

## USTAWA

z dnia ..... 2009 r.

### **o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz niektórych innych ustaw<sup>1)</sup>**

Art. 1. W ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.<sup>2)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2:
  - a) w ust. 1 uchyla się pkt 3,
  - b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zadania, o których mowa w ust. 1, uwzględnia się w założeniach polityki społeczno-gospodarczej w postaci Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zwanego dalej „Narodowym Programem”, określającego kierunki i rodzaje działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, harmonogram przyjętych działań, cele i sposoby ich osiągnięcia oraz ministrów odpowiedzialnych za ich realizację, a także podmioty właściwe do podejmowania określonych działań.”,
  - c) dodaje się ust. 3-6 w brzmieniu:

„3. Narodowy Program przyjmuje się na okres nie dłuższy niż 5 lat.

4. Koszty realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są właściwi ministrowie odpowiedzialni za realizację określonych działań.

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny i ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 144, poz. 1175 i Nr 227, poz. 1505.

5. W Narodowym Programie określa się również kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie profilaktyki i przeciwdziałania problemom alkoholowym.

6. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, mając na uwadze konieczność efektywnej realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, a także adekwatność podejmowanych działań do bieżących potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.”;

2) w art. 2<sup>1</sup> dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

„11) superwizja kliniczna dla celów szkoleniowych – analizę aktualnie prowadzonej przez osobę poddaną superwizji pracy terapeutycznej z pacjentami uzależnionymi i współzależnionymi koncentrującą się na analizie procesu terapeutycznego, relacji terapeutycznej, efektach procesu terapeutycznego oraz etycznych aspektach działań psychoterapeutów.”;

3) w art. 3 w ust. 3:

a) uchyla się pkt 1,

b) po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:

„6a) podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia skuteczności i dostępności pomocy członkom rodzin z problemem alkoholowym, w szczególności ochrony przed skutkami niewydolności rodziny w zakresie pełnienia przez nią funkcji rodzicielskich, a także przed przemocą w rodzinie, we współdziałaniu z podmiotami i instytucjami odpowiedzialnymi za wspieranie rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, której nie mogą samodzielnie przezwyciężyć”;

4) art. 4 otrzymuje brzmienie:

„Art. 4. 1. Samorząd województwa realizuje zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych wymienione w wojewódzkim programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącym część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, uwzględniającym kierunki i rodzaje działań określone w Narodowym Programie. W szczególności zadania te obejmują:

- 1) wspieranie realizacji działań profilaktycznych dla dzieci i młodzieży w zakresie przeciwdziałania używaniu alkoholu i narkotyków oraz zwiększania dostępności i skuteczności pomocy dzieciom i młodzieży z problemem alkoholowym;
- 2) wspieranie rozwoju i modernizacji usług terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, w szczególności przez podejmowanie współpracy z zakładami leczenia odwykowego;
- 3) finansowanie i monitorowanie zadań Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia z zakresu: koordynacji pracy zakładów leczenia odwykowego na terenie województwa, działalności metodyczno-organizacyjnej w zakresie zbierania i opracowywania danych statystycznych dotyczących rozpowszechnienia uzależnienia od alkoholu i związanych z nim problemów, leczenia odwykowego na terenie województwa oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych osób, o których mowa w art. 21<sup>1</sup> ust. 3 - 5, oraz innych osób wykonujących zawody medyczne udzielających świadczeń zdrowotnych w zakładach leczenia odwykowego na terenie województwa;
- 4) zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla dzieci i młodzieży nadużywającej alkoholu;
- 5) wspieranie rozwoju lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym;
- 6) współpracę z jednostkami samorządu gminnego w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;
- 7) współpracę z jednostkami samorządu powiatowego w zakresie w jakim włączają się w zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;
- 8) wspieranie programów realizowanych przez organizacje pozarządowe zajmujące się rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

2. Zarząd województwa odpowiada za koordynację przygotowania i realizację programu, o którym mowa w ust. 1, udziela pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte tym programem oraz współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

3. Program, o którym mowa w ust. 1, jest realizowany przez jednostkę wskazaną w programie lub powołanego przez zarząd województwa pełnomocnika.

4. W przypadku powołania pełnomocnika obsługę biurową oraz inne niezbędne środki potrzebne do jego działania zapewnia marszałek województwa.

5. Środki finansowe na realizację zadań, o których mowa w ust. 1 i 4, ujmują się w budżecie województwa.

6. Marszałek województwa sporządza raport z wykonania programu, o którym mowa w ust. 1, w danym roku i efektów jego realizacji, który przedkłada sejmikowi województwa w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.”;

5) w art. 4<sup>1</sup>:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Realizacja zadań, o których mowa w ust. 1, jest prowadzona zgodnie z gminnym programem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącym część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanym przez radę gminy na okres nie dłuższy niż 3 lata. ”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a – 2c w brzmieniu:

„2a. Program jest realizowany przez jednostkę wskazaną w programie lub powołanego przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta) pełnomocnika.

2b. W przypadku powołania pełnomocnika obsługę biurową oraz inne niezbędne środki potrzebne do jego działania zapewnia wójt, (burmistrz, prezydent miasta).

2c. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) sporządza raport z wykonania programu w danym roku i efektów jego realizacji, który przedkłada radzie gminy w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) powołuje i odwołuje gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych, która:

1) opiniuje projekt gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;

- 2) może inicjować lub wspierać realizację zadań, o których mowa w ust. 1;
  - 3) opiniuje projekty uchwał wydawanych na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 6;
  - 4) udziela konsultacji członkom rodzin z problemem alkoholowym,”
- d) po ust. 3 dodaje się ust. 3a-3e w brzmieniu:
- „3a. Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych składa się z co najmniej pięciu osób, w szczególności:
- 1) zatrudnionych lub współpracujących z instytucjami lub organizacjami działającymi w zakresie:
    - a) profilaktyki problemów alkoholowych,
    - b) terapii uzależnień,
    - c) socjoterapii,
    - d) pomocy społecznej i zatrudnienia socjalnego,
    - e) przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
    - f) porządku publicznego,
    - g) wymiaru sprawiedliwości;
  - 2) osób będących przedstawicielami kościołów i związków wyznaniowych.
- 3b. Osoby powołane w skład gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych są obowiązane, pod rygorem utraty członkostwa, do odbycia szkolenia z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w terminie 12 miesięcy od dnia ich powołania.
- 3c. Osoby prowadzące szkolenie, o którym mowa w ust. 3b, muszą spełniać określone wymagania kwalifikacyjne.
- 3d. Koszty szkoleń, o których mowa w ust. 3b, są pokrywane ze środków przeznaczonych na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
- 3e. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, minimalny czas trwania i ramowy program szkolenia, o którym mowa w ust. 3b, wymagania kwalifikacyjne dla osób prowadzących szkolenia oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia, mając na uwadze ujednoczenie wymagań niezbędnych do

powołania osoby w skład gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.”,

e) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych działa na podstawie uchwalanego przez siebie regulaminu zatwierdzanego przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta).”,

f) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Koszty funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym koszt wynagrodzeń członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, pokrywane są ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.”;

6) w art. 9:

a) w ust. 3b:

- uchyla się pkt 3,

- pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) miejsce prowadzenia działalności gospodarczej – w przypadku wniosku o wydanie zezwolenia, o którym mowa w ust. 2;”,

b) po ust. 3c dodaje się ust. 3d i 3e w brzmieniu:

„3d. Do wniosku, o którym mowa w ust. 3a, dołącza się kopie:

1) odpisu z rejestru przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym albo zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;

2) zaświadczenia o wpisie do rejestru zakładów, o którym mowa w art. 62 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 171, poz. 1225, z późn. zm.<sup>3)</sup>) albo decyzji właściwego państwowego inspektora sanitarnego o zatwierdzeniu zakładu, o której mowa w art. 62 ust. 1 pkt 2 tej ustawy;

---

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 214, poz. 1346, Nr 223, poz. 1463 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 98, poz. 817.

- 3) zaświadczenia właściwego naczelnika urzędu skarbowego o niezaleganiu przez wnioskodawcę z realizacją ciążących na nim zobowiązań podatkowych lub zaświadczenia, że zobowiązania rozłożone na raty lub o odroczonym terminie płatności są realizowane;
- 4) zaświadczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne lub zaświadczenia, że zobowiązania rozłożone na raty lub o odroczonym terminie płatności są realizowane;
- 5) oświadczenia o wartości sprzedaży hurtowej napojów alkoholowych o zawartości do 18% alkoholu w roku poprzednim, o ile przedsiębiorca taką działalność prowadził;
- 6) dowodu wniesienia opłaty za wydanie zezwolenia.

3e. Przepisu ust. 3d pkt 2 nie stosuje się do wniosku o wydanie zezwolenia, o którym mowa w ust. 1.”,

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Minister właściwy do spraw gospodarki określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wzory wniosków o wydanie zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi,
- 2) wzory wniosków o wydanie zezwoleń, o których mowa w art. 18 ust. 1,
- 3) wzór oświadczenia o wartości sprzedaży hurtowej napojów alkoholowych o zawartości do 18% alkoholu w roku poprzedzającym wydanie zezwolenia,
- 4) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 11<sup>1</sup> ust. 4 – biorąc pod uwagę ujednoczenie zakresu danych i formy ich przekazywania.”;

7) w art. 9<sup>1</sup> ust. 3a otrzymuje brzmienie:

„3a. Limit, o którym mowa w ust. 3, może być zwiększony na wniosek przedsiębiorcy złożony nie później niż 60 dni od dnia wykorzystania limitu określonego w zezwoleniu.”;

8) w art. 9<sup>2</sup>:

a) uchyla się ust. 5,

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Opłata za wydanie decyzji wprowadzającej nowe miejsca prowadzenia działalności gospodarczej, zwiększającej ilość tych miejsc w stosunku do wymienionych w wydanych zezwoleniach, o których mowa w art. 9<sup>1</sup> ust. 1 pkt 1 i 2, wynosi 50 % stawki określonej dla zezwolenia w dniu jego wydania.”;

9) art. 9<sup>4</sup> otrzymuje brzmienie:

„Art. 9<sup>4</sup>. 1. Warunkiem prowadzenia działalności na podstawie zezwoleń, o których mowa w art. 9<sup>1</sup> ust. 1, jest:

1) sprzedaż napojów alkoholowych, wymienionych w zezwoleniu, wyłącznie przedsiębiorcom posiadającym zezwolenie na obrót hurtowy tymi napojami lub zezwolenie na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych;

2) prowadzenie obrotu hurtowego tylko napojami alkoholowymi oznaczonymi znakami akcyzy, o ile wymóg oznaczania tymi znakami wynika z innych przepisów;

3) zaopatrywanie się w napoje alkoholowe, wymienione w zezwoleniu, u producentów oraz u przedsiębiorców posiadających zezwolenie na obrót hurtowy tymi napojami;

4) posiadanie tytułu prawnego do korzystania ze stacjonarnego magazynu dostosowanego do przechowywania napojów alkoholowych;

5) niezaleganie przez przedsiębiorcę z realizacją ciężących na nim zobowiązań podatkowych oraz zobowiązań wynikających z ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego;

6) wykonywanie działalności gospodarczej w zakresie objętym zezwoleniem tylko przez przedsiębiorcę w nim oznaczonego;

7) wykonywanie działalności gospodarczej wyłącznie w miejscach wymienionych w zezwoleniu;

8) zgłaszanie ministrowi właściwemu do spraw gospodarki lub właściwemu marszałkowi województwa zmian stanu faktycznego i prawnego przedsiębiorcy, w stosunku do danych zawartych w zezwoleniu, w terminie 14 dni od dnia powstania zmiany;

9) przestrzeganie innych warunków określonych przepisami prawa.

2. Przepisu ust. 1 pkt 4 i 7 nie stosuje się do zezwolenia, o którym mowa w art. 9 ust. 1.”;

10) w art. 9<sup>5</sup>:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) nieprzestrzegania warunków określonych w art. 9<sup>4</sup> ust. 1 pkt 2, 3, 6 i 7;”;

b) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) nieprzestrzegania warunków określonych w art. 9<sup>4</sup> ust. 1 pkt 1, 4, 5, 8 i 9;”;

11) w art. 13 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W miejscach sprzedaży i podawania napojów alkoholowych umieszcza się w widocznym dla nabywcy miejscu informacje o:

- 1) szkodliwości spożywania alkoholu;
- 2) zakazie sprzedaży i podawania alkoholu osobom do lat 18 oraz osobom nietrzeźwym;
- 3) uprawnieniu sprzedawcy lub podającego napoje alkoholowe do żądania okazania dokumentu potwierdzającego wiek nabywcy.”;

12) w art. 13<sup>1</sup>:

a) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) w telewizji, radiu, kinie i teatrze między godziną 6<sup>00</sup> a 23<sup>00</sup>, z wyjątkiem reklamy prowadzonej przez organizatora imprezy sportu kwalifikowanego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o sporcie kwalifikowanym (Dz. U. Nr 155, poz. 1298, z późn. zm.<sup>4</sup>) w trakcie trwania tej imprezy;”;

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Na zasadach określonych w ust. 1 jest dopuszczalne prowadzenie reklamy i promocji napojów alkoholowych wewnątrz pomieszczeń hurtowni, wydzielonych stoisk lub punktów prowadzących wyłącznie sprzedaż napojów alkoholowych oraz na terenie punktów

---

<sup>4</sup>) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 64, poz. 448 i Nr 136, poz. 970 oraz z 2007 r. Nr 34, poz. 206 i Nr 171, poz. 1208.

prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży.”;

13) w art. 14:

a) w ust. 1:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) na terenie szkół, placówek systemu oświaty, zakładów kształcenia nauczycieli, domów studenckich, a także placówek opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w przepisach o pomocy społecznej;”,

– dodaje się pkt 7-10 w brzmieniu:

„7) na stadionach i innych obiektach sportowych, w trakcie trwania imprez sportowych;

8) na terenie kąpielisk i pływalni;

9) w zakładach opieki zdrowotnej;

10) w handlu obnośnym i obwoźnym.”,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Na imprezach na otwartej przestrzeni dostępnej dla nieokreślonych imiennie osób może odbywać się sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych wyłącznie o zawartości do 18% alkoholu.”,

c) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Sprzedaż, o której mowa w ust. 5, odbywa się na podstawie jednorazowego zezwolenia, o którym mowa w art. 18<sup>1</sup> ust. 1, i tylko w miejscach do tego wyznaczonych.”;

14) po art. 14 dodaje się art. 14<sup>1</sup> w brzmieniu:

„Art. 14<sup>1</sup>. Zabrania się kierowania w ruchu wodnym pojazdami innymi niż mechaniczne w stanie po użyciu alkoholu.”;

15) w art. 15 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W przypadku nieokazania przez nabywcę dokumentu, o którym mowa w ust. 2, sprzedający lub podający jest obowiązany odmówić sprzedaży lub podania napoju alkoholowego.”;

16) w art. 16:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Napoje alkoholowe wnoszone na teren obiektów wymienionych w art. 14 ust. 1 pkt 6 odbiera się i przekazuje do depozytu.”,

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Napoje alkoholowe, o których mowa w ust. 3, przekazane do depozytu i nieodebrane w terminie 14 dni od dnia ich odebrania podlegają zniszczeniu.”,

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych, każdy w swoim zakresie działania, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej i sportu oraz ministrem właściwym do spraw pracy określają, w drodze rozporządzeń, szczegółowy tryb postępowania w przypadkach, o których mowa w ust. 2-3a, w tym sposób niszczenia nieodebranych napojów alkoholowych, oraz warunki ich bezpiecznego przechowywania, uwzględniając specyfikę przedmiotów umieszczonych w depozycie oraz konieczność uniemożliwienia dostępu do nich osobom nieuprawnionym.”;

17) w art. 17 dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. Koszty badania, o którym mowa w ust. 3, ponosi pracodawca.

