



SĄD NAJWYŻSZY

Rzeczypospolitej Polskiej

Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego

Prof. dr hab. Małgorzata Gersdorf

BSA I-021-351/17

Do druku nr 1847

Warszawa, dnia 30 października 2017 r.

SEKRETARIAT Z-CY SZEFA KS

AP-173-50/17

Data wpływu 22.10.2017 r.

Pan

Adam Podgórski

Zastępca Szefa

Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo z dnia 20 września 2017 r., GMS-WP-173-220/17 uprzejmie przesyłam uwagi Sądu Najwyższego do *rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw.*

Z wyrazami szacunku



Warszawa, dnia 30 października 2017 r.

BSA I-021-351/17

UWAGI

do projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Druk Sejmu RP VIII kadencji nr 1847).

Przed przystąpieniem do analizy przedłożonego projektu ustawy zauważyć należy, iż - jak wynika z ustaleń Najwyższej Izby Kontroli - Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015¹, nie został w pełni zrealizowany. Poważne nieprawidłowości i naruszenia praw osób umieszczonych wbrew ich woli w domach pomocy społecznej potwierdzają także zarówno wyroki Trybunału Konstytucyjnego (wyrok TK z dnia 28 czerwca 2016 r., K 31/15²), jak i orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach przeciwko Polsce (w szczególności wymienione w uzasadnieniu projektu ustawy sprawy ze skargi S. Kędziora, nr skargi 45026/07, i ze skargi K. C., nr skargi 31199/12). Także przedstawiony przez Rzecznika Praw Obywatelskich raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej” z lipca 2017 r.³ zawiera informacje o licznych uchybieniach wymagających zmian ustawowych, między innymi w obszarze normowanym w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (u.o.z.p.)⁴, w szczególności z uwagi na brak systemu kontroli legalności pobytu osób skierowanych do domu pomocy społecznej na podstawie orzeczenia sądowego. Obserwacje poczynione przez przedstawicieli KMPT dowodzą, iż nawet w sytuacji, gdy zgodnie z art. 43 u.o.z.p. dokonywana jest przez sędziego kontrola legalności przyjęcia do domu pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie i przebywania w takiej placówce to jest ona skoncentrowana na badaniu jej bieżącego funkcjonowania i prawidłowości dokumentacji. Podczas kontroli sędzia sprawdza, czy w dokumentacji dotyczącej określonego mieszkańca placówki jest postanowienie sądu o skierowaniu do tejże placówki. Nie podejmuje natomiast działań zmierzających do rzetelnego zbadania dalszego występowania przesłanek przymusowego pobytu w domu pomocy społecznej.

¹ Z informacji NIK z dnia 27 stycznia 2017 r., www.nik.gov.pl, wynikało, między innymi, że nie udało się ograniczyć występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, polepszyć jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi, ani dostępności świadczeń opieki psychiatrycznej. NIK stwierdził, iż „(..) niski poziom finansowania i zła organizacja opieki psychiatrycznej są głównymi barierami powodującymi ograniczony dostęp do świadczeń dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (..) Minister Zdrowia - który pełnił wiodącą rolę w realizacji Programu - nie zabezpieczył, w projektach kolejnych ustaw budżetowych, środków na realizację nowej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020, mimo że stosownie do wydanego przez siebie rozporządzenia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych uznał zapobieganie, leczenie i rehabilitację zaburzeń psychicznych za priorytet zdrowotny”.

² OTK-A 2016, poz. 59.

³ Rzecznik Praw Obywatelskich, *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Naruszenia-Dobre praktyki-Problemy systemowe*. Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, lipiec 2017 (opracowanie A. Iwanowska, J. Józwiak, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich).

⁴ Tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 882.

Z obserwacji przedstawicieli KMPT wynikało także, że kontakt mieszkańca placówki z lekarzem psychiatrą następował w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia. Brak było regularnych badań mających na celu ustalenie aktualnego stanu zdrowia psychicznego z punktu widzenia zasadności dalszego przebywania w placówce⁵.

Kierunek zmian zaproponowanych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁶ zwiększający ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi zasługuje na aprobatę. Merytoryczna ocena zasadności poszczególnych regulacji wymaga wiedzy medycznej i stosownego doświadczenia, a więc wykracza poza kompetencje prawnicze. Zastrzegając powyższe celowe wydaje się poddanie pod rozwagę niżej wskazanych kwestii.

Stosowanie przymusu bezpośredniego

Okresy stosowania przymusu bezpośredniego, w szczególności przed powiadomieniem o tym zwierzchnika służbowego, będącego osobą o wyższych kompetencjach medycznych niż stosujący przymus bezpośredni, wydają się nadmiernie długie (przykładowo dopuszczalne okresy stosowania przymusu bezpośredniego w projektowanym art. 18a, a w nim w szczególności ust.11 przewidujący powiadamianie ordynatora o zastosowanym przymusie bezpośrednim w formie unieruchomienia lub izolacji dopiero po upływie 24 godzin jego stosowania).

