

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw wprowadza przede wszystkim zmiany w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917), zwanej dalej „ustawą”. Projektowane zmiany mają na celu m.in. wprowadzenie zmian w terminologii wykorzystanej w przepisach ustawy, która jest archaiczna i może przyczyniać się do stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz w przepisach dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Zmiany mają na celu również m.in. wykluczenie ewentualnych wątpliwości interpretacyjnych, doprecyzowanie kwestii dotyczących stron postępowania sądowego w sprawach o przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego jak również jej wypisania, miejsca przeprowadzania rozprawy oraz inne drobne doprecyzowania przepisów ustawy a także uwzględnienie niektórych wniosków Najwyższej Izby Kontroli (NIK) wynikających z kontroli „Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą”¹⁾. Dodatkowo zaproponowano rozwiązania dotyczące stosowania środków przymusu bezpośredniego, mające na celu zapewnienie skuteczności działań Policji, jak również zapewnienie bezpieczeństwa wszystkim osobom uczestniczącym w interwencji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub będących pod wpływem substancji psychoaktywnych.

W zmianie zawartej w art. 1 pkt 1 projektu ustawy proponuje się nadać nowe brzmienie art. 2 ust. 7 ustawy, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia sporządza, co 3 lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zawierającą ocenę realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za 3 ostatnie lata. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją. Zmiana brzmienia przepisu będzie skutkować wydłużeniem okresu sprawozdawczego z 2 do 3 lat.

Zmiana zawarta w art. 1 pkt 2 lit. a projektu ustawy odnosi się do art. 3 pkt 1 ustawy, w którym w ust. 1 proponuje się nadać nowe brzmienie lit. a–c. Ma to na celu zastąpienie objaśnień pojęć wskazanych w tych przepisach, i tak pojęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi będzie się odnosić do osoby:

- 1) z zaburzeniami psychotycznymi (zmiana z osoby chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne));
- 2) z niepełnosprawnością intelektualną (zmiana z osoby upośledzonej umysłowo);
- 3) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które są zaliczane do zaburzeń psychicznych i wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia tej osoby w środowisku społecznym (zmiana z osoby wykazującej inne zakłócenia czynności

¹⁾ https://www.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/pobierz.lpo~p_23_077_202308171346331692272793~01.typ.kk.pdf.

psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej są zaliczane do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym).

W konsekwencji powyższego zaproponowano odpowiednie zmiany dostosowujące w art. 7 ust. 1 i 3, art. 8 ust. 1, art. 16-17, art. 22 ust. 2, art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, we wprowadzeniu do wyliczenia w art. 29 ust. 1, art. 31, art. 38 ust.1, art. 43 ust. 1, art. 44 ust. 3, art. 46 ust. 1 i 2, art. 49 pkt 2 ustawy.

Zmiana zawarta w art. 1 pkt 2 lit. b projektu ustawy dotyczy art. 3 pkt 1 ustawy, w którym objaśniono pojęcie szpitala psychiatrycznego. Proponowana zmiana wynika z pojawiających się istotnych systemowych wątpliwości interpretacyjnych odnoszących się do formalno-prawnego usytuowania szpitala psychiatrycznego w systemie ochrony zdrowia oraz rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez ten podmiot. Z uwagi na dotychczasową definicję szpitala psychiatrycznego zawartą w ustawie, która budzi wątpliwości co do faktu udzielania przez te podmioty świadczeń stacjonarnych psychiatrycznych tożsamyh ze świadczeniami stacjonarnymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620 i 637), niezbędne jest wskazanie wprost na równorzędność szpitali psychiatrycznych z podmiotami wykonującymi świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne.

W art. 1 pkt 5 projektu ustawy zaproponowano zmianę brzmienia zdania drugiego w art. 11 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym skierowanie do szpitala psychiatrycznego będzie wystawiane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581). W związku z powyższym zaproponowano dokonanie zmiany upoważnienia zawartego w art. 49 ustawy polegającej na zrezygnowaniu z określania wzoru skierowania do szpitala psychiatrycznego. Zamiast przedmiotowego wzoru w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ustawy, zostanie uregulowany wzór skierowania do szpitala psychiatrycznego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Proponowana zmiana jest podyktowana dostosowaniem przedmiotowych regulacji do specyfiki skierowań wystawianych w postaci elektronicznej. Skierowania do szpitala psychiatrycznego będą mogły być wystawiane według wzoru określonego na podstawie przepisów wydanych na podstawie dotychczasowego art. 49 ustawy nie dłużej niż przez okres 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

W art. 1 pkt 6 projektu ustawy przewiduje się nadanie nowego brzmienia art. 14 ustawy, zgodnie z którym osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę osoby kierującej oddziałem na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Dotychczasowe brzmienie przepisu wskazuje, że jest uzyskiwana zgoda ordynatora (lekarza kierującego oddziałem).