5. Jeżeli pracownik spożywał alkohol w czasie pracy lub przeprowadzone badanie wykaże, że pracownik jest w stanie po użyciu alkoholu koszty badania ponosi pracownik.”;

18) w art. 18:

a) w ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Do wniosku o wydanie zezwolenia należy dołączyć następujące dokumenty:

1) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z rejestru przedsiębiorców;

2) oświadczenie o posiadaniu tytułu prawnego do lokalu wynikającego z prawa własności, użytkowania wieczystego, zarządu, ograniczonego prawa rzeczowego lub stosunku zobowiązaniowego

przewidującego uprawnienie do korzystania z lokalu na punkt sprzedaży napojów alkoholowych;

3) pisemną zgodę właściciela, użytkownika, zarządcy lub administratora budynku, jeżeli punkt sprzedaży będzie zlokalizowany w budynku mieszkalnym wielorodzinnym.”,

b) po ust. 9 dodaje się ust. 9a w brzmieniu:

„9a. Organ zezwalający zawiesza wszczęte postępowanie o udzielenie zezwolenia, o którym mowa w ust. 1, w przypadku gdy wobec osoby odpowiedzialnej za działalność przedsiębiorcy ubiegającego się o zezwolenie wydano postanowienie o przedstawieniu zarzutów o czyn z art. 43 ust. 1 lub 2.”;

19) art. 18<sup>1</sup> ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Przedsiębiorcom, których działalność polega na organizacji przyjęć, zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych mogą być wydawane na okres do dwóch lat. Do zezwoleń nie stosuje się przepisów art. 18 ust. 5 pkt 5, ust. 6 pkt 2-3, ust. 7 pkt 4, 5 i 7, ust. 9, ust. 10 pkt 3 oraz ust. 12 pkt 1 i 3.”;

20) art. 18<sup>3</sup> otrzymuje brzmienie:

„Art. 18<sup>3</sup>. W zakresie nieuregulowanym w ustawie, do działalności, o której mowa w art. 9, 18, 18<sup>1</sup> i 18<sup>4</sup>, stosuje się przepisy ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095, z późn. zm.<sup>5)</sup>).”;

21) po art. 21 dodaje się art. 21<sup>1</sup> - 21<sup>6</sup> w brzmieniu:

„Art. 21<sup>1</sup>. 1. Leczenie odwykowe obejmuje diagnozowanie, psychoterapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz diagnostykę szkód zdrowotnych wynikających z używania alkoholu u osób przystępujących do psychoterapii uzależnienia od alkoholu.

---

<sup>5)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 180, poz. 1280, z 2008 r. Nr 70, poz. 416, Nr 116, poz. 732, Nr 141, poz. 888, Nr 171, poz. 1056 i Nr 216, poz. 1367 oraz z 2009 r. Nr 3, poz. 11, Nr 18, poz. 97 i Nr 168, poz. 1323.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standardy wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia odwykowego, w tym warunki wykonywania tych świadczeń w poszczególnych zakładach leczenia odwykowego, z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych rodzajów tych zakładów.
3. Psychoterapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia prowadzą osoby posiadające certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień albo decyzję o uznaniu kwalifikacji zawodowych, wydaną zgodnie z odrębnymi przepisami.
4. W udzielaniu świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, pod nadzorem merytorycznym specjalisty psychoterapii uzależnień, mogą uczestniczyć osoby posiadające certyfikat instruktora terapii uzależnień albo decyzję o uznaniu kwalifikacji zawodowych wydaną zgodnie z odrębnymi przepisami.
5. W udzielaniu świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, pod nadzorem merytorycznym osób, o których mowa w ust. 3, mogą uczestniczyć osoby ubiegające się o otrzymanie certyfikatów specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień, które rozpoczęły szkolenie, o którym mowa w art. 21<sup>3</sup> ust. 1.
6. Osoby ubiegające się o otrzymanie certyfikatów specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień obowiązane są niezwłocznie przesyłać do Agencji zaświadczenia potwierdzające ukończenie kolejnych etapów programu szkoleniowego.
7. Za objęcie nadzorem merytorycznym, o którym mowa w ust. 4 i 5, osób wykonujących lub uczestniczących w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia odwykowego na terenie zakładu leczenia odwykowego, w tym wyznaczenie osób sprawujących nadzór merytoryczny oraz określenie zakresu nadzoru, odpowiada kierownik tego zakładu.
8. Przy określaniu zakresu nadzoru merytorycznego sprawowanego nad osobami, o których mowa w ust. 4, uwzględnia się dotychczasowe doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych

w zakładach leczenia odwykowego zaś w odniesieniu do osób, o których mowa w ust. 5 także ich stopień zaawansowania w programie szkoleniowym.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) zakres świadczeń, do wykonywania których uprawnione są osoby, o których mowa w ust. 3,
- 2) zakres świadczeń w wykonywaniu których mogą uczestniczyć osoby, o których mowa w ust. 4,
- 3) formy i sposób sprawowania nadzoru merytorycznego, o którym mowa w ust. 4 i 5

– kierując się zakresem wiedzy i umiejętności tych osób oraz mając na celu konieczność zapewnienia profesjonalnego poziomu wykonywanych świadczeń.

Art. 21<sup>2</sup>. 1. Certyfikaty, o których mowa w art. 21<sup>1</sup> ust. 3 i 4, są wydawane przez Agencję.

2. Certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień wydaje się osobie, która:

- 1) posiada tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub tytuł zawodowy magistra uzyskany po studiach na kierunkach humanistycznych lub społecznych;
- 2) ukończyła program szkoleniowy w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień;
- 3) zdała egzamin certyfikacyjny.

3. Certyfikat instruktora terapii uzależnień wydaje się osobie, która:

- 1) posiada wykształcenie co najmniej średnie;
- 2) ukończyła program szkoleniowy w zakresie instruktora terapii uzależnień;
- 3) zdała egzamin certyfikacyjny.

4. Osoby uczestniczące w programie szkoleniowym w zakresie instruktora terapii uzależnień, które w trakcie trwania programu szkoleniowego spełniły wymagania, o których mowa w art. 21<sup>2</sup> ust. 2

pkt 1, zostają na swój wniosek uczestnikami programu szkoleniowego w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień.

5. Agencja prowadzi ewidencję wydawanych certyfikatów, jak również zaświadczeń, o których mowa w art. 21<sup>1</sup> ust.6.

Art. 21<sup>3</sup>. 1. Programy szkoleniowe, o których mowa w art. 21<sup>2</sup> ust. 2 pkt 2 i ust. 3 pkt 2, obejmują następujące etapy:

- 1) szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia w wymiarze nie mniejszym niż 650 godzin zajęć dydaktycznych;
- 2) staż kliniczny w placówce terapii uzależnień w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin roboczych;
- 3) superwizję kliniczną dla celów szkoleniowych w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin zajęć dydaktycznych.

2. Potwierdzeniem ukończenia każdego z etapów programu szkoleniowego jest zaświadczenie wystawione przez podmiot lub osobę odpowiedzialną za prowadzenie danego etapu.

3. Prowadzenie szkolenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zwanego dalej „szkoleniem”, jak również staży klinicznych, o których mowa w ust. 1 pkt 2, wymaga uzyskania akredytacji Agencji.

4. Superwizję kliniczną dla celów szkoleniowych prowadzą osoby, które uzyskały wpis na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej dla celów szkoleniowych, prowadzoną przez Agencję.

5. Podmiot ubiegający się o organizację szkolenia uzyskuje akredytację jeżeli zapewnia:

- 1) bazę dydaktyczną o strukturze dostosowanej do liczby uczestników szkolenia;
- 2) rekrutację uczestników szkolenia jedynie spośród osób spełniających wymagania, o których mowa w art. 21<sup>2</sup> ust. 2 pkt 1 i ust. 3 pkt 1, oraz udokumentowanie przebiegu rekrutacji;

- 3) kadrę dydaktyczną, w której co najmniej 60% osób realizujących program szkolenia posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień albo decyzję, o uznaniu kwalifikacji oraz co najmniej 7-letni staż pracy w psychoterapii osób uzależnionych, a pozostałe osoby posiadają tytuł lekarza specjalisty w zakresie psychiatrii lub psychologa klinicznego bądź uprawnienia do prowadzenia treningów psychologicznych lub psychoterapii;
- 4) prowadzenie ewaluacji programu szkolenia.

6. Podmiot ubiegający się o prowadzenie staży klinicznych uzyskuje akredytację jeżeli zapewnia:

- 1) realizację kompleksowego programu psychoterapii uzależnień;
- 2) wykwalifikowaną kadrę, w skład której wchodzi osoby posiadające certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień albo decyzję o uznaniu kwalifikacji;
- 3) prowadzenie ewaluacji programu stażu klinicznego;
- 4) rekrutację uczestników stażu wyłącznie wśród osób, które przedstawią zaświadczenia o zaliczeniu szkolenia.

7. Wpisu na listę, o której mowa w ust. 4, dokonuje się wobec osoby, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień albo decyzję o uznaniu kwalifikacji;
- 3) ukończyła inne szkolenie w zakresie psychoterapii, lub specjalizację z psychologii klinicznej lub z psychiatrii;
- 4) posiada co najmniej 7-letni staż pracy w terapii osób uzależnionych;
- 5) posiada co najmniej 2-letni doświadczenie konsultacyjno-szkoleniowe;
- 6) nie była karana za popełnienie przestępstwa;
- 7) prezentuje nienaganną postawę etyczną.

8. Akredytacji, o której mowa w ust. 3, oraz wpisu na listę, o której mowa w ust. 4, udziela się na okres 3 lat.

9. Podmiot prowadzący szkolenie przedstawia Agencji w terminie do dnia 15 stycznia każdego roku kalendarzowego informację o przebiegu prowadzonego szkolenia w roku ubiegłym, w szczególności o posiadanej bazie dydaktycznej, kadrze dydaktycznej uczestniczącej w prowadzeniu szkolenia, liczbie osób, które przystąpiły do szkolenia, liczbie osób, które ukończyły szkolenie, oraz o wynikach przeprowadzonej ewaluacji.

10. Podmiot prowadzący szkolenie dokumentuje przebieg rekrutacji poprzez gromadzenie przedstawionych przez kandydatów do odbycia szkolenia kopii dokumentów potwierdzających spełnianie wymogów, o których mowa w art. 21<sup>2</sup> ust. 2 pkt 1 i ust. 3 pkt 1.

11. Podmiot prowadzący staż kliniczny przedstawia Agencji w terminie do 15 stycznia informację o prowadzonym w roku ubiegłym programie psychoterapii uzależnień, kwalifikacjach kadry, liczbie osób, które przystąpiły do odbywania stażu klinicznego, liczbie osób, które ukończyły staż kliniczny oraz o wynikach przeprowadzonej ewaluacji.

Art. 21<sup>4</sup>. 1. Agencja jest obowiązana do dokonywania oceny prawidłowości realizacji programu szkoleniowego.

2. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, Agencja jest uprawniona do:

- 1) występowania do podmiotów prowadzących szkolenie oraz podmiotów prowadzących staże kliniczne, z żądaniem udzielenia pisemnych wyjaśnień;
- 2) żądania udostępnienia dokumentacji związanej z prowadzeniem szkolenia lub stażu klinicznego;
- 3) przeprowadzania kontroli.

