

OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Komentarz

redakcja Paweł Drembkowski
Błażej Kmiecik, Radosław Tymiński

Magdalena Dmuch, Paweł Drembkowski, Radosław Florek, Ireneusz Jelonek
Marcin Kluś, Błażej Kmiecik, Karolina Komarnicka-Boberska, Grzegorz Kowalski
Damian Krakowiak, Grzegorz Krysztofiuk, Tomasz Kuźma, Anna Lisowska
Dominik Miedziak, Patrycja Pajor, Karolina Podsiadły-Gęsikowska
Aleksandra Powierża, Marcin Smyczek, Eugeniusz Sobejko, Witold Sobejko
Beata Turzańska-Szacoń, Radosław Tymiński, Mariusz Ulman,
Edyta Wasilewska, Grzegorz Wymysłowski, Jakub Żaczek

KOMENTARZE

WYDANIE **2**

Poszczególne komentarze do artykułów napisali:

Magdalena Dmuch – art. 24, 34

Paweł Drembkowski – art. 2, 4a, 5a, 6, 6a, 10a, 10d, 55, 56

Radosław Florek – art. 31, 44, 47, 48

Ireneusz Jelonek – art. 22

Marcin Kluś – art. 22, 30b, 32

Błażej Kmiecik – art. 10b, 10c

Karolina Komarnicka-Boberska – art. 27, 28, 29, 30, 35, 49

Grzegorz Kowalski – art. 18, 18a, 18b, 18c, 18d, 18e, 18f

Damian Krakowiak – art. 11, 12, 19, 21

Grzegorz Krysztofiuk – art. 53

Tomasz Kuźma – art. 45, 46a

Anna Lisowska – art. 33, 36, 37

Dominik Miedziak – art. 3, 8, 10, 20

Patrycja Pajor – art. 4a, 5, 5a

Karolina Podsiadły-Gęsikowska – art. 50

Aleksandra Powierża – art. 50

Marcin Smyczek – art. 4, 7, 9

Eugeniusz Sobejko – art. 42, 42a, 43, 43a

Witold Sobejko – art. 38, 39, 40, 41

Beata Turzańska-Szacoń – preambuła, art. 1, 13, 14, 15, 46

Radosław Tymiński – art. 16, 17, 25, 26

Mariusz Ulman – art. 27, 28, 29, 30, 35, 49

Edyta Wasilewska – art. 50

Grzegorz Wymysłowski – art. 51, 52

Jakub Żaczek – art. 23



OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Komentarz

redakcja Paweł Drembkowski
Błażej Kmiecik, Radosław Tymiński

Magdalena Dmuch, Paweł Drembkowski, Radosław Florek, Ireneusz Jelonek
Marcin Kluś, Błażej Kmiecik, Karolina Komarnicka-Boberska, Grzegorz Kowalski
Damian Krakowiak, Grzegorz Krysztofiuk, Tomasz Kuźma, Anna Lisowska
Dominik Miedziak, Patrycja Pajor, Karolina Podsiadły-Gęsikowska
Aleksandra Powierża, Marcin Smyczek, Eugeniusz Sobejko, Witold Sobejko
Beata Turzańska-Szacoń, Radosław Tymiński, Mariusz Ulman,
Edyta Wasilewska, Grzegorz Wymysłowski, Jakub Żaczek

KOMENTARZE

WYDANIE **2**

Stan prawny na 1 sierpnia 2023 r.

Recenzent

Dr hab. Dorota Karkowska, prof. UJ

Wydawca

Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący

Joanna Ołówek

Opracowanie redakcyjne

Violet Design Wioletta Kowalska

Projekt okładek serii

Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski



Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujemy prawo i własność

Więcej na www.legalnakultura.pl

Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2023

ISBN 978-83-8358-096-8

2. wydanie

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. +48 728 313 462

e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	61
Wstęp	69
Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia	
psychicznego	71
[Preambuła]	71
I. Uwagi wprowadzające	71
I.1. Uwagi systemowe	71
I.2. Historia jednostki	72
I.3. <i>Ratio legis</i>	72
II. Treść normatywna przepisu	72
Rozdział 1	
Przepisy ogólne	77
Art. 1. [Organy i instytucje zapewniające ochronę zdrowia	
psychicznego]	77
I. Uwagi wprowadzające	77
I.1. Uwagi systemowe	77
I.2. Historia jednostki	77
II. Treść normatywna przepisu	78
Art. 2. [Zakres przedmiotowy ochrony zdrowia]	80
I. Uwagi wprowadzające	81
I.1. Uwagi systemowe	81
I.2. Historia jednostki	81

II.	Treść normatywna przepisu	82
II.1.	Zadania związane z ochroną zdrowia psychicznego	83
II.2.	Zdrowie psychiczne	83
II.3.	Promocja zdrowia – definicja	83
II.4.	Promocja zdrowia psychicznego – definicja	84
II.5.	Kształtowanie postaw społecznych	84
II.6.	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	85
II.6.1.	Istota	85
II.6.2.	Czas obowiązywania	86
II.6.3.	Adresaci	86
II.6.4.	Zakres	86
II.7.	Podmioty odpowiedzialne za realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	87
II.7.1.	Rola NFZ w NPOZP	87
II.7.2.	Rola ministra właściwego do spraw pracy, zabezpieczenia społecznego i rodziny w NPOZP	87
II.7.3.	Rola ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania w NPOZP	88
II.7.4.	Zadania Ministra Sprawiedliwości w zakresie NPOZP	88
II.7.5.	Zadania ministra właściwego do spraw wewnętrznych w zakresie NPOZP	88
II.7.6.	Zadania Ministra Obrony Narodowej w zakresie NPOZP	88
II.7.7.	Rola samorządów w NPOZP	89
II.8.	Koordynator realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	91
II.9.	Sposób przyjęcia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	91
Art. 3.	[Definicje legalne pojęć użytych w ustawie]	91
I.	Uwagi wprowadzające	93
I.1.	Uwagi systemowe	93
I.2.	Historia jednostki	93

I.3.	<i>Ratio legis</i>	93
II.	Treść normatywna przepisu	94
II.1.	Pojęcie definicji legalnych	94
II.2.	Osoba z zaburzeniami psychicznymi	95
II.3.	Szpital psychiatryczny	98
II.4.	Dom Pomocy Społecznej	99
II.5.	Pojęcie zgody na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	99
II.6.	Dyspozytor medyczny	100
II.7.	Przymus bezpośredni	103
II.8.	Przymus bezpośredni a środki przymusu bezpośredniego	105
II.9.	Poszczególne formy przymusu bezpośredniego uregulowane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego	106
II.10.	Przymus bezpośredni poza szpitalem psychiatrycznym	110
II.11.	Lekarz psychiatra	110
II.12.	Uwagi <i>de lege ferenda</i>	111
Art. 4.	[Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego]	112
I.	Uwagi wprowadzające	113
I.1.	Uwagi systemowe	113
I.2.	Historia jednostki	113
II.	Treść normatywna przepisu	113
II.1.	Grupy społeczne objęte szczególną ochroną przez ustawodawcę	113
II.2.	Katalog otwarty działań ochronnych	114
II.3.	Stosowanie działań ochronnych we wskazanych przez ustawodawcę instytucjach	114
II.4.	Utworzenie placówek realizujących działania zapobiegawcze	115
II.5.	Wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw	115
II.6.	Rozwijanie działalności zapobiegawczej przez podmioty lecznicze	115

II.7.	Rozwijanie działalności zapobiegawczej w programach przygotowania zawodowego	116
II.8.	Działalność naukowa	116
II.9.	Ochrona zdrowia psychicznego w mediach	116
Art. 4a.	[Rada]	116
I.	Uwagi wprowadzające	118
I.1.	Uwagi systemowe	118
I.2.	Historia jednostki	118
I.3.	<i>Ratio legis</i>	118
II.	Treść normatywna przepisu	119
II.1.	Istota Rady do spraw Zdrowia Psychicznego	119
II.2.	Zadania Rady do spraw Zdrowia Psychicznego	119
II.3.	Funkcja kreacyjna ministra właściwego do spraw zdrowia	119
II.4.	Przewodniczący i jego zadania	120
II.5.	Członkowie Rady do spraw Zdrowia Psychicznego	120
II.6.	Sposób pracy Rady	122
II.7.	Zwrot kosztów	123
II.8.	Statut Rady do spraw Zdrowia Psychicznego	124
Art. 5.	[Formy opieki]	124
I.	Uwagi wprowadzające	124
I.1.	Uwagi systemowe	124
I.2.	Historia jednostki	124
I.3.	<i>Ratio legis</i>	124
II.	Treść normatywna przepisu	125
II.1.	Formy opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi	125
II.2.	Zakres opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	125
II.3.	Pomoc doraźna	126
II.4.	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	126
II.5.	Opieka środowiskowa	126
II.6.	Opieka dzienna	126

Art. 5a.	[Zapewnienie kompleksowej opieki]	127
I.	Uwagi wprowadzające	127
I.1.	Uwagi systemowe	127
I.2.	Historia jednostki	127
I.3.	<i>Ratio legis</i>	127
II.	Treść normatywna przepisu	128
II.1.	Centrum zdrowia psychicznego	128
II.2.	Struktura organizacyjna	128
II.3.	Czas realizacji projektu pilotażowego	129
II.4.	Zakres świadczeń opieki zdrowotnej	129
II.5.	System udzielania świadczeń opieki zdrowotnej	129
II.6.	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych	129
II.7.	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach dziennych psychiatrycznych	130
II.8.	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych	130
II.9.	Zakres udzielania pomocy przez centrum zdrowia psychicznego	131
II.10.	Koordynator opieki	132
II.11.	Rozliczanie centrum	132
Art. 6.	[Zakłady prowadzone przez samorząd]	132
I.	Uwagi wprowadzające	133
I.1.	Uwagi systemowe	133
I.2.	Historia jednostki	133
I.3.	<i>Ratio legis</i>	134
II.	Treść normatywna przepisu	134
II.1.	Wojewódzkie podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej	134
II.2.	Zadania zlecone	135
II.3.	Upoważnienie marszałka województwa	136
II.4.	Zakres informacji o upoważnionych lekarzach	137
Art. 6a.	[Domy organizowane przez powiat]	137
I.	Uwagi wprowadzające	138
I.1.	Uwagi systemowe	138

I.2.	Historia jednostki	138
I.3.	<i>Ratio legis</i>	138
II.	Treść normatywna przepisu	138
II.1.	Domy pomocy społecznej	138
II.2.	Podstawy prawne działania domu pomocy społecznej	139
II.3.	Przesłanka do umieszczenia w domu pomocy społecznej osoby z zaburzeniami psychicznymi	139
II.4.	Postępowanie dotyczące przyznania świadczenia w postaci pobytu w domu pomocy społecznej	140
II.5.	Strona w sprawie skierowania do domu pomocy społecznej	140
II.6.	Tworzenie domów pomocy społecznej	141
Art. 7.	[Zapewnienie nauki, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych i rehabilitacji dzieciom i młodzieży upośledzonym umysłowo]	142
I.	Uwagi wprowadzające	143
I.1.	Uwagi systemowe	143
I.2.	Historia jednostki	143
II.	Treść normatywna przepisu	143
II.1.	Organizacja nauki i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży	143
II.2.	Rehabilitacja i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze	144
II.3.	Delegacja ustawowa	144
II.4.	Sposób organizacji nauki, rehabilitacji i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych	145
Art. 8.	[Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi]	145
I.	Uwagi wprowadzające	146
I.1.	Uwagi systemowe	146
I.2.	Historia jednostki	146
II.	Treść normatywna przepisu	146
II.1.	Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi	146
II.2.	Pracownik socjalny w szpitalu psychiatrycznym	147

II.3.	Organizacja oparcia społecznego	148
II.4.	Formy wsparcia społecznego, Środowiskowe Domy Samopomocy	149
II.5.	Orzecznictwo	151
Art. 9.	[Dostosowanie usług opiekuńczych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi]	153
I.	Uwagi wprowadzające	153
I.1.	Uwagi systemowe	153
I.2.	Historia jednostki	153
II.	Treść normatywna przepisu	154
II.1.	Dostosowanie usług opiekuńczych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	154
II.2.	Środowiskowe domy samopomocy	154
II.3.	Obowiązek udzielenia pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi	155
II.4.	Zadanie zlecone gminie	155
Art. 10.	[Bezpłatne świadczenia w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej]	155
I.	Zasada bezpłatności świadczeń zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	157
II.	Istotna nowelizacja art. 10 u.o.z.p.	157
III.	Zakres zastosowania art. 10 u.o.z.p.	158
IV.	Produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki spożywcze	158
V.	Pacjenci spoza UE	159
VI.	Relacja art. 10 u.o.z.p. i przepisów w zakresie świadczeń gwarantowanych	159
VII.	Leczenie psychiatryczne a choroby współistniejące	161

Rozdział 2

Badanie, leczenie, rehabilitacja oraz opieka i pomoc

Art. 10a.	[Prawo do ochrony praw pacjenta]	163
I.	Uwagi wprowadzające	164
I.1.	Historia jednostki	164
I.2.	Uwagi systemowe	164

I.3.	<i>Ratio legis</i>	164
I.4.	Treść przepisu	164
II.	Treść normatywna przepisu	166
II.1.	Ochrona praw	166
II.2.	Miejsce działania rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego	167
II.3.	Prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny	167
II.4.	Prawo pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do informacji	168
II.5.	Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta z zaburzeniami psychicznymi	169
II.6.	Prawo pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do tajemnicy informacji z nim związanych	170
II.7.	Prawo pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych	170
II.8.	Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	171
II.9.	Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej	172
II.10.	Informacja o zakresie działania i sposobie kontaktu z rzecznikiem praw pacjenta szpitala psychiatrycznego	172
Art. 10b.	[Zadania rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego]	172
I.	Uwagi wprowadzające	174
I.1.	Historia jednostki	174
I.2.	<i>Ratio legis</i>	176
II.	Treść normatywna przepisu	179
II.1.	Zadania rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego	179
II.2.	Uprawnienia rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego	182
Art. 10c.	[Wymagania na stanowisku rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego]	189
I.	Uwagi wprowadzające	190

I.1.	Historia jednostki	190
I.2.	<i>Ratio legis</i>	193
II.	Treść normatywna przepisu	194
II.1.	RPPSP i szczególny charakter jego wykształcenia	194
Art. 10d. [Biuro Praw Pacjenta]		197
I.	Uwagi wprowadzające	197
I.1.	Historia jednostki	197
I.2.	Uwagi systemowe	197
I.3.	Treść przepisu	198
II.	Treść normatywna przepisu – pracodawca	198
Art. 11. [Osobiste badanie przed wydaniem orzeczenia]		198
I.	Uwagi wprowadzające	199
I.1.	Treść przepisu	199
I.2.	Uwagi systemowe	199
I.3.	Historia jednostki	199
I.4.	<i>Ratio legis</i>	200
II.	Treść normatywna art. 11 ust. 1	200
II.1.	Badanie psychiatryczne jako udzielenie świadczenia zdrowotnego	200
II.2.	Wymóg zbadania „osobistego”	201
II.3.	Poświadczenie stanu zdrowia psychicznego bez zbadania pacjenta	209
III.	Treść normatywna art. 11 ust. 2	210
Art. 12. [Zasada humanitaryzmu, minimalizacji dolegliwości leczenia]		211
I.	Uwagi wprowadzające	211
I.1.	Treść przepisu	211
I.2.	Uwagi systemowe	211
I.3.	Historia jednostki	211
I.4.	<i>Ratio legis</i>	211
II.	Treść normatywna przepisu	212
III.	Zasada humanitaryzmu	212
Art. 13. [Swoboda porozumiewania się z rodziną i innymi osobami]		213
I.	Uwagi wprowadzające	213
I.1.	Uwagi systemowe	213

	I.2.	Historia jednostki	214
	II.	Treść normatywna przepisu	214
Art. 14.		[Zgoda na czasowe przebywanie poza szpitalem psychiatrycznym]	215
	I.	Uwagi wprowadzające	216
	I.1.	Uwagi systemowe	216
	I.2.	Historia jednostki	216
	II.	Treść normatywna przepisu	216
Art. 15.		[Zakaz podporządkowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i domach opieki społecznej celom gospodarczym]	218
	I.	Uwagi wprowadzające	218
	I.1.	Uwagi systemowe	218
	I.2.	Historia jednostki	218
	II.	Treść normatywna przepisu	219
Art. 16.		[Zawiadomienie prokuratora o potrzebie ubezwłasnowolnienia osoby]	222
	I.	Uwagi wprowadzające	223
	I.1.	Treść przepisu	223
	I.2.	Uwagi systemowe	223
	I.3.	Historia jednostki	223
	I.4.	<i>Ratio legis</i>	223
	II.	Treść normatywna przepisu	224
	III.	Możliwość ustanowienia pełnomocnika do zawiadomienia prokuratora	229
	IV.	Termin na zawiadomienie prokuratora	230
Art. 17.		[Zawiadomienie sądu opiekuńczego o nienależytym wykonywaniu obowiązków przez przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej]	231
	I.	Uwagi wprowadzające	231
	I.1.	Treść przepisu	231
	I.2.	Uwagi systemowe	231
	I.3.	Historia jednostki	232
	I.4.	<i>Ratio legis</i>	232
	II.	Treść normatywna przepisu	232

Art. 18. [Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi]	237
I. Uwagi wprowadzające	240
I.1. Treść przepisu	240
I.2. Historia jednostki	241
I.3. <i>Ratio legis</i>	242
II. Treść normatywna przepisu	242
II.1. Zagadnienia wstępne	242
II.1.1. Wymóg ustawowej regulacji	242
II.1.2. Kontrowersje dotyczące nowelizacji z 24.11.2017 r.	243
II.1.3. Terapeutyczny wymiar przymusu bezpośredniego	245
II.1.4. Szczególny charakter przepisów o przymusie bezpośrednim	246
II.1.5. Pojęcie przymusu bezpośredniego	249
II.1.6. Upoważnienie do stosowania przymusu bezpośredniego	251
II.1.7. Kontratyp działania w ramach przyznanych uprawnień	251
II.2. Osoby, wobec których można stosować przymus bezpośredni	253
II.3. Wyjątkowość i fakultatywność stosowania przymusu bezpośredniego	255
II.3.1. Zasada wyjątkowości	255
II.3.2. Zasada fakultatywności	255
II.4. Upředzanie o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego	257
II.4.1. Powstanie obowiązku	257
II.4.2. Jednorazowy charakter obowiązku	259
II.4.3. Zakaz prewencyjnego upředzania	259
II.4.4. Zakres podmiotowy obowiązku	260
II.4.5. Adresat upředzania	260
II.4.6. Forma upředzania	261
II.4.7. Treść upředzania	261
II.4.8. Dyscyplinujące oddziaływanie upředzania	262

II.4.9.	Uprzedzenie a zastosowanie przymusu bezpośredniego	264
II.4.10.	Uprzedzenie a wezwanie do właściwego zachowania	264
II.4.11.	Odstąpienie od uprzedzenia	265
II.5.	Wybór przymusu bezpośredniego możliwie najmniej uciążliwego	270
II.5.1.	Zakres podmiotowy obowiązku	270
II.5.2.	Przymus bezpośredni możliwie najmniej uciążliwy	271
II.6.	Zachowanie szczególnej ostrożności i dbałości o dobro osoby, wobec której stosuje się przymus bezpośredni	273
II.6.1.	Zakres podmiotowy i temporalny obowiązku	273
II.6.2.	Szczególna ostrożność i dbałość	274
II.7.	Ogólna charakterystyka przesłanek materialnych (podstaw faktycznych) stosowania przymusu bezpośredniego	279
II.7.1.	Uwagi ogólne	279
II.7.2.	Przesłanka ogólna	280
II.7.3.	Zbieg przesłanek	282
II.7.4.	Prawo do wolności od przymusu bezpośredniego	282
II.8.	Okoliczności wymienione w art. 18 ust. 1 pkt 1–3 u.o.z.p.	283
II.8.1.	Uwagi ogólne	283
II.8.2.	Zamach na życie, zdrowie lub bezpieczeństwo powszechne	283
II.8.3.	Niszczenie lub uszkodzanie przedmiotów w sposób gwałtowny	286
II.8.4.	Poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania zakładu lub jednostki	290
II.9.	Przepisy szczególne upoważniające do stosowania przymusu bezpośredniego przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego	292

II.9.1.	Uwagi ogólne	292
II.9.2.	Konieczność poddania osoby badaniu psychiatrycznemu bez jej zgody	293
II.9.3.	Konieczność bezzwłocznego przewiezienia do szpitala osoby poddanej przymusowemu badaniu psychiatrycznemu	295
II.9.4.	Konieczność przeprowadzenia zarządzonego przez sąd badania osoby co do potrzeby leczenia jej w szpitalu psychiatrycznym	296
II.9.5.	Konieczność bezzwłocznego przewiezienia do szpitala osoby poddanej zarządzonemu przez sąd przymusowemu badaniu psychiatrycznemu	297
II.9.6.	Konieczność dokonania niezbędnych czynności leczniczych wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody	298
II.9.7.	Konieczność zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się ze szpitala psychiatrycznego przez osobę przyjętą do niego bez jej zgody	300
II.9.8.	Konieczność zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się z domu pomocy społecznej	302
II.9.9.	Konieczność wykonania postanowienia sądu o przyjęciu osoby do domu pomocy społecznej albo szpitala psychiatrycznego	303
II.9.10.	Konieczność zatrzymania i przymusowego doprowadzenia zarządzonego przez sąd	305
II.9.11.	Uwaga końcowa	308
II.10.	Ogólna charakterystyka podmiotów decydujących o zastosowaniu przymusu bezpośredniego	309
II.10.1.	Krąg podmiotów decydujących	309
II.10.2.	Podmiot decydujący a faktycznie wykonujący przymus bezpośredni	310
II.10.3.	Podział podmiotów decydujących	310
II.10.4.	Natychmiastowa wykonalność decyzji	312