Projekt przewiduje obowiązek „przekazania instrukcji w zakresie okoliczności, zasad i sposobu stosowania” przymusu bezpośredniego, który może być wykonywany „wyłącznie przez osoby poinstruowane” (projektowany art. 18c, ust. 3 i 4). Z powyższego nie wynika w sposób jednoznaczny, czy przekazanie instrukcji co do „sposobu stosowania” przymusu jest równoznaczne z uzyskaniem stosownego profesjonalnego przygotowania do wykonywania czynności z zakresu przymusu bezpośredniego.

Zawiadomienie o przewiezieniu do szpitala psychiatrycznego (art. 18b ust.3)

Projektowany przepis przewiduje zawiadomienie o przewiezieniu osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego takiej osoby. Wydaje się, że celowe byłoby uzupełnienie, iż zawiadomienie powinno nastąpić niezwłocznie.

Okresowe badanie stanu zdrowia psychicznego

Na aprobatę zasługuje uzależnienie przyjęcia do domu pomocy społecznej od zezwolenia sądu opiekuńczego, o którym mowa w projektowanych ustępach 2-4 art. 38 u.o.z.p. oraz okresowe badania stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym pobyt w domu pomocy społecznej (art. 38 ust. 5 u.o.z.p.).

Badania, wg projektu, powinny następować „co najmniej raz na 6 miesięcy”. Choć, w przypadku uchwalenia tego przepisu, badania mogłyby odbywać się częściej niż jeden raz na pół roku, z wysokim prawdopodobieństwem można domniemywać, że w większości przypadków badanie odbywałoby się z minimalną, ustawowo zagwarantowaną częstotliwością – jeden raz na 6 miesięcy (czyli 2 razy w roku). Lepiej chroniona byłaby wolność osoby przebywającej w placówce, gdyby badania stanu jej zdrowia psychicznego odbywały się częściej (przykładowo nie rzadziej niż jeden raz na 3 miesiące). Powyższa refleksja dotycząca sytuacji osoby przyjętej do domu pomocy społecznej odnosi się również do analogicznego rozwiązania, które miałyby zostać zamieszczone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁷ (art. 35 ust. 2a).

⁵ Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, s. 44.

⁶ Tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 882.

⁷ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tekst jednolity Dz.U.2016 r., poz.487

Częstotliwość kontroli dokonywanych przez sędziego (art. 43 u.o.z.p.)

Projektowany art. 43 ust. 4 pkt 1 przewiduje obowiązkową kontrolę dokonywaną przez sędziego co najmniej raz w roku. Celowe byłoby rozważenie, czy nie można skrócić tego terminu do 6 miesięcy

Zmiany w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

Uwagi ogólne Projekt ustawy odnośnie do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ma charakter "punktowy", co nie jest rozwiązaniem pożądanym z punktu widzenia postulatu spójności system prawa, szczególnie że różne rozwiązania zawarte w tej ustawie są krytykowane, a analizy orzecznictwa wskazują na potrzebę poważniejszych zmian w szczególności odnośnie do obowiązku leczenia odwykowego⁸.

Celowe wydaje się rozważenie zasadności propozycji uchylecia art. 20 ustawy zobowiązującego do corocznego przedstawiania Sejmowi RP sprawozdania z wykonania ustawy. Sprawozdania te dostarczają zarówno parlamentarzystom, jak i opinii publicznej bardzo istotnych informacji o zagadnieniach związanych z nadużywaniem alkoholu. Sprawozdania nie zastąpi odpowiedni fragment informacji o realizacji Narodowego Programu Zdrowia, który ma być składany raz na 2 lata i obejmuje bardzo szeroki zakres zagadnień. Tymczasem skala oraz doniosłość problemów społecznych, zdrowotnych, ekonomicznych związanych z problematyką ustawy o wychowaniu w trzeźwości (...) zobowiązuje do potraktowania dotyczącej jej problematyki w szczególny sposób.

W Polsce występuje nadmierne spożycie alkoholu i mimo pojedynczych spadków, związanych m.in. z podwyższeniem podatku akcyzowego w latach 2009 i 2014, wykazuje tendencję wzrostową⁹. Zgodnie z danymi Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (dalej PARPA) spożycie czystego, 100% alkoholu na osobę wynosiło w 1993 r. 6,62 l., w 2000 r. – 7,12 l., w 2010 r. – 9,02 l., w 2013 r. – 9,67 l., w 2016 r. 9,37l.¹⁰ Z badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że: „w Polsce 11,9% dorosłej populacji (18–64 lat), tj. blisko 3 mln osób, nadużywa alkoholu, w tym uzależnionych jest ok. 600 tys. osób, tj. 2,4% populacji. (...) Konsekwencje uzależnienia od alkoholu i nadużywania alkoholu dotyczą również członków rodzin tych osób – ich liczbę szacuje się na ok. 3 mln osób”.¹¹ Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Ponad 200 rodzajów chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu¹². Przykładowo koszty utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Polsce na podstawie danych z 2010 r. wyniosły w sumie ponad 30 mld zł¹³ Autorzy raportu

⁸ Przykładowo badania przeprowadzone w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości: R. Kulma, *Efektywność wykonania orzeczeń sądowych o obowiązku podjęcia leczenia odwykowego*, Prawo w Działaniu, 2010, nr 7, s. 255 i n, M. Horna-Cieślak, *Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, Warszawa 2017, <http://www.iws.org.pl/analizy-i-raporty/raporty>.

