



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
VII kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM-10-58-13

**Druk nr 1577**  
Warszawa, 17 lipca 2013 r.

Pani  
Ewa Kopacz  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowna Pani Marszałek*

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób z projektami aktów wykonawczych.**

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Sprawiedliwości.

*Z poważaniem*

(-) Donald Tusk

## U S T A W A

z dnia

### **o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób<sup>1)</sup>**

#### Rozdział 1

#### **Przepisy ogólne**

**Art. 1.** Ustawa reguluje postępowanie wobec osób, które wskutek zaburzeń psychicznych mogą stwarzać zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób i które spełniają łącznie następujące przesłanki:

- 1) osoby te zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione z użyciem przemocy na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania,
- 2) w trakcie postępowania wykonawczego stwierdzono u nich zaburzenia psychiczne w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych,
- 3) stwierdzone u nich zaburzenia psychiczne mają taki charakter lub nasilenie, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej i obyczajności, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat

– zwanych dalej „osobami stwarzającymi zagrożenie”.

**Art. 2.** 1. W sprawach określonych w ustawie sądem właściwym w pierwszej instancji jest sąd okręgowy.

2. Czynności określone w rozdziale 3 wykonuje sąd właściwy dla siedziby zakładu karnego, czynności określone w rozdziale 4 – sąd właściwy dla miejsca stałego pobytu osoby stwarzającej zagrożenie, a czynności określone w rozdziałach 5 i 7 – sąd właściwy dla siedziby Krajowego Ośrodka Terapii Zaburzeń Psychiczych.

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i ustawę z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

3. W postępowaniu sądowym stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296, z późn. zm.<sup>2)</sup>) o postępowaniu nieprocesowym, ze zmianami wynikającymi z ustawy, z tym że do środków odwoławczych wnoszonych przez osobę, której dotyczy postępowanie uregulowane w niniejszej ustawie, nie ma zastosowania art. 368 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego.

**Art. 3.** Wobec osoby stwarzającej zagrożenie stosuje się nadzór prewencyjny albo umieszczenie w Krajowym Ośrodku Terapii Zaburzeń Psychiczych.

## Rozdział 2

### Krajowy Ośrodek Terapii Zaburzeń Psychiczych

**Art. 4.** 1. Tworzy się Krajowy Ośrodek Terapii Zaburzeń Psychiczych, zwany dalej „Ośrodkiem”.

---

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1965 r. Nr 15, poz. 113, z 1974 r. Nr 27, poz. 157 i Nr 39, poz. 231, z 1975 r. Nr 45, poz. 234, z 1982 r. Nr 11, poz. 82 i Nr 30, poz. 210, z 1983 r. Nr 5, poz. 33, z 1984 r. Nr 45, poz. 241 i 242, z 1985 r. Nr 20, poz. 86, z 1987 r. Nr 21, poz. 123, z 1988 r. Nr 41, poz. 324, z 1989 r. Nr 4, poz. 21 i Nr 33, poz. 175, z 1990 r. Nr 14, poz. 88, Nr 34, poz. 198, Nr 53, poz. 306, Nr 55, poz. 318 i Nr 79, poz. 464, z 1991 r. Nr 7, poz. 24, Nr 22, poz. 92 i Nr 115, poz. 496, z 1993 r. Nr 12, poz. 53, z 1994 r. Nr 105, poz. 509, z 1995 r. Nr 83, poz. 417, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, Nr 43, poz. 189, Nr 73, poz. 350 i Nr 149, poz. 703, z 1997 r. Nr 43, poz. 270, Nr 54, poz. 348, Nr 75, poz. 471, Nr 102, poz. 643, Nr 117, poz. 752, Nr 121, poz. 769 i 770, Nr 133, poz. 882, Nr 139, poz. 934, Nr 140, poz. 940 i Nr 141, poz. 944, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 757, z 1999 r. Nr 52, poz. 532, z 2000 r. Nr 22, poz. 269 i 271, Nr 48, poz. 552 i 554, Nr 55, poz. 665, Nr 73, poz. 852, Nr 94, poz. 1037, Nr 114, poz. 1191 i 1193 i Nr 122, poz. 1314, 1319 i 1322, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 49, poz. 508, Nr 63, poz. 635, Nr 98, poz. 1069, 1070 i 1071, Nr 123, poz. 1353, Nr 125, poz. 1368 i Nr 138, poz. 1546, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 26, poz. 265, Nr 74, poz. 676, Nr 84, poz. 764, Nr 126, poz. 1069 i 1070, Nr 129, poz. 1102, Nr 153, poz. 1271, Nr 219, poz. 1849 i Nr 240, poz. 2058, z 2003 r. Nr 41, poz. 360, Nr 42, poz. 363, Nr 60, poz. 535, Nr 109, poz. 1035, Nr 119, poz. 1121, Nr 130, poz. 1188, Nr 139, poz. 1323, Nr 199, poz. 1939 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 9, poz. 75, Nr 11, poz. 101, Nr 68, poz. 623, Nr 91, poz. 871, Nr 93, poz. 891, Nr 121, poz. 1264, Nr 162, poz. 1691, Nr 169, poz. 1783, Nr 172, poz. 1804, Nr 204, poz. 2091, Nr 210, poz. 2135, Nr 236, poz. 2356 i Nr 237, poz. 2384, z 2005 r. Nr 13, poz. 98, Nr 22, poz. 185, Nr 86, poz. 732, Nr 122, poz. 1024, Nr 143, poz. 1199, Nr 150, poz. 1239, Nr 167, poz. 1398, Nr 169, poz. 1413 i 1417, Nr 172, poz. 1438, Nr 178, poz. 1478, Nr 183, poz. 1538, Nr 264, poz. 2205 i Nr 267, poz. 2258, z 2006 r. Nr 12, poz. 66, Nr 66, poz. 466, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 186, poz. 1379, Nr 208, poz. 1537 i 1540, Nr 226, poz. 1656 i Nr 235, poz. 1699, z 2007 r. Nr 7, poz. 58, Nr 47, poz. 319, Nr 50, poz. 331, Nr 99, poz. 662, Nr 106, poz. 731, Nr 112, poz. 766 i 769, Nr 115, poz. 794, Nr 121, poz. 831, Nr 123, poz. 849, Nr 176, poz. 1243, Nr 181, poz. 1287, Nr 192, poz. 1378 i Nr 247, poz. 1845, z 2008 r. Nr 59, poz. 367, Nr 96, poz. 609 i 619, Nr 110, poz. 706, Nr 116, poz. 731, Nr 119, poz. 772, Nr 120, poz. 779, Nr 122, poz. 796, Nr 171, poz. 1056, Nr 220, poz. 1431, Nr 228, poz. 1507, Nr 231, poz. 1547 i Nr 234, poz. 1571, z 2009 r. Nr 26, poz. 156, Nr 67, poz. 571, Nr 69, poz. 592 i 593, Nr 131, poz. 1075, Nr 179, poz. 1395 i Nr 216, poz. 1676, z 2010 r. Nr 3, poz. 13, Nr 7, poz. 45, Nr 40, poz. 229, Nr 108, poz. 684, Nr 109, poz. 724, Nr 125, poz. 842, Nr 152, poz. 1018, Nr 155, poz. 1037, Nr 182, poz. 1228, Nr 197, poz. 1307, Nr 215, poz. 1418, Nr 217, poz. 1435 i Nr 241, poz. 1621, z 2011 r. Nr 34, poz. 173, Nr 85, poz. 458, Nr 87, poz. 482, Nr 92, poz. 531, Nr 112, poz. 654, Nr 129, poz. 735, Nr 138, poz. 806 i 807, Nr 144, poz. 854, Nr 149, poz. 887, Nr 224, poz. 1342, Nr 233, poz. 1381 i Nr 234, poz. 1391, z 2012 r. poz. 908, 1254, 1445 i 1529 oraz z 2013 r. poz. 403 i 654.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia jest dla Ośrodka podmiotem tworzącym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217).

3. Zadaniem Ośrodka jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku.

**Art. 5.** 1. Ośrodek jest jednostką budżetową, podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

2. Ośrodek jest podmiotem leczniczym, niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3. Kierownika Ośrodka powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**Art. 6.** 1. W Ośrodku powołuje się służbę ochrony, której zadania są realizowane przez przedsiębiorcę posiadającego koncesję w zakresie usług ochrony osób i mienia oraz wykonywane przez pracowników ochrony posiadających kwalifikacje określone w ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2005 r. Nr 145, poz. 1221, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

2. Do zadań służby ochrony należy ochrona osób przebywających w Ośrodku, ochrona mienia, bezpieczeństwa i porządku na terenie Ośrodka, a także zapewnienie, aby osoby stwarzające zagrożenie w nim umieszczone nie opuściły go i nie oddaliły się samowolnie.

**Art. 7.** 1. Teren Ośrodka i znajdujące się na nim pomieszczenia są wyposażone w urządzenia monitorujące, umożliwiające stały nadzór nad osobami stwarzającymi zagrożenie umieszczonymi w Ośrodku oraz kontrolę stosowania przymusu bezpośredniego.

2. Monitorowany obraz i dźwięk jest utrwalany.

3. Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części, przeznaczonych do celów sanitarno-higienicznych, jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych.

4. Zapis utrwalonego obrazu i dźwięku podlega ochronie określonej w przepisach o ochronie danych osobowych. Dostęp do urządzeń monitorujących oraz zapisu utrwalonego za ich pomocą posiadają wyłącznie osoby upoważnione przez kierownika Ośrodka.

---

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708, z 2008 r. Nr 171, poz. 1055 i Nr 180, poz. 1112, z 2009 r. Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 47, poz. 278, Nr 182, poz. 1228 i Nr 229, poz. 1496, z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 170, poz. 1015 i Nr 171, poz. 1016, z 2012 r. poz. 908 oraz z 2013 r. poz. 628.

5. Zapis z monitoringu przechowuje się przez 6 miesięcy. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z usunięcia zapisu sporządza się protokół, w którym należy wskazać datę tej czynności oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała usunięcia.

**Art. 8.** Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) liczbę łóżek w Ośrodku przeznaczonych dla osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku,
- 2) wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne, jakie muszą spełniać pomieszczenia i urządzenia Ośrodka stosownie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 3) warunki zabezpieczenia Ośrodka,
- 4) rodzaj i liczebność personelu mającego styczność z osobami stwarzającymi zagrożenie umieszczonymi w Ośrodku

– mając na względzie potrzebę zapewnienia odpowiedniego postępowania terapeutycznego, bezpieczeństwa zdrowotnego osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku, zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się tych osób poza Ośrodek oraz przeciwdziałania zachowaniom zagrażającym życiu i zdrowiu ludzkiemu lub powodującym niszczenie mienia, jak również optymalnego dostosowania kosztów działalności Ośrodka do liczby osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku.

### Rozdział 3

#### **Postępowanie przed sądem**

**Art. 9.** Jeżeli wydana w trakcie postępowania wykonawczego opinia psychiatryczna i psychologiczna o stanie zdrowia osoby odbywającej karę pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione z użyciem przemocy wskazuje, że osoba ta spełnia przesłanki określone w art. 1 pkt 2 i 3, dyrektor zakładu karnego występuje z wnioskiem do właściwego sądu o uznanie osoby, której wniosek dotyczy, za osobę stwarzającą zagrożenie. Do wniosku dołącza się opinię, a także informację o wynikach dotychczas stosowanych programów terapeutycznych i postępach w resocjalizacji.

**Art. 10.** 1. Po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w art. 9, sąd niezwłocznie podejmuje czynności zmierzające do ustalenia, czy osoba, której dotyczy wniosek, jest osobą stwarzającą zagrożenie.

2. Zakończenie odbywania kary pozbawienia wolności po złożeniu wniosku nie stanowi przeszkody do wydania orzeczenia w przedmiocie określonym w ust. 1.

**Art. 11.** 1. W celu ustalenia, czy osoba, której dotyczy wniosek, wykazuje zaburzenia, o których mowa w art. 1 pkt 3, w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych, sąd, w terminie 7 dni od otrzymania wniosku, powołuje:

- 1) dwóch biegłych lekarzy psychiatrów;
- 2) w sprawach osób z zaburzeniami osobowości ponadto biegłego psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – ponadto biegłego lekarza seksuologa lub certyfikowanego psychologa seksuologa.

2. Sąd może w razie potrzeby powoływać nowych biegłych.

**Art. 12.** 1. Sąd z urzędu ustanawia pełnomocnika osoby, której dotyczy wniosek, jeżeli nie ma ona pełnomocnika, będącego adwokatem lub radcą prawnym, ustanowionego z wyboru.

2. Pełnomocnik może podejmować działania w trakcie postępowania uregulowanego w tym rozdziale oraz przez cały okres, kiedy reprezentowana przez niego osoba jest uznana za osobę stwarzającą zagrożenie.

**Art. 13.** 1. Jeżeli biegli lekarze psychiatrzy zgłoszą taką konieczność, badanie psychiatryczne może być połączone z obserwacją w zakładzie psychiatrycznym.

2. O obserwacji sąd orzeka w terminie 7 dni od otrzymania wniosku biegłych, określając miejsce i czas jej trwania oraz termin jej rozpoczęcia. Czas trwania obserwacji nie może przekroczyć 4 tygodni. Na postanowienie o zarządzeniu obserwacji przysługuje zażalenie, które sąd rozpoznaje niezwłocznie.

3. Jeżeli osoba, której dotyczy wniosek, nie przebywa w zakładzie karnym i nie stawi się na obserwację, powiadomiona o terminie jej rozpoczęcia, sąd może zarządzić poszukiwanie, zatrzymanie i doprowadzenie tej osoby przez Policję.

4. Koszty obserwacji są finansowane przez Ministra Sprawiedliwości.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości wskaże, w drodze rozporządzenia, zakład psychiatryczny wykonujący obserwację orzeczoną przez sąd, uwzględniając warunki, jakimi powinien dysponować zakład psychiatryczny, w celu zapewnienia bezpieczeństwa innych osób oraz sprawnego przeprowadzenia obserwacji.

**Art. 14.** 1. Przy ocenie, czy jest konieczne zastosowanie wobec osoby stwarzającej zagrożenie nadzoru prewencyjnego albo umieszczenie takiej osoby w Ośrodku, sąd bierze pod uwagę całokształt okoliczności ustalonych w sprawie, a w szczególności uzyskane opinie biegłych, a także wyniki dotychczas prowadzonego postępowania terapeutycznego oraz możliwość efektywnego poddania się przez tę osobę postępowaniu terapeutycznemu na wolności.

2. Sąd orzeka o zastosowaniu wobec osoby stwarzającej zagrożenie nadzoru prewencyjnego, jeżeli charakter stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub ich nasilenie wskazują, że zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia przez tę osobę czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu, wolności seksualnej i obyczajności, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat.

3. Sąd orzeka o umieszczeniu w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, jeżeli charakter stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub ich nasilenie wskazują, że jest to niezbędne ze względu na bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu, wolności seksualnej i obyczajności, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat.

4. Nadzór prewencyjny i umieszczenie w Ośrodku orzeka się bez określenia terminu.

**Art. 15.** 1. Po przeprowadzeniu rozprawy sąd wydaje postanowienie o uznaniu osoby za stwarzającą zagrożenie i zastosowaniu wobec niej nadzoru prewencyjnego albo umieszczeniu w Ośrodku, albo postanowienie o uznaniu, że osoba, której dotyczy wnioski, nie jest osobą stwarzającą zagrożenie. Sąd orzeka na rozprawie w składzie trzech sędziów zawodowych. W rozprawie bierze udział prokurator i pełnomocnik.

2. Sąd poleca doprowadzenie z zakładu karnego osoby, której dotyczy wnioski, a jeżeli po skierowaniu wniosku, o którym mowa w art. 9, osoba ta opuściła zakład karny, wzywa ją do stawiennictwa na rozprawie. Jeżeli jednak osoba ta odmówi udziału w rozprawie albo nie stawi się, powiadomiona o terminie, a sąd uzna jej stawiennictwo za konieczne, można zarządzić jej poszukiwanie, zatrzymanie i doprowadzenie przez Policję.

**Art. 16.** 1. Orzekając o zastosowaniu nadzoru prewencyjnego, sąd może nałożyć na osobę stwarzającą zagrożenie obowiązek poddania się odpowiedniemu postępowaniu

terapeutycznemu. W postanowieniu sąd wskazuje podmiot leczniczy, w którym postępowanie terapeutyczne ma być prowadzone.

2. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, informuje sąd i komendanta Policji sprawującego nadzór prewencyjny o uchyłaniu się od obowiązku poddania się postępowaniu terapeutycznemu przez osobą stwarzającą zagrożenie.

**Art. 17.** Wydając postanowienie o uznaniu osoby za osobę stwarzającą zagrożenie, sąd zarządza:

- 1) pobranie od tej osoby wymazu ze śluzówki policzków w celu przeprowadzenia analizy kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA);
- 2) pobranie od tej osoby odcisków linii papilarnych;
- 3) wykonanie zdjęć, szkiców i opisów wizerunku tej osoby;
- 4) umieszczenie wyników analizy DNA, odcisków linii papilarnych, zdjęć, szkiców i opisów wizerunków w odpowiednich bazach i zbiorach danych, o których mowa w ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2011 r. Nr 287, poz. 1687, z późn. zm.<sup>4)</sup>).

