



Warszawa, 27-09-2026 r.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Sylwia Gregorczyk-Abram

V.7016.60.2026.BK/JK

Pani

Katarzyna Kęcka

Podsekretarz Stanu

Ministerstwo Zdrowia

via ePUAP

Szanowna Pani Minister,

dziękuję za przekazane informacje dotyczące zmian wprowadzonych w kolejnej wersji projektu nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917). Na wstępie warto odnotować, że część uwag i postulatów zgłaszanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich znalazła odzwierciedlenie w obecnej wersji projektu. Dotyczy to w szczególności rezygnacji z posługiwania się pojęciem „upośledzenie umysłowe” i zastąpienie go współczesną terminologią („zaburzenia rozwoju intelektualnego”, por. ICD-11), a także zmian odnoszących się do zasad stosowania, dokumentowania i kontroli przymusu bezpośredniego oraz odstąpienia od propozycji umożliwiającej w praktyce bezterminowe stosowanie przymusu w postaci unieruchomienia na terenie domów pomocy społecznej.

Pozytywnie należy również ocenić odniesienie się do kwestii związanych z ochroną praw małoletnich pacjentów oraz działań zmierzających do dostosowania projektowanych regulacji do standardów ochrony praw dziecka, w szczególności w zakresie procedury rewizji.

Przechodząc do najnowszej wersji projektu, pragnę jednak zwrócić uwagę na kilka zagadnień, które z punktu widzenia ochrony praw osób w kryzysie psychicznym, nadal wymagają dalszego procedowania.

1. Ochrona praw osób ubezwłasnowolnionych,

W art. 17 projektowanej ustawy wskazano, że: „W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby z zaburzeniami psychicznymi lub z zaburzeniami rozwoju umysłowego nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby.” Zasadniczo rozwiązanie to należy ocenić pozytywnie, jednak w mojej ocenie wymaga ono dalszego doprecyzowania. W Polsce trwa obecnie szeroka dyskusja dotycząca standardów ochrony praw osób ubezwłasnowolnionych oraz potrzeby przebudowy obowiązującego modelu. Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie wskazywał na konieczność modyfikacji obowiązujących w tym zakresie rozwiązań w stronę utrwalenia modelu wspieranego podejmowania decyzji, który gwarantuje podmiotowe traktowanie każdej osoby. W tym kontekście jednakże należy zauważyć, że projektowany przepis, w praktyce nie może odnosić się nie tylko do osób z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną / zaburzeniem rozwoju umysłowego, lecz także do osób, które zostały wcześniej ubezwłasnowolnione z uwagi na występowanie innych zaburzeń psychicznych (np. uzależnienia), o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz 13 § 1 oraz 16 § 1 Kodeksu Cywilnego. W mojej ocenie zasadne byłoby zatem rozważenie rozszerzenia zakresu podmiotowego projektowanego przepisu także o osoby doświadczające innych zaburzeń psychicznych, na przykład poprzez wprowadzenie terminu „dobro osoby z zaburzeniami psychicznymi”. Takie rozwiązanie byłoby spójne z terminologią ustawową/kodeksową, a jednocześnie lepiej zabezpieczałoby prawa i wolności osób, których formalna trudna sytuacja może być związana z ubezwłasnowolnieniem z powodu poważnych zakłóceń funkcjonowania zdrowotnego, innych niż zaburzenia psychiczne lub zaburzenia rozwoju umysłowego.

2. Przymus bezpośredni podczas transportu do szpitala psychiatrycznego

Kolejna kwestia dotyczy projektowanego art. 18 ust. 7 analizowanej ustawy. W zaproponowanym rozwiązaniu wskazano, że w sytuacji określonej w ust. 5 zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Warto jednak rozważyć, czy katalog ten nie powinien zostać

uzupełniony również o możliwość zastosowania odpowiednio dobranych produktów leczniczych mających w szczególności działanie stabilizujące i / lub uspokajające (por. przymusowe podanie leków). Ma to znaczenie szczególnie w sytuacji znacznego pobudzenia psychoruchowego m. in. osób transportowanych do szpitala bez swojej akceptacji. Zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, sposób postępowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi powinien być możliwie najmniej uciążliwy dla tej osoby. W określonych sytuacjach zastosowanie odpowiednio dobranej farmakoterapii może być rozwiązaniem mniej dolegliwym niż długotrwałe przytrzymywanie lub unieruchamianie pacjenta. Może ono służyć ochronie samego pacjenta, a także innych osób uczestniczących w transporcie.