II.11.	Lekarz jako podmiot decydujący o zastosowaniu przymusu bezpośredniego	312
II.11.1.	Charakterystyka kompetencji lekarza	312
II.11.2.	Inne kompetencje decyzyjne lekarza	313
II.12.	Pielęgniarka jako podmiot decydujący o zastosowaniu przymusu bezpośredniego	313
II.12.1.	Charakterystyka kompetencji pielęgniarki	313
II.12.2.	Inne kompetencje decyzyjne pielęgniarki	314
II.12.3.	Wątpliwości interpretacyjne	314
II.12.4.	Obowiązek informacyjny pielęgniarki	315
II.12.5.	Obowiązek informacyjny kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej	315
II.12.6.	Termin wykonania obowiązków informacyjnych	316
II.12.7.	Forma wykonania obowiązków informacyjnych	317
II.12.8.	Bezwzględny charakter obowiązków informacyjnych	318
II.12.9.	Zatwierdzanie decyzji pielęgniarki	318
II.13.	Kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych jako podmiot decydujący o zastosowaniu przymusu bezpośredniego	322
II.13.1.	Pojęcie kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych	322
II.13.2.	Ograniczony zakres kompetencji kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych	327
II.13.3.	Warunkowy charakter kompetencji kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych	328
II.13.4.	Obowiązek informacyjny kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych	328
II.14.	Treść decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego	329

II.14.1.	Określenie rodzaju przymusu bezpośredniego	329
II.14.2.	Ograniczenia w wyborze rodzaju przymusu bezpośredniego	330
II.14.3.	Ograniczenia temporalne decyzji o stosowaniu przymusu bezpośredniego	334
II.15.	Nadzór nad wykonaniem przymusu bezpośredniego	337
II.15.1.	Podmiot nadzorujący i treść nadzoru	337
II.15.2.	Nadzór a osobiste wykonywanie zastosowanego przymusu bezpośredniego	338
II.16.	Odnutowywanie w dokumentacji medycznej zastosowania przymusu bezpośredniego, uprzedzenia o możliwości jego zastosowania oraz przyczyny odstąpienia od takiego uprzedzenia	338
II.16.1.	Zakres przedmiotowy obowiązku odnotowania	338
II.16.2.	Powstanie i wygaśnięcie obowiązku odnotowania	339
II.16.3.	Sposób i czas wykonania obowiązku odnotowania	339
II.16.4.	Wniosek <i>de lege ferenda</i>	340
II.17.	Udzielanie pomocy lekarzowi, pielęgniarce oraz kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych przy stosowaniu przymusu bezpośredniego	341
II.17.1.	Zakres podmiotowy obowiązku udzielenia pomocy i jego aktualizacja	341
II.17.2.	Treść obowiązku udzielenia pomocy	341
II.17.3.	Podmiot uprawniony do żądania udzielenia pomocy	342
II.17.4.	Wnioskowy charakter udzielanej pomocy	345
II.18.	Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego	345
II.18.1.	Przedmiot oceny	345
II.18.2.	Kryterium oceny	346

II.18.3.	Przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego podlegające ocenie	348
II.18.4.	Podmioty dokonujące oceny	350
II.18.5.	Obowiązek dokonania oceny oraz jego powstanie i wygaśnięcie	352
II.18.6.	Treść oceny	353
II.18.7.	Charakter oceny	353
II.18.8.	Termin dokonania oceny	355
II.18.9.	Tryb postępowania przy dokonywaniu oceny	357
II.18.10.	Odpowiednie stosowanie przepisów do oceny zasadności poddania przymusowemu badaniu psychiatrycznemu	357
II.18.11.	Ocena dokonywana przez inne podmioty	357
Art. 18a.	[Zasady stosowania przymusu bezpośredniego]	358
I.	Uwagi wprowadzające	360
I.1.	Treść przepisu	360
I.2.	Historia jednostki	360
I.3.	<i>Ratio legis</i>	360
II.	Treść normatywna przepisu	361
II.1.	Zasada dopuszczalności kumulacji rodzajów przymusu bezpośredniego	361
II.2.	Zasada niezbędności (konieczności) i tymczasowości stosowania przymusu bezpośredniego	362
II.3.	Odebranie przedmiotów niebezpiecznych osobie unieruchomionej albo izolowanej	364
II.3.1.	Obowiązek odebrania przedmiotów	364
II.3.2.	Podmioty zobowiązane do odebrania przedmiotów	365
II.3.3.	Przedmioty podlegające odebraniu	365
II.3.4.	Granice czasowe odebrania przedmiotów	367
II.4.	Kontrola pielęgnarska osoby unieruchomionej albo izolowanej	368
II.4.1.	Uwagi ogólne	368
II.4.2.	Przedmiot kontroli	368

II.4.3.	Powstanie i wygaśnięcie obowiązku przeprowadzenia kontroli	369
II.4.4.	Podmiot zobowiązany do przeprowadzenia kontroli	369
II.4.5.	Bezwzględny charakter obowiązku przeprowadzenia kontroli	371
II.4.6.	Częstotliwość przeprowadzania kontroli	373
II.4.7.	Czynności podejmowane w ramach przeprowadzania kontroli	374
II.5.	Zastosowanie unieruchomienia albo izolacji przez lekarza	375
II.5.1.	Uwagi ogólne	375
II.5.2.	Podstawowy czas stosowania unieruchomienia albo izolacji oraz sposób jego wyznaczania i obliczania	375
II.5.3.	Ogólne warunki podjęcia decyzji	378
II.6.	Zastosowanie unieruchomienia albo izolacji przez pielęgniarkę	378
II.6.1.	Ogólne warunki podjęcia decyzji	378
II.6.2.	Obowiązek zawiadomienia lekarza	380
II.6.3.	Granice czasowe stosowania unieruchomienia albo izolacji	382
II.7.	Obowiązki zawiadomionego lekarza	383
II.7.1.	Obowiązek przeprowadzenia badania	383
II.7.2.	Czas przeprowadzenia badania	386
II.7.3.	Obowiązek zdecydowania co do dalszego stosowania unieruchomienia albo izolacji	387
II.8.	Decyzja pielęgniarki o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego	390
II.8.1.	Zakres przedmiotowy decyzji	390
II.8.2.	Przesłanki podjęcia decyzji	391
II.8.3.	Udokumentowanie decyzji	393
II.9.	Uwagi ogólne dotyczące przedłużenia czasu stosowania unieruchomienia albo izolacji	393
II.9.1.	Przypadki objęte przedłużeniem stosowania unieruchomienia albo izolacji	393

II.9.2.	Granice czasowe przedłużenia stosowania unieruchomienia albo izolacji	394
II.9.3.	Fakultatywność przedłużenia stosowania unieruchomienia albo izolacji	394
II.9.4.	Charakter decyzji o przedłużeniu stosowania unieruchomienia albo izolacji	395
II.9.5.	Udokumentowanie decyzji o przedłużeniu stosowania unieruchomienia albo izolacji	396
II.9.6.	Autonomiczność kompetencji do przedłużenia stosowania unieruchomienia albo izolacji	396
II.9.7.	Nadzór nad wykonywaniem przedłużonego stosowania unieruchomienia albo izolacji	396
II.10.	Przedłużenie stosowania unieruchomienia albo izolacji na dwa pierwsze okresy	397
II.10.1.	Podmioty uprawnione do podjęcia decyzji	397
II.10.2.	Zbieg uprawnień do podjęcia decyzji	398
II.10.3.	Obowiązek przeprowadzenia badania przed podjęciem decyzji	399
II.10.4.	Ograniczenia ilościowe i czasowe podjęcia decyzji	401
II.10.5.	Wymóg uzyskania opinii lekarza psychiatry przed podjęciem decyzji	402
II.11.	Przedłużenie stosowania unieruchomienia albo izolacji na trzeci i kolejne okresy	402
II.11.1.	Odmienność procedury	402
II.11.2.	Obowiązek przeprowadzenia badania przed podjęciem decyzji	405
II.11.3.	Ograniczenia czasowe podjęcia decyzji	406
II.11.4.	Wymóg uzyskania opinii lekarza psychiatry przed podjęciem decyzji	409
II.12.	Wymóg uzyskania opinii lekarsko- -psychiatrycznej	409
II.12.1.	Charakterystyka wymogu	409
II.12.2.	Zaostrzenie wymogu względem uprzednio obowiązujących przepisów	411

II.12.3.	Zastrzeżenia co do sposobu uregulowania wymogu	412
II.12.4.	Brak obowiązku udokumentowania spełnienia wymogu	413
II.13.	Powiadomienie o długotrwałym stosowaniu unieruchomienia albo izolacji	414
II.13.1.	Powstanie i wygaśnięcie obowiązku powiadomienia	414
II.13.2.	Przypadki objęte obowiązkiem powiadomienia	414
II.13.3.	Treść obowiązku powiadomienia	415
II.13.4.	Podmiot powiadamiany	415
II.13.5.	Termin wykonania obowiązku powiadomienia	418
II.13.6.	Forma wykonania obowiązku powiadomienia	418
II.13.7.	Podmiot zobowiązany do dokonania powiadomienia	419
II.13.9.	Jednorazowy charakter obowiązku powiadomienia	419
Art. 18b.	[Stosowanie przymusu bezpośredniego w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej; decyzja o przewiezieniu osoby do szpitala psychiatrycznego]	420
I.	Uwagi wprowadzające	420
I.1.	Treść przepisu	420
I.2.	Historia jednostki	421
I.3.	<i>Ratio legis</i>	421
II.	Treść normatywna przepisu	421
II.1.	Przesłanki przedłużenia stosowania unieruchomienia albo izolacji przez pielęgniarkę	421
II.2.	Granice czasowe stosowania unieruchomienia albo izolacji w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej	430
II.3.	Przedłużenie stosowania unieruchomienia albo izolacji na czas powyżej 8 godzin	431
II.3.1.	Wymóg warunków szpitalnych	431
II.3.2.	Tryb przedłużenia	432
II.4.	Obowiązek powiadomienia przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego	433

II.4.1.	Przypadki objęte obowiązkiem powiadomienia	433
II.4.2.	Treść obowiązku powiadomienia	437
II.4.3.	Podmiot powiadamiany	438
II.4.4.	Powstanie i wygaśnięcie obowiązku powiadomienia	439
II.4.5.	Bezwzględny charakter obowiązku powiadomienia	439
II.4.6.	Podmiot zobowiązany do powiadomienia	440
II.4.7.	Termin wykonania obowiązku powiadomienia	440
II.4.8.	Forma wykonania obowiązku powiadomienia	441
Art. 18c.	[Odnotowanie zastosowania przymusu bezpośredniego; przekazanie instrukcji o zakresie i sposobie zastosowania przymusu bezpośredniego]	441
I.	Uwagi wprowadzające	442
I.1.	Treść przepisu	442
I.2.	Historia jednostki	443
I.3.	<i>Ratio legis</i>	443
II.	Treść normatywna przepisu	443
II.1.	Odnotowanie zastosowania przymusu bezpośredniego w dokumentacji medycznej	443
II.1.1.	Uwagi ogólne	443
II.1.2.	Rodzaje dokumentacji medycznej, w której dokonuje się odnotowania	444
II.1.3.	Rodzaje odnotowywanych zdarzeń	444
II.2.	Zamieszczenie informacji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w rejestrze przypadków jego zastosowania	445
II.2.1.	Zdarzenia podlegające zarejestrowaniu	445
II.2.2.	Prowadzenie rejestru	446
II.2.3.	Informacje o zdarzeniu zamieszczane w rejestrze	447
II.2.4.	Podmiot odpowiedzialny za zamieszczenie informacji w rejestrze	450

II.2.5.	Termin zamieszczenia informacji w rejestrze i forma jego prowadzenia	451
II.3.	Kwalifikacje osób wykonujących przymus bezpośredni	452
II.3.1.	Wymóg odbycia instruktażu	452
II.3.2.	Sposób przeprowadzenia instruktażu	452
II.3.3.	Przedmiot instruktażu	452
II.3.4.	Jednorazowy charakter obowiązku odbycia instruktażu	453
II.3.5.	Uwaga końcowa	454
II.4.	Przekazanie instrukcji w zakresie okoliczności, zasad i sposobu stosowania przymusu bezpośredniego	455
II.4.1.	Ogólna charakterystyka obowiązku przekazania instrukcji	455
II.4.2.	Podmioty odpowiedzialne za przekazanie instrukcji	456
II.4.3.	Brak wymogu weryfikacji przyswojenia przekazanych instrukcji	457
II.4.4.	Sposób przekazania instrukcji	457
Art. 18d.	[Umieszczenie osoby unieruchomionej w odpowiednim pomieszczeniu]	459
I.	Uwagi wprowadzające	459
I.1.	Treść przepisu	459
I.2.	Historia jednostki	459
I.3.	<i>Ratio legis</i>	460
II.	Treść normatywna przepisu	460
II.1.	Nakaz umieszczenia osoby unieruchomionej w pomieszczeniu jednoosobowym	460
II.2.	Wyjątki od nakazu umieszczenia osoby unieruchomionej w pomieszczeniu jednoosobowym	462
II.2.1.	Uwagi ogólne	462
II.2.2.	Przesłanki umieszczenia w pomieszczeniu niejednoosobowym	464

Art. 18e. [Pomieszczenia przeznaczone do izolacji]	470
I. Uwagi wprowadzające	471
I.1. Treść przepisu	471
I.2. Historia jednostki	471
I.3. <i>Ratio legis</i>	472
II. Treść normatywna przepisu	472
II.1. Urządzenie pomieszczenia przeznaczonego do stosowania izolacji	472
II.1.1. Uwagi ogólne	472
II.1.2. Bezwzględny charakter wymogów co do urządzenia pomieszczenia	473
II.1.3. Wymogi określone w art. 3 pkt 6 lit. d u.o.z.p.	473
II.1.4. Urządzenie pomieszczenia w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała	474
II.1.5. Urządzenie pomieszczenia w sposób odpowiadający wymogom pokoi łóżkowych	475
II.2. Wyposażenie w instalację monitoringu	478
II.2.1. Obowiązek wyposażenia w instalację	478
II.2.2. Wymogi co do instalacji	479
II.2.3. Szczególny charakter regulacji ustanawiającej obowiązek wyposażenia w instalację	480
II.2.4. Wymóg poinformowania o wyposażeniu w instalację	480
II.2.5. Obowiązek wyposażenia w instalację a kontrola z art. 43 u.o.z.p.	481
II.3. Ograniczenia w zakresie monitorowania obrazu	481
II.4. Ograniczenia w zakresie monitorowania dźwięku	483
II.4.1. Uwagi ogólne	483
II.4.2. Informacje objęte tajemnicą spowiedzi	483
II.4.3. Informacje objęte tajemnicą prawnie chronioną	485
II.4.4. Uwaga końcowa	488
II.5. Przetwarzanie danych utrwalonych za pomocą urządzeń monitorujących	488

II.5.1.	Uwagi ogólne	488
II.5.2.	Dane objęte przetwarzaniem	489
II.5.3.	Pojęcie przetwarzania danych	490
II.5.4.	Wymóg posiadania upoważnienia	490
II.5.5.	Forma upoważnienia	491
II.5.6.	Rodzaje upoważnienia	492
II.5.7.	Zakres przedmiotowy i podmiotowy upoważnienia	492
II.5.8.	Obowiązek zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych	493
II.5.9.	Upoważnienie do przetwarzania danych wynikające z przepisów szczególnych	493
II.6.	Przechowywanie, usuwanie i niszczenie zapisu monitoringu	493
II.6.1.	Uwagi ogólne	493
II.6.2.	Obowiązek przechowywania zapisu	494
II.6.3.	Obowiązek unicestwienia zapisu	497
Art. 18f. [Delegacja ustawowa]		500
I.	Uwagi wprowadzające	500
I.1.	Treść przepisu	500
I.2.	Historia jednostki	501
I.3.	<i>Ratio legis</i>	501
II.	Treść normatywna przepisu	501
II.1.	Ogólne zasady wydawania rozporządzeń	501
II.1.1.	Wymogi konstytucyjne stawiane przepisom upoważniającym	501
II.1.2.	Inne uwarunkowania konstytucyjne wydawania rozporządzeń	502
II.2.	Podmiot uprawniony do wydania rozporządzenia	503
II.3.	Charakter upoważnienia do wydania rozporządzenia	505
II.3.1.	Obowiązek wydania rozporządzenia	505
II.3.2.	Niezbędność wydania rozporządzenia dla funkcjonowania ustawy	505
II.4.	Zakres spraw przekazanych do uregulowania	505

II.5.	Wytyczne co do treści rozporządzenia	508
II.5.1.	Potrzeba ochrony praw i godności osoby, wobec której stosowany jest przymus bezpośredni	508
II.5.2.	Potrzeba skutecznej oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego	509
II.6.	Treść rozporządzenia	510
II.6.1.	Uwagi ogólne	510
II.6.2.	Określenie przedmiotu normowania	511
II.6.3.	Określenie rodzaju oraz treści dokumentu, w którym odnotowuje się zastosowanie przymusu bezpośredniego	511
II.6.4.	Określenie karty zastosowania przymusu bezpośredniego	515
II.6.5.	Określenie sposobu przeprowadzania oceny stanu fizycznego	523
II.6.6.	Określenie sposobu dokonywania i treści oceny zastosowania przymusu bezpośredniego	532
II.6.7.	Określenie statusu karty zastosowania przymusu bezpośredniego oraz oceny stanu fizycznego osoby	537
II.6.8.	Przepis intertemporalny	537
II.6.9.	Przepis o wejściu w życie	538
Art. 19.	[Badanie na zlecenie organu postępowania]	539
I.	Uwagi wprowadzające	539
I.1.	Treść przepisu	539
I.2.	Uwagi systemowe	540
I.3.	Historia jednostki	540
I.4.	<i>Ratio legis</i>	540
II.	Treść normatywna przepisu	540
III.	Uwagi legislacyjne	541
Art. 20.	[Osoby ubezwłasnowolnione częściowo]	542
I.	Uwagi wprowadzające	542
I.1.	Uwagi systemowe	542
I.2.	Historia jednostki	542

II.	Treść normatywna przepisu	542
II.1.	Rola kuratora osoby ubezwłasnowolnionej częściowo	542
II.2.	Kurator a prawo pacjenta do depozytu	543

Rozdział 3

Postępowanie lecznicze	544
------------------------------	-----

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego	544
--	-----

Art. 21. [Przymusowe badanie psychiatryczne]	544
--	-----

I.	Uwagi wprowadzające	545
I.1.	Treść przepisu	545
I.2.	Uwagi systemowe	545
I.3.	Historia jednostki	545
I.4.	<i>Ratio legis</i>	546
II.	Treść normatywna art. 21 ust. 1	546
III.	Treść normatywna art. 21 ust. 2	550
IV.	Treść normatywna art. 21 ust. 3	551
V.	Treść normatywna art. 21 ust. 4	551
VI.	Doktryna paternalizmu	552

Art. 22. [Obowiązek uzyskania zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego]	553
---	-----

I.	Uwagi wprowadzające	555
I.1.	Treść przepisu	555
I.2.	Historia jednostki	555
II.	Treść normatywna art. 22 ust. 1	556
II.1.	Podstawowe warunki przyjęcia osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego	556
II.2.	Skierowanie do szpitala psychiatrycznego	557
II.3.	Pisemna zgoda na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi	558
II.4.	Brak pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi	559

II.5.	Obowiązek zbadania osoby z zaburzeniami psychicznymi przed przyjęciem do szpitala psychiatrycznego	560
II.6.	Potwierdzenie przez pacjenta uzyskania informacji związanych z pobytem w szpitalu psychiatrycznym	561
III.	Treść normatywna art. 22 ust. 1a	561
IV.	Treść normatywna art. 22 ust. 2	561
IV.1.	Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego	561
IV.2.	Postępowanie sądowe w sprawie o udzielenie zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego	562
V.	Treść normatywna art. 22 ust. 2a i 2b	563
VI.	Treść normatywna art. 22 ust. 2c	564
VII.	Treść normatywna art. 22 ust. 3	565
VIII.	Treść normatywna art. 22 ust. 4	566
IX.	Treść normatywna art. 22 ust. 5	566
X.	Treść normatywna art. 22 ust. 6	567
Art. 23.	[Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta]	567
I.	Treść przepisu	568
II.	Historia jednostki	569
III.	<i>Ratio legis</i>	569
IV.	Treść normatywna art. 23	570
IV.1.	Treść normatywna art. 23 ust. 1	570
IV.1.1.	Osoba chora psychicznie	570
IV.1.2.	„Możliwość” przyjęcia do szpitala psychiatrycznego	573
IV.1.3.	Brak zgody wymaganej w art. 22 u.o.z.p.	573
IV.1.4.	Bezpośrednie zagrożenie własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób. Zachowanie dotychczasowe	576
IV.1.5.	Związek przyczynowy pomiędzy chorobą psychiczną a bezpośrednim zagrożeniem	579

