oczekiwania na przyjęcie osób zobowiązanych do poddania się leczeniu przez sąd wynosił od 6 do 1083 dni i był wielokrotnie dłuższy od czasu oczekiwania osób dobrowolnie podejmujących leczenie odwykowe – w dwóch szpitalach, osoby te przyjmowano na bieżąco³⁰, a maksymalny czas oczekiwania to 116 dni. Wielokrotnie dłuższy był również średni czas oczekiwania na przyjęcie – w przypadku osób zobowiązanych przez sąd wynosił on od 107 do 597 dni, a osób dobrowolnie podejmujących leczenie – od 4 do 35 dni. Jedną z przyczyn tak znacznych dysproporcji w czasie oczekiwania na przyjęcie były stosowane przez część (64 proc.) ze skontrolowanych podmiotów praktyki wyznaczania terminów rozpoczęcia leczenia i wprowadzenie limitu przyjęć tych osób. Podmioty te ograniczyły dostęp do terapii osób zobowiązanych przez sąd do poddania się leczeniu odwykowemu przyjmując, że ich maksymalna liczba nie przekroczy 20 proc. liczby miejsc przeznaczonych do leczenia odwykowego. Według kierowników tych podmiotów, możliwość wprowadzenia takiego ograniczenia daje art. 32¹ ustawy o wychowania w trzeźwości. NIK nie podziela takiej opinii. Z treści tego przepisu wynika, że podmioty lecznicze są zobowiązane do przyjmowania na leczenie **poza kolejnością** osób zobowiązanych do leczenia przez sąd, do wykorzystania limitu miejsc stanowiącego 20 proc. ogółu miejsc przeznaczonych do leczenia odwykowego. Dyspozycja art. 32¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości nie wyłącza natomiast obowiązku stosowania zasad udzielania świadczeń, określonych w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³¹, w stosunku do osób objętych postanowieniem sądowym, po wyczerpaniu limitu przyjęć poza kolejnością, o których mowa w ustawie o wychowaniu w trzeźwości. Odmienna interpretacja tego przepisu prowadzi do naruszenia zasady zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzenie ograniczeń w przyjęciach osób zobowiązanych przez sąd uzasadniano przede wszystkim względami terapeutycznymi i niechęcią osób zobowiązanych do leczenia. Dla przykładu:

³⁰ Tj. w terminie nie przekraczającym 14 dni od zgłoszenia chęci podjęcia leczenia.

³¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.

- Przyjęty w szpitalu sposób ustalania kolejności świadczeń, według dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Koninie, jest wynikiem dotychczasowych doświadczeń w leczeniu osób dobrowolnie podejmujących leczenie i zobowiązanych do leczenia przez sąd. Między tymi grupami pacjentów rysują się wyraźne różnice w podejściu do podjęcia terapii, uczestniczenia w niej oraz stosunku do terapeutów. Podkreślić trzeba, że osoba zmuszona wbrew swojej woli do podjęcia leczenia neguje proces leczniczy, buntuje się przeciw leczeniu, nagminnie łamie regulamin oddziału i oddala się z niego. Takie zachowania wpływają destrukcyjnie na pacjentów podejmujących leczenie dobrowolnie, a tworzenie mieszanych grup – składających się z pacjentów „dobrowolnych” i „zobowiązanych” – jest kontrproduktywne w zakresie procesu leczniczego tych pierwszych.
- Zobowiązane do poddania się leczeniu odwykowemu w Centrum Psychiatrii w Katowicach pięć osób, zgłosiło się na leczenie w Centrum dobrowolnie. W ten sposób „skrócili” czas oczekiwania od 7 do blisko 21 miesięcy.
- Pacjentów zobowiązanych do leczenia, jak wyjaśnił dyrektor Centrum Psychiatrii w Katowicach, przyjmuje się do wykorzystania 20 proc. limitu. Przyjmowanie większego odsetka tych pacjentów – zwykle pozbawionych rzeczywistej (pozaprawnej) motywacji do leczenia – całkowicie zdeorganizowałoby pracę grupy terapeutycznej, uniemożliwiając osiągnięcie korzyści z terapii także pozostałym pacjentom.

W skontrolowanych podmiotach leczniczych obowiązywały niejednorodne warunki przyjęcia na leczenie odwykowe osób zobowiązanych do poddania się leczeniu przez sąd. Część (46 proc.) podmiotów leczniczych, w momencie przyjęcia bezwzględnie wymagała od osób zobowiązanych zachowania trzeźwości, np. przynajmniej siedmiodniowej abstynencji po spożyciu alkoholu i miesięcznej po spożyciu środków psychoaktywnych. Stawienie się do przyjęcia pod wpływem alkoholu było jednoznaczne z odmową przyjęcia na leczenie. Wymóg trzeźwości uzasadniały względy terapeutyczne, obowiązujące w oddziałach leczenia uzależnień. Pełna abstynencja w dniu przyjęcia, dla terapeutów i lekarzy, jest punktem odniesienia do badań, a okres wymaganej abstynencji ma znaczenie dla procesu leczenia – odstawienie środków psychoaktywnych może spowodować rozwinięcie się u pacjenta zespołu odstawiennego lub stanu przeddelirijnego. Część (54 proc.) podmiotów leczniczych, dopuszczała przyjęcie na leczenie osób zobowiązanych będących pod wpływem alkoholu. Zwykle w takich przypadkach, osoby te były przyjmowane do oddziału detoksykacji (leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych), a następnie przenoszone do oddziału leczenia uzależnień. Dla przykładu:

