



WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L.dz. SP-52.000.238.9.0024

Data wpływu 05.11.2024

BIURO EKSPERTYZ I OCENY SKUTKÓW REGULACJI
KANCELARII SEJMU

Warszawa, 4 listopada 2024 r.

BEOS-WP/WOSR-2249/24

Pan Minister

Dariusz Salamończyk

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Ocena skutków regulacji

zawartej w poselskim projekcie ustawy

o zmianie ustawy – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

oraz niektórych innych ustaw

(druk sejmowy nr 748)

I. Jaki problem jest rozwiązywany?

W ocenie projektodawców problemy, których rozwiązaniu służy przedłożony projekt, są następujące:

- 1) niskie standardy ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz kryzys związany ze złym stanem emocjonalnym i psychicznym osób najmłodszych;
- 2) niesatysfakcjonujące efekty wdrażanej reformy systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą;
- 3) brak wystarczającego i równoprawnego dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży;
- 4) brak możliwości uzyskania przez małoletniego, który ukończył 13 rok życia, niezbędnej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej w przypadku, gdy nie wyraża na to zgody jego przedstawiciel ustawowy;
- 5) brak możliwości samodzielnego zdecydowania przez osobę przed ukończeniem 18 roku życia o skorzystaniu z profesjonalnej pomocy bez uzyskania uprzedniej zgody przedstawiciela ustawowego;
- 6) niedostateczna realizacja prawa młodego pacjenta do uzyskania, w dostępnej formie, od osoby wykonującej zawód medyczny informacji o jego stanie

zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, a także prawa do uzyskania od pielęgniarki położnej przystępnej informacji o pielęgnacji i zabiegach pielęgnacyjnych.

II. Rekomendowane rozwiązanie (w tym planowane narzędzia interwencji) i oczekiwany efekt

1. Uwagi ogólne

Projekt ustawy zakłada zmianę artykułów 9, 14 i 17 oraz dodanie art. 7a w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹, zmianę artykułów 31 i 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty² oraz zmianę art. 14 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów³.

Zmiana ustawy o prawach pacjenta polega na dodaniu (proponowany art. 7a ustawy o prawach pacjenta) do praw pacjenta regulowanych tą ustawą, w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień: 1) prawa pacjenta małoletniego, który ukończył 13 lat, do uzyskania, bez zgody przedstawiciela ustawowego: trzech porad psychologicznych lub trzech sesji psychoterapii indywidualnej, realizowanej w formie interwencji kryzysowej, lub trzech sesji wsparcia psychologicznego, 2) prawa pacjenta, który ukończył 16 lat do uzyskiwania, bez zgody przedstawiciela ustawowego: porad psychologicznych, lub sesji psychoterapii indywidualnej realizowanej w formie interwencji kryzysowej lub sesji wsparcia psychospołecznego. Zmiana art. 9 ustawy o prawach pacjenta zakłada informowanie pacjenta małoletniego lub jego przedstawiciela ustawowego o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, możliwych do przewidzenia następstwach, wynikach leczenia i rokowaniach. Pacjent, w tym małoletni, będzie miał prawo do uzyskania od pielęgniarki informacji o pielęgnacji i zabiegach pielęgnarskich.

Projekt zakłada modyfikację realizacji prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych (zmiana art. 14 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, art. 40 ust. 2

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 581; dalej: ustawa o prawach pacjenta lub u.p.p.

² Dz. U. z 2024 r. poz. 1287; dalej: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub u.z.l.d.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1026; dalej: ustawa o zawodzie psychologa lub u.z.p.

ustawy o zawodzie lekarza, art. 14 ust. 3 ustawy o zawodzie psychologa, odpowiednio – art. 1 pkt 3, art. 2 pkt 2 oraz art. 3 projektu). Zgodnie z art. 13 ustawy o prawach pacjenta pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Artykuł 14 ustawy o prawach pacjenta określa okoliczności, w których prawo do zachowania tych informacji w tajemnicy doznaje ograniczeń. W projekcie proponuje się uzupełnienie ograniczeń o sytuacje, w których udostępnienie informacji następuje na podstawie proponowanego art. 7a ust. 3 i 4 ustawy o prawach pacjenta, a więc wówczas, gdy osoba małoletnia uzyskała świadczenie bez zgody przedstawiciela ustawowego na podstawie proponowanego art. 7a ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta. W takich sytuacjach przedstawicielowi ustawowemu ma być udzielana informacja o stanie zdrowia psychicznego pacjenta małoletniego oraz o konieczności udzielania mu określonych świadczeń zdrowotnych, a także o udziale tego przedstawiciela w procesie udzielania świadczeń (proponowany art. 7a ust. 3 ustawy o prawach pacjenta). Natomiast w przypadku zagrożenia dobra pacjenta małoletniego podmiot udzielający świadczeń zawiadamia sąd opiekuńczy (proponowany art. 7a ust. 4 ustawy o prawach pacjenta).

W zakresie zmiany ustawy o zawodzie lekarza w projekcie zaproponowano ponadto zmodyfikowanie treści obowiązku lekarza do udzielania pacjentowi informacji, uwzględniając *expressis verbis* udzielanie informacji pacjentowi małoletniemu, w sposób dostosowany do wieku, stanu zdrowia i stanu rozwoju umysłowego pacjenta.

2. Uwagi szczegółowe

2.1. Przedłożony projekt zakłada dodanie do ustawy o prawach pacjenta art. 7a.

2.1.1. Przepis ten w ust. 1 i 2 przewiduje możliwość udzielenia osobie małoletniej określonych świadczeń zdrowotnych bez konieczności uzyskania zgody jej przedstawiciela ustawowego.