3. Kontrola jest przeprowadzana na podstawie imiennego upoważnienia wydanego przez dyrektora Agencji.

4. Upoważnienie, o którym mowa w ust. 3, zawiera:

- 1) imię i nazwisko osoby uprawnionej do przeprowadzenia kontroli;
- 2) nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie lub podmiotu prowadzącego staże kliniczne;

- 3) cel kontroli;
  - 4) termin przeprowadzenia kontroli.
5. Z przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, który zawiera:
- 1) nazwę podmiotu kontrolowanego;
  - 2) datę rozpoczęcia i zakończenia kontroli;
  - 3) imiona i nazwiska osób prowadzących kontrolę;
  - 4) opis stanu faktycznego;
  - 5) stwierdzone nieprawidłowości i termin ich usunięcia;
  - 6) wnioski osób prowadzących kontrolę;
  - 7) datę i miejsce sporządzenia protokołu;
  - 8) informację o braku zastrzeżeń albo informację o odmowie podpisania protokołu przez uprawnionego przedstawiciela podmiotu kontrolowanego oraz o przyczynie tej odmowy.
6. Protokół podpisują osoby prowadzące kontrolę oraz uprawniony przedstawiciel podmiotu kontrolowanego.
7. Odmowa podpisania protokołu przez uprawnionego przedstawiciela podmiotu kontrolowanego nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby prowadzące kontrolę.
8. Jeżeli w terminie wyznaczonym w protokole, o którym mowa w ust. 5 pkt 5, podmiot kontrolowany nie usunie nieprawidłowości, Agencja cofa akredytację.
9. Podmiot prowadzący szkolenie lub podmiot prowadzący staż kliniczny, któremu cofnięto akredytację, może ubiegać się ponownie o jej uzyskanie, nie wcześniej jednak niż po upływie roku od dnia cofnięcia akredytacji.
10. Skreślenie z listy, o której mowa w art. 21<sup>3</sup> ust. 4, następuje:
- 1) na wniosek osoby wpisanej na listę;
  - 2) na skutek utraty zdolności do czynności prawnych lub ograniczenia tej zdolności;
  - 3) na skutek skazania prawomocnym wyrokiem sądu za popełnienie przestępstwa;
  - 4) w razie śmierci.

Art. 21<sup>5</sup>. 1. Udzielenie akredytacji, odmowa udzielenia akredytacji, cofnięcie akredytacji oraz wpis na listę, odmowa wpisu na listę i skreślenie z listy, o której mowa w art. 21<sup>3</sup> ust. 4, następuje w drodze decyzji administracyjnej wydanej przez dyrektora Agencji.

2. Wydanie decyzji poprzedzone jest uzyskaniem opinii Rady do Spraw Akredytacji powoływanej przez dyrektora Agencji na okres 5 lat spośród osób wyróżniających się wiedzą w zakresie psychoterapii uzależnień.

3. Za udział w pracach Rady do Spraw Akredytacji przysługuje wynagrodzenie w wysokości nie wyższej niż 1/5 minimalnego wynagrodzenia za pracę, ustalonego na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200, poz. 1679, z 2004 r. Nr 240, poz. 2407 oraz z 2005 r. Nr 157, poz. 1314), wypłacane za jedno posiedzenie, ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Od decyzji, o których mowa w ust. 1, służy odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 21<sup>6</sup>. 1. Egzamin certyfikacyjny, o którym mowa w art. 21<sup>2</sup> ust. 2 pkt 3 i ust. 3 pkt 3, zwany dalej „egzaminem”, przeprowadza Agencja co najmniej raz w roku.

2. Egzamin składa się z części pisemnej i ustnej:

1) część pisemna egzaminu jest sprawdzianem wiedzy teoretycznej z zakresu: psychologicznych aspektów uzależnień i współuzależnienia, medycznych aspektów uzależnień, psychoterapii, w tym psychoterapii uzależnień i współuzależnienia oraz podstaw psychopatologii;

2) część ustną egzaminu stanowi obrona pracy pisemnej obejmującej:

a) studium przypadku, plan i opis przebiegu psychoterapii z osobą uzależnioną i współuzależnioną – przedstawionej przez kandydata na specjalistę psychoterapii uzależnień,

b) studium przypadku, plan i opis przebiegu terapii z osobą uzależnioną – przedstawionej przez kandydata na instruktora terapii uzależnień.

3. W celu przeprowadzenia egzaminu dyrektor Agencji powołuje komisje egzaminacyjne, w skład których wchodzi po trzech specjalistów psychoterapii uzależnień wyróżniających się wiedzą z zakresu leczenia odwykowego.

4. Za przeprowadzenie egzaminu członkom komisji egzaminacyjnej przysługuje wynagrodzenie, w wysokości nie wyższej niż 1/5 minimalnego wynagrodzenia za pracę, ustalonego na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, za godzinę pracy, wypłacane przez organizatora egzaminu ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Informację o terminie egzaminu ogłasza się co najmniej na 90 dni przed wyznaczoną datą egzaminu w Biuletynie Informacji Publicznej oraz w siedzibie Agencji.

6. Do egzaminu dopuszcza się kandydatów, którzy na co najmniej 60 dni przed wyznaczoną datą egzaminu przedstawiają:

1) dokumenty potwierdzające spełnianie wymagań, o których mowa w art. 21<sup>2</sup> ust. 2 pkt 1 i ust. 3 pkt 1;

2) zaświadczenia potwierdzające ukończenie wszystkich etapów programu szkoleniowego;

3) pracę pisemną, o której mowa w ust. 2 pkt 2, zakwalifikowaną przez komisję egzaminacyjną.

7. Osoby, które uzyskały certyfikat instruktora terapii uzależnień, a następnie otrzymały tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł zawodowy magistra uzyskany po studiach na kierunkach humanistycznych lub społecznych, mogą przystąpić do egzaminu w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień bez konieczności uczestniczenia w programie szkoleniowym.

8. Osoby, które uzyskały certyfikat specjalisty terapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień nadany na podstawie przepisów ustawy

z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.<sup>6)</sup>) oraz posiadają co najmniej 3 lata doświadczenia zawodowego w zakresie terapii osób uzależnionych, mogą przystąpić do egzaminu certyfikacyjnego w zakresie odpowiednio specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień bez konieczności uczestniczenia w programie szkoleniowym, pod warunkiem ukończenia stażu klinicznego.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) sposób i tryb uzyskiwania:

- a) akredytacji do prowadzenia szkolenia,
- b) akredytacji do prowadzenia staży klinicznych,
- c) wpisu na listę, o której mowa w art. 21<sup>3</sup> ust. 4 oraz sposób prowadzenia superwizji klinicznej dla celów szkoleniowych,

2) organizację i tryb pracy Rady do Spraw Akredytacji, oraz wysokość wynagrodzenia przysługującego jej członkom,

3) zakres przedmiotowy programów szkoleniowych, o których mowa w art. 21<sup>2</sup> ust. 2 pkt 2 i ust. 3 pkt 2,

4) sposób przeprowadzania egzaminu, o którym mowa w ust. 1,

5) sposób organizacji komisji egzaminacyjnej oraz wysokość wynagrodzenia jej członków,

6) wzory certyfikatów specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień

- mając na uwadze konieczność zapewnienia prawidłowej realizacji programu szkoleniowego, najwyższego poziomu szkolenia oraz zapewnienie możliwości dostosowania programu szkoleniowego do aktualnego poziomu wiedzy z zakresu psychoterapii uzależnienia od alkoholu.”;

---

<sup>6)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Dz. U. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817.

22) w art. 22 w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) rodzaje zakładów leczenia odwykowego i zakres ich zadań,”;

23) uchyla się art. 24-36;

24) w art. 40:

a) ust. 3b otrzymuje brzmienie:

3b. Zażalenie przekazuje się niezwłocznie sądowi rejonowemu miejsca doprowadzenia. Osoba doprowadzona do izby wytrzeźwień, jednostki Policji, zakładu opieki zdrowotnej lub placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego ma prawo do udziału w posiedzeniu sądu, na którym będzie rozpatrywane zażalenie. Do rozpoznania zażalenia stosuje się przepisy Kodeksu postępowania karnego.

b) uchyla się ust. 5;

25) po art. 40 dodaje się art. 40a w brzmieniu:

„Art. 40a. 1. Osobę doprowadzoną do izby wytrzeźwień, placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego lub jednostki Policji poddaje się niezwłocznie badaniom lekarskim.

2. Lekarz lub felczer po przeprowadzeniu badania osoby doprowadzonej do izby wytrzeźwień, placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego lub jednostki Policji stwierdza i odnotowuje w dokumentacji medycznej:

1) brak objawów stanu nietrzeźwości uzasadniających umieszczenie w izbie wytrzeźwień, placówce utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego lub jednostce Policji;

2) potrzebę udzielenia pomocy doraźnej, która może być udzielona w izbie wytrzeźwień, placówce utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego lub jednostce Policji;

3) konieczność wykonania zabiegów higieniczno-sanitarnych, uwzględniając objawy stanu nietrzeźwości oraz brak przeciwwskazań do umieszczenia w izbie wytrzeźwień,

placówce utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego lub jednostce Policji;

4) istnienie medycznych przesłanek skierowania do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej – uwzględniając objawy stanu nietrzeźwości oraz istnienie wskazań do hospitalizacji.

3. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia u osoby doprowadzonej do izby wytrzeźwień, placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego lub jednostki Policji wystąpienia istotnych zakłóceń funkcji zdrowotnych organizmu, natychmiast powiadamia się pogotowie lub zespół ratownictwa medycznego.”;

26) w art. 41 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Środki pieniężne lub inne przedmioty od osób przyjętych do izby wytrzeźwień lub placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego lub jednostki Policji odbiera się od tych osób i przekazuje do depozytu.”;

27) w art. 42:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wobec osoby przyjętej do izby wytrzeźwień lub placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego, która stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby, niszczy przedmioty znajdujące się w otoczeniu, może być zastosowany przymus bezpośredni, polegający na przytrzymywaniu, unieruchomieniu, przymusowym podaniu leku lub izolacji.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a-1d w brzmieniu:

„1a. W jednostce Policji przymus, o którym mowa w ust. 1, może być stosowany jedynie w formie przytrzymywania, unieruchomienia lub izolacji.

1b. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego, o którym mowa w ust. 1, i zaprzestaniu jego stosowania decyduje lekarz lub felczer, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie.

- 1c. W jednostkach Policji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, o którym mowa w ust. 1a i zaprzestaniu jego stosowania decyduje komendant jednostki Policji lub osoba przez niego upoważniona, a podczas ich nieobecności - dyżurny jednostki Policji.
- 1d. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, o którym mowa w ust. 1, uprzedza się osobę, wobec której przymus ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu bezpośredniego należy zastosować formę przymusu bezpośredniego możliwie najmniej uciążliwą dla tej osoby, a przy zastosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.”,
- c) po ust. 3 dodaje się ust. 3a-3e w brzmieniu:
- „3a. Przymusowe podanie leku jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby – bez jej zgody.
- 3b. Izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu.
- 3c. W terminie 3 dni od dnia zastosowania przymusu bezpośredniego, zasadność zastosowania przymusu:
- 1) przez lekarza lub felczera izby wytrzeźwień, placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego – ocenia kierownik izby wytrzeźwień lub właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego, jeżeli jest lekarzem, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem – inny upoważniony przez niego pisemnie lekarz;
  - 2) przez osobę, o której mowa w ust. 1c – ocenia lekarz upoważniony pisemnie przez właściwego komendanta jednostki Policji.
- 3d. Przymus bezpośredni polegający na unieruchomieniu lub izolacji może być stosowany nie dłużej niż 4 godziny. W razie potrzeby stosowanie tego przymusu może być przedłużone na następne okresy 6-godzinne, przy czym nie dłużej niż 24 godziny łącznie.
- 3e. Pracownik wyznaczony przez dyrektora izby wytrzeźwień, komendanta jednostki Policji lub osobę przez niego upoważnioną,

a podczas ich nieobecności - dyżurnego jednostki Policji, kierownika placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego, jest zobowiązany do kontroli osoby, wobec której zastosowano przymus w formie unieruchomienia lub izolacji nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.”,

d) ust. 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5. Za pobyt w izbie wytrzeźwień, jednostce Policji, placówce utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego, pobierane są opłaty, w wysokości nie wyższej niż 1/4 minimalnego wynagrodzenia za pracę, ustalonego na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia:

1) tryb doprowadzania i przyjmowania osób, o których mowa w art. 40 ust. 1, do izb wytrzeźwień, jednostek Policji, placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz zwalniania ich z tych izb, jednostek i placówek,

2) kwalifikacje pracowników izb wytrzeźwień oraz placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostki samorządu terytorialnego przyjmujących lub sprawujących opiekę nad osobami doprowadzonymi w celu wytrzeźwienia,

3) warunki techniczne pomieszczeń izb wytrzeźwień oraz placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostki samorządu terytorialnego

– biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia poszanowania praw osób doprowadzonych do jednostek, o których mowa w pkt 1, i tam umieszczonych.”;

28) w art. 43 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W razie popełnienia przestępstwa określonego w ust. 1 albo 2 orzeka się zakaz prowadzenia działalności gospodarczej polegającej na sprzedaży lub podawaniu napojów alkoholowych na okres od 3 do

5 lat, można orzec także przepadek napojów alkoholowych, chociażby nie były własnością sprawcy.”;

29) w art. 43<sup>1</sup> dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. Jeżeli czyn określony w ust. 1 lub 2 został popełniony przez żołnierza, ściganie następuje na wniosek dowódcy jednostki wojskowej, w której żołnierz pełni służbę.

5. Dowódca jednostki wojskowej może, zamiast wniosku o ściganie, o którym mowa w ust. 4, wszcząć wobec sprawcy czynu postępowanie dyscyplinarne albo wydać polecenie wszczęcia tego postępowania innemu uprawnionemu przełożonemu dyscyplinarnemu.”;

30) po art. 43<sup>1</sup> dodaje się art. 43<sup>2</sup> – 43<sup>3</sup> w brzmieniu:

„Art. 43<sup>2</sup>. 1. Kto wbrew zakazowi określonymu w art. 14<sup>2</sup> kieruje w ruchu wodnym pojazdem innym niż mechaniczny, w stanie po użyciu alkoholu,  
podlega karze grzywny.

2. Kto dopuszcza się czynu określonego w ust. 1 znajdując się w stanie nietrzeźwości,  
podlega karze grzywny nie niższej niż 2 500 zł.

