

Warszawa, dnia 27 grudnia 2017 r.

Poz. 2439

USTAWA

z dnia 24 listopada 2017 r.

o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 i 2245) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2:
 - a) w ust. 4 w pkt 2 po wyrazie „zadań” dodaje się wyrazy „ministra właściwego do spraw zdrowia,”,
 - b) w ust. 5 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej, w tym w ramach centrów zdrowia psychicznego, oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym.”,
 - c) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Koordynatorem realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest minister właściwy do spraw zdrowia.”,
 - d) ust. 7 i 8 otrzymują brzmienie:

„7. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza, co 2 lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zawierającą ocenę realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za 2 ostatnie lata. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

8. Rada Ministrów przekazuje Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej informację, o której mowa w ust. 7, w terminie 3 miesięcy od dnia jej przyjęcia.”;
- 2) w art. 3:
 - a) w pkt 6 lit. c otrzymuje brzmienie:

„c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,”,
 - b) w pkt 6 w lit. d kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) lekarzu psychiatrze – należy przez to rozumieć lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.”;
- 3) w art. 4a w ust. 1 wyrazy „organ koordynacyjno-doradczy” zastępuje się wyrazami „organ opiniodawczo-doradczy”;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawę z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

- 4) w art. 6 dodaje się ust. 4–6 w brzmieniu:

„4. Marszałek województwa upoważnia lekarzy psychiatrów do wykonywania zadań, o których mowa w art. 18 ust. 3 i ust. 10 pkt 2 oraz w art. 46 ust. 2c.

5. Marszałek województwa podaje informację o upoważnionych lekarzach, o których mowa w ust. 4, do publicznej wiadomości przez zamieszczenie jej na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego marszałka oraz na bieżąco aktualizuje dane zawarte w informacji.

6. Informacja, o której mowa w ust. 5, zawiera następujące dane upoważnionego lekarza:

- 1) imię lub imiona i nazwisko;
- 2) numer prawa wykonywania zawodu;
- 3) adres poczty elektronicznej i numer telefonu.”;

- 5) art. 10 otrzymuje brzmienie:

„Art. 10. 1. Za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielane osobie z zaburzeniami psychicznymi 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, nie pobiera się od tej osoby opłat.

2. Osobom z zaburzeniami psychicznymi przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują bez pobierania od nich opłat, produkty lecznicze, wyroby, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211), środki pomocnicze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2017 r. poz. 149 i 60).

3. Osobom z zaburzeniami psychicznymi przysługują także produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844), w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. b tej ustawy, zakwalifikowane do odpłatności zgodnie z art. 6 ust. 2 tej ustawy.”;

- 6) w art. 18:

- a) w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.”,

- b) w ust. 2 w zdaniu drugim po wyrazach „W szpitalach psychiatrycznych,” dodaje się wyrazy „innych zakładach leczniczych,”,

- c) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. W przypadku, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi, z uwagi na jej stan, jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, w dokumentacji medycznej odnotowuje się przyczynę odstąpienia od uprzedzenia tej osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego.”,

- d) w ust. 4 po wyrazach „W szpitalu psychiatrycznym” dodaje się wyrazy „oraz w innym zakładzie leczniczym”,

- e) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1:

- 1) pkt 1 i 2 – polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji;
- 2) pkt 3 – polega na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leków;
- 3) pkt 1 i 2 – w sytuacji, o której mowa w ust. 5, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków lub unieruchomieniu.”,

- f) w ust. 9 po wyrazie „Policja” dodaje się wyrazy „, jednostki Służby Więziennej”,

- g) uchyla się ust. 11;

- 7) po art. 18 dodaje się art. 18a–18f w brzmieniu:

„Art. 18a. 1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w art. 3 pkt 6.

2. Osobie z zaburzeniami psychicznymi, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia.

3. Stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.

4. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

5. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny.

6. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza. W przypadku gdy ustanie przyczyna zastosowania przymusu bezpośredniego i nadal nie jest możliwe uzyskanie decyzji lekarza, decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego podejmuje pielęgniarka.

7. Lekarz, po uzyskaniu zawiadomienia, o którym mowa w ust. 6, przeprowadza badanie osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

8. Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin.

9. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.

10. Przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.

11. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz powiadamia o jego stosowaniu ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).

Art. 18b. 1. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia lekarza, pielęgniarka może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na okres nie dłuższy niż 4 godziny.

2. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć 8 godzin. Dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w tych formach jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych.

3. O przewiezieniu osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej powiadamia przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby.

Art. 18c. 1. Zastosowanie każdego rodzaju środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

2. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zamieszcza się w prowadzonym przez kierownika tej jednostki rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego zawierającym następujące dane:

- 1) imię i nazwisko osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni;
- 2) imię i nazwisko zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie;
- 3) zastosowany rodzaj środka przymusu bezpośredniego;
- 4) opis przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 5) czas trwania przymusu bezpośredniego (data i godzina rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania);
- 6) przebieg stosowania przymusu bezpośredniego, w tym informację o skutkach jego stosowania dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany.