Rozwiązanie to budzić może wątpliwości np. w świetle art. 48 ust. 2 Konstytucji⁴, odnoszącego się do praw rodzicielskich. Wspomniane pojęcie nie zostało w ustawie zasadniczej zdefiniowane, w doktrynie prawa konstytucyjnego wskazuje się jednak, że *de facto* ma ono zbieżną treść z występującym na gruncie ustawodawstwa zwykłego

⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.

sformułowaniem „władza rodzicielska”⁵. Władza rodzicielska obejmuje zaś pieczę nad osobą dziecka, zarząd jego majątkiem oraz reprezentowanie dziecka⁶, a jednym z przejawów jej wykonywania jest podejmowanie decyzji odnośnie do diagnostyki oraz terapii dziecka, związane z dbaniem o jego dobro w aspekcie zdrowia fizycznego i psychicznego⁷. W tym kontekście podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z art. 48 ust. 2 Konstytucji ograniczenie albo pozbawienie praw rodzicielskich (władzy rodzicielskiej) może nastąpić tylko w przypadkach określonych w ustawie i tylko na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu. W konsekwencji, jak się wskazuje: 1) wyłączona jest możliwość trwałej ingerencji w prawa rodziców przez inne niż sąd organy władzy publicznej⁸; 2) ustawowa podstawa ograniczenia (pozbawienia) praw rodzicielskich powinna spełniać wymogi wskazane w art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej (przy uwzględnieniu modyfikacji wynikających z art. 48 ust. 2 Konstytucji)⁹ – zatem konieczne jest by dana regulacja była: a) w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków (przydatność); b) wymagana do ochrony interesu publicznego, któremu służy (niezbędność); c) a ponadto by płynące z niej korzyści pozostawały w odpowiedniej proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela (proporcjonalność w ścisłym tego słowa znaczeniu)¹⁰.

W ocenie projektodawców unormowania art. 7a ust. 1 i 2 u.p.p. mają dać małoletniemu możliwość skorzystania z fachowej pomocy wtedy, gdy relacje z rodzicami, czy też innym przedstawicielem ustawowym, są zaburzone¹¹. Zauważyć jednak trzeba, że przepisy te wyłączają *ex lege* decyzyjność rodziców – czy też innych przedstawicieli ustawowych małoletniego – w odniesieniu do wskazanych świadczeń zdrowotnych, nie przewidując wydania w tym zakresie orzeczenia sądowego. Przy

⁵ Zob. np. B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, komentarz do art. 48, s. 302 (nb 6); W. Borysiak [w:] *Konstytucja RP. Komentarz*, t. 1, Art. 1–86, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, komentarz do art. 48, s. 1197 (nb 41).

⁶ Zob. np. B. Banaszak, *Konstytucja...*, komentarz do art. 48, s. 302 (nb 6); J. Gajda [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2023, komentarz do art. 95, nb 1, Legalis.

⁷ Zob. J. Haberko, *Prawnomedyczne relacje rodzice–dziecko–państwo* [w:] *Dziecko–rodzice–państwo w kontekście świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych i przemocy domowej*, red. M. Łączkowska-Porawska, Warszawa 2020, s. 15–17, 24–25.

⁸ Zob. np. W. Borysiak [w:] *Konstytucja RP...*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, komentarz do art. 48, s. 1208 (nb 91); P. Sarnecki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 2, Art. 30–86, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, komentarz do art. 48, s. 259 (teza 12).

⁹ Zob. np. B. Banaszak, *Konstytucja...*, komentarz do art. 48, s. 303 (nb 8); P. Sarnecki [w:] *Konstytucja...*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, s. 259 (teza 12).

¹⁰ Zob. np. wyrok TK z 9 lipca 2009 r., sygn. akt SK 48/05.

¹¹ Zob. dołączone do przedmiotowego projektu ustawy Deklarowane Skutki Regulacji, s. 19.

czym, podkreślenia wymaga, iż prawu polskiemu znany jest mechanizm odwołania się do rozstrzygnięcia sądu w przypadku „kolizji woli” dziecka oraz jego przedstawiciela ustawowego w odniesieniu do kwestii udzielenia małoletniemu świadczenia zdrowotnego (zob. np. art. 17 ust. 3 u.p.p. oraz art. 32 ust. 6 u.z.l.d.). Wykorzystują go także projektodawcy przewidując zwrócenie się do sądu opiekuńczego o wydanie zezwolenia na udzielenie świadczenia medycznego małoletniemu, który ukończył 16 lat, osobie ubezwłasnowolnionej albo chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, lecz dysponującej dostatecznym rozeznaniem, w przypadku gdy zgadza się ona na udzielenie jej danego świadczenia zaś jej przedstawiciel ustawowy wyraża sprzeciw (zob. art. 17 ust. 4 u.p.p. w brzmieniu nadanym przez art.1 pkt 4 lit. b projektu). W związku z tym nasuwać się może pytanie, dlaczego mechanizm ten nie został wykorzystany w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych wskazanych w projektowanym art. 7a ust. 1 i 2 u.p.p. Dodatkowo wskazać należy, iż proponowane regulacje nie zakładają konieczności podjęcia próby uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego małoletniego na udzielenie wskazanych świadczeń. W konsekwencji mogą pojawić się wątpliwości, czy analizowane rozwiązania normatywne są niezbędne dla osiągnięcia zakładanego celu, tudzież czy wprowadzana przez nie ingerencja w sferę władzy rodzicielskiej jest proporcjonalna, we wskazanym powyżej rozumieniu.