- Stanu nietrzeźwości, według dyrektora Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gnieźnie, nie należy rozumieć jako określonej zawartości alkoholu w wydychanym powietrzu czy we krwi, ale jako element całościowego stanu zdrowia pacjenta. To, że pacjent w chwili przyjęcia jest pod wpływem alkoholu, nie jest przesłanką dyskwalifikującą go z przyjęcia do oddziału leczenia uzależnień. Osoby przyjmowane do szpitala na podstawie postanowienia sądu, nierzadko są doprowadzane przez policję, jest to dla nich sytuacja zaskakująca, często zatem trafiają do szpitala w stanie po spożyciu alkoholu. Takie osoby, w zależności od występowania objawów zespołu abstynencyjnego lub jego braku, przyjmuje się do szpitala, a autonomiczną decyzję w tym zakresie podejmuje lekarz izby przyjęć. To on decyduje, czy zgłaszająca się osoba jest przyjmowana do oddziału leczenia uzależnień lub leczenia objawów abstynencyjnych, czy nie jest przyjmowana do szpitala. Oddziały leczenia uzależnień nie są izbami wytrzeźwień czy oddziałami detoksykacyjnymi.
- W Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Gdańsku, pacjenci zobowiązani przez sąd do poddania się leczeniu, przyjmowani są do oddziału leczenia uzależnień po wcześniejszym odbyciu detoksykacji w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Z oddziału detoksykacji, pacjenci są przenoszeni bez kolejki do oddziału terapii uzależnienia od alkoholu.

Analogicznie, podmioty lecznicze niejednolicie postępowały z pacjentami, którzy w czasie terapii przerwali wymaganą abstynencję. W części podmiotów (46 proc.), przerwanie abstynencji było jednoznaczne z wypisaniem z terapii. Podobnie jak przy odmowach przyjęć na leczenie osób nietrzeźwych, uzasadniały to względy terapeutyczne. W części podmiotów leczniczych (54 proc.), pomimo przerwania abstynencji, pacjentów pozostawiano w szpitalu, przenoszono ich jednak na oddział detoksykacyjny lub psychiatryczny. W jednym ze szpitali, stwierdzenie stanu nietrzeźwości u pacjenta było równoznaczne z wydłużeniem hospitalizacji minimalnie o dwa tygodnie.

Skontrolowane podmioty lecznicze dysponowały łącznie 768 (na koniec lat 2013 i 2014) oraz 776 (na 31 sierpnia 2015 r.) zakontraktowanymi z Narodowym Funduszem Zdrowia łózkami w oddziałach leczenia uzależnień. Ich średnie wykorzystanie w roku wynosiło około 90 proc. (91 proc. w 2013 r., 90 proc. w 2014 r. i 91 proc. do 31 sierpnia 2015 r.). W poszczególnych podmiotach leczniczych średnie wykorzystanie łóżek było bardzo różne i wahało się od około 46 proc. (oddział detoksykacyjny) do 111 proc. (oddział terapii uzależnień). Znaczny wpływ na niepełne wykorzystanie bazy łóżkowej miało niestawianie się zobowiązanych osób na leczenie w wyznaczonym terminie. Samodzielnie na leczenie w wyznaczonym przez szpital terminie, zgłosiła się niespełna połowa (49 proc.) osób zobowiązanych do poddania się leczeniu. Wobec pozostałych (51 proc.) osób uchylających się od wykonania postanowienia, sąd zarządził przymusowe doprowadzenie do zakładu leczniczego. Dla przykładu:

- *Osoby zobowiązane, jak wyjaśnił dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie, bardzo często nie zgłaszają się do szpitala w wyznaczonym terminie, co w oczywisty sposób prowadzi do „sztucznego” zapelnienia kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń i uniemożliwia udzielanie świadczeń chcących podjąć leczenie. Obniża to też znacznie wydajność działania oddziału leczenia uzależnień.*

Leczenia, mimo przyjęcia do oddziału, nie podjęło 11 proc. zobowiązanych, a część (20 proc.) je przerwała (samowolnie – 69 proc., z powodu nieprzestrzegania zasad terapii – 18 proc., z innych, np. zdrowotnych względów – 13 proc.). Szpitale nie mają prawnych możliwości zatrzymania na leczeniu pacjenta wbrew jego woli. Dla przykładu:

- *Oddział leczenia uzależnień jest placówką o charakterze otwartym, dlatego, według wyjaśnień kierownik oddziału leczenia uzależnień Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Kościanie, nie stosuje się na nim żadnych środków zabezpieczających, uniemożliwiających opuszczenie oddziału.*

Terapię ukończyło 81 proc. z tych, którzy ją podjęli. Wszystkie z tych osób ukończyły podstawowy program terapii (terapia 2 proc. pacjentów zawierała elementy terapii na poziomie ponadpodstawowym). Niemal połowa (48 proc.) pacjentów, leczenie na oddziale podjęła kolejny raz, z tego połowa (50 proc.) po raz kolejny została zobowiązana do leczenia przez sąd.