3. Przymus bezpośredni może być wykonywany wyłącznie przez osoby poinstruowane w zakresie okoliczności, zasad i sposobu jego stosowania.

4. Za przekazanie instrukcji, o której mowa w ust. 3, bezpośrednio odpowiada:

- 1) kierownik podmiotu leczniczego – dla osób zatrudnionych w kierowanym przez niego podmiocie leczniczym lub osób wykonujących w tym podmiocie działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia;
- 2) kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej – dla osób zatrudnionych w kierowanej przez niego jednostce lub osób wykonujących w tej jednostce działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia;
- 3) dysponent zespołów ratownictwa medycznego – dla osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego.

Art. 18d. 1. Osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym; przepis nie dotyczy sytuacji, o których mowa w art. 18 ust. 5.

2. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych.

Art. 18e. 1. Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadającym wymogom, jakie powinny spełniać pokoje łóżkowe w szpitalu psychiatrycznym lub w innym zakładzie leczniczym albo pokoje mieszkalne w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej.

2. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego.

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

4. Monitorowanie i utrwalanie zapisu dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną.

5. Dane utrwalone za pomocą urządzeń monitorujących mogą być przetwarzane wyłącznie przez osoby posiadające upoważnienie, o którym mowa w art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922), w szczególności sędziów oraz Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w celu realizacji zadań określonych w ustawie. Zapis utrwalonego obrazu i dźwięku podlega ochronie określonej w przepisach o ochronie danych osobowych.

6. Zapis z monitoringu przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. 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. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urządzeniu monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie w przypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

Art. 18f. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposób dokonywania oceny zasadności jego zastosowania,
- 2) sposób przeprowadzania oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej,
- 3) rodzaje i wzory dokumentów stosowanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w pkt 1 i 2

– uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni, oraz skutecznej oceny zasadności stosowania tego przymusu.”;

8) po art. 30a dodaje się art. 30b w brzmieniu:

„Art. 30b. 1. W szpitalu psychiatrycznym jest prowadzony rejestr osób przyjętych do szpitala:

- 1) bez zgody,
 - 2) bez zgody, jeżeli zgoda na pobyt została następnie wyrażona,
 - 3) niezdolnych do wyrażenia zgody lub stanowiska odnośnie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego
- zwany dalej „rejestrem”.

2. W przypadku oddziału psychiatrycznego funkcjonującego w szpitalu psychiatrycznym dysponującym więcej niż jednym oddziałem psychiatrycznym rejestr jest prowadzony wspólnie dla wszystkich tych oddziałów.

3. Kierownik podmiotu leczniczego wyznacza osoby upoważnione do dokonywania wpisów w rejestrze.

4. Rejestr jest prowadzony w systemie teleinformatycznym według następującego układu danych:

- 1) imię i nazwisko osoby przyjętej do szpitala;
- 2) numer PESEL (jeżeli posiada) lub data urodzenia osoby przyjętej do szpitala;
- 3) data przyjęcia do szpitala;
- 4) podstawa prawna przyjęcia do szpitala;
- 5) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć prowadzonej na podstawie przepisów o dokumentacji medycznej;
- 6) imię i nazwisko osoby upoważnionej do prowadzenia rejestru i data wpisu.

5. Rejestr jest prowadzony w sposób zapewniający:

- 1) zabezpieczenie danych zawartych w rejestrze przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) zachowanie integralności i wiarygodności danych zawartych w rejestrze;
- 3) stały dostęp do danych zawartych w rejestrze wyłącznie dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie ich przed dostępem osób nieuprawnionych.

6. Dane gromadzone w rejestrze są objęte tajemnicą i mogą być udostępniane wyłącznie osobom uprawnionym i w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów.

7. Szpital psychiatryczny zapewnia warunki techniczne umożliwiające prowadzenie rejestru, kontroluje przekazywane dane pod względem ich jakości i kompletności, sprawuje nadzór nad gromadzeniem danych w rejestrze i bezpieczeństwem elektronicznej bazy danych rejestrowych.

8. Rejestr stanowi dokumentację zbiorczą szpitala psychiatrycznego w rozumieniu przepisów o dokumentacji medycznej.”;

9) w art. 36:

a) w ust. 1 po wyrazach „Osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym” dodaje się wyrazy „, w tym również osoba ubezwłasnowolniona,”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w nim bez swojej zgody mogą żądać również: przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę. Żądanie takie może być zgłoszone w dowolnej formie i odnotowuje się je w dokumentacji medycznej.”;

10) w art. 38 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2–5 w brzmieniu:

„2. Przyjęcie do domu pomocy społecznej osoby, o której mowa w ust. 1, bez jej zgody a za zgodą jej przedstawiciela ustawowego wymaga orzeczenia sądu opiekuńczego o przyjęciu do domu pomocy społecznej.

