

Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Katarzyna Kęcka, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Dagmara Lebiecka, główna specjalistka w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: d.lebiecka@mz.gov.pl	Data sporządzenia 3 października 2025 r. Źródło: Inicjatywa własna Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD 274
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt ustawy wprowadza zmiany przede wszystkim w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917), zwanej dalej „ustawą”. Konieczne jest wprowadzenie zmian w wykorzystanej w przepisach ustawy terminologii, 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 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.

Przepisy ustawy wskazują na możliwość stosowania poniższych form przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi:

- 1) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej;
- 2) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody;
- 3) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa;
- 4) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Szczegółowe regulacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi znajdują się w art. 18–18f ustawy.

Nowe brzmienie art. 18a ust. 9 i 10 ustawy, zaproponowane w art. 1 pkt 9 projektu ustawy stanowi, 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. 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. 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.

Poniżej wskazano dane pozyskane przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta bezpośrednio z podmiotów leczniczych psychiatrycznej opieki zdrowotnej, które odpowiedziały na zapytanie, obrazujące, w sposób szacunkowy, sytuację w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego:

¹ https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/pobierz,lpo-p_23_077_202308171346331692272793-01,typ,kk.pdf.

Rok 2023						
	Ogółem w podmiotach leczniczych	Oddziały psychiatrii dzieci i młodzieży	Oddziały psychiatrii sądowej dzieci i młodzieży	Oddziały psychiatrii ogólnej (dorośli)	Oddziały psychiatrii sądowej (dorośli)	Oddziały detoksykacyjne (dorośli)
Liczba przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego	23 028	2565	549	10694	564	861
Liczba hospitalizacji w tych podmiotach leczniczych	111 317	6497	103	59967	3054	15807

Rok 2024						
	Ogółem w podmiotach leczniczych	Oddziały psychiatrii dzieci i młodzieży	Oddziały psychiatrii sądowej dzieci i młodzieży	Oddziały psychiatrii ogólnej (dorośli)	Oddziały psychiatrii sądowej (dorośli)	Oddziały detoksykacyjne (dorośli)
Liczba przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego	51 509	6386	1477	23371	6684	3053
Liczba hospitalizacji w tych podmiotach leczniczych	259 499	13945	660	149768	5529	39056

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Proponuje się zastąpienie objaśnień pojęcia „osoba z zaburzeniami psychicznymi”, które odnosić będzie się 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 zaliczane są 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 psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym).

Zaproponowano także zmianę w przepisie objaśniającym 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 tożsamych ze świadczeniami stacjonarnymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn.zm.), niezbędne jest wskazanie wprost na równorzędność szpitali psychiatrycznych z podmiotami wykonującymi świadczenia w rodzaju leczenia szpitalne.

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 ww. 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.

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) – analogiczna zmiana zaproponowana została w odniesieniu do art. 23 ust. 4 oraz art. 35 ust. 1 ustawy.

Proponuje się także wykreślić zobowiązanie dla kierownika jednostki do niezwłocznego informowania upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza. Zobowiązanie to proponuje się przenieść do nowododawanego przepisu ust. 5a.

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 zasadności 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 Najwyższej Izby Kontroli (NIK) w zakresie, w jakim stwierdzają one, że przepisy ustawy nie 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. 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.

Projekt przewiduje również zmiany w przepisach ustawy dotyczące dalszego przedłużenia przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na kolejne okresy. Projektowane przepisy przewidują, 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). 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, w związku z tym nie przewiduje się określenia dodatkowych wymagań odnośnie do kwalifikacji ww. lekarzy.

W projekcie 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.

Ponadto proponuje się, aby jednoosobowe pomieszczenia 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. Powyższe stanowi realizację wniosku z kontroli NIK „Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą”.

W projekcie proponuje się, aby informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zawierająca ocenę realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego była sporządzana za 3 ostatnie lata (nie za 2 lata jak obecnie). Jednocześnie zaproponowano odpowiedni przepis przejściowy. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jest strategicznym dokumentem zawierającym kierunki działań w obszarze zdrowia psychicznego. Wiele zadań w tym przede wszystkim z zakresu zmian systemowych, przeciwdziałania stygmatyzacji czy upowszechnienia zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi ma charakter ciągły i jest realizowana zgodnie z ustawowymi kompetencjami poszczególnych realizatorów programu. Mając na uwadze długą, bo 7-letnią, perspektywę programu oraz charakter opisanych w nim zadań przygotowywanie szczegółowego sprawozdania w krótkim dwuletnim okresie czasu nie jest uzasadnione. Trzyletni okres sprawozdawczy zapewni odpowiednią perspektywę porównania postępów w realizacji kierunkowych założeń Programu oraz ułatwi interpretacje ich skuteczności.