Zgodnie z art. 1 pkt 8 projektu ustawy proponuje się zmianę w art. 18 ust. 3 ustawy, z którego proponuje się wykreślić zobowiązanie dla kierownika jednostki do niezwłocznego informowania upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza. Zobowiązanie to zaproponowano przenieść do nowododawanego przepisu ust. 5a, zgodnie z którym o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

- 1) lekarz, o którym mowa w ust. 2, informuje niezwłocznie kierownika podmiotu;
- 2) kierownik jednostki, o którym mowa w ust. 3, niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii;
- 3) dyspozytor medyczny, o którym mowa w ust. 5, informuje niezwłocznie upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

Mając na uwadze liczne wątpliwości interpretacyjne zgłaszane w związku ze zbiegiem przepisów art. 18 ust. 6 pkt 3 ustawy z art. 18 ust. 7 ustawy, dotyczących sytuacji uregulowanej w ust. 5 tj. zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, zaproponowano uchylenie pkt 3 w art. 18 ust. 6 ustawy i uregulowanie całości tego zagadnienia w nowym brzmieniu art. 18 ust. 7 ustawy.

Zaproponowano także nadanie nowego brzmienia art. 18 ust. 10 ustawy w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych związanych z rozpoczęciem biegu 3-dniowego terminu na dokonanie oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem ocena nastąpi w terminie 3 dni od rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego, a ocena prawidłowości w terminie 3 dni od zakończenia jego stosowania.

Zaproponowane nowe przepisy zredagowane w art. 18a ust. 2a oraz art. 18g–18i ustawy stanowią wykonanie wniosków z kontroli NIK w zakresie, w jakim stwierdzają one, że przepisy ustawy odnoszą się do kwestii przeszukania pacjentów oddziałów psychiatrycznych i tym samym, nie dają uprawnienia kierownikom (dyrektorom) szpitali psychiatrycznych do tworzenia w tym zakresie regulacji wewnętrznych, a także nie dają uprawnień osobom zatrudnionym w szpitalu do podejmowania takich czynności. Jak wskazuje NIK w skontrolowanych szpitalach dokonywano przeszukania rzeczy osobistych należących do pacjentów. W jednym szpitalu przeszukaniu podlegały nie tylko rzeczy pacjenta, ale także sami pacjenci. Byli oni przeszukiwani przy użyciu wykrywacza metalu, a następnie w łazience, po rozebraniu się byli przeszukiwani przez dwóch pracowników tej samej płci co pacjent. Usuwane były też kolczyki z uszu, nosa, języka oraz innych części ciała. W placówkach jest konieczne zapewnienie bezpieczeństwa, ale nie może to naruszać godności pacjentów i nie może ich poniżać. Stosowanie takich metod nie jest dopuszczalne, zwłaszcza, gdy nie mają umocowania prawnego oraz uzasadnienia, co wynika z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Wewnętrzne przepisy, dotyczące przeprowadzania kontroli osobistych w oddziale, muszą mieć

podstawy prawne. W przeciwnym razie stanowią naruszenie konstytucyjnych praw i wolności człowieka, a także art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzonej w Rzymie z dnia 4 listopada 1950 r. Powyższe uzasadnia wniosek NIK o zainicjowanie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie tych zagadnień w przepisach prawa.

Propozycja normatywna w zakresie przeszukania dotyczy osób z zaburzeniami psychicznymi umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym. Dotychczas w nowelizowanej ustawie nie było regulacji w tym zakresie. Jej istotą jest zagwarantowanie w drodze ustawy ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowane przeszukanie. Tego rodzaju przepisy mogą znajdować się wyłącznie w ustawie (art. 31 ust. 3 Konstytucji).