Art. 43<sup>3</sup>. 1. Kto odsprzedaje lub dostarcza napój alkoholowy osobie do lat 18,  
podlega karze grzywny nie niższej niż 2 500 zł.

2. Kto wbrew obowiązkowi określonymu w art. 15 ust. 3 podaje lub sprzedaje napój alkoholowy,  
podlega karze grzywny nie niższej niż 2500 zł.”;

31) art. 47 otrzymuje brzmienie:

„Art. 47. 1. Jeżeli zachodzi podejrzenie, że przestępstwo lub wykroczenie zostało popełnione po spożyciu alkoholu, osoba podejrzana może być, nawet bez jej zgody, poddana badaniu koniecznemu do ustalenia zawartości alkoholu w organizmie, przez

przeprowadzenie zabiegu pobrania i badania krwi lub badania z użyciem urządzeń elektronicznych dokonujących pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu.

2. Zabiegu pobrania krwi do badania dokonuje, na żądanie uprawnionego funkcjonariusza, żołnierza lub pracownika, organu prowadzącego postępowanie karne lub czynności wyjaśniające w sprawie o wykroczenie, osoba posiadająca kwalifikacje zawodowe do dokonania tego rodzaju czynności.

3. Zabieg pobrania krwi do badania przeprowadza się również na żądanie osoby, o której mowa w ust. 1.

4. W razie powzięcia uzasadnionego podejrzenia, że zabieg pobrania krwi spowoduje zagrożenie życia lub zdrowia osoby, o której mowa w ust. 1, decyzje w sprawie dokonania tego zabiegu podejmuje lekarz.

5. Jeżeli lekarz nie stwierdzi, że do zabiegu pobrania krwi istnieją przeciwwskazania, o których mowa w ust. 4, wobec osoby, o której mowa w ust. 1, w przypadku, gdy odmawia ona poddania się zabiegowi pobrania krwi, może być zastosowany przymus bezpośredni, o którym mowa w art. 42, w postaci przytrzymywania lub unieruchomienia, po uprzednim uprzedzeniu tej osoby o możliwości zastosowania takiego przymusu. Przy zastosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro osoby, wobec której jest on stosowany.

6. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i przymus ten stosuje podmiot, na żądanie którego dokonywany jest zabieg pobrania krwi.

7. Urządzenia elektroniczne, o których mowa w ust. 1, podlegają wzorcowaniu na zasadach określonych w ustawie z dnia 11 maja 2001 r. – Prawo o miarach (Dz. U. z 2004 r. Nr 243, poz. 2441, z późn. zm.<sup>7)</sup>) nie rzadziej niż raz na pół roku.

8. Do badań, o których mowa w art. 17 ust. 3, stosuje się odpowiednio ust. 1 i 7.

9. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz ministrem właściwym do spraw pracy określa, w drodze rozporządzenia, warunki i sposób dokonywania badań, o których mowa w ust. 1 i w art. 17 ust. 3, oraz sposób dokumentowania ich

---

<sup>7)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w: Dz. U. z 2005 r. Nr 163, poz. 1362 i Nr 180, poz. 1494, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217 i Nr 249, poz. 1834, z 2007 r. Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 91, poz. 740.

przebiegu, mając na uwadze konieczność zapewnienia poprawności przeprowadzania tych badań oraz utrwalania ich rezultatów, a także poszanowania godności osoby badanej.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.<sup>8)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 22 ust. 2c otrzymuje brzmienie:

„2c. Jeżeli osoba, o której mowa w ust. 2, sprzeciwia się przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, a jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 4-6 oraz art. 25 i 27.”;

2) art. 23 otrzymuje brzmienie:

„Art. 23. 1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

2. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody, o której mowa w ust. 1, dopuszczalne jest także wobec osoby, która wskutek zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo zdrowiu i życiu innych osób, a jej stan somatyczny pozwala na podjęcie leczenia bez jej zgody w szpitalu psychiatrycznym.

3. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1 lub 2, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.

4. Lekarz, o którym mowa w ust. 3, jest obowiązany wyjaśnić osobie, o której mowa w ust. 1 lub 2, przyczyny przyjęcia do szpitala bez jej zgody i poinformować ją o jej prawach.

---

<sup>8)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108 oraz z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817.

5. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1 lub 2, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

6. Czynności, o których mowa w ust 3-5, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.”;

3) art. 28 otrzymuje brzmienie:

„Art. 28. Jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą wymaganą w art. 22 wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1 lub 2, a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 3-6 oraz art. 25-27.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.<sup>9)</sup>) art. 74 § 1 otrzymuje brzmienie:

„ § 1. Czas i sposób wykonania nałożonych obowiązków wymienionych w art. 72 sąd określa po wysłuchaniu skazanego.”.

Art. 4. W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.<sup>10)</sup>) w art. 27:

1) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Osoby, które ukończyły szkolenie, o którym mowa w ust. 1, i uzyskały certyfikat instruktora terapii uzależnień oraz w terminie 3 lat od ukończenia tego szkolenia uzyskały tytuł magistra w jednej z dziedzin, o których mowa w ust. 7, lub tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, mogą przystąpić do egzaminu

---

<sup>9)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840, z 1999 r. Nr 64, poz. 729 i Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 48, poz. 548, Nr 93, poz. 1027 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 121, poz. 1142, Nr 179, poz. 1750, Nr 199, poz. 1935 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 25, poz. 219, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889 i Nr 243, poz. 2426, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 132, poz. 1109, Nr 163, poz. 1363, Nr 178, poz. 1479 i Nr 180, poz. 1493, z 2006 r. Nr 190, poz. 1409, Nr 218, poz. 1592 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 89, poz. 589, Nr 123, poz. 850, Nr 124, poz. 859, i Nr 192, poz. 1378, z 2008 r. Nr 90, poz. 560, Nr 122, poz. 782, Nr 171, poz. 1056, Nr 173, poz. 1080 i Nr 214, poz. 1344 oraz z 2009 r. Nr 62, poz. 504, Nr 63, poz. 533, Nr 166 poz. 1317 i Nr 168, poz. 1323.

<sup>10)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Dz. U. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817.

w zakresie specjalisty terapii uzależnień bez konieczności uczestniczenia w szkoleniu.”;

2) po ust. 9 dodaje się ust. 9a w brzmieniu:

„9a. Osoby, które uzyskały certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień nadany na podstawie przepisów ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.<sup>11)</sup>) oraz posiadają co najmniej 3 lata doświadczenia zawodowego w zakresie terapii osób uzależnionych, mogą przystąpić do egzaminu w zakresie, odpowiednio, specjalisty terapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, bez konieczności uczestniczenia w szkoleniu, pod warunkiem ukończenia stażu klinicznego obejmującego nie mniej niż 80 godzin w zakładzie leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych rekomendowanym przez Biuro.”.

Art. 5. 1. Zezwolenia na obrót hurtowy napojami alkoholowymi wydane na podstawie przepisów dotychczasowych zachowują ważność na okres na jaki zostały wydane.

2. Do spraw z zakresu wydawania zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi oraz zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu lub poza miejscem sprzedaży wszczętych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, a niezakończonych decyzją ostateczną, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 6. Osoby powołane w skład gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, które nie odbyły przeszkolenia w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, obowiązane są do odbycia szkolenia, o którym mowa w art. 4<sup>1</sup> ust. 3b ustawy,

---

<sup>11)</sup> Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 144, poz. 1175.

o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 3 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 7. Certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień uzyskane na podstawie przepisów obowiązujących przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stają się certyfikatami specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień w rozumieniu przepisów ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 8. 1. Szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia, rozpoczęte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy przeprowadza się na zasadach dotychczasowych.

2. Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy ukończyły szkolenie z zakresu podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej prowadzone przez podmiot posiadający akredytację Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych obowiązane są do ukończenia szkolenia, o którym mowa w art. 21<sup>3</sup> ust. 1 ustawy, o której mowa w ust. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w zakresie nie objętym dotychczas odbytym szkoleniem, w terminie 3 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 9. 1. Postępowania w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu prowadzone na podstawie ustawy, o której mowa w art. 1, wszczęte i niezakończone wydaniem prawomocnego postanowienia przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, umarza się.

2. Osoby, wobec których przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy wydano na podstawie ustawy, o której mowa w art. 1, prawomocne postanowienia w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, są uprawnione do kontynuowania terapii w zakładzie lecznictwa odwykowego.

Art. 10. 1. Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 16 ust. 4, art. 22 ust. 2, art. 42 ust. 6 i art. 47 ust. 2 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16 ust. 4, art. 22 ust. 2, art. 42 ust. 6 i art. 47 ust. 9 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu

nadany niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez okres 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010 zachowuje moc do dnia wejścia w życie aktu wykonawczego, wydanego na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż do dnia 30 czerwca 2010 r.

Art. 11. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 12 lit. a i pkt 21, które wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.

## UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.) ma na celu zmianę przepisów nasuwających wątpliwości interpretacyjne oraz uregulowanie na poziomie ustawowym kwestii kwalifikacji koniecznych do wykonywania świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnień.

Projektowane uchylenie pkt 3 w art. 2 w ust. 1 wynika z faktycznej trudności realizacji przepisu dotyczącego kształtowania polityki społecznej w zakresie ustalania odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w kraju, w dobie funkcjonowania gospodarki rynkowej.

Pozostałe zmiany w art. 2 oraz zmiana w art. 3 ust. 1 zmierzają do uregulowania kwestii finansowania działań realizowanych w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz kręgu podmiotów odpowiedzialnych za realizację tych działań. Istotną zmianą jest także upoważnienie Rady Ministrów do przyjmowania Narodowego Programu w drodze rozporządzenia. Rozwiązanie to jest analogiczne do przyjętego dla Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przyjmowanego rozporządzeniem Rady Ministrów na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.).

Uzupełnienie art. 3 ust. 3 o pkt 6a motywowane jest faktem, że pomoc osobie uzależnionej powinna być zintegrowana z pomocą całej rodzinie, ponieważ uzależnienie powoduje szkody i zaburza funkcjonowanie wszystkich członków rodziny. W Polsce w rodzinach alkoholików żyje ok. 1,5 mln osób dorosłych i 1,5–2 mln dzieci – większość z nich to osoby współuzależnione i ofiary przemocy domowej. W  $\frac{3}{4}$  rodzin z problemem alkoholowym dochodzi do przemocy.

Co roku zwiększa się liczba dorosłych dzieci alkoholików, które zgłaszają się po pomoc do zakładów leczenia odwykowego. W 2004 roku było ich blisko 5 tys. (w 2001 r. – 2,6 tys.). Powyższy przepis pozwala jednoznacznie wskazać, że przedmiotem działań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych jest zwiększanie dostępności pomocy dla całej rodziny, w której występuje problem uzależnienia od alkoholu. Zgodnie z uwagą Ministra Pracy i Polityki społecznej zapis uzupełniono o wskazanie na celowość współdziałania w tym zakresie z podmiotami

i instytucjami odpowiedzialnymi za wspieranie rodzin, znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, której nie mogą samodzielnie przezwyciężyć.

Zmiana brzmienia art. 4 ust. 1 ustawy motywowana jest potrzebą doprecyzowania zadań samorządu województwa realizowanych w ramach wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych podobnie jak to ma miejsce w odniesieniu do gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Wprowadzenie powyższego zapisu umożliwi ujednoczenie priorytetów działań z zakresu przeciwdziałania problemom alkoholowym samorządów województw na terenie całego kraju a także powiązanie zadań wynikających z wojewódzkiego programu z kierunkami działań wyznaczonymi przez Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Nowe brzmienie art. 4 ust. 1 ustawy nie nakłada jednak na samorząd województwa nowych zadań lecz jedynie doprecyzowuje dotychczas obowiązujący ogólnikowy zapis. Zmiana w ustawie nie spowoduje zatem zwiększenia wydatków z tego tytułu dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Wprowadzona się także obowiązek sporządzania przez marszałka województwa raportu z wykonania wojewódzkiego programu, w danym roku i efektów jego realizacji, w celu jego który przedłożenia sejmikowi województwa w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport. Celem powyższej regulacji jest zapewnienie monitorowania realizacji programu oraz jego efektywności. Analogiczne rozwiązanie przyjęto także w odniesieniu do gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Zmiany proponowane w art. 4<sup>1</sup> mają na celu poprawę funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Ze względu na istotne różnice w zakresie kwalifikacji członków komisji proponuje się określenie rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia przygotowywanym w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego ramowego programu szkolenia, które powinien ukończyć członek komisji oraz czasu na realizację poszczególnych bloków tematycznych w ramach tego programu. Wprowadzono również propozycję przepisu, z którego wynika, że gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych działa na podstawie regulaminu zatwierdzanego przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta).

Doprecyzowano i uzupełniono brzmienie art. 9 przez określenie niezbędnych dokumentów dotyczących wydania zezwolenia, co dotychczas było określane

przepisami wykonawczymi do ustawy, oraz wprowadzono upoważnienie dla ministra właściwego do spraw gospodarki do określenia, w drodze rozporządzenia, odpowiednich wzorów dokumentacji. Przyjęcie powyższego rozwiązania ma ujedynolnić formę wniosków stosowanych przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego.

Ponadto podmioty prowadzące obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 18 % alkoholu zwolnione mają być od obowiązku dołączenia do wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie tego obrotu decyzji właściwego państwowego inspektora sanitarnego o zatwierdzeniu zakładu, o której mowa w art. 62 ust. 1 pkt 2 albo zaświadczenia o wpisie do rejestru zakładów, o którym mowa w art. 62 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 171, poz. 1225). Zaś w art. 9<sup>4</sup> wyłączono dla zezwoleń o których mowa w art. 9 ust. 1 obowiązek podawania miejsca wykonywania działalności. Przedsiębiorca prowadzący obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 18 % alkoholu uprawniony jest do prowadzenia działalności na obszarze całego kraju. Prowadzenie działalności hurtowej w skali całego kraju, w przeciwieństwie do obrotu napojami alkoholowymi prowadzonego na podstawie zezwolenia wydanego przez marszałka województwa nie musi wymagać posiadania magazynu stacjonarnego ani stałego miejsca prowadzenia działalności stąd też zdecydowano o nieobciążaniu tej grupy przedsiębiorców powyższymi wymaganiami.