IV.2.	Treść normatywna art. 23 ust. 2	580
IV.3.	Treść normatywna art. 23 ust. 3	582
IV.4.	Treść normatywna art. 23 ust. 4	583
IV.5.	Treść normatywna art. 23 ust. 5	585
V.	Stosowanie i cel komentowanej regulacji	586
VI.	Przyjęcie w trybie nagłym a odpowiedzialność karna, cywilna i zawodowa	588
VI.1.	Odpowiedzialność karna	588
VI.2.	Odpowiedzialność cywilna	589
VI.3.	Odpowiedzialność zawodowa	590
Art. 24.	[Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia]	590
I.	Uwagi wprowadzające	591
I.1.	Treść przepisu	591
I.2.	Uwagi systemowe	591
I.3.	Historia jednostki	592
I.4.	<i>Ratio legis</i>	592
II.	Treść normatywna przepisu	593
II.1.	Uprawnienie do diagnostycznego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta	593
II.2.	Zakres podmiotowy przepisu	594
II.3.	Pojęcie „bez zgody wymaganej w art. 22 u.o.z.p.”	597
II.4.	Pojęcie „bezpośredniego zagrożenia własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób”	597
II.5.	Pojęcie „zachowania dotychczasowego”	598
II.6.	Przesłanki uzasadniające diagnostyczne przyjęcie do szpitala psychiatrycznego	598
III.	Pobyt w szpitalu – cel, czas, przebieg, czynności towarzyszące	598
IV.	Podmioty uprawnione do podjęcia decyzji o diagnostycznym przyjęciu do szpitala psychiatrycznego	601

Art. 25. [Sądowa kontrola nad przymusowym umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym]	602
I. Uwagi wprowadzające	602
I.1. Treść przepisu	602
I.2. Uwagi systemowe	602
I.3. Historia jednostki	602
I.4. <i>Ratio legis</i>	603
II. Treść normatywna art. 25 ust. 1	604
III. Treść normatywna art. 25 ust. 2	609
IV. Czynności sądu w trybie art. 25	612
V. Uczestnicy postępowania przed sądem opiekuńczym	613
VI. Wykładnia art. 25	614
Art. 26. [Późniejsze wyrażenie zgody na pobyt w szpitalu psychiatrycznym]	616
I. Uwagi wprowadzające	617
I.1. Treść przepisu	617
I.2. Uwagi systemowe	617
I.3. Historia jednostki	617
I.4. <i>Ratio legis</i>	617
II. Treść normatywna art. 26 ust. 1	618
III. Treść normatywna art. 26 ust. 2	622
IV. Czynności sądu w trybie art. 26	623
V. Uwagi legislacyjne	623
Art. 27. [Zawiadomienie szpitala o postanowieniu w przedmiocie umieszczenia w nim osoby bez jej zgody]	624
I. Uwagi wprowadzające	625
I.1. Treść przepisu	625
I.2. Uwagi systemowe	625
I.3. Historia jednostki	625
I.4. <i>Ratio legis</i>	625
II. Treść normatywna przepisu	625
II.1. Zawiadomienie szpitala psychiatrycznego przez sąd	625
II.2. Postanowienie o braku podstaw do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego	627
III. Uwagi legislacyjne	627

Art. 28.	[Cofnięcie zgody na pobyt w szpitalu psychiatrycznym]	628
I.	Uwagi wprowadzające	628
I.1.	Treść przepisu	628
I.2.	Uwagi systemowe	628
I.3.	Historia jednostki	628
I.4.	<i>Ratio legis</i>	628
II.	Treść normatywna przepisu	629
III.	Uwagi legislacyjne	631
Art. 29.	[Wnioskowy tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego]	631
I.	Uwagi wprowadzające	632
I.1.	Treść przepisu	632
I.2.	Uwagi systemowe	632
I.3.	Historia jednostki	632
I.4.	<i>Ratio legis</i>	632
II.	Treść normatywna	633
II.1.	Uwagi ogólne	633
II.2.	Przesłanka choroby psychicznej	633
II.3.	Dodatkowe przesłanki	635
II.4.	Właściwość sądu	636
II.5.	Legitymacja czynna	636
II.6.	Legitymacja czynna innych podmiotów	636
II.7.	Kryteria oceny przesłanek	637
III.	Uwagi legislacyjne	638
Art. 30.	[Dodatkowe wymogi formalne wniosku o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego]	638
I.	Uwagi wprowadzające	639
I.1.	Treść przepisu	639
I.2.	Uwagi systemowe	639
I.3.	Historia jednostki	639
I.4.	<i>Ratio legis</i>	639
II.	Treść normatywna przepisu	640
II.1.	Wymogi formalne wniosku	640
II.2.	Obowiązek dołączenia orzeczenia lekarza psychiatry	640
II.3.	Wezwanie do usunięcia braków	641

II.4.	Wszczęcie postępowania pomimo braku orzeczenia lekarza psychiatry	641
II.5.	Wyznaczenie rozprawy	643
Art. 30a.	[uchylony]	643
Art. 30b.	[Rejestr osób przyjętych do szpitala]	643
I.	Uwagi wprowadzające	645
I.1.	Treść przepisu	645
I.2.	Historia jednostki	645
II.	Treść normatywna art. 30b	645
II.1.	Obowiązek prowadzenia rejestru osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego	645
II.2.	Układ danych zawartych w rejestrze szpitala psychiatrycznego	646
II.3.	Sposób prowadzenia rejestru w szpitalu psychiatrycznym	646
II.4.	Tajemnica danych zawartych w rejestrze szpitala psychiatrycznego i sposób ich udostępniania	646
II.5.	Obowiązki związane z prowadzeniem rejestru jako dokumentacji zbiorczej szpitala psychiatrycznego	647
Art. 31.	[Stosowanie do trybu wnioskowego przepisów o postępowaniu z urzędu w przedmiocie przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego]	647
I.	Uwagi wprowadzające	647
I.1.	Treść przepisu	647
I.2.	Uwagi systemowe	647
I.3.	Historia jednostki	648
I.4.	<i>Ratio legis</i>	648
II.	Treść normatywna art. 31	651
II.1.	Przesłanki zmiany trybu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego	651
II.2.	Obowiązek zmiany trybu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego	652
II.3.	Zakres czasowy zmiany trybu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego	653

II.4.	Forma decyzji o zmianie trybu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego	653
II.5.	Właściwość miejscowa sądu	654
II.6.	Sposób zakończenia postępowania prowadzonego w trybie art. 29 u.o.z.p.	655
Art. 32.	[Stosowanie przymusu bezpośredniego przy przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, na obserwację lub w razie cofnięcia zgody na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym]	656
I.	Uwagi wprowadzające	656
I.1.	Treść przepisu	656
II.	Treść normatywna art. 32	656
III.	Sposoby zastosowania przymusu bezpośredniego	657

Postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej

bez jej zgody

Art. 33.	[Podejmowanie czynności leczniczych wobec osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody]	658
I.	Uwagi wprowadzające	658
I.1.	Uwagi systemowe	658
I.2.	Historia jednostki	658
II.	Treść normatywna przepisu	659
II.1.	Niezbędne czynności lecznicze	659
II.2.	Planowane postępowanie lecznicze	661
II.3.	Wykaz świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody	662
II.4.	Wniosek o nakazanie wypisania	663
Art. 34.	[Stosowanie przymusu bezpośredniego przy dokonywaniu czynności leczniczych]	663
I.	Uwagi wprowadzające	664
I.1.	Treść przepisu	664
I.2.	Uwagi systemowe	664
I.3.	Historia jednostki	665
I.4.	<i>Ratio legis</i>	665

II.	Treść normatywna przepisu	666
II.1.	Uprawnienie do stosowania przymusu bezpośredniego	666
II.2.	Zakres podmiotowy przepisu	667
II.3.	Pojęcie „bez zgody”	668
II.4.	Katalog środków przymusu bezpośredniego	669
II.5.	Przesłanki uzasadniające stosowanie przymusu bezpośredniego	670
II.6.	Samowolne opuszczenie szpitala psychiatrycznego	671
III.	Podmioty uprawnione do podjęcia decyzji o stosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie art. 34 u.o.z.p.	671
IV.	Konieczność odnotowania w dokumentacji medycznej faktu zastosowania przymusu bezpośredniego	672
V.	Możliwość stosowania art. 34 u.o.z.p. wobec pacjentów przyjętych na podstawie art. 29 ust. 1 u.o.z.p.	672
VI.	Możliwość stosowania art. 34 u.o.z.p. wobec pacjentów przyjętych na podstawie art. 24 ust. 1 u.o.z.p.	674

**Wypisanie ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej
tam bez jej zgody**

Art. 35. [Zasady wypisywania ze szpitala psychiatrycznego pacjenta przyjętego bez jego zgody]	675
I. Uwagi wprowadzające	675
I.1. Treść przepisu	675
I.2. Uwagi systemowe	675
I.3. <i>Ratio legis</i>	676
II. Treść normatywna przepisu	676
II.1. Decyzja o wypisaniu ze szpitala	676
II.2. Zgoda pacjenta na dalszy pobyt w szpitalu psychiatrycznym	677
II.3. Zawiadomienie sądu opiekuńczego	677

Art. 36. [Wniosek o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego]	677
I. Uwagi wprowadzające	678
I.1. Uwagi systemowe	678
I.2. Historia jednostki	678
II. Treść normatywna przepisu	678
II.1. Wniosek o nakazanie wypisania	678
II.2. Krąg osób uprawnionych do złożenia wniosku	680
II.3. Wniosek do sądu opiekuńczego	681
Art. 37. [Wyłączenie stosowania przepisów o postępowaniu leczniczym]	681
I. Uwagi wprowadzające	682
I.1. Uwagi systemowe	682
I.2. Historia jednostki	682
II. Treść normatywna przepisu	682

Rozdział 4

Przyjęcie do domu pomocy społecznej	683
Art. 38. [Warunki przyjęcia do domu pomocy społecznej]	683
Art. 39. [Umieszczenie w domu pomocy społecznej pomimo braku zgody]	684
I. Uwagi wprowadzające	684
I.1. Treść przepisu	684
I.2. Uwagi systemowe	685
I.3. Historia jednostki	685
I.4. <i>Ratio legis</i>	686
I.5. Uwagi legislacyjne	686
II. Treść normatywna przepisu	687
II.1. Jednolitość instytucji domów pomocy społecznej w systemie prawnym	688
II.1.1. Założenia aksjologiczne instytucji DPS zawarte w ustawie o pomocy społecznej	691
II.1.2. Zasady interpretacji przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	692

II.1.3.	Możliwość stosowania przepisów art. 38 i 39 u.o.z.p. wobec obywateli innych państw	693
II.2.	Inne instytucje świadczące pomoc osobom niezdolnym do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych niebędące DPS	693
II.2.1.	ZOL	694
II.2.1.1.	Umieszczenie w ZOL na oddziale psychiatrycznym a stosowanie przepisów art. 38 i 39 u.o.z.p.	695
II.2.1.2.	Umieszczenie w ZOL na oddziale ogólnym a stosowanie przepisów art. 38 i 39 u.o.z.p.	695
II.2.2.	Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku – prowadzone w ramach działalności gospodarczej (art. 67 i n. u.p.s. – rozdział 3 działu II u.p.s.)	698
II.3.	Podstawy prawne przyjęcia do DPS w polskim systemie prawnym a umieszczenie na podstawie art. 38 i 39 u.o.z.p.	699
II.3.1.	Zasady przyjęcia do domu pomocy społecznej uregulowane w ustawie o pomocy społecznej a zasady przyjęcia do DPS na podstawie art. 38 i 39 u.o.z.p.	700
II.3.1.1.	Zbieżność regulacji	700
II.3.1.2.	Różnice w zakresie ww. regulacji	703
II.3.2.	Wzajemny stosunek podstaw przyjęcia do DPS uregulowanych w art. 38 i 39 u.o.z.p. oraz w art. 54 ust. 1 u.p.s.	704
II.3.3.	<i>Ratio legis</i> ustanowienia odrębnych podstaw przyjęcia do DPS w przepisach art. 38 i 39 u.o.z.p. oraz art. 54 ust. 1 u.p.s.	705
II.3.4.	Umieszczenie w DPS jako jednolita instytucja prawna w kontekście podstaw umieszczenia w DPS	707

II.3.5.	Tzw. dobrowolne i przymusowe umieszczenie w DPS	709
II.3.6.	Przepis art. 54 ust. 4 u.p.s. jako ewentualna podstawa prawna umieszczenia w DPS bez zgody	711
II.3.7.	Podstawy przyjęcia do domu pomocy społecznej uregulowane w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi	714
II.3.8.	Małoletni i nieletni	716
II.3.8.1.	Regulacja zawarta w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym	716
II.3.8.1.1.	Możliwość umieszczenia osoby małoletniej w DPS na podstawie uznania, że wskazane w przepisie art. 109 § 2 pkt 5 k.r.o. placówki są tożsame z DPS	717
II.3.8.1.2.	Możliwość umieszczenia osoby małoletniej w DPS na podstawie otwartego katalogu zarządzeń opiekuńczych wydawanych na mocy art. 109 § 2 k.r.o.	718
II.3.8.2.	Regulacja w ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz w ustawie o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich	719
II.3.8.2.1.	Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich	719
II.3.8.2.2.	Ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich	721
II.3.9.	Wzajemny stosunek podstaw prawnych umieszczenia w DPS	723
II.3.10.	Znaczenie podstawy prawnej umieszczenia w DPS	724
III.	Znaczenie woli (zgody) dla możliwości umieszczenia w DPS	724
III.1.	Znaczenie woli osoby, która miałaby zostać umieszczona w DPS	725
III.2.	Możliwość umieszczenia w DPS osoby z pominięciem jej woli	726

III.2.1.	Regulacja konstytucyjna	726
III.2.2.	Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych	727
III.2.3.	Stanowisko Europejskiego Trybunału Praw Człowieka	727
III.2.4.	Regulacja ustawowa	728
III.2.4.1.	Zasada dobrowolności umieszczenia w DPS	728
III.2.4.2.	Wyjątki od zasady dobrowolności umieszczenia w DPS	729
IV.	Umieszczenia w DPS a wymogi ustawowe w zakresie woli (zgody)	730
IV.1.	Umieszczenie w DPS za zgodą	730
IV.1.1.	Czyja zgoda na umieszczenie w DPS jest potrzebna	730
IV.1.2.	Realizacja wymogu wyrażenia zgody	731
IV.1.3.	Umieszczenie w DPS za zgodą – konfiguracje proceduralne	731
IV.1.4.	Status przedstawiciela ustawowego	732
IV.2.	Brak wymogu zgody osoby umieszczanej w DPS	734
IV.2.1.	Sytuacje, w których dla umieszczenia w DPS nie jest wymagana zgoda osoby, której dotyczy umieszczenie	734
IV.2.2.	Zasady umieszczenia w DPS osoby, której zgoda na to umieszczenie nie jest wymagana	735
IV.3.	Umieszczenie w DPS z pominięciem woli osoby umieszczanej	736
IV.4.	Umieszczenie w DPS bez zgody	737
V.	Przedmiot postępowania oraz brzmienie sentencji orzeczenia sądu w sprawach prowadzonych na podstawie przepisów art. 38 i 39 u.o.z.p.	739
V.1.	Przedmiot postępowań regulowanych w przepisach art. 38 i 39 u.o.z.p.	739
V.2.	Brzmienie sentencji orzeczeń wydawanych na podstawie art. 38 i 39 u.o.z.p.	740

V.3.	Brzmienie sentencji orzeczenia a typy domów pomocy społecznej	742
V.4.	Możliwość i zasadność odmiennego ujęcia modelowego spraw dotyczących umieszczenia w DPS	743
V.5.	Dopuszczalność umieszczenia w DPS bez zgody osoby pełnoletniej nieubezpieczonej	744
VI.	Przesłanki przedmiotowe przyjęcia do DPS zależnie od przedmiotu postępowania (podstawy prawnej przyjęcia i kwalifikacji podmiotowych)	750
VI.1.	Przesłanki przedmiotowe w kontekście podstawy prawnej umieszczenia w DPS	750
VI.2.	Przesłanki przedmiotowe – omówienie	752
VI.2.1.	Choroba psychiczna i upośledzenie umysłowe	752
VI.2.2.	Niezdolność do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych	753
VI.2.3.	Brak możliwości korzystania z opieki innych osób	754
VI.2.3.1.	Subsydiarny charakter umieszczenia w DPS	754
VI.2.3.2.	Podmioty zobowiązane do opieki nad osobą, której mogłoby dotyczyć umieszczanie w DPS	756
VI.2.3.2.1.	Obowiązek alimentacyjny	756
VI.2.3.2.2.	Umowa dożywocia	758
VI.2.3.2.3.	Organy do spraw pomocy społecznej	758
VI.2.3.2.4.	Inne formy pomocy	760
VI.2.3.2.5.	Obowiązek organu do spraw pomocy społecznej a zobowiązania rodzinne; pomoc faktycznie świadczona jako przesłanka negatywna umieszczenia w DPS	760
VI.2.3.3.	Czynności sądu opiekuńczego	761
VI.2.4.	Potrzeba stałej opieki i pielęgnacji	762
VI.2.5.	Osoba nie wymaga leczenia szpitalnego	764
VI.2.6.	Brak opieki zagraża życiu tej osoby (art. 39 ust. 1 u.o.z.p.)	764

VI.2.7.	Niezdolność osoby, której postępowanie dotyczy, do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych będąca skutkiem (następstwem) choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego	765
VII.	Najistotniejsze zagadnienia proceduralne	766
VII.1.	Czy postępowania uregulowane w komentowanych przepisach mogą być wszczynane jedynie na wniosek uprawnionego podmiotu, czy też mogą być wszczynane także przez sąd z urzędu?	767
VII.1.1.	Rozbieżności interpretacyjne	767
VII.1.2.	Przepisy proceduralne mające zastosowanie przy ocenie możliwości wszczęcia postępowania	768
VII.1.3.	Możliwość wszczęcia postępowania z urzędu na podstawie art. 38 i 39 u.o.z.p.	770
VII.1.4.	Zasady wszczynania spraw uregulowanych w przepisach art. 38 i 39 u.o.z.p.	772
VII.2.	Wszczęcie postępowania o skierowanie do DPS osoby niezdolnej do wyrażenia na to zgody z urzędu przez sąd	773
VII.3.	Status wnioskodawcy w sprawach prowadzonych na podstawie przepisów art. 38 i 39 u.o.z.p.	773
VII.3.1.	Organ do spraw pomocy społecznej	774
VII.3.2.	Kierownik szpitala psychiatrycznego	774
VII.3.3.	Czynności sądu	775
VII.4.	Uczestnicy postępowania	775
VII.5.	Zdolność procesowa osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej w sprawach prowadzonych na podstawie art. 38 ust. 3 zdanie drugie i art. 39 ust. 1 i 2 u.o.z.p., z uwzględnieniem reprezentacji tej osoby oraz zdolności postulacyjnej	777

VII.5.1.	Osoba całkowicie ubezwłasnowolniona nie ma zdolności procesowej, ale jest reprezentowana przez opiekuna prawnego, który wówczas występuje w swoim imieniu oraz w imieniu tej osoby	778
VII.5.2.	Osoba całkowicie ubezwłasnowolniona ma zdolność procesową i może samodzielnie działać w postępowaniu	778
VII.5.3.	Osoba całkowicie ubezwłasnowolniona nie ma zdolności procesowej, w postępowaniu nie może jej reprezentować jej opiekun prawny, natomiast może być reprezentowana przez kuratora	779
VII.6.	Zasady działania w sprawie o skierowanie do DPS (art. 39 ust. 3 u.o.z.p.) przez osobę, której postępowanie dotyczy, a która nie jest ubezwłasnowolniona, skoro osoba ta miałaby być niezdolna do wyrażenia zgody na przyjęcie do DPS, a więc prawdopodobna, a co najmniej wymagająca weryfikacji jest jej zdolność do udziału w postępowaniu sądowym	781
VII.7.	Właściwość sądu	781
VII.8.	Opinia biegłego	783
VII.8.1.	Zakres wiadomości specjalnych podlegających ustaleniu	783
VII.8.1.1.	Okoliczność, czy brak opieki zagraża życiu uczestnika, jako przedmiot opinii biegłego	784
VII.8.1.2.	Okoliczność, czy osoba, której dotyczy postępowanie, nie jest zdolna do wyrażenia zgody na jej przyjęcie do DPS, jako przedmiot opinii biegłego	785
VII.8.1.3.	Czy osoba, której postępowanie dotyczy, jest zdolna do udziału w postępowaniu sądowym jako przedmiot opinii biegłego?	786
VII.8.2.	Granice zasięgania opinii biegłych	786

VII.8.3.	Moc dowodowa opinii biegłego psychiatry oraz możliwość jej zakwestionowania	787
VII.9.	Wpływ wniosków z opinii w zakresie ustalenia, czy uczestnik jest zdolny do wyrażenia zgody na przyjęcie do DPS, na legitymację procesową i przedmiot postępowania	788
VII.9.1.	Sprawa wszczęta z urzędu o skierowanie do DPS (art. 39 ust. 3 u.o.z.p.)	788
VII.9.2.	Sprawa z wniosku organu do spraw pomocy społecznej albo kierownika szpitala psychiatrycznego o przyjęcie do DPS bez zgody (art. 39 ust. 1 i 2 u.o.z.p.)	789
VII.9.3.	Sprawa z wniosku przedstawiciela ustawowego o zezwolenie sądu (art. 38 ust. 3 zdanie drugie u.o.z.p.)	789
VII.10.	Wpływ stanowiska osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej na legitymację procesową i przedmiot postępowania	791
VII.11.	Treść uzasadnienia wniosku a zgoda osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej na jej umieszczenie w DPS	791
VII.12.	Wysłuchanie	792
VIII.	Zasady umieszczania w DPS szczególnych kategorii osób	795
VIII.1.	Osoby małoletnie	795
VIII.2.	Osoby ubezwłasnowolnione całkowicie	798
VIII.2.1.	Zasady umieszczania w DPS osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej	798
VIII.2.1.1.	Braki formalne wniosku opiekuna prawnego	800
VIII.2.1.2.	Konsekwencje procesowe zdolności do wyrażenia zgody osoby, której postępowanie dotyczy, a możliwość złożenia wniosku przez opiekuna prawnego	801
VIII.3.	Osoby ubezwłasnowolnione częściowo	802