3. Przyjęcie do domu pomocy społecznej osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie.

4. Jeżeli przyjęcie do domu pomocy społecznej dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do domu pomocy społecznej tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, przyjęcie do domu pomocy społecznej wymaga orzeczenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

5. Osoba, o której mowa w ust. 1, podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy.”;

11) art. 41 otrzymuje brzmienie:

„Art. 41. 1. Osoba przyjęta do domu pomocy społecznej, w tym również osoba ubezwłasnowolniona, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę, mogą występować do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej.

2. Z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej może także wystąpić kierownik domu pomocy społecznej, jeżeli uzna, że zmieniły się okoliczności uzasadniające orzeczenie o przyjęciu osoby do domu pomocy społecznej.

3. W przypadku gdy osoba nie wyraża zgody na dalsze przebywanie w domu pomocy społecznej i nie została do niego przyjęta na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego o przyjęciu do domu pomocy społecznej, osoba ta, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo, osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę lub kierownik domu pomocy społecznej mogą wystąpić do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zniesienie obowiązku przebywania w domu pomocy społecznej.”;

12) w art. 42 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:

„Do wysłuchania osoby ubezwłasnowolnionej, która na wniosek jej opiekuna prawnego ma być przyjęta do szpitala psychiatrycznego albo domu pomocy społecznej, stosuje się odpowiednio art. 547 Kodeksu postępowania cywilnego.”;

13) w art. 43:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Kontrolę sprawuje sędzia wykazujący się szczególną znajomością problematyki ochrony zdrowia psychicznego wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego, w którego okręgu znajduje się szpital psychiatryczny lub dom pomocy społecznej.”,

b) dodaje się ust. 3–15 w brzmieniu:

„3. Kontrola jest prowadzona przez:

- 1) badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji stanowiącej podstawę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej oraz przebywania w tych podmiotach osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego lub rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem danych utrwalonych za pomocą urządzeń monitorujących;
- 3) badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 4) badanie współdziałania kontrolowanego podmiotu z rodzinami i opiekunami osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 5) badanie prawidłowości i terminowości załatwiania skarg i wniosków osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w kontrolowanym podmiocie;
- 6) kontakt bezpośredni z osobami z zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w kontrolowanym podmiocie;
- 7) wydawanie zaleceń pokontrolnych oraz sprawdzanie prawidłowości i terminowości ich realizacji;
- 8) podejmowanie innych czynności zmierzających do usunięcia uchybień i zapobiegania ich powstawaniu.

4. Sędzia wykonuje kontrole:

- 1) stałe – co najmniej raz w roku, obejmujące wszystkie czynności, o których mowa w ust. 3, przeprowadzane w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej lub
- 2) doraźne – obejmujące wszystkie albo niektóre z czynności, o których mowa w ust. 3, przeprowadzane w szczególności w razie uzasadnionego podejrzenia występowania uchybień w funkcjonowaniu szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej.

5. Sędzia zawiadamia kierownika szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej o przystąpieniu do czynności kontrolnych i zakresie kontroli.

6. Po zakończeniu kontroli sędzia zapoznaje kierownika kontrolowanego podmiotu z jej wynikami, umożliwiając w terminie 3 dni roboczych ustosunkowanie się do dokonanych ustaleń oraz do propozycji zaleceń pokontrolnych. W miarę potrzeby kierownik organizuje naradę pokontrolną, w której powinni brać udział również inni pracownicy kontrolowanego podmiotu.

7. O terminie i przedmiocie narady pokontrolnej zawiadamia się organ sprawujący nadzór nad kontrolowanym podmiotem.

8. Sędzia sporządza sprawozdanie z przebiegu kontroli w terminie 14 dni od dnia jej zakończenia. Sprawozdanie przechowuje się we właściwym sądzie okręgowym.

9. Sprawozdanie z przebiegu kontroli zawiera:

- 1) wskazanie terminu przeprowadzonej kontroli;
- 2) wskazanie okresu objętego kontrolą i szczegółowego przedmiotu kontroli;
- 3) ocenę sposobu wykonania zaleceń wydanych w następstwie poprzedniej kontroli;
- 4) szczegółową ocenę kontrolowanego podmiotu;
- 5) ustalenie wyników przeprowadzonej kontroli, w tym stwierdzonych uchybień;
- 6) zalecenia pokontrolne;
- 7) ewentualne wnioski związane z naruszeniem obowiązków zawodowych;
- 8) podpis sędziego;
- 9) datę sporządzenia.

10. Prezes sądu okręgowego przesyła odpis sprawozdania z przebiegu kontroli w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania właściwemu sądowi opiekuńczemu, kierownikowi kontrolowanego podmiotu i organowi sprawującemu nadzór nad tym podmiotem, w celu podjęcia stosownych czynności.