2.1.2. Proponowane rozwiązania normatywne zawarte w ust. 1 i 2 projektowanego art. 7a u.p.p. mogą budzić wątpliwości także w kontekście realizacji zasady równości – nakazującej traktować według jednakowej miary (równo), tj. bez różnicowań o charakterze dyskryminującym albo faworyzującym, podmioty charakteryzujące się w takim samym stopniu określoną cechą istotną (relewantną)¹². Zasada ta winna znajdować wyraz tak w aktach stosowania, jak i stanowienia prawa¹³. W tym drugim przypadku równość oznacza konieczność (obowiązek) tworzenia regulacji prawnych jednakowo traktujących podmioty znajdujące się w podobnych sytuacjach. Zakazane jest więc wprowadzanie rozwiązań dyskryminujących, czy też uprzywilejowujących podmioty należące do podobnych klas, chyba że zróżnicowanie takie znajduje oparcie w innych normach konstytucyjnych¹⁴. Omawiane przepisy wprowadzają zaś zróżnicowanie sytuacji prawnej dzieci – czyli, w świetle ustawy

¹² Zob. np. wyrok TK z 22 lutego 2005 r., sygn. akt K 10/04.

¹³ Zob. np. W. Borysiak, L. Bosek [w:] *Konstytucja RP...*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, komentarz do art. 32, s. 832–833 (nb 72–73) oraz wskazane tam orzecznictwo i literaturę.

¹⁴ Zob. np. tamże, s. 833–834 (nb 80).

zasadniczej, osób fizycznych przez ukończeniem osiemnastego roku życia¹⁵ – zakładając, że te z nich, które ukończyły 13 lat mogą skorzystać z określonych świadczeń bez zgody przedstawiciela ustawowego trzykrotnie, te zaś, które ukończyły 16 lat mogą korzystać z tych świadczeń bez ograniczeń. Przy czym podkreślenia wymaga fakt, iż na gruncie prawa cywilnego obie te grupy należą do tej samej kategorii podmiotów, którym przysługuje ograniczona zdolność do czynności prawnych (zob. art. 15 k.c.¹⁶), co oznacza, iż w ocenie prawodawcy małoletni działa z jednakowym rozeznaniem tak jako trzynastolatek, jak i szesnastolatek. Koresponduje to z podnoszoną w piśmiennictwie tezą, że osiągnięcie szesnastego roku życia nie wiąże się z istotnymi zmianami rozwojowymi¹⁷. W konsekwencji omawiane rozróżnienie może zostać uznane za bezpodstawne. Dodatkowo wskazać należy, iż w uzasadnieniu projektu nie zawarto argumentacji przemawiającej za zasadnością tego zróżnicowania.

2.1.3. Ponadto zwrócić należy uwagę na fakt, iż zgodnie z projektowanym art. 7a ust. 3 podmiot udzielający małoletniemu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 i 2 tego artykułu „informuje przedstawiciela ustawowego o stanie zdrowia psychicznego pacjenta [...] oraz o konieczności udzielania mu określonych świadczeń zdrowotnych, a także o udziale tego przedstawiciela w procesie udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 1 lub 2”. Spójnik „oraz” stanowi odpowiednik spójnika „i” wyrażającego na gruncie logiki koniunkcję – zdanie złożone, które jest prawdziwe o ile jego zdania składowe są prawdziwe¹⁸ – w mowie potocznej łączącego zdania powiązane treściwo¹⁹. Na gruncie jurystycznym zastosowanie koniunkcji skutkuje uznaniem, iż zaistnienie określonej sytuacji prawnej konieczne jest spełnienie wszystkich połączonych danym wyrażeniem (spójnikiem/funktorem²⁰) warunków²¹. W konsekwencji przytoczony przepis może zostać odczytany jako nakaz udzielania informacji o stanie zdrowia psychicznego małoletniego (a więc siłą rzeczy także o tym, że skorzystał on z szeroko rozumianej pomocy psychologicznej) jego

¹⁵ Zob. np. W. Borysiak [w:] *Konstytucja RP...*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, komentarz do art. 72, s. 1660 (nb 43).

¹⁶ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz. U. z 2024 r. poz. 1061, ze zm.

¹⁷ Zob. D. Karkowska, B. Kmiecik [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, komentarz do art. 9, teza 2.2.1, LEX.

¹⁸ Zob. Z. Ziemiński, *Logika praktyczna*, Warszawa 2014, s. 79.

¹⁹ J. Petzel [w:] *Logika dla prawników*, red. A. Malinowski, Warszawa 2015, s. 76 (nb 156), 78 (nb 157).

²⁰ Zob. tamże, s. 73 (nb 149 oraz przypis 3).

²¹ Zob. np. wyrok TK z dnia 25 czerwca 2013 r., sygn. akt sygn. akt P 11/12; O. Nawrot, *Wprowadzenie do logiki dla prawników*, Warszawa 2014, s. 123.

przedstawicielowi ustawowemu tylko w przypadku, gdy podmiot udzielający świadczenia stwierdzi, iż dane dziecko wymaga dalszej pomocy. W tym kierunku prowadzi także uzasadnienie projektu, w którym podkreślano, odnosząc się do projektowanego art. 17 ust. 3 u.p.p., iż: „Rozwiązanie to wskazuje, że w przypadku stwierdzonych przez specjalistę przesłanek do uznania, że małoletni wymaga usystematyzowanego dalszego leczenia albo terapii informowany jest o tym przedstawiciel ustawy dziecka”²². Zatem w przypadku, w którym pomoc taka uznana zostanie za zbędną, obowiązek ów się nie zaktualizuje (nie zostanie bowiem spełniony jeden z warunków tworzących koniunkcję). Taki stan rzeczy oznacza ingerencję we władzę rodzicielską (kompetencje opiekuna), która obejmuje możliwość uzyskania informacji o dziecku, niezbędnych wszakże dla sprawowania nad nim pieczy, wychowywania go oraz budowy relacji pomiędzy nim a rodzicem (opiekunem)²³, co budzić może, analogiczne do wskazanych powyżej, wątpliwości odnośnie do zgodności przedmiotowego uregulowania z art. 48 ust. 2 Konstytucji.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, na fakt, iż uprawnienie przedstawiciela ustawowego do uzyskania informacji o stanie zdrowia małoletniego wyrażone zostało *expressis verbis* w ustawodawstwie zwykłym (zob. np. art. 9 ust. 2 u.p.p. oraz art. 31 ust. 1 u.z.l.d.).