IX.	Zagadnienia praktyczne związane z procesem decyzyjnym w zakresie złożenia do sądu wniosku na podstawie przepisu art. 39 ust. 1 u.o.z.p.	802
X.	Wymóg okresowych badań stanu zdrowia psychicznego osoby umieszczonej w DPS	807
Art. 40.	[Przymusowe doprowadzenie do domu pomocy społecznej; przymus bezpośredni]	808
I.	Uwagi wprowadzające	809
I.1.	Treść przepisu	809
I.2.	Uwagi systemowe	809
I.3.	Historia jednostki	809
I.4.	<i>Ratio legis</i>	810
II.	Treść normatywna przepisu	810
II.1.	Zakres podmiotowy	810
II.2.	Zakres przedmiotowy – postanowienie o przyjęciu do domu pomocy społecznej	811
II.2.1.	Rodzaje orzeczeń podlegających wykonaniu	811
II.2.2.	Praktyczne znaczenie regulacji art. 40 ust. 1 i 2 u.o.z.p., z uwzględnieniem rodzaju orzeczenia podlegającego realizacji	812
II.2.3.	Przymiot prawomocności i wykonalności	813
II.2.4.	Czas obowiązywania postanowienia o umieszczeniu w DPS	814
III.	Zapewnienie realizacji orzeczenia	816
III.1.	Model postępowania o umieszczenie w DPS	817
III.2.	Podmioty biorące udział w postępowaniu po wydaniu orzeczenia oraz ich kompetencje	819
III.2.1.	Starosta powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania	819
III.2.2.	Organ do spraw pomocy społecznej	819
III.2.2.1.	Tok postępowania administracyjnego w przedmiocie umieszczenia w DPS	819
III.2.2.2.	Znaczenie orzeczenia wydanego na podstawie art. 38 i 39 u.o.z.p. dla toku postępowania administracyjnego prowadzonego na podstawie art. 59 u.p.s.	820

III.2.2.3.	Orzeczenie sądu a konieczność wydania decyzji administracyjnej o skierowaniu do DPS	821
III.2.2.4.	Decyzja o skierowaniu do DPS a określenie typu DPS	823
III.2.2.5.	Charakter prawny orzeczenia sądu, wydanego na podstawie art. 38 i 39 u.o.z.p., a ewentualna możliwość odstąpienia od umieszczenia w DPS przez organ administracyjny	824
III.2.2.6.	Wskazanie typu DPS, w którym dana osoba powinna być umieszczona	827
III.2.2.6.1.	Rodzaje domów pomocy społecznej	830
III.2.2.6.2.	Możliwość umieszczenia osoby skierowanej do DPS w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku prowadzonej w ramach działalności gospodarczej (art. 67 i n. u.p.s.)	831
III.2.3.	Sąd (art. 40 ust. 2 u.o.z.p.)	833
III.2.4.	Policja	834
III.2.5.	Dyrektor DPS	835
IV.	Możliwość stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w DPS – art. 40 ust. 3 u.o.z.p.	835
V.	Tok postępowania zmierzający do realizacji orzeczenia a zapewnienie opieki osobie przyjmowanej	836
Art. 41.	[Wniosek o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej]	837
I.	Uwagi wprowadzające	837
I.1.	Treść przepisu	837
I.2.	Uwagi systemowe	838
I.3.	Historia jednostki	838
I.4.	<i>Ratio legis</i>	838
II.	Przedmiot regulacji – wypisanie z DPS	839
III.	Zakres podmiotowy regulacji	839

III.1.	Przyjęcie do DPS osoby pełnoletniej, nieubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody na to przyjęcie, za jej zgodą – na podstawie art. 54 ust. 1 u.p.s.	840
III.1.1.	Sytuacja takiej osoby w związku z wycofaniem zgody na pobyt w DPS	840
III.1.2.	Wycofanie zgody na pobyt w DPS a możliwość zatrzymania w DPS	842
III.2.	Podstawy wypisania z DPS (ust. 1 i 2 oraz ust. 3) w powiązaniu z podstawą przyjęcia do DPS	842
III.2.1.	Osoby umieszczone w DPS na podstawie orzeczenia sądu (ust. 1 i 2 art. 41 u.o.z.p.)	843
III.2.2.	Osoby przyjęte do DPS nie na podstawie orzeczenia sądu, a na podstawie osobistej zgody, które jednak mają obowiązek przebywania w DPS (ust. 3 art. 41 u.o.z.p.)	844
IV.	Uprawnienie do złożenia wniosku oraz przesłanki wydania orzeczenia	846
IV.1.	Wniosek o zmianę orzeczenia o przyjęciu do DPS (ust. 1 i 2 art. 41 u.o.z.p.)	846
IV.2.	Wniosek o zniesienie obowiązku przebywania w DPS (ust. 3 art. 41 u.o.z.p.)	848
V.	Najistotniejsze zagadnienia proceduralne	849
V.1.	Krąg uczestników postępowania	849
V.2.	Przeniesienie do innego DPS	849
V.2.1.	Przeniesienie do innego DPS osoby nieubezwłasnowolnionej	849
V.2.2.	Przeniesienie z lub do DPS dla osób uzależnionych od alkoholu	850
V.2.3.	Przeniesienie do innego DPS osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej	851
V.3.	Właściwość sądu	851
V.4.	Brzmienie sentencji orzeczenia	853
VI.	Wypisanie z DPS osoby umieszczonej na podstawie art. 35 u.w.t.p.a.	856

Rozdział 5

Postępowanie przed sądem opiekuńczym 857

Art. 42. [Odpowiednie stosowanie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego]	857
I. Uwagi wprowadzające	857
I.1. Treść przepisów	857
I.2. Uwagi systemowe	858
I.3. Historia jednostki	858
I.4. <i>Ratio legis</i>	858
II. Treść normatywna przepisów	859
II.1. Właściwość rzeczowa i funkcjonalna sądu oraz przepisy proceduralne stosowane w sprawach określonych w niniejszej ustawie	859
II.1.1. Właściwość rzeczowa i funkcjonalna sądu	859
II.1.2. Właściwe przepisy proceduralne	859
II.1.2.1. Odesłanie do stosowania przepisów Kodeksu postępowania cywilnego	859
II.1.2.2. Charakter prawny spraw z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	860
II.1.2.3. Przepisy proceduralne stosowane w sprawach z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – ogólnie	861
II.1.2.4. Sposób stosowania przepisów proceduralnych	862
II.2. Wyszczególnienie i omówienie przepisów proceduralnych stosowanych w przedmiotowych sprawach	863
II.2.1. Przepisy opiekuńcze	863
II.2.1.1. Właściwość rzeczowa i funkcjonalna (art. 568 k.p.c.)	863
II.2.1.2. Właściwość miejscowa (art. 569 § 1 k.p.c.)	864
II.2.1.3. Wszczęcie postępowania z urzędu (art. 570 k.p.c.)	865
II.2.1.4. Obowiązek zawiadomienia sądu o podstawach wszczęcia postępowania z urzędu (art. 572 k.p.c.)	865

II.2.1.5.	Zdolność procesowa (art. 573 § 1 k.p.c.), spowodowanie osobistego stawiennictwa (art. 574 i 575 k.p.c.), wysłuchanie (art. 576 § 1 k.p.c.)	866
II.2.1.6.	Zmiana postanowienia (art. 577 k.p.c.)	866
II.2.1.7.	Skuteczność i wykonalność postanowień (art. 578 § 1 k.p.c.)	868
II.2.1.8.	Postępowanie wykonawcze (art. 578 ¹ § 1 k.p.c.)	869
II.2.1.9.	Stwierdzenie wykonalności postanowienia (art. 578 ¹ § 2 i 3 k.p.c.)	870
II.2.1.10.	Przepisy, które nie znajdują zastosowania	871
II.2.2.	Istotne przepisy ogólne postępowania nieprocesowego	871
II.2.2.1.	Legitymacja do wystąpienia z wnioskiem (art. 510 k.p.c.)	871
II.2.2.2.	Wymogi formalne wniosku (art. 511 § 1 k.p.c.)	872
II.2.2.3.	Wniosek prokuratora (art. 511 § 2 k.p.c.)	872
II.2.2.4.	Posiedzenie przygotowawcze (art. 511 ² § 2 k.p.c.)	873
II.2.2.5.	Możliwość cofnięcia wniosku (art. 512 k.p.c.)	873
II.2.2.6.	Niestawiennictwo uczestników (art. 513 k.p.c.)	874
II.2.2.7.	Brak legitymacji czynnej (art. 514 § 2 k.p.c.)	874
II.2.2.8.	Środki odwoławcze (art. 518 k.p.c.)	874
II.2.2.9.	Skarga kasacyjna (art. 519 ¹ § 1 k.p.c.)	874
II.2.3.	Wybrane przepisy procesu	875
II.2.3.1.	Skład sądu (art. 47 § 1 k.p.c.)	875
II.2.3.2.	Koszty sądowe (art. 126 ² § 1 k.p.c.)	875
II.2.3.3.	Ustanowienie pełnomocnika z urzędu (art. 117 i n. k.p.c.)	875
II.2.3.4.	Postępowanie dowodowe prowadzone z urzędu (art. 232 k.p.c.)	875
II.2.4.	Postępowanie dotyczące bezpośrednio osoby małoletniej	876
II.2.4.1.	Zgoda na umieszczenie dziecka	876
II.2.4.2.	Status dziecka w postępowaniu	877

II.2.4.3.	Stosowanie zasad ogólnych przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego	877
II.2.4.4.	Rejestracja spraw w repertorium	878
II.2.4.5.	Umieszczenie dziecka w domu pomocy społecznej	878
II.2.4.5.1.	Podstawa prawna umieszczenia dziecka w DPS	878
II.2.4.5.1.1.	Ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich	878
II.2.4.5.1.2.	Kodeks rodzinny i opiekuńczy	879
II.2.4.5.2.	Wyjątkowość umieszczenia dziecka w DPS	880
II.2.4.5.3.	Postępowanie prowadzone wyłącznie na wniosek uprawnionego podmiotu	881
II.2.4.5.4.	Prawidłowa rejestracja i oznaczenie przedmiotu sprawy	881
II.2.4.5.5.	Nieprawidłowa rejestracja i oznaczenie przedmiotu sprawy	882
II.2.5.	Udzielenie zabezpieczenia (art. 569 § 2 k.p.c. i in.)	883
II.2.5.1.	Dopuszczalność udzielenia zabezpieczenia	883
II.2.5.2.	Moment udzielenia zabezpieczenia	885
II.2.5.3.	Podstawa prawna zabezpieczenia	885
II.2.5.4.	Zabezpieczenie na wniosek oraz z urzędu	886
II.2.5.5.	Przesłanki udzielenia zabezpieczenia	886
II.2.5.5.1.	Uprawdopodobnienie roszczenia	887
II.2.5.5.2.	Uprawdopodobnienie interesu prawnego	887
II.3.	Obowiązki wysłuchania osoby ubezwłasnowolnionej	887
II.3.1.	Charakterystyka regulacji stosowanej odpowiednio	887
II.3.2.	Istota odpowiedniego stosowania art. 547 k.p.c.	889
II.3.3.	Wysłuchanie osoby ubezwłasnowolnionej, przy odpowiednim zastosowaniu art. 547 k.p.c.	890
II.3.4.	Obligatoryjność wysłuchania osoby nieubezwłasnowolnionej, której dotyczy wniosek o umieszczenie	893
III.	Uwagi legislacyjne	893

Art. 42a. [Zarządzenie przeprowadzenia przez kuratora sądowego	
wywiadu środowiskowego]	894
I. Uwagi wprowadzające	894
I.1. Treść przepisu	894
I.2. Uwagi systemowe	894
I.3. Historia jednostki	894
I.4. <i>Ratio legis</i>	894
II. Treść normatywna regulacji	895
II.1. Osoba, której dotyczy postępowanie	895
II.2. Fakultatywność i obligatoryjność zarządzenia	
wywiadu	895
II.3. Stosowane przepisy	896
II.4. Właściwy kurator	896
II.5. Miejsce przeprowadzenia wywiadu	897
II.6. Termin	898
II.7. Okoliczności objęte zarządzeniem wywiadu	899
II.8. Sposób przeprowadzenia wywiadu	899
II.9. Elementy sprawozdania	900
II.10. Trudności w przeprowadzeniu wywiadu	901
III. Uwagi legislacyjne	901
Art. 43. [Sądowa kontrola nad szpitalami psychiatrycznymi	
i domami pomocy społecznej]	902
I. Uwagi wprowadzające	905
I.1. Treść przepisów	905
I.2. Uwagi systemowe	905
I.3. Historia jednostki	905
I.4. <i>Ratio legis</i>	906
II. Treść normatywna przepisów	906
II.1. Kontrola i nadzór	906
II.2. Zakres podmiotów podlegających kontroli	907
II.2.1. Szpital psychiatryczny	908
II.2.2. Dom pomocy społecznej	909
II.2.3. Kontrola domów pomocy społecznej	
przeznaczonych dla osób uzależnionych	
od alkoholu	910
II.3. Podmiot kontrolujący	910

II.4.	Rodzaje kontroli	911
II.5.	Pora dokonania kontroli	911
II.6.	Zawiadomienie o przystąpieniu do kontroli i zakresie kontroli	912
II.6.1.	Przystąpienie do kontroli	912
II.6.2.	Zakres kontroli	913
II.6.3.	Wzór zawiadomienia o przystąpieniu do kontroli	913
II.7.	Cele kontroli i czynności kontrolne	917
II.8.	Kontakt bezpośredni z osobami z zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w kontrolowanym podmiocie	929
II.9.	Szczególne obszary kontroli	929
II.10.	Zalecenia pokontrolne i inne czynności	930
II.11.	Sprawozdanie z przebiegu kontroli	931
II.12.	Wzór sprawozdania z przebiegu kontroli	933
II.13.	Zapoznanie kierownika z wynikami kontroli	937
III.	Uwagi legislacyjne	937
Art. 43a.	[Kontrola innych domów pomocy społecznej oraz placówek zapewniających całodobową opiekę]	937
I.	Uwagi wprowadzające	938
I.1.	Treść przepisów	938
I.2.	Uwagi systemowe	938
I.3.	Historia jednostki	938
I.4.	<i>Ratio legis</i>	938
II.	Treść normatywna przepisów	939
II.1.	Podmioty podlegające kontroli	939
II.2.	Modyfikacja odnośnie do zakresu kontroli	940
III.	Uwagi legislacyjne	941
Art. 44.	[Ustanowienie kuratora]	941
I.	Uwagi wprowadzające	942
I.1.	Treść przepisów	942
I.2.	Uwagi systemowe	942
I.3.	Historia jednostki	942
I.4.	<i>Ratio legis</i>	942
II.	Treść normatywna art. 44	945

II.1.	Zakres podmiotowy	945
II.2.	Wszczęcie postępowania	945
II.3.	Właściwość miejscowa sądu	947
II.4.	Przesłanki ustanowienia kuratora	948
II.5.	Zakres uprawnień kuratora	950
II.6.	Wybór osoby kuratora	952
II.7.	Zakres stosowania przepisów o opiece	953
II.8.	Zakończenie kurateli	954
II.9.	Orzeczenia sądu opiekuńczego i środki zaskarżenia	954
Art. 45.	[Orzekanie po przeprowadzeniu rozprawy; obligatoryjne wysłuchanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody]	955
I.	Uwagi wprowadzające	956
I.1.	Treść przepisu	956
I.2.	Uwagi systemowe	956
I.3.	Historia jednostki	956
I.4.	<i>Ratio legis</i>	957
II.	Treść normatywna art. 45 ust. 1 u.o.z.p.	957
III.	Treść normatywna art. 45 ust. 1a u.o.z.p.	958
IV.	Treść normatywna art. 45 ust. 2 u.o.z.p.	959
Art. 46.	[Czynności procesowe podejmowane w sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej oraz wypisania jej z takich placówek]	960
I.	Uwagi wprowadzające	962
I.1.	Uwagi systemowe	962
I.2.	Historia jednostki	962
I.3.	<i>Ratio legis</i>	962
II.	Treść normatywna przepisu	962
II.1.	Legitymacja procesowa do złożenia wniosku	962
II.2.	Krąg osób uprawnionych do złożenia wniosku ...	963
II.3.	Uczestnicy obligatoryjni postępowania	964
II.4.	Uczestnicy fakultatywni	964
II.5.	Zaniechanie doręczania pism procesowych	964
II.6.	Opinia jako dowód obowiązkowy	965

II.7.	Zakres opiniowania	966
II.8.	Zasady sporządzania opinii	967
II.9.	Odmowa dopuszczenia dowodu z kolejnej opinii	967
II.10.	Inne dowody	968
II.11.	Zakres kompetencji biegłego i sądu	968
II.12.	Wyłączenie biegłego	968
II.13.	Dodatkowa opinia	969
II.14.	Opinia instytutu badawczego	969
II.15.	Koszty postępowania	970
II.16.	Przymusowe doprowadzenia na badania przez Policję	970
Art. 46a.	[Stosowanie przymusu bezpośredniego przy wykonywaniu postanowień o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej]	971
I.	Uwagi wprowadzające	971
I.1.	Treść przepisu	971
I.2.	Uwagi systemowe	971
I.3.	Historia jednostki	971
I.4.	<i>Ratio legis</i>	972
II.	Treść normatywna	972
Art. 47.	[Złagodzenie wymogów formalnych środków odwoławczych]	973
I.	Uwagi wprowadzające	973
I.1.	Treść przepisu	973
I.2.	Uwagi systemowe	974
I.3.	Historia jednostki	974
I.4.	<i>Ratio legis</i>	974
II.	Treść normatywna art. 47	976
II.1.	Zakres podmiotowy	976
II.2.	Zakres przedmiotowy	977
II.3.	Osobisty charakter uprawnienia	978
II.4.	Apelacja	978
II.5.	Zażalenie	981
II.6.	Wniosek o uzasadnienie	983
II.7.	Odrzucenie środka odwoławczego	985

II.8.	Uzupełnienie braków formalnych	986
II.9.	Termin i dopuszczalność środka odwoławczego	987
II.10.	Opłata	987
II.11.	Wpływ na postępowanie apelacyjne	987
III.	Uwagi legislacyjne	990
Art. 48.	[Ustanowienie z urzędu adwokata lub radcy prawnego]	991
I.	Uwagi wprowadzające	992
I.1.	Treść przepisów	992
I.2.	Uwagi systemowe	992
I.3.	Historia jednostki	992
I.4.	<i>Ratio legis</i>	993
II.	Treść normatywna art. 48	995
II.1.	Zakres podmiotowy	995
II.2.	Zwolnienie od kosztów sądowych	995
II.3.	Wszczęcie postępowania	996
II.4.	Obowiązek ustanowienia pełnomocnika z urzędu	997
II.5.	Czasowy zakres zastosowania	998
II.6.	Pełnomocnik z urzędu ustanowiony dla osoby pozbawionej wolności	998
II.7.	Pełnomocnik z urzędu ustanowiony dla osoby niepozbawionej wolności	1003
II.8.	Termin ustanowienia pełnomocnika z urzędu	1005
II.9.	Wybór osoby pełnomocnika z urzędu	1006
II.10.	Postanowienie o ustanowieniu pełnomocnika z urzędu	1007
II.11.	Środki zaskarżenia	1007
II.12.	Skutki ustanowienia pełnomocnika z urzędu	1009
II.13.	Ustanie pełnomocnictwa z urzędu	1011
II.14.	Nadzór	1012
II.15.	Koszty nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu	1012
II.16.	Skutki braku ustanowienia pełnomocnika z urzędu	1016
III.	Pełnomocnik z wyboru	1018

IV.	Stosowanie w innych postępowaniach cywilnych	1019
V.	Uwagi legislacyjne	1021
Art. 49.	[Delegacja ustawowa, rozporządzenie]	1021
I.	Uwagi wprowadzające	1022
I.1.	Treść przepisu	1022
I.2.	Uwagi systemowe	1022
I.3.	Historia jednostki	1022
II.	Treść normatywna	1023
II.1.	Ustalenie i potwierdzenie tożsamości	1023
II.2.	Dokumenty stwierdzające tożsamość	1024
II.3.	Postępowanie w sytuacjach nagłych	1026
II.4.	Pozostałe uregulowania	1026
II.5.	Wzory	1027
 Rozdział 6		
Ochrona tajemnicy		1029
Art. 50.	[Obowiązek zachowania tajemnicy]	1029
I.	Uwagi wprowadzające	1030
I.1.	Treść przepisu	1030
I.2.	Uwagi systemowe	1030
I.3.	Historia jednostki	1030
I.4.	<i>Ratio Legis</i>	1031
II.	Treść normatywna	1031
II.1.	Osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	1031
II.2.	Zakres informacji chronionych tajemnicą	1032
III.	Odrębne przepisy	1034
IV.	Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy psychiatrycznej	1037
Art. 51.	[Nieutrwalanie w dokumentacji oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary]	1041
I.	Uwagi wprowadzające	1041
I.1.	Treść przepisu	1041
II.2.	Historia jednostki	1042