11. W razie stwierdzenia istotnych uchybień w działalności kontrolowanego podmiotu prezes sądu okręgowego przesyła odpis sprawozdania z przebiegu kontroli w terminie 30 dni od dnia zakończenia kontroli Ministrowi Sprawiedliwości oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia – w przypadku kontroli w szpitalu psychiatrycznym albo właściwemu wojewodzie – w przypadku kontroli w domu pomocy społecznej.

12. Kierownik kontrolowanego podmiotu lub organ sprawujący nadzór nad tym podmiotem może, w terminie 14 dni od dnia otrzymania sprawozdania z przebiegu kontroli, zgłosić prezesowi sądu okręgowego zastrzeżenia lub wnioski dotyczące wyników kontroli oraz zaleceń pokontrolnych.

13. Prezes sądu okręgowego w terminie 30 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń lub wniosków, o których mowa w ust. 12, zawiadamia zgłaszającego o sposobie ich załatwienia.

14. Kierownik kontrolowanego podmiotu składa prezesowi sądu okręgowego we wskazanym przez niego terminie informację dotyczącą zakresu i sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych.

15. O niewykonaniu lub niewłaściwym wykonaniu zaleceń pokontrolnych prezes sądu okręgowego zawiadamia organ sprawujący nadzór nad kontrolowanym podmiotem.”;

14) w art. 45 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W sprawach określonych w art. 25, art. 29, art. 36 ust. 3, art. 38 ust. 2 i art. 39 sąd opiekuńczy orzeka niezwłocznie po przeprowadzeniu rozprawy; rozprawa powinna się odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4.”;

15) w art. 46:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Przepisy ust. 1, 2 i 5 stosuje się odpowiednio do postępowania o przyjęcie do domu pomocy społecznej albo wypisanie z domu pomocy społecznej. Do czasu przyjęcia osoby, o której mowa w art. 38 ust. 2 i art. 39, do domu pomocy społecznej organ do spraw pomocy społecznej powinien zapewnić jej niezbędną pomoc.”,

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Do przeniesienia osoby ubezwłasnowolnionej do innego domu pomocy społecznej stosuje się przepisy dotyczące przyjęcia do domu pomocy społecznej.”,

c) dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. W sprawach dotyczących wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego uczestnikiem postępowania z mocy prawa jest również szpital psychiatryczny.”;

16) art. 48 otrzymuje brzmienie:

„Art. 48. 1. Sąd ustanawia dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, adwokata lub radcę prawnego z urzędu, nawet bez jej wniosku, jeżeli osoba ta ze względu na stan zdrowia psychicznego nie jest zdolna do złożenia wniosku, a sąd uzna udział adwokata lub radcy prawnego w sprawie za potrzebny.

2. Sąd ustanawia adwokata lub radcę prawnego z urzędu, jeżeli postępowanie dotyczy bezpośrednio osoby przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego albo do domu pomocy społecznej, albo przebywającej w danym podmiocie, bez jej zgody.”;

17) w art. 49 w pkt 2 uchyla się lit. c.

Art. 2. W ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487 oraz z 2017 r. poz. 2245) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 14:
 - a) w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) w środkach i obiektach transportu publicznego, z wyjątkiem:

 - a) wagonów restauracyjnych i bufetów w pociągach komunikacji krajowej, w których dopuszcza się sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych o zawartości do 4,5% alkoholu oraz piwa,
 - b) pociągów komunikacji międzynarodowej, w których dopuszcza się sprzedaż, podawanie i spożywanie:
 - napojów alkoholowych o zawartości do 4,5% alkoholu oraz piwa w wagonach restauracyjnych i bufetach oraz w wagonach sypialnych i z miejscami do leżenia,
 - napojów alkoholowych o zawartości powyżej 4,5% alkoholu przy stolikach w wagonach restauracyjnych, w tym napojów o zawartości powyżej 18% alkoholu tylko do posiłków,
 - c) międzynarodowych portów lotniczych i samolotów komunikacji międzynarodowej,
 - d) statków i portów morskich;”
 - b) w ust. 5 po wyrazach „na otwartym powietrzu” dodaje się wyrazy „oraz na stadionach i innych obiektach sportowych”;
 - c) uchyla się ust. 7;
- 2) w art. 16:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zabrania się wnoszenia napojów alkoholowych na teren zakładów pracy, stadionów i innych obiektów, w których odbywają się imprezy sportowe i rozrywkowe, a także obiektów lub miejsc objętych zakazem wnoszenia napojów alkoholowych.”
 - b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Kierownik zakładu pracy lub osoba przez niego upoważniona odmawiają wpuszczenia na teren zakładu pracy osoby, w stosunku do której zachodzi uzasadnione podejrzenie, że nie zastosowała się do zakazu, o którym mowa w ust. 1, chyba że przeprowadzona na żądanie tej osoby kontrola nie potwierdzi podejrzenia.”
 - c) uchyla się ust. 2–4;
- 3) w art. 17 w ust. 3 wyrazy „fachowy pracownik służby zdrowia” zastępuje się wyrazami „osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje zawodowe”;
- 4) uchyla się art. 20;
- 5) w art. 21:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzi się w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, zwanych dalej „zakładami leczniczymi”.”
 - b) w ust. 3 wyrazy „podmioty określone w ust. 1” zastępuje się wyrazami „zakłady lecznicze”;
- 6) w art. 22 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Samorząd województwa tworzy i prowadzi na obszarze województwa podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współuzależnienia.