Tak jak wspomina o tym przywołany wyżej raport NIK zasadniczą przesłanką uzasadniającą potrzebę przeszukania są względy zapewnienia bezpieczeństwa.

Propozycja zakłada wprowadzenie dwóch form przeszukania – kontrola osobista oraz kontrola pobieżna. Specyfika pracy szpitali psychiatrycznych uzasadnia tego rodzaju podejście normatywne.

W odniesieniu do kontroli osobistej, będzie jej podlegać osoba z zaburzeniami psychicznymi umieszczona w szpitalu psychiatrycznym. Może to nastąpić w przypadku uzasadnionym względami zapewnienia bezpieczeństwa, uwzględniając zasadę proporcjonalności co do zaistniałych okoliczności.

Natomiast w przypadkach uzasadnionych potrzebą zapewnienia prawidłowego leczenia lub znalezienia przedmiotów, których osoba z zaburzeniami psychicznymi umieszczona w szpitalu psychiatrycznym nie może posiadać, osoba ta może podlegać kontroli pobieżnej.

Kontrola osobista polega na sprawdzeniu:

- 1) osoby kontrolowanej, jej odzieży, obuwia oraz przedmiotów, które znajdują się na jej ciele, bez odsłaniania przykrytej odzieżą powierzchni ciała oraz
- 2) osoby kontrolowanej, jej odzieży, obuwia oraz przedmiotów, które znajdują się na jej ciele, z odsłonięciem przykrytych odzieżą powierzchni ciała w zakresie niezbędnym do odebrania przedmiotu niedozwolonego lub substancji psychoaktywnej, oraz
- 3) jamy ustnej, nosa, uszu i włosów, oraz
- 4) miejsc trudno dostępnych osoby kontrolowanej lub miejsc intymnych osoby kontrolowanej – w szczególnie uzasadnionych przypadkach.

Kontrola pobieżna polega na powierzchownym sprawdzeniu odzieży, obuwia oraz przedmiotów znajdujących się na ciele osoby kontrolowanej lub przez nią posiadanych. Kontrolę pobieżną przeprowadza się wzrokowo i manualnie lub za pomocą środków technicznych przeznaczonych do wykrywania przedmiotów niedozwolonych lub substancji psychoaktywnych lub sprawdzenia biochemicznego. Wzrokowego i manualnego sprawdzenia dokonuje osoba tej samej płci co osoba kontrolowana.

Jak wspomniano wyżej, przebieg kontroli osobistej dokumentuje się w protokole z kontroli osobistej. Protokół ten znajdzie swoje zastosowanie także w przypadku określonym w art. 18a ust. 2 ustawy, zgodnie z którym następuje odebranie przedmiotów, w wyniku zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji.

Informacje składające się na treść protokołu z kontroli osobistej określają przepisy ustawy. Należą do nich:

- 1) oznaczenie czynności, podstawy prawnej jej podjęcia oraz miejsca jej przeprowadzenia;
- 2) oznaczenie danych osoby kontrolowanej, obejmujących imię i nazwisko oraz numer PESEL lub datę urodzenia;
- 3) datę i godzinę rozpoczęcia czynności oraz jej zakończenia;
- 4) dane osoby przeprowadzającej kontrolę, obejmujące jej imię i nazwisko oraz wykonywaną funkcję;
- 5) opis przebiegu kontroli, z uwzględnieniem uzasadnienia sprawdzenia miejsc intymnych, jeżeli takiego sprawdzenia dokonano;
- 6) spis znalezionych i odebranych przedmiotów oraz w miarę potrzeby ich opis;
- 7) oświadczenia i wnioski osoby kontrolowanej, o ile jest w stanie takie sporządzić albo wyrazić ustnie;
- 8) podpis osoby kontrolowanej, a w przypadku odmowy podpisania protokołu z kontroli osobistej, albo w przypadku braku możliwości złożenia podpisu – odpowiednio adnotację o tym fakcie albo wyrażonej ustnie akceptacji;
- 9) w miarę potrzeby opis innych okoliczności dotyczących przebiegu kontroli.