I.3.	<i>Ratio legis</i>	1043
I.4.	Uwagi systemowe	1044
II.	Treść normatywna przepisu	1044
II.1.	Dokumentacja będąca przedmiotem regulacji	1044
II.2.	Osoba, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy	1046
II.3.	Czynności wynikające z niniejszej ustawy	1048
II.3.1.	„Czynności wynikające z niniejszej ustawy” a charakter podmiotu, w ramach którego są one podejmowane	1048
II.3.2.	Warunki, w jakich udzielane są „czynności wynikające z niniejszej ustawy”	1049
II.3.3.	Rodzaje działań wchodzących w skład czynności wynikających z niniejszej ustawy	1050
II.3.3.1.	Badanie	1050
II.3.3.2.	Leczenie w szpitalu psychiatrycznym	1051
II.3.3.3.	Przyjęcie do domu pomocy społecznej	1052
II.3.3.4.	Rehabilitacja w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej	1052
II.3.3.5.	Nauka, zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze i rehabilitacja dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo	1053
II.3.3.6.	Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi	1053
II.4.	Utrwalanie	1054
II.5.	Oświadczenie	1055
II.6.	Przyznanie się	1057
II.7.	Popętnienie czynu zabronionego pod groźbą kary	1058
II.8.	Organ uprawniony do żądania przeprowadzania badań	1061
III.	Istota normy prawnej art. 51 u.o.z.p.	1062
III.1.	Zakaz z art. 51 u.o.z.p. a wyłączenie obowiązku zawiadomienia o czynie zabronionym	1062

III.2.	Zakaz z art. 51 u.o.z.p. a zakaz dowodu z oświadczeń oskarżonego	1065
III.3.	Zakaz z art. 51 u.o.z.p. a tajemnica lekarska (psychiatryczna)	1065
III.4.	Naruszenie zakazu z art. 51 u.o.z.p. a wartość dowodowa wadliwie wytworzonej dokumentacji	1067
IV.	Inne uwagi	1068
IV.1.	Zakaz utrwalania oświadczeń a diagnostyka pacjenta	1068
IV.2.	Forma oświadczenia	1069
Art. 52.	[Zakaz przesłuchiwania osób obowiązanych do zachowania tajemnicy]	1070
I.	Uwagi wprowadzające	1070
I.1.	Treść przepisu	1070
I.2.	Historia jednostki	1070
I.3.	<i>Ratio legis</i>	1071
II.	Treść normatywna przepisu	1072
II.1.	Przesłuchiwać	1072
II.2.	Osoba obowiązana do zachowania tajemnicy stosownie do przepisów niniejszego rozdziału	1074
II.3.	Lekarz wykonujący czynności biegłego	1076
II.4.	Świadek	1079
II.5.	Wypowiedzi pacjenta	1079
II.5.	Osoba, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy	1080
II.6.	Czynności wynikające z niniejszej ustawy	1080
II.7.	Popętnienie czynu zabronionego pod groźbą kary	1080
III.	Charakter zakazu z art. 52 u.o.z.p.	1080
III.1.	Zakaz z art. 52 u.o.z.p. a granice tajemnicy, do zachowania której obowiązane są osoby, o których mowa w przepisie	1082

III.2.	Naruszenie zakazu z art. 52 u.o.z.p. a wartość dowodowa przeprowadzonego przesłuchania osoby obowiązanej do zachowania tajemnicy	1084
--------	---	------

Rozdział 7

Przepisy karne, zmiany w przepisach obowiązujących

oraz przepisy przejściowe i końcowe	1087
Art. 53. [Podanie nieprawdy o zaburzeniach]	1087
I. Uwagi wprowadzające	1087
I.1. Treść przepisu	1087
I.2. Uwagi systemowe	1088
I.3. Historia jednostki	1088
II. Treść normatywna przepisu	1088
II.1. Przedmiot ochrony	1088
II.2. Podmiot	1089
II.3. Czynność sprawcza	1090
II.4. Przedmiot czynności sprawczej	1093
II.5. Liczba mnoga	1095
II.6. Skutek	1096
II.7. Znamiona strony podmiotowej	1096
II.8. Motywacja	1097
II.9. Formy stadialne	1097
II.10. Formy zjawiskowe	1098
II.11. Zagrożenie karą i środkami karnymi	1098
II.12. Przedawnienie karalności	1100
II.13. Tryb ścigania. Zasady proceduralne	1100
II.14. Zbieg przepisów ustaw	1101
Art. 54. [Zmiany w ustawie o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne]	1102
Art. 55. [Delegacja ustawowa]	1102
I. Uwagi wprowadzające	1102
I.1. Uwagi systemowe	1102
I.2. Historia jednostki	1102
II. Treść normatywna przepisu	1103

II.1.	Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	1103
II.2.	Kierunek zmian w systemie usług społecznych	1103
II.3.	Docelowa sieć środowiskowych domów samopomocy	1104
Art. 56.	[Wejście w życie]	1106
Bibliografia		1107
Orzecznictwo		1127
Autorzy		1137

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

EKPC	– Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)
instrukcja biurowa	– zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z 19.06.2019 r. w sprawie organizacji i zakresu działania sekretariatów sądowych oraz innych działów administracji sądowej (Dz.Urz. MS poz. 138 ze zm.)
k.c.	– ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.)
k.k.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.)
k.k.s.	– ustawa z 10.09.1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz.U. z 2023 r. poz. 654 ze zm.)
k.k.w.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 127 ze zm.)
k.p.	– ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1465)
k.p.a.	– ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 775 ze zm.)
k.p.c.	– ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 1550 ze zm.)
k.p.k.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1375 ze zm.)

- k.r.o. – ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1359 ze zm.)
- k.w. – ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2022 r. poz. 2151 ze zm.)
- KEL – Kodeks Etyki Lekarskiej, https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- KPON – Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku 13.12.2006 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1169 ze zm.)
- nowelizacja z 31.07.1997 r. – ustawa z 31.07.1997 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 113, poz. 731)
- nowelizacja z 1.07.2005 r. – ustawa z 1.07.2005 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 141, poz. 1183)
- nowelizacja z 23.07.2008 r. – ustawa z 23.07.2008 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 180, poz. 1108)
- nowelizacja z 3.12.2010 r. – ustawa z 3.12.2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r. Nr 6, poz. 19)
- nowelizacja z 24.11.2017 r. – ustawa z 24.11.2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2439)
- nowelizacja z 19.07.2019 r. – ustawa z 19.07.2019 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. poz. 1690 ze zm.)
- o.p. – ustawa z 29.08.1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2022 r. poz. 2651 ze zm.)
- p.u.s.p. – ustawa z 27.07.2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 217 ze zm.)
- pr. bud. – ustawa z 7.07.1994 r. – Prawo budowlane (Dz.U. z 2023 r. poz. 682 ze zm.)
- pr. ośw. – ustawa z 14.12.2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2023 r. poz. 900)
- r.d.p.s. – rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23.08.2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.)

-
- r.k.p.a.u. – rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 3.10.2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U. z 2019 r. poz. 18 ze zm.)
- r.k.p.r.u. – rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 3.10.2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz.U. z 2019 r. poz. 68 ze zm.)
- r.p.s.p. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz.U. poz. 2475)
- r.r.c. – rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 11.06.2003 r. w sprawie regulaminu czynności w zakresie przeprowadzania wywiadu środowiskowego oraz wzoru kwestionariusza tego wywiadu (Dz.U. Nr 108, poz. 1018)
- r.r.z.w.d. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.)
- r.s.p.b. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2023 r., poz. 731)
- r.s.s.w.u. – rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 12.06.2003 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych (Dz.U. z 2014 r. poz. 989)
- r.s.t.s. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13.01.2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 2242)
- r.s.w. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r. poz. 402)
-

- r.ś.g. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19.06.2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285 ze zm.)
- r.u.s.p. – rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 18.06.2019 r. – Regulamin urzędowania sądów powszechnych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2514 ze zm.)
- r.w.ś.z. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24.04.2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody (Dz.U. poz. 494)
- RODO – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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, s. 1, ze sprost.)
- u.c. – ustawa z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2023 r. poz. 519 ze zm.)
- u.COVID-19 – ustawa z 2.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1327 ze zm.)
- u.d.l. – ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.)
- u.i.b. – ustawa z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2022 r. poz. 498)
- u.k.s.c. – ustawa z 28.07.2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1144 ze zm.)
- u.o.d.o. – ustawa z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781)
- u.o.i.n. – ustawa z 5.08.2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 756 ze zm.)
- u.o.O – ustawa z 11.03.2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz.U. poz. 2305 ze zm.)

u.o.z.p.	– ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r. poz. 2123 ze zm.)
u.P	– ustawa z 6.04.1990 r. o Policji (Dz.U. z 2023 r. poz. 171 ze zm.)
u.p.n.	– ustawa z 26.10.1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2018 r. poz. 969 ze zm.), utraciła moc
u.p.o.z.	– ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2527 ze zm.)
u.p.o.z.p.	– ustawa z 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U. z 2022 r. poz. 1689)
u.p.p.	– ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1545 ze zm.)
u.p.s.	– ustawa z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.)
u.PRM	– ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2023 r. poz. 1541 ze zm.)
u.r.l.	– ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 826)
u.s.g.	– ustawa z 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 40 ze zm.)
u.s.p.	– ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1526 ze zm.)
u.ś.o.z.	– ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.)
u.ś.p.b.	– ustawa z 24.05.2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 202 ze zm.)
u.w.r.	– ustawa 9.06.2011 r. o wspieraniu rodzin i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1426 ze zm.)
u.w.r.n.	– ustawa z 9.06.2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. poz. 1700 ze zm.)

u.w.t.p.a.	– ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 165 ze zm.)
u.z.l.l.d.	– ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.)
u.z.p.p.	– ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm.)
u.z.r.m.	– ustawa z 1.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz.U. poz. 2705 ze zm.)
u.z.z.z.	– ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2023 r. poz. 1284 ze zm.)
ZTP	– Zasady techniki prawodawczej – załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 20.06.2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz.U. z 2016 r. poz. 283)

Czasopisma i publikatory

CBOSA	– Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych
CPKNP	– Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych
KZS	– Krakowskie Zeszyty Sądowe
M. Praw.	– Monitor Prawniczy
NKPK	– Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego
OSA	– Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
OSNC	– Orzecznictwo Sądów Polskich. Izba Cywilna
OSNKW	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
OSNP	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych
OSP	– Orzecznictwo Sądów Polskich
OTK	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, Seria A
Pal.	– Palestra
PDz	– Prawo w Działaniu
PiM	– Prawo i Medycyna

PiP	– Państwo i Prawo
PP	– Psychiatria Polska
PPiN	– Postępy Psychiatrii i Neurologii
Prok. i Pr.	– Prokuratura i Prawo
RPEiS	– Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
PS	– Przegląd Sądowy
SP	– Studia Prawnicze

Inne

DPS	– dom pomocy społecznej
ETPC	– Europejski Trybunał Praw Człowieka
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NPOZP	– Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
RPD	– Rzecznik Praw Dziecka
RPO	– Rzecznik Praw Obywatelskich
RPPSP	– rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego
SA	– sąd apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
SO	– sąd okręgowy
WHO	– Światowa Organizacja Zdrowia
WSA	– wojewódzki sąd administracyjny
ZOL	– zakład opiekuńczo-leczniczy

WSTĘP

Zdrowie psychiczne zarówno przez społeczeństwo, jak i przez organizatorów opieki zdrowotnej w Polsce traktowane jest coraz poważniej. W kwestii świadomości społecznej i w aspekcie wyzwań systemowych jest oczywiście wiele do zrobienia, aczkolwiek kierunek zmian, w tym zmian postaw, jest niewątpliwie słuszny.

W przeszłości osoby zmagające się z problemami psychicznymi były stygmatyzowane, nierozumiane, wykluczane ze społeczeństwa. Hospitalizacja ograniczała się do jednoprofilowych szpitali, zazwyczaj daleko od większych miast. Cieszy fakt, że zdecydowanej zmianie uległy postawy społeczne, jak też leczenie, gdzie np. hospitalizacja ukierunkowana jest na szpitale wieloprofilowe.

Z perspektywy lekarza podkreślam zawsze, że psychiatria nie jest samotną wyspą, więc musi być postrzegana jako jeden z wielu współdziałających ze sobą elementów ochrony zdrowia. Do każdego lekarza trafiają pacjenci, u których – prócz chorób i przypadłości, z jakimi się do nas zgłaszają – zdarzają się problemy i zaburzenia psychiczne. Z kolei psychiatrzy opiekują się pacjentami, którzy zapadają na wiele różnych chorób, więc ich pacjenci wymagają konsultacji i leczenia przez innych specjalistów. Niezależnie, jaki jest początek ścieżki pacjenta, który lekarz, gdzie go kieruje, celem musi być udzielenie pacjentowi szybkiej pomocy, z zachowaniem wysokiego poziomu jakości świadczeń zdrowotnych.

Samorząd lekarski niezmiennie zwraca uwagę na konieczność dofinansowania psychiatrii, która ze względu na zmiany cywilizacyjne, tryb życia, pandemię potrzebuje zdecydowanego wzmocnienia. Poprawy wymagają zarówno warunki pracy, jak i warunki leczenia. Psychiatria została dostrzeżona, zdrowie psychiczne przestaje być tematem tabu, zwiększa się poziom akceptacji dla osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi, co traktujemy jako wystarczający powód do dalszego inwestowania w tę dziedzinę, a tym samym w zdrowie społeczeństwa.

Samorząd chętnie włącza się w konsultacje regulacji dotyczących psychiatrii, jak też szeroko rozumianej ochrony zdrowia.

Łukasz Jankowski
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

USTAWA

z dnia 19 sierpnia 1994 r.

o ochronie zdrowia psychicznego

(tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 2123)

[Preambuła]

Uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa, stanowi się, co następuje:

I. Uwagi wprowadzające

I.1. Uwagi systemowe

Rozbudowana apostrofa zamieszczona na początku komentowanego tekstu normatywnego stanowi nie tylko uroczysty wstęp do aktu prawnego, lecz także wskazuje na istotne znaczenie dla państwa kwestii ochrony zdrowia psychicznego. Ustawodawca, odwołując się do wzniosłych idei „fundamentów dobra osobistego człowieka” oraz szeroko pojętej aksjologii, przywołuje cele, jakie przyświecały uchwaleniu komentowanej ustawy.

I.2. Historia jednostki

Arenga pozostaje w wersji pierwotnie uchwalonej w 1994 r.

I.3. *Ratio legis*

W preambule do komentowanej ustawy wskazane zostały pryncypia, na jakich powinno opierać się dobro osobiste człowieka. Ustawodawca uznał zdrowie psychiczne za fundament tego dobra.

II. Treść normatywna przepisu

Geneza ustawy o ochronie zdrowia psychicznego sięga początków lat 90. XX w. Wtedy to pojawiły się głosy, że leczenie psychiatryczne, a w szczególności pobyt w szpitalu psychiatrycznym, powinno być dobrowolne i wynikać z suwerennej decyzji pacjenta. Taka koncepcja była wynikiem sytuacji, gdy na leczenie trafiały osoby, które albo nie wymagały hospitalizacji ze względów medycznych, albo wręcz były zdrowe, a jedynym celem umieszczenia ich w szpitalu była chęć wyeliminowania ich z życia publicznego lub dyskredytacji w najbliższym otoczeniu. Twórcy ustawy dostrzegli jednocześnie konieczność wyposażenia osób zainteresowanych w instrumenty prawne pozwalające na przymuszenie chorych do leczenia w sytuacji, gdy pacjenci odmawiali terapii. Z drugiej strony ustawodawca widział potrzebę zapobiegania dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi i konieczność stworzenia aktu prawnego nie tylko precyzującego zasady leczenia, lecz także chroniącego pacjentów przed nadużyciami i społecznym stygmatyzowaniem. Te wszystkie okoliczności zostały wzięte pod uwagę przy tworzeniu ustawy, która wzbudziła wiele emocji i która przeszła kilka istotnych nowelizacji.

Ostatecznie 19.08.1994 r. w polskim prawie pojawiła się długo oczekiwana ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Wykładnia przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego budzi pewne kontrowersje. O ile sądy czy prokuratura, którym przychodzi stosować ustawę, nie mają większych problemów w interpretacji przepisów,

o tyle pozostałe podmioty, takie jak gminne ośrodki pomocy społecznej, lekarze, pracownicy pogotowia czy Policja, nie do końca posiadają wiedzę co do swoich obowiązków i uprawnień.

Mierząc się z materią ustawy, należy pamiętać, jaki był jej cel: z jednej strony określenie zasad przymusowego leczenia oraz ochrona osób chorych i ich praw, a z drugiej – zapewnienie możliwości przymusowego leczenia w tych przypadkach.

Jest to jeden z nielicznych aktów opatrzonych preambułą. Poprzedzenie treści ustawy w taki sposób wskazuje, jak wielką wagę ustawodawca przywiązał do samej ustawy. W taki sposób wyróżniane są bowiem akty prawne zawierające najważniejsze normy, o ponadprzeciętnym znaczeniu, takie jak chociażby Konstytucja.

Termin „preambuła” wywodzi się z języka łacińskiego, od *praembulare*, co oznacza tyle co ‘iść przodem, poprzedzać’. Część prawników stoi na stanowisku, że preambuła ma znaczenie wyłącznie retoryczne i sama w sobie nie tworzy żadnej normy prawnej. Dla innych preambuła to nie tylko ozdobnik do ustawy podnoszący jej rangę, lecz drogowskaz wyznaczający sposób interpretacji całego aktu. Treść preambuły w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego każe traktować ją jako wyznacznik w interpretacji ustawy.

Zgodnie z preambułą zdrowie psychiczne zostaje określone jako „dobro osobiste”. Takie sformułowanie jednoznacznie kojarzy się z art. 23 k.c.

Znamienne, że Kodeks cywilny nie zawiera definicji dóbr osobistych. W art. 23 k.c. wymienione są jedynie przykładowe pojęcia z tej kategorii, a cały katalog ma charakter otwarty. Można przyjąć, że polski system prawny przyjmuje wielość dóbr osobistych, z których każde ma zapewnioną taką samą ochronę prawną. Dobra osobiste mają charakter niematerialny, a przysługują podmiotom prawa, tj. osobom fizycznym i prawnym. Przez lata wśród teoretyków zajmujących się prawem istniał spór o to, czy dobra osobiste mają charakter subiektywny, czy obiektywny, innymi słowy, czy zależą od indywidualnych odczuć konkretnego podmiotu, czy

też należy je rozumieć w oderwaniu od indywidualnego pojmowania poszczególnych osób. Klasycznym przykładem mogą być tutaj chociażby pewne określenia, które dla jednej osoby mogą być uwłaczające jej czci, a dla drugiej – zwykłym wyrazem potocznym, w którym nie ma niczego obraźliwego. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego tworzy odrębną kategorię dóbr osobistych, uzupełniając art. 23 k.c.

Z takiego określenia zdrowia psychicznego wynikają bardzo istotne konsekwencje, pojawia się bowiem ochrona zdrowia psychicznego jako dobra osobistego, a zatem mają tu zastosowanie przepisy art. 24 k.c., który stanowi, że „ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. W razie dokonanego naruszenia może on także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasadach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny” (§ 1). Dalej § 2 stanowi, że „jeżeli wskutek naruszenia dobra osobistego została wyrządzona szkoda majątkowa, poszkodowany może żądać jej naprawienia na zasadach ogólnych”. Tak więc każdy, kto podejmie działania sprzeczne z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, w szczególności stanowiące nadużycie ustawy w celu wymuszenia leczenia osoby zdrowej, musi się liczyć z tym, że potencjalny pacjent na drodze sądowej będzie domagał się zaprzestania naruszeń, a w przypadkach szczególnie uzasadnionych również odszkodowania. Takie potraktowanie zdrowia psychicznego i ochrona tego dobra są jak najbardziej zasadne: skoro wniesienie wniosku o ubezwłasnowolnienie w złej wierze rodzi odpowiedzialność finansową, to tym bardziej wszczęcie postępowania o przymusowe leczenie psychiatryczne i związane z tym działania mogą zakłócić normalne funkcjonowanie osoby poddanej takim procedurom czy też ją zdyskredytować i przynieść wymierne szkody materialne lub społeczne.

Do ochrony zdrowia psychicznego jako dobra osobistego będzie miał zastosowanie art. 415 k.c., stanowiący, że „kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”. Oczywiście szkodę

powstała w wyniku naruszenia należy udowodnić, co będzie wymagało przeprowadzenia stosownego postępowania. Można też, w uzasadnionych przypadkach, wykazywać, że wniesienie wniosku o leczenie jest zniesławieniem i stanowi występki w rozumieniu art. 212 k.k. Stąd konieczność zachowania szczególnej ostrożności przy chociażby formułowaniu pism procesowych. Pośłużenie się stwierdzeniem, że „uczestnik jest osobą chorą psychicznie”, bez poparcia takiego twierdzenia stosownym zaświadczeniem lekarskim, historią choroby lub opinią, stanowi nadużycie i może stać się podstawą do podjęcia przez osobę zainteresowaną stosownych kroków prawnych. Również samodzielne stawianie diagnozy i wydawanie własnych opinii co do stanu zdrowia pacjenta stanowi nadużycie: do wydawania opinii o stanie zdrowia psychicznego powołany jest wyłącznie lekarz psychiatra, w miarę potrzeby wspierany przez psychologa, opierający się na uznanych metodach badawczych, co następnie oceniane jest przez sąd. Zadaniem sądu jest przede wszystkim ustalenie, czy do naruszenia dóbr osobistych doszło w sposób bezprawny. Działaniem bezprawnym jest każde takie działanie, które jest sprzeczne z obowiązującymi przepisami, przy czym nie chodzi tu jedynie np. o Kodeks cywilny, lecz o zbiór wszystkich przepisów obowiązujących w naszym systemie prawnym. Jest to o tyle istotne, że w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego należy ustalić, czy np. przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym było zasadne, dopuszczalne w świetle obowiązującego prawa, nawet jeżeli odbyło się wbrew woli pacjenta, czy też nie. Jeżeli leczenie było prowadzone niezgodnie z przepisami, to nawet w przypadku, gdyby było zasadne z medycznego punktu widzenia, pacjentowi będzie przysługiwało roszczenie o ochronę dóbr osobistych. Chodzi tu np. o taką sytuację, gdy pacjent faktycznie wymaga leczenia, ale został umieszczony w szpitalu bez swojej zgody i bez zgody właściwego sądu opiekuńczego, nakazującej przyjęcie go do szpitala i wdrożenie leczenia. Stąd tak ważne jest prawidłowe przeprowadzenie postępowania przez sąd w przypadku zawiadomienia o przyjęciu pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody.

