



Zmiany w terminologii i procedurach w psychiatrii: uwagi Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do projektu ustawy

STANOWISKO Nr 90/25/P-IX PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 24 października 2025 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyny Kęckiej z dnia 6 października 2025 r. (znak: ZPP.0210.4.2025.DL) przedstawia następujące stanowisko odnośnie do przedmiotowego projektu:

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zasadna jest zmiana w art. 3 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego polegająca na odstąpieniu od stosowania w definicji osoby z zaburzeniami psychicznymi określeń „osoba chora psychicznie” i „osoba upośledzona umysłowo”. Na poparcie zasługuje zastąpienie tych pojęć odpowiednio określeniami „osoba z zaburzeniami psychotycznymi” oraz „osoba z niepełnosprawnością intelektualną”. Dotychczasowa terminologia zawarta w art. 3 pkt. 1 ustawy jest archaiczna i niepotrzebnie przyczynia się do stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi.

Naturalną konsekwencją rezygnacji ze stosowania określeń „osoba chora psychicznie” i „osoba upośledzona umysłowo” jest zmiana szeregu przepisów ustawy, które posługiwały się tymi pojęciami.

Na poparcie zasługuje uregulowanie na poziomie przepisów rangi ustawowej zasad przeprowadzania i dokumentowania kontroli osobistej w szpitalu psychiatrycznym (dodawany art. 18g ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) oraz zasad przeprowadzania kontroli pobieżnej (dodawany art. 18h ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Środowisko lekarzy psychiatrów zgłasza potrzebę uregulowania tego zagadnienia na poziomie przepisów rangi ustawowej. Zastrzeżenia budzi jednak projektowany art. 18g ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wskazujący, że *„Kontrolę osobistą przeprowadzają co najmniej dwie osoby tej samej płci co osoba kontrolowana, upoważnione przez kierownika szpitala psychiatrycznego, podczas nieobecności osób postronnych i osób odmiennej płci, oraz w miejscu niedostępnym w czasie przeprowadzania kontroli dla osób postronnych. W kontroli osobistej uczestniczy osoba wykonująca zawód medyczny”*. Takie uregulowanie liczby i płci osób wykonujących kontrolę jest niemożliwe do wykonania w mniejszych oddziałach psychiatrycznych. Wymóg obecności na dyżurze dwóch osób tej samej płci co pacjent, w tym jednej wykonującej zawód medyczny, oznacza konieczność takiego układania grafików, by zawsze na dyżurze byli obecni kobieta i mężczyzna, a dodatkowo wśród pozostałego personelu kolejne dwie osoby odmiennych płci. Wymóg z art. 18g ust. 3 ustawy jest o tyle niezrozumiały, że przy innych czynnościach (np. zmianie pampersów) nie ma wymogu zaangażowania wyłącznie osób tej samej płci.

Odnosnie do projektowanego art. 18g ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który

przewiduje, że zarządzenie o przeprowadzeniu kontroli osobistej wydaje kierownik szpitala psychiatrycznego albo osoba przez niego upoważniona, należy wskazać, że przepis powinien wyraźnie dopuszczać wydanie zarządzenia wyprzedzająco w stosunku do pewnych grup pacjentów np. w odniesieniu do wszystkich przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego z myślami samobójczymi – w takim przypadku weryfikacja służy ustaleniu czy pacjent nie ma przy sobie niebezpiecznych przedmiotów, leków czy narkotyków.

W nowelizowanym art. 18a 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje się, że „*Przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza*”. Zmiana sformułowania z „innego lekarza psychiatrę” na „innego lekarza” budzi wątpliwości. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby lekarzem wydającym opinię o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego był inny lekarz specjalista. Możliwość opiniowania tak ważnej sprawy jak przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza bez specjalizacji wydaje się niewystarczającą gwarancją ochrony praw pacjenta. Przepis nie wyjaśnia także jednoznacznie sytuacji, w której opinia lekarza wydającego opinię niebędącego psychiatrą będzie odmienna od decyzji lekarza psychiatry.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę na niezgodność brzmienia art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z jego uzasadnieniem. W uzasadnieniu (str. 3 uzasadnienia) wskazano, że termin na dokonanie oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego określony zostaje na 3 dni od rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego, tymczasem w art. 18 ust. 10 pkt 2 termin wskazano na 3 dni od zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza zastrzeżenia wobec proponowanego brzmienia art. 23 i art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W przepisach tych zrezygnowano z odwołania się do kategorii choroby psychicznej, nie użyto także wprowadzonego w to miejsce określenia „zaburzeń psychotycznych” i zastąpiono je rozbudowanym opisem funkcjonowania pacjenta. Powoduje to pogorszenie czytelności przepisów i utrudnienie w ich stosowaniu. Jest to rozwiązanie niekonsekwentne, szczególnie biorąc pod uwagę zmianę w art. 3 pkt 1 lit. a ustawy oraz w art. 22 ustawy, które posługują się pojęciem zaburzeń psychotycznych (w miejsce choroby psychicznej).