Koszt tzw. osobodnia pobytu pacjenta w oddziale leczenia uzależnień był różny, w zależności od regionu kraju, i kształtował się następująco: w 2013 r. – od 87,73 zł (szpital w Katowicach) do 271,26 zł (szpital w Gdańsku); w 2014 r. – od 94,79 zł (szpital w Katowicach) do 248,54 zł (szpital w Gdańsku); w 2015 r. – od 89,09 zł (szpital w Katowicach) do 220,45 zł (szpital w Gdańsku). Narodowy Fundusz Zdrowia, koszt pobytu pacjenta w oddziale leczenia uzależnień wycenił na kwotę: w 2013 r. – od 117 zł (Oddział Śląski) do 201,40 zł (Oddział Pomorski); w 2014 r. – od 117 zł (Oddział Śląski) do 208,40 zł (Oddział Pomorski); w 2015 r. – od 122,37 zł (Oddział Wielkopolski) do 213,60 zł (Oddział Pomorski). Analogicznie, różnie kształtował się dzienny koszt pobytu pacjenta w oddziale terapii uzależnień. Wynosił on: w 2013 r. – od 107,90 zł (szpital w Kościanie) do 150,78 zł (szpital w Starogardzie Gdańskim), a według wyceny NFZ – od 80 zł (Oddział Wielkopolski) do 137,80 zł (Oddział Pomorski); w 2014 r. – od 138,33 zł (szpital w Gdańsku) do 153,80 zł (szpital w Kościanie), a według NFZ – od 80 zł (Oddział Wielkopolski) do 142,60 zł (Oddział Pomorski); w 2015 r. – od 134,44 zł (szpital w Gdańsku) do 142,20 zł (szpital w Kościanie), a według wyceny NFZ – od 80 zł (Oddział Wielkopolski) do 146,10 zł (Oddział Pomorski).

Osoby uzależnione, po zakończeniu leczenia odwykowego, wymagają oddziaływań rehabilitacyjnych, których celem jest przywrócenie im zdolności do samodzielnego życia społecznego i funkcjonowania w rolach społecznych³². Inicjatywą w tym zakresie wykazał się jeden z kontrolowanych szpitali.

³² Za Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

- *Działaniem na rzecz wsparcia osób wychodzących z nałogu było utworzenie przez szpital w Sokołowie, w lipcu 2015 r., hostelu dla osób, które ukończyły terapię w ośrodku leczenia uzależnień. Na świadczenie usług w zakresie działalności hostelu szpital zawarł umowę z NFZ. Na koniec września 2015 r., w hostelu przebywało 18 pacjentów, w tym sześciu po terapii w oddziale leczenia uzależnień w Murowańcu. Dla osób uzależnionych, pobyt w hostelu jest realną szansą (po sześciotygodniowej terapii) na utrzymanie abstynencji, a pacjenci otrzymują pomoc i wsparcie terapeutyczne oraz socjalne, uczą się rozwiązywania problemów wynikających z destrukcyjnych skutków uzależnienia, zdrowego stylu życia, powracają do zainteresowań i hobby, nabywają umiejętności podejmowania decyzji. To powoduje, że pacjenci hostelu mają zagwarantowane bezpieczne warunki do wprowadzenia zmian niezbędnych do życia w trzeźwości.*

Prezesa sądów rejonowych, od których NIK zasięgnęła informacji na temat współpracy z podmiotami leczniczymi, ocenili ją jako poprawną. Prezesi sądów zwrócili jednocześnie uwagę na niepożądane zjawiska, takie jak: długi terminy oczekiwania na przyjęcie do szpitala; brak oddziałów detoksykacyjnych; nieprzyjmowanie na leczenie osób będących pod wpływem alkoholu; brak ośrodków leczenia osób z tzw. podwójną diagnozą (uzależnienie i zaburzenia psychiczne); utrudniony dostęp kuratorów do informacji o pacjentach.

4 INFORMACJE DODATKOWE

4.1 Przygotowanie kontroli

Do przygotowania kontroli wykorzystano informacje i materiały dotyczące procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, w tym liczne interpelacje poselskie, wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich, Ministra Zdrowia, Ministra Sprawiedliwości oraz orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, Sadu Najwyższego, sądów okręgowych i rejonowych.

Szczególnym wsparciem w przygotowaniu kontroli oraz w opracowaniu jej najważniejszych założeń była współpraca z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W korespondencji i na spotkaniu z przedstawicielami Agencji omówiono kluczowe dla kontroli zagadnienia, odnoszące się do najistotniejszych aspektów i uwarunkowań uzależnienia od alkoholu, zasad i warunków prowadzenia psychoterapii uzależnienia od alkoholu, efektywności i warunków powodzenia leczenia i terapii uzależnienia, działań które mogą poprawić skuteczność rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Przygotowanie kontroli poprzedziła kontrola rozpoznawcza, którą Delegatura NIK w Poznaniu przeprowadziła w trzech urzędach gmin i w jednym podmiocie leczniczym z terenu województwa wielkopolskiego.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 2 września 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. w 41 jednostkach (31 urzędach gmin i 10 podmiotach leczniczych) na obszarze czterech województw (pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego). Po zakończeniu kontroli, NIK wystosowała do kierowników wszystkich skontrolowanych jednostek wystąpienia pokontrolne, w których sformułowała łącznie 69 wniosków pokontrolnych. Wnioski pokontrolne skierowane do wójtów, burmistrzów i prezydentów miast dotyczyły przede wszystkim wyeliminowania z trybu prac gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych czynności powodujących długotrwałość i brak efektywności działań zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osób nadużywających alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu oraz zapewnienie przetwarzania danych osób zgłoszonych gminnym komisjom wyłącznie poprzez osoby będące jej członkami i posiadające stosowne upoważnienie. Z kolei do kierujących podmiotami leczniczymi skierowano przede wszystkim wnioski o zapewnienie osobom zobowiązanym do poddania się leczeniu odwykowemu udzielania świadczeń z uwzględnieniem kolejności zgłoszeń, bez stosowania limitu przyjęć tych pacjentów oraz o zapewnienie przekazywania sądom informacji o wszystkich zdarzeniach mających wpływ na realizację postanowień o zobowiązaniu do poddania się leczeniu odwykowemu. Z odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynika, że kierownicy skontrolowanych jednostek bądź zrealizowali wnioski pokontrolne (51 wniosków) bądź podjęli działania zmierzające do ich realizacji (13 wniosków). Niezrealizowanych jest nadal 5 wniosków.

Zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych złożyli Prezydent Katowic (dwa zastrzeżenia) oraz Burmistrzowie: Tarnowskich Gór (trzy zastrzeżenia), Gostynia (jedno zastrzeżenie), miasta i gminy Szamotuły (trzy zastrzeżenia). Zastrzeżenia odnosiły się do ustaleń, ocen i wniosków dotyczących: przewlekłości postępowań gminnych komisji; przetwarzania danych osób zgłoszonych komisji; szkoleń odbytych przez członków komisji.

Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli (dalej „Zespół Orzekający”), który rozpatrzył zastrzeżenia zgłoszone przez Prezydenta Miasta Katowice, uwzględnił zastrzeżenie dotyczące długotrwałości prowadzenia postępowań zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu³³.

³³ Uchwała Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 19 lutego 2016 r. (KPK-KPO.443.024.2016).

W uzasadnieniu uchwały, Zespół Orzekający zwrócił m.in. uwagę, że jako długotrwałe należałoby uznać te postępowania w sprawie zobowiązania do leczenia odwykowego, w których spełnione zostały wszystkie przesłanki uzasadniające wystąpienie z wnioskiem do sądu, a komisja bez usprawiedliwionych podstaw nie uczyniła tego niezwłocznie, tj. w normalnym toku postępowania, niezakłóconym zdarzeniami nieprzewidywanymi, niezależnymi od komisji. Zakwalifikowanie konkretnych postępowań do długotrwałych wymagałoby zbadania każdego z nich pod kątem istnienia lub nieistnienia tych usprawiedliwionych podstaw. Formułowanie uwagi sygnalizującej długotrwałość, a w istocie przewlekłość postępowań prowadzonych przez komisję jedynie w oparciu o upływ określonych terminów, bez weryfikacji przyczyn tej długotrwałości i bez ustalonych konkretnych okoliczności świadczących o przewlekłości sprawy, że kwestionowana uwaga nie ma oparcia w ustaleniach kontroli. Zdaniem Zespołu Orzekającego, wymienione w wystąpieniu pokontrolnym postępowania niewątpliwie trwały długo (w 57 zbadanych sprawach, od wpływu zgłoszenia do komisji do skierowania wniosku do sądu minęło od 103 do 612 dni), ale fakt ten sam w sobie, z uwagi na specyfikę postępowań, których uwaga dotyczy, nie daje podstawy do twierdzenia, że były one długotrwałe. Kwestionowana uwaga nie była wprawdzie nieprawidłowością, ale zawierała w sobie pejoratywną ocenę działalności komisji, do czego zdaniem Zespołu Orzekającego, nie ma wystarczających podstaw faktycznych. Zespół Orzekający w części uwzględnił natomiast zastrzeżenie dotyczące niespełnienia przez członków zespołu do spraw leczenia odwykowego Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Katowicach ustawowego obowiązku polegającego na posiadaniu przeszkolenia w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Powodem uwzględnienia zastrzeżenia w części była sprzeczność oceny częściowej z ustaleniami kontroli, do czego doszło w wyniku omyłki.

Zespół Orzekający, który rozpatrzył zastrzeżenia zgłoszone przez Burmistrza Tarnowskich Gór uwzględnił zastrzeżenie dotyczące długotrwałości prowadzenia postępowań zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu³⁴. W uzasadnieniu uchwały, Zespół Orzekający zwrócił m.in. uwagę, że jako długotrwałe należałoby uznać te postępowania w sprawie zobowiązania do leczenia odwykowego, w których spełnione zostały wszystkie przesłanki uzasadniające wystąpienie z wnioskiem do sądu, a komisja bez usprawiedliwionych podstaw nie uczyniła tego niezwłocznie, tj. w normalnym toku postępowania, niezakłóconym zdarzeniami nieprzewidywanymi, niezależnymi od komisji. Zakwalifikowanie konkretnych postępowań do długotrwałych wymagałoby zbadania każdego z nich pod kątem istnienia lub nieistnienia tych usprawiedliwionych podstaw. Formułowanie uwagi sygnalizującej długotrwałość, a w istocie przewlekłość postępowań prowadzonych przez komisję jedynie w oparciu o upływ określonych terminów, bez weryfikacji przyczyn tej długotrwałości i bez ustalonych konkretnych okoliczności świadczących o przewlekłości sprawy, że kwestionowana uwaga nie ma oparcia w ustaleniach kontroli. Zdaniem Zespołu Orzekającego, wymienione w wystąpieniu pokontrolnym postępowania niewątpliwie trwały długo (w 50 zbadanych sprawach, od wpływu zgłoszenia do komisji do skierowania wniosku do sądu minęło od 56 do 600 dni), ale fakt ten sam w sobie, z uwagi na specyfikę postępowań, których uwaga dotyczy, nie daje podstawy do twierdzenia, że były one długotrwałe. Kwestionowana ocena miała wprawdzie charakter opisowy, ale ta jej część, której dotyczy zastrzeżenie ma charakter pejoratywny, do czego zdaniem Zespołu Orzekającego, nie ma wystarczających podstaw faktycznych. Ponadto Zespół Orzekający uznał, że w wystąpieniu pokontrolnym nie przedstawiono ustaleń uzasadniających sformułowanie

³⁴ Uchwała Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 26 lutego 2016 r. (KPK-KPO.443.032.2016).