Należy pamiętać, że zdrowie psychiczne mieści się w szerszej kategorii pojęcia zdrowia, co niesie ze sobą możliwość szukania ochrony zdrowia psychicznego również na płaszczyźnie karnej.

Rozdział XIX k.k. pt. „Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu” penalizuje zachowania godzące w życie i zdrowie. Wszelkie działania, w wyniku których pokrzywdzony doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w tym ciężkiej choroby psychicznej, są karane na podstawie art. 156 § 1 pkt 2 k.k. Zaznaczyć należy, że spowodowanie u pokrzywdzonego choroby psychicznej jest ścigane z urzędu, co zawsze oznacza obowiązek wszczęcia postępowania, w przypadku gdy organy ścigania powezmą uwiarygodnione podejrzenie, że zostało popełnione przestępstwo. Od wszczęcia postępowania należy odróżnić prowadzenie postępowania – może być ono limitowane przez wolę osoby pokrzywdzonej. Z urzędu ścigane jest też spowodowanie u pokrzywdzonego rozstroju zdrowia innego niż opisany w art. 156 § 1 k.k. Artykuł 156 i n. k.k. pozwala na ściganie wszystkich tych, którzy swoim działaniem bądź powodują u pokrzywdzonego chorobę psychiczną, bądź narażają go na sytuację, która może ją wywołać.

Powoływanie się na zdrowie psychiczne jako dobro osobiste nie jest kwestią wyłącznie teoretyczną. Jednym z ciekawszych orzeczeń odnoszących się do tej kwestii jest wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 5.05.2009 r., VII SA/Wa 35/09, LEX nr 547885: sprawa dotyczyła zobowiązania lokatorów do zamurowania balkonów względnie likwidacji balkonów, albowiem sąsiedzi mieli ze swoich okien i balkonów obserwować co się dzieje u skarżących, ubliżać, trzepać chodniki, płuć z balkonów, przez co prowokować sytuacje do kłótni. Powołany został wtedy zarzut niewywiązania się przez organy administracji z obowiązku zapewnienia ochrony zdrowia psychicznego jako jednego z fundamentalnych dóbr osobistych człowieka stosownie do art. 1 ust. 1 u.o.z.p. Zarzut ten przez WSA został uznany za całkowicie chybiony. W szczególności uznano, że do zadań organów nadzoru budowlanego nie należy działalność związana ze sferą doznań emocjonalnych, a kontrola przestrzegania i stosowania przepisów prawa budowlanego, kontrola działania organów administracji architektoniczno-budowlanej, badanie przyczyn powstawania katastrof budowlanych, współdziałanie z organami kontroli państwowej, co wyraźnie wynika z art. 84 ust. 1 pr. bud. Powyższe orzeczenie wskazuje jednak na to, że na zdrowie psychiczne i konieczność jego ochrony można się powoływać w różnych przypadkach, niekoniecznie związanych z sytuacjami dotyczącymi bezpośrednio zdrowia i jego zagrożenia.

ROZDZIAŁ 1

Przepisy ogólne

Art. 1. [Organy i instytucje zapewniające ochronę zdrowia psychicznego]

1. Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane.
2. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne.

I. Uwagi wprowadzające

I.1. Uwagi systemowe

Komentowany artykuł zamieszczono w rozdziale 1 „Przepisy ogólne”.

I.2. Historia jednostki

Przepis art. 1 u.o.z.p. nie był nowelizowany i w niezmienionym brzmieniu obowiązuje od daty wejścia w życie komentowanej ustawy.

II. Treść normatywna przepisu

Zgodnie z art. 1 u.o.z.p. ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. Powierzenie zadań związanych z ochroną zdrowia tak dużej ilości podmiotów wydaje się jak najbardziej zasadne. Nie może bowiem umykać z pola widzenia fakt, że sprawy z tej kategorii to kwestie bardzo delikatne, wymagające wielopłaszczyznowego podejścia. Takie rozwiązanie pozwala też na uruchomienie – obok oficjalnych instytucji – nieoficjalnych mechanizmów ochronnych, dzięki którym zwiększają się możliwości dotarcia z pomocą do osób potrzebujących. Należy pamiętać też o roli edukacyjnej organów i podmiotów, które mają duże możliwości kształtowania społecznej mentalności i sposobu patrzenia na całą sferę życia psychicznego i mogą kształtować prawidłowe postawy wśród ludzi, czyli uczyć ich właściwego stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi lub cierpiącymi na choroby psychiczne.

Różnorodność podmiotów zaangażowanych w ochronę zdrowia psychicznego daje też większą gwarancję skutecznej pomocy, albowiem możliwe jest indywidualne dopasowanie tego, kto niesie pomoc, do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny. Jest to szczególnie istotne w tych przypadkach, gdy organy administracji państwowej nie dysponują odpowiednimi środkami albo gdy potrzebujący pomocy nie chcą jej otrzymywać od tych instytucji. Specyfika schorzeń psychicznych i ich postrzeganie przez społeczeństwo niejednokrotnie skłania bowiem chorych i ich rodziny do szukania wsparcia nie tylko u podmiotów, których zadaniem jest ochrona zdrowia, lecz także szeroko pojęte wsparcie dla chorego i jego rodziny. Nadto im szerzej rozbudowany system wsparcia, tym lepiej, chociażby z uwagi na konieczność uzupełnienia możliwości leczenia psychiatrycznego oferowanego przez system opieki zdrowotnej i rosnące potrzeby w tym zakresie.

W Polsce działa szereg fundacji, współpracujących chociażby z Polskim Towarzystwem Psychiatrii. Ta ostatnia organizacja, założona w 1920 r., miała na celu ustalenie zasad prawodawstwa psychiatrycznego, organizację opieki psychiatrycznej w odrodzonej Rzeczypospolitej, reprezentację polskiej psychiatrii na forum międzynarodowym i kontynuuje te cele do dzisiaj, m.in. opracowując programy ochrony zdrowia psychicznego. Bardzo często podmioty te zajmują się wąską problematyką, niosąc pomoc osobom cierpiącym na określone choroby czy zaburzenia. W szczególności pojawiają się stowarzyszenia dla osób cierpiących na schizofrenię, depresję, wspierające chorych na zespół Downa czy ze zdiagnozowanym autyzmem. Niosą one pomoc nie tylko samym chorym, lecz także ich rodzinom. Coraz częściej to właśnie najbliżsi, w trosce o chorych krewnych, zakładają stowarzyszenia i fundacje mające być wsparciem dla chorych i ich rodzin, np. zapewniające chorym całodobową opiekę. Takie podmioty, we współpracy z organami samorządowymi, tworzą miejsca pobytu dla chorych, gdzie zapewniona jest nie tylko opieka, ale i rehabilitacja, wsparcie medyczne itp. Jest to bardzo dobre rozwiązanie: ośrodki pomocy społecznej zawierają z takimi podmiotami umowy, przekazują środki finansowe na utrzymanie i na opiekę dla podopiecznych, a organizacja zapewnia lokal, wyposażenie, fachowy personel.

Na art. 1 u.o.z.p. należy patrzeć też oczywiście przez pryzmat ustawy z 23.01.2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz.U. z 2022 r. poz. 135 ze zm.), z której art. 2 wynika, że zadania administracji rządowej w województwie wykonują:

- 1) wojewoda;
- 2) organy rządowej administracji zespolonej w województwie, w tym kierownicy zespolonych służb, inspekcji i straży;
- 3) organy niezespolonej administracji rządowej;
- 4) jednostki samorządu terytorialnego i ich związki, jeżeli wykonywanie przez nie zadań administracji rządowej wynika z odrębnych ustaw lub z zawartego porozumienia;
- 5) starosta, jeżeli wykonywanie przez niego zadań administracji rządowej wynika z odrębnych ustaw;
- 6) inne podmioty, jeżeli wykonywanie przez nie zadań administracji rządowej wynika z odrębnych ustaw.

Art. 2. [Zakres przedmiotowy ochrony zdrowia]

1. Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;
- 2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- 3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608), zwanego dalej „Narodowym Programem Zdrowia”, a zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

3. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego określa w szczególności:

- 1) okres jego obowiązywania;
- 2) diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego, w tym zróżnicowań regionalnych;
- 3) cele główne i cele szczegółowe;
- 4) podmioty biorące udział w jego realizacji;
- 5) sposób realizacji zadań;
- 6) niezbędne działania legislacyjne, w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

4. Prowadzenie działań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego należy do:

- 1) zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin;
- 2) zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w programie.

5. Wskazane w ust. 4 pkt 1 działania polegają w szczególności na:

- 1) promowaniu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym;
- 2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej, w tym w ramach centrów zdrowia psychicznego, oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym.

5a. Koordynatorem realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest minister właściwy do spraw zdrowia.

6. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, uwzględniając zagadnienia, o których mowa w ust. 3, oraz biorąc pod uwagę konieczność ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza, co 2 lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zawierającą ocenę realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za 2 ostatnie lata. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

8. Rada Ministrów przekazuje Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej informację, o której mowa w ust. 7, w terminie 3 miesięcy od dnia jej przyjęcia.

I. Uwagi wprowadzające

I.1. Uwagi systemowe

Istotą komentowanego artykułu jest określenie zakresu przedmiotowego ochrony zdrowia. Zaburzeniem struktury jest wprowadzenie w ust. 2–8 instytucji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

I.2. Historia jednostki

Treść komentowanego artykułu była wielokrotnie nowelizowana. Brzmienie pierwotne obejmowało jedynie zakres przedmiotowy ochrony zdrowia i ograniczało się do katalogu otwartego, na czym polega ochrona zdrowia psychicznego, wskazując na:

- a) promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
- b) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- c) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji.

Nowelizacją z 23.07.2008 r. wprowadzono do komentowanego artykułu pojęcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz związane z nim instytucje. Obecny kształt wynika z nowelizacji z 24.11.2017 r. Nowelizacja ta dokonała zmiany przepisów ustawy w zakresie: koordynacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i obowiązku informowania o jego realizacji; wzmocnienia roli ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie realizacji NPOZP oraz rozszerzenia i doprecyzowania regulacji dotyczących centrów zdrowia psychicznego regulowanych w art. 5a u.o.z.p.; modyfikacji upoważnień ustawowych do wydawania aktów wykonawczych (zmiana upoważnień, uchylenie albo przeniesienie treści objętej aktem wykonawczym bezpośrednio do ustawy z uwagi na regulowaną w nich materię).

II. Treść normatywna przepisu

Słownik języka polskiego definiuje zdrowie jako „stan żywego organizmu, w którym wszystkie funkcje przebiegają prawidłowo” (zob. <https://sjp.pwn.pl/sjp/zdrowie;2545327.html>, dostęp: 15.11.2022 r.). Definicja stosowana przez WHO jest bardziej holistyczna. Zgodnie z nią zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie tylko brakiem choroby lub niesprawności. Zdrowie psychiczne jest więc jednym z elementów ogólnego pojęcia zdrowia, a konkretnie tzw. pomyślności psychicznej. Podstawowym przedmiotem komentowanej ustawy jest więc ochrona zdrowia psychicznego oraz ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Ochrona zdrowia psychicznego jest przedmiotem ogólnym i pierwotnym dla regulacji komentowanej ustawy, a ochrona praw

osób z zaburzeniami psychicznymi jest jego logicznym dopełnieniem i pozostaje wobec niego wtórna (zob. L.J. Żukowski, *Ochrona zdrowia psychicznego w prawie administracyjnym*, Warszawa 2021, s. 71). Zdrowie psychiczne podlega szczególnej ochronie państwa polskiego, co jest wyrażone w preambule do komentowanej ustawy. Artykuł 2 u.o.z.p. wskazuje otwarty katalog zadań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.

II.1. Zadania związane z ochroną zdrowia psychicznego

Do podstawowych zadań ochrony zdrowia psychicznego należą:

- a) promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
- b) zapewnianie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- c) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji.

II.2. Zdrowie psychiczne

Światowa Organizacja Zdrowia opisuje zdrowie psychiczne jako: „stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, może wydajnie i owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty” (zob. World Health Organization, *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva 2001, s. 21).

II.3. Promocja zdrowia – definicja

Promocja zdrowia jest definiowana jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem i jego poprawę. Realizacja tej idei wymaga wielosektorowych działań, do których należą:

- a) aktywne kreowanie polityki zdrowia publicznego;
- b) tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu;

- c) wzmacnianie działań i inicjatyw społecznych na rzecz zdrowia;
- d) rozwijanie indywidualnych umiejętności i reorientacja świadczeń zdrowotnych (zob. *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Warszawa 1992, s. 422–428).

II.4. Promocja zdrowia psychicznego – definicja

Promocja zdrowia psychicznego to działania z zakresu edukacji i polityki społecznej ukierunkowane na całe populacje (np. populację dzieci i młodzieży szkolnej, ludzi w wieku senioralnym, ludzi z zaburzeniami psychicznymi i opiekunów), których nadrzędnym celem jest wzmacnianie zdrowia psychicznego oraz procesów wspomagających utrzymywanie dobrego zdrowia. Chodzi tu o wzmacnianie czynników chroniących i procesów odpornościowych (ang. *resilience*), które sprzyjają zdrowiu i pozytywnemu rozwojowi jednostek oraz stanowią przeciwwagę dla czynników ryzyka, sytuacji kryzysowych, wyzwań i trudności napotykanych w ciągu życia (zob. A. Borucka, K. Ostaszewski, *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2008/2, cz. I, s. 587–597; zob. również K. Ostaszewski, *Promocja [w:] Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, red. J. Wciórka, Warszawa 2014, s. 34).

II.5. Kształtowanie postaw społecznych

Ludzie chorzy psychicznie często spotykają się ze strachem i uprzedzeniami ze strony innych ludzi, reakcjami często opartymi na błędnych przekonaniach na temat chorób psychicznych. Kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jest procesem bardzo złożonym i długotrwałym, który rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Proces ten trwa przez całe życie i polega zarówno na kształtowaniu, jak i zmianie postaw z pozytywnych na negatywne i odwrotnie. Jak wskazuje Komisja Europejska: „Zwiększanie świadomości opinii publicznej na temat złego stanu zdrowia psychicznego oraz możliwości leczenia, wsparcie integracji ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie w życiu zawodowym może przyczynić się do zwiększenia

stopnia akceptacji i zrozumienia w społeczeństwie” (Zielona księga – *Po-prawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*, COM(2005) 484 final, pkt 6.2).

II.6. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

II.6.1. Istota

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego obowiązuje od 2011 r., jednak jego początkowe funkcjonowanie nie należało do udanych. Gdy dobiegał końca, w 2015 r., mówiło się nawet o jego likwidacji. Obowiązujący do końca 2022 r. program wynikał z rozporządzenia Rady Ministrów z 8.02.2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. poz. 458). W latach 2023–2030 ma obowiązywać kolejna edycja tego programu (tak wynika z projektu rozporządzenia zapowiedzianego w wykazie prac legislacyjnych rządu). Projektowane rozporządzenie określi katalog działań podejmowanych przez administrację publiczną, które mają zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksową, wielostronną i powszechnie dostępną opiekę zdrowotną. W uzasadnieniu projektu wskazano, że problem zaburzeń i chorób psychicznych stał się szczególnie istotny w ostatnich latach. Do wzrostu rozpowszechnienia problemów psychicznych przyczyniła się epidemia COVID-19 i konieczność czasowego wprowadzenia ograniczeń z nią związanych. Do chwili zamknięcia prac nad publikacją rozporządzenia jednak nie wydano.

Celem NPOZP jest podjęcie szeroko zakrojonych działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, jak również zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb. Do celów głównych NPOZP należy:

- a) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb;
- b) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;
- c) monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach NPOZP.

Natomiast do celów szczegółowych i zadań NPOZP należy:

- a) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi, skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy, udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom;
- b) w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi: opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach, prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;
- c) w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach NPOZP: gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z NPOZP, przekazywanych przez podmioty wskazane w NPOZP (zob. rozdział II ww. rozporządzenia).

II.6.2. Czas obowiązywania

Program, wynikający z przywołanego wyżej rozporządzenia w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, obowiązuje od 3.03.2017 r. do 31.12.2022 r.

II.6.3. Adresaci

W odróżnieniu od Narodowego Programu Zdrowia adresatami przedmiotowej ochrony w NPOZP są osoby z zaburzeniami. Konstrukcja art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 u.o.z.p. wskazuje, że grupą docelową ochrony są głównie osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, ale nie wyłącznie.

II.6.4. Zakres

Artykuł 2 ust. 3 u.o.z.p. zawiera otwarty katalog elementów NPOZP. Rada Ministrów może w dowolny sposób rozszerzać zakres programu.

II.7. Podmioty odpowiedzialne za realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Podmiotami biorącymi udział w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 są:

- a) ministrowie właściwi ze względu na cele NPOZP, w szczególności ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, zabezpieczenia społecznego, rodziny, pracy, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości oraz obrony narodowej;
- b) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- c) samorządy województw, powiatów i gmin, jak również
- d) organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania NPOZP.

II.7.1. Rola NFZ w NPOZP

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 4a u.s.o.z. do zakresu działania NFZ należy wdrażanie, finansowanie, monitorowanie i ewaluacja programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ust. 5 u.s.o.z. Fundusz zawiera umowę o realizację programu pilotażowego z realizatorem programu pilotażowego.

II.7.2. Rola ministra właściwego do spraw pracy, zabezpieczenia społecznego i rodziny w NPOZP

Głównym celem postawionym przez NPOZP przed ministrem właściwym do spraw pracy, zabezpieczenia społecznego i rodziny jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb. Cel ten jest realizowany przez cele pośrednie, którymi są: upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi oraz skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

II.7.3. Rola ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania w NPOZP

Podobnie jak ministrowi właściwemu do spraw pracy, zabezpieczenia społecznego i rodziny, NPOZP wyznacza ten sam cel główny ministrowi właściwemu do spraw oświaty i wychowania. Cel ten jest realizowany przez udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom. Zadaniem ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania jest przygotowanie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, instytucjonalnych ram i zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty, w szczególności młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi.

II.7.4. Zadania Ministra Sprawiedliwości w zakresie NPOZP

Do zadań Ministra Sprawiedliwości wskazanych w NPOZP należy zapewnienie osobom przebywającym w placówkach penitencjarnych wymiaru sprawiedliwości, w szczególności w ośrodkach dla młodocianych, dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego.

II.7.5. Zadania ministra właściwego do spraw wewnętrznych w zakresie NPOZP

Do zadań ministra właściwego do spraw wewnętrznych wskazanych w NPOZP należy: opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej oraz wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

II.7.6. Zadania Ministra Obrony Narodowej w zakresie NPOZP

Do zadań Ministra Obrony Narodowej wskazanych w NPOZP należy:

- a) opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;

- b) wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- c) monitorowanie, nadzorowanie i ochrona zdrowia psychicznego: weteranów działań poza granicami państwa i weteranów poszkodowanych w działaniach poza granicami państwa, ich rodzin oraz rodzin żołnierzy poległych w trakcie działań poza granicami państwa

II.7.7. Rola samorządów w NPOZP

Samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie promocji i ochrony zdrowia (zob. art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 2094)). Zadaniem samorządu województwa w ramach NPOZP jest:

- a) aktualizacja wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju centrów zdrowia psychicznego oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa; wojewódzki program może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- b) opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, dokumentu określającego strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie centrów zdrowia psychicznego, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych; opracowany dokument może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- c) wspieranie wdrażania planu umiejscowienia centrów zdrowia psychicznego zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym

poprzez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa (zob. np. Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2019–2022, przyjęty uchwałą nr 539/27/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z 13.03.2019 r. w sprawie przyjęcia Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2019–2022, będącego aktualizacją Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013–2020, https://bip.slaskie.pl/wojewodztwo/programy_plany_i_strategie_wojewodztwa/ochrona_zdrowia_psychicznego_1/slaski-program-ochrony-zdrowia-psychicznego-na-lata-2019-2022.html, dostęp: 15.11.2022 r.).

Dotyczy to również samorządu powiatowego (zob. art. 4 ust. 1 pkt 2 u.s.p.). Celem szczegółowym dla samorządów powiatowych w NPOZP jest:

- a) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego;
- c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi oraz
- d) skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy (zob. np. Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018–2022, stanowiący załącznik do uchwały nr 314/XLIII/18 Rady Powiatu Grodziskiego z 27.02.2018 r., https://bip.powiat-grodziski.pl/pliki/Biuro_rady_2014_2018/uchwala_314_2018.pdf, dostęp: 15.11.2022 r.).