2. Samorząd powiatu tworzy i prowadzi na obszarze powiatu inne niż wymienione w ust. 1 podmioty lecznicze udzielające świadczenia w zakresie leczenia odwykowego.”;
- 7) w art. 23 w ust. 1 po wyrazach „art. 22 ust. 1” dodaje się wyrazy „i 2”;
- 8) w art. 24 wyraz „pracy” zastępuje się wyrazami „obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny”;

9) po art. 25 dodaje się art. 25a w brzmieniu:

„Art. 25a. 1. Członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, mogą przetwarzać informacje o osobach, o których mowa w art. 24, bez zgody i wiedzy tych osób, dotyczące stanu zdrowia, nałogów, skazań, mandatów karnych, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, z uwzględnieniem następujących danych:

- 1) imienia (imion) i nazwiska;
- 2) daty i miejsca urodzenia;
- 3) płci;
- 4) numeru PESEL, a w przypadku gdy dana osoba nie posiada numeru PESEL – serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) stanu cywilnego;
- 6) daty zawarcia małżeństwa, jeżeli dotyczy;
- 7) daty ustania małżeństwa, jeżeli dotyczy;
- 8) wykształcenia;
- 9) zawodu;
- 10) miejsca pracy lub nauki;
- 11) stopnia niezdolności do pracy, posiadania orzeczenia o niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności;
- 12) adresu miejsca zamieszkania lub adresu miejsca pobytu;
- 13) adresu do korespondencji;
- 14) adresu poczty elektronicznej;
- 15) numeru telefonu.

2. Członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu osób, o których mowa w art. 24, mogą przetwarzać dane o członkach ich rodzin w następującym zakresie:

- 1) imienia (imion) i nazwiska;
- 2) daty i miejsca urodzenia;
- 3) płci;
- 4) stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa;
- 5) adresu do korespondencji lub numeru telefonu, lub adresu poczty elektronicznej.

3. Członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych są obowiązani do zachowania poufności wszelkich informacji i danych, które uzyskali przy realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Obowiązek ten rozciąga się także na okres po ustaniu członkostwa w gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

4. Przed przystąpieniem do wykonywania czynności związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych składają, w formie pisemnej, wójtowi (burmistrzowi, prezydentowi miasta), oświadczenie o następującej treści:

„Oświadczam, że zachowam poufność informacji i danych, które uzyskałem przy realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, oraz że znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za udostępnienie danych osobowych lub umożliwienie do nich dostępu osobom nieuprawnionym.””;

- 10) w art. 28 w ust. 1 wyrazy „dokonywane są przez uprawnionych do tego pracowników służby zdrowia” zastępuje się wyrazami „są dokonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe”;
- 11) użyty w art. 31 ust. 1 i 2, art. 34 ust. 4 i art. 35 ust. 3 wyraz „kurator” zastępuje się wyrazami „kurator sądowy”;
- 12) w art. 31:
 - a) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Nadzór sprawuje kurator sądowy wykonujący orzeczenia w sprawach rodzinnych i nieletnich.”,
 - b) uchyla się ust. 3,

c) dodaje się ust. 4–7 w brzmieniu:

„4. Kierownik zespołu kuratorskiej służby sądowej powierza sprawowanie nadzoru kuratorowi sądowemu mającemu odpowiednie przygotowanie w zakresie postępowania z osobami uzależnionymi od alkoholu. Powierzenie następuje niezwłocznie po otrzymaniu orzeczenia do wykonania.

5. Kurator sądowy, sprawując nadzór nad osobą, w stosunku do której został orzeczony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, organizuje i prowadzi działania mające na celu pomoc osobie zobowiązanej w osiągnięciu celów leczenia.