uwagi o długotrwałości postępowań prowadzonych przez komisję i nie wykazano związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy prowadzeniem wielokrotnych rozmów motywacyjnych a obniżeniem sprawności i efektywności działań komisji zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. Zespół Orzekający w całości uwzględnił również zastrzeżenie dotyczące niedokonania zgłoszenia zbiorów danych osobowych przetwarzanych przez komisję do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych. Zdaniem Zespołu, problem zgłaszania zbiorów danych osobowych przetwarzanych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Danych Osobowych rozstrzyga treść art. 43 ust. 1 pkt 2 ustawy o ochronie danych osobowych, który stanowi, że z obowiązku rejestracji zbiorów danych zwolnieni są m.in. administratorzy danych przetwarzanych przez właściwe organy dla potrzeb postępowania sądowego. Zdaniem Zespołu, czynności podejmowane przez gminne komisje są podejmowane na potrzeby postępowania sądowego. Każda z tych czynności podporządkowana jest temu celowi i nie ma znaczenia, czy prowadzone postępowanie ostatecznie zakończy się skierowaniem wniosku do sądu czy umorzeniem. Mając to na uwadze, Zespół Orzekający uznał, że zbiory danych osobowych dotyczące osób kierowanych na leczenie odwykowe nie podlegają obowiązkowi rejestracyjnemu na mocy ww. przepisu ustawy o ochronie danych osobowych. W części Zespół Orzekający uwzględnił zastrzeżenie dotyczące zarzutu nieposiadania przez członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych upoważnień do przetwarzania danych osobowych i nieujęcia ich w ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych. Zdaniem Zespołu Orzekającego, istota problemu tkwi w rozstrzygnięciu kwestii dopuszczalności dostępu komisji do tzw. danych wrażliwych wymienionych w art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, zgodnie z którym zabrania się przetwarzania danych ujawniających m.in. dane o stanie zdrowia, nałogach oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. Od generalnego zakazu przetwarzania tej szczególnej kategorii danych osobowych ustanowiono wyjątki, wskazane w art. 27 ust. 2 pkt 1–10 ustawy o ochronie danych osobowych. Zespół Orzekający oddalił zastrzeżenie w części dotyczącej nieujęcia do 4 listopada 2015 r. członków gminnej komisji (zespołu ds. orzekania i motywowania do leczenia) w ewidencji osób upoważnionych do ich przetwarzania. W uzasadnieniu, Zespół Orzekający powołał się na postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 21 stycznia 2015 r. o umorzeniu postępowania (sygn. akt K 13/13), w uzasadnieniu którego wskazał, że działanie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych zostało uregulowane nie tylko w ustawie o wychowaniu w trzeźwości, ale również w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie³⁵. Zdaniem Trybunału, członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych mają prawo przetwarzać tzw. dane wrażliwe na podstawie art. 9c ust. 1 tej ustawy, zgodnie z którym członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w art. 9b ust. 2 i 3, mogą przetwarzać dane osób dotkniętych przemocą w rodzinie i osób stosujących przemoc w rodzinie, dotyczące: stanu zdrowia, nałogów, skazań, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, bez zgody i wiedzy osób, których dane te dotyczą. Wobec powyższego rozstrzygnięcia Trybunału Konstytucyjnego, Zespół Orzekający oddalił zastrzeżenie Burmistrza Tarnowskich Gór w części dotyczącej nieujęcia do 4 listopada 2015 r. członków gminnej komisji (zespołu ds. orzekania i motywowania do leczenia) w ewidencji osób upoważnionych

³⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 1390.

do ich przetwarzania. Jednocześnie Zespół Orzekający przeniósł ustalenia dotyczące nieudzielenia członkom gminnej komisji pisemnych upoważnień „do przetwarzania tzw. wrażliwych danych” i nieujęcia ich w ewidencji osób upoważnionych do ich przetwarzania z sekcji „Ustalone nieprawidłowości” do sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”.

Zespół Orzekający, który rozpatrzył zastrzeżenia zgłoszone przez Burmistrza Gostynia uwzględnił zastrzeżenie dotyczące nieprawidłowości odnośnie podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osób uzależnionych od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu³⁶. W oparciu o opis stanu faktycznego zamieszczony w wystąpieniu pokontrolnym Zespół Orzekający stwierdził, że dane zawarte w zaskarżonym fragmencie wystąpienia faktycznie nie dotyczą czasu jaki upływał od otrzymania opinii biegłego stwierdzającej uzależnienie od alkoholu do momentu skierowania wniosku do sądu, lecz odnoszą się do okresu jaki mijał od wpływu do komisji zgłoszenia osoby nadużywającej alkoholu do momentu skierowania tej osoby na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. Z kolei ustalenia kontroli odnoszące się do liczby skierowanych osób na badanie przez biegłego, a także liczby wydanych opinii i średniego czasu jaki upływał od wydania opinii biegłego do czasu skierowania wniosków do sądu, nie stanowią faktycznej podstawy do sformułowania przywołanej w zastrzeżeniu nieprawidłowości. Tym samym, ze względów formalnoprawnych Zespół Orzekający uwzględnił zastrzeżenie.

Zespół Orzekający, który rozpatrzył zastrzeżenia zgłoszone przez Burmistrza Miasta i Gminy Szamotuły uwzględnił w całości dwa zastrzeżenia dotyczące: przewlekłości prowadzenia postępowań zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu i niedokonania zgłoszenia zbiorów danych osobowych przetwarzanych przez komisję do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych³⁷. W uzasadnieniu uchwały Zespół przywołał te same argumenty, które zostały już wskazane w poprzednio podjętych rozstrzygnięciach. Ponadto Zespół Orzekający uwzględnił w części jedno zastrzeżenie, tj. stanął na stanowisku, że brak jest podstaw do podważania uprawnienia gminnej komisji do zasięgnięcia opinii od ośrodka pomocy społecznej i policji o osobach nadużywających alkoholu. Powołał się przy tym na postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 21 stycznia 2015 r. o umorzeniu postępowania (sygn. akt K 13/13). Zespół Orzekający uznał natomiast, że Burmistrz z naruszeniem przepisów ustawy o ochronie danych osobowych dopuścił do przetwarzania danych osobowych wrażliwych zgłoszonych do komisji osób, przez dwie osoby niebędące jej członkami, lecz pracownikami ośrodka pomocy społecznej i oddał zastrzeżenie w tym zakresie.