Zgodnie z projektem ustawy jest przewidywana zmiana i uzupełnienie brzmienia przepisów dotyczących zgody na przyjęcie do szpitala osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie. Obecnie zgodnie z art. 22 ust. 3 ustawy przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. W projekcie ustawy proponuje się uregulowanie sytuacji braku możliwości uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego albo sprzecznych oświadczeń przedstawicieli ustawowych, w przypadku których zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Przepis art. 22 ust. 4 ustawy stanowi, że jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Zdanie drugie tego przepisu proponuje się uzupełnić o przypadek braku możliwości uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego.

Zmianie ulegną również przepisy dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody, przez wyeliminowanie konieczności zasięgnięcia w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry przy przyjęciu do szpitala, na rzecz zasięgnięcia opinii drugiego lekarza. Powyższe ma na celu usprawnienie procedury przyjmowania do szpitala psychiatrycznego w omawianym trybie oraz wykluczenie trudności związanych z brakiem obecności drugiego lekarza, będącego psychiatrą. Liczba pacjentów, których mogłaby dotyczyć omawiana zmiana to ok. 9 tys. rocznie (szacunkowa liczba w 2021 r. – 9 tys., w I połowie 2022 r. 4 tys., szacunków dokonano na podstawie kodu przyjęcia 10 – przyjęcie przymusowe – przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji, określonego m.in. art. 21 ust. 3, art. 23, art. 24 i art. 29 ustawy) Proponuje się jednoznaczne doprecyzowanie, że informowanie sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala odnosi się do przyjęcia pacjenta bez zgody.

Kolejna zaproponowana zmiana ma na celu określenie, że 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.

Zaproponowano by w sprawach dotyczących przyjęcia bez zgody lub wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przyjętej bez zgody uczestnikiem postępowania z mocy prawa jest również szpital psychiatryczny.

W projekcie 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 zwolnione są 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. Zaproponowano także dodanie przepisu, 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. Zaproponowano także odpowiedni przepis przejściowy dotyczący utrzymania w mocy aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 7 ust. 3, art. 18f oraz art. 49 ustawy.

Zmiana zaproponowana w ustawie z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 555, z późn. zm.) dotyczy zakresu, w jakim przepisy tej ustawy obecnie nie mają zastosowania do przymusu bezpośredniego, o którym mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (tj. przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi). Zaproponowano uzupełnienie art. 3 pkt 4, stanowiącego, że ustawy nie stosuje się do przymusu bezpośredniego o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego o wyrazy „chyba że zastosowany przymus bezpośredni przewidziany w tej ustawie okazał się bezskuteczny albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe lub niemożliwe”. Za zasadne należy uznać 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) oraz art. 46a ust. 2 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 przepisie art. 3 pkt 4 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, 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 taką informację, jednakże brak będzie możliwości niezwłocznego zastosowania przymusu bezpośredniego przez uprawnione osoby.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
osoby z zaburzeniami psychicznymi	1599,94 tys. - – liczba pacjentów korzystających ze świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w 2023 r.	Ministerstwo Zdrowia – mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022–2026 – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	ochrona praw i godności osoby, przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego, również wobec której jest stosowany przymus bezpośredni
szpitale psychiatryczne	62 szpitale psychiatryczne oraz 120 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (dane za 2023 r.)	Ministerstwo Zdrowia	stosowanie przepisów ustawy dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, przyjmowania do szpitala psychiatrycznego, występowania w charakterze strony w sprawach o przyjęcie i wypisanie do szpitala psychiatrycznego, przeprowadzania kontroli osobistej i pobieżnej
domy pomocy społecznej lub środowiskowe domy samopomocy	824 domy pomocy społecznej oraz 874 środowiskowe domy samopomocy	Sprawozdania resortowe Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	stosowanie przepisów ustawy dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, przyjmowania do szpitala psychiatrycznego
minister właściwy do spraw zdrowia	1	nie dotyczy	stosowanie przepisu 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
funkcjonariusze Policji	110 709	ustawa budżetowa na 2025 r.	możliwość stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub będących pod wpływem substancji psychoaktywnych

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnośnie do ww. projektu ustawy nie były prowadzone tzw. pre-konsultacje.

Projekt ustawy został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania, z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag, następującym podmiotom:

- 1) Business Centre Club – Związkowi Pracodawców;
- 2) Centrum e-Zdrowia;
- 3) Federacji Pacjentów Polskich;
- 4) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
- 5) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 6) Forum Związków Zawodowych;
- 7) Fundacji Batorego;
- 8) Fundacji Instytut Spraw Publicznych;
- 9) Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogu;
- 10) Fundacji Pomocy Chorym Psychiczenie im. Tomasza Deca;
- 11) Helsińskiej Fundacja Praw Człowieka;
- 12) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 13) Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 14) Komendantowi Głównemu Policji;
- 15) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 16) Konfederacji Lewiatan;
- 17) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 18) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 19) Krajowej Radzie Ratowników Medycznych;
- 20) Krajowemu Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom;
- 21) Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;
- 22) Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;
- 23) Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychiatrii;
- 24) Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychologii klinicznej;
- 25) Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychoterapii uzależnień;
- 26) Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychoterapii;
- 27) Krajowemu Ośrodkowi Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie;
- 28) Krajowemu Ośrodkowi Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym;
- 29) Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 30) Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu;
- 31) Lubelskiemu Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 32) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
- 33) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 34) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 35) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
- 36) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Podmiotów Leczniczych;