**Art. 18.** 1. Odpis prawomocnego postanowienia o umieszczeniu w Ośrodku albo o obowiązku poddania się postępowaniu terapeutycznemu osoby stwarzającej zagrożenie wraz z kopiami opinii biegłych przesyła się do Ośrodka albo podmiotu leczniczego wskazanego w postanowieniu, o którym mowa w art. 16 ust. 1.

2. Dyrektor zakładu karnego przekazuje niezwłocznie do Ośrodka albo podmiotu leczniczego wskazanego w postanowieniu, o którym mowa w art. 16 ust. 1, kopie dokumentacji medycznej i innych posiadanych opinii psychiatrycznych i psychologicznych, dotyczących osoby stwarzającej zagrożenie.

**Art. 19.** 1. Osoba stwarzająca zagrożenie, wobec której orzeczono o umieszczeniu w Ośrodku, a która nie przebywa w zakładzie karnym, jest obowiązana stawić się w Ośrodku w terminie nie dłuższym niż 3 dni od daty uprawomocnienia się tego orzeczenia. Jeżeli zachodzi obawa, że osoba ta nie stawi się w Ośrodku, sąd zarządza jej zatrzymanie i doprowadzenie do Ośrodka przez Policję.

2. Jeżeli osoba, o której mowa w ust. 1, nie stawi się w Ośrodku lub nie zostanie doprowadzona, sąd zarządza jej poszukiwanie, zatrzymanie i doprowadzenie przez Policję.

---

<sup>4)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 217, poz. 1280 i Nr 230, poz. 1371, z 2012 r. poz. 627, 664, 908, 951 i 1529 oraz z 2013 r. poz. 628 i 675.



3. Jeżeli osoba stwarzająca zagrożenie, wobec której orzeczono o umieszczeniu w Ośrodku, przebywa w zakładzie karnym, odpis postanowienia przesyła się do dyrektora zakładu karnego wraz z poleceniem przetransportowania tej osoby do Ośrodka z dniem wykonania kary.

**Art. 20.** Zatrzymanie i doprowadzenie przez Policję następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.

**Art. 21.** 1. Sąd może orzec o umieszczeniu w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, jeżeli osoba ta uchyła się od obowiązku poddania się postępowaniu terapeutycznemu lub od obowiązków wynikających ze sprawowanego nad nią nadzoru prewencyjnego.

2. Sąd orzeka o umieszczeniu w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, jeżeli zachodzą okoliczności określone w art. 14 ust. 3.

#### Rozdział 4

### **Nadzór prewencyjny**

**Art. 22.** 1. Celem nadzoru prewencyjnego jest ograniczenie zagrożenia życia, zdrowia i wolności seksualnej innych osób ze strony osoby stwarzającej zagrożenie, która nie została umieszczona w Ośrodku.

2. Nadzór prewencyjny jest sprawowany przez komendanta powiatowego (miejskiego, rejonowego) Policji, na obszarze właściwości którego osoba stwarzająca zagrożenie posiada miejsce stałego pobytu. Odpis prawomocnego postanowienia o zastosowaniu nadzoru prewencyjnego doręcza się właściwemu miejscowo komendantowi.

3. Osoba stwarzająca zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, ma obowiązek każdorazowego informowania komendanta Policji sprawującego nadzór prewencyjny o zmianie miejsca stałego pobytu, miejsca zatrudnienia i swoich danych osobowych, a jeżeli komendant Policji tego zażąda, również udzielania informacji o miejscu aktualnego i zamierzonego pobytu oraz terminach i miejscach wyjazdów.

**Art. 23.** 1. Policja, dla zrealizowania celów nadzoru prewencyjnego, może prowadzić czynności operacyjno-rozpoznawcze dotyczące osoby stwarzającej zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, a także weryfikować, gromadzić i przetwarzać informacje udzielane przez tę osobę oraz uzyskane w wyniku czynności operacyjno-rozpoznawczych.

2. Jeżeli weryfikowanie informacji, o których mowa w ust. 1, napotyka trudności lub jeżeli zachodzi uzasadniona obawa, że osoba, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, czyni przygotowania do popełnienia przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej innych osób, właściwy miejscowo sąd okręgowy może, w drodze postanowienia, na pisemny wniosek komendanta wojewódzkiego Policji, po uzyskaniu pisemnej zgody prokuratora okręgowego właściwego ze względu na siedzibę komendy wojewódzkiej Policji, zarządzić kontrolę operacyjną.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, zawiera w szczególności:

- 1) numer sprawy i jej kryptonim, jeżeli został jej nadany;
- 2) okoliczności uzasadniające potrzebę zastosowania kontroli operacyjnej, w tym stwierdzonej bezskuteczności lub nieprzydatności innych środków; do wniosku załącza się materiały, które stanowiły podstawę ustalenia tych okoliczności;
- 3) dane osoby lub inne dane, pozwalające na jednoznaczne określenie podmiotu lub przedmiotu, wobec którego stosowana będzie kontrola operacyjna, ze wskazaniem miejsca lub sposobu jej stosowania;
- 4) cel, czas i rodzaj prowadzonej kontroli operacyjnej.

4. Kontrolę operacyjną zarządza się na okres nie dłuższy niż 3 miesiące. Sąd okręgowy może, na pisemny wniosek Komendanta Głównego Policji lub komendanta wojewódzkiego Policji, złożony po uzyskaniu pisemnej zgody właściwego prokuratora, o którym mowa w ust. 2, wydać postanowienie o jednorazowym przedłużeniu kontroli operacyjnej na okres nie dłuższy niż kolejne 3 miesiące, jeżeli nie ustały przyczyny tej kontroli.

5. Kontrola operacyjna może być zarządzana ponownie w przypadku wystąpienia okoliczności określonych w ust. 2.

6. Przepisy art. 19 ust. 6 i 11–22 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji oraz przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 19 ust. 21 tej ustawy stosuje się odpowiednio.

**Art. 24.** 1. Sąd uchyła nadzór prewencyjny, jeżeli nie zachodzą już okoliczności, o których mowa w art. 14 ust. 2, albo jeżeli osoba stwarzająca zagrożenie została umieszczona w Ośrodku.

2. Komendant Policji sprawujący nadzór prewencyjny składa wniosek o uchylenie nadzoru prewencyjnego niezwłocznie po uzyskaniu informacji wskazujących, że nie zachodzą już okoliczności, o których mowa w art. 14 ust. 2.

3. Wniosek o uchylenie nadzoru prewencyjnego może zostać złożony przez osobę, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, lub jej pełnomocnika, nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty zastosowania nadzoru. Ponowne złożenie wniosku może nastąpić po upływie 6 miesięcy od daty rozpatrzenia poprzedniego wniosku.

4. Przed uchyleniem nadzoru prewencyjnego sąd wysłuchuje biegłych, o których mowa w art. 11 ust. 1.

## Rozdział 5

### Pobyty w Ośrodku

**Art. 25.** Osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku zostaje objęta odpowiednim postępowaniem terapeutycznym, którego celem jest poprawa stanu jej zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia życia, zdrowia i wolności seksualnej innym osobom. Kierownik Ośrodka sporządza indywidualny plan terapii dla każdej osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku.

**Art. 26.** 1. Osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku nie przysługuje prawo wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentystry oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>5)</sup>).

2. Świadczenia zdrowotne, których nie można udzielić w Ośrodku, są udzielane osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku w pierwszej kolejności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.

3. Podmioty lecznicze inne niż te, o których mowa w ust. 2, współdziałają w zapewnieniu osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku świadczeń zdrowotnych, gdy jest konieczne:

---

<sup>5)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154.

- 1) natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku;
- 2) przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia, pielęgnacji lub rehabilitacji.

4. Świadczenia zdrowotne są udzielane osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku w obecności upoważnionych pracowników Ośrodka, chyba że kierownik Ośrodka, w uzasadnionych przypadkach, zdecyduje inaczej.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom stwarzającym zagrożenie umieszczonym w Ośrodku, mając na uwadze konieczność zapewnienia tym osobom świadczeń opieki zdrowotnej, w tym gdy jest konieczne natychmiastowe udzielenie świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia albo przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia, pielęgnacji lub rehabilitacji.

**Art. 27.** 1. Od osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku nie pobiera się opłat za świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku przysługują ponadto, bez pobierania od niej opłat, produkty lecznicze oraz wyroby w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 102, poz. 586 i Nr 113, poz. 657).

**Art. 28.** 1. Osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku nie może posiadać przedmiotów, które mogą posłużyć do zakłócenia porządku lub bezpieczeństwa w Ośrodku.

2. W każdym czasie można przeprowadzić kontrolę przedmiotów posiadanych przez osobę stwarzającą zagrożenie umieszczoną w Ośrodku oraz pomieszczeń, w których ta osoba przebywa. W razie konieczności jest dopuszczalne naruszenie plomb gwarancyjnych, uszkodzenie kontrolowanych przedmiotów w niezbędnym zakresie, a także użycie psów specjalnych wyszkolonych w zakresie wyszukiwania środków odurzających i substancji psychotropowych lub materiałów wybuchowych.

3. Znalezione w czasie kontroli przedmioty, których osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku nie może posiadać, podlegają zatrzymaniu. Przedmioty, których

posiadanie poza Ośrodkiem nie jest zabronione, przekazuje się do depozytu albo przesyła się na koszt osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku wskazanej przez nią osobie.

4. Zarządzenia w sprawach, o których mowa w ust. 2 i 3, wydaje kierownik Ośrodka.

5. Z zatrzymania przedmiotów sporządza się protokół, w którym należy wskazać w szczególności datę zatrzymania przedmiotów, datę sporządzenia protokołu oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała zatrzymania przedmiotów.

**Art. 29.** 1. Osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku ma prawo, za zgodą kierownika Ośrodka, do kontaktu z innymi osobami za pośrednictwem telefonu lub innych środków teleinformatycznych, a także prawo do kontaktu osobistego z osobami odwiedzającymi.

2. Kierownik Ośrodka może odmówić zgody lub cofnąć zgodę na określony sposób kontaktu lub kontakt z określonymi osobami, jeżeli kontakt taki może spowodować wzrost zagrożenia niebezpiecznymi zachowaniami ze strony osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku albo zakłócić prowadzone postępowanie terapeutyczne.

3. Nie można odmówić ani cofnąć zgody na kontakt z przedstawicielem ustawowym, ustanowionym pełnomocnikiem, Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ani Rzecznikiem Praw Obywatelskich.

4. Jeżeli osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku odmówiono zgody na kontakt za pośrednictwem telefonu lub innych środków teleinformatycznych, do przedmiotów umożliwiających taki kontakt przepis art. 28 stosuje się odpowiednio.

**Art. 30.** 1. Na zarządzenia kierownika Ośrodka w sprawach, o których mowa w art. 28 ust. 2 i 3 i art. 29 ust. 2, przysługuje zażalenie do sądu. Sąd rozpoznaje zażalenie w składzie jednego sędziego.

2. Zażalenie może wnieść osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku, której dotyczy zarządzenie, jej przedstawiciel ustawowy oraz ustanowiony dla niej pełnomocnik w terminie 21 dni od daty powiadomienia tej osoby o zarządzeniu.

**Art. 31.** 1. Osoby wykonujące czynności związane z pobytem w Ośrodku osób stwarzających zagrożenie tam umieszczonych są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem tych czynności, a których ujawnienie mogłoby naruszyć prawem chronione dobra osoby umieszczonej w Ośrodku.

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, są zwolnione z obowiązku zachowania tajemnicy w stosunku do:

- 1) osób wykonujących zawód medyczny, sprawujących opiekę nad osobą umieszczoną w Ośrodku;
- 2) osób upoważnionych pisemnie przez kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Policji, prowadzących czynności operacyjno-rozpoznawcze na podstawie odrębnych przepisów.

**Art. 32.** 1. Osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku może w każdym czasie złożyć do sądu wniosek o ustalenie przez sąd potrzeby jej dalszego pobytu w Ośrodku. W przedmiocie wniosku sąd rozstrzyga postanowieniem. Na postanowienie oddalające wniosek przysługuje zażalenie, jeżeli od wydania orzeczenia w przedmiocie poprzedniego wniosku upłynęło co najmniej 6 miesięcy.

2. Osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw, w szczególności do:

- 1) kierowania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia jej praw;
- 2) uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.

3. Do ochrony praw osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku stosuje się odpowiednio art. 10b, art. 43 i art. 44 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).

**Art. 33.** Jeżeli osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku samowolnie opuści Ośrodek, kierownik Ośrodka niezwłocznie powiadamia o tym Policję, która podejmuje czynności w celu poszukiwania, zatrzymania i doprowadzenia tej osoby do Ośrodka; przepis art. 20 stosuje się.

## Rozdział 6

### **Stosowanie przymusu bezpośredniego**

**Art. 34.** 1. Wobec osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku można zastosować przymus bezpośredni.

2. Przymusu bezpośredniego nie można stosować dłużej niż wymaga tego potrzeba.

3. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której ma być zastosowany przymus bezpośredni, chyba że natychmiastowe zastosowanie przymusu bezpośredniego jest niezbędne dla zapobieżenia niebezpieczeństwu dla życia lub zdrowia. Przy stosowaniu przymusu bezpośredniego należy wybierać przymus dla tej osoby możliwie najmniej uciążliwy, zachowując szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

**Art. 35.** Przymus bezpośredni można zastosować, gdy osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku:

- 1) dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby;
- 2) dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu;
- 3) w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu;
- 4) zachowuje się w sposób powodujący poważne zakłócenia w funkcjonowaniu Ośrodka;
- 5) próbuje samowolnie opuścić Ośrodek;
- 6) nawołuje inne osoby umieszczone w Ośrodku do zachowań określonych w pkt 1–5;
- 7) próbuje oddalić się samowolnie, gdy przebywa poza terenem Ośrodka w związku z udzielaniem jej świadczeń zdrowotnych.

**Art. 36.** Wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku można stosować przymus bezpośredni polegający na:

- 1) przytrzymaniu;
- 2) przymusowemu zastosowaniu produktów leczniczych;
- 3) unieruchomieniu;
- 4) izolacji;
- 5) użyciu:
  - a) kajdanek,
  - b) pałki służbowej,
  - c) ręcznego miotacza substancji obezwładniających.

**Art. 37. 1.** Przytrzymanie polega na doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej.

2. Przymusowe zastosowanie produktów leczniczych polega na doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniu produktów leczniczych do organizmu osoby bez jej zgody.

3. Unieruchomienie polega na obezwładnieniu osoby przez założenie pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa. Użycie pasa obezwładniającego lub kaftana bezpieczeństwa nie może utrudniać oddychania ani tamować obiegu krwi.

4. Izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

5. Pałki służbowej używa się do obezwładnienia osoby przez zadanie bólu fizycznego lub do zablokowania kończyn. Pałką służbową nie zadaje się uderzeń i pchnięć w głowę,

szyję, brzuch i nieumięśnione oraz szczególnie wrażliwe części ciała, chyba że zachodzi konieczność odparcia zamachu stwarzającego bezpośrednio zagrożenie życia lub zdrowia ludzkiego.

6. Kajdanek używa się w celu częściowego unieruchomienia kończyn, zakładając je na ręce trzymane z tyłu; w przypadku osób agresywnych można użyć ponadto kajdanek zakładanych na nogi albo kajdanek zespolonych. W przypadku prewencyjnego użycia kajdanek można założyć je na ręce trzymane z przodu.

7. Ręcznego miotacza substancji obezwładniających używa się w celu obezwładnienia, jeżeli użycie pałki lub kajdanek jest niemożliwe albo może okazać się nieskuteczne.

**Art. 38.** 1. W pierwszej kolejności należy stosować przymus bezpośredni określony w art. 36 pkt 1–4.

2. Przymus bezpośredni określony w art. 36 pkt 1–4 stosuje lekarz, pielęgniarka, a przymus bezpośredni określony w art. 36 pkt 1 i 5 stosuje pracownik służby ochrony.

3. Przymusu bezpośredniego określonego w art. 36 pkt 5 lit. b i c nie stosuje się wobec osób o widocznej niepełnosprawności oraz osób powyżej 70 roku życia.

**Art. 39.** 1. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego określonego w art. 36 pkt 1 decyduje lekarz albo pracownik służby ochrony; w przypadku różnicy zdań rozstrzyga decyzja lekarza.

2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego określonego w art. 36 pkt 2–4 decyduje lekarz.

3. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego określonego w art. 36 pkt 5 decyduje pracownik służby ochrony.

4. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Lekarz, po osobistym badaniu osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni, podejmuje decyzję w przedmiocie dalszego stosowania przymusu bezpośredniego.

5. Osoba decydująca o zastosowaniu przymusu bezpośredniego określa jego rodzaj oraz osobiście nadzoruje lub przeprowadza jego wykonanie.

6. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.



7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego oraz wzory dokumentów, uwzględniając potrzebę skutecznej oceny zasadności stosowania tego przymusu.

**Art. 40.** 1. Unieruchomienie jest stosowane w pomieszczeniu jednoosobowym.

2. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby, wobec której zastosowano unieruchomienie, w pomieszczeniu jednoosobowym, przymus bezpośredni stosuje się w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.

**Art. 41.** 1. Unieruchomienie lub izolację zleca się na czas nie dłuższy niż 4 godziny.

2. Lekarz, po osobistym badaniu osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni, może przedłużyć stosowanie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne.

3. Po 16 godzinach stosowania unieruchomienia lub izolacji, każde dalsze przedłużenie stosowania tego przymusu bezpośredniego na kolejny okres nie dłuższy niż 6-godzinny jest dopuszczalne wyłącznie po osobistym badaniu przez lekarza osoby, wobec której zastosowano ten przymus, oraz uzyskaniu opinii innego lekarza.