2.1.4. Projektowany art. 7a ust. 4 u.p.p. przewiduje obowiązek zawiadomienia sądu opiekuńczego w przypadku, gdy osoba udzielająca małoletniemu świadczeń wskazanych w ust. 1 i 2 tego artykułu dojdzie do wniosku, że znajduje się on w sytuacji zagrażającej jego dobru. Unormowanie to uznać należy za uściślenie ogólnego obowiązku zawiadomienia sądu opiekuńczego o sytuacjach uzasadniających wszczęcie przez ten sąd postępowania z urzędu (art. 572 §1 k.p.c.²⁴)²⁵, analogiczne do postanowień zawartych w innych ustawach szczególnych²⁶.

2.2. Omawiany projekt zakłada także zmianę ust. 2 art. 9 u.p.p. oraz uchylenie ust. 7 tego artykułu (zob. art. 1 pkt 2 lit. a i b projektu), co skutkuje wyraźnym

²² Uzasadnienie projektu, s. 10.

²³ Szerzej zob. np. A. Kallus, *W kwestii zasięgnięcia informacji o dziecku*, Przegląd Sądowy 2022, nr 9, s. 38 i nast.

²⁴ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. z 2023 r. poz. 1550, ze zm.

²⁵ Szerzej zob. np. A. Zieliński, K. Flaga-Gieruszyńska [w:] *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, A. Zieliński, K. Flaga-Gieruszyńska, Warszawa 2024, komentarz do art. 572, Legalis.

²⁶ Zob. w tym zakresie J. Gudowski [w:] *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, t. 4, *Postępowanie rozpoznawcze. Postępowanie zabezpieczające*, red. T. Ereciński, Warszawa 2016, komentarz do art. 572, teza 2, LEX.

przyznaniem każdemu małoletniemu – nie zaś tylko osobie, która ukończyła 16 lat – analogicznego do uprawnienia jego przedstawiciela ustawowego, prawa do uzyskania pełnego spektrum informacji o swoim stanie zdrowia, potrzebie podjęcia czynności leczniczych oraz ich medycznych uwarunkowaniach, a także wynikach leczenia i rokowaniach. Przy czym informacje te powinny zostać przedstawione w sposób przystępny, dostosowany do wieku małoletniego oraz jego stanu zdrowia i rozwoju umysłowego. Proponowane unormowanie idzie dalej niż sugerowane w piśmiennictwie rozwiązanie zakładające, że owo pełne spektrum informacji miałoby być przekazywane nie tylko przedstawicielowi ustawowemu dziecka, ale także samemu małoletniemu, który ukończył 13 lat, a zatem na gruncie prawa cywilnego dysponuje ograniczoną zdolnością do czynności prawnych²⁷.

Do analogicznego jak wskazany powyżej skutku prowadzą także proponowane:

- 1) modyfikacja ust. 8 art. 9 u.p.p. (zob. art. 1 pkt 2 lit. c projektu) dotyczącego zakresu udzielanych przez pielęgniarkę lub położną informacji o pielęgnacji małoletniego oraz zabiegów pielęgniarskich jakim jest poddawany;
- 2) modyfikacja ust. 1 i 6 art. 31 u.z.l.d. oraz uchylenie ust. 5 i 7 tego przepisu (zob. art. 2 pkt 1 lit. a–d projektu) odnoszących się do kwestii udzielania informacji o sytuacji zdrowotnej pacjenta przez lekarza. Warto przy tym zauważyć, iż zmiana treści ust. 6 art. 31 u.z.l.d. prowadzi do ograniczenia kręgu osób, które mogą uzyskać informacje o stanie zdrowia małoletniego pacjenta bez konieczności legitymowania się w tym zakresie jego zgodą lub zgodą jego przedstawiciela ustawowego (zob. art. 31 ust. 2 u.z.l.d.) – co skutkuje poszerzeniem zakresu autonomii informacyjnej małoletniego.

2.3. Analizowany projekt zakłada także zwolnienie osób wykonujących zawody medyczne z obowiązku zachowania w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, w przypadku zaistnienia przesłanek wskazanych w ust. 3 i 4 proponowanego art. 7a u.p.p. Stosowne zwolnienie ma zostać zawarte w:

- 1) art. 14 ust. 2 u.p.p. (zob. art. 1 pkt 3 projektu);
- 2) art. 40 ust. 2 u.z.l.d. (zob. art. 2 pkt 2 projektu);
- 3) art. 14 ust. 3 u.z.p. (zob. art. 3 projektu).

²⁷ Zob. D. Karkowska, B. Kmiecik [w:] *Prawa pacjenta...*, red. D. Karkowska, komentarz do art. 9, teza 2.2.1, LEX.

Wątpliwości budzić może celowość tego rozwiązania w odniesieniu do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o zawodzie psychologa. Zauważyć bowiem trzeba, że wymienione ustawy zwalniają z obowiązku zachowania tajemnicy we wspomnianym powyżej zakresie w sytuacji gdy wynika to z przepisów prawa (*verba legis*: „gdy tak stanowią ustawy”). Takimi zaś przepisami są ust. 3 i 4 projektowanego art. 7a u.p.p. Dla zobrazowania zagadnienia można wskazać, iż zmieniony art. 14 ust. 3 u.z.p. miałby następujące brzmienie:

„Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:

- 1) poważnie jest zagrożone zdrowie, życie klienta lub innych osób;
- 2) tak stanowią ustawy;
- 3) zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 7a ust. 3 i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”.