W art. 13 proponuje się rozszerzenie dotychczasowej lakonicznej informacji o szkodliwości spożywania alkoholu umieszczonej w punktach sprzedaży napojów alkoholowych o informacje na temat zakazu sprzedaży i podawania napojów alkoholowych osobom niepełnoletnim oraz uprawnieniu sprzedawcy lub podającego napoje alkoholowe do żądania okazania dokumentu stwierdzającego wiek nabywcy a także wskazanie, by informacje były umieszczane w widocznym miejscu, dzięki czemu lepiej spełnią swoją rolę.

Zmiana zaproponowana w art. 13<sup>1</sup> ust. 2 wprowadza dopuszczalność emisji reklam i promocji piwa w telewizji, radiu, kinie i teatrze wyłącznie w godzinach między 23.00 a 6.00. Zmiana ta podyktowana jest potrzebą ograniczenia wpływu reklam i promocji piwa na małoletnich odbiorców środków masowego przekazu. Jest to propozycja powrotu do poprzedniej regulacji. Po roku 2002 kiedy to zwiększono liczbę godzin, w jakich dopuszczalna jest emisja filmów reklamowych, promujących piwo liczba emisji wyżej wymienionych filmów reklamowych wzrosła z ponad 10 tys.

do ponad 30 tys. Badania, ujawnione przez Światową Organizację Zdrowia w roku 2001 na Konferencji Ministrów Zdrowia w Sztokholmie, a także badania przeprowadzone w roku 2005 przez University of Connecticut na próbie 1800 osób w wieku 15-26 lat wskazują na istnienie jednoznacznego związku między wydłużeniem czasu emisji reklam a wzrostem konsumpcji alkoholu przez młodzież. W Polsce dotychczas nikt nie przeprowadzał badań dotyczących wpływu reklam na zachowanie młodzieży. Jednakże zgodnie z informacjami zamieszczonymi w raporcie sporządzonym dla Komisji Europejskiej przez Petera Anderson'a i Bena Baumberg'a w listopadzie 2005 roku reklama napojów alkoholowych ma znaczący wpływ na wielkość spożycia tychże napojów w danym kraju. Z przytaczanych w raporcie badań wynika, że w państwach o częściowych ograniczeniach reklamy napojów alkoholowych poziom spożycia tychże napojów jest niższy aż o 16% od spożycia alkoholu w państwach, w których brak jest takich ograniczeń. W państwach o całkowitym zakazie reklamy alkoholu w telewizji współczynnik ten jest jeszcze niższy o 11% w porównaniu do państw o częściowym zakazie reklamy napojów alkoholowych. Dane te są cytowane z opracowań: Saffer, H., "Alcohol Advertising and Highway Fatalities," Review of Economics and Statistics (1997) oraz Saffer, H. Alcohol advertising bans and alcohol abuse: An international perspective (1991).

Zmiana brzmienia ust. 9 w art. 13<sup>1</sup> ma na celu doprecyzowanie warunków prowadzenia reklamy na terenie pomieszczeń hurtowni.

W art. 14 proponuje się dostosowanie treści przepisu zabraniającego sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych na terenie szkół do innych przepisów prawa. Proponuje się również wprowadzenie zakazu sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych na terenie pływalni i kąpielisk, zakładów opieki zdrowotnej oraz stadionów i innych obiektów sportowych podczas trwania imprez sportowych oraz w handlu obnośnym i obwoźnym.

Zgodnie z aktualnie obowiązującym art. 14 ust. 5 ustawy, sprzedaż napojów alkoholowych, głównie piwa, o zawartości poniżej 4,5% alkoholu, może odbywać się bez zezwolenia. Jest to wyjątek, gdyż sprzedaż wszystkich napojów alkoholowych podlega reglamentacji. Można tu również mówić o powstaniu nierówności przedsiębiorców, ponieważ osoby prowadzące sprzedaż alkoholu do 4,5%, nie muszą spełniać wymogów wiążących się z uzyskaniem zezwolenia oraz nie ponoszą opłat za korzystanie z zezwoleń. Nie ma również możliwości przeprowadzenia

kontroli przestrzegania ustawowych warunków wykonywania działalności. Proponuje się zatem, by podczas imprez na otwartym powietrzu dostępnych dla nieokreślonych imiennie osób, można było prowadzić sprzedaż jedynie napojów o zawartości do 18% alkoholu, po uzyskaniu zezwolenia. Z uwagi na poprawę porządku i bezpieczeństwa w miejscach publicznych, proponuje się ponadto by sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych na imprezach masowych odbywała się w oparciu o przepisy regulujące bezpieczeństwo tych imprez.

Wprowadzenie art. 14<sup>1</sup> ma na celu zapobieżenie wypadkom, jakie często mają miejsce w związku z prowadzeniem w ruchu wodnym przez osoby w stanie po użyciu alkoholu pojazdu innego niż mechaniczny.

Propozycja zmian do art. 15 ma na celu nałożenie na sprzedawców lub podających napoje alkoholowe obowiązku odmowy sprzedaży lub podania napoju alkoholowego osobom, w przypadku których zachodzi wątpliwość co do ich pełnoletności, a które odmawiają okazania dokumentu potwierdzającego wiek. Ma to na celu uniknięcie częstych sytuacji, w których sprzedający napój osobie niepełnoletniej unikają odpowiedzialności karnej poprzez wykazanie iż nie mieli możliwości rozstrzygnąć wątpliwości co do wieku nabywcy.

Zmiana w art. 16 motywowana jest potrzebą ustawowego uregulowania kwestii likwidacji złożonych w depozycie napojów alkoholowych wnoszonych na teren obiektów wojskowych. Zmianie uległo także upoważnienie zawarte w ust. 4 art. 16, co spowodowane było potrzebą dostosowania jego zakresu do zmienionego ust. 3 oraz ust. 3a, który stanowi, że w przypadku nieodebrania w terminie 14 dni od dnia odebrania napoje alkoholowe przekazane do depozytu ulegają zniszczeniu.

Zmiana w art. 18 ust. 6 ustawy motywowana potrzebą uproszczenia procedury uzyskiwania zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych poprzez wyeliminowanie z niej zbędnych formalności i zawiera rozwiązania wypracowane przez sejmową komisję nadzwyczajną „Przyjazne Państwo” i zawarte w przyjętym przez tę Komisję projekcie ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (druk ORIP/B-151, obecnie druk sejmowy nr 2111). W miejsce obecnego wymogu przedstawiania przez przedsiębiorcę dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu w jakim ma być prowadzona działalność, przedsiębiorca, zgodnie z proponowaną nowelizacją, będzie zobowiązany jedynie do

przedstawiania oświadczenia o posiadanym prawie do dysponowania lokalem stanowiącym punkt sprzedaży napojów alkoholowych. Ponadto przedsiębiorca, zgodnie z zakładanymi rozwiązaniami, ma być zwolniony z obowiązku dołączania do wniosku decyzji właściwego państwowego inspektora sanitarnego o zatwierdzeniu zakładu w oparciu o art. 65 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 roku o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 171, poz. 1225, z późn. zm.). W tym celu projektodawca proponuje wykreślenie pkt 4 w art. 18 ust. 6 ustawy. Jednakże, należy konsekwentnie dokonać również zmiany w art. 18<sup>1</sup> ust. 4 ustawy, który odwołuje się do uchylanego przepisu.

Ponadto na organ udzielający zezwolenia na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych nałożono obowiązek zawieszenia wszczętego postępowanie o udzielenie zezwolenia, w przypadku gdy wobec osoby odpowiedzialnej za działalność przedsiębiorcy ubiegającego się o zezwolenie wydano postanowienie o przedstawieniu zarzutów o czyn z art. 43 ust. 1. Celem powyższej regulacji jest uniknięcie sytuacji, w której organ zezwalający zmuszony jest wydać zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych podmiotowi gospodarczemu co do którego istnieją poważne wątpliwości co do popełnienia przez niego przestępstwa art. 43 ust. 1 ustawy. W związku z wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2006 r. ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.) pojawiły się wątpliwości odnośnie do możliwości prowadzenia psychoterapii przez osoby, które nie dysponują tytułem magistra psychologii.

W aktualnej rzeczywistości polskiego leczenia odwykowego, w placówkach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia zatrudnionych jest ponad 2000 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień. Ok. 25% z nich zdobyła już certyfikaty instruktorów i specjalistów terapii uzależnienia, pozostali znajdują się w rozpoczętym i zaawansowanym w różnym stopniu procesie uzyskiwania certyfikatów. Proces zdobywania i potwierdzania kwalifikacji zawodowych tych grup zawodowych trwa około 4-5 lat. Przy czym zaledwie 1/3 specjalistów psychoterapii uzależnień to psychologowie. Studia psychologiczne nie przygotowują ich do wykonywania czynności z zakresu terapii uzależnień. Zgodnie ze standardami przyjętymi przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia psychologowie nie mogą prowadzić terapii uzależnienia bez posiadania specjalistycznych kwalifikacji

określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. z 2000 r. Nr 3, poz. 44).

W propozycji art. 21<sup>1</sup> i 21<sup>2</sup> zdefiniowano pojęcie leczenia odwykowego, wskazując na psychoterapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia jako jego podstawową formę, jak również wskazano, jakie wymogi muszą spełnić osoby, które chcą wykonywać czynności związane z leczeniem odwykowym określając, że psychoterapię uzależnień mogą prowadzić wyłącznie osoby legitymujące się certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień. Proponowany przepis szczegółowo reguluje wymogi kwalifikacyjne dla osób ubiegających się o uzyskanie certyfikatu i zdobycie kwalifikacji w Rzeczypospolitej Polskiej. Osoby te muszą posiadać tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, tytuł zawodowy magistra uzyskany po studiach na kierunkach humanistycznych lub społecznych. Brzmienie wyżej wymienionego przepisu zostało dostosowane do uwagi zgłoszonej przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Nie uwzględniono jednak zawartej w uwadze sugestii enumeratywnego wyliczenia kierunków studiów, intencją projektodawców jest bowiem możliwe stworzenie możliwości zdobycia uprawnień zawodowych specjalisty psychoterapii uzależnień możliwie szerokiemu kręgowi osób posiadających podstawy wiedzy humanistycznej. Warto także zauważyć, iż rozwiązanie takie obowiązuje obecnie i przynosi doskonałe rezultaty. Osoby posiadające wykształcenie średnie mogą natomiast ubiegać się o uzyskanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień, w celu uzyskania kwalifikacji na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, który umożliwia im udzielanie świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnień. W propozycji przepisu określono również procedurę udzielania certyfikatów specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień oraz upoważniono ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzeń, między innymi zakresu świadczeń udzielanych przez specjalistów lub instruktorów psychoterapii uzależnień, jak również zakresu przedmiotowego programu szkoleniowego oraz trybu i sposobu przeprowadzania egzaminu dla osób ubiegających się o uzyskanie certyfikatów.

Proponowane przepisy regulujące wymogi kwalifikacyjne do wykonywania czynności z zakresu psychoterapii uzależnień nie naruszają przepisów odrębnych ustaw

regulujących uzyskiwanie kwalifikacji zawodowych. Omówione wyżej propozycje regulacji, będą stanowiły *lex specialis* w odniesieniu do przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, przez co usuwają aktualne rozbieżności interpretacyjne. Proponowane zmiany w art. 21<sup>3</sup> do 21<sup>6</sup> określają kwestie związane z uzyskiwaniem akredytacji oraz przeprowadzenia egzaminu certyfikacyjnego, w tym określenie poszczególnych etapów programu szkoleniowego i ich wymiaru godzinowego, wymogów stawianych podmiotom mającym realizować poszczególne etapy programu, zasad przeprowadzania kontroli realizacji programu szkoleniowego, sposób powoływania komisji egzaminacyjnych. Powyższe przepisy zostały skonstruowane z myślą o zapewnieniu profesjonalnego poziomu prowadzonych szkoleń oraz mechanizmów zapewniających rzetelną weryfikację wiedzy i umiejętności zdobytych przez uczestników szkoleń.

Zmiana brzmienia upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 zmienianej ustawy wynika z konieczności odstąpienia od określania rozporządzeniem kwalifikacji pracowników lecznictwa odwykowego, która to kwestia zgodnie z projektem została uregulowana ustawowo.

Skreślenie art. 24- 36 ustawy jest następstwem podjęcia decyzji o rezygnacji z instytucji zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu będącą następstwem rozwiązań wypracowanych przez działający przy Ministrze Sprawiedliwości Międzyresortowy Zespół do Spraw Poprawy Wykonalności Orzeczeń. Aktualna regulacja, przyjęta w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jest niespójna z pozostałymi rozwiązaniami systemowymi w zakresie przymusowego leczenia uzależnień. Podkreślenia wymaga, że przepisy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, ze zm.) nie przewidują leczenia przymusowego od uzależnienia od narkotyków (poza osobami małoletnimi – art. 30). Bez wątplenia uzależnienie od narkotyków jest zdecydowanie bardziej destrukcyjne niż alkoholizm; nie bez przyczyny posiadanie alkoholu nie jest ani przestępstwem, ani wykroczeniem, zaś posiadanie nawet niewielkiej ilości narkotyku stanowi przestępstwo (Rozdział 7 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Także regulacja art. 74 § 1 Kodeksu karnego (o czym szerzej w dalszej części uzasadnienia) przewiduje wymóg zgody skazanego na poddanie się terapii uzależnień.