**Art. 42.** 1. Pielęgniarka kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby, za każdym razem odnotowując wynik tej kontroli.

2. W czasie kontroli, o której mowa w ust. 1, pielęgniarka:

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy lub kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno;
- 2) nie rzadziej niż co 4 godziny zapewnia krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

3. O każdym zagrożeniu zdrowia lub życia osoby unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka natychmiast zawiadamia lekarza.

**Art. 43.** 1. Jeżeli w wyniku zastosowania przymusu bezpośredniego nastąpiło zranienie lub inne uszkodzenie ciała osoby, lub wystąpiły inne widoczne objawy zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego, pracownik służby ochrony udziela niezwłocznie pierwszej pomocy albo

zapewnia udzielenie kwalifikowanej pierwszej pomocy lub medycznych czynności ratunkowych.

2. Pracownik służby ochrony może odstąpić od udzielenia pierwszej pomocy, jeżeli:

- 1) mogłoby to zagrozić jego życiu lub zdrowiu albo życiu lub zdrowiu innej osoby;
- 2) inna osoba udzieliła osobie poszkodowanej pierwszej pomocy;
- 3) osoba poszkodowana sprzeciwia się udzieleniu jej pierwszej pomocy.

3. W przypadku określonym w ust. 1, a także jeżeli w wyniku zastosowania przymusu bezpośredniego nastąpiła śmierć człowieka, pracownik służby ochrony zabezpiecza miejsce zdarzenia, a kierownik Ośrodka niezwłocznie powiadamia o zdarzeniu właściwą miejscowo jednostkę organizacyjną Policji.

4. W przypadku określonym w ust. 3, pracownik Ośrodka lub służby ochrony, wskutek działania którego doszło do następstw określonych w ust. 1 lub śmierci człowieka albo zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego, otrzymuje pomoc psychologiczną, a także pomoc prawną polegającą na zwrocie kosztów poniesionych na ochronę prawną do wysokości wynagrodzenia jednego obrońcy, jeżeli postępowanie karne przeciwko temu pracownikowi o czyn popełniony w związku użyciem przymusu bezpośredniego, którego następstwem była śmierć, zranienie lub inne uszkodzenie ciała osoby, zostało zakończone prawomocnym wyrokiem uniewinniającym albo orzeczeniem o umorzeniu postępowania z powodu niepopelnienia przestępstwa lub braku ustawowych znamion czynu zabronionego.

**Art. 44.** 1. Pracownik służby ochrony dokumentuje w notatce służbowej każde zastosowanie przymusu bezpośredniego, po czym przekazuje notatkę w celu umieszczenia w dokumentacji medycznej.

2. W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego, którego skutkiem było zranienie lub inne uszkodzenie ciała, wystąpienie innych widocznych objawów zagrożenia życia lub zdrowia albo śmierć człowieka, notatka zawiera:

- 1) służbowe dane identyfikacyjne i numer licencji pracownika;
- 2) określenie czasu i miejsca zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 3) następujące dane osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni:
  - a) imię i nazwisko, datę urodzenia,
  - b) serię i numer dokumentu tożsamości;
- 4) określenie celu zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 5) informację o przyczynie zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 6) określenie zastosowanego przymusu bezpośredniego;

- 7) opis czynności zrealizowanych przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego i po zastosowaniu tego przymusu;
- 8) opis skutków zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 9) informację o udzieleniu pierwszej pomocy i jej zakresie lub zapewnieniu udzielenia kwalifikowanej pierwszej pomocy lub medycznych czynności ratunkowych;
- 10) następujące dane ustalonych świadków zdarzenia:
  - a) imię i nazwisko oraz serię i numer dokumentu tożsamości albo
  - b) służbowe dane identyfikacyjne, jeżeli świadkiem zdarzenia był pracownik służby ochrony albo funkcjonariusz posługujący się takimi danymi;
- 11) podpis stosującego przymus bezpośredni.

3. W przypadkach innych niż określone w ust. 2, notatka zawiera tylko informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1–6 i pkt 11.

**Art. 45.** 1. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego niezwłocznie zawiadamia się kierownika Ośrodka.

2. W terminie 3 dni od zastosowania przymusu bezpośredniego kierownik Ośrodka ocenia jego zasadność, odnotowując tę ocenę w dokumentacji medycznej.

## Rozdział 7

### Wypisanie z Ośrodka

**Art. 46.** 1. Nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy sąd, na podstawie opinii lekarza psychiatry oraz wyników postępowania terapeutycznego, ustala, czy jest niezbędny dalszy pobyt w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie.

2. Kierownik Ośrodka co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię lekarza psychiatry o stanie zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku i o wynikach postępowania terapeutycznego; opinię taką jest obowiązany przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia tej osoby uzna, że jej dalszy pobyt w Ośrodku nie jest konieczny. Za sporządzenie opinii nie przysługuje wynagrodzenie.

3. Z ustalenia, o którym mowa w ust. 1, sporządza się notatkę do akt sprawy.

**Art. 47.** 1. Sąd może w każdym czasie postanowić o wypisaniu osoby z Ośrodka, jeżeli wyniki postępowania terapeutycznego i zachowanie tej osoby uzasadniają przypuszczenie, że jej dalszy pobyt w Ośrodku nie jest konieczny.

2. Przed wydaniem postanowienia o wypisaniu z Ośrodka sąd wysłuchuje biegłych, o których mowa w art. 11 ust. 1.

3. Orzekając o wypisaniu osoby z Ośrodka, sąd orzeka o zastosowaniu nadzoru prewencyjnego, jeżeli zachodzą przesłanki określone w art. 14 ust. 2.

**Art. 48.** Postanowienie o wypisaniu z Ośrodka jest wykonywane z dniem jego uprawomocnienia.

## Rozdział 8

### Zmiany w przepisach obowiązujących

**Art. 49.** W ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2011 r. Nr 287, poz. 1687, z późn. zm.<sup>6)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 15 w ust. 1 w pkt 3a lit. a otrzymuje brzmienie:
  - „a) w trybie i przypadkach określonych w przepisach Kodeksu postępowania karnego oraz ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. ... poz. ...),”;
- 2) w art. 20 ust. 2a otrzymuje brzmienie:
  - „2a. Policja może pobierać, uzyskiwać, gromadzić, przetwarzać i wykorzystywać w celu realizacji zadań ustawowych informacje, w tym dane osobowe, o następujących osobach, także bez ich wiedzy i zgody:
    - 1) osobach podejrzanych o popełnienie przestępstw ściganych z oskarżenia publicznego;
    - 2) nieletnich dopuszczających się czynów zabronionych przez ustawę jako przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego;
    - 3) osobach o nieustalonej tożsamości lub usiłujących ukryć swoją tożsamość;
    - 4) osobach stwarzających zagrożenie, o których mowa w ustawie z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób;
    - 5) osobach poszukiwanych.”;
- 3) w art. 21a w ust. 2:
  - a) w pkt 1 dodaje się lit. e w brzmieniu:

---

<sup>6)</sup> Zmiany wymienione w odnośniku nr 4.

- „e) osób stwarzających zagrożenie, o których mowa w ustawie z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób;”,
- b) w pkt 2 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:  
„2) dane dotyczące osób, o których mowa w pkt 1 lit. a i e, obejmujące:”;
- 4) w art. 21b pkt 1 otrzymuje brzmienie:  
„1) organu prowadzącego postępowanie przygotowawcze lub sądu – w przypadku analizy kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA) przeprowadzonej w związku z postępowaniem karnym, postępowaniem w sprawach nieletnich lub postępowaniem określonym w ustawie z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób;”;
- 5) w art. 21d ust. 2 otrzymuje brzmienie:  
„2. Próbkę biologiczną i informacje dotyczące wyników analizy kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA) podejrzanych, oskarżonych lub skazanych w związku z popełnieniem zbrodni lub występków określonych w rozdziałach XVI–XX, XXV i XXXV Kodeksu karnego, osób określonych w art. 94 § 1 Kodeksu karnego, a także osób stwarzających zagrożenie, o których mowa w ustawie z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, mogą być przechowywane w bazie danych DNA przez okres do 35 lat.”.

**Art. 50.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>7)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 12 dodaje się pkt 10 w brzmieniu:  
„10) art. 16 ust. 1 i art. 25 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z ... poz. ...).”;
- 2) art. 13a otrzymuje brzmienie:  
„Art. 13a. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze

---

<sup>7)</sup> Zmiany wymienione w odnośniku nr 5.

rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3,
- 2) o których mowa w art. 12 pkt 2–6, 9 i 10, art. 12a oraz art. 26

– uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz zapewnienie skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.”.

**Art. 51.** W ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594, z późn. zm.<sup>8)</sup>) po art. 98 dodaje się art. 98a w brzmieniu:

„Art. 98a. W postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. ... poz. ...) nie pobiera się opłat, a wydatki ponosi Skarb Państwa.”.

**Art. 52.** W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 37 po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Do Krajowego Ośrodka Terapii Zaburzeń Psychiczych, o którym mowa w ustawie z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. ... poz. ...), przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, z tym że przepisów art. 22, art. 29, art. 30, art. 34, art. 35, art. 36 ust. 3, art. 44, art. 45, art. 49 ust. 1 pkt 1 i art. 50 oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.”;

- 2) w art. 88 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Pracownikom podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 37 ust. 4a, przysługuje oprócz składników wynagrodzenia, o których mowa w ust. 1, dodatek w wysokości od 10% do 50% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatek przysługuje pracownikom, którzy przy wykonywaniu swoich obowiązków mają bezpośredni kontakt z osobami, wobec których sąd orzekł o umieszczeniu w tym podmiocie.”.

---

<sup>8)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 152, poz. 1016 i Nr 197, poz. 1307 oraz z 2011 r. Nr 92, poz. 531, Nr 106, poz. 622, Nr 149, poz. 887, Nr 163, poz. 981 i Nr 240, poz. 1431, z 2012 r. poz. 1101 oraz z 2013 r. poz. 429.

**Art. 53.** W ustawie z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz. U. poz. 628) w art. 3 dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) ustawie z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. ... poz. ...).”.

## Rozdział 9

### Przepisy przejściowe i końcowe

**Art. 54.** 1. Do czasu spełnienia przez Ośrodek warunków określonych w rozporządzeniu, wydanym na podstawie art. 8, oraz w przepisach odrębnych, jednakże przez okres nie dłuższy niż 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, można umieszczać w Ośrodku osoby stwarzające zagrożenie, jeżeli zapewniono właściwe zabezpieczenie Ośrodka i możliwość udzielania świadczeń terapeutycznych.

2. Do czasu powołania służby ochrony, o której mowa w art. 6, jednakże przez okres nie dłuższy niż 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, Dyrektor Generalny Służby Więziennej na wniosek Ministra Sprawiedliwości deleguje do wykonywania jej zadań funkcjonariuszy Służby Więziennej. Minister Sprawiedliwości wypłaca delegowanym funkcjonariuszom świadczenia przewidziane w art. 80 ustawy z dnia 9 kwietnia 2009 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. Nr 79, poz. 523, z późn. zm.<sup>9)</sup>).

3. Funkcjonariuszom Służby Więziennej, delegowanym na podstawie ust. 2, przysługują w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego uprawnienia przewidziane w niniejszej ustawie dla pracowników służby ochrony.

**Art. 55.** 1. W latach 2013–2022 maksymalny limit wydatków budżetu państwa będący skutkiem finansowym ustawy wynosi w:

- 1) 2013 roku – 0 zł,
- 2) 2014 roku – 5.000.000 zł,
- 3) 2015 roku – 7.000.000 zł,
- 4) 2016 roku – 7.000.000 zł,
- 5) 2017 roku – 7.000.000 zł,
- 6) 2018 roku – 7.000.000 zł,

---

<sup>9)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 182, poz. 1228 i Nr 238, poz. 1578, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 664 i 951 oraz z 2013 r. poz. 444, 628 i 675.

- 7) 2019 roku – 7.000.000 zł,
- 8) 2020 roku – 7.000.000 zł,
- 9) 2021 roku – 7.000.000 zł,
- 10) 2022 roku – 7.000.000 zł

– pod warunkiem że liczba osób skierowanych do Krajowego Ośrodka Terapii Zaburzeń Psychicznych nie przekroczy 10.

2. Jeżeli liczba osób, o której mowa w ust. 1, zostanie przekroczona, wówczas, począwszy od kolejnego roku (rok X), maksymalny limit wydatków budżetu państwa będący skutkiem finansowym ustawy wynosi:

- 1) w roku X – 15.000.000 zł;
- 2) w roku X + 1 – 35.000.000 zł;
- 3) w roku X + 2 – 30.600.000 zł;
- 4) w roku X + 3 – 20.000.000 zł;
- 5) w roku X + 4 – 20.000.000 zł;
- 6) w roku X + 5 – 20.000.000 zł;
- 7) w roku X + 6 – 20.000.000 zł;
- 8) w roku X + 7 – 20.000.000 zł;
- 9) w roku X + 8 – 20.000.000 zł;
- 10) w roku X + 9 – 20.000.000 zł;
- 11) w roku X + 10 – 20.000.000 zł.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia monitoruje wykorzystanie zaplanowanych na dany rok wydatków i dokonuje, co najmniej cztery razy w roku, według stanu na koniec każdego kwartału, analizy stopnia wykorzystania zaplanowanych na dany rok wydatków.

4. W przypadku gdy wartość planowanych wydatków, o których mowa w ust. 1 albo ust. 2 w danym roku, przypadająca proporcjonalnie na okres od początku roku kalendarzowego do końca danego kwartału została przekroczona:

- 1) po pierwszym kwartale – co najmniej o 15%,
- 2) po dwóch kwartałach – co najmniej o 10%,
- 3) po trzech kwartałach – co najmniej o 5%

– minister właściwy do spraw zdrowia stosuje mechanizm korygujący polegający na ograniczeniu tych wydatków.

**Art. 56.** Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 50 pkt 2 oraz art. 88 ust. 9 ustawy, o której mowa w art. 52, zachowują moc do dnia



wejsćia w życie odpowiednio aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 50 pkt 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą oraz art. 88 ust. 9 ustawy, o której mowa w art. 52, nie dłużej jednak niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

**Art. 57.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

## UZASADNIENIE

### CELE PROJEKTU

Projektowana ustawa ma na celu:

- 1) wprowadzenie do prawa polskiego rozwiązań przewidujących terapię, w warunkach izolacji, sprawców przestępstw, którzy z powodu zaburzonej psychiki mogą ponownie popełnić groźne przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu, bezpieczeństwu powszechnemu lub wolności seksualnej;
- 2) umożliwienie tym sprawcom, w wyniku odbytej terapii, readaptacji do społeczeństwa i funkcjonowania w nim zgodnie z zasadami współżycia społecznego;
- 3) umożliwienie efektywnego monitorowania zachowania tych spośród sprawców, którzy po odbyciu kary będą przebywać na wolności.

Projekt dotyczy zaburzonych psychicznie sprawców najgroźniejszych przestępstw, w stosunku do których brak było podstaw orzeczenia środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, gdyż w czasie popełnienia przestępstwa byli całkowicie lub częściowo poczytalni. Część tych sprawców w dalszym ciągu stanowi zagrożenie dla społeczeństwa z uwagi na charakter lub nasilenie zaburzeń psychicznych. W stosunku do takich osób projektodawca, wzorem rozwiązań przyjętych w niemieckiej ustawie z dnia 22 grudnia 2010 r. dotyczącej terapii i umieszczania w odpowiednim zakładzie sprawców czynów z użyciem przemocy o zakłóconych czynnościach psychicznych, zdecydował się na wprowadzenie rozwiązań umożliwiających wydanie diagnozy przez lekarzy psychiatrów i ewentualną terapię sprawców w zakładzie psychiatrycznym po opuszczeniu przez nich zakładu karnego.

Walory tego rozwiązania obejmują zarówno całe społeczeństwo, jak samych sprawców. Społeczeństwo będzie bowiem skutecznie chronione przed najbardziej brutalnymi przestępstwami popełnianymi przez osoby, które w przeszłości już się takich czynów dopuściły, a zachodzi bardzo wysokie prawdopodobieństwo, że w związku z zaburzoną psychiką dopuszczą się ich ponownie. Sprawcy natomiast uzyskają szanse, aby poddać się terapii i powrócić do życia w społeczeństwie w sposób, który nie będzie stwarzał zagrożenia dla innych osób. Należy ponadto zauważyć, że istotnym skutkiem projektowanych regulacji może być zmiana stosunku społeczeństwa do takich sprawców. W chwili obecnej są oni, po opuszczeniu zakładu karnego, narażeni na silnie negatywne, niekontrolowane reakcje innych osób. Ponieważ społeczeństwo ma mocne poczucie zagrożenia z ich strony, wywołuje to odpowiedź w postaci agresji wobec nich, mogącej prowadzić nie tylko do zagrożenia ich

poczucia bezpieczeństwa, ale nawet do zagrożenia ich własnego życia i zdrowia. Po wejściu w życie projektowanych rozwiązań stosunek do tych sprawców powinien ulegać stopniowej zmianie, a ich stygmatyzacja społeczna powinna maleć, gdyż wykształci się społeczna świadomość, że powracając do społeczeństwa po odbyciu terapii, sprawcy tacy nie będą już stanowić zagrożenia.