W związku ze stwierdzoną w jednym ze skontrolowanych urzędów gmin nieprawidłowością w wymiarze finansowym, polegającą na wydatkowaniu z naruszeniem prawa kwoty 235 tys. zł³⁸, NIK skieruje do rzecznika dyscypliny finansów publicznych zawiadomienie o naruszeniu przez Burmistrza Lidzbarka Warmińskiego dyscypliny finansów publicznych.

³⁶ Uchwała Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 16 lutego 2016 r. (KPK-KPO.443.018.2016).

³⁷ Uchwała Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 21 kwietnia 2016 r. (KPK-KPO.443.022.2016).

³⁸ Gmina miejska Lidzbark Warmiński nie wykorzystwała dochodów za wydane zezwolenia na sprzedaż alkoholu i napojów alkoholowych, w kwocie 235 tys. zł, na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, programów o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124, ze zm.) lub zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz gminnych programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Było to niezgodne z dyspozycją art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Tym samym, Urząd Miejski w Lidzbarku Warmińskim nie zrealizował wniosku pokontrolnego NIK, z kontroli nr P/08/151 – Pobieranie oraz wykorzystanie przez samorządy województw i gmin opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych w latach 2006–2008 (I półrocze), przeprowadzonej w urzędzie w drugiej połowie 2008 r.

NIK nie będzie natomiast kierowała do organów ścigania zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstw dotyczących stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości w zakresie przetwarzania danych osobowych osób zgłoszonych gminnym komisjom rozwiązywania problemów alkoholowych (str. 19). Regulacje dotyczące funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, określenia ich statusu, stosowanych przez nie procedur oraz szeroko rozumianej kwestii przetwarzania danych osobowych, nie są kompletne i budzą wiele wątpliwości, m.in. Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Dlatego w zaistniałych warunkach NIK uznała, że nie byłoby zasadne i racjonalne stawianie prezydentom miast, burmistrzom, wójtom oraz członkom gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych zarzutów o popełnieniu czynów z art. 49 ust. 2 oraz art. 51 ust. 1 oraz art. 53 ustawy o ochronie danych osobowych.

Wykaz skontrolowanych jednostek³⁹

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Skontrolowana jednostka	Kierownik skontrolowanej jednostki
1.	Delegatura NIK w Gdańsku	Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku	Leszek Trojanowski
		Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim	Leszek Bielan
		Urząd Miejski w Gdańsku	Paweł Adamowicz
		Urząd Miejski w Kwidzynie	Andrzej Krzysztofiak
		Urząd Gminy Pruszcz Gdański	Magdalena Kołodziejczak
		Urząd Miasta Rumii	Michał Pasieczny
		Urząd Miejski w Bytowie	Ryszard Sylka
		Urząd Miejski w Chojnicach	Arseniusz Finster
2.	Delegatura NIK w Katowicach	Centrum Psychiatrii w Katowicach	Tomasz Broda
		Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu	Henryk Kromołowski
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku	Anna Rusek
		Urząd Miasta Katowice	Marcin Krupa
		Urząd Miejski w Cieszynie	Ryszard Macura
		Urząd Miejski w Żywcu	Antoni Szlagor
		Urząd Miejski w Gliwicach	Zygmunt Frankiewicz
		Urząd Miasta w Częstochowie	Krzysztof Matyjaszczyk
		Urząd Miasta Żory	Waldemar Socha
		Urząd Miejski w Tarnowskich Górach	Arkadiusz Czech
		Urząd Miejski w Kłobucku	Jerzy Zakrzewski
		Urząd Miasta Myszków	Włodzimierz Żak
3.	Delegatura NIK w Olsztynie	Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie	Jan Citko
		Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie (Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Giżycku)	Tadeusz Ciborski
		Urząd Miasta Olsztyna	Piotr Grzymowicz
		Urząd Miasta Olecko	Wacław Olszewski
		Urząd Miasta i Gminy w Barczewie	Lech Jan Nitkowski
		Urząd Miejski w Orzyszu	Zbigniew Włodkowski
		Urząd Miasta Kętrzyn	Krzysztof Hećman
		Urząd Miejski w Lidzbarku Warmińskim	Jacek Wiśniowski

³⁹ Wystąpienia pokontrolne skierowane do kierowników skontrolowanych jednostek dostępne są stronie internetowej Najwyższej Izby Kontroli (<http://www.nik.gov.pl/>), w zakładce „Kontrole”.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Skontrolowana jednostka	Kierownik skontrolowanej jednostki
4.	Delegatura NIK w Poznaniu	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie	Barbara Trafarska
		Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	Łukasz Dolata
		Wojewódzki Zakład Opieki Psychiatrycznej spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Sokołowie (oddział leczenia uzależnień w Murowańcu)	Janina Kubiak
		Urząd Miejski w Gnieźnie	Tomasz Budasz
		Urząd Miejski w Kaliszu	Grzegorz Sapiński
		Urząd Miasta w Słupcy	Michał Pyrzyk
		Urząd Gminy Duszniki	Roman Boguś
		Urząd Gminy Łądek	Artur Miętkiewicz
		Urząd Miasta i Gminy w Międzychodzie	Krzysztof Wolny
		Urząd Miejski w Grodzisku Wielkopolskim	Henryk Szymański
		Urząd Miejski w Gostyniu	Jerzy Kulak
		Urząd Miasta i Gminy w Szamotułach	Włodzimierz Kaczmarek
		Urząd Miejski Gminy Stęszew w Stęszewie	Włodzimierz Pinczak

Analiza stanu prawnego

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne – w myśl art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁴⁰ – zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

2. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości

Zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, w myśl art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, wykonuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu.

Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji osób uzależnionych, w myśl art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania te obejmują:

- zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej osób uzależnionych od alkoholu (pkt 1);
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie (pkt 2);
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych (pkt 3);
- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych (pkt 5);
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego (pkt 6),
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej (pkt 7).

Realizacja ww. zadań, w myśl art. 4¹ ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy. Program jest realizowany przez ośrodek pomocy społecznej, lub inną jednostkę wskazaną w programie. W celu realizacji programu wójt (burmistrz, prezydent miasta) może powołać pełnomocnika.

Wójtowie (burmistrzowie, prezydenci miast), w myśl art. 4¹ ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, powołują gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności inicjujące działania w zakresie określonym w ust. 1, oraz podejmujące czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakresie leczenia odwykowego. W skład gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wchodzi osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (art. 4¹ ust. 4).

⁴⁰ Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.

Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą, zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Poddane się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne. Wyjątki od tej zasady określa ustawa o wychowaniu w trzeźwości (ust. 2). Od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego udzielane przez podmioty określone w ust. 1 (ust. 3).

Zarząd województwa, w myśl art. 22 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, organizuje na obszarze województwa podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współuzależnienia.

Członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, dotknięci następstwami nadużywania alkoholu przez osobę uzależnioną, zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, uzyskują w podmiotach określonych w art. 22 ust. 1 świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki. Za świadczenia te od wymienionych osób nie pobiera się opłat. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu, dotknięte następstwami nadużywania alkoholu przez rodziców, w myśl art. 22 ust. 2 ww. ustawy, uzyskują bezpłatnie pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w podmiotach określonych w art. 22 ust. 1 i poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych. Pomoc niesiona dzieciom przez osoby lub instytucje może być udzielona wbrew woli rodziców i opiekunów będących w stanie nietrzeźwym (art. 23 ust. 3). Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, w myśl art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. Na badanie to, w myśl art. 25 ww. ustawy, kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych właściwa według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, na jej wniosek lub z własnej inicjatywy.

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 uzależnione są od alkoholu, zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego. O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego orzeka sąd rejonowy właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postanowienie dotyczy, w postępowaniu nieprocesowym (art. 26 ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości). Sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone (art. 26 ust. 3 ww. ustawy).

W razie gdy w stosunku do osoby, której postępowanie dotyczy, brak jest opinii biegłego w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, sąd zarządza poddanie tej osoby odpowiednim badaniom (art. 27 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości). Sąd może, jeżeli na podstawie opinii biegłego uzna to za niezbędne, zarządzić oddanie badanej osoby pod obserwację w zakładzie leczniczym na czas nie dłuższy niż 2 tygodnie. W wyjątkowych wypadkach, na wniosek zakładu, sąd może termin ten przedłużyć do 6 tygodni. Przed wydaniem postanowienia sąd wysłuchuje osobę, której

postępowanie dotyczy. Na postanowienie zarządzające oddanie pod obserwację do zakładu przysługuje zażalenie (art. 27 ust. 2–4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości). W razie zarządzenia przez sąd badania przez biegłego lub oddania pod obserwację w zakładzie leczniczym, osoba której postępowanie dotyczy, w myśl art. 28 ust. 1 ww. ustawy, obowiązana jest poddać się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz zabiegom niezbędnym do wykonania podstawowych badań laboratoryjnych pod warunkiem, że dokonywane są przez uprawnionych do tego pracowników służby zdrowia z zachowaniem wskazań wiedzy lekarskiej i nie zagrażają zdrowiu tej osoby.

Orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu zapada po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna odbyć się w terminie jednego miesiąca od dnia wpływu wniosku (art. 29 ustawy o wychowaniu w trzeźwości). W razie nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na rozprawę lub uchylania się od zarządzonego poddania się badaniu przez biegłego albo obserwacji w zakładzie leczniczym sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie przez organ Policji (art. 30 ust. 1 ww. ustawy).

Orzekając o obowiązku poddania się leczeniu sąd może ustanowić, w myśl art. 31 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, na czas trwania tego obowiązku nadzór kuratora. Osoba, wobec której ustanowiony został nadzór, ma obowiązek stawiania się na wezwanie sądu lub kuratora i wykonywania ich poleceń, dotyczących takiego postępowania w okresie nadzoru, które może się przyczynić do skrócenia czasu trwania obowiązku poddania się leczeniu (art. 31 ust. 2 ww. ustawy).

Sąd wzywa osobę, w stosunku do której orzeczony został prawomocnie obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, do stawienia się dobrowolnie w oznaczonym dniu we wskazanym zakładzie leczenia odwykowego w celu poddania się leczeniu, z zagrożeniem zastosowania przymusu w wypadku uchylania się od wykonania tego obowiązku. Osoba, w stosunku do której orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, związanemu z pobytem w stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego, nie może opuścić terenu tego zakładu bez zezwolenia kierownika zakładu (art. 32 ust. 1 i ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości). Sąd zarządza przymusowe doprowadzenie do zakładu leczniczego osoby uchylającej się od wykonania obowiązków, o których mowa w ust. 1 i 2, przez organ Policji (art. 32 ust. 3 ww. ustawy).

Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w myśl art. 32¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości, przyjmują na leczenie poza kolejnością osoby zobowiązane do leczenia odwykowego na podstawie art. 26, do wykorzystania limitu miejsc stanowiących 20 proc. ogółu miejsc przeznaczonych do leczenia odwykowego w podmiocie leczniczym.