Nieco inaczej zagadnienie to prezentuje się na gruncie ustawy o prawach pacjenta. Wprowadza ona bowiem zwolnienie z obowiązku zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie gdy „tak stanowią przepisy odrębnych ustaw” (zob. art. 14 ust. 2 pkt 1 u.p.p.), co literalnie wyklucza dopuszczalność uchylenia się od przedmiotowego obowiązku z oparcia o przepisy ustawy o prawach pacjenta. Proponowana zmiana wprowadzałaby swoisty wyjątek od tej reguły. Warto przy tym zauważyć, że efekt taki mógłby zostać osiągnięty także poprzez stosowną modyfikację treści pkt 1 ust. 2 art. 14 u.p.p.

2.4. Przedmiotowy projekt zakłada również zmianę treści art. 17 u.p.p.

2.4.1. Zgodnie z art. 1 pkt 4 lit. a projektu ust. 2 art. 17 u.p.p. ma otrzymać brzmienie: „Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1, za wyjątkiem sytuacji określonych w art. 7a. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny”. Tak ujęty przepis budzić może pewne zastrzeżenia. Po pierwsze, w zakresie w jakim ma wskazywać na brak konieczności uzyskania zgody na udzielenie małoletniemu świadczeń wskazanych art. 7a ust. 1 i 2 stanowi, jak się wydaje, zbędne powtórzenie, gdyż przepisy te wyraźnie wskazują, że dziecko może skorzystać z określonych w nich świadczeń bez zgody przedstawiciela ustawowego. Po drugie, ujęty literalnie pozwala na wysnucie wniosku, że osoby całkowicie ubezwłasnowolnione, czy też niezdolne do świadomego wyrażenia zgody

objęte są dyspozycją art. 7a ust. 1 i 2. Treść tych przepisów falsyfikuje taką interpretację, niemniej treść proponowanego ust. 2 art. 17 u.p.p. ją umożliwia, co jawi się jako usterka legislacyjna. Po trzecie, przepis ten może zostać odczytany jako wyłączający możliwość wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego małoletniego na udzielenie dziecku świadczeń związanych z ochroną zdrowia psychicznego. Z jego treści literalnie wynika bowiem pozbawienie przedstawiciela ustawowego prawa do wyrażenia zgody na udzielenie dziecku świadczeń zdrowotnych w zakresie wyznaczonym przez art. 7a, a zatem zarówno zgody na świadczenia wskazane w ust. 1 i 2, jak i potencjalnie wszelkie inne z uwagi na treść ust. 3. To zaś aktualizuje w odniesieniu do tego przepisu, omówione powyżej, wątpliwości odnośnie do zgodności z art. 48 ust. 2 Konstytucji.

2.4.2. Przedmiotowy projekt zakłada także zmianę treści ust. 4 art. 17 u.p.p. W proponowanym brzmieniu stanowić ma on niejako uzupełnienie ust. 3 tej ustawy wskazującego, że m.in. pacjent małoletni, który ukończył 16 lat może wyrazić sprzeciw wobec udzielenia mu świadczenia medycznego, na które zgodę wyraził jego przedstawiciel ustawowy albo opiekun. W takiej sytuacji świadczenie zdrowotne może zostać udzielone jeżeli zezwoli na to sąd opiekuńczy. Ustęp 4 w nowym brzmieniu wprowadza analogiczny mechanizm – odwołanie się do decyzji sądu opiekuńskiego – w przypadku gdy to m.in. małoletni, który ukończył 16 lat wyraża zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych, swój sprzeciw zgłasza zaś jego przedstawiciel ustawowy (zob. art. 1 pkt 4 lit. b projektu). Należy w tym miejscu zauważyć, że ust. 4 w proponowanym brzmieniu pomija osobę opiekuna faktycznego, wskazaną wszakże w ust. 3, co prowadzi do dysonansu pomiędzy tymi regulacjami i pozwala na przyjęcie tezy, iż małoletni, który ukończył 16 lat, w przypadku braku przedstawiciela ustawowego, jest w pełni decyzyjny w zakresie badań, którym chce się poddać, gdyż opiekun faktyczny (uprawniony do wyrażenia zgody na badanie na mocy art. 17 ust. 2 u.p.p.), jako niewskazany w omawianym przepisie, nie może wyrazić sprzeciwu.

2.4.3. Zgodnie z art. 1 pkt 4 lit. c projektu do art. 17 u.p.p. dodany ma zostać ust. 5 powtarzający treść dotychczasowego ust. 4, przy uwzględnieniu zmiany normatywnej spowodowanej nadaniem ust. 4 nowego brzmienia.

2.5. Projekt ustawy był przedmiotem analiz Biura Ekspertyz i Oceny Skutków Regulacji Kancelarii Sejmu dotyczących zgodności z prawem Unii Europejskiej²⁸. Omawiany projekt był także przedmiotem analizy BEOS w trybie art. 95a ust. 3 regulaminu Sejmu²⁹.

III. Jak problem został rozwiązany w innych państwach, w szczególności państwach członkowskich UE/OECD?

W poniższym opracowaniu przedstawiono podejście do kwestii zapewnienia prawa dzieci i młodzieży do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zgody osoby niepełnoletniej w kontekście podjęcia leczenia oraz korzystania przez osobę niepełnoletnią ze wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego bez zgody rodziców lub opiekunów.