## OMÓWIENIE POSZCZEGÓLNYCH PRZEPISÓW

### ROZDZIAŁ 1

Rozdział ten zawiera przepisy wprowadzające ustawę. Ich celem jest określenie zakresu podmiotowego i przedmiotowego projektowanej regulacji przez wskazanie, do jakich osób będzie się tę regulację stosować (art. 1), jaki organ będzie to robić (art. 2) i jakie decyzje zostaną przez ten organ podjęte (art. 3).

Projektowana ustawa stwarza prawne możliwości terapii szczególnej kategorii osób: sprawców przestępstw z użyciem przemocy, którzy są zwalniani z zakładów karnych po odbyciu kary, lecz zachodzi obawa, że popełnią nowe groźne przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, ponieważ występują u nich specyficzne zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych. Tego rodzaju zaburzenia, zgodnie z Międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, nie stanowią choroby psychicznej, ale są sklasyfikowane w podgrupach F60-F62 (zaburzenia osobowości) i w podgrupie F65 (zaburzenia preferencji seksualnych) powołanej klasyfikacji.

Sprawcy wykazujący zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych są szczególnie niebezpieczni: „zagrożenie dla porządku prawnego, jakie stwarzają osoby z zaburzeniami osobowości, trudno porównać z jakimikolwiek innymi, oprócz dysfunkcji psychoseksualnych, zaburzeniami psychopatologicznymi”<sup>1)</sup>. Dotyczy to w szczególności „sprawców zgwałceń czy zabójców na tle seksualnym. W większości instytucji leczniczo-penitencjarnych na świecie obejmuje się terapią także wspomniane grupy sprawców, w tym zwłaszcza niektórych gwałcicieli”<sup>2)</sup>. Powinni oni zostać potraktowani analogicznie jak zaburzone psychicznie osoby, które stwarzają bezpośrednie niebezpieczeństwo dla siebie lub innych, to jest poddani regulacjom ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Takie właśnie regulacje stwarza niniejszy projekt.

---

<sup>1)</sup> „System prawa karnego. Tom 7. Środki zabezpieczające” Praca zbiorowa pod redakcją dr. hab. Lecha Krzysztofa Paprzyckiego, Wydawnictwo C.H. Beck Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2012, s. 163.

<sup>2)</sup> Ib. s. 234.

Zgodnie z art. 1, ustawa będzie dotyczyła osób spełniających łącznie następujące warunki:

- 1) zostały one prawomocnie skazane za przestępstwo;
- 2) przestępstwo, za które zostały skazane, zostało popełnione z użyciem przemocy;
- 3) orzeczono wobec nich za ten czyn karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania;
- 4) w trakcie postępowania wykonawczego stwierdzono u nich zaburzenia psychiczne w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych;
- 5) stwierdzone zaburzenia psychiczne wykazują taki charakter lub nasilenie, że zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej i obyczajności;
- 6) czyn, jaki może zostać popełniony przez te osoby, należy do szczególnie groźnej kategorii przestępstw – jest zagrożony karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat.

W razie spełnienia łącznie wszystkich powyższych warunków, wobec osoby przebywającej w zakładzie karnym będzie można wdrożyć postępowanie przed sądem. Celem tego postępowania będzie ustalenie, czy zachodzą podstawy, aby zastosować wobec tej osoby jeden z dwóch określonych w ustawie środków – nadzór prewencyjny albo umieszczenie w ośrodku terapeutycznym.

Właściwy dla prowadzenia postępowania będzie okręgowy sąd cywilny orzekający w składzie trzech sędziów zawodowych. Postępowanie nieprocesowe będzie się toczyć zgodnie z zasadami procedury cywilnej. Stosowanie art. 368 k.p.c. zostało wyłączone, ponieważ zbędne jest nakładanie na osobę, której dotyczy postępowanie uregulowane w projekcie, obowiązku zachowania wymogów formalnych apelacji, określonych w art. 368 k.p.c.; wyłączenie to ma zatem charakter gwarancyjny.

## ROZDZIAŁ 2

Ta część przepisów w art. 4 i art. 5 ustanawia nowy rodzaj podmiotu leczniczego, podległego ministrowi właściwemu do spraw zdrowia – Krajowy Ośrodek Terapii Zaburzeń Psychiczych (dalej: Ośrodek), oraz określa ogólne ramy jego funkcjonowania. Art. 6 nakłada na kierownika Ośrodka obowiązek powołania służby ochrony, wykonującej zadania, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2005 r. Nr 145, poz. 1221, z późn. zm.). Do zadań służby ochrony Ośrodka będzie należało ponadto zapewnienie, aby osoby umieszczone w Ośrodku na mocy postanowienia

sądu nie opuściły Ośrodka i nie oddaliły się samowolnie. Zgodnie z art. 7 Ośrodek zostanie również objęty obligatoryjnym monitoringiem, co ma na celu podniesienie zarówno poziomu bezpieczeństwa personelu, jak skutecznej ochrony praw osób umieszczonych w Ośrodku. Szczegółowe regulacje dotyczące Ośrodka znajdują się w rozporządzeniu wykonawczym, które zostanie wydane na podstawie art. 8.

### ROZDZIAŁ 3

Rozdział 3 reguluje postępowanie przed sądem. Celem tego postępowania jest ustalenie, czy dana osoba należy do osób, określanych jako stwarzające zagrożenie (zgodnie z definicją zawartą w art. 1). Jeżeli zostanie to stwierdzone, sąd orzeknie wobec takiej osoby nadzór prewencyjny lub umieszczenie w Ośrodku.

Projekt przewiduje tylko jeden sposób zainicjowania tego postępowania – wniosek dyrektora zakładu karnego. Zgodnie z art. 9, jeżeli opinia psychiatryczna lub psychologiczna, wydana w trakcie postępowania wykonawczego w stosunku do osoby odbywającej karę pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione z użyciem przemocy, wskazuje, że osoba ta spełnia przesłanki określone w art. 1 pkt 2 i 3, dyrektor zakładu karnego występuje z wnioskiem do właściwego sądu o uznanie osoby, której wniosek dotyczy, za stwarzającą zagrożenie.

Art. 10 nakłada na sąd obowiązek niezwłocznego podjęcia czynności sądu po otrzymaniu wniosku dyrektora zakładu karnego. Zakończenie odbywania kary pozbawienia wolności po złożeniu wniosku nie stanowi przeszkody do wydania orzeczenia w tym przedmiocie.

Na podstawie art. 11 sąd w terminie 7 dni od otrzymania wniosku powołuje biegłych wskazanych w tym artykule. Nie będzie więc dopuszczalne orzeczenie o umieszczeniu osoby w Ośrodku albo orzeczenie wobec niej nadzoru, jeżeli w sprawie nie uzyskano co najmniej jednej opinii dwóch lekarzy psychiatrów. W sprawach osób z zaburzeniami osobowości niezbędne będzie ponadto uzyskanie opinii psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – ponadto opinii lekarza seksuologa lub certyfikowanego psychologa seksuologa. Nie będzie wystarczające uzyskanie opinii psychologa nieposiadającego stosownego certyfikatu, nawet jeżeli pracuje on jako seksuolog. Sąd będzie mógł również powoływać nowych biegłych, czyli zarówno innych biegłych psychiatrów, psychologów czy seksuologów, jak i biegłych innych specjalności, jeżeli zaistnieje taka potrzeba. W razie powołania biegłych, sąd będzie też w każdym przypadku ustanawiał adwokata lub radcę prawnego z urzędu dla osoby, której dotyczy postępowanie, chyba że ma ona już ustanowionego z wyboru pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą (art. 12). Przepisy

art. 13 dotyczą natomiast obserwacji psychiatrycznej, której potrzeba może się wyłonić w wyniku badań.

Art. 14 ustanawia przesłanki umieszczenia osoby stwarzającej zagrożenie w Ośrodku lub zastosowania nadzoru prewencyjnego. Sąd będzie mógł orzec o umieszczeniu w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, jeżeli charakter stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub ich nasilenie wskażą, że jest to niezbędne ze względu na bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu, wolności seksualnej i obyczajności, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat. Jeżeli natomiast prawdopodobieństwo takie nie będzie bardzo wysokie, lecz mimo to występujące w wysokim stopniu, sąd będzie mógł orzec nadzór prewencyjny. Oba te środki będą orzekane bez określenia terminu. *A contrario*, jeżeli prawdopodobieństwo popełnienia takiego czynu okaże się niezbyt wysokie lub niskie, czy w ogóle żadne, sąd nie będzie mógł wydać żadnego z orzeczeń, o których mowa w art. 14.

Przy ocenie, czy zachodzi wysokie lub bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego przez osobę, której dotyczy wnioski, sąd weźmie pod uwagę uzyskane opinie biegłych, a także wyniki dotychczasowej terapii i możliwość efektywnego poddania się przez tę osobę terapii na wolności.

Po uzyskaniu opinii biegłych, sąd rozpozna sprawę na rozprawie, z obowiązkowym udziałem prokuratora oraz ustanowionego adwokata lub radcy prawnego; przeprowadzenie rozprawy będzie niezbędne (art. 15). Po przeprowadzeniu rozprawy sąd wydaje postanowienie o umieszczeniu w Ośrodku, o zastosowaniu nadzoru prewencyjnego albo o uznaniu, że osoba, której dotyczy wnioski, nie jest osobą stwarzającą zagrożenie w rozumieniu niniejszej ustawy, w którym to przypadku nie będzie można orzec wobec niej żadnego ze środków przewidzianych w projekcie. Sprawca, którego dotyczy postępowanie, zostanie doprowadzony z zakładu karnego. Projektodawca do pewnego stopnia odszedł tu od reguły, że uczestnictwo w rozprawie cywilnej jest prawem, a nie obowiązkiem, uznając, że z uwagi na charakter rozstrzygnięcia, dla wydania prawidłowego orzeczenia regułą powinno być raczej, że sąd ma osobisty kontakt z osobą, której wolności i prawa będą mogły zostać istotnie ograniczone wskutek wydania orzeczenia. Jeżeli zatem po skierowaniu wniosku, o którym mowa w art. 9, sprawca opuścił zakład karny, sąd wezwie go do stawiennictwa na rozprawie, ale jeżeli nie stawi się on na rozprawie lub odmówi udziału, sąd może zarządzić jego doprowadzenie, uznając, że jego obecność jest konieczna.

Art. 16 stanowi, że sąd, orzekając o zastosowaniu nadzoru prewencyjnego, będzie mógł nałożyć na osobę stwarzającą zagrożenie obowiązek poddania się terapii, oraz określa obowiązek kierownika placówki prowadzącej terapię, dotyczący poinformowania sądu i Policji o uchylaniu się od terapii. Zgodnie z art. 17 od osoby stwarzającej zagrożenie będą pobierane materiały do analizy DNA i odciski linii papilarnych, a także wykonywane jej zdjęcia, szkice i opisy wizerunków. Informacje takie mogą pomóc organom ścigania w wykryciu sprawcy czynu, jeżeli osoba stwarzająca zagrożenie dopuści się przestępstwa. Ponieważ wielu z tych sprawców zostało skazanych w okresie, kiedy nie gromadzono próbek DNA, i nie mają do nich zastosowania istniejące przepisy, potrzebna jest podstawa prawna umożliwiająca pobranie i przechowywanie takiego materiału; w tym celu wprowadzono też zmiany w ustawie o Policji (art. 49).

Art. 18 określa czynności techniczne sądu związane z orzeczeniem umieszczenia w Ośrodku oraz nakłada obowiązki w zakresie przekazania dokumentacji medycznej, natomiast art. 19 nakłada na osobę stwarzającą zagrożenie, która nie przebywa w zakładzie karnym, obowiązek stawienia się w Ośrodku w określonym terminie. Jeżeli osoba ta nie stawia się w Ośrodku lub nie zostanie doprowadzona, sąd będzie miał obowiązek zarządzić jej poszukiwanie, zatrzymanie i doprowadzenie przez Policję. Przepis art. 20 stanowi natomiast, że zatrzymanie i doprowadzenie przez Policję następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego, co stanowi powtórzenie regulacji zawartej w art. 46 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.).

Art. 21 jest przepisem o charakterze prewencyjnym. Ma on na celu ograniczenie niebezpieczeństwa dla innych osób ze strony osoby stwarzającej wysokie zagrożenie, która przebywa na wolności, lecz uchyla się od orzeczonej wobec niej terapii lub obowiązków wynikających z nadzoru prewencyjnego. W stosunku do takiej osoby można bowiem uznać, że wskutek lekceważenia tych obowiązków stwarza ona zagrożenie już większe niż wysokie. Należy również wskazać, że niezbędne było też wskazanie sankcji, które może zastosować sąd, jeżeli osoba będzie się uchylać przed nadzorem lub terapią, ponieważ w przeciwnym razie przepisy nie dawałyby żadnych możliwości, aby wyegzekwować nałożone obowiązki, a zatem w praktyce mogłyby pozostać martwe.

#### ROZDZIAŁ 4

Rozdział ten zawiera przepisy dotyczące nadzoru prewencyjnego.

W art. 22 określono, na czym polegają obowiązki osoby stwarzającej zagrożenie związane z nadzorem prewencyjnym. Instytucję nadzoru prewencyjnego stosowanego na mocy projektowanej ustawy określono w ten sposób, aby położyć nacisk w pierwszym rzędzie na obowiązki sprawcy, zapewniające Policji możliwość kontrolowania miejsca jego pobytu. Świadomość istnienia takiego nadzoru powinna wpłynąć na sprawcę mitygująco. Osoba stwarzająca zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, będzie miała obowiązek każdorazowego informowania organu nadzorującego o zmianie miejsca stałego pobytu, miejsca zatrudnienia i zmianie swoich danych osobowych, a jeżeli organ nadzorujący tego zażąda, również udzielania informacji o miejscu aktualnego i zamierzonego pobytu oraz terminach i miejscach wyjazdów. Organ nadzorujący będzie zaś uprawniony do weryfikowania informacji udzielanych przez tę osobę.

Następny przepis, art. 23, określa szczególne uprawnienia Policji związane z kontrolą zachowania osób uznanych przez sąd na podstawie opinii biegłych psychiatrów za stwarzających wysokie zagrożenie. Policja powinna w pierwszej kolejności stosować zwykłe czynności operacyjno-rozpoznawcze pozwalające na ustalenie, czy osoby takie przestrzegają prawa, a także np. czy poddają się dobrowolnej terapii w warunkach wolnościowych (terapia taka oparta na dobrej woli osoby jest bardziej skuteczna niż terapia przymusowa). W sytuacjach wątpliwych, gdy osoba taka zaczyna ukrywać swoje zachowania, ale jeszcze nie w sposób pozwalający stwierdzić bezpośrednio ryzyko popełnienia przestępstwa, Policja powinna mieć możliwość sięgnięcia po bardziej skuteczny środek – kontrolę operacyjną. Ze względu na specyfikę czynów i zaburzeń, których dotyczy projektowana ustawa, wykrycie stanu zwiększającego się niebezpieczeństwa za pomocą zwykłych metod czynności operacyjno-rozpoznawczych zazwyczaj nie będzie możliwe; nie będzie też miało miejsca wystąpienie ogólnych przesłanek zastosowania kontroli operacyjnej przewidzianych w ustawie o Policji. Sprawców groźnych przestępstw seksualnych cechuje bowiem dokonywanie nagłych impulsywnych ataków poprzedzonych często czynnościami, które albo są trudno dostrzegalne w ramach zwykłej pracy operacyjno-rozpoznawczej, albo nie mają dla osób postronnych konotacji przestępczych, czego przykładem może być rozpoczęcie przeglądania stron internetowych z coraz brutalniejszymi treściami, pogłębiająca się alienacja, rozpoczęcie pewnych czynności „rytualnych”, np. zakup ubrań dziecięcych. Wszystkie te objawy świadczące o rosnącym ryzyku ataku są niedostrzegalne w ramach zwykłej pracy wywiadowczej dzielnicowego, a jednocześnie nie stanowią jeszcze przygotowania do popełnienia przestępstwa w rozumieniu Kodeksu karnego. Zachowanie takiej osoby powinno



być analizowane przez wyspecjalizowanego funkcjonariusza policji w porozumieniu z psychologiem dysponującym profilem takiej osoby, wobec której orzeczono nadzór.

Kontrola operacyjna wiąże się ze znacznym poziomem ingerencji w prawo do prywatności, jednak w przypadku osób ze zdiagnozowanym dużym zagrożeniem popełnienia czynów przeciwko życiu lub wolności seksualnej taka ingerencja jest uzasadniona i proporcjonalna. Rezygnacja z takiej możliwości oznaczałaby bowiem bardzo duże ryzyko dla innych osób. Projektodawca uznał, że zagrożenie związane ze szczególnymi zaburzeniami psychiki osoby poddanej nadzorowi uzasadnia wprowadzenie możliwości kontroli operacyjnej, gdyż dobro prawne, jakim jest prywatność osoby poddanej nadzorowi, zostaje naruszone wyłącznie w celu ochrony dóbr prawnych innych osób, a są to dobra tak wielkiej wagi jak życie, zdrowie i wolność seksualna. Jednocześnie instytucja nadzoru policyjnego połączonego z dobrowolną terapią realizowaną w warunkach wolnościowych pozwala na ograniczenie izolacji połączonej z terapią wyłącznie do absolutnie wyjątkowych przypadków.

Art. 24 ma zasadniczo charakter gwarancyjny. Z samej swojej natury nadzór prewencyjny musi być stosowany bez określenia terminu. Art. 24 przewiduje jednak możliwość składania wniosków o uchylenie tego środka, określając, jakie osoby i w jakich przedziałach czasowych są uprawnione do złożenia wniosku, a także jakie warunki (opinia biegłych) muszą być spełnione przed uchyleniem tego środka).