6. Sprawując nadzór nad osobą, w stosunku do której został orzeczony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, kurator sądowy w szczególności:

- 1) podejmuje działania niezbędne do tego, aby osoba zobowiązana do poddania się leczeniu odwykowemu zastosowała się do orzeczenia sądu;
- 2) utrzymuje systematyczny kontakt z osobą zobowiązaną do poddania się leczeniu odwykowemu oraz udziela jej niezbędnej pomocy w rozwiązywaniu trudności życiowych, a zwłaszcza w rozpoczęciu i kontynuowaniu leczenia odwykowego;
- 3) zaznajamia się z wynikami leczenia odwykowego oraz współdziała z zakładem lecznictwa odwykowego w celu osiągnięcia celów leczenia odwykowego;
- 4) motywuje osobę poddaną leczeniu odwykowemu do nawiązania kontaktów z odpowiednimi zakładami leczniczymi oraz organizacjami lub grupami samopomocy osób uzależnionych od alkoholu;
- 5) utrzymuje kontakt z członkami rodziny osoby zobowiązanej do poddania się leczeniu odwykowemu, pozostającymi z nią we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 6) oddziałuje na środowisko, w którym osoba zobowiązana do poddania się leczeniu odwykowemu przebywa lub do którego ma powrócić, zwłaszcza kształtuje właściwy stosunek do tej osoby;
- 7) składa sądowi pisemne sprawozdania z przebiegu leczenia odwykowego w terminach określonych przez sąd, nie rzadziej jednak niż co 2 miesiące;
- 8) w razie potrzeby współdziała z organami samorządu terytorialnego oraz organizacjami społecznymi w celu zapewnienia osobie zobowiązanej do poddania się leczeniu odwykowemu lub jej rodzinie odpowiedniej pomocy, polegającej w szczególności na ułatwieniu zatrudnienia, zapewnieniu czasowego zakwaterowania oraz na świadczeniach materialnych;
- 9) w razie potrzeby współdziała z pracodawcą w celu realizacji obowiązków nałożonych na osobę zobowiązaną do poddania się leczeniu odwykowemu.

7. Do obowiązków zawodowego kuratora sądowego należy ponadto składanie wniosków do sądu w sprawie zmiany postanowienia co do rodzaju zakładu leczenia odwykowego oraz w sprawie orzeczenia ustania obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, a także zawiadamianie sądu o potrzebie podjęcia innych niezbędnych czynności.”;

13) art. 32¹ otrzymuje brzmienie:

„Art. 32¹. Zakłady lecznicze przyjmują na leczenie poza kolejnością osoby obowiązane do leczenia odwykowego na podstawie art. 26 do wykorzystania limitu miejsc stanowiących 20% ogółu miejsc przeznaczonych do leczenia odwykowego w zakładzie leczniczym.”;

14) w art. 33 uchyla się ust. 2;

15) po art. 33 dodaje się art. 33a w brzmieniu:

„Art. 33a. 1. Policja dokonuje przymusowego doprowadzenia, o którym mowa w art. 30 ust. 1 i art. 32 ust. 3, na podstawie zarządzenia sądu i zgodnie z jego postanowieniami.

2. Osobie doprowadzanej odbiera się przedmioty, których użycie mogłoby spowodować samouszkodzenie albo zagrożenie życiu lub zdrowiu innej osoby.

3. Osoba doprowadzana jest obowiązana stosować się do poleceń funkcjonariusza Policji niezbędnych do dokonania doprowadzenia.

4. Wobec osoby doprowadzanej, która stawia opór lub jest agresywna, może być zastosowany przymus bezpośredni w formie przytrzymania lub unieruchomienia, do którego stosuje się przepisy art. 42 w zakresie właściwym dla jednostki Policji.

5. Fakt doprowadzenia potwierdza podmiot wskazany w zarządzeniu sądu.

6. Osoba doprowadzana, będąca w stanie nietrzeźwości, może być umieszczona na czas do wytrzeźwienia w izbie wytrzeźwień, w placówce, o której mowa w art. 39 ust. 3, albo w jednostce Policji. Po wytrzeźwieniu osoby doprowadzanej Policja wykonuje zarządzenie sądu.

7. W razie braku możliwości wykonania zarządzenia sądu organ Policji zawiadamia o tym właściwy sąd.”;

16) w art. 34 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W czasie trwania obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu sąd może na wniosek osoby, w stosunku do której został orzeczony prawomocnie obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu lub kuratora sądowego, po zasięgnięciu opinii kierownika podmiotu leczniczego albo na jego wniosek, zmieniać postanowienia w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego.”;

17) w art. 35 po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2c w brzmieniu:

„2a. Osoba przyjęta do domu pomocy społecznej podlega okresowym badaniom stanu zdrowia w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy.

2b. Osoba przyjęta do domu pomocy społecznej, w tym również osoba ubezwłasnowolniona, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę, mogą występować do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej.

2c. Z wnioskiem, o którym mowa w ust. 2b, może także wystąpić kierownik domu pomocy społecznej, jeżeli uzna, że zmieniły się okoliczności uzasadniające orzeczenie o przyjęciu osoby do domu pomocy społecznej.”;

18) art. 36–38 otrzymują brzmienie:

„Art. 36. 1. Sędzia ma prawo wstępu o każdej porze do zakładu leczniczego i domu pomocy społecznej w celu kontroli legalności skierowania i przebywania w takim zakładzie lub domu osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, oraz warunków, w jakich osoby te przebywają.