- 37) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 38) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 39) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 40) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 41) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych;
- 42) Polskiemu Towarzystwu Prawa Medycznego;
- 43) Polskiej Federacji Szpitali;
- 44) Polskiemu Komitetowi Pomocy Społecznej;
- 45) Polskiemu Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Pielęgniarzy Psychiatrycznych;
- 46) Polskiemu Towarzystwu Higieny Psychiczej;
- 47) Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarskiemu;
- 48) Polskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu;
- 49) Polskiemu Towarzystwu Psychologicznemu;
- 50) Polskiemu Towarzystwu Ratowników Medycznych;
- 51) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 52) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 53) Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;
- 54) Radzie Dialogu Społecznego;
- 55) Radzie do spraw Zdrowia Psychicznego;
- 56) Radzie Krajowej Federacji Konsumentów;
- 57) Radzie Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia
- 58) Regionalnemu Ośrodkowi Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim;
- 59) Regionalnemu Ośrodkowi Psychiatrii Sądowej w Branicach;
- 60) Rzecznikowi Praw Dziecka;
- 61) Rzecznikowi Praw Obywatelskich;
- 62) Rzecznikowi Praw Pacjenta;
- 63) NSZZ „Solidarność”;
- 64) NSZZ „Solidarność-80”;
- 65) Stowarzyszeniu „Primum Non Nocere”;
- 66) Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego Wzajemna Pomoc;
- 67) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej „Integracja”;
- 68) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego Zrozumieć i Pomóc;
- 69) Stowarzyszeniu Samorządowych Ośrodków Pomocy Społecznej FORUM;
- 70) Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich;
- 71) Związkowi Powiatów Polskich;
- 72) Związkowi Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 73) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców.

Wyniki konsultacji publicznych zostaną przedstawione w dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania	Nie dotyczy.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wejście w życie projektowanej ustawy nie wpłynie na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Wskazać należy, że zgodnie z obowiązującym stanem prawnym już obecnie pomieszczenia przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego. Objęcie obowiązkiem wyposażenia w instalację monitoringu jednoosobowych pomieszczeń, w których umieszcza się osobę wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, może wiązać się z nakładami finansowymi np. w tych podmiotach leczniczych, które do tej pory nie stosowały przymusu bezpośredniego w formie izolacji i nie wyposażyły pomieszczeń w niezbędną instalację. Podkreślenia wymaga, że zgodnie z art. 18d ust. 2 ustawy w przypadku braku możliwości umieszczenia osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych. Ewentualne dla budżetu państwa skutki finansowe wynikające z wejścia w życie projektowanych przepisów w zakresie ochrony zdrowia będą mieścić się corocznie w ramach wysokości wydatków ustalanych wg art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), bez konieczności ich zwiększania.											
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe												
		Skutki										
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)				
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0				
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0				
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0				
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na działalność dużych przedsiębiorstw.										
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.										
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowana regulacja będzie miała wpływ na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe m.in. w zakresie, w jakim wprowadza zmiany w kwestiach dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego oraz zmian w terminologii wykorzystanej w przepisach ustawy, która jest archaiczna i może przyczyniać się do stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodzin.										
	osoby starsze i niepełnosprawne	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sytuację ekonomiczną osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych. W odniesieniu do sytuacji społecznej tych osób, projektowana regulacja może przyczynić się do jej poprawy m.in. w związku z wprowadzeniem zmian w terminologii wykorzystanej w przepisach ustawy, która jest archaiczna i może przyczyniać się do stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi.										
Niemierzalne												

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Wejście w życie ustawy nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu			
☒ nie dotyczy			
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:		☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
Komentarz: nie dotyczy.			
9. Wpływ na rynek pracy			
Wprowadzenie projektowanej ustawy w życie nie ma wpływu na rynek pracy.			
10. Wpływ na pozostałe obszary			
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☒ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe		☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	
		☐ informatyzacja ☒ zdrowie	
Omówienie wpływu		Wejście w życie projektowanej ustawy przyczyni się do usprawnień w wykonywaniu przepisów dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, wykluczenia ewentualnych wątpliwości interpretacyjnych, doprecyzowania kwestii dotyczących stron postępowania sądowego w sprawach o przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego, jak również jej wypisania oraz miejsca przeprowadzania rozprawy.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego			
Proponuje się, aby ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.			
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?			
Nie dotyczy.			
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)			
Brak.			