## ROZDZIAŁ 5

Rozdział ten określa ogólne ramy prawne dla kwestii związanych z pobytem w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie.

Art. 25 stanowi, że osobę, którą umieszczono w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, obejmuje się odpowiednim postępowaniem terapeutycznym, którego celem jest poprawa stanu jej zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia życia, zdrowia i wolności seksualnej innych osób. Zarówno dla sprawcy, jak dla społeczeństwa jest to zasadniczy cel pobytu sprawcy w zakładzie zamkniętym.

Art. 26 reguluje kwestie związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi osobie poddanej terapii zarówno w Ośrodku, jak i poza nim. Kwestie te zostaną szczegółowo uregulowane w rozporządzeniu wydanym na podstawie ust. 5.

Art. 27 również ma na celu objęcie osób, w stosunku do których zastosowane będą projektowane regulacje, świadczeniami opieki zdrowotnej, z tym że odnosi się do kwestii

finansowania tych świadczeń. Niezbędne było wskazanie w projektowanej ustawie podstawy finansowania tych świadczeń ze Skarbu Państwa.

W art. 28 i art. 29 projekt wprowadza przepisy porządkowe w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno osób umieszczonych w Ośrodku, jak i personelu. W dotychczasowej praktyce regulacje takie znajdują się w wewnętrznych regulaminach szpitali. Kwestie te, dotyczące praw i wolności człowieka, powinny jednak zostać uregulowane na poziomie ustawowym. Wprowadzono również w art. 30 nieistniejącą obecnie możliwość składania zażaleń do sądu na zarządzenia kierownika Ośrodka w sprawach objętych tymi regulacjami.

Art. 31 dotyczy tajemnicy zawodowej. Zgodnie tym przepisem, osoby wykonujące czynności związane z pobytem w Ośrodku osób stwarzających zagrożenie będą obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a ponadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału. Zwolnienia od tego obowiązku przewidziane są w ust. 2 i dotyczą sytuacji, kiedy zachowanie tajemnicy byłoby albo bezcelowe (jak wobec osób wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w Ośrodku), albo niewskazane z uwagi na dobro ogólne (jak w przypadku policjantów prowadzących czynności operacyjno-rozpoznawcze, w tym zwłaszcza z uwagi np. na ucieczkę osoby umieszczonej w Ośrodku). Przepis będzie miał zastosowanie przede wszystkim do osób, których nie wiąże tajemnica lekarska.

Art. 32 daje osobie umieszczonej w Ośrodku prawo do pomocy w ochronie jej praw, w szczególności do kierowania skarg i uzyskiwania odpowiedzi na skargi. Zgodnie z ust. 2, do ochrony praw osób umieszczonych w Ośrodku stosuje się odpowiednio art. 10b, art. 43 i art. 44 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.).

Art. 10b przywołanej ustawy określa zadania i prawa Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w tym prawo wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego (a zatem również Ośrodka) związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, prawo występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń, prawo wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby przebywającej w Ośrodku, która złożyła skargę, oraz porozumiewania się z tą osobą bez udziału innych osób.

W wyniku odpowiedniego stosowania art. 43 przywołanej ustawy, do Ośrodka będzie miał wstęp o każdej porze sędzia w celu kontroli legalności przebywania w Ośrodku osób

stwarzających zagrożenie, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich one tam przebywają.

Natomiast w wyniku odpowiedniego stosowania art. 44 przywołanej ustawy, sąd będzie mógł ustanowić kuratora dla osoby stwarzającej zagrożenie, przebywającej w Ośrodku, jeżeli osoba ta będzie potrzebować pomocy do prowadzenia wszystkich swoich spraw albo spraw określonego rodzaju.

Ponieważ pobyt w Ośrodku jest przymusowy, zaś osoby w nim przebywające stwarzają zagrożenie dla społeczeństwa, art. 33 daje podstawę, aby niezwłocznie powiadomić Policję o samowolnym opuszczeniu Ośrodka, a także podjąć czynności w celu poszukiwania i zatrzymania osoby stwarzającej zagrożenie, która samowolnie opuściła Ośrodek, oraz doprowadzenia jej z powrotem.

## ROZDZIAŁ 6

Przepisy tego rozdziału regulują kwestie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób umieszczonych w Ośrodku. Kwestie te wymagają ustawowego uregulowania z uwagi na specyficzną, niebezpieczną populację, jaką będą tworzyć te osoby. Należy ponownie wskazać, że mowa jest o osobach, które już co najmniej raz popełniły przestępstwo z użyciem przemocy, za które orzeczono wobec nich karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, a zachodzi bardzo wysokie prawdopodobieństwo, że znów popełnią drastyczny czyn skierowany przeciwko ludzkiemu życiu lub zdrowiu albo wolności seksualnej.

Art. 34 stwarza ogólną podstawę stosowania przymusu bezpośredniego i określa gwarancyjne zasady ich stosowania. Art. 35 wymienia wszystkie sytuacje, w których dopuszczalne będzie stosowanie przymusu.

Art. 36 określa enumeratywny katalog dozwolonych w Ośrodku metod przymusu bezpośredniego. Będą to: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie produktów leczniczych, unieruchomienie, izolacja, a także użycie kajdanek, pałek służbowych i ręcznego miotacza substancji obezwładniających. Definicje każdej z tych metod zawarto w art. 37.

W kolejnych przepisach umieszczono szczegółowe regulacje i dyrektywy użycia przymusu bezpośredniego. Zgodnie z art. 38, w pierwszej kolejności powinny być stosowane metody najmniej dolegliwe; w ust. 3 wskazano też krąg osób, w stosunku do których zakazane będzie używanie środków bardziej dolegliwych i potencjalnie bardziej niebezpiecznych dla zdrowia. W art. 38 ust. 2 i art. 39 wskazano osoby stosujące przymus i decydujące o zastosowaniu poszczególnych metod. Wprowadzono też obowiązek, aby każdy przypadek zastosowania

przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowywać w dokumentacji medycznej. Wzory tej dokumentacji określi minister właściwy do spraw zdrowia.

Przepisy art. 40–42 szczegółowo regulują stosowanie unieruchomienia i izolacji, ponieważ są to środki, których niewłaściwe stosowanie może narazić na szwank zdrowie osoby, wobec której są stosowane. Art. 43 nakłada na pracownika służby ochrony obowiązek udzielenia pierwszej pomocy każdej osobie poszkodowanej w wyniku użycia środków przymusu. W odniesieniu do personelu medycznego Ośrodka wydawanie takich przepisów jest zbędne, ponieważ są oni pracownikami służby zdrowia, zaś ich obowiązek udzielenia pomocy wynika z innych regulacji. W odróżnieniu od nich, pracownik służby ochrony może nie spełnić tego obowiązku, jeżeli zachodzą okoliczności określone w ust. 2. Kolejne przepisy art. 43 określają obowiązki służby ochrony związane z zabezpieczeniem miejsca zdarzenia oraz prawa pracownika tej służby, w przypadku gdy wskutek jego działań doszło do uszkodzenia ciała lub śmierci człowieka albo zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

Art. 44 nakłada na pracownika służby ochrony obowiązek dokumentowania w notatce służbowej każdego użycia środków przymusu oraz przekazania notatki w celu umieszczenia w dokumentacji medycznej; określa też, jakie informacje powinna zawierać notatka.

Zgodnie z art. 45, kierownik Ośrodka musi zostać niezwłocznie poinformowany o każdorazowym zastosowaniu środka przymusu, zaś w ciągu 3 dni ma obowiązek ocenić jego zasadność, odnotowując tę ocenę w dokumentacji medycznej.

## ROZDZIAŁ 7

Rozdział ten reguluje kwestie związane z wypisywaniem z Ośrodka, czyli zgodnym z prawem opuszczeniem Ośrodka przez osoby tam umieszczone.

Przepisem o charakterze gwarancyjnym jest art. 46, nakładający na sąd obowiązek badania nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy, czy nie ustała potrzeba umieszczenia osoby w Ośrodku. Ocena ta będzie dokonywana na podstawie opinii lekarza psychiatry oraz wyników terapii. Do obowiązków kierownika Ośrodka będzie należało sporządzanie co 6 miesięcy opinii na potrzeby sądu; opinię taką obowiązany będzie przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia tej osoby uzna, że dalsze jej pozostawanie w ośrodku nie jest konieczne.

Jeżeli ustaną przesłanki uzasadniające umieszczenie osoby w ośrodku, sąd będzie miał obowiązek niezwłocznie orzec o jej wypisaniu. Zgodnie z art. 47, przed wydaniem postanowienia o wypisaniu sąd będzie miał obowiązek wysłuchać jednego lub więcej lekarzy

psychiatrów. W sprawach osób wykazujących zaburzenia osobowości niezbędne będzie ponadto uzyskanie ustnej lub pisemnej opinii psychologa, a w sprawach osób wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych – ponadto opinii lekarza seksuologa lub certyfikowanego psychologa seksuologa. Orzekając o wypisaniu osoby z Ośrodka, sąd będzie mógł zastosować wobec niej nadzór prewencyjny.

Postanowienia o wypisaniu i zastosowaniu nadzoru będą zaskarżalne – osobami uprawnionymi do złożenia apelacji będą: prokurator, jako organ ochrony prawnej społeczeństwa, a także osoba, której dotyczy postanowienie, oraz jej pełnomocnik (art. 48). Z uwagi na szczególne zagrożenie, stwarzane przez osoby umieszczone w Ośrodku, postanowienia o wypisaniu z Ośrodka będą wykonywane z dniem ich uprawomocnienia.

## ROZDZIAŁ 8

W tym rozdziale zawarte są zmiany w obowiązujących przepisach, związane z wejściem w życie projektowanej regulacji.

Art. 49 dokonuje zmian w ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2011 r. Nr 287, poz. 1687, z późn. zm.).

Zmiana w art. 15 ust. 1 pkt 3a ma na celu uzupełnienie istniejącego przepisu, tak aby uprawnienia Policji określone w art. 15 ust. 1 pkt 3a, czyli prawo do pobierania od osób wymazu ze służówki policzków, dotyczyły również przypadków określonych w projektowanej ustawie.

Art. 20 ust. 2a statuuje możliwość przetwarzania przez Policję informacji o określonych kategoriach osób bez wiedzy i zgody tych osób. Katalog tych osób przerezagowano przez ujęcie w punkty, zaś w pkt 4 dodano możliwość przetwarzania informacji o osobach, w stosunku do których stosowany jest środek zabezpieczający określony w art. 98a Kodeksu karnego. Celem tej regulacji jest umożliwienie Policji efektywnego stosowania nadzoru.

Zmiany w art. 21a, art. 21b i art. 21d umożliwiają gromadzenie informacji o wynikach analizy DNA; są to zmiany wynikające z art. 17 projektowanej regulacji.

Zmiany zawarte w art. 50 dotyczą ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Są to zmiany w przepisach regulujących zasady finansowania świadczeń udzielanych osobom nieubezpieczonym. Zgodnie z zaproponowanymi rozwiązaniami, świadczenia udzielane nieubezpieczonym skazanym, wobec których wykonywane są środki zabezpieczające, finansowane będą przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w formie

dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W art. 51 zawarto zmianę ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Zmiana ta jest niezbędna, aby nie obciążać uczestników postępowania, normowanego w rozdziale 3, kosztami ani opłatami.

Art. 52 dokonuje zmian w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Biorąc pod uwagę okoliczność, iż podstawowym celem umieszczenia w Ośrodku będzie terapia, przepisy tej ustawy będą miały bezpośrednie zastosowanie do Ośrodka, z wyłączeniem jedynie tych jej postanowień, których stosowanie nie jest możliwe ze względu na szczególny charakter hospitalizowanych w nim pacjentów oraz charakter i rolę Ośrodka w zapewnieniu bezpieczeństwa i porządku publicznego. Okoliczności te przemawiają za wyłączeniem stosowania postanowień ustawy o działalności leczniczej dotyczących: wymogów pomieszczeń i brzmienia regulaminu organizacyjnego (art. 22 i art. 24), które w przypadku Ośrodka zostaną określone odrębnie w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 8; wypisania pacjenta (art. 29); zadań gmin w zakresie finansowania transportu sanitarnego (art. 30); czasowego zaprzestania udzielania świadczeń (art. 34 i art. 35); odpłatności za świadczenia zdrowotne (art. 44 i art. 45); struktury zatrudnionego personelu (art. 50), jak również przepisów dotyczących samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (oddziału 2 w rozdziale 3 działu II). Przyjęte rozwiązanie ma charakter analogiczny do obowiązujących i sprawdzonych regulacji zawartych w art. 37 ust. 4 tej ustawy, dotyczących podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności. Ponadto wprowadza się zmianę w art. 88, dotyczącą wypłacania dodatków pracownikom Ośrodka. Dodatki te wynikają z faktu, że praca w Ośrodku będzie nie tylko szczególnie obciążająca, lecz również potencjalnie niebezpieczna.

Art. 53 dokonuje wyłączenia przymusu bezpośredniego stosowanego na podstawie projektowanej ustawy spod regulacji ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego, z uwagi na fakt, że w projektowanej ustawie – podobnie jak w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, która również została wyłączona spod tej regulacji – przymus bezpośredni dotyczy wyłącznie specyficznej kategorii osób, cierpiących na zaburzenia psychiczne, co oznacza, że powinien mieć specyficzny, łagodniejszy charakter oraz obejmować środki takie jak podanie leków, nieznaną regulacji powszechnie obowiązującej.

## ROZDZIAŁ 9

Rozdział ten zawiera przepisy przejściowe i końcowe. Art. 54 stanowi, że do czasu wydania rozporządzenia na podstawie art. 8 oraz spełnienia przez Ośrodek warunków określonych w tym rozporządzeniu w przepisach odrębnych, jednakże przez okres nie dłuższy niż 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, można będzie umieszczać w Ośrodku osoby stwarzające zagrożenie, jeżeli zapewniono właściwe zabezpieczenie Ośrodka i możliwość udzielania świadczeń terapeutycznych. Ust. 2 reguluje kwestię zapewnienia ochrony personelowi Ośrodka oraz ochrony przed samowolnym opuszczeniem Ośrodka przez osoby w nim umieszczone w okresie zanim zostanie utworzona służba ochrony. Do tego czasu, jednakże przez okres nie dłuższy niż 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, Dyrektor Generalny Służby Więziennej, na wniosek Ministra Sprawiedliwości, będzie miał obowiązek delegowania funkcjonariuszy Służby Więziennej do wykonywania zadań tej służby. Uprawnienia funkcjonariuszy do stosowania przymusu bezpośredniego nie będą jednak wykaczać poza uprawnienia przewidziane w ustawie dla służby ochrony.

Art. 55 określa regułę wydatkową związaną z kosztami funkcjonowania Ośrodka, zaś art. 56 dotyczy mocy obowiązującej dotychczasowych aktów wykonawczych, które muszą zostać znowelizowane w wyniku regulacji przyjętych w projektowanej ustawie.

*Vacatio legis*, określone w art. 57, przewidziano na 14 dni, co w ocenie projektodawcy jest okresem wystarczającym.

### ORZECZNICTWO EUROPEJSKIEGO TRYBUNAŁU PRAW CZŁOWIEKA

Projektowane przepisy pozostają w zgodzie ze standardami w tej dziedzinie wypracowanymi przez orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Trybunał w szczególności badał kwestię zgodności z Europejską Konwencją Praw Człowieka (dalej jako Konwencja) środków polegających na pozbawieniu wolności, orzekanych w celach prewencyjnych w stosunku do skazanych po odbyciu przez nich kary pozbawienia wolności.

Trybunał nie wypracował odrębnego standardu w odniesieniu do prewencyjnego pozbawienia wolności stosowanego wobec osób niebezpiecznych dla społeczeństwa. Uznał, że izolacja prewencyjna, jak każde pozbawienie wolności, powinna odpowiadać wymogom przewidzianym w art. 5 Konwencji dotyczącym prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego.

Trybunał nie kwestionował przy tym samej możliwości prewencyjnej izolacji niebezpiecznych przestępców po odbyciu przez nich kary pozbawienia wolności, lecz badał, czy w konkretnych przypadkach doszło do naruszenia postanowień Konwencji, szczególnie

art. 5 i art. 7, tj. w zakresie podstaw pozbawienia wolności oraz retroaktywnego stosowania przepisów dotyczących kar. W niektórych sprawach Trybunał orzekł o niezgodności prewencyjnego pozbawienia wolności z Konwencją (M przeciwko Niemcom, Haidn przeciwko Niemcom), w innych doszedł do konkluzji odmiennych, tj. nie stwierdził naruszenia Konwencji (Grosskopf przeciwko Niemcom).