Postulat ten wymaga oczywiście odpowiedniego zabezpieczenia proceduralnego, tak aby zastosowanie produktu leczniczego w ramach przymusu bezpośredniego nie stało się środkiem rutynowym, lecz pozostawało rozwiązaniem podejmowanym proporcjonalnie, stosowanym wyłącznie w sytuacjach uzasadnionych stanem pacjenta.

3. „Osobiste badanie” lekarza a wykorzystanie środków teleinformatycznych

W odniesieniu do projektowanego art. 18a ust. 9 należy zwrócić uwagę na użyte w projekcie określenie „osobiste badanie”. Zgodnie z projektowanym rozwiązaniem, „Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza”.

W mojej ocenie zasadne byłoby rozważenie zastąpienia ww. określenia sformułowaniem „bezpośrednim osobistym badaniem”. Postulat ten ma znaczenie w związku z coraz szerszym wykorzystywaniem środków teleinformatycznych w postępowaniach dotyczących osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych. Do Biura BRPO docierają sygnały dotyczące sytuacji, w których kontakt pacjenta przyjętego bez zgody z sędzią sądu opiekuńczego odbywa się za pomocą środków teleinformatycznych, a nie w ramach bezpośredniego, osobistego kontaktu. Z perspektywy ochrony praw człowieka jest to zagadnienie wymagające szczególnej uwagi. Nie można bowiem wykluczyć, że pojęcie „osobistego badania” będzie w praktyce interpretowane rozszerzająco i obejmie również sytuację, w której lekarz

dokonuje oceny stanu pacjenta na odległość, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, przy wykorzystaniu informacji przekazywanych przez personel obecny przy pacjencie.

W przypadku decyzji o dalszym stosowaniu przymusu bezpośredniego standard ochrony praw pacjenta powinien być jednak szczególnie wysoki. Dlatego proponuję rozważenie użycia określenia „bezpośrednie osobiste badanie”, które w sposób jednoznaczny wskazywałoby na konieczność fizycznej obecności lekarza przy pacjencie.

4. Szkolenia dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego

Pragnę wyrazić zadowolenie w związku z uwzględnieniem w projektowanej nowelizacji przepisów odnoszących się do obowiązku prowadzenia szkoleń dla osób odpowiedzialnych za podmioty, w których może być stosowany przymus bezpośredni. Jednocześnie podtrzymuję postulat, aby na podstawie wyraźnej delegacji ustawowej Minister Zdrowia został zobowiązany do określenia w drodze rozporządzenia szczegółowych zasad dotyczących takich szkoleń.

Stosowanie przymusu bezpośredniego jest jednym z najbardziej newralgicznych obszarów ochrony praw pacjentów. Jednocześnie współczesne podejście do zachowań autoagresywnych i agresywnych coraz silniej akcentuje znaczenie metod deeskalacji, rozpoznawania czynników wywołujących pobudzenie oraz zapobiegania sytuacjom prowadzącym do zastosowania przymusu.

Rozporządzenie powinno zatem określać nie tylko zakres wiedzy medycznej, ale również elementy wiedzy psychologicznej, pedagogicznej i socjologicznej, a także praktyczne umiejętności związane z rozpoznawaniem i deeskalacją zachowań agresywnych, a także co ważne bezpiecznych dla personelu i pacjentów, technik stosowania siłowego przymusu.

5. Kontrola osobista i kontrola pobieżna

W kontekście przymusu bezpośredniego na uznanie zasługuje szczegółowe doprecyzowanie zasad dotyczących kontroli osobistej i kontroli pobieżnej. W toku licznych dyskusji z pacjentami szpitali psychiatrycznych wielokrotnie wskazywano na potrzebę ustanowienia możliwie wysokich standardów w tym zakresie. Jednocześnie, należy mieć świadomość, że doświadczenia placówek psychiatrycznych wskazują na realne ryzyko pojawienia się na ich terenie niebezpiecznych substancji lub

przedmiotów. Istnienie takich zagrożeń może uzasadniać prowadzenie określonych procedur kontrolnych. Muszą one jednak być realizowane w sposób możliwie najmniej uciążliwy dla pacjenta, z pełnym poszanowaniem jego godności, intymności i prawa do prywatności. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do pacjentów małoletnich oraz osób, które w przeszłości doświadczyły przemocy, w tym przemocy seksualnej.