W państwach europejskich obowiązują zróżnicowane rozwiązania w zakresie prawa dzieci do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących ich zdrowia. Dla przykładu we Włoszech zdolność do podejmowania działań w zakresie własnego zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, osiąga się wraz z ukończeniem 18. roku życia, w konsekwencji czego małoletni może skonsultować się z psychologiem wyłącznie za zgodą osoby sprawującej nad nim władzę rodzicielską, tj. (zazwyczaj) obojga rodziców³⁰. Inaczej sytuacja w tym względzie przedstawia się na przykład na Łotwie, gdzie przyjmuje się, że co do zasady dziecko w wieku 14 lat jest zdolne do podejmowania decyzji, a co się z tym wiąże może korzystać z porad psychologicznych bez zgody rodziców³¹. Zgodnie z regulacjami w niektórych państwach kwestia posiadania wystarczającej zdolności do samodzielnego decydowania o swoim leczeniu nie musi być uzależniona od osiągnięcia określonego wieku. Dzieci, które nie

²⁸ *Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Marta Golbik)*, opinia z 23 października 2024 r., BEOS-WPEiM-2247/24.

²⁹ *Opinia w sprawie stwierdzenia, czy poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Marta Golbik) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu*, opinia z 23 października 2024 r., BEOS-WPEiM-2248/24.

³⁰ Bolcato V. i in.: *Comparative study on informed consent regulation in health care among Italy, France, United Kingdom, Nordic Countries, Germany, and Spain*, „Journal of Forensic and Legal Medicine”, Volume 103, April 2024, 102674, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X24000362>, Un minore può chiedere aiuto ad uno psicologo? Se sì, come?, <https://psicologiaintribunale.it/un-minore-puo-chiedere-aiuto-ad-uno-psicologo-se-si-come/>.

³¹ *Country Profile 2023, Latvia*, <https://eurochild.org/uploads/2024/04/Latvia-Childrens-Rights-Political-will-or-wont.pdf>.

osiągnęły wieku, w którym mogą wyrazić (bezwarunkową) zgodę na leczenie, mogą jednak wyrazić ważną zgodę, jeśli zostaną uznane za dojrzałe i kompetentne do tego w odniesieniu do charakteru danej kwestii zdrowotnej. Na przykład w Wielkiej Brytanii osoby w wieku co najmniej 16 lat mają prawo do wyrażenia zgody na własne leczenie (prawo to może zostać uchylone jedynie w wyjątkowych okolicznościach). Podobnie jak w przypadku dorosłych, zakłada się, że młodzi ludzie (w wieku 16 lub 17 lat) mają wystarczającą zdolność do decydowania o własnym leczeniu, chyba że istnieją znaczące dowody sugerujące inaczej. Dzieci w wieku poniżej 16 lat mogą wyrazić zgodę na własne leczenie, jeżeli są wystarczająco dojrzałe oraz posiadają wystarczające kompetencje i zrozumienie sytuacji związanej z ich leczeniem. Ocenę takich kompetencji przeprowadzają specjaliści³².

Z kolei w Stanach Zjednoczonych regulacje dotyczące korzystania przez osoby niepełnoletnie z opieki w zakresie zdrowia psychicznego są zróżnicowane w zależności od stanu, a leczenie ambulatoryjne, szpitalne i uzależnień może być traktowane w różny sposób. Prawo większości stanów zezwala nieletnim w wieku od 12 do 16 lat na wyrażenie zgody na własne leczenie w zakresie zdrowia psychicznego³³. Dla przykładu w stanie Kalifornia osoba małoletnia – w wieku 12 lat lub starsza – może wyrazić zgodę na leczenie lub poradnictwo w zakresie zdrowia psychicznego w warunkach ambulatoryjnych, jeśli w opinii specjalisty prowadzącego jest wystarczająco dojrzała, aby świadomie uczestniczyć w tego typu leczeniu. Leczenie lub poradnictwo w zakresie zdrowia psychicznego osoby niepełnoletniej obejmuje zaangażowanie rodzica lub opiekuna, chyba że osoba odpowiedzialna za leczenie lub udzielająca porad osobie niepełnoletniej po konsultacji z osobą niepełnoletnią ustali, że zaangażowanie takie byłoby niewłaściwe³⁴. W stanie Connecticut osoby niepełnoletnie (poniżej 18. roku życia) mają prawo do ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego bez zgody lub powiadomienia rodzica lub opiekuna na wniosek małoletniego, jeżeli: 1) wymaganie zgody lub powiadomienia rodzica lub opiekuna spowodowałoby, że małoletni odrzuciłby takie leczenie; 2) zapewnienie takiego leczenia jest wskazane klinicznie; 3) niezapewnienie takiego

³² Children and young people. Consent to treatment, <https://www.nhs.uk/conditions/consent-to-treatment/children/>, Bolcato V. i in.: *Comparative study on informed consent ...*, op. cit.

³³ Age of Consent for Mental Health Treatment by State 2024, <https://worldpopulationreview.com/state-rankings/age-of-consent-for-mental-health-treatment-by-state>.

³⁴ https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=6924.&nodeTreePath=13.5.3&lawCode=FAM.

leczenia byłoby poważnie szkodliwe dla dobra małoletniego; 4) małoletni świadomie i dobrowolnie ubiegał się o takie leczenie; 5) w opinii podmiotu prowadzącego leczenie małoletni jest wystarczająco dojrzały, aby produktywnie uczestniczyć w leczeniu. Powiadomienie rodzica lub opiekuna o leczeniu lub ujawnienie niektórych informacji dotyczących leczenia jest możliwe w określonych przypadkach, na przykład w sytuacji, w której ustalono, że powiadomienie lub ujawnienie jest konieczne dla dobra małoletniego³⁵.