W obecnym systemie prawnym o zastosowaniu obowiązku leczenia odwykowego może decydować wyłącznie sąd na wniosek uprawnionego organu, jakim jest prokurator lub gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych. Orzekanie o leczeniu przymusowym, a następnie wykonywanie orzeczeń na podstawie ustawy należy do sądów rejonowych (wydziałów rodzinnych i nieletnich). Pomimo, że leczenie osób uzależnionych odbywa się wyłącznie w zakładzie opieki zdrowotnej, ustawa w istocie utożsamia alkoholizm z defektem osobowościowym, moralnym, nie zaś z chorobą. Wynika to m.in. z tego, że w czasie, gdy ustawa powstawała, w taki właśnie sposób postrzegano problem alkoholizmu. Współcześnie wyraźniej podkreśla się, że alkoholizm jest chorobą psychosomatyczną. Do skutecznego leczenia uzależnień potrzebna jest zatem przede wszystkim wola osoby dotkniętej chorobą, a więc jej zgoda.

Należy mieć na uwadze, że w ostatnich latach drastycznie wzrasta liczba spraw rozpoznawanych przez sądy na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dane obrazujące to zjawisko przedstawiono w poniższej tabeli.

<b>Liczba spraw</b> z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (postępowanie rozpoznawcze)			
2004	2005	2006	2007
<b>39.526</b>	<b>45.204</b>	<b>52.411</b>	<b>56.975</b>

Towarzyszy temu zjawisku wzrost liczby prowadzonych przez sądy postępowań wykonawczych.

<b>Liczba postępowań wykonawczych</b> na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi			
2004	2005	2006	2007
<b>43.756</b>	<b>47.421</b>	<b>53.517</b>	<b>62.074</b>

Liczba uczestników postępowania oczekujących na umieszczenie w zakładzie stacjonarnym (szpitalu) w 2004 roku wynosiła 8.084, a w 2007 roku 15.097 (wzrost o niemal 90%) .

W skali kraju na dzień 31 grudnia 2007 roku (dane Ministerstwa Sprawiedliwości) odsetek osób, wobec których orzeczono obowiązek leczenia odwykowego w zakładzie stacjonarnym leczenia odwykowego, a co do których orzeczenie nie zostało wykonane, sięgnął 53,10%. W niektórych okręgach liczba osób oczekujących na umieszczenie sięga 99% przypadków.

Już ta okoliczność dowodzi, że doszło do faktycznej zapaści systemu przymusowego leczenia odwykowego.

Należy zwrócić uwagę, że postępowanie wykonawcze w sprawach opartych o ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi trwa maksymalnie 24 miesiące (art. 34 ust. 1). Tymczasem oczekiwanie na rzeczywiste umieszczenie osoby poddanej leczeniu w szpitalu trwa średnio nawet:

- 18 miesięcy (Kielce),
- 17 miesięcy (Zielona Góra)
- 16 miesięcy (Warszawa–Praga),
- 15 miesięcy (Nowy Sącz).

Jednocześnie w skali kraju średnia długość pobytu osoby poddanej leczeniu w szpitalu wynosi 4-5 tygodni. W tym stanie rzeczy nie ma szans na osiągnięcie efektu założonego przez ustawodawcę, czyli wdrożenia i przeprowadzenia skutecznej terapii odwykowej.

Podkreślenia ponadto wymaga, że powyższe liczby wskazują tylko na formalną stronę wykonywania orzeczeń (jak długo trzeba czekać na przyjęcie do placówki, jak długo trwa leczenie etc.). Faktyczna skuteczność procedur leczniczych w ogóle nie jest badana, co nie pozwala na ocenę jakości metod stosowanych wobec alkoholików. Doświadczenia sądów rodzinnych (które mają w tym zakresie największą wiedzę z racji prowadzenia postępowania wykonawczego) wskazują na znikomą efektywność leczenia przymusowego.

Z szacunków Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że jedna trzecia osób, wobec których sądy orzekły umieszczenie w zakładzie stacjonarnym nigdy do szpitala nie trafi (2006 – 35,9%, 2007 – 32,4%; w Warszawie jest to około 75%). Alkoholicy, mimo orzeczenia sądu, są de facto traktowani jak leczący się dobrowolnie i w każdej chwili mogą opuścić szpital. Nie są przyjmowani do szpitali (nawet, gdy

przywozi ich na wskazany przez szpital termin Policja) np. z tego powodu, że są nietrzeźwi, nie mają przyborów higieny osobistej, etc. Niechęć służby zdrowia do leczenia przymusowego wynika z całą pewnością nie tylko z ograniczeń budżetowych, ale w większym nawet stopniu z przekonania o niecelowości i nieskuteczności oddziaływań podejmowanych wbrew woli osoby chorej. Lekarze w większym stopniu niż prawnicy zdają sobie sprawę, że schorzenia psychosomatyczne leczy się skutecznie jedynie wtedy, gdy osoba chora sama tego chce.

Powyższe uwagi odnoszą się do nieskuteczności przy wykonywaniu orzeczeń o umieszczeniu w stacjonarnych zakładach lecznictwa odwykowego, które stanowią ok. 45 % wszystkich orzeczeń o zobowiązaniu do leczenia odwykowego. Doświadczenia sądów rodzinnych wskazują jednoznacznie, że również wykonywanie orzeczeń o zobowiązaniu do leczenia odwykowego w placówkach niestacjonarnych (leczenie ambulatoryjne) nie jest skutecznie realizowane.

Wskazane wyżej wątpliwości potęguje okoliczność, że obecny tryb leczenia przymusowego jest bardzo kosztowny.

Uwzględniając ilość wniosków o leczenie przymusowe i fakt, że w każdej sprawie obligatoryjna jest opinia biegłych, łączne koszty opiniowania w omawianym rodzaju spraw szacuje się na 18 milionów złotych rocznie (dla porównania w 2004 r. – 7,5 miliona złotych, w 2005 – 12,5 miliona złotych, w 2006 r. – 15 milionów złotych, zatem w latach tych wzrost wydatków wyniósł aż 140%).

Z przeprowadzonej analizy wynika też, że około 70 etatów sędziów rejonowych i jeden etat sędziego okręgowego przeznaczonych jest w skali kraju na sprawy związane z orzekaniem i wykonywaniem orzeczeń w sprawach o leczenie przymusowe, co oznacza 5 milionów złotych rocznie przeznaczanych na finansowanie etatów sędziowskich wyłącznie na potrzeby ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Do tego należy dodać wynagrodzenia kuratorów (pensje kuratorów zawodowych i ryczałty dla kuratorów społecznych) i kadry urzędniczej. Ostrożne szacunki pozwalają założyć, że w skali roku łączne wynagrodzenie w sądach dla osób zajmujących się leczeniem przymusowym alkoholików oscyluje koło kwoty 12 milionów złotych. Do tego należy dodać zwykłe koszty związane z obsługą biurową spraw (zakładanie i utrzymywanie akt, korespondencja), jak również wydatki ponoszone przez policję (szacowane przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji na kwotę 90 mln zł rocznie).

Celem zmian nie jest i nie może być osiągnięcie oszczędności kosztem osób uzależnionych od alkoholu. Przeciwnie, środki, którymi dysponuje Państwo na walkę z alkoholizmem jako problemem społecznym, winny być maksymalnie efektywnie wykorzystane, w szczególności na etapie profilaktyki, pracy ośrodków pomocy społecznej z rodziną dotkniętą problemem alkoholowym, zachęty do walki z uzależnieniem oraz do finansowania programów leczenia dobrowolnego. Konieczne jest też urealnienie narzędzi walki z najpoważniejszymi w skutkach społecznych przypadkami uzależnień – gdy osoby uzależnione od alkoholu popełniają przestępstwa.

Wyrokiem z dnia 11 czerwca 2002 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że art. 40 ust. 3b ww. ustawy jest niezgodny z art. 45 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, gwarantującym prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy w zakresie, w jakim nie gwarantuje osobie zatrzymanej w izbie prawa do udziału w posiedzeniu sądu. Trybunał w uzasadnieniu wyroku stwierdził między innymi, że orzeczenie sądu musi zostać wydane niezwłocznie, zaś udział osoby zatrzymanej w izbie uzależniony jest od decyzji sądu. Prawo do udziału w postępowaniu oznacza głównie obowiązek zawiadomienia przez sąd o terminie posiedzenia. Nie ma natomiast obowiązku stawienia się danej osoby, ani zakazu rozpoznania zażalenia pod nieobecność wnoszącego zażalenie, jeżeli został on powiadomiony o terminie posiedzenia sądu.

Przepis, w zaproponowanym brzmieniu, spowoduje dostosowanie rozpatrywania zażeń do wymogów konstytucyjnych. Z praktycznego punktu widzenia, osobie zatrzymanej w izbie służyć będzie możliwość złożenia zażenia już podczas pobytu w izbie. Zażalenie przekazane zostanie niezwłocznie do sądu rejonowego i sąd w ramach własnych uprawnień będzie podejmował decyzję o ewentualnym niezwłocznym wezwaniu osoby zatrzymanej w izbie, wezwaniu jej np. po wytrzeźwieniu lub wyznaczeniu innego terminu rozpatrzenia zażenia.

Przyjęcie powyższego rozwiązania nie spowoduje sytuacji, w której w rozprawie będą uczestniczyły osoby znajdujące się w stanie nietrzeźwości. Na podstawie dostarczonych materiałów sąd podejmie decyzję o prawidłowości lub uchybieniach związanych z zatrzymaniem lub umieszczeniem w izbie, jednostce Policji, zakładzie opieki zdrowotnej lub placówce utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego.

W art. 40a wprowadzono obowiązek poddania osoby doprowadzonej do izby lub właściwej placówki, badaniom lekarskim, co ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób doprowadzanych. Przepis określa także zakres informacji umieszczanej w dokumentacji medycznej przez lekarza lub felczera przeprowadzającego badanie oraz ustanawia obowiązek natychmiastowego wezwania pogotowia lub zespołu ratownictwa medycznego w przypadku wystąpienia u osoby doprowadzonej do izby wytrzeźwień, właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego lub jednostki Policji istotnych zakłóceń funkcji zdrowotnych organizmu.

W art. 42 znacznie rozbudowano przepisy dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób, które w związku ze znajdowaniem się w stanie nietrzeźwości swoim zachowaniem dają powód do zgorzenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób. Przed wszystkim objęto zakresem regulacji ustawowej także kwestię stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach utworzonych lub wskazanych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz jednostkach Policji. Dotychczas obowiązujące przepisy regulowały tę kwestię jedynie w odniesieniu do izb wytrzeźwień, co uznać należy za niewystarczające, zwłaszcza wzięwszy pod uwagę fakt, że sposób uregulowania kwestii stosowania przymusu bezpośredniego w przepisach regulujących wykonywanie czynności służbowych przez Policję wyraźnie nie koresponduje z wymogami, jakie w tym zakresie stwarza zapewnienie należytej opieki i bezpieczeństwa zdrowotnego osobom znajdującym się w stanie nietrzeźwości. Ponadto katalog dopuszczalnych form stosowania przymusu bezpośredniego został rozszerzony o dwie nowe formy w postaci: przymusowego podawania leku oraz izolacji. W nowelizacji dokonano też określenia osób uprawnionych do decydowania o stosowaniu przymusu bezpośredniego.

W chwili obecnej ustawa nie przewiduje możliwości pobierania opłat za pobyt w placówkach utworzonych lub wskazanych przez jednostki samorządu terytorialnego, co uznać należy za niedopatrzenie ze strony ustawodawcy. Propozycja zmiany art. 42 zmierza do umożliwienia placówkom pobierania opłat za pobyt osób przyjętych do placówki. A także określa maksymalną wysokość opłat pobieranych za pobyt w izbach wytrzeźwień, jednostkach policji oraz placówkach utworzonych lub wskazanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Propozycja zmiany w art. 43 przewiduje obligatoryjne zastosowanie środka karnego w postaci zakazu prowadzenia działalności gospodarczej na okres od lat 3 do 5.

Zmiana przepisu art. 43<sup>1</sup> poprzez wprowadzenie ust. 4 i 5, zgodnie z którym ściganie wykroczenia polegającego na spożywaniu alkoholu wbrew zakazom, o których mowa w art. 14 ustawy lub w miejscach nielegalnej sprzedaży popełnionego przez żołnierza następuje na wniosek dowódcy jednostki wojskowej, w której żołnierz ten pełni służbę oraz, że dowódca jednostki wojskowej może, zamiast wniosku o ściganie, o którym mowa w ust. 4, wszcząć wobec sprawcy czynu postępowanie dyscyplinarne albo wydać polecenie innemu uprawnionemu przełożonemu dyscyplinarnemu wszczęcia tego postępowania dyscyplinarnego motywowana jest zapewnienie możliwości niezwłocznej reakcji na naruszenie prawa. Taki cel spełnia, w stosunku do niektórych kategorii przestępstw wymienionych w części wojskowej Kodeksu karnego, możliwość fakultatywnego rozpatrzenia czynów o znamionach przestępstwa w trybie karnym (na wniosek dowódcy jednostki wojskowej) lub dyscyplinarnym (przeprowadzonym przez dowódcę jednostki wojskowej, na jego wniosek lub polecenie innego uprawnionego przełożonego dyscyplinarnego). Natomiast w odniesieniu do czynu będącego wykroczeniem, który ma związek z pełnioną służbą wojskową, zachowaniem porządku i bezpieczeństwa w służbie, nie ma możliwości objęcia żołnierza za tego rodzaju czyn odpowiedzialnością dyscyplinarną – bez wniosku uprawnionego organu.

Dodanie art. 43<sup>2</sup> motywowane jest potrzebą wprowadzenia sankcji karnej zachowania polegającego na prowadzeniu w ruchu wodnym pojazdu innego niż mechaniczny, w stanie po użyciu alkoholu, zaś dodanie art. 43<sup>3</sup> penalizuje zachowanie polegające na sprzedaży napojów alkoholowych w przypadku niedopełnienia obowiązku żądania okazania dokumentu potwierdzającego wiek nabywcy przez osobę sprzedającą lub podającą napoje alkoholowe oraz zachowanie polegające na zakupie napoju alkoholowego celem odsprzedania go osobie małoletniej.