W tym zakresie pozytywnie oceniam zaproponowaną w projekcie metodykę, która przewiduje kolejne etapy postępowania i uwzględnia potrzebę poszanowania godności oraz intymności pacjenta poddawanego rewizji. Jednocześnie chcę zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt dotyczący kontroli pobieżnej. W mojej ocenie cenne byłoby rozważenie wprowadzenia zasady, zgodnie z którą kontrola pobieżna byłaby – co do zasady – przeprowadzana przez dwie osoby tej samej płci co osoba kontrolowana. Czynność taka powinna być również odpowiednio dokumentowana. Rozwiązanie to miałoby znaczenie nie tylko z punktu widzenia ochrony pacjenta przed niewłaściwym traktowaniem, lecz także z perspektywy ochrony personelu. Obecność dwóch osób oraz odpowiednie udokumentowanie czynności, stwarzałyby możliwość obiektywnego wyjaśnienia ewentualnych zarzutów dotyczących sposobu przeprowadzenia kontroli.

W omawianych aspektach konieczne jest doprecyzowanie projektowanego art. 18h, w szczególności poprzez jednoznaczne wskazanie, jakie „właściwe organy” należy zawiadomić w przypadku odmowy poddania się kontroli osobistej lub kontroli pobieżnej, w sytuacji wystąpienia niebezpieczeństwa na terenie szpitala.

Należy również zwrócić uwagę na kwestię skutków odmowy poddania się kontroli osobistej lub kontroli pobieżnej przez pacjenta. Projekt nie reguluje w sposób jednoznaczny postępowania w takiej sytuacji, mimo że może ona występować w praktyce. Pragnę przy tym zauważyć, że obowiązujące przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewidują możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego wyłącznie w ściśle określonych przypadkach. Sama odmowa poddania się kontroli nie stanowi obecnie samodzielnej przesłanki do zastosowania przymusu bezpośredniego. Powstaje więc istotna wątpliwość, w jaki sposób personel powinien postąpić w sytuacji, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie posiadania przez pacjenta niebezpiecznych przedmiotów lub substancji, zaś pacjent odmawia poddania się kontroli, a jednocześnie nie zachodzą przesłanki ustawowe do zastosowania przymusu bezpośredniego. Kwestia ta wymaga doprecyzowania w projektowanych przepisach, tak aby z jednej strony zapewnić bezpieczeństwo pacjentów i personelu, a

z drugiej zagwarantować poszanowanie praw pacjenta oraz uniknąć praktyki sięgania po środki przymusu w sytuacjach nieznajdujących wyraźnej podstawy ustawowej.

6. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody – art. 22

Istotne zastrzeżenia dotyczą również projektowanych zmian w art. 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W projekcie odniesiono się we wskazanym kontekście do sytuacji przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby z rozpoznanymi zaburzeniami psychotycznymi lub zaburzeniami rozwoju umysłowego, niezdolnej do wyrażenia zgody na przyjęcie i leczenie.

W mojej ocenie problem ten wymaga szerszej analizy, której niestety dotąd nie podjęto.