IV. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Projektowana regulacja będzie miała wpływ m.in. na:

- osoby w wieku 13-18 lat i ich opiekunów³⁶,
- osoby udzielające świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (porady psychologiczne, psychoterapii indywidualnej, realizowanej w formie interwencji kryzysowej (pomocy psychologicznej) oraz wsparcia psychospołecznego) dzieci i młodzieży, w tym lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży³⁷ i psychologowie³⁸,
- podmioty lecznicze udzielające ww. świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień³⁹,
- sądy, w związku m.in. z możliwymi sprawami wnoszonymi przez opiekunów prawnych,
- płatnika świadczeń.

³⁵ <https://law.justia.com/codes/connecticut/title-19a/chapter-368a/section-19a-14c/>.

³⁶ Przyjmując, że osoby, które są obecnie w wieku 13-18 lat rodziły się w latach 2006-2011 (według danych Głównego Urzędu Statystycznego urodzenia żywe w okresie 2006, 2007 i 2008, 2009, 2010 i 2011 to odpowiednio 374 tys., 388 tys. 414 tys., 418 tys., 413 tys. i 388 tys.), to można przyjąć że grupa ta liczy łącznie ok. 2 mln 396 tys. osób.

³⁷ Zgodnie z danymi NIL na dzień 30.09.2024 r. liczba lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wynosiła 590 osób, w tym 563 wykonywało zawód. Z kolei liczba specjalistów w dziedzinie psychiatrii wynosiła 4 957, w tym 4 712 wykonujących zawód.

³⁸ Liczba psychologów w Polsce szacowana jest na 18 tys. (link: <https://psychologia.pwn.pl/arttykul/miedzynarodowy-dzien-psychologa-2024-65d75084596c0d10827cf826>) przy czym brakuje dostępu do danych jaka część z nich posiada uprawnienia do pracy z dziećmi i młodzieżą.

³⁹ Zgodnie z Wykazem ośrodków I, II i III poziomu referencyjnego systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (stan na dzień 7.10.2024.) łączna liczba podmiotów wynosiła 695, w tym: 488 I poziom, 83+90 - II poziom i 34 III poziom (link: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>).

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴⁰ skierowanie nie jest wymagane do świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży. W tym przypadku rodzic lub opiekun prawny planując wizytę musi zabrać niezbędne dokumenty, w tym m.in.: swój dowód osobisty, książeczkę zdrowia dziecka, nr PESEL dziecka. W przedstawionym projekcie nie jest jasne, w jaki sposób osoba w wieku 13-18 lat miałaby dokonać rejestracji – w tym w szczególności, na jakiej podstawie byłaby weryfikowana tożsamość tej osoby (czy ma to być legitymacja szkolna, czy też dowód osobisty, którego osoba poniżej 18 r.ż. nie ma obowiązku posiadania) oraz czy świadczenie byłoby udzielone na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego rodzica lub opiekuna prawnego, czy też finansowane z budżetu państwa (weryfikacja statusu ubezpieczenia pacjenta w systemie eWUŚ).

V. Informacje o zakresie, czasie trwania i wynikach konsultacji

Projekt ustawy nie zawiera informacji na temat poddania go konsultacjom społecznym.

Zgodnie z informacjami z Systemu Informacyjnego Sejmu, w dniu 18 października 2024 r. Marszałek Sejmu skierował projekt do konsultacji (SN, PG, NRA, KRRP, RDS, NRL, NRPiP, KRDL, KRF, Lewiatan).

VI. Wpływ na sektor finansów publicznych

Proponowana regulacja potencjalnie będzie miała wpływ na wysokość wydatków w ramach systemu opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że oszacowanie skali wydatków jest trudne do przeprowadzenia ze względu na brak wiarygodnych danych dotyczących liczby osób, które realnie mogłyby skorzystać ze świadczeń w sposób przewidziany w projekcie zmiany ustawy.

Nie jest do końca jasne, w jaki sposób finansowane byłyby świadczenia dla osób w wieku 13-18 lat, które korzystają ze świadczeń bez wymaganej zgody rodziców czy opiekunów ustawowych. W szczególności wydaje się wskazane doprecyzować, czy świadczenie będzie udzielane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego rodzica lub opiekuna ustawowego, czy też będzie finansowane z innych środków. W tym miejscu należy wskazać, że leczenie osób innych niż osoby ubezpieczone, które posiadają

⁴⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm. (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej).

prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest finansowane z budżetu państwa. W tym drugim przypadku nie można wykluczyć konieczności odzwierciedlenia takiej pozycji w planie finansowym, przy czym wymagałoby doprecyzowania, czy chodzi np. o Fundusz Medyczny, czy też może inne źródła finansowania.

VII. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Projektowana zmiana może wywoływać pozytywne skutki w wielu wymiarach. Przyjmuje się, że zdrowie, w tym również zdrowie psychiczne jest istotnym czynnikiem wpływającym na możliwość funkcjonowania w społeczeństwie i rozwoju. Dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego można uznać za czynnik, który w istotnym stopniu wpływać może nie tylko na stan zdrowia jednostek, ale również funkcjonowanie ich rodzin, również z perspektywy gospodarczej. Tym samym może mieć przełożenie na funkcjonowanie całej zbiorowości, w tym możliwości jej rozwoju, w tym rozwoju gospodarczego.

Warunkiem wystąpienia pozytywnych skutków jest nie tylko przyznanie prawa do korzystania ze świadczeń, ale również realne umożliwienie korzystania z tych świadczeń, co wymaga zapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych i finansowych oraz procedur. Projekt zmiany ustawy jednak w żaden sposób nie odnosi się do tych kwestii. W szczególności należy zwrócić uwagę na ryzyko, że przyjęcie proponowanej regulacji może doprowadzić do pogłębienia istniejących już nierówności w dostępie do świadczeń ze względu na miejsce zamieszkania. Możliwość skorzystania z praw przewidzianych w projekcie w praktyce może okazać się ograniczona do osób mieszkających ośrodkach miejskich, w których ulokowane są podmioty udzielające świadczeń do których osoby te mogą samodzielnie dotrzeć. W przypadku osób w wieku 13 do 18 lat mieszkających w małych ośrodkach możliwości korzystania z prawa może być w praktyce niemożliwa ze względu na ograniczenia transportowe.