⁹ W. S. Zgliczyński, *Alkohol w Polsce*, Biuro Analiz Sejmowych, Zagadnienia społeczno-gospodarcze, Infos nr 11 (215), 16 czerwca 2016 r., s. 1.

¹⁰ <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>

¹¹ W. S. Zgliczyński, op. cit., s. 3.

¹² Rada Ministrów, *Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.*, opracowane przez Ministra Zdrowia, Warszawa 2015, s. 10 (Druk Sejmu VIII kadencji nr 205).

¹³ Rada Ministrów, *Sprawozdanie ...* s. 97 (Druk Sejmu VIII kadencji nr 205)

Instytutu Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego¹⁴, powołując się dane PARPA oraz WHO, stwierdzili, że w 2011 r.: „koszty społeczne i ekonomiczne, jakie z powodu uzależnienia od alkoholu ponosi budżet państwa, szacowane mogą być nawet od 1,3 proc. do 3 proc. PKB. Odpowiadałoby to kwocie 45 miliardów złotych, obejmującej całościowe koszty społeczne nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego ponoszone rocznie w Polsce”.

Dostępność alkoholu (art. 14 ust. 1 pkt 4 c, d, ust. 5)

Badania wskazują, że rezygnacja z scentralizowanego systemu kontroli nad dostępnością alkoholu na rzecz systemu, którego priorytety obejmują przede wszystkim edukację i leczenie może spowodować wzrost spożycia alkoholu ze wszystkimi zdrowotnymi i społecznymi negatywnymi konsekwencjami tego. Dominacja rynku w polityce alkoholowej przynosi negatywne konsekwencje¹⁵. Z tej przyczyny wątpliwości budzą zapisy projektu ustawy łagodzące dotychczasowe ograniczenia – projektowane zmiany art. 14 ust. 1 pkt 4 c, d, ust. 5. Wydaje się, że uzasadniony byłby w szczególności zakaz (bez wyjątków, w tym dotyczących napojów alkoholowych o zawartości alkoholu do 3,5%¹⁶) sprzedaży, podawania i spożywania na stadionach i innych obiektach sportowych. Powoływanie się na praktykę „ogólnoeuropejską”, szerokie rozpowszechnienie zwyczajów sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych w innych państwach Unii Europejskiej, względy konkurencji itp. nie przekonuje gdy zważy się na skalę problemu nadużywania alkoholu w Polsce.

Kontrole w zakładach leczniczych i domach pomocy społecznej dotyczące osób na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu (art. 36 ust.6)

W projekcie jest mowa o kontrolach okresowych wykonywanych przez sędziego, jednakże bez wskazania co jaki czas, traktowany jako minimum, takie kontrole mają się odbywać. Wydaje się, że powinien być on wskazany w ustawie. Racjonalne wydają się kontrole przeprowadzane nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy lub częstsze.

Maksymalny limit wydatków budżetu państwa będący skutkiem finansowym projektowanej ustawy (art.11)

W art. 11 projektu ustawy ustalony został maksymalny limit wydatków budżetu państwa w części 15 (Sądy powszechne) będących skutkiem finansowym ustawy, jako niezmienny w okresie 10 lat od 2018 do 2027 r. Uzasadnienie projektu nie odnosi się do tej propozycji co wyklucza możliwość dokonania jej oceny. Nie mniej wydaje się godne refleksji i ewentualnej weryfikacji, założenie, iż wydatki związane ze stosowaniem ustawy i ekonomiczne uwarunkowania zewnętrzne będą w tym okresie niezmiennie.

¹⁴ Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, *Ekonomiczne aspekty picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Warszawa, maj 2013, http://instytuty.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/iooz/Publikacje/Katalog_14_-_wersa_ostateczna_07.05.2013.pdf s. 20 (39), tabela 13.

¹⁵ J. Moskalewicz, Ł. Wieczorek, *Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia - trzy dekady doświadczeń*, Alkoholizm i Narkomania 2009, tom 22, nr 4, s. 305 -337.

¹⁶ C. Kąkol w komentarzu do art. 8a ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych (LEX/el., 2017) przypomina, że w do uzasadnieniu projektu ustawy, która wprowadziła ten przepis, stwierdzono m.in., że „proponycja [sprzedaży, podawania i spożywania niskoprocentowych napojów alkoholowych] umożliwia przeniesienie na grunt polski ogólnoeuropejskiej praktyki zezwalania na spożywanie przez kibiców w wydzielonych strefach podczas imprez masowych alkoholi niskoprocentowych (...)”, oraz, że przyjęte rozwiązanie wzbudzało poważne kontrowersje podczas prac parlamentarnych.