Obowiązujące brzmienie art. 22 ust. 2 jest rozwiązaniem niedoskonałym. W odróżnieniu od sytuacji regulowanych m.in. w art. 23 i art. 24 ustawy, przepis ten nie zapewnia bowiem analogicznego poziomu sądowej kontroli przyjęcia pacjenta bez zgody. Sytuacja osoby, która nie jest zdolna do wyrażenia zgody, nie musi przy tym wiązać się z zachowaniem agresywnym lub autoagresywnym. Może ona zostać przyjęta przymusowo do szpitala wyłącznie z powodu pogorszenia się stanu psychicznego i braku zdolności do wyrażenia świadomej akceptacji na działanie medyczne. W takiej sytuacji sąd opiekuńczy jest informowany o przyjęciu, jednak mechanizm kontroli nie odpowiada w pełni standardom przewidzianym w innych trybach hospitalizacji bez zgody. Następuje bowiem wyłącznie powiadomienie sądu. Ten natomiast nie jest następnie zobligowany do jakiegokolwiek działania weryfikującego w postaci np. uzyskania opinii biegłego. Brak jest również obowiązku przeprowadzenia posiedzenia, które ustaliłoby zasadność przyjęcia i leczenia osoby, o której mowa w art. 22 ust. 2 ustawy. Warto zatem rozważyć, czy przy okazji obecnej nowelizacji, nie powinno dojść do rozszerzenia sądowej kontroli również tego trybu przyjęcia pacjenta, zbieżnej z procedurą wskazaną w art. 23, art. 24 i art. 28 ustawy.

7. Nowy model hospitalizacji psychiatrycznej bez zgody

W odniesieniu do projektowanych zmian, w szczególności art. 23, art. 24 i art. 29, podtrzymuję wcześniejsze stanowisko Biura RPO oraz Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego działającej przy RPO, dotyczące potrzeby przeprowadzenia szerokiej debaty nad nowym modelem hospitalizacji psychiatrycznej bez zgody.

Niewątpliwie, aktualnie na szczególną uwagę zasługują w tym zakresie, stanowiska konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, prof. Piotra Gałęckiego, a także uwagi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące sytuacji, w których do szpitala psychiatrycznego powinna móc zostać przyjęta bez zgody osoba stwarzająca wyraźne i bezpośrednie zagrożenie dla własnego życia lub życia i zdrowia innych osób, mimo że nie występują u niej objawy psychotyczne. Dane dotyczące prób samobójczych, samobójstw oraz innych zachowań zagrażających życiu wskazują, że problem ten wymaga poważnej debaty legislacyjnej.

Jednocześnie należy przyznać, że w Polsce nie wypracowano dotychczas kompleksowej alternatywnej propozycji modelu hospitalizacji w takich sytuacjach. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera również problem sądowej kontroli hospitalizacji osób doświadczających innych zaburzeń psychicznych. Obowiązujące procedury w tym zakresie zostały skonstruowane przede wszystkim z myślą o określonych trybach przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Nie odpowiadają one z całą pewnością sytuacji, w której pacjent zostaje przyjęty bez zgody z powodu poważnych zaburzeń psychicznych, np. ciężkich zaburzeń osobowości, którym towarzyszą zachowania bezpośrednio zagrażające życiu. Oczywiście, współczesna psychiatria dysponuje coraz nowymi możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Nadal jednak pozostaje problem czasu trwania hospitalizacji oraz zakresu ingerencji w prawa pacjenta, a także zobiektywizowania, z perspektywy sądu opiekuńczego, sytuacji uzasadniającej tak szeroką ingerencję w ludzką autonomię.

Dlatego zasadne wydaje się m. in. rozważenie wprowadzenia dodatkowego mechanizmu sądowej kontroli pobytu takiej osoby w szpitalu, obejmującego ponowną ocenę zasadności dalszego pozbawienia jej wolności po określonym czasie od przyjęcia.

Mam świadomość, że rozwiązanie takie oznaczałoby dodatkowe obowiązki po stronie sądów opiekuńczych. Należy jednak zauważyć, że projektowana nowelizacja już w kilku miejscach przewiduje nowe kompetencje i obowiązki sądu, m.in. w zakresie kontroli osobistej i kontroli pobieżnej (możliwość złożenia skargi) oraz możliwości przeprowadzenia posiedzenia sądowego na terenie szpitala.

Z tego względu ponownie zwracam uwagę na potrzebę podjęcia szerszej debaty nad całym modelem hospitalizacji psychiatrycznej bez zgody oraz – niezależnie od tej debaty – rozważenia dodatkowego mechanizmu sądowej kontroli w przypadku osób

hospitalizowanych na podstawie przesłanek obejmujących szeroko rozumiane zaburzenia psychiczne inne niż psychotyczne.