2. Kontrolę legalności skierowania i przebywania w zakładach leczniczych lub domach pomocy społecznej osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, oraz warunków, w jakich osoby te przebywają, sprawuje sędzia wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego, w którego okręgu zakład leczniczy albo dom pomocy społecznej się znajduje.

3. Kontrola, o której mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności:

- 1) prawidłowość dokumentacji stanowiącej podstawę skierowania i przebywania w zakładzie leczniczym albo domu pomocy społecznej osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu;
- 2) przestrzeganie praw i obowiązków osób przebywających w zakładzie leczniczym albo domu pomocy społecznej, zwłaszcza w zakresie, w jakim naruszenie tych praw może pociągnąć za sobą odpowiedzialność karną lub dyscyplinarną;
- 3) organizowanie czasu wolnego osób przebywających w zakładzie leczniczym albo domu pomocy społecznej, a zwłaszcza zajęć kulturalno-oświatowych i rekreacyjnych;
- 4) działalność kierownika podmiotu leczniczego albo kierownika domu pomocy społecznej w zakresie współpracy z sądem i kuratorami sądowymi sprawującymi nadzór nad osobami przebywającymi w tych podmiotach;
- 5) współdziałanie kierownika podmiotu leczniczego albo kierownika domu pomocy społecznej z organami samorządu terytorialnego w udzielaniu niezbędnej pomocy osobom poddanym leczeniu odwykowemu oraz w miarę potrzeby ich rodzinom;
- 6) współdziałanie kierownika podmiotu leczniczego albo kierownika domu pomocy społecznej z organizacjami społecznymi, zakładami pracy oraz rodzinami osób poddanych leczeniu odwykowemu;
- 7) prawidłowość i terminowość załatwiania skarg i wniosków osób przebywających w zakładzie leczniczym albo domu pomocy społecznej.

4. O przystąpieniu do czynności kontrolnych sędzia niezwłocznie zawiadamia kierownika podmiotu leczniczego albo kierownika domu pomocy społecznej.

5. W toku sprawowanej kontroli sędzia udziela, w miarę potrzeby, odpowiedniej pomocy, zwłaszcza w zakresie wykładni i stosowania przepisów prawa.

6. Sędzia wykonuje w granicach swoich uprawnień czynności, o których mowa w ust. 1, przez:

- 1) kontrole okresowe, obejmujące całokształt spraw podlegających kontroli, lub kontrole przeprowadzane doraźnie, obejmujące tylko niektóre zagadnienia w tym zakresie;
- 2) wydawanie zaleceń pokontrolnych oraz sprawdzanie prawidłowości i terminowości ich realizacji;
- 3) podejmowanie w miarę potrzeby innych czynności zmierzających do usunięcia uchybień i zapobiegania ich powstawaniu.

7. Po zakończeniu kontroli sędzia zapoznaje z jej wynikami kierownika podmiotu leczniczego albo kierownika domu pomocy społecznej, umożliwiając ustosunkowanie się do dokonanych ustaleń oraz do propozycji zaleceń pokontrolnych. W miarę potrzeby kierownik organizuje naradę pokontrolną, w której mogą brać również udział inni pracownicy podmiotu leczniczego albo domu pomocy społecznej.

8. O terminie i przedmiocie narady pokontrolnej kierownik zawiadamia organ sprawujący nadzór nad podmiotem leczniczym albo domem pomocy społecznej.

9. Z przebiegu kontroli sędzia sporządza sprawozdanie. Sprawozdanie zawiera: dane dotyczące zakresu kontroli, oceny sposobu wykonania zaleceń związanych z poprzednią kontrolą, zwięzłe ustalenia wyników przeprowadzonej kontroli, informację o ustosunkowaniu się kierownika podmiotu leczniczego albo kierownika domu pomocy społecznej do tych ustaleń oraz wydane zalecenia pokontrolne.

10. Sprawozdanie przechowuje się we właściwym sądzie okręgowym. Prezes sądu okręgowego przesyła odpis sprawozdania w terminie 14 dni od dnia zakończenia kontroli kierownikowi podmiotu leczniczego albo kierownikowi domu pomocy społecznej oraz organowi sprawującemu nadzór nad danym podmiotem albo domem.

11. W razie stwierdzenia istotnych uchybień w działalności zakładu leczniczego albo domu pomocy społecznej, prezes sądu okręgowego przesyła odpis sprawozdania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia albo właściwemu wojewodzie – w przypadku kontroli w domu pomocy społecznej.

12. Kierownik podmiotu leczniczego albo kierownik domu pomocy społecznej lub organ sprawujący nadzór nad danym podmiotem może, w terminie 14 dni od dnia otrzymania sprawozdania, zgłosić prezesowi sądu okręgowego zastrzeżenia lub wnioski dotyczące ustaleń i zaleceń pokontrolnych.