Projektowana zmiana art. 47 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest wynikiem wieloletniej praktyki stosowania przepisów ww. ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie warunków i sposobu dokonywania badań na zawartość

alkoholu w organizmie (Dz. U. Nr 25, poz. 117), wydanego na podstawie ww. przepisu ustawowego.

Skuteczność metod przeprowadzania badań na zawartość alkoholu w organizmie i urządzeń wykorzystywanych w tym celu z upływem czasu uległa udoskonaleniu, co nie zostało dotąd odzwierciedlone w przepisach ustawy i rozporządzenia. Warto przy tej okazji zauważyć, że ww. rozporządzenie nie było nigdy nowelizowane. Zasadnym zatem wydaje się dokonanie aktualizacji przepisów w zakresie prowadzenia badań na zawartość alkoholu, co niewątpliwie przyczyni się do zwiększenia skuteczności ich stosowania i poprawy bezpieczeństwa.

Warto zauważyć, że obowiązujące przepisy ustawowe nie definiują w sposób jednolity metody prowadzenia badań na zawartość alkoholu w organizmie, ani też nie określają warunków technicznych dla urządzeń przeznaczonych do dokonywania takich badań. Funkcjonujące procedury badań określone są w aktach wewnętrznych i często nie harmonizują ze sobą, co wzmaga potrzebę noweli art. 47 ww. ustawy oraz rozporządzenia wydanego na jego podstawie.

Mając na uwadze powyższe w art. 47 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi proponuje się wprowadzenie zmian polegających na:

- 1) wyraźnym określeniu sytuacji, w których dokonuje się badania koniecznego do ustalenia zawartości alkoholu w organizmie oraz sposobu w jaki dokonuje się tego ustalenia tj. przeprowadzenia zabiegu pobrania i badania krwi lub badania z użyciem urządzeń elektronicznych dokonujących pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu (ust. 1);
- 2) wskazania kto jest uprawniony do przeprowadzenia takiego badania, jak również kto może wystąpić z żądaniem jego przeprowadzenia. Jednocześnie wskazano, że badanie takie może być przeprowadzone również na wniosek osoby podejrzanej o popełnienie przestępstwa lub wykroczenia pod wpływem alkoholu (ust. 2 i 3);
- 3) określeniu wyjątków, w których można nie przeprowadzić badania pobrania krwi (ust. 4), jak również wskazaniu, iż w stosunku do osoby, która nie chce się poddać zabiegowi pobrania krwi, mającego na celu ustalenie zawartości alkoholu w organizmie, można zastosować przymus bezpośredni, na zasadach określonych w nowelizowanej ustawie, w postaci przytrzymywania lub unieruchomienia (ust. 5). Należy w tym miejscu podkreślić, że podmioty stosujące przymus bezpośredni w postaci przytrzymywania lub unieruchomienia, mają obowiązek stosować go w sposób określony w nowelizowanej ustawie o wychowaniu w trzeźwości i

przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Uprawnienie to stanowi *lex specialis* w stosunku do prawa stosowania środków przymusu bezpośredniego wynikającego z przepisów innych ustaw, w tym regulujących zasady działania funkcjonariuszy właściwych organów prowadzących postępowanie karne lub czynności wyjaśniające w sprawie o wykroczenie popełnione po spożyciu alkoholu. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje przymus ten stosuje podmiot, na żądanie którego dokonywany jest zabieg pobrania krwi (ust. 6);

4) określeniu wymogu wzorcowania urządzeń elektronicznych dokonujących pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu (ust. 7). Zgodnie z dotychczasową praktyką urządzenia elektroniczne dokonujące pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu są wzorcowane na zasadach określonych przez właściciela wzorcowanego urządzenia. Wytyczne dotyczące sposobu wzorcowania mają charakter wewnętrzny i niejednolity. Nie wskazuje się również terminu, w jakim należy dokonywać wzorcowania, co może wpływać na jakość przeprowadzanych badań. Określenie w ust. 7 wymogu wzorcowania we wskazanym przedziale czasowym urządzeń elektronicznych dokonujących pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu, ma na celu zapewnienie wiarygodności badań przeprowadzanych za ich pomocą. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 maja 2001 r. – Prawo o miarach (Dz. U. z 2004 r. Nr 243, poz. 2441, z późn. zm.) wzorcowanie odbywa się zgodnie z wytycznymi określonymi przez zleceniodawcę i nie jest obligatoryjne. Wskazanie obowiązku dokonywania wzorcowania w okresie nie rzadziej niż raz na pół roku będzie stanowić gwarancję spełniania wymogów określonych dla urządzeń elektronicznych dokonujących pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu;

5) prerogatywaniu upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia w sprawie warunków i sposobu przeprowadzania badań na zawartość alkoholu w organizmie, jak również sposobu dokumentowania ich przebiegu. Upoważnienie zostało także uzupełnione o wytyczne do jego wydania. Odmienne do obowiązującego stanu prawnego rozporządzenie to będzie wydawał minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz ministrem właściwym do spraw pracy. Wskazanie ministra właściwego do spraw pracy wynika z faktu, iż rozporządzenie to będzie określało także warunki i sposób przeprowadzania badań w zakładzie pracy (art. 17 ust. 3 nowelizowanej ustawy).

W obecnym stanie prawnym zgodnie z art. 72. § 1 pkt 6 Kodeksu karnego, zawieszając wykonanie kary, sąd może zobowiązać skazanego do poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu lub rehabilitacyjnemu, albo oddziaływaniom terapeutycznym lub uczestnictwu w programach korekcyjno-edukacyjnych. Stosownie do art. 74. § 1 Kodeksu karnego czas i sposób wykonania nałożonych obowiązków wymienionych w art. 72 Kodeksu karnego sąd określa po wysłuchaniu skazanego, z tym że nałożenie obowiązku wymienionego w art. 72 § 1 pkt 6 Kodeksu karnego wymaga nadto zgody skazanego.

W literaturze przedmiotu na uzasadnienie tego ostatniego rozwiązania podaje się argument, że leczenie odwykowe wymaga współdziałania osoby poddawanej leczeniu i bez jej zgody oraz chęci podporządkowania się poleceniom lekarzy czy terapeutów nie jest możliwe uzyskanie pozytywnego rezultatu (tak m.in. M. Mozgawa (red.), M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, Kodeks karny. Komentarz praktyczny, Oficyna, 2007, II wyd.). Podkreśla się, że konstrukcja taka ma na celu włączenie już na samym wstępie skazanego w proces jego resocjalizacji. Chodzi o to, aby skazany wewnątrznie w każdym razie nie odrzucał nałożonych zobowiązań, żeby w miarę możliwości je akceptował. Jest to pierwszy krok w kierunku zapobieżenia popełnieniu przez niego ponownie przestępstwa (por. G. Bogdan, Z. Cwiągalski, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Szewczyk, W. Wróbel, A. Zoll, Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Tom I. Komentarz do art. 1-116 k.k., Zakamycze, 2004, wyd. II).

Podzielając generalnie powyższe uwagi trzeba stwierdzić, że środki związane z poddaniem sprawcy próbie stanowią alternatywę dla kary pozbawienia wolności. Ich funkcją jest m.in. skuteczne zabezpieczenie społeczeństwa przed nowymi przejawami łamania porządku prawnego przez skazanego. Jeżeli czyny skazanego zagrażające społeczeństwu mają związek z alkoholem, a sąd stwarza skazanemu szansę na dalsze życie na wolności, uzasadnione jest oczekiwanie, że w zamian za ową szansę skazany podejmie oczekiwane działania w kierunku przynajmniej ograniczenia spożywania alkoholu. Nie ma więc sprzeczności między generalną tendencją do opierania się przy walce z alkoholizmem na zasadzie dobrowolności leczenia a projektowaną zmianą art. 72 § 1 pkt 6 KK. W zamian za szansę na resocjalizacji w warunkach wolnościowych można i należy oczekiwać od skazanego współpracy przy korekcie jego zachowań, przedstawiając jasną alternatywę: leczenie od uzależnienia od alkoholu wtedy, gdy taką potrzebę stwierdzi sąd na podstawie

badan bieglych (niezaleznie od woli skazanego) albo wykonanie warunkowo zawieszonej kary pozbawienia wolnosci.

Jeśli miec przy tym rowniez na uwadze uzasadnione zarzuty kolizji wymagania, aby sad uzyskal opinie skazanego przed wydaniem wyroku skazujacego, z zasada domniemania niewinnosci (por. A. Marek, Kodeks karny. Komentarz, LEX, 2007, wyd. IV) wydaje sie, ze rezygnacja z wymagania od skazanego zgody jest uzasadniona.

Proponowane rozwiazanie pozwoli na czestsze korzystanie z instytucji uregulowanej w art. 72 § 1 pkt 6 Kodeksu karnego. Do tej pory bowiem wymog uzyskania zgody skazanego powoduje, ze sady korzystaja z tego srodka stosunkowo rzadko (w 2007 roku na 75.586 orzeczen o nalozeniu obowiazku w zwiazku z kara orzeczona z warunkowym zawieszeniem srodek, o ktorym mowa, zastosowano w zaledwie 3225 przypadkach). Przytoczona liczba skazan pozostaje w razacej dysproporcji z iloscia orzeczen zapadajacych na podstawie ustawy o wychowaniu w trzezwosci i przeciwdzialaniu alkoholizmowi (56.975 przypadkow). Uprawniona jest teza, ze rzadkie korzystanie z instytucji, o jakiej mowa w art. 72 § 1 pkt 6 Kodeksu karnego jest spowodowane bariera uzyskania uprzedniej zgody skazanego. Zmiana tej zasady w kierunku zaproponowanym w projekcie pozwoli dodatkowo motywowac skazanego w sposob znany w zachodnich standardach prawnych, dajac mu realna alternatywe skorzystania z dobrodziejstwa warunkowego zawieszenia kary pod warunkiem podjecia terapii. Mozliwosc zarzadzenia wykonania warunkowo zawieszonej kary pozbawienia wolnosci bedzie dla skazanego dodatkowa motywacja do podjecia leczenia.

Podkrelenia wymaga, ze proponowane zmiany zapewnia szerokie mozliwosci oddziaływania na osoby uzaleznione od alkoholu tak, aby zarowno one same, jak i spoleczenstwo (np. pokrzywdzeni przemocą w rodzinie) skorzystalo na nowych rozwiazaniach.

W zakresie ochrony praw i interesow osob uzaleznionych od alkoholu uznano za celowe stworzenie mechanizmu prawnego umozliwiajacego interwencje w odniesieniu do osob, ktore na skutek uzaleznienia znalazly sie w stanie bezposredniego zagrozenia zycia. O tym, w jakim stopniu naduzywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych moze przyczynic sie do bezposredniego zagrozenia zycia osob uzaleznionych, swiadczy dane zawarte w Policynym Systemie Statystyki Przestepczosci „Temida”. Na 1761 przypadkow zamachow samobojczych

dokonanych w 2007 r. w których dokonano ustalenia stanu trzeźwości, jedynie 644 osoby były trzeźwe w chwili dokonania zamachu a aż 1093 było leczonych z powodu alkoholizmu, nadużywania alkoholu lub narkomanii (43 osoby).

Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, ze zm.) przewiduje, iż osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez swojej zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Nie ulega jednak wątpliwości, iż w rozumieniu ustawy zwrot „osoba chora psychicznie” zawęży stosowanie przedmiotowego środka do przypadków, gdy u danej osoby występują zaburzenia psychotyczne które mogą:

1) znacznie upośledzić procesy postrzegania rzeczywistości, emocjonalne, myślenia oraz zdolność do dokonywania racjonalnych wyborów, albo

2) rażąco zaburzać zachowanie.

Oznacza to, iż przepis ten może nie obejmować swoim zakresem osób uzależnionych od alkoholu - o ile nie wystąpią u nich zaburzenia psychotyczne.

Wobec powyższego zaproponowano nadanie nowego brzmienia art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która umożliwi przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby nie wykazującej zaburzeń psychotycznych, która na skutek uzależnienia od substancji psychoaktywnych znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, bez jej zgody. Z uwagi na fakt, iż zasadnicza większość omawianych przypadków będzie miała charakter stanów nagłych, zdecydowano o nie rozszerzaniu przesłanek stosowania trybu, o którym mowa w art. 29 w/w ustawy w przedmiotowym zakresie.

Osoby uzależnione od alkoholu, których choroba doprowadziła do stanu zagrażającego ich życiu otrzymywałyby nadal pomoc medyczną na ogólnych zasadach. Leczenie zatrucia alkoholowego nosi bowiem znamiona czynności zmierzających do ratowania życia pacjenta, wobec tego czynności te byłyby podejmowane – jak dotychczas – na podstawie art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2005, Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) – nawet bez zgody pacjenta.

Ustawa wchodzi w życie w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia za wyjątkiem art. 1 pkt 12 lit. a i pkt 21 ustawy, które wchodzi w życie z zachowaniem sześciomiesięcznego

terminu *vacatio legis*, co uzasadnione jest koniecznością zapewnienia możliwości wywiązania się przez strony umów dotyczących usług reklamowych z podjętych zobowiązań oraz potrzebą zapewnienia podmiotom uczestniczącym w programach szkoleniowych przystosowania się do nowych regulacji.

Zawarte w projekcie regulacje nie stanowią przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597) dlatego też projekt ustawy nie podlega procedurze notyfikacji.

Projektowana ustawa została zamieszczona na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337). W tym trybie nie zgłoszono zainteresowania uczestnictwem w pracach nad ustawą.

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Podmioty, na które oddziałują projektowana regulacja

Projektowana nowelizacja ustawy obejmuje swoim zakresem gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień oraz osoby ubiegające się o uzyskanie certyfikatów w tym zakresie, przedsiębiorców, sprzedawców alkoholu, osoby zatrzymywane w izbach wytrzeźwień i innych placówkach, sądownictwo powszechne, osoby zobowiązane do poddania się leczeniu odwykowemu i ich najbliższych, media, a także osoby kupujące alkohol.