8. Domy pomocy społecznej – projektowany art. 38

Kolejna kwestia wymaga, w mojej ocenie, szczególnie pogłębionej analizy z perspektywy systemowej. Projektowane nowe brzmienie art. 38 ust. 1 przewiduje możliwość skierowania bez zgody do domu pomocy społecznej osoby, która wskutek zaburzeń psychicznych znajduje się w sytuacji braku możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych lub korzystania z opieki innych osób. Rozwiązanie to należy zestawić z systemem domów pomocy społecznej określonym w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639). Kluczowe znaczenie ma tutaj art. 56 ustawy o pomocy społecznej, który określa typy domów pomocy społecznej. Są to domy dla:

- „1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekłe somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekłe psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 7) osób uzależnionych od alkoholu.”

W obowiązującym systemie nie wyodrębniono zatem osobnego typu domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób z kategorią „innych zaburzeń psychicznych”. Ma to istotne znaczenie dla projektowanego art. 38. Posłużenie się szerokim pojęciem „zaburzeń psychicznych” może bowiem obejmować również osoby, które nie należą do żadnej z kategorii wskazanych ww. w art. 56 ustawy o pomocy społecznej.

Nie chodzi przy tym wyłącznie o problem terminologiczny. Jest to kwestia organizacyjna i systemowa. Jeżeli ustawodawca zdecyduje się rozszerzyć kategorię osób, które mogą być kierowane bez zgody do podobnych placówek, o osoby z szeroko rozumianymi zaburzeniami psychicznymi, powinno temu towarzyszyć odpowiednie dostosowanie systemu pomocy społecznej – zarówno na poziomie ustawowym, wykonawczym, jak i organizacyjnym.

Projektowane rozwiązanie wymaga – w mojej ocenie – co najmniej jednoznacznego wyjaśnienia relacji pomiędzy art. 38 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego a art. 56 ustawy o pomocy społecznej. Jeżeli intencją projektodawcy jest rzeczywiście objęcie art. 38 również osób z innymi zaburzeniami psychicznymi, konieczne byłoby wcześniejsze zapewnienie odpowiedniej podstawy prawnej oraz zaplecza organizacyjnego dla udzielania takim osobom świadczeń w systemie pomocy społecznej.

9. Tajemnica zawodowa i współpraca z systemem oświaty

Na zakończenie pragnę odnieść się do regulacji dotyczącej tajemnicy zawodowej, zawartej w projektowanym art. 50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Pozytywnie oceniam propozycję dotyczącą możliwości ujawnienia informacji objętych tajemnicą wobec „psychologa szkolnego w zakresie, w jakim jest to niezbędne do wykonywania przez niego zadań”. Podtrzymuję jednak stanowisko, że zakres tego wyjątku powinien zostać odpowiednio rozszerzony również na inne osoby wykonujące w systemie oświaty zadania o charakterze specjalistycznym, w szczególności na pedagoga specjalnego.

Postulat ten ma wyraźne uzasadnienie w obowiązujących przepisach prawa oświatowego.

Zgodnie z art. 127 ust. 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2026 r. poz. 820), „uczniowi objętemu kształceniem specjalnym dostosowuje się program wychowania przedszkolnego i program nauczania do jego indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych”, m.in. na podstawie indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego. Istotną rolę w tym procesie odgrywa zespół nauczycieli i specjalistów pracujących z uczniem. W ramach tego systemu dokonuje się również wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia, która służy określeniu jego potrzeb, zakresu niezbędnego wsparcia, trudności w funkcjonowaniu oraz efektów podejmowanych działań.

Zadania pedagoga specjalnego wynikają natomiast m.in. z rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023 r. poz. 1798). Ministerstwo Edukacji wskazuje wprost, że do kompetencji pedagoga specjalnego należy m.in. współpraca z nauczycielami, innymi specjalistami, rodzicami i uczniami, współpraca z zespołem opracowującym IPET

(indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego), wspieranie nauczycieli i specjalistów oraz udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

W praktyce oznacza to, że psycholog szkolny i pedagog specjalny często funkcjonują w ramach tego samego zespołu specjalistów i wspólnie realizują zadania dotyczące konkretnego ucznia.