VIII. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

Wejście w życie omawianego projektu skutkować będzie zwiększeniem autonomii małoletniego pacjenta w związku ze wskazaniem sytuacji, w których jego

wola rozstrzygać będzie o dopuszczalności udzielenia określonych świadczeń zdrowotnych, a także zwiększeniem liczby przypadków, w których wola ta będzie musiała zostać uwzględniona przy ocenie dopuszczalności udzielenia świadczeń zdrowotnych. A ponadto, osoby wykonujące zawody medyczne zostaną zobligowane do udzielenia małoletniemu pełnego spektrum informacji związanych z jego stanem zdrowia oraz procesem leczenia, aczkolwiek przekaz będzie musiał zostać dostosowany do wieku oraz stopnia rozwoju umysłowego dziecka. Odpowiednio zmniejszone zostanie, we wskazanym zakresie, znaczenie woli przedstawiciela ustawowego małoletniego. Zawężony zostanie także krąg osób uprawnionych z mocy samego prawa do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka.

IX. Wpływ na rynek pracy

Przyjęcie projektu może mieć wpływ na rynek pracy w zakresie wzrostu zapotrzebowania na profesjonalistów w zakresie udzielania pomocy psychologicznej i psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Ze względu na specyfikę procesu kształcenia takich profesjonalistów zaspokojenie potrzeb kadrowych w tym zakresie będzie wymagało czasu – dla przykładu wykształcenie lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży trwa co najmniej 13 lat⁴¹. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia przy ograniczonych możliwościach zwiększenia liczby profesjonalistów może prowadzić do wzrostu kosztu świadczeń. Z kolei przy założeniu, że liczba profesjonalistów udzielających świadczeń się nie zmieni, ale wzrośnie liczba udzielanych świadczeń, to można się spodziewać wzrostu ryzyk po stronie świadczeniodawców, w tym np. ryzyka wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego.

Reasumując proponowana regulacja powinna być rozpatrywana w możliwie szerokiej perspektywie, tj. takiej która będzie obejmowała nie tylko kwestie stanu zdrowia jednostek, ale również np. kwestii finansowych, organizacyjnych, relacji międzyludzkich, a także kwestii etycznych i kulturowych. Problemy psychiczne nieletnich są obecnie istotnym problemem i należy podchodzić do nich z dużą uwagą. Niemniej zwraca się uwagę na to, że „sama kultura terapeutyczna napędza zjawisko

⁴¹ Zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, łączny czas trwania szkolenia specjalizacyjnego wynosi 261 tygodni, czyli ok. 5 lat. Wymogiem kwalifikacji na specjalizację jest ukończenie studiów lekarskich, które trwają 6 lat oraz odbycie 13 miesięcznego stażu podyplomowego.

identyfikowania się dzieci jako chorych i zaburzonych”⁴². Tym samym można się spodziewać, że część osób w wieku 13-16 lat może chcieć korzystać z proponowanych świadczeń mimo braku medycznych wskazań, prowadząc do wzrostu długości oczekiwania na te świadczenia ogółem i tym samym ograniczając dostęp osobom, które obiektywnie tych świadczeń potrzebują. W związku z tym warto zaakcentować konieczność poprawy dostępu do tych świadczeń.

X. Wpływ na pozostałe obszary

Przyjęcie proponowanej zmiany ustawy przyczyni się do pełniejszego w warstwie formalno-prawnej zabezpieczenia zdrowia psychicznego. W szczególności można wskazać, że przyjęcie proponowanych regulacji jest zgodne z preambułą ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, w której zadeklarowano uznanie, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa⁴³.

Niemniej projektowana regulacja może budzić wątpliwości. W szczególności w projekcie brakuje uzasadnienia dla przyjęcia limitu 3 świadczeń dla osób w wieku 13-16 lat. Co do zasady świadczenia zdrowotne powinny być udzielane w takim zakresie jaki jest potrzebny dla osiągnięcia celów terapeutycznych i w związku z tym ze względu na indywidualizację procesu terapeutycznego trudno jest z góry określić ile takich świadczeń potrzeba. Należy ponadto zwrócić uwagę, że w ustawie o prawach pacjenta prawa te co do zasady nie są ograniczane w sposób ilościowy. W zakresie określania limitów świadczeń właściwsza wydaje się być ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

XI. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Zgodnie z art. 4 projektu ustawa wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.

⁴² Domika Torek, Kultura wiecznej terapii, Tygodnik Powszechny, nr 29, 2023, link: <https://www.tygodnikpowszechny.pl/kultura-wiecznej-terapii-183917>.

⁴³ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

XII. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Projekt ustawy nie zawiera informacji na temat planowanej ewaluacji.

Autorzy:

(pkt I, II.1)

Dorota Olejniczak
ekspert ds. legislacji
w Biurze Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

(pkt II.2, V, VIII, XI, XII)

dr Bartłomiej Oszkinis
ekspert ds. legislacji
w Biurze Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

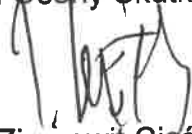
(pkt III)

Angelina Tazuszel
specjalista w Wydziale Oceny Skutków Regulacji
w Biurze Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

(pkt IV, VI, VII, IX, X)

dr hab. Wojciech Zgliczyński
specjalista ds. społecznych
w Biurze Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Akceptował:
Wicedyrektor Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji



Ziemowit Cieślak