### 2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji

Procedowany w poprzedniej kadencji Sejmu RP projektu ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zawierający w zasadniczej części uregulowania zbieżne z przedstawionym projektem był konsultowany z sejmikami wojewódzkimi, Związkiem Gmin, Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Krajowym Konsultantem w dziedzinie Psychiatrii, Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym, Polskim Towarzystwem Psychologicznym, wojewodami, marszałkami, izbami wytrzeźwień, Stowarzyszeniem Dyrektorów i Księgowych Izb Wytrzeźwień, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Helsińską Fundacją Praw Człowieka.

Zdecydowana większość zgłoszonych uwag została uwzględniona. Po przyjęciu przez Radę Ministrów została ona przesłana do Sejmu V kadencji (druk 1625). W związku z uzupełnieniem projektu o nowe zapisy projekt został skonsultowany ponownie z Komisją Wspólną Rządu i Samorządu oraz poddany konsultacjom międzyresortowym. Znaczna część uwag zgłoszonych w ramach konsultacji została uwzględniona w pozostałym zakresie podmioty zgłaszające uwagi odstąpiły od nich.

Ponadto, projektowana ustawa została zamieszczona na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337). W tym trybie nie zgłoszono zainteresowania uczestnictwem w pracach nad ustawą.

### 3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Regulacje zaproponowane w projekcie nowelizacji ustawy nie spowodują znacznych skutków finansowych dla budżetu państwa. Wzrost wydatków z budżetów jednostek samorządu terytorialnego może spowodować ujednoczenie przepisów dotyczących obowiązkowych szkoleń członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Podstawowymi czynnikami generującym koszt szkolenia są jego zakres i wymiar czasowy. Nie jest zatem możliwe określenie wysokości ponoszonych z tego tytułu wydatków. Jednocześnie należy zauważyć, że obowiązek szkolenia członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, wynikał już z przepisów dotychczasowych, tym samym nie można uznać, że na jednostki został nałożony obowiązek finansowania nowego zadania.

Podobnie przedstawia się wpływ proponowanych zmian na wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego na cele związane z bieżącym funkcjonowaniem w tym wynagrodzeniami członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, które zgodnie z dotychczasowymi przepisami w odniesieniu do wynagrodzeń członków, zaś powszechnie przyjętą w samorządach praktyką w odniesieniu do bieżącego funkcjonowania wspomnianej komisji, pochodziły ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Można zatem uznać, że w odniesieniu do poprzednich uregulowań, proponowane zmiany wprowadzają jedynie formalny obowiązek finansowania ze wspomnianych wyżej środków bieżącego funkcjonowania komisji. Przyjmuje się, że wydatki bieżące komisji stanowią około 5% kosztów funkcjonowania komisji. Biorąc pod uwagę 2500 gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, liczących

średnio 5 członków, można uznać, iż w skali kraju daje to roczną kwotę 1 500 000 zł.

Ograniczenie godzin emisji reklam napojów alkoholowych może spowodować spadek rzędu 5 mln złotych rocznie wpłat dokonywanych przez podmioty świadczące usługę będącą reklamą napojów alkoholowych na podstawie art. 13<sup>2</sup> ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na wyodrębniony rachunek utworzony przez ministra właściwego do spraw kultury fizycznej i sportu, przeznaczonych na dofinansowanie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że projektowana regulacja ma w swoim założeniu doprowadzić do spadku spożycia alkoholu, zwłaszcza wśród osób małoletnich, co z kolei powinno doprowadzić do znacznego spadku wydatków ponoszonych w związku z nadużywaniem alkoholu. Zauważa się, że, czas reklamowy w mediach jest stosunkowo ograniczony przy jednocześnie znacznej liczbie reklamodawców, a więc ograniczenie godzin emisji napojów alkoholowych nie powinno skutkować stratami finansowymi dla mediów publicznych, zwłaszcza że wyznaczenie stosunkowo długiego półrocznego okresu *vacatio legis* powinno zabezpieczyć tych ostatnich przed ponoszeniem odpowiedzialności kontraktowej.

W ciągu ostatnich trzech lat odnotowano znaczny wzrost nakładów finansowych, których źródłem są budżety jednostek samorządowych na inwestycje w infrastrukturę sportową. W 2004 roku była to kwota 556 mln. zł (40 proc. wszystkich środków na kulturę fizyczną i sport), w 2005 roku - wzrosła do 777 mln. (45 proc.), w 2006 roku wzrosła do kwoty 1 202 mln zł. Stale rosną też wydatki samorządów lokalnych na pozalekcyjne zajęcia sportowe prowadzone w ramach działań profilaktycznych finansowane z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. W 2006 r. było to 36, 430 mln zł podczas gdy w 2005 roku były to wydatki w wysokości 32,3 mln zł. zaś w 2004r. było to zaledwie 25 mln. zł. PARPA rekomenduje gminom wydawanie tych środków na pozalekcyjne zajęcia sportowe a województwom szkolenia kadr KF do prowadzenia powyższych zajęć. Oznacza to, że nawet jeżeli szacowane przez Ministra Sportu i Turystyki dane nie są zawyżone w/w spadek dochodów z Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla Uczniów nie przełoży się w sposób

znaczący na finansowanie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla osób niepełnoletnich.

Koszty związane z akredytacją podmiotów szkolących w ramach programu szkoleniowego, ponoszone będą z budżetu państwa ze środków będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Nie spowoduje to zwiększenia wydatków budżetowych, gdyż w chwili obecnej akredytacja podmiotów szkolących i placówek stażowych oraz przeprowadzanie egzaminu certyfikacyjnego jest prowadzone w oparciu o przepisy programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach leczenia odwykowego wydanego na podstawie § 18 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. Nr 3, poz. 44, z późn. zm.) i finansowane ze środków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

W odniesieniu do kosztów programu szkoleniowego Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych tradycyjnie finansuje koszty staży klinicznych i superwizji klinicznych dla celów szkoleniowych, a także dofinansowuje koszty dydaktyczne związane z przeprowadzaniem szkoleń w ramach programu szkoleniowego. Pozostałe wydatki w tym zakresie ponoszone są w części przez jednostki samorządu terytorialnego, a w części przez samych uczestników szkoleń. Po wejściu w życie przepisów ustawy praktyka ta będzie kontynuowana.

Zmiana polegająca na odstąpieniu od stosowania procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu skutkować będzie istotnymi oszczędnościami zarówno dla budżetu państwa jak i dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Uwzględniając ilość wniosków o leczenie przymusowe i fakt, że w każdej sprawie obligatoryjna jest opinia biegłych, łączne koszty opiniowania w omawianym rodzaju spraw szacuje się na 18 milionów złotych rocznie (dla porównania w 2004 r. – 7,5 miliona złotych, w 2005 – 12,5 miliona złotych, w 2006 r. – 15 milionów złotych, zatem w latach tych wzrost wydatków wyniósł aż 140%).

Z przeprowadzonej analizy wynika też, że około 70 etatów sędziów rejonowych i jeden etat sędziego okręgowego przeznaczonych jest w skali kraju na sprawy związane z orzekaniem i wykonywaniem orzeczeń w sprawach o leczenie przymusowe, co oznacza 5 milionów złotych rocznie przeznaczanych na finansowanie etatów sędziowskich wyłącznie na potrzeby ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Do tego należy dodać wynagrodzenia kuratorów (pensje kuratorów zawodowych i ryczałty dla kuratorów społecznych) i kadry urzędniczej. Ostrożne szacunki pozwalają założyć, że w skali roku łączne wynagrodzenie w sądach dla osób zajmujących się leczeniem przymusowym alkoholików oscyluje koło kwoty 12 milionów złotych. Do tego należy dodać zwykłe koszty związane z obsługą biurową spraw (zakładanie i utrzymywanie akt, korespondencja), jak również wydatki ponoszone przez policję (szacowane przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji na kwotę 90 mln zł rocznie).

Pewne niewielkie koszty dla budżetu państwa wiązać się będą z funkcjonowaniem Rady do Spraw Akredytacji a zwłaszcza z otrzymywaniem wynagrodzeń przez członków Rady za udział w jej pracach z uwagi na fakt, że wysokość wynagrodzeń członków wyżej wymienionej Rady określić ma minister właściwy do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia, dokładne oszacowanie wysokości tych kosztów będzie miało miejsce przy opracowaniu przedmiotowego rozporządzenia.

Wysokość wynagrodzenia członka komisji egzaminacyjnej jest przewidywana na kwotę 100 zł za godzinę pracy w komisji. Średnio w ciągu roku do egzaminu przystępuje 200 osób. Biorąc pod uwagę czas niezbędny do przeprowadzenia postępowania egzaminacyjnego, na które składa się między innymi przeprowadzenie egzaminu pisemnego, sprawdzanie opisów przypadków, przeprowadzenie egzaminu ustnego, dokumentowanie postępowania egzaminacyjnego i posiedzenia komisji egzaminacyjnej, tj. około 6 godzin na jednego egzaminowanego, należy stwierdzić, że łączny koszt postępowania egzaminacyjnego w skali roku wyniesie szacunkowo 120 000 zł. Koszty te zostaną sfinansowane ze środków zaplanowanych w budżecie państwa, w części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Przewiduje się obniżenie kosztów funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości. Zmniejszą się zasadniczo wydatki sądownictwa związane z obsługą postępowań w sprawach o zastosowanie obowiązku leczenia odwykowego i postępowań wykonawczych.

Wprowadzenie do przepisów ustawy obowiązku badania lekarskiego osób przyjmowanych do izb wytrzeźwień nie spowoduje wzrostu wydatków budżetów jednostek samorządu terytorialnego, gdyż koszty tych badań są pokrywane z opłat za pobyt w izbie uiszczanych przez osoby do nich doprowadzone.

Wprowadzenie w art. 4 ust. 1 katalogu zadań własnych samorządu województwa nie spowoduje dodatkowych wydatków dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego gdyż przepis ten nie nakłada na samorząd województwa nowych zadań lecz jedynie doprecyzowuje dotychczas obowiązujący ogólnikowy zapis.

Pewne koszty dla budżetu państwa wiązać się będą z poddawaniem procedurom kontrolnym urządzeń używanych do przeprowadzania badania ustalenia zawartości alkoholu w organizmie z uwagi na fakt, że szczegółowe uregulowanie tej kwestii wprowadzić ma rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia, dokładne oszacowanie wysokości tych kosztów będzie miało miejsce przy opracowaniu przedmiotowego rozporządzenia.

Odnosząc się do kwestii kosztów związanych ze zmianami ustawy w zakresie badań na zawartość alkoholu w organizmie, a zwłaszcza w zakresie źródła pokrycia kosztów prowadzonych badań na zawartość alkoholu, należy wyjaśnić, że stanowią one będą integralną część kosztów prowadzonego postępowania w sprawie o wykroczenie lub przestępstwo i do nich zostaną zaliczone.

Natomiast odnosząc się do kosztów wzorcowania urządzeń elektronicznych dokonujących pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu należy wyjaśnić, że analogicznie do dotychczasowego stanu prawnego będą one ponoszone przez organ zlecający wzorcowanie. Z tych względów projektowana regulacja nie spowoduje konieczności zabezpieczenia dodatkowych środków finansowych na jej realizację i nie spowoduje skutków finansowych ani dla budżetu państwa ani jednostek samorządu terytorialnego.

Wprowadzona w art. 2 zmiana art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która umożliwi przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby nie wykazującej zaburzeń psychotycznych, która na skutek uzależnienia od substancji psychoaktywnych znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, bez jej zgody może skutkować pewnymi niewielkimi obciążeniami ponoszonymi ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Podstawowym świadczeniem zdrowotnym jakiemu poddawana byłaby osoba przyjęta we wskazanym w projekcie trybie byłoby z pewnością leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Jeśli przyjąć, iż przeciętny koszt takiego świadczenia wynosi ok. 120 zł za osobodzień zaś przeciętne leczenie trwa ok. 10 dni otrzymujemy koszt 1200 zł na jednego pacjenta. Jest niezmiernie trudno oszacować liczbę osób, których przepis ten miałby dotyczyć. Jak wynika z danych Policyjnego Systemu Statystyki Temida w 2007 r. na 4658 osób, które targnęły na swoje życie ponad 1000 znajdowało się pod wpływem alkoholu zaś ponad 230 było uprzednio leczonych odwykowo. Szacując zatem, iż ok. 500 osób z w/w spełniałoby przesłanki wynikające ze zmienianego art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego średni roczny koszt wycenić należałoby na ok. 600000 tys. zł.

#### 4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie nowelizacji ustawy nie będą miały wpływu na rynek pracy.

#### 5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Regulacje zaproponowane w projekcie ustawy nie będą miały istotnego wpływu na gospodarkę i przedsiębiorczość. Pewne znaczenie dla funkcjonowania producentów i dystrybutorów napojów alkoholowych będzie miała zmiana godzin emisji reklam piwa w środkach masowego przekazu, która w intencji ustawodawcy ma przełożyć się na ograniczenie spożycia alkoholu. Z uwagi na wielość czynników, które przekładają się na spożycie alkoholu dokonanie nawet szacunkowych prognoz co do wysokości spadku sprzedaży napojów alkoholowych nie jest możliwe. Niemniej jednak wieloletnie badania w 17 krajach

na przestrzeni 13 lat pokazały, że kraje, w których obowiązuje częściowy zakaz reklamy mają o 16% niższą konsumpcję alkoholu niż inne (Jernigan 2002), zaś kraje w których panuje całkowity zakaz reklamy mają o 11% niższą konsumpcję alkoholu niż te, w których obowiązuje częściowy zakaz reklamy (Saffer 1991, 1994, Safer and Dave 2004).

#### 6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie nowelizacji ustawy nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny

#### 7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Zmiana godzin emisji reklam napojów alkoholowych w sposób pośredni przyczyni się do zmniejszenia ilości spożywanego alkoholu, co ma bezpośredni wpływ na poprawę stanu zdrowia części społeczeństwa.

#### 8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.