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniuje zmianę art. 23 ust. 2 ustawy stanowiący, że „*O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu opinii drugiego lekarza albo psychologa*”. Nie ma dostatecznego uzasadnienia dla złagodzenia przepisów poprzez rezygnację z wymogu wydania opinii przez lekarza psychiatrę. Przyjęcie proponowanej zmiany art. 23 ust. 2 ustawy może usankcjonować nieprawidłową sytuację, w której na oddziałach psychiatrycznych w czasie dyżuru nie ma lekarzy specjalistów. Nieuzasadnione jest pozostawienie w rękach dwóch lekarzy nieposiadających specjalizacji tak poważnej dla pacjenta decyzji, jak przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody, czyli w istocie głębokie ograniczenie jego swobód obywatelskich. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza zastrzeżenia wobec projektowanego art. 29 ust. 1 ustawy, gdzie wskazuje się, że do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba z zaburzeniami psychicznymi, zamiast dotychczasowego „osoba chora psychicznie”. Taka zmiana ma charakter zasadniczy, a możliwość przymusowej hospitalizacji wszystkich zaburzeń psychicznych, a nie tylko zaburzeń psychotycznych, rodzi obawy zarówno dotyczące nadmiernej ingerencji w autonomię pacjentów, jak i przeciążenia oddziałów psychiatrycznych, które mogą zostać zobowiązane do hospitalizowania osób, którym nie są w stanie pomóc. To samo zastrzeżenie dotyczy art. 38 ustawy.

Sprzeciw Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzą przepisy ustawy, w których w miejsce dotychczas stosowanego określenia „*ordynator (lekarz kierujący oddziałem)*” pozostawia się jedynie określenie „*lekarz kierujący oddziałem*” – zmiany takie dotyczą m.in. art. 14 ustawy (przepis dotyczy zgody na uzyskanie tzw. przepustki ze szpitala psychiatrycznego), art. 23 ust. 4 ustawy (przepis dotyczy zatwierdzenia przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta) czy art. 35 ustawy (przepis dotyczy wypisu ze szpitala psychiatrycznego). Zgodnie z art. 49 ust. 1

pkt 3 ustawy o działalności leczniczej, oddziałem szpitalnym może kierować ordynator – nie ma zatem żadnego uzasadnienia, aby pojęcie ordynatora wykreślać z brzmienia prawidłowo skonstruowanych obecnych przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W uzasadnieniu do projektu ustawy nie wskazano żadnych argumentów przemawiających za przyjęciem takiej zmiany. Proponuje się wobec tego, aby w art. 14, art. 23 ust. 4 i art. 35 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pozostawić dotychczasowe brzmienie „*ordynator (lekarz kierujący oddziałem)*”. W taki sam sposób określono strukturę szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2024 r. poz. 336) w § 12 ust. 1 pkt 1 wskazuje warunki jakie musi spełniać „*ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem)*”. Nie ma uzasadnienia, aby na gruncie oddziałów szpitala psychiatrycznego stosować odmienną terminologię.

Na poparcie zasługuje zmiana art. 46 ust. 5 ustawy, wskazująca, że w sprawach dotyczących przyjęcia bez zgody lub wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przyjętej bez zgody uczestnikiem postępowania sądowego jest również szpital psychiatryczny. Dotychczas interes szpitala nie był w tym postępowaniu w żaden sposób reprezentowany, a ma to ogromne znaczenie wobec ewentualnych sporów o odszkodowanie. Rozwiązanie to wydaje się jednak niewystarczające, gdyż - na swój wniosek - stroną powinien być także lekarz przyjmujący pacjenta, zwłaszcza jeśli dyżur pełni na podstawie kontraktu.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniuje zmianę w art. 2 ust. 7 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w myśl której wydłuża się z dwóch do trzech lat okres, za jaki Minister Zdrowia będzie sporządzał informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zawierającą ocenę realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zła sytuacja, w jakiej znajduje się polski system opieki psychiatrycznej, skłania do poglądu, że przegląd realizowanych zadań w tym obszarze i ich efekty powinny być oceniane coraz częściej, a nie coraz rzadziej.

Na kanwie opiniowania obszernych zmian w projektowanej ustawie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza poniżej postulaty rewizji przepisów ustawy, które nie są wprowadzić objęte przedłożeniem ustawowym, ale budzą uzasadnione wątpliwości.

1. Art. 11 ust. 1 ustawy przewiduje obowiązek osobistego zbadania osoby z zaburzeniami psychicznymi przed wydaniem jakiegokolwiek opinii. Przepis ten uniemożliwia zasięgnięcie opinii innego lekarza w sytuacji, gdy ten drugi lekarz nie może osobiście zbadać pacjenta, co mogłoby dotyczyć np. konsylium, superwizji lub telefonicznej konsultacji lekarza dyżurnego z ordynatorem czy kierownikiem specjalizacji. Zgodnie natomiast z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty „*Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby*”.

2. Art. 18 ust. 1 pkt 1 ustawy pozwala na zastosowanie przymusu bezpośredniego, gdy osoba „dopuszcza się zamachu” – takie brzmienie przepisu uniemożliwia zgodne z prawem podejmowanie działań zapobiegających wystąpieniu dających się przewidzieć zachowań agresywnych pacjenta, jeśli do takowych jeszcze nie doszło. Nie pozwala on na uniknięcie zagrożenia spowodowanego przyszłym, spodziewanym zachowaniem agresywnym. Zasadne byłoby rozszerzenie przesłanek zastosowania przymusu bezpośredniego o sytuacje, w których zachowanie pacjenta wskazuje, iż dokona on zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu.

3. Art. 18 ust. 8 zd. 1 ustawy nie pozwala na odstąpienie od obowiązku uprzedzenia osoby, wobec której ma być zastosowany przymus bezpośredni o jego zastosowaniu, nawet w sytuacji, w której osoba wymaga natychmiastowego zastosowania przymusu (np. w przypadku zagrożenia skokiem z wysokości).