Punktem wyjścia rozważań Trybunału było ustalenie, czy prewencyjne pozbawienie wolności zastosowano, opierając się na jednej z podstaw enumeratywnie określonych w art. 5 ust. 1 Konwencji. Stosując to kryterium do projektowanych rozwiązań, należy stwierdzić, że odpowiadają one standardom określonym w tym przepisie. W odniesieniu do pozbawienia wolności orzekałego na podstawie rozdziału 5a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego podstawą izolacji będzie przesłanka wymieniona w art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji (ang. *unsound mind*). Konwencja nie definiuje, co oznacza określenie *unsound mind*. Takiej definicji nie formułuje też Trybunał, niemniej interpretuje to określenie szeroko, stwierdzając, że znaczenie tego określenia ewoluuje wraz z rozwojem psychiatrii, zwiększając się elastycznością doboru metod leczenia oraz postrzeganiem tego problemu przez społeczeństwo. W często cytowanej w kontekście art. 5 ust. 1 lit. e sprawie Winterwerp przeciwko Holandii, Trybunał ustalił wymagania konieczne do zapewnienia zgodności pozbawienia wolności ze standardem wynikającym z Konwencji: (1) stwierdzenie na podstawie obiektywnej opinii medycznej zaburzenia umysłowego (ang. *mental disorder*) pacjenta, (2) zaburzenie umysłowe jest takiego rodzaju lub stopnia, że wymaga przymusowego zamknięcia, (3) zasadność kontynuowania pozbawienia wolności zależy od utrzymywania się zaburzeń umysłowych. Projektowane przepisy odpowiadają wymienionym kryteriom.

Na konieczność ukształtowania prewencyjnego pozbawienia wolności w taki sposób, aby przez przyznane pacjentowi pomoc i wsparcie zredukować ryzyko powrotu do przestępstwa po jego wyjściu z zakładu, Trybunał zwraca uwagę m.in. w orzeczeniu M przeciwko Niemcom. Sposób i miejsce wykonywania pozbawienia wolności to obok celu i dolegliwości orzeczonego środka – zasadnicze elementy odróżniające ten środek prewencyjny od kary. Rozróżnienie tych dwóch postaci pozbawienia wolności jest szczególnie istotne z punktu widzenia zgodności z art. 7 Konwencji, który określa zakaz wstecznego stosowania kar na niekorzyść oskarżonego. Z projektowanych przepisów jednoznacznie wynika, że pozbawienie wolności orzekane na podstawie przepisów rozdziału 5a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r.



o ochronie zdrowia psychicznego nie jest karą w rozumieniu nadanym temu określeniu w orzecznictwie Trybunału.

W kontekście art. 7 Trybunał rozważał również zgodność z tym przepisem środków o zredukowanym – w stosunku do środków polegających na pozbawieniu wolności – stopniu dolegliwości. Kryteriami uzasadniającymi zaklasyfikowanie danego środka jako kary były natura i cel środka, a także procedury stosowane przy jego tworzeniu i wykonywaniu. Orzeczenia w tym zakresie dotyczyły środków o bardzo zróżnicowanym charakterze. W sprawie *Adamson przeciwko Zjednoczonemu Królestwu* Trybunał uznał, że nie doszło do naruszenia art. 7 Konwencji przez nałożenie na skarżącego obowiązku zarejestrowania się w prowadzonym przez policję rejestrze przestępców seksualnych, mimo że ustawodawstwo w tym zakresie weszło w życie po skazaniu skarżącego, w trakcie odbywania przez niego kary. Nałożone obowiązki polegały m.in. na konieczności informowania policji o każdorazowej zmianie nazwiska i miejsca zamieszkania. Przewidziane w projekcie nieizolacyjne środki zabezpieczające zostały ukształtowane w taki sposób, aby odpowiadały ukształtowanym w orzecznictwie Trybunału kryteriom odróżniającym kary od środków niemających charakteru punitivnego.

#### ŚRODKI IZOLACYJNE W INNYCH PAŃSTWACH EUROPEJSKICH

Rozwiązania podobne do projektowanych znajdują się w systemach prawnych niektórych państw europejskich, w szczególności Niemiec, Francji, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii, Włoch, Austrii i Słowacji. Choć rozwiązania przyjęte w tych krajach mają niejednolity charakter, co wynika ze zróżnicowania miejscowych tradycji prawnych, to wszystkie opierają się na założeniach zbliżonych do tych, na których opiera się projekt. We wszystkich wymienionych państwach możliwe jest orzeczenie wobec pewnej kategorii skazanych – bez względu na wymierzoną im lub wykonaną karę pozbawienia wolności – dodatkowego środka polegającego na pozbawieniu wolności. Środek ten ma charakter leczniczo-korekcyjny. Może on zostać orzeczony już w wyroku skazującym lub podczas odbywania przez sprawcę kary pozbawienia wolności. Stosowany jest wobec sprawców szczególnie poważnych przestępstw, zwłaszcza tych, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne i wobec których istnieje poważne ryzyko powrotu do przestępstwa po odbyciu kary. Niekiedy przesłanką stosowania środka jest również negatywny wynik terapii stosowanej wobec pozbawionego wolności sprawcy lub odmowa uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych.

Przepisy niemieckie przewidują środek w postaci osadzenia prewencyjnego, stosowany po zakończeniu odbywania kary pozbawienia wolności wobec niektórych, szczególnie

niebezpiecznych sprawców. Warunkiem stosowania tego środka jest uprzednie dwukrotne skazanie sprawcy na karę pozbawienia wolności w określonym wymiarze, co najmniej dwuletni pobyt w zakładzie karnym oraz stwierdzenie, że z uwagi na okoliczności czynu i postawę sprawcy, stanowi on zagrożenie dla społeczeństwa. Środek izolacyjny można orzec także wówczas, jeżeli w momencie wyrokowania nie da się bezsprzecznie ustalić, czy sprawca stanowi zagrożenie dla społeczeństwa, albo jeżeli takie zagrożenie zostanie stwierdzone dopiero podczas wykonywania kary. W takim przypadku sąd musi podjąć decyzję w przedmiocie środka na przynajmniej 6 miesięcy przed zakończeniem wykonywania kary pozbawienia wolności.

Do 1998 r. osadzenie prewencyjne nie mogło trwać w Niemczech dłużej niż 10 lat. Następnie możliwość jego stosowania wydłużono na czas nieokreślony, co zostało zakwestionowane przez ETPCz, z uwagi na zastosowanie nowych zasad wobec wcześniej orzeczonych środków. Ponadto z uwagi na specyfikę niemieckich rozwiązań, ETPCz uznał, że mogą one nosić znamiona kary. Z tego powodu przyjęto ustawę, zgodnie z którą sąd może umieścić w zakładzie zamkniętym osoby skazane za przestępstwa z użyciem przemocy i cierpiące na zaburzenia umysłowe, które w wysokim stopniu uprawdopodobniają popełnienie przez nie przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności, w tym wolności seksualnej. Przesłanką umieszczenia w zakładzie jest potrzeba ochrony społeczeństwa. Postanowienie o umieszczeniu w zakładzie zamkniętym jest wydawane na maksymalnie 18 miesięcy. Po upływie tego okresu należy wydać nowe postanowienie lub zwolnić skazanego.

Środki o podobnym charakterze przewidziane są również we Francji. W 2008 r. do francuskiego kodeksu postępowania karnego wprowadzono instytucję osadzenia zabezpieczającego w ośrodku społeczno-medyczno-sądowym. Czas osadzenia nie jest z góry określony; nie jest on również limitowany ustawowo. Środek ten jest stosowany wobec osób cierpiących na poważne zaburzenia osobowości, skazanych na co najmniej 15 lat pozbawienia wolności za określone przestępstwa, w tym zabójstwo, morderstwo, gwałt i porwanie. Przesłanką osadzenia jest zagrożenie, jakie sprawca stwarza dla społeczeństwa.

Osadzenie zabezpieczające może zostać orzeczone tylko wtedy, jeżeli sąd w wyroku skazującym przewidział taką możliwość. Na sześć miesięcy przed odbyciem kary lub zwolnieniem sprawcy, komisja multidyscyplinarna bada, czy stosowanie tego środka wobec skazanego jest celowe.

Z kolei w Szwajcarii przewidziano prewencyjne pozbawienie wolności wobec sprawców najpoważniejszych przestępstw, powodujących ciężki uszczerbek na zdrowiu fizycznym

i psychicznym oraz skierowanych przeciwko wolności seksualnej. Warunkiem jego zastosowania jest stwierdzenie, że sprawca cierpi na nieuleczalne zaburzenia umysłowe lub zaburzenia osobowości oraz istnienie poważnego niebezpieczeństwa popełnienia przez niego podobnego przestępstwa.

Prewencyjne pozbawienie wolności jest odbywane w zakładzie terapeutycznym lub karnym, po odbyciu przez skazanego wymierzonej mu kary pozbawienia wolności. Jest ono orzekane na okres do 6 lat z możliwością przedłużenia na kolejne 5. W razie potrzeby przedłużenie może być powtarzane. Co najmniej raz na rok sąd ma obowiązek sprawdzać, czy nie ustały przesłanki stosowania środka zabezpieczającego – w takim przypadku należy skazanego warunkowo zwolnić. Istnieje również możliwość orzeczenia izolacyjnego środka zabezpieczającego dożywotnio.

W przypadku Włoch, wobec osób niebezpiecznych dla społeczeństwa, czyli takich, wobec których istnieje prawdopodobieństwo, że popełnią kolejne przestępstwa, można orzec środki o charakterze izolacyjnym. Orzeka się o nich w wyroku lub później, w trakcie wykonywania kary. W przypadku wymierzenia kary pozbawienia wolności, środki zabezpieczające stosuje się po jej wykonaniu. Do środków izolacyjnych należy umieszczenie w domu pracy przymusowej lub w kolonii rolniczej, w zamkniętym zakładzie leczniczym, odwykowym lub psychiatrycznym, a w stosunku do nieletnich – umieszczenie w zakładzie poprawczym.

W systemie austriackim kodeks karny wskazuje 3 kategorie osób, wobec których stosuje się środki zabezpieczające polegające na pozbawieniu wolności. Są to osoby z zaburzeniami psychicznymi, narkomani oraz niebezpieczni recydywiści.

Sprawcy z zaburzeniami psychicznymi mogą zostać umieszczeni w zamkniętym zakładzie leczniczym na czas nieokreślony. W trakcie izolacji są oni regularnie badani pod kątem potrzeby dalszej izolacji. W przypadku wyleczenia są przenoszeni do zwykłego zakładu karnego w celu odbycia wymierzonej kary pozbawienia wolności. Niebezpieczni recydywiści mogą być natomiast umieszczeni w specjalistycznych ośrodkach na okres maksymalnie 10 lat, przy czym sąd co roku jest obowiązany ponownie badać ich sytuację.

Zgodnie zaś z prawem słowackim, jeżeli podczas wykonywania kary pozbawienia wolności okaże się, że skazany cierpi na nieuleczalne zaburzenia umysłowe, a jego pobyt na wolności stanowiłby zagrożenie dla społeczeństwa, sąd może przerwać wykonywanie kary i zarządzić umieszczenie go w zakładzie zamkniętym. Sąd może również umieścić w takim zakładzie skazanego, który podczas odbywania kary uchylał się od terapii lub wobec którego terapia okazała się nieskuteczna, jeżeli stanowi on zagrożenie dla społeczeństwa. W takim przypadku

umieszczenie następuje po wykonaniu kary pozbawienia wolności. Izolacyjny środek zabezpieczający można także zastosować wobec sprawcy przestępstwa seksualnego lub poważnej zbrodni popełnionej w warunkach recydywy, po odbyciu przez niego kary pozbawienia wolności. Orzeczenie tego środka może nastąpić w każdym czasie przed zakończeniem odbywania kary. Dwa razy do roku i zawsze na wniosek kierownika zakładu zamkniętego, sąd ma obowiązek sprawdzać, czy nadal istnieją podstawy stosowania izolacyjnego środka zabezpieczającego.

#### MIĘDZYNARODOWY PRZEGLĄD ZASTOSOWANIA ALTERNATYWNYCH ŚRODKÓW ZAPEWNIAJĄCYCH BEZPIECZEŃSTWO SPOŁECZEŃSTWU W ZWIĄZKU Z ZAKOŃCZENIEM ODBYWANIA KARY

##### Szwajcaria

Jeżeli istnieje możliwość wyleczenia sprawcy, kieruje się go na leczenie psychiatryczne. Jeżeli wobec sprawcy orzeczono więzienie prewencyjne, a pojawi się nowa możliwość leczenia ze względu na odkrycia medyczne, należy go skierować na leczenie.

##### Włochy

Istnieje możliwość zastosowania wolnościowych środków leczniczych, jeżeli sprawca nie stanowi zagrożenia dla społeczeństwa.

##### Francja

Jeżeli nie ma konieczności przetrzymywania sprawcy w zakładzie zamkniętym, sąd penitencjarny może zarządzić stosowanie nadzoru elektronicznego.

##### Irlandia

Sąd, na wniosek Gardai (Policji), może orzec wobec sprawcy nakaz powstrzymywania się od określonego zachowania. Domyślny okres to 5 lat, lecz sąd może go też określić w innym wymiarze. Naruszenie takiego nakazu stanowi przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności. Ponadto sąd może w wyroku lub później orzec stosowanie innych środków nadzorczych. Jednakże tego typu środki mogą być stosowane jedynie przez okres, który łącznie z orzeczoną karą pozbawienia wolności nie przekracza maksymalnego wymiaru kary za dane przestępstwo.

##### Wielka Brytania

W przypadku przestępstw na tle seksualnym, sąd może w dowolnym momencie orzec zastosowanie środka karnego, jeżeli sprawca stanowi zagrożenie dla społeczeństwa.

**PORÓWNANIE ROZWIĄZAŃ W ZAKRESIE OKRESU IZOLACJI SKAZANYCH  
PO ZAKOŃCZENIU ODBYWANIA KARY ORAZ MECHANIZMÓW  
WERYFIKACYJNYCH**

<b>Lp.</b>	<b>Państwo</b>	<b>Maksymalny okres izolacji</b>	<b>Mechanizm weryfikacji</b>
1	Niemcy	a) Areszt zabezpieczający – 10 lat. Po ich upływie można przedłużyć na czas nieoznaczony.  b) Umieszczenie w zamkniętym zakładzie leczniczym – 18 miesięcy z możliwością odnawiania.	a) Orzeczenie aresztu zabezpieczającego może nastąpić najpóźniej 6 miesięcy przed upływem kary.  b) Co 18 miesięcy sąd okręgowy decyduje, czy przedłużyć leczenie o kolejne 18 miesięcy.
2	Francja	Osadzenie w ośrodku społeczno-medyczno-sądowym – czas nieoznaczony.	Możliwość osadzenia w ośrodku musi być przewidziana już w wyroku skazującym. Na 6 miesięcy przed upływem kary multidyscyplinarna komisja bada, czy konieczne jest osadzenie w ośrodku. W przypadku braku takiej konieczności, można stosować nadzór elektroniczny.
3	Szwajcaria	a) Prewencyjne pozbawienie wolności – czas nieoznaczony.  b) Przymusowe leczenie – 5 lat z możliwością przedłużenia do 10 lat.	a) Przynajmniej 1 raz w roku sąd bada, czy ustały przesłanki stosowania prewencyjnego pozbawienia wolności.  b) Na leczenie kieruje się, jeżeli istnieją perspektywy wyleczenia sprawcy lub w trakcie prewencyjnego pozbawienia wolności pojawiły się nowe odkrycia medyczne, które to umożliwiają.
4	Austria	Osadzenie w ośrodku dla niebezpiecznych recydywistów – 10 lat.	Co roku sąd bada, czy ustały przesłanki umieszczenia w ośrodku.
5	Dania	Areszt prewencyjny – czas nieoznaczony.	Prokuratura ma obowiązek zapewnienia, że środek ten nie jest stosowany dłużej niż potrzeba lub bezpodstawnie.
6	Słowacja	Osadzenie w zakładzie detencji. Brak danych co do okresu maksymalnego.	2 razy w roku i na każdy wniosek kierownika zakładu sąd sprawdza, czy istnieją podstawy do dalszego przetrzymywania w zakładzie.
7	Litwa	Przymusowe leczenie w zakładzie zamkniętym – czas nieoznaczony.	Co 6 miesięcy sąd podejmuje decyzje w sprawie ewentualnego uchylenia leczenia przymusowego.
8	Ukraina	Przymusowe leczenie w zakładzie zamkniętym. Brak danych co do okresu maksymalnego.	Co 6 miesięcy specjalna komisja bada osadzonego i na podstawie jej opinii sąd podejmuje decyzje w sprawie ewentualnego uchylenia leczenia przymusowego.

#### DANE DOTYCZĄCE SKAZAŃ, ŚRODKÓW ZABEZPIEZAJĄCYCH ORAZ RESOCJALIZACJI

W latach 2009–2011 za przestępstwa określone w rozdziale XXV Kodeksu karnego skazano ogółem 6263 osoby, z czego 351 osób (5,6%) skazano w warunkach recydywy, co może wskazywać, że wcześniejsza resocjalizacja tych sprawców nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. Wedle danych na dzień 3 stycznia 2013 r., za przestępstwa te odbywało karę w jednostkach penitencjarnych ogółem 3113 sprawców, w tym 731 osób skazanych w warunkach recydywy.

Tylko niewielka część tych osób popełniła przestępstwo w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Wedle danych na dzień 3 stycznia 2013 r., było to 224 osadzonych. Osoby te odbywają karę w systemie terapeutycznym. Wobec 36 osadzonych sąd orzekł środek zabezpieczający przewidziany w art. 95a k.k.

W latach 2009–2011 skazano ogółem 1 271 627 osób. Środki zabezpieczające orzeczono w tym okresie wobec 1238 osób, co stanowi 0,09% w stosunku do liczby skazanych. W 2009 r. wobec 158 osób orzeczono umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, zaś wobec 59 – umieszczenie w zakładzie zamkniętym; w 2010 r. było to odpowiednio 331 i 116 osób, zaś w 2011 r. – 479 i 66 osób. Odnośnie do wykonywania orzeczeń w przedmiocie środków zabezpieczających (art. 94 i art. 96 k.k.), według danych na dzień 30 czerwca 2012 r., podlegały wykonaniu 2232 orzeczenia.