Nowe brzmienie art. 18a ust. 9 i 10 ustawy, zaproponowane w art. 1 pkt 9 projektu ustawy stanowią, że po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza oraz uzyskaniu opinii innego lekarza (dotychczasowe przepisy zakładają badanie przez lekarza psychiatrę i uzyskanie opinii innego lekarza psychiatry). Projektowane zmiany przepisów stanowią przede wszystkim odpowiedź na problemy zdiagnozowane w szpitalach czy oddziałach niebędących oddziałami psychiatrycznymi, np. w szpitalach wielospecjalistycznych, ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów internistycznych, toksykologicznych, chirurgicznych oraz innych, w których nie jest dostępny lekarz psychiatra, który mógłby przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji.

Podkreślić należy, że zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz (nie koniecznie lekarz psychiatra) zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w

formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza. Lekarz (ponownie nie koniecznie lekarz psychiatra), po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin.

Wydaje się, że w przypadku przedłużania stosowania przymusu bezpośredniego po dwukrotnym przedłużeniu, powinno przede wszystkim koncentrować się na stanie zdrowia w obecnym momencie, oraz kompetentnej i merytorycznej ocenie czy stan zdrowia uległ poprawie na tyle, że ustały ustawowe przesłanki do stosowania przymusu bezpośredniego. Do takiej oceny ze wszech miar kompetentną osobą jest lekarz, zwłaszcza sprawujący bieżącą opiekę nad pacjentem. Zaznaczyć należy, że konstrukcja projektowanego przepisu zakłada osobiste badanie lekarza oraz uzyskanie opinii drugiego lekarza. Decyzja w tym zakresie, która jest podjęta kolektywnie i z udziałem dwóch różnych lekarzy, wydaje się w sposób właściwy zabezpieczać prawa oraz bezpieczeństwo pacjenta.

Niezależnie od powyższego podkreślić należy istniejące już w przepisach ustawy mechanizmy służące poprawie bezpieczeństwa pacjentów, wobec których stosowany jest przymus bezpośredni, jak chociażby kontrolę stanu fizycznego przez pielęgniarkę (co 15 minut, również podczas snu osoby), szczegółowe regulacje odnośnie do dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposobu dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, czy monitoring wizyjny w salach przeznaczonych do izolacji. Projekt ustawy zakłada także inne propozycje służące poprawie bezpieczeństwa pacjentów, jak wyposażenie jednoosobowych pomieszczeń do obserwacji osoby unieruchomionej w monitoring umożliwiający stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi, czy wyeliminowanie wątpliwości interpretacyjnych związanych z rozpoczęciem biegu 3-dniowego terminu na dokonanie oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego.

Podkreślenia wymaga, że powyższa propozycja uzyskała poparcie środowiska medycznego, reprezentowanego przez konsultantów krajowych – nie tylko w dziedzinie psychiatrii czy psychiatrii dzieci i młodzieży, ale także w dziedzinie toksykologii, chorób wewnętrznych czy anestezjologii i intensywnej terapii.

W art. 1 pkt 10 projektu ustawy proponuje się nadać nowe brzmienie art. 18b ust. 2 ustawy, zgodnie z którym w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji powyżej 8 godzin jest dopuszczalny po uzyskaniu decyzji lekarza. Może to nastąpić po osobistym zbadaniu przez lekarza na okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin. Po dwukrotnym przedłużeniu unieruchomienia przez lekarza każde kolejne przedłużenie powinno wymagać zasięgnięcia opinii drugiego lekarza. Zgodnie z dotychczasowym brzmieniem przepisu czas stosowania ww. rodzajów

przymusu bezpośredniego nie może przekroczyć 8 godzin zaś dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w tych formach jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych.

W art. 1 pkt 11 projektu ustawy zaproponowano doprecyzowanie, że zastosowanie każdego rodzaju środka przymusu bezpośredniego podlegające odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, może być dokonywane z uwzględnieniem wykorzystania elektronicznej dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Zmiana w art. 1 pkt 12 projektu ustawy dotyczy art. 18d ustawy, w którym przez dodanie ust. 3 proponuje się aby pomieszczenia, o których mowa w ust. 1, przeznaczone do obserwacji osoby unieruchomionej wyposażano w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z unieruchomieniem. Zaproponowano również dodanie przepisu ust. 4 zgodnie z którym do monitoringu, o którym mowa w ust. 3, stosuje się przepisy art. 18e ust. 3–6 ustawy. Powyższa zmiana stanowi realizację wniosku wynikającego z kontroli NIK „Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą”, dotyczącego uregulowania prowadzenia monitoringu w szpitalach psychiatrycznych w przypadku stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w pomieszczeniach jednoosobowych, w tym w salach przeznaczonych do izolacji, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz ujednolicenia praktyki w tym zakresie.