W przypadku samorządu gminnego obowiązki w tym zakresie przewiduje art. 7 ust. 1 pkt 5 u.s.g. Gminy są zobowiązane do udzielania wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom. Cel ten realizowany jest przez wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, przez udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży w przedszkolach, szkołach i placówkach (zob. uchwała nr XXXI/299/2020 Rady Miejskiej w Ogrodzieńcu z 29.12.2020 r. w sprawie uchwalenia Gminnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata

2021–2022, https://www.ogrodzieniec.bip.jur.pl/dokumenty/Uchwała_XXXI_299_2020_Program_Zdrowia_Psychicznego_2021-2022.pdf, dostęp: 15.11.2022 r.).

II.8. Koordynator realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Minister właściwy do spraw zdrowia odpowiada za koordynację wykonania zadań polegających na:

- a) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- b) kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji;
- c) opracowaniu propozycji zmian NPOZP w przypadku uzyskiwania niezadowolających wyników funkcjonowania proponowanych rozwiązań, otrzymania danych wskazujących na nieskuteczność działań w trakcie realizacji NPOZP lub stwierdzenia braku komplementarności z innymi działaniami na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

II.9. Sposób przyjęcia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego przyjmowany jest w drodze rozporządzenia Rady Ministrów.

Art. 3. [Definicje legalne pojęć użytych w ustawie]

Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

- 1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:
 - a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychiatryczne),
 - b) upośledzonej umysłowo,
 - c) 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;
- 2) szpitalu psychiatrycznym, odnosi się to również do:
 - a) oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym,
 - b) kliniki psychiatrycznej,
 - c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - d) innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje;
 - 3) domu pomocy społecznej lub środowiskowym domu samopomocy, odnosi się to również do wszelkich form pomocy instytucjonalnej dla osób, o których mowa w pkt 1;
 - 4) zgodzie, oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania;
 - 5) dyspozytorze medycznym, kierującym akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespole ratownictwa medycznego, należy przez to rozumieć odpowiednio: dyspozytora medycznego, kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespół ratownictwa medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720 i 1733);
 - 6) przymusie bezpośrednim, bez wskazania środka przymusu bezpośredniego, należy przez to rozumieć:
 - a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
 - b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,

- c) **unieruchomienie** – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,
 - d) **izolację** – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu;
- 7) **lekarzu psychiatrze** – należy przez to rozumieć lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

I. Uwagi wprowadzające

I.1. Uwagi systemowe

W przypadku słowniczka wyrażeń ustawowych zawiera on podstawowe definicje, które objaśniają zwroty odnoszące się do instytucji objętych zakresem ustawy.

I.2. Historia jednostki

Obecny kształt art. 3 pkt 2 u.o.z.p. nadała ustawa z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960), która weszła życie 15.07.2016 r. Natomiast obecny kształt art. 3 pkt 5 i 6 u.o.z.p. nadano nowelizacją z 3.12.2010 r., która weszła w życie 11.02.2011 r., zaś art. 3 pkt 7 u.o.z.p. – nowelizacją z 24.11.2017 r., która weszła w życie 1.01.2018 r.

I.3. *Ratio legis*

Komentowany przepis stanowi ustawowy „słownik pojęć”, zbiór definicji legalnych. Nadaje on, w sposób normatywny, a więc wiążący, treść niektórym pojęciom występującym w dalszych częściach ustawy. Rozumienie podanej tu terminologii często odbiega od rozumienia potocznego lub przyjętego w innych aktach prawnych. Stworzenie takiego słowniczka jest zabiegiem techniczno-legislacyjnym służącym z założenia przesądzeniu o znaczeniu słów i sformułowań, które pojawiając się często w ustawie, mogą prowadzić do szczególnych trudności interpretacyjnych albo odgrywają kluczową rolę w konstrukcjach prawnych występujących w ustawie.

II. Treść normatywna przepisu

II.1. Pojęcie definicji legalnych

Artykuł 3 u.o.z.p. zawiera podstawowe pojęcia używane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Pojęcia te, z punktu widzenia teorii prawa, są definicjami legalnymi, a więc za Lechem Morawskim możemy stwierdzić, że „w sytuacji, gdy dany termin został zdefiniowany w języku prawnym, to powinniśmy się odwołać nie do reguły języka potocznego, ale do dyrektywy języka prawnego, a zatem nadać mu takie znaczenie, które przypisał mu prawodawca, a nie znaczenie, które ma on w języku potocznym” (L. Morawski, *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2014, s. 104). Pogląd ten jest aprobowany również przez wielu innych przedstawicieli nauki teorii prawa (np. Zygmunta Tobora), którzy wskazują jednomyślnie, że definicja legalna jest jedną z najsilniejszych dyrektyw językowych dla interpretatora tekstu prawnego. Odejście od tak przyjętej interpretacji mogłoby być możliwe w przypadku błędu ustawodawcy, który i tak powinien zostać skorygowany w drodze działań legislacyjnych.

Powyższe rozważania z punktu widzenia ochrony zdrowia psychicznego mogą zdawać się nieistotne, jednakże z punktu widzenia procesu wykładni prawa oraz przypisywania konkretnego stanu faktycznego do konkretnego przepisu prawa (tzw. subsumcja) są niezmiernie istotne. Jedynie tytułem przykładu można przytoczyć sytuację, w której wieloosobowa sala obserwacyjna w szpitalu psychiatrycznym została zamknięta w taki sposób, że pacjenci nie mogli jej samodzielnie opuścić, co zrodziło konieczność odpowiedzi na pytanie, czy powyższa sytuacja wypełnia dyspozycję przepisu regulującego definicję izolacji z art. 3 pkt 6 lit. d u.o.z.p. Należy od razu udzielić odpowiedzi, że w powyższym stanie faktycznym została wydana opinia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii Piotra Gałęckiego, w której jednoznacznie stwierdzono, że „ilekroć pacjent, przebywając w «pokoju obserwacyjnym» czy «izolacyjnym», pozostaje bez swobody wyjścia i wejścia, spełnia to przesłanki izolacji pacjenta, a więc bezwzględnie wymagane jest dopełnienie procedur, w tym prowadzonej dokumentacji” (pismo Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii

P. Gałęckiego z 16.12.2015 r., KKP/252/2015, skierowane do Rzecznika Praw Pacjenta K.B. Kozłowskiej).

II.2. Osoba z zaburzeniami psychicznymi

Pierwszym pojęciem zdefiniowanym w art. 3 u.o.z.p. jest pojęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi. Już na początku warto wskazać, że ustawodawca w katalogu tego pojęcia zamieszcza bardzo wiele stanów faktycznych. Zgodnie bowiem z tą definicją osobą z zaburzeniami psychicznymi jest osoba: chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne), upośledzona umysłowo oraz wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych.

Prawnikowi powyższy katalog pojęć może przysparzać trudności interpretacyjnych, gdyż jednoznaczne opisanie charakteru zaburzenia psychicznego pozostaje w gestii medycyny, a w toku postępowań sądowych – w gestii biegłych sądowych (psychiatrów). Trudności te nasilają się, jeżeli weźmie się pod uwagę stanowisko wyrażone w literaturze, że „obecnie nie istnieje jednoznaczna definicja pojęcia choroby psychicznej. W literaturze tematycznej preferowany jest termin «zaburzenie psychiczne»” (K. Bobińska, P. Gałęcki [w:] P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2016, art. 3, nt 3, s. 41). Warto wskazać na definicję choroby psychicznej zawartą w *Wielkim słowniku medycznym*, zgodnie z którą są to zaburzenia przebiegające z objawami psychotycznymi – omamami, urojeniami, ciężkimi zaburzeniami nastroju i emocji (por. K. Bobińska, P. Gałęcki [w:] P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa...*, 2016, art. 3, nt 3, s. 41). Dodatkowo warto wskazać za powyższymi autorami, że „ustawodawca nie uwzględnia dynamiki zmian w zakresie podejścia medycznego do zagadnień zdrowia psychicznego. Terminologia medyczna w obszarach naukowo-medycznych i prawnych przestaje zatem być spójna” (K. Bobińska, P. Gałęcki [w:] P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa...*, 2016, art. 3, nt 6, s. 43).

Dokonany przez ustawodawcę podział osób z zaburzeniami psychicznymi na osoby chore psychicznie, upośledzone umysłowo i wykazujące inne

zakłócenia czynności psychicznych może rodzić również problemy natury formalnej, albowiem zgodnie z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 u.o.z.p. może zostać przyjęta wyłącznie **osoba chora psychicznie**, a więc osoba zdefiniowana w art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p. Tym samym należy przyjąć, że osoba upośledzona umysłowo nie może zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 u.o.z.p., mimo że np. zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

Również w zakresie pojęcia upośledzenia umysłowego w kontekście charakterystyki medycznej należy odesłać do komentarza powyższych autorów, a tutaj jedynie zasygnalizować, że zarówno prawnicy, jak i medycy postulują odchodzenie od pojęcia upośledzenia umysłowego. Jest ono już coraz częściej uznawane za anachronizm językowy, co również zostało wskazane w komentarzu autorów do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a warto wskazać, że komentarz ten powstał w 2016 r. Również i ja podzielałam ten pogląd, gdyż pojęcie to ma zdecydowanie wydźwięk pejoratywny i krzywdzący dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (właśnie pojęcie niepełnosprawności intelektualnej postuluje się używać zamiennie). Ze swojego doświadczenia zawodowego mogę również wskazać, że Departament ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta podjął swego czasu inicjatywę zmiany w zakresie stosowanych pojęć, co jednak nie spotkało się aprobatą Departamentu Legislacyjnego Prawa Cywilnego oraz Departamentu Legislacyjnego Prawa Karnego Ministerstwa Sprawiedliwości. Argumentowano to tym, że zmiana sformułowania „upośledzenie umysłowe” na „niepełnosprawność intelektualna” w ramach jednego aktu (ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) musiałaby się wiązać ze zmianami kodeksowymi, które to zmiany są przeprowadzane inną procedurą niż zmiany ustawowe i nie jest zasadne podejmowanie tak czasochłonnych procedur dla zmiany jednego pojęcia. Zaznaczono, że zmiany te mogłyby zostać przeprowadzone przy okazji innej, szerszej nowelizacji.

Ostatnim pojęciem wskazanym w art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p. jest osoba wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych. Dodatkowo

osoba taka wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. Co ważne, aby osoba taka została uznana za osobę z zaburzeniami psychicznymi, musi wymagać udzielenia świadczeń zdrowotnych (np. ambulatoryjna opieka psychiatryczna, psychologiczna, oddziały dzienne) lub innych form pomocy (warsztaty terapii zajęciowej, pomoc socjalna, rehabilitacja psychiatryczna) (por. K. Bobińska, P. Gałęcki [w:] P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa...*, 2016, art. 3, nt 13, s. 49). Za powyższą formę pomocy można uznać również środowiskowe domy samopomocy, które funkcjonują na podstawie ustawy o pomocy społecznej. Za powyższymi autorami jako inne zakłócenia czynności psychicznych można wskazać:

- organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołem objawowym – stany otępienia, majaczenie niewywołane alkoholem;
- zaburzenia wywołane używaniem substancji psychoaktywnych;
- zaburzenia nastroju;
- zaburzenia nerwicowe;
- zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi, do których należą: zaburzenia odżywiania, nieorganiczne zaburzenia snu;
- zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych.

Na tle powyższego katalogu należy zwrócić uwagę na zaburzenia odżywiania, które zaliczają się do zespołów behawioralnych, zaliczanych – zgodnie z definicją – do innych zakłóceń psychicznych. Takie unormowanie tej kwestii może prowadzić do sytuacji wątpliwych, w których pacjent małoletni (przy zaburzeniach wieku rozwojowego) nie będzie mógł zostać przyjęty do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23 u.o.z.p., gdyż zaburzenie odżywiania nie znajduje się w kategorii chorób psychicznych, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a u.o.z.p. Praktyka jednak pokazuje, że pacjenci małoletni również są przyjmowani do szpitali psychiatrycznych z powodu zaburzeń odżywiania, gdyż najczęściej są to już stany zagrożące życiu lub zdrowiu. Aby jednak zachować dyscyplinę wywodu naukowego, słuszne jest wskazanie na powyższą rozbieżność, która mogłaby zostać skorygowana w drodze działań legislacyjnych.

II.3. Szpital psychiatryczny

W kolejnym punkcie art. 3 u.o.z.p., czyli pkt 2, zdefiniowano pojęcie szpitala psychiatrycznego. Zgodnie z definicją zawartą w tym przepisie szpitalem psychiatrycznym jest:

- a) oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym,
- b) klinika psychiatryczna,
- c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- d) inny zakład leczniczy podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawujący całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową

niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje.

Tak szeroki katalog pozwala zaliczyć do szpitala psychiatrycznego bardzo wiele podmiotów leczniczych, takich jak zakład opiekuńczo-leczniczy o profilu psychiatrycznym, jak również zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne o profilu psychiatrycznym. Takimi zakładami będą również różnego rodzaju domy, które w swojej działalności zajmują się nieletnimi osobami podejmującymi leczenie odwykowe. Tytułem przykładu można wskazać na Dom Nadziei w Bytomiu, który w swojej działalności udziela całodobowych świadczeń stacjonarnych w zakresie uzależnień. W zakresie tych definicji wątpliwości nasuwa art. 3 pkt 2 lit. d u.o.z.p., który wskazuje na inne zakłady lecznicze podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawujące całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową. Mianowicie ustawa o działalności leczniczej oprócz przymiotnika „całodobowe” posługuje się również przymiotnikiem „stacjonarne”, przez co należy rozumieć udzielanie świadczeń zdrowotnych całodobowo na miejscu w szpitalu, również z zapewnieniem noclegu. Tym samym powstaje pytanie, czy ustawodawca intencjonalnie pominął w art. 3 pkt 2 lit. d u.o.z.p. określenie „stacjonarne”, chcąc do szpitali psychiatrycznych zaliczyć również podmioty, które udzielają świadczeń całodobowo, ale nie stacjonarnie, czy też powinniśmy ten zabieg traktować jako pewne niedopatrzenie ustawodawcy. Moim zdaniem, uwzględniając coraz szerszy zakres świadczonych usług medycznych, w tym również w zakresie opieki psychiatrycznej i odwykowej (np. hostele dla osób z zaburzeniami psychicznymi), jak również mając na uwadze domniemanie

racjonalności ustawodawcy, można zaryzykować twierdzenie, że zabieg ten jest celowy. Taki sam wniosek moglibyśmy wyprowadzić na podstawie reguły interpretacji *lege non distinguente*, która w tłumaczeniu znaczy tyle, że „tam, gdzie rozróżnień nie wprowadza sam prawodawca, tam nie wolno ich wprowadzać interpretatorowi”. Wnioskując z tego, możemy stwierdzić, że poprzez użycie samego sformułowania „całodobowe” ustawodawca miał na myśli zarówno świadczenia stacjonarne, jak i niestacjonarne.

II.4. Dom Pomocy Społecznej

W kolejnym punkcie art. 3 u.o.z.p. ustawodawca wskazał, co należy rozumieć przez dom pomocy społecznej oraz środowiskowy dom samopomocy. Zgodnie z intencją ustawodawcy przez powyższe pojęcia należy rozumieć wszelkie formy pomocy instytucjonalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Dlatego też do tego katalogu możemy zaliczyć domy seniora, jak również warsztaty terapii zajęciowej. Nie możemy również zapominać o dziennych domach pomocy społecznej, które przecież również zawierają się w katalogu domów pomocy społecznej.

II.5. Pojęcie zgody na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Artykuł 3 pkt 4 u.o.z.p. definiuje pojęcie zgody, wskazując, że oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania. Zgodnie z tą definicją również osoba chora psychicznie w epizodzie psychotycznym jest zdolna do wyrażenia zgody, jeżeli okoliczności jej wyrażenia są swobodne (por. K. Bobińska, P. Gałęcki [w:] P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa...*, 2016, art. 3, nt 18, s. 54). Słusznie autorzy komentarza wskazują, że pojęcie zgody uregulowane w art. 3 pkt 4 u.o.z.p. nie jest tożsame z pojęciem oświadczenia woli uregulowanym w art. 82 k.c. Osoba z zaburzeniami psychicznymi jest zdolna do wyrażenia swobodnej zgody, a mimo to może

nie być zdolna do wyrażenia swobodnego i świadomego oświadczenia woli na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego. Oczywiście w zakresie zgody należy mieć na uwadze pojęcia zgody uświadomionej lub zgody poinformowanej, o których w swoim komentarzu pisze Dorota Karkowska (por. D. Karkowska [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 571–574). Co istotne, niedoprowadzenie pacjenta do stanu poinformowania prowadzi do uzyskania zgody nieważnej, co może mieć dla osoby wykonującej zawód medyczny skutki karne, cywilne i zawodowe (por. K. Bobińska, P. Gałęcki [w:] P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa...*, 2016, art. 3, nt 19, s. 56). Brak zgody wyrażonej przez pacjenta chorego psychicznie, który ma zostać przyjęty do szpitala psychiatrycznego, powoduje, że albo pacjent nie zostanie przyjęty do szpitala psychiatrycznego (jeżeli nie zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób), albo zostanie przyjęty na podstawie art. 23 u.o.z.p.

II.6. Dyspozytor medyczny

W zakresie definicji dyspozytora medycznego, kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespołu ratownictwa medycznego (art. 3 pkt 5 u.o.z.p.) ustawodawca odsyła do definicji zamieszczonych w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W mojej ocenie to odesłanie nie jest do końca precyzyjne. Wynika to z tego, że w słowniczku ustawowym ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zamieszczonym w art. 3 znajduje się wyłącznie definicja zespołu ratownictwa medycznego, przez który należy rozumieć jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 u.PRM, podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniającą wymagania określone w ustawie. Aby nie pozostawiać tej definicji niewyjaśnionej, należy przytoczyć wyżej powołany art. 32 ust. 1 pkt 2 u.PRM, zgodnie z którym jednostkami systemu są zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, wchodzące w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Nie sposób jednak w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym znaleźć definicję dyspozytora medycznego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Pozostaje jedynie w tym miejscu wskazać na zadania dyspozytora medycznego, które zostały uregulowane w art. 27 ust. 1 u.PRM, którymi są:

- przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ust. 5 u.PRM oraz z uwzględnieniem algorytmu zbierania wywiadu medycznego, o którym mowa w art. 27 ust. 6 u.PRM;
- przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- przekazywanie kierującemu akcją medyczną niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 u.PRM, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 u.PRM, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia;
- współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy z 26.04.2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. z 2023 r. poz. 122).

Co ważne, wykonywanie powyższych zadań dyspozytora medycznego zgodnie z art. 27 ust. 1a u.PRM stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych

w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. Tym samym należy bez żadnych wątpliwości przyjąć, że już w momencie kontaktu telefonicznego z dyspozytorem medycznym osoba dzwoniąca staje się pacjentem.

W zakresie pojęcia kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych użytego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego należy wskazać, że ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym posługuje się pojęciem kierującego akcją medyczną, co dla prawników może być argumentem do podnoszenia zarzutu braku jednolitości terminologicznej oraz braku spójności ustaw. Jak już wyżej wskazałem, również w zakresie pojęcia kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych brak takiej definicji w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dlatego pozostaje przytoczyć art. 41 u.PRM, zgodnie z którym kierującym akcją medyczną jest kierownik zespołu ratownictwa medycznego. Również w zakresie kierującego akcją medyczną ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym wymienia jego zadania, do których należy:

- w przypadku nieobecności na miejscu zdarzenia podmiotów krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 14 ust. 2 ustawy z 24.08.1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2057), dokonanie weryfikacji warunków panujących na miejscu zdarzenia ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń panujących na miejscu zdarzenia;
- koordynowanie działań realizowanych przez osoby wykonujące medyczne czynności ratunkowe oraz udzielające kwalifikowanej pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia;
- współpraca z dyspozytorem medycznym w zakresie ustalania kierunku transportu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z miejsca zdarzenia oraz zapotrzebowania na zespoły ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia;
- współpraca z kierującym działaniem ratowniczym, o którym mowa w art. 25 ustawy o ochronie przeciwpożarowej;
- współpraca z koordynatorem zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z 20.03.2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1466 ze zm.);

- współpraca z kierującym działaniami antyterrorystycznymi, o którym mowa w art. 18 ustawy z 10.06.2016 r. o działaniach antyterrorystycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2632).

II.7. Przymus bezpośredni

Artykuł 3 pkt 6 u.o.z.p. zawiera definicje form przymusu bezpośredniego, które mogą być zastosowane na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W odniesieniu do literatury przedmiotu w zakresie definicji przymusu bezpośredniego dziwi nieco fakt, że w komentarzu do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego napisanym przez Piotra Gałęckiego, Kingę Bobińską oraz Krzysztofa Eichstaedta tak mało miejsca poświęcono właśnie temu punktowi, który z perspektywy stosowania przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest niezmiernie ważny.