W kwestii oceny skuteczności oddziaływań resocjalizacyjnych wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym wskazać należy, iż w 2011 r. objętych programem dla omawianego typu sprawców było 151 skazanych, a ukończyło go 58 skazanych.

Wobec wielu złożonych czynników, w tym wieku oraz osobowości sprawcy, stopnia jego demoralizacji, sytuacji społecznej i rodzinnej, ciągłości, intensywności i prawidłowości oddziaływań penitencjarnych, możliwości kontynuowania terapii po opuszczeniu jednostki penitencjarnej, możliwości kontroli zachowania tego typu osób przez służbę kuratorską oraz policję po opuszczeniu zakładu karnego, ocena skuteczności resocjalizacji, w aspekcie założonych celów wobec tego typu sprawców, jest sprawą trudną, indywidualną i niejednoznaczną.

#### ZGODNOŚĆ REGULACJI Z PRAWEM UNII EUROPEJSKIEJ

Zakres projektu ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.) projektowana ustawa nie podlega notyfikacji Komisji Europejskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronach internetowych Ministerstwa Sprawiedliwości i Rządowego Centrum Legislacji. Do projektu nie zgłoszono uwag w trybie powołanej ustawy.

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Ocena skutków prawnych

Poza zmianami przewidzianymi w projekcie, ustawa nie wywołuje innych skutków prawnych.

### 2. Ocena skutków gospodarczych

Projektowana ustawa nie wywołuje skutków gospodarczych.

### 3. Ocena skutków finansowych

Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązania będą miały wpływ na wysokość wydatków budżetu państwa, nie będą miały natomiast wpływu na budżety jednostek samorządu terytorialnego. Wejście projektowanej ustawy w życie pociągnie bowiem za sobą skutki finansowe dla Skarbu Państwa wynikające z faktu, że niektórzy skazani po opuszczeniu zakładu karnego nie znajdą się na wolności, lecz zostaną umieszczeni w Krajowym Ośrodku Terapii Zaburzeń Psychiczych.

W rozumieniu art. 50 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, celem realizowanym przez projekt jest skuteczna terapia sprawców najgroźniejszych przestępstw, zaś miernikiem tego celu jest liczba sprawców, którzy po odbyciu terapii opuszczą Ośrodek, aby readaptować się do życia w społeczeństwie. Określenie wartości tego miernika w ustawie ze względu na jego specyfikę nie jest jednak możliwe.

Wydatki związane z przeprowadzaniem postępowań sądowych w trybie wynikającym z projektowanej ustawy będą pokrywane przez Skarb Państwa i sfinansowane w ramach części 15 – Sądy powszechne. Rozwiązania te nie będą stanowiły podstawy zwiększenia limitu środków budżetowych.

Wydatki związane z prowadzeniem nadzoru prewencyjnego będą pokrywane przez Skarb Państwa z części stanowiącej budżet Ministra Spraw Wewnętrznych. Szacowany koszt wykonywania nadzoru prewencyjnego będzie wynosił, względem jednej osoby, około 120 759 zł rocznie. Przy przykładowej liczbie 18 osób objętych nadzorem oznacza to koszt około 2 173 662 zł rocznie.

Wydatki w pozostałym zakresie będą pochodziły z budżetu państwa – części 46 Zdrowie, rozdział 85120 – Lecznictwo psychiatryczne.

Zgodnie z art. 55 ust. 1 w latach 2013–2022 maksymalny limit wydatków budżetu państwa będący skutkiem finansowym ustawy wynosi w:



- 1) 2013 roku – 0 zł,
  - 2) 2014 roku – 5.000.000 zł,
  - 3) 2015 roku – 7.000.000 zł,
  - 4) 2016 roku – 7.000.000 zł,
  - 5) 2017 roku – 7.000.000 zł,
  - 6) 2018 roku – 7.000.000 zł,
  - 7) 2019 roku – 7.000.000 zł,
  - 8) 2020 roku – 7.000.000 zł,
  - 9) 2021 roku – 7.000.000 zł,
  - 10) 2022 roku – 7.000.000 zł
- pod warunkiem że liczba osób skierowanych do Krajowego Ośrodka Terapii Zaburzeń Psychicznych nie przekroczy 10.

W przypadku gdy liczba osób przekroczy 10, wówczas, począwszy od kolejnego roku, limit wydatków budżetu państwa będący skutkiem finansowym ustawy wynosi:

- 1) w roku X – 15.000.000 zł;
- 2) w roku X + 1 – 35.000.000 zł;
- 3) w roku X + 2 – 30.600.000 zł;
- 4) w roku X + 3 – 20.000.000 zł;
- 5) w roku X + 4 – 20.000.000 zł;
- 6) w roku X + 5 – 20.000.000 zł;
- 7) w roku X + 6 – 20.000.000 zł;
- 8) w roku X + 7 – 20.000.000 zł;
- 9) w roku X + 8 – 20.000.000 zł;
- 10) w roku X + 9 – 20.000.000 zł;
- 11) w roku X + 10 – 20.000.000 zł.

Ocenę kosztów należy w związku z powyższym rozpatrywać w dwóch etapach – pierwszy – przejściowy, gdy osoby będą umieszczane z wykorzystaniem istniejącej infrastruktury pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia, oraz drugi etap docelowy, który polega na utworzeniu nowego Ośrodka, który docelowo będzie przeznaczony dla 60 pacjentów. W skład nowego Ośrodka będzie wchodzić budynek o powierzchni około 2400 m<sup>2</sup>, obejmujący sale dla pacjentów, świetlice, zaplecze kuchenne, sale terapeutyczne, sanitariaty, dyżurki, pokoje lekarskie oraz budynek administracyjno-gospodarczy.

Szacunkowe skutki finansowe wdrożenia projektowanych rozwiązań przedstawiają się następująco:

1) w okresie przejściowym:

Liczbę osób przewidzianych do zatrudnienia w początkowym – przejściowym okresie szacuje się łącznie na 77 osób, które będą zatrudniane sukcesywnie w miarę wzrostu liczby pacjentów. Obecnie trudno jest oszacować liczbę pacjentów kierowanych do Ośrodka. Przewiduje się, że w pierwszym roku okresu przejściowego przyjętych zostanie około 4 pacjentów.

Na rok 2014 zaplanowano kwotę 5.000.000 zł, z czego planuje się wydatkowanie kwoty ok. 2.000.000 zł na prace inwestycyjne polegające na dostosowaniu jednej z istniejących placówek w okresie przejściowym do pełnienia funkcji Ośrodka. Pozostała kwota przeznaczona zostanie na sfinansowanie wydatków płacowych (wynagrodzenia wraz z pochodnymi) oraz wydatków rzeczowych w wysokości ok. 875.000 zł obejmujących m.in. zakup energii, środków żywności, systemu bezpieczeństwa. Wydatki rzeczowe w wysokości ok. 875.000 zł mają charakter stały i będą ponoszone corocznie do momentu zakończenia okresu przejściowego.

Od 2015 roku przyjęto wydatki na stałym poziomie 7.000.000 zł dotyczących wydatków płacowych (wynagrodzeń wraz z pochodnymi), uzależnionych od liczby pacjentów (założono 10 pacjentów) oraz corocznych wydatków rzeczowych.

Z uwagi na profil terapeutyczny Ośrodka zatrudnieni będą: psychiatra, psychologowie, wychowawcy, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, sanitariusze i pracownicy ochrony (przy uwzględnieniu przepisu art. 54 projektu).

Przy powyższych szacunkach wzięto pod uwagę to, że większość tych pracowników będzie pracowała w systemie 3-zmianowym (8-godzinnym). Na każdej ze zmian powinno być nie mniej niż 4 pracowników ochrony: dwóch z nich nadzorowałoby przednią część oddziału wraz z kontrolą osób przychodzących i wychodzących, a dwóch powinno znajdować się w końcowej części oddziału. Pracownicy ci nadzorowaliby również pacjenta poza Ośrodkiem, np. w oddziale chirurgicznym. Nadzór ten sprawowany byłby przez 24 godziny.

Ośrodek powinien zatrudniać dwóch sanitariuszy na zmianie. Jeden z nich wykonywałby konieczne czynności związane z utrzymaniem czystości, sanitarne, natomiast drugi pomagałby personelowi pielęgniarskiemu w wykonywaniu bieżących czynności medycznych przy pacjentach. Konieczne jest również zatrudnienie

pielęgniarek, w tym pielęgniarki oddziałowej.

Terapeuci zajęciowi będą organizować czas pobytu pacjenta w Ośrodku. Przewidziano min. 4 terapeutów na zmianę (ranną i popołudniową), przy czym praca wykonywana byłaby również w dni wolne od pracy.

Właściwa praca terapeutyczna wykonywana byłaby przez psychologów. Na jednej zmianie dziennej i popołudniowej powinno być zatrudnionych po min. 2 psychologów. Prowadziliby oni indywidualną i grupową psychoterapię.

Oddziaływania resocjalizacyjne realizowane byłyby przez wychowawców posiadających wykształcenie o tym profilu. Przewidziano wykonywanie pracy w systemie pracy rannej i popołudniowej z dniami wolnymi od pracy włącznie.

W zakresie opieki lekarskiej w okresie przejściowym przewiduje się zatrudnienie jednego psychiatry. Bieżąca opieka w zakresie stanu somatycznego pacjenta byłaby realizowana przez system konsultacji, o ile to możliwe odbywających się na terenie Ośrodka;

2) w okresie funkcjonowania docelowego ośrodka

W przypadku gdy liczba osób przekroczy 10, począwszy od następnego roku rozpocznie się wydatkowanie środków na inwestycję docelową, która będzie realizowana w trzech kolejnych latach, a łączny koszt przedsięwzięcia to kwota ok. 50.600.000 zł.

Pierwszy rok inwestycji będzie związany z pracami projektowymi oraz przygotowaniem terenu budowy i rozpoczęciem prac wykonania przyłączy do sieci (m.in. kanalizacji, wodociągów, kanalizacji deszczowej wraz z systemem zagospodarowania wód, sieci energetycznej, stacji trafo, sieci gazowej). Wartość etapu pierwszego oszacowano na kwotę ok. 5.000.000 zł. Kwota ta jest ujęta w art. 55 ust. 2 pkt 1 [łącznie ok. 15.000.000 zł, tj. ok. 5.000.000 zł koszt inwestycji, o której mowa wyżej, oraz ok. 10.000.000 zł przeznaczone na wydatki rzeczowe wraz z wydatkami płacowymi (wynagrodzenia wraz z pochodnymi)].

Drugi rok inwestycji oszacowano na kwotę ok. 25.000.000 zł, z przeznaczeniem na prace budowlane związane ze wznoszeniem obiektu oraz kontynuacją prac przyłączeniowych do poszczególnych rodzajów instalacji. Wydatek ten ujęty jest w art. 55 ust. 2 pkt 2 [łącznie ok. 35.000.000 zł, tj. ok. 25.000.000 zł koszt inwestycji, o której mowa wyżej, oraz ok. 10.000.000 zł przeznaczone na wydatki rzeczowe wraz z wydatkami płacowymi (wynagrodzenia wraz z pochodnymi)].

Trzeci rok inwestycji będzie ostatnim rokiem jej realizacji, w którym zostaną wykonane końcowe prace budowlane, zagospodarowanie terenu wraz z infrastrukturą drogową oraz z wyposażeniem Ośrodka. Etap ten oszacowano na kwotę ok. 20.600.000 zł. Wydatek ten ujęty jest w art. 55 ust. 2 pkt 3 [łącznie ok. 30.600.000 zł, tj. ok. 20.600.000 zł koszt inwestycji, o której mowa powyżej, oraz ok. 10.000.000 zł przeznaczone na wydatki rzeczowe wraz z wydatkami płacowymi (wynagrodzenia wraz z pochodnymi)].

Koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi w trzech wyżej wymienionych latach zostały oszacowane przy założeniu, iż w Ośrodku przebywać będzie do 12 pacjentów. Począwszy od roku X + 3, o którym mowa art. 55 ust. 2 pkt 4, zaplanowano wydatki o charakterze stałym na funkcjonowanie Ośrodka w wysokości ok. 20.000.000 zł (przy założeniu 24 pacjentów), w tym: około ok. 3.500.000 zł na bieżącą działalność Ośrodka oraz koszty zakupu usług ochrony, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi dla personelu, które będą uzależnione i sukcesywnie uruchamiane w zależności od liczby pacjentów Ośrodka.

Do kosztów projektu wliczono również koszt asysty medycznej przewidzianej w art. 18 projektu. Udział lekarza, pielęgniarki lub ratownika medycznego przy zatrzymaniu i doprowadzeniu pociąga za sobą koszt rzędu ok. 3000 zł. Jednakże liczba takich przypadków, wedle oczekiwań, będzie wynosić co najwyżej jeden rocznie.

4. Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki, rynek pracy, sytuację i rozwój regionalny

Projektowana ustawa nie wywołuje skutków w sferze konkurencyjności zewnętrznej i wewnętrznej gospodarki, rynku pracy i w zakresie rozwoju regionalnego.

5. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Wejście w życie projektowanej ustawy będzie miało wpływ na sądy, prokuratury, Policję, skazanych, w stosunku do których będzie stosowany nadzór prewencyjny lub umieszczenie w Ośrodku, oraz osoby zatrudnione w tworzonej Ośrodku.

6. Konsultacje społeczne

Projekt ustawy w ramach konsultacji został przekazany do zaopiniowania sądom i prokuraturom apelacyjnym, Sądowi Najwyższemu, Krajowej Radzie Sądownictwa, Rzecznikowi Praw Obywatelskich, Rzecznikowi Praw Dziecka, Prokuratorowi Generalnemu, Stowarzyszeniu Prokuratorów Rzeczypospolitej Polskiej, Stowarzyszeniu

Sędziów Polskich „Iustitia”, Naczelnej Radzie Adwokackiej, Krajowej Izbie Radców Prawnych, Krajowej Radzie Prokuratury, Krajowej Radzie Sądownictwa, Krakowskiemu Stowarzyszeniu Terapeutów Uzależnień, Polskiemu Towarzystwu Terapii Uzależnień, Zarządowi Głównemu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Prezesowi Polskiego Towarzystwa Psychoterapeutycznego, Prezesowi Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Generalnemu Inspektorowi Danych Osobowych, a także Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka oraz podmiotom reprezentującym szeroko rozumiane środowisko medyczne.

Większość sądów i prokuratur nie zgłosiła uwag do projektu, a niektóre jednostki organizacyjne poparły zawarte w projekcie rozwiązania. Natomiast część sądów i prokuratur podniosła wątpliwości co do zgodności projektu z Konstytucją lub zgłosiła uwagi o charakterze proceduralnym, z których większość uwzględniono. Opinie środowiska medyczno-psychiatrycznego miały zazwyczaj charakter dość krytyczny, w szczególności z uwagi na fakt, że terapia zaburzeń osobowości jest problematyczna.



Warszawa, dnia 15 lipca 2013 r.

Minister  
Spraw Zagranicznych

DPUE - 920 - 406 - 13/ma/7  
DPUE.920.526.2013 / 20

dot.: RM-10-58-13 z 02.07.2013 r.

Pan Maciej Berek  
Sekretarz Rady Ministrów

**opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób wyrażona na podstawie art. 13 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 z późn. zm.) przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej**

*Szanowny Panie Ministrze,*

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić następującą opinię.

**Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.**

Niniejsza opinia nie obejmuje oceny zgodności z prawami podstawowymi zagwarantowanymi w europejskiej Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

Z poważaniem

z up. Ministra Spraw Zagranicznych

Podsekretarz Stanu  
Artur Nowak

Do wiadomości:

Pan Marek Biernacki  
Minister Sprawiedliwości

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia

**w sprawie liczby łóżek dla osób stwarzających zagrożenie, wymagań ogólnoprzestrzennych,  
sanitarnych i instalacyjnych, warunków zabezpieczenia, oraz rodzaju i liczebności  
personelu mającego styczność z osobami stwarzającymi zagrożenie umieszczonymi  
w Krajowym Ośrodku Terapii Zaburzeń Psychiczych**

Na podstawie art. 8 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. poz.) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) łączną liczbę łóżek w Krajowym Ośrodku Terapii Zaburzeń Psychiczych, dalej zwanym „Ośrodkiem”, przeznaczonych dla osób stwarzających zagrożenie;
- 2) wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne, jakie muszą spełniać pomieszczenia i urządzenia Ośrodka stosownie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 3) warunki zabezpieczenia Ośrodka;
- 4) liczebność poszczególnych kategorii personelu mającego styczność z osobami umieszczonymi w Ośrodku.