Szczególnie widoczne jest to w przypadku uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, w tym uczniów z niepełnosprawnością intelektualną czy zaburzeniami neurorozwojowymi. Informacje uzyskane od psychiatry dziecięcego mogą mieć znaczenie nie tylko dla pracy psychologa szkolnego, ale również dla pedagoga specjalnego, który współtworzy dokumentację dotyczącą funkcjonowania ucznia oraz planuje i realizuje odpowiednie formy wsparcia edukacyjnego. Wejście w życie projektowanych w tym zakresie przepisów prowadzić może do pojawienia się istotnego problemu. Może zatem powstać sytuacja, w której specjalista psychiatrii dziecięcej będzie mógł – w granicach projektowanego wyjątku – przekazać określone informacje psychologowi szkolnemu, podczas gdy psycholog ten nie będzie wiedział czy może przekazać niezbędne informacje pedagogowi specjalnemu, mimo że obie osoby uczestniczą w tym samym procesie wspierania ucznia. W mojej ocenie byłoby to rozwiązanie niespójne z zasadą współpracy interdyscyplinarnej, która ma szczególne znaczenie w systemie wsparcia dzieci i młodzieży.

Dlatego proponuję, aby projektowany wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy obejmował – w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych ze wsparciem ucznia – nie tylko psychologa szkolnego, lecz również pedagoga specjalnego, a w odpowiednio uzasadnionych przypadkach także nauczyciela wspierającego ucznia w procesie edukacyjnym.

Jednocześnie należy podkreślić, że sam kierunek projektowanego rozwiązania należy ocenić bardzo pozytywnie. Stanowi on bowiem realizację postulatu wzmacniania współpracy międzysektorowej pomiędzy systemem ochrony zdrowia psychicznego i systemem oświaty. W przypadku dzieci i młodzieży taka współpraca ma fundamentalne znaczenie zarówno dla wczesnego rozpoznawania problemów psychicznych, jak i dla zapewnienia ciągłości odpowiedniego wsparcia.

Niezależnie od powyższego, wątpliwości budzi projektowane zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy względem „innej osoby udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej” (art. 50 ust. 2 pkt 1 projektu). Pojęcie to wydaje się zbyt szerokie, gdyż świadczenia opieki zdrowotnej obejmują nie tylko świadczenia zdrowotne udzielane w

procesie diagnostycznym i terapeutycznym, ale również świadczenia zdrowotne rzeczowe oraz świadczenia towarzyszące, takie jak zakwaterowanie czy wyżywienie. Takie ujęcie mogłoby prowadzić do nadmiernego rozszerzenia kręgu osób uprawnionych do uzyskiwania informacji objętych tajemnicą. W mojej ocenie zasadne byłoby rozważenie zastąpienia tego sformułowania określeniem „inna osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych”. Pozwoliłoby to lepiej powiązać możliwość przekazywania informacji objętych tajemnicą z rzeczywistym udziałem danej osoby w procesie leczenia pacjenta, przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedniego poziomu ochrony jego prywatności.

Mając na uwadze powyższe, przekazuję Pani Minister przedstawione uwagi z nadzieją, że będą one pomocne w dalszych pracach nad projektem. Pragnę raz jeszcze podziękować za uwzględnienie części postulatów przedstawianych przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich oraz za obszerną odpowiedź na wcześniejsze uwagi. W mojej ocenie dalsze prace nad projektem powinny zmierzać przede wszystkim do zapewnienia spójności projektowanych regulacji z obowiązującym systemem ochrony zdrowia psychicznego, pomocy społecznej, wymiaru sprawiedliwości oraz oświaty. Równie istotne pozostaje zapewnienie, aby rozwiązania dotyczące ingerencji w wolność osobistą i prywatność pacjentów były wyposażone w odpowiednie mechanizmy kontroli, proporcjonalności i ochrony godności. Mam nadzieję, że przedstawione propozycje – zarówno dotyczące poszczególnych przepisów, jak i potrzeby podjęcia szerszej debaty nad wybranymi modelowymi rozwiązaniami – będą stanowiły konstruktywny wkład w dalszy proces legislacyjny.

Z poważaniem

Sylwia Gregorczyk-Abram

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-wydano i podpisano elektronicznie/