Pierwszym, na co należy zwrócić uwagę, jest rozróżnienie pomiędzy przymusem bezpośrednim a środkami przymusu bezpośredniego. Pierwsze pojęcie jest przypisane do regulacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, natomiast drugie przynależy do regulacji ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej. Dla praktyków w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (osób wykonujących zawody medyczne, prawników mających do czynienia z regulacjami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) to rozróżnienie nie nastręcza wielu trudności, jednak w mojej opinii ważne jest zaakcentowanie tego rozróżnienia na etapie omawiania definicji ustawowych, aby osoby mające po raz pierwszy styczność z regulacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego były świadome tej zasadniczej różnicy pomiędzy przymusem bezpośrednim a środkami przymusu bezpośredniego. W wymiarze praktycznym rozróżnienie to ma takie znaczenie, że przykładowo zgodnie z art. 12 ust. 1 pkt 2 u.s.p.b. środkiem przymusu bezpośredniego są kajdanki, które nie mogą znaleźć zastosowania na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, gdyż ustawa ta w katalogu form przymusu bezpośredniego nie zawiera kajdanek. Ponadto należy zwrócić uwagę na art. 3 pkt 4 u.s.p.b., zgodnie z którym ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej nie stosuje się do przymusu bezpośredniego lub zasad użycia

lub wykorzystania broni palnej, o których mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Tym samym z całą stanowczością ponownie należy wskazać, że środki przymusu bezpośredniego uregulowane w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej nie mogą znaleźć zastosowania do osób podlegających pod regulację ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W swojej praktyce zawodowej jako rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego wielokrotnie prowadziłem rozmowy z personelem medycznym szpitali psychiatrycznych (w tym zwłaszcza z ordynatorami oddziałów psychiatrycznych), który wskazywał na trudności we współpracy z funkcjonariuszami Policji lub funkcjonariuszami Służby Więziennej. Spotkałem się z przypadkami osób aresztowanych, które zostały ze względu na zaburzenia psychiczne przetransportowane do szpitala psychiatrycznego i przebywały w szpitalu w kajdankach, przy asyście dwóch funkcjonariuszy służby więziennej. Dodatkowo warto wskazać na opinię Ministerstwa Sprawiedliwości wyrażoną w piśmie z 26.02.2013 r., DWOiP-I-072-2/13/5, niepubl., w którym wskazano na niedopuszczalność stosowania kajdanek przy konwojowaniu pacjentów sądowych oddziałów psychiatrycznych. Podobną korespondencję prowadziła Rzecznik Praw Pacjenta Krystyna Barbara Kozłowska z Komendantem Głównym Policji w 2016 r., w efekcie której Zastępca Komendanta Głównego Policji „wydał stosowne polecenia wszystkim komendantom wojewódzkim/Stołecznemu Policji przypominające o właściwym postępowaniu podległych policjantów wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego, w tym kajdanek” (pismo z 28.06.2016 r., EP-1078/618/16, niepubl.).

Zachowując jednak obiektywizm naukowy oraz dostrzegając konieczność prezentacji stanowiska drugiej strony, należy wskazać na argumenty broniące funkcjonariuszy różnych służb porządkowych, którzy nie zawsze muszą posiadać informację, że konkretna osoba jest osobą z zaburzeniami psychicznymi. Wiele jest z pewnością sytuacji, w których jednostka Policji pojawia się na miejscu interwencji jako pierwsza i nie posiada jeszcze informacji o zaburzeniach psychicznych konkretnej osoby. Tym samym nie powinno dochodzić do sytuacji, w których funkcjonariusze Policji byliby zawsze pociągani do jakiegokolwiek odpowiedzialności (karnej, cywilnej, zawodowej), jeżeli w ramach posiadanej wiedzy oraz z zachowaniem

należytej staranności wykonywali swoje obowiązki. Dopiero w momencie uzyskania informacji (np. od kierownika zespołu ratownictwa medycznego) o zaburzeniach psychicznych danej osoby funkcjonariusz Policji powinien odstąpić od stosowania środków przymusu bezpośredniego przewidzianych w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej. Jak widać, granica pomiędzy prawidłowym działaniem a naruszeniem przepisów prawa nie zawsze będzie jasna i precyzyjna, zwłaszcza że zdarzenia towarzyszące zaburzeniom psychicznym są wielokrotnie procesem bardzo dynamicznym.

II.8. Przymus bezpośredni a środki przymusu bezpośredniego

Powyższe wątpliwości mogą zaistnieć również pomiędzy tożsamymi pojęciami, które są stosowane zarówno w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, jak i w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Takim przykładem jest pojęcie obezwładnienia, które jest zdefiniowane w art. 4 pkt 4 u.s.p.b. oraz wskazane w art. 12 ust. 1 lit. d u.s.p.b. jako jedna z form użycia siły fizycznej na podstawie powyższej ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, jak również jest ono wskazane w art. 3 pkt 6 lit. c u.o.z.p. jako wyrażenie definiujące pojęcie unieruchomienia. Z tego to powodu mogą zaistnieć wątpliwości, czy policjant może zastosować obezwładnienie uregulowane w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej w celu unieruchomienia pacjenta na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Pytanie to wynika z redakcji art. 18 ust. 9 u.o.z.p., który wprowadza obowiązek udzielenia pomocy przez określone służby przy stosowaniu przymusu bezpośredniego. W mojej ocenie należy udzielić odpowiedzi negatywnej na tak postawione pytanie, wskazując zwłaszcza na wyżej powołany zakaz stosowania środków przymusu bezpośredniego na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Ponadto warto wskazać na definicję unieruchomienia zawartą w art. 3 pkt 6 lit. c u.o.z.p., która wskazuje, że unieruchomienie następuje poprzez obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa. Zatem sama czynność obezwładnienia powinna nastąpić przy pomocy powyższych środków, a nie przy pomocy technik zamieszczonych w definicji obezwładnienia w art. 4 pkt 4 u.s.p.b. Muszę jednak wskazać, że w wymiarze

praktycznym często sposób postępowania zgodnie z przepisami prawa będzie niezmiernie trudny. Łatwo sobie wyobrazić sytuację, w której pacjent szpitala psychiatrycznego rzuca krzesłami, stołem lub innymi meblami, a personel medyczny lub funkcjonariusz Policji ma się ograniczyć wyłącznie do stosowania pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa. Jednakże należy także wskazać na inną formę przymusu bezpośredniego, jaką jest przytrzymanie. Wydaje się, że w sytuacji opisanej powyżej prawidłowym postępowaniem byłoby w pierwszej kolejności zastosowanie przytrzymania, a następnie unieruchomienie. Przy takim postępowaniu można zaryzykować twierdzenie, że żaden ze sposobów obezwładnienia zdefiniowanych w art. 4 pkt 4 u.s.p.b. nie musiałby znaleźć zastosowania, a osoby działające na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego będą mogły ograniczyć swoje działania do tych zgodnych z prawem.

II.9. Poszczególne formy przymusu bezpośredniego uregulowane w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego

Wyjaśniając powyższe wątpliwości, można przejść do krótkiego opisanie poszczególnych form przymusu bezpośredniego. Jako pierwsze w art. 3 pkt 6 u.o.z.p. zdefiniowane jest przytrzymanie, przez które należy rozumieć doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej. Najczęściej bodajże przytrzymanie jest stosowane w sytuacji, w której pacjent szpitala psychiatrycznego podejmuje próbę samodzielnego opuszczenia szpitala. Może to dotyczyć zarówno pacjentów przyjętych za zgodą, jak i bez zgody, z tym że w przypadku pacjentów przyjętych bez zgody zastosowanie znajdzie regulacja art. 34 zdanie drugie u.o.z.p. Wątpliwości, jakie najczęściej są zgłaszane przez personel medyczny w zakresie przytrzymania, sprowadzają się do pytania, czy w przypadku krótkotrwałego przytrzymania również należy sporządzić kartę przymusu bezpośredniego. Oczywiście odpowiedź na to pytanie musi być twierdząca, gdyż zgodnie z przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego każda forma przymusu bezpośredniego musi być udokumentowana, nawet jeżeli wiązałoby się to z wytworzeniem bardzo małej ilości dokumentacji medycznej. Brak takiej dokumentacji będzie stanowił naruszenie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

oraz przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. Naruszenie takie mogłoby być przedmiotem postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta na podstawie art. 50 ust. 1 u.p.p. Innymi przypadkami zastosowania przytrzymania mogłyby być sytuacje, w których pacjenci są wobec siebie agresywni lub pacjent chce dokonać samookaleczenia. Przypuszczam jednak, że w większości przypadków powyżej opisane zdarzenia będą jednocześnie podstawą do zastosowania unieruchomienia.

Przymusowe zastosowanie leków, unormowane w art. 3 pkt 6 lit. b u.o.z.p., to doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby, bez jej zgody. W kontekście tego przepisu w swojej praktyce zawodowej spotkałem się z wątpliwościami personelu medycznego opisującego sytuację pacjenta, który początkowo odmówił przyjęcia leków, jednak po zawiadomieniu i przybyciu pracowników ochrony przyjął lek „dobrowolnie”, w tym znaczeniu, że wziął tabletkę i sam wprowadził ją do swojego organizmu. Pracownicy ochrony jedynie asystowali, nie podejmowali żadnych czynności wobec pacjenta. Ponadto pacjent domagał się udokumentowania w dokumentacji medycznej, że lek został przymusowo podany. Sytuacja taka może budzić wiele wątpliwości interpretacyjnych i w kontekście brzmienia definicji przymusowego zastosowania leku trudne może być jednoznaczne stwierdzenie, czy w powyższej sytuacji mieliśmy do czynienia z przymusem. W mojej ocenie przedstawiona wyżej sytuacja nie miała charakteru przymusowego, nawet pomimo asysty pracowników ochrony, a to dlatego, że nie doszło tutaj do „wprowadzenia” bez zgody pacjenta leku do jego organizmu. Pacjent sam przyjął lek, a personel medyczny nie podejmował żadnych aktywnych działań nakierowanych na wprowadzenie leku do organizmu pacjenta. Jednocześnie samo żądanie pacjenta udokumentowania tej sytuacji w dokumentacji medycznej nie może automatycznie wymuszać na personelu sporządzenia karty przymusu bezpośredniego. W celach dowodowych warto jednak odnotować przebieg zdarzenia w dokumentacji medycznej, np. w raporcie lekarskim i w raporcie pielęgniarskim, w zależności od tego, jaki personel uczestniczył w takim zdarzeniu.

Unieruchomienie, zgodnie z definicją art. 3 pkt 6 lit. c u.o.z.p., to obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa. Na wstępie pragnę tylko wspomnieć o uwagach poczynionych powyżej w zakresie pojęcia obezwładnienia w kontekście ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, które oczywiście zachowują aktualność. Natomiast w kontekście środków, które mogą zostać wykorzystane przy stosowaniu unieruchomienia, można stwierdzić, że definicja nie nastręcza trudności ani wątpliwości. Z punktu widzenia prawa warto wskazać, że katalog środków zastosowania unieruchomienia jest zamknięty, a więc osoba wykonująca zawód medyczny nie może stosować unieruchomienia za pomocą innych „narzędzi”, np. kabla, kajdaneek, paska od spodni itd. Takie działanie należałoby uznać za naruszenie opisywanego przepisu.

Ostatnią zdefiniowaną formą przymusu bezpośredniego jest izolacja, uregulowana w art. 3 pkt 6 lit. d u.o.z.p. Przez izolację należy rozumieć umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu. W kontekście tej definicji aktualność zachowują uwagi poczynione przeze mnie powyżej, a dotyczące zamykania wieloosobowych sal obserwacyjnych. Dlatego też należy wskazać na cechy charakterystyczne izolacji, wymienione w przytoczonej definicji. Mianowicie izolacja ma miejsce tylko wówczas, gdy pacjent szpitala psychiatrycznego jest umieszczony **pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym** pomieszczeniu. Tym samym z punktu widzenia tej definicji nie można stosować izolacji w salach wieloosobowych ani w pomieszczeniach odpowiednio nieprzystosowanych. Skoro definicja mówi o pomieszczeniu zamkniętym, należy rozumieć przez to sytuację, w której pacjent nie jest w stanie samodzielnie opuścić pomieszczenia, oczywiście z uwzględnieniem zwykłych, typowych warunków użytkowania pomieszczenia. Pojawia się zatem pytanie, jakie kryteria stosować w zakresie oceny odpowiedniego przystosowania pomieszczenia do stosowania izolacji. Czy te kryteria są wskazane w samej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, czy należy ich szukać w regulacjach bardziej szczegółowych, takich jak rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą? Wskazać

należy, że w przytoczonym rozporządzeniu są przepisy, które określają wymogi dla jednoosobowej „separatki” (cz. VIII ust. 6 pkt 2 załącznika nr 1 do r.s.w.). Zgodnie z tymi przepisami:

„W oddziale psychiatrycznym:

[...]

- 2) część obserwacyjno-diagnostyczna może być wyposażona w jednoosobową separatkę posiadającą:
 - a) drzwi odporne na zniszczenie, otwierające się na zewnątrz, z okienkiem obserwacyjnym szklonym szkłem hartowanym, wyposażone w podwójny system zamykania od zewnątrz, bez klamki od wewnątrz,
 - b) ściany i podłogę gładkie, jasne, wyłożone wykładziną odporną na zniszczenie,
 - c) oświetlenie zabezpieczone szkłem bezpiecznym; lampa i żarówka są dostępne wyłącznie od zewnątrz pokoju,
 - d) system wentylacji niedostępny dla osoby izolowanej,
 - e) system ogrzewania uniemożliwiający dostęp osoby izolowanej do grzejnika lub innego źródła ciepła,
 - f) własne pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w miskę ustępową, natrysk i umywalkę, odporne na umyślnie zniszczenia,
 - g) łóżko wyposażone w materac niepalny, odporny na zniszczenie,
 - h) system monitoringu z kamerą, posiadający rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu, niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem”.

Wymogi dla separatki są bardzo rygorystyczne i w Polsce jest bardzo mało szpitali psychiatrycznych, które posiadają takie pomieszczenia. Zatem wyżej postawione pytanie w zakresie wymogów technicznych pozostaje nadal aktualne. Analizując tę problematykę, należy mieć na uwadze również art. 18e ust. 1 u.o.z.p., który stanowi, że przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadającym wymogom, jakie powinny spełniać **pokoje łóżkowe** w szpitalu psychiatrycznym lub w innym zakładzie leczniczym albo

pokoje mieszkalne w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej. Tym samym, mając na uwadze tzw. dyrektywę konsekwencji terminologicznej (inaczej zakaz wykładni homonimicznej) (zob. L. Morawski, *Zasady wykładni prawa*, 2014, s. 119–121), należy stwierdzić, że terminu „separatka” nie należy utożsamiać z terminem „izolatka”. Dlatego też we wniosku można skonstatować, że pomieszczenie do stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji nie musi spełniać restrykcyjnych wymogów separatki, a wystarczy spełnienie wymogów z art. 18e ust. 1 i 2 u.o.z.p.

II.10. Przymus bezpośredni poza szpitalem psychiatrycznym

W kontekście omawiania definicji form przymusu bezpośredniego należy zadać kolejne pytanie, czy przymus bezpośredni można stosować wyłącznie w warunkach szpitalnych. Przepisy ustawy tego nie rozstrzygają, dlatego należy uznać, że przymus bezpośredni można stosować również w warunkach ambulatoryjnych. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w warunkach ambulatoryjnych nie zwalnia osób wykonujących zawód medyczny od sporządzenia właściwej, zgodnej z przepisami prawa, dokumentacji medycznej.

II.11. Lekarz psychiatra

Ostatnią definicją zawartą w art. 3 u.o.z.p. jest definicja lekarza psychiatry, przez którego należy rozumieć lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Omawiając tę definicję, należy odwołać się do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w którym w § 2 pkt 2 również zamieszczono definicję lekarza specjalisty. Zgodnie z tą definicją lekarzem specjalistą jest lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny. Porównując obie definicje, można stwierdzić, że definicja ustawowa nie stawia wymogu posiadania specjalizacji II stopnia, dlatego też przez lekarza psychiatrę należałoby rozumieć lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie psychiatrii lub w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Taka interpretacja wynikałaby również z reguły interpretacji *lege non distinguente*.

II.12. Uwagi *de lege ferenda*

Na samym końcu warto wspomnieć o projekcie nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który został przygotowany z inicjatywy Rzecznika Praw Pacjenta w 2019 r., a przekazany do Ministerstwa Zdrowia na początku 2020 r. Należy również dodać, że w tworzeniu powyższego projektu uczestniczyli przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej (pod przewodnictwem Małgorzaty Pudło z Centrum Psychiatrii w Katowicach) oraz członkowie Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (m.in. Dominika Dudek, Janusz Heitzman, Małgorzata Janas-Kozik, Maciej Matuszczyk). Co istotne, w ramach złożonych propozycji uwzględniono również nowelizację art. 3 u.o.z.p. poprzez dodanie nowych form przymusu bezpośredniego.

W art. 3 pkt 6 u.o.z.p. zaproponowano dodanie kolejnych liter. W lit. e zaproponowano dodanie nowej formy przymusu bezpośredniego w postaci „przymusowej ochrony indywidualnej”, która została zdefiniowana jako „doraźne lub przewidziane w planie leczenia zastosowanie wobec osoby przenośnych środków mających na celu ograniczenie możliwości samouszkodzenia się przez tę osobę (w szczególności kaftan, kask, łapki)”. Ta propozycja powstała w wyniku postulatów środowiska lekarzy psychiatrów, którzy wskazywali, że często przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest zbyt uciążliwy dla pacjenta, a wystarczające byłoby zastosowanie mniej dolegliwych form przymusu bezpośredniego. Przymusowa ochrona indywidualna byłaby dopuszczalna przykładowo w sytuacjach, kiedy pacjent natrętnie drapie się po skórze, co może doprowadzić nawet do naruszenia powłoki skóry i wielopowierzchniowego krwawienia (łapki na ręce), bądź uderza głową o ściany lub inne przeszkody (kask).

Drugą propozycją nowej formy przymusu bezpośredniego (lit. F) jest „przymusowe przeprowadzenie niezbędnych czynności higienicznych (w szczególności obcięcie paznokci, obcięcie włosów, umycie pacjenta)”. Propozycja ta swoje źródło również znajduje w postulatach środowiska medycznego, które wskazuje, że brak takiej regulacji stwarza trudności w przypadku pacjentów z wszami, ze świerzbem lub którzy po prostu nie

dbają o swoją higienę i np. się nie kąpią. Niestety, w obecnych regulacjach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego brak jest przepisów, które pozwoliłyby na zastosowanie dwóch powyższych propozycji przymusu bezpośredniego, a personel medyczny zgłasza brak regulacji w tym zakresie. Przy obecnym brzmieniu przepisów wykonanie powyższych czynności (zastosowanie kasku, hełmu lub przymusowych czynności higienicznych) może prowadzić do zarzutu naruszenia prawa pacjenta do intymności i godności. Powyższe propozycje dotychczas nie zostały zaprezentowane szerszemu gronu specjalistów i ekspertów, dlatego trudno ocenić, czy użyte nazwy i definicje odpowiadałyby praktyce ochrony zdrowia psychicznego, jednakże nie sposób nie uznać doniosłości złożonych propozycji, które powinny doczekać się szerszej debaty.

Art. 4. [Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego]

1. Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego.

2. Działania, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:

- 1) stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych;
- 2) tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego;
- 3) wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;
- 4) rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze;
- 5) wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku;

- 6) podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym;
- 7) uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, a zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych.

3. (uchylony)

I. Uwagi wprowadzające

I.1. Uwagi systemowe

Komentowany artykuł znajduje się w rozdziale 1 u.o.z.p., zatytułowanym „Przepisy ogólne”.

I.2. Historia jednostki

Ustęp 3 komentowanego przepisu został uchylony przez ustawę z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960).

II. Treść normatywna przepisu

II.1. Grupy społeczne objęte szczególną ochroną przez ustawodawcę

Ustawodawca, dostrzegając, już na etapie przewencyjnym, szczególną wagę ochrony zdrowia psychicznego, wskazuje w komentowanym przepisie na konkretne grupy społeczne, które należy otoczyć szczególną ochroną. Są nimi: dzieci, młodzież, osoby starsze oraz osoby znajdujące się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego. Należy zwrócić uwagę, że wskazany powyżej katalog nie ma cech katalogu zamkniętego, są to jedynie grupy społeczne objęte ochroną zdrowia psychicznego ze szczególnym ich uwzględnieniem. Dodatkowo wskazać należy, że ostatnia grupa społeczna została przez ustawodawcę określona w sposób niedoprecyzowany, pozwalający na uwzględnienie w niej osób, które znalazły się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla zdrowia

psychicznego, np. uchodźców, ofiar katastrof naturalnych, wypadków itp. Wymienione grupy są w sposób oczywisty grupami społecznymi najsłabszymi społecznie, najbardziej narażonymi na zagrożenia zdrowia psychicznego i w konsekwencji objęte zostały szczególną ochroną.

II.2. Katalog otwarty działań ochronnych

W dalszej kolejności ustawodawca wskazuje na szereg działań, które są podejmowane w celu realizacji ochrony grup wymienionych w ust. 1. Ponownie należy zwrócić uwagę, że katalog wymienionych działań nie ma charakteru zamkniętego, stanowi jedynie szereg szczególnych rozwiązań podejmowanych w celu ochrony zdrowia psychicznego, przy jednoczesnej możliwości przedsięwzięcia innych.

II.3. Stosowanie działań ochronnych we wskazanych przez ustawodawcę instytucjach

Ustawodawca wskazuje na zasadność stosowania zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych. Termin „szkoła” pozostał niedookreślony co do rodzajów szkół wymienionych w Prawie oświatowym, a zatem można domniemywać, że ustawodawca miał na myśli każdy z nich. Placówki systemu oświaty i opiekuńczo-wychowawcze należy rozumieć zgodnie z ich definicjami zawartymi w art. 4 pr. ośw., zawierającym odniesienie do art. 2 pkt 3–8 i 10 pr. ośw., a placówkę resocjalizacyjną zgodnie z przepisami ustawy z 7.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2022 r. poz. 2230). Definicja jednostki wojskowej zawarta jest w art. 2 pkt 12 u.o.O. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku jednostki wojskowej działaniami zapobiegawczymi w zakresie ochrony zdrowia psychicznego mogą zostać objęte osoby spoza grup wymienionych w ust. 1 komentowanego przepisu, co podkreśla jego otwarty charakter.