Zmiana zawarta w art. 1 pkt 14 projektu ustawy odnosi się do art. 22 ustawy, gdzie proponuje się uzupełnienie brzmienia ust. 3 przez wskazanie, że w przypadku:

- 1) braku możliwości uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego,
 - 2) sprzecznych oświadczeń przedstawicieli ustawowych
- zgodę na przyjęcie do szpitala osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie. Zmiana w ust. 4 będzie skutkować wyrażeniem zgody przez sąd opiekuńczy także w przypadku braku możliwości uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody. Zaproponowano również dodanie ust. 4a, zgodnie z brzmieniem którego w przypadkach nagłych osoba, o której mowa w ust. 3 i 4, może być przyjęta bez wcześniejszej zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący ww. osobę ma obowiązek, w razie wątpliwości, zasięgnięcia opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo opinii psychologa.

Zgodnie z art. 1 pkt 15 projektu ustawy nowe brzmienie otrzymuje art. 23 ust. 1–4 ustawy. Zmiana brzmienia ust. 2 ma na celu wyeliminowanie konieczności zasięgnięcia w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry przy przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, na rzecz zasięgnięcia opinii drugiego lekarza. W konsekwencji tej zmiany, przeformułowania wymaga także ust.

3, który nakłada na lekarza decydującego o przyjęciu do szpitala, o którym mowa w ust. 2, obowiązek wyjaśnienia osobie, o której mowa w ust. 1, przyczyn przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformowania o jej prawach. W ust. 4 zaproponowano zmianę analogiczną do tej w art. 14 ustawy, polegającą na zastąpieniu w brzmieniu tego przepisu ordynatora – lekarzem kierującym oddziałem. W zdaniu drugim proponuje się jednoznaczne doprecyzowanie, że informowanie sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala odnosi się do przyjęcia pacjenta bez zgody.

Przepis art. 1 pkt 19 projektu ustawy wprowadza kolejną zmianę dotyczącą zastąpienia w przepisie art. 35 ust. 1 ustawy ordynatora lekarzem kierującym oddziałem w zakresie, w jakim postanawia on o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody.

Zmiana wynikająca z art. 1 pkt 23 projektu ustawy odnosi się do art. 45 ust. 1a ustawy. Zmiana w odniesieniu do obecnego brzmienia przepisu polega na tym, że sąd zarządza przeprowadzenie rozprawy w szpitalu w przypadkach uzasadnionych interesem osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, a zgodnie z nowym brzmieniem co do zasady rozprawa miałaby być przeprowadzana w szpitalu zaś odstępstwo od tej zasady możliwe byłoby wyłącznie w przypadku, kiedy przeprowadzenie rozprawy w szpitalu jest szczególnie utrudnione. Należy mieć na uwadze, że przeprowadzanie rozprawy poza salą sądową jest związane z koniecznością przygotowania odpowiedniej sali rozpraw, wyposażonej nie tylko w stół, godło i identyfikator, ale również w urządzenia rejestrujące dźwięk albo obraz i dźwięk. Mając jednak na uwadze, że na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów rozprawy mogły odbywać się w szpitalu, zakłada się, że większość szpitali spełnia wymagania w zakresie dostosowania do przeprowadzania rozpraw.

Z kolei zmiana w art. 1 pkt 24 projektu ustawy odnosi się do art. 46 ust. 5 ustawy. Zgodnie z nowym brzmieniem w sprawach dotyczących przyjęcia bez zgody lub wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przyjętej bez zgody uczestnikiem postępowania z mocy prawa będzie również szpital psychiatryczny (zmiana dotyczy dodania spraw dotyczących przyjęcia bez zgody).

W art. 1 pkt 27 projektu ustawy zaproponowano także zmiany w katalogu osób, w stosunku do których osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, są zwolnione od obowiązku zachowania tej tajemnicy. Obecnie art. 50 ust. 2 pkt 1 ustawy określa, że osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, jednak z tajemnicy tej są zwolnione w stosunku do lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi. Proponuje się, aby punkt ten rozszerzyć o inne osoby udzielające świadczeń opieki zdrowotnej osobie z zaburzeniami psychicznymi (np. pielęgniarka, osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, itd.). Ponadto, art. 50 ust. 2 pkt 3 przewiduje, że osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy są

zwolnione z zachowania tajemnicy wobec osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne. W punkcie tym proponuje się dodać psychologa szkolnego.