**§ 2.** Łączna liczba łóżek Ośrodka wynosi 60.

**§ 3.** Ośrodek spełnia następujące wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne:

- 1) każda sala dla osoby umieszczonej w Ośrodku wyposażona jest we własny węzeł sanitarny z muszlą klozetową i umywalką, które wykonane są ze stali nierdzewnej;
- 2) umywalka wyposażona jest w kran z litego metalu uruchamiany fotokomórką;
- 3) węzeł sanitarny oddzielony jest od sali ścianami działowymi ze stali nierdzewnej,

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

uniemożliwiającymi podgląd z korytarza;

- 4) węzeł sanitarny wyposaża się w system czujników ruchu połączony z dyżurka pielęgniarską;
- 5) każda sala wyposażona jest w łóżko przymocowane trwale do podłogi, pozwalające na dostęp z każdej strony i dające możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji;
- 6) każda sala dla osoby umieszczonej w ośrodku wyposażona jest w kamerę włączaną wyłącznie w okresie stosowania przymusu bezpośredniego;
- 7) obraz z kamery umieszczonej w sali dla osoby umieszczonej w Ośrodku przekazywany jest do dyżurki pielęgniarskiej;
- 8) każda sala dla osoby umieszczonej w Ośrodku wyposażona jest w szafkę przyłóżkową, szafkę ubraniową, stół, oraz krzesło które wykonane z lekkiego materiału np. plastiku;
- 9) wymienione w pkt.8 meble za wyjątkiem krzesła wykonane są z metalu i na trwale przymocowane do ścian lub podłogi;
- 10) każda sala dla osoby umieszczonej w Ośrodku wyposażona jest w 1 okno z szybami uniemożliwiającymi ich zabicie;
- 11) na zewnątrz otwory okienne wyposaża się w żaluzje stalowe, spełniające rolę krat;
- 12) każde okno Ośrodka wyposaża się w system sygnalizujący nieuprawnione otwarcie okna;
- 13) każdy otwór okienny wyposaża się na zewnątrz w system czujek podczerwieni sygnalizujący próbę opuszczenia Ośrodka przez okno;
- 14) Ośrodek wyposażony jest w świetlicę, stołówkę, pokoje do prowadzenia terapii, gabinet zabiegowy, pokoje dla personelu;
- 15) wszystkie pomieszczenia Ośrodka muszą być połączone wspólnym korytarzem;
- 16) Ośrodek musi posiadać możliwość wydzielenia pododdziałów minimum 6-łóżkowych, maksimum 15 łóżkowych.

**§ 4. 1.** Ośrodek dysponuje warunkami maksymalnego zabezpieczenia w postaci:

- 1) posiadania drzwi i okien wyposażonych w urządzenia uniemożliwiające samowolne opuszczenie ośrodka;
- 2) jest wyposażony w:
  - a) system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy,
  - b) elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien,



- 3) ma bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego;
- 4) dysponuje systemem osobistych elektronicznych urządzeń alarmowych sygnalizujących zagrożenie, w które jest wyposażony personel;
- 5) jest otoczony oświetlonym, nadzorowanym za pośrednictwem telewizji wewnętrznej gładkim murem o wysokości co najmniej 5,5 m lub dysponuje innymi zabezpieczeniami o porównywalnej skuteczności, uniemożliwiającymi samowolne oddalenie osoby w nim umieszczonej.

2. Ośrodek zapewnia stały nadzór nad osobami w nim umieszczonymi.

§ 5. Liczebność poszczególnych kategorii personelu mającego styczność z osobami umieszczonymi w Ośrodku:

- 1) 4 psychiatrów;
- 2) 24 psychologów;
- 3) 8 wychowawców;
- 4) 8 pedagogów;
- 5) 60 pielęgniarek;
- 6) 20 terapeutów;
- 7) 80 sanitariuszy;
- 8) 100 strażników.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

**w porozumieniu:**

**MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI**

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 8 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Zgodnie z tym przepisem, minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, określi w drodze rozporządzenia:

1) liczbę łóżek w Ośrodku przeznaczonych dla osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku,

2) wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne, jakie muszą spełniać pomieszczenia i urządzenia Ośrodka stosownie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych,

3) warunki zabezpieczenia Ośrodka,

4) rodzaj i liczebność personelu mającego styczność z osobami stwarzającymi zagrożenie umieszczonymi w Ośrodku

– mając na względzie potrzebę zapewnienia odpowiedniego postępowania terapeutycznego, bezpieczeństwa zdrowotnego osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku, zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się tych osób poza Ośrodek oraz przeciwdziałania zachowaniom zagrażającym życiu i zdrowiu ludzkiemu lub powodującym niszczenie mienia, jak również optymalnego dostosowania kosztów działalności Ośrodka do liczby osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronach internetowych Ministerstwa Sprawiedliwości i Rządowego Centrum Legislacji.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.) projektowane rozporządzenie nie podlega notyfikacji Komisji Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

## **OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja**

Projektowana regulacja obejmuje swoim zakresem:

- 1) osoby, wobec których po wykonaniu kary pozbawienia wolności, sąd orzekł umieszczenie w Ośrodku, w związku z koniecznością ich dalszego leczenia, z uwagi na istnienie istotnego zagrożenia dla porządku prawnego;
- 2) ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 3) sądy.

### **2. Zakres konsultacji społecznych**

Przedmiotowa regulacja zostanie przekazana:

- 1) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychiatrii;
- 2) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychologii klinicznej;
- 3) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie seksuologii;
- 4) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 5) Polskiemu Towarzystwu Psychologicznemu;
- 6) Polskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu;
- 7) Polskiemu Towarzystwu Seksuologicznemu;
- 8) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 9) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;

a także zamieszczona na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

### **3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

Zaproponowane w projekcie rozporządzenia rozwiązania będą miały wpływ na wysokość wydatków budżetu państwa. Łączny koszt budowy i uruchomienia Ośrodka, w skład którego będzie wchodzić budynek o powierzchni 2400 m<sup>2</sup>, obejmujący sale mieszkalne dla pacjentów, świetlice, zaplecze kuchenne, sale terapeutyczne, sanitariaty, dyżurki, oraz budynek

administracyjno-gospodarczy o powierzchni 1900 m<sup>2</sup>, wyniesie około 50 600 000 zł.

**4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

**5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

**6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia

**w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego, wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd**

Na podstawie art. 13 ust. 4 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. poz.), zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa zakład psychiatryczny wykonujący obserwację orzeczoną przez sąd na podstawie art. 13 ust. 2 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

**§ 2.** Zakładem psychiatrycznym wykonującym obserwację, o której mowa w § 1, jest Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

**w porozumieniu:**

**MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI**

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 13 ust. 4 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Zgodnie z tym przepisem, minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, wskaże, w drodze rozporządzenia, zakład psychiatryczny wykonujący obserwację orzeczoną przez sąd, uwzględniając warunki, jakimi powinien dysponować zakład psychiatryczny, w celu zapewnienia bezpieczeństwa innych osób oraz sprawnego przeprowadzenia obserwacji.

Jako zakład psychiatryczny wykonujący obserwację orzeczoną przez sąd wobec osób, podlegających regulacjom określonym w powołanej ustawie, wskazano Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie. Jest to bowiem zakład dysponujący zarówno specjalistyczną kadrą naukową, jak stosownymi zabezpieczeniami.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronach internetowych Ministerstwa Sprawiedliwości i Rządowego Centrum Legislacji.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.) projektowane rozporządzenie nie podlega notyfikacji Komisji Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

## **OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja**

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ przede wszystkim na osoby, w stosunku do których sąd wdroży postępowanie w oparciu o przepisy rozdziału 3 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

### **2. Konsultacje społeczne**

Projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania następującym podmiotom:

- 1) Fundacji Pomocy Chorym Psychicznie im. Tomasza Deca;
- 2) Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 3) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychiatrii;
- 4) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychologii klinicznej;
- 5) Lubelskiemu Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 6) Polskiemu Towarzystwu Higieny Psychiczej;
- 7) Polskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu;
- 8) Polskiemu Towarzystwu Psychoanalitycznemu;
- 9) Polskiemu Towarzystwu Psychologicznemu;
- 10) Polskiemu Towarzystwu Psychoterapii Psychoanalitycznej;
- 11) Polskiemu Towarzystwu Terapii Poznawczej i Behawioralnej;
- 12) Radzie Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 13) Stowarzyszeniu na Rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej;
- 14) Stowarzyszeniu na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej;
- 15) Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego „Wzajemna Pomoc”;
- 16) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego „Zrozumieć i Pomóc”;

17) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej „Integracja”;

18) Stowarzyszeniu Rodzin „Zdrowie Psychiczne”;

19) Związkowi Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień.

Ponadto projekt zostanie przesłany do wiadomości Rzecznika Praw Obywatelskich.

### **3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa oraz sektora finansów publicznych, w tym dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

### **5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

### **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów**

Projektowane rozporządzenie nie wpłynie na sytuację i rozwój regionów.



**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia

**w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom stwarzającym zagrożenie umieszczonym w Krajowym Ośrodku Terapii Zaburzeń Psychicznych**

Na podstawie art. 26 ust. 5 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. poz.), zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Terapii Zaburzeń Psychicznych, dalej zwanym Ośrodkiem, dalej zwanym „osobami umieszczonymi”.

**§ 2. 1.** Krajowy Ośrodek Terapii Zaburzeń Psychicznych, dalej zwany „Ośrodkiem”, udziela osobom umieszczonym świadczeń zdrowotnych związanych z:

- 1) leczeniem;
- 2) terapią;
- 3) rehabilitacją;
- 4) przebiegiem postępowania resocjalizacyjnego.

2. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności gdy świadczenia zdrowotne wymienione w ust. 1 nie mogą być udzielone osobom umieszczonym przez Ośrodek z powodu braku specjalistycznego sprzętu medycznego, świadczenia te są udzielane przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.

3. O konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności decyduje kierownik Ośrodka.

4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadkach, o których mowa w ust. 2, nie może naruszać zasad terapii osoby umieszczonej.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

5. Osobom umieszczonym zapewnia się transport sanitarny.

§ 3. 1. Po przyjęciu do Ośrodka osoba umieszczona podlega wstępnym badaniom oraz umieszcza się ją na odpowiednim oddziale.

2. Zakład karny, w którym osoba umieszczona ostatnio przebywała, przesyła do Ośrodka historię choroby tej osoby w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia przyjęcia jej do Ośrodka.

§ 4. 1. Lekarz kierujący oddziałem w porozumieniu z psychologiem, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych nadto z lekarzem seksuologiem, opracowuje indywidualny program terapii osoby umieszczonej

2. Indywidualny program terapii jest opracowywany w taki sposób, aby uwzględnione w nim rodzaje zajęć stanowiły system skoordynowanych oddziaływań, mających umożliwić osobom umieszczonym powrót do społeczeństwa.

3. W indywidualnym programie terapii określa się w szczególności rodzaj i wymiar czasu zajęć, w których uczestniczy osoba umieszczona, z uwzględnieniem stanu zdrowia, rodzaju i nasilenia objawów zaburzeń psychicznych oraz zainteresowań i możliwości osobistych osoby umieszczonej.

4. W sytuacji, gdy lekarz zaleci również leczenie farmakologiczne, wpisuje się je do indywidualnego programu leczenia.

§ 5. 1. Zajęcia, o których mowa w § 4 ust. 3, odbywają się w grupach i indywidualnie oraz obejmują w szczególności: psychoterapię, fizjoterapię i terapię zajęciową.

2. Zajęcia w grupach prowadzone są 5 razy w tygodniu, w wymiarze od 3 do 6 godzin dziennie. Zajęcia indywidualne ustalane są przez lekarza kierującego oddziałem w porozumieniu z psychologiem, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych nadto z lekarzem seksuologiem, oddzielnie dla każdej osoby poddanej terapii.

3. Zajęcia w grupach są podzielone na bloki tematyczne.

§ 6. Terapia zajęciowa ma na celu w szczególności trening umiejętności społecznych, zmniejszenie napięć emocjonalnych, a także ograniczenie tendencji do zachowań agresywnych i samoagresywnych.

§ 7. 1. Osoby prowadzące terapię zajęciową wpisują do indywidualnego programu leczenia wzmiankę o wszelkich niepokojących sygnałach w zachowaniu osób umieszczonych.

§ 8. Nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy lekarz kierujący oddziałem w porozumieniu z psychologiem, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych nadto z lekarzem

seksuologiem, dokonują analizy skuteczności dotychczasowego leczenia osób umieszczonych; w razie potrzeby wprowadzają stosowne zmiany w indywidualnym programie leczenia.

**§ 9.** W sprawach nieuregulowanych niniejszym rozporządzeniem stosuje się przepisy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. poz. 738).

**§ 10.** Rozporządzenie wchodzi w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

**w porozumieniu:**

**MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI**

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 26 ust. 5 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Zgodnie z tym przepisem, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom stwarzającym zagrożenie umieszczonym w Ośrodku, mając na uwadze konieczność zapewnienia tym osobom świadczeń opieki zdrowotnej, w tym gdy konieczne jest natychmiastowe udzielenie świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia albo przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia, pielęgnacji lub rehabilitacji.

Projektowane rozporządzenie wskazuje jakie świadczenia zdrowotne będą udzielane przez Krajowy Ośrodek Terapii Zaburzeń Psychiczych, co się stanie w sytuacji gdy Ośrodek nie będzie posiadał specjalistycznego sprzętu i kto będzie decydował o przewiezieniu osoby poddanej terapii do innego podmiotu. Ponadto rozporządzenie określa działania podejmowane po przyjęciu osoby do Ośrodka, opracowanie indywidualnego programu terapii oraz rodzaje terapii zajęciowej, w której będą brać udział osoby poddane terapii. Wszelkie niepokojące zmiany w zachowaniu osoby poddanej terapii będą również odnotowywane w indywidualnym programie leczenia takie osoby.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronach internetowych Ministerstwa Sprawiedliwości i Rządowego Centrum Legislacji.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.) projektowane rozporządzenie nie podlega notyfikacji Komisji Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

### 1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ przede wszystkim na osoby, w stosunku do których sąd orzeknie o umieszczeniu w Krajowym Ośrodku Terapii Zaburzeń Psychiczych.

### 2. Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania następującym podmiotom:

- 1) Fundacji Pomocy Chorym Psychicznie im. Tomasza Deca;
- 2) Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 3) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychiatrii;
- 4) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychologii klinicznej;
- 5) Lubelskiemu Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 6) Polskiemu Towarzystwu Higieny Psychiczej;
- 7) Polskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu;
- 8) Polskiemu Towarzystwu Psychoanalitycznemu;
- 9) Polskiemu Towarzystwu Psychologicznemu;
- 10) Polskiemu Towarzystwu Psychoterapii Psychoanalitycznej;
- 11) Polskiemu Towarzystwu Terapii Poznawczej i Behawioralnej;
- 12) Radzie Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 13) Stowarzyszeniu na Rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej;
- 14) Stowarzyszeniu na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej;
- 15) Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego „Wzajemna Pomoc”;
- 16) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego „Zrozumieć i Pomóc”;
- 17) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej „Integracja”;
- 18) Stowarzyszeniu Rodzin „Zdrowie Psychiczne”;
- 19) Związkowi Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień.

Ponadto projekt zostanie przesłany do wiadomości Rzecznika Praw Obywatelskich.

### **3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa oraz sektora finansów publicznych, w tym dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

### **5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

### **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów**

Projektowane rozporządzenie nie wpłynie na sytuację i rozwój regionów.

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia

**w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu  
bezpośredniego oraz wzorów dokumentów**

Na podstawie art. 39 ust. 7 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. poz.) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa sposób dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego oraz wzory dokumentów.

**§ 2. 1.** Zastosowanie przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, w której odnotowuje się:

- 1) zastosowany przymus bezpośredni;
- 2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniające wybór metody przymusu bezpośredniego;
- 3) czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego ewentualnego przedłużenia;
- 4) informację o uprzedzeniu osoby poddanej terapii przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ten ma zostać wobec niej podjęty.

2. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w księdze raportów pielęgniarskich, w której, poza informacjami, o których mowa w ust. 1, odnotowuje się również informacje o:

- 1) osobie zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego;
- 2) osobach wykonujących przymus bezpośredni;

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

- 3) przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, w tym o skutkach stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby poddanej terapii, wobec której został on podjęty.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**



## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 39 ust. 7 ustawy z dnia ... o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Zgodnie z tym przepisem, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego oraz wzory dokumentów, uwzględniając potrzebę skutecznej oceny zasadności stosowania tego przymusu.

Projektowane rozporządzenie reguluje problematykę dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronach internetowych Ministerstwa Sprawiedliwości i Rządowego Centrum Legislacji.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.) projektowane rozporządzenie nie podlega notyfikacji Komisji Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

### 1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ przede wszystkim na osoby, w stosunku do których sąd orzeknie o umieszczeniu w Krajowym Ośrodku Terapii Zaburzeń Psychiczych.

### 2. Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania następującym podmiotom:

- 1) Fundacji Pomocy Chorym Psychicznie im. Tomasza Deca;
- 2) Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 3) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychiatrii;
- 4) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie psychologii klinicznej;
- 5) Lubelskiemu Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 6) Polskiemu Towarzystwu Higieny Psychiczej;
- 7) Polskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu;
- 8) Polskiemu Towarzystwu Psychoanalitycznemu;
- 9) Polskiemu Towarzystwu Psychologicznemu;
- 10) Polskiemu Towarzystwu Psychoterapii Psychoanalitycznej;
- 11) Polskiemu Towarzystwu Terapii Poznawczej i Behawioralnej;
- 12) Radzie Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 13) Stowarzyszeniu na Rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej;
- 14) Stowarzyszeniu na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej;
- 15) Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego „Wzajemna Pomoc”;
- 16) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego „Zrozumieć i Pomóc”;
- 17) Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej „Integracja”;
- 18) Stowarzyszeniu Rodzin „Zdrowie Psychiczne”;
- 19) Związkowi Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień.

Ponadto projekt zostanie przesłany do wiadomości Rzecznika Praw Obywatelskich.

### **3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa oraz sektora finansów publicznych, w tym dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

### **5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

### **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów**

Projektowane rozporządzenie nie wpłynie na sytuację i rozwój regionów.