Obowiązek poddania się leczeniu, w myśl art. 34 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. W czasie trwania obowiązku poddania się leczeniu sąd może na wniosek kuratora, po zasięgnięciu opinii zakładu leczącego, bądź na wniosek zakładu leczącego zmienić postanowienie w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego (art. 34 ust. 2⁴¹). W czasie trwania obowiązku poddania się leczeniu stacjonarny zakład leczący może ze względów leczniczych skierować osobę zobowiązaną do innego zakładu w celu kontynuowania leczenia odwykowego, powiadamiając

⁴¹ Art. 34 ust. 2 ww. ustawy, w zakresie, w jakim wyłącza uprawnienie osoby zobowiązanej do poddania się leczeniu odwykowemu do złożenia wniosku o zmianę przez sąd postanowienia w przedmiocie rodzaju zakładu leczenia odwykowego, jest niezgodny z Konstytucją RP – por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 listopada 2001 r. w sprawie P.6/2001 (Dz.U.2001.131.1478).

o tym sąd. O ustaniu obowiązku poddania się leczeniu przed upływem okresu wskazanego w ust. 1 decyduje sąd na wniosek osoby zobowiązanej, zakładu leczącego, kuratora, prokuratora lub z urzędu, po zasięgnięciu opinii zakładu, w którym osoba leczona przebywa. W wypadku ustania obowiązku poddania się leczeniu ponowne zastosowanie tego obowiązku wobec tej samej osoby nie może nastąpić przed upływem 3 miesięcy od jego ustania (art. 34 ust. 3–5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości).

Do stacjonarnego zakładu leczniczego, w myśl art. 36 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, ma prawo wstępu o każdej porze sędzia w celu kontroli legalności skierowania i przebywania w takim zakładzie osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, oraz warunków, w jakich osoby te przebywają.

3. Ustawa o działalności leczniczej

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej określa m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej, która polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 3 ust. 1), a także na promocji zdrowia (art. 3 ust. 2 pkt 1).

Podmiotami leczniczymi, w myśl art. 4 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej są m.in. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej⁴² we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej (pkt 1) oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (pkt 2), w zakresie w jakim wykonują działalność leczniczą.

W myśl przepisów ustawy o działalności leczniczej (art. 2 ust. 1):

- promocja zdrowia to działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (pkt 7);
- szpital to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (pkt 9);
- świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (pkt 10);
- świadczenie szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (pkt 11);
- stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne to świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach (pkt 12).

⁴² Dz. U. z 2015 r. poz. 584, ze zm.

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, w myśl art. 9 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, mogą polegać w szczególności na:

- udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (pkt 1);
- udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (pkt 2);
- udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia (pkt 3);
- sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów (pkt 4).

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w myśl art. 10 ustawy o działalności leczniczej, obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałej pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.

Podmiot leczniczy, w myśl art. 15 ustawy o działalności leczniczej, nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa, w myśl art. 23 ustawy o działalności leczniczej, regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności (art. 24 ust. 1):

- firmę albo nazwę podmiotu (pkt 1);
- cele i zadania podmiotu (pkt 2);
- strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu (pkt 3);
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (pkt 4);
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (pkt 5);
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu (pkt 6);
- organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym (pkt 7);

- warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych (pkt 8);
- sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu (pkt 13).

4. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane, w myśl art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴³, według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę (ust. 1b). Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi (ust. 5). Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań (ust. 6).

5. Ustawa o ochronie danych osobowych

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych określa zasady postępowania przy przetwarzaniu danych osobowych oraz prawa osób fizycznych, których dane osobowe są lub mogą być przetwarzane w zbiorach danych. W rozumieniu ustawy za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej (art. 6 ust. 1). Osobą możliwą do zidentyfikowania jest osoba, której tożsamość można określić bezpośrednio lub pośrednio, w szczególności przez powołanie się na numer identyfikacyjny albo jeden lub kilka specyficznych czynników określających jej cechy fizyczne, fizjologiczne, umysłowe, ekonomiczne, kulturowe lub społeczne. Informacji nie uważa się za umożliwiającą określenie tożsamości osoby, jeżeli wymagałoby to nadmiernych kosztów, czasu lub działań (art. 6 ust. 2 i ust. 3).

Przez zbiór danych, ustawa o ochronie danych osobowych (art. 7 pkt 1) rozumie każdy posiadający strukturę zestaw danych o charakterze osobowym, dostępnych według określonych kryteriów, niezależnie od tego, czy zestaw ten jest rozproszony lub podzielony funkcjonalnie. Przez przetwarzanie danych, w myśl art. 7 pkt 2 ustawy, należy natomiast rozumieć jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych.

W myśl art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, zabrania się przetwarzania danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. Przetwarzanie danych, o których mowa w ust. 1, jest jednak dopuszczalne, m.in. jeżeli przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony (art. 27 ust. 2 pkt 2).

⁴³ Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.

Wykaz aktów prawnych

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1286, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, ze zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz. U. Nr 250, poz. 1883, ze zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. poz. 734).
8. Rozporządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu (Dz. U. Nr 25, poz. 110).

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Rzecznik Praw Dziecka
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji do spraw Kontroli Państwowej
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisja Sprawiedliwości i Praw Człowieka
11. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
12. Przewodniczący Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji
13. Dyrektor Krajowej Szkoły Administracji Publicznej
14. Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
15. Minister Zdrowia
16. Minister Sprawiedliwości
17. Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
18. Marszałkowie Województw
19. Starostowie
20. Prezydenci miast, burmistrzowie, wójtowie