W art. 50 ustawy proponuje się także dodanie ust. 3, zgodnie z którym jednostki organizacyjne pomocy społecznej, na wniosek kierownika podmiotu leczniczego, są obowiązane do przekazania informacji związanych z osobą przebywającą w szpitalu psychiatrycznym, mogących mieć znaczenie w procesie leczenia tej osoby.

Przepisy art. 3, art. 4 i art. 5 projektu ustawy wprowadzają odpowiednie zmiany w ustawach:

- 1) z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.),
 - 2) z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - 3) z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.)
- związane z zaproponowanymi zmianami objaśnień pojęć w art. 3 ust. 1 lit. a–c ustawy.

Zmiana zaproponowana w art. 6 projektu ustawy dotyczy ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 555, z późn. zm.), w której art. 3 pkt 4 ustawodawca co do zasady wykluczył możliwość zastosowania środków przymusu bezpośredniego w niej przewidzianych, wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. Z uwagi na powyższe w sytuacji, gdy w odniesieniu do ww. osoby zaistnieje konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego, policjant jest zobligowany do odstąpienia od stosowania katalogu środków przymusu bezpośredniego. Należy jednak wziąć pod uwagę, że interweniujący policjanci nie zawsze będą w stanie potwierdzić, że osoba, wobec której mają być zastosowane środki przymusu bezpośredniego wymaga interwencji w oparciu o przepisy ustawy. Nie posiadają oni kompetencji do diagnozowania stanu zdrowia psychicznego. W praktyce mogą wystąpić również sytuacje, w których policjant będzie posiadał takową informację, jednakże brak będzie możliwości niezwłocznego zastosowania przymusu bezpośredniego przez uprawnione osoby.

Niezbędne było również dokonanie zmian wynikowych w art. 42 ust. 7 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151) (art. 2 projektu ustawy) oraz art. 46a ust. 2 ustawy (art. 1 pkt 25 projektu ustawy), w celu zapewnienia spójności terminologicznej z nowo proponowanym brzmieniem art. 3 pkt 4 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

W art. 7 ust. 1 projektu ustawy zaproponowano, aby pierwszą informację, o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zawierającą ocenę realizacji Narodowego

Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, za lata 2027–2029 minister właściwy do spraw zdrowia przekazał Radzie Ministrów w terminie do dnia 30 listopada 2030 r.

Informację, o której mowa w art. 2 ust. 7 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu dotychczasowym, za lata 2025–2026 minister właściwy do spraw zdrowia przekaze Radzie Ministrów w terminie do dnia 30 listopada 2027 r.

Mając na uwadze wprowadzone w ustawie zmiany terminologiczne związane z niepełnosprawnością intelektualną (zamiast upośledzenia umysłowego) zachodzi konieczność utrzymania w mocy aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy tj. rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (Dz. U. poz. 529).

Analogiczne należy postąpić w związku ze zmianami terminologicznymi związanymi z zaburzeniami psychotycznymi (zmiana z osoby chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne)) i zachować w mocy akt wykonawczy wydany na podstawie art. 49 ustawy tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. poz. 2475).

Mając na uwadze zmiany proponowane do wprowadzenia odnośnie do biegu 3-dniowego terminu na dokonanie oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z którymi ocena zasadności nastąpi w terminie 3 dni od rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego, a ocena prawidłowości w terminie 3 dni od zakończenia jego stosowania, niezbędne będzie zmodyfikowanie wzorów karty zastosowania przymusu bezpośredniego, określonych w akcie wykonawczym wydanym na podstawie art. 18f ustawy, przy jednoczesnym zachowaniu w mocy aktu obecnie obowiązującego.

Wymienione wyżej rozporządzenia zostaną zachowane w mocy przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Okres ten wydaje się wystarczający aby w przedmiotowych aktach wykonawczych dokonać w głównej mierze zmian terminologicznych wynikających ze zmiany upoważnień ustawowych.

Proponuje się wejście w życie ustawy z dniem 1 stycznia 2026 r.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu

funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji lub uzgodnienia.

Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt ustawy nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych, w stosunku do projektowanej ustawy, środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.