13. Na żądanie sędziego kierownik podmiotu leczniczego albo kierownik domu pomocy społecznej lub organ sprawujący nadzór nad danym podmiotem składa, w terminie 14 dni od dnia otrzymania żądania, informację dotyczącą zakresu i sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych.

14. W celu zapewnienia prawidłowego sprawowania kontroli oraz właściwego wykonywania zaleceń pokontrolnych prezes sądu okręgowego może organizować narady z udziałem sędziów sprawujących kontrolę podmiotów leczniczych i domów pomocy społecznej, z udziałem kierowników tych podmiotów i domów.

Art. 37. 1. W zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich prowadzi się leczenie odwykowe nieletnich uzależnionych od alkoholu dostępnymi metodami i środkami, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, przez osoby legitymujące się posiadaniem fachowych kwalifikacji do ich stosowania oraz działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

2. Nieletni uzależnieni od alkoholu umieszczeni w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, mają obowiązek poddania się zarządzonemu leczeniu odwykowemu.

3. Leczenie odwykowe, o którym mowa w ust. 2, zarządza dyrektor zakładu poprawczego lub schroniska dla nieletnich w stosunku do małoletniego za zgodą przedstawiciela ustawowego, a w razie jej braku, jak również w stosunku do osoby pełnoletniej – za zezwoleniem sądu wykonującego orzeczenie, wydanym po zasięgnięciu opinii biegłego.

Art. 38. W zakładach karnych i aresztach śledczych prowadzi się leczenie odwykowe i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu osadzonych w tych jednostkach oraz działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.”;

19) w art. 40³ po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Dyrektor izby wytrzeźwień, kierownik placówki oraz komendant jednostki Policji mogą upoważnić inne osoby do podejmowania decyzji w sprawach, o których mowa w ust. 1.”;

20) w art. 42 dodaje się ust. 12–15 w brzmieniu:

„12. Zamknięte pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą w nim umieszczoną oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym środkiem przymusu bezpośredniego.

13. Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarnohigienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych.

14. Dane utrwalone za pomocą urządzeń monitorujących mogą być przetwarzane wyłącznie przez osoby posiadające upoważnienie, o którym mowa w art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Zapis utrwalonego obrazu i dźwięku podlega ochronie określonej w przepisach o ochronie danych osobowych.

15. Zapis monitoringu jest przechowywany przez okres co najmniej 30 dni, nie dłużej jednak niż 60 dni od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. 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. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urządzeniu monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie w przypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym.”;

21) w art. 43¹ w ust. 3 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyrazy „jeżeli ich właściciel lub inna osoba uprawniona, nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, przewidywała albo mogła przewidzieć, że mogą one służyć lub być przeznaczone do popełnienia wykroczenia.”;

22) w art. 47:

a) w ust. 1 wyrazy „fachowy pracownik służby zdrowia” zastępuje się wyrazami „osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje zawodowe”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia i minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw pracy określają, w drodze rozporządzenia, warunki i sposób przeprowadzania badań w celu ustalenia zawartości alkoholu w organizmie, sposób ich dokumentowania oraz weryfikacji, mając na uwadze konieczność zapewnienia sprawnego przeprowadzenia badań oraz zagwarantowania wiarygodności ich wyników.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 957) w art. 15 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Sąd może orzec przepadek wyrobów tytoniowych, przedmiotów imitujących opakowania wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych lub pojemników zapasowych niebędących własnością sprawcy, jeżeli ich właściciel lub inna osoba uprawniona, nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, przewidywała albo mogła przewidzieć, że mogą one służyć lub być przeznaczone do popełnienia przestępstwa.”.

Art. 4. W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783 i 1458) w art. 70 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Sąd może orzec przepadek przedmiotów i narzędzi niebędących własnością sprawcy, jeżeli ich właściciel lub inna osoba uprawniona, nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, przewidywała albo mogła przewidzieć, że mogą one służyć lub być przeznaczone do popełnienia przestępstwa.”.

Art. 5. Pierwszą informację, o której mowa w art. 2 ust. 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, sporządza się w 2019 r. i obejmuje ona lata 2017 i 2018.

Art. 6. Rada do spraw Zdrowia Psychicznego działająca w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy staje się Radą do spraw Zdrowia Psychicznego, o której mowa w art. 4a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 7. Do kontroli legalności przyjęcia, skierowania i przebywania w podmiotach leczniczych lub domu pomocy społecznej rozpoczętych przez sędziów na podstawie przepisów ustaw zmienianych w art. 1 i art. 2 i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 8. Do nadzoru kuratorskiego ustanowionego w związku z orzeczonym obowiązkiem poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego na podstawie przepisów ustawy zmienianej w art. 2 przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 9. Szpitale psychiatryczne dostosują rejestr osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego prowadzony na podstawie dotychczasowych przepisów do wymagań określonych w art. 30b ustawy zmienianej w art. 1 w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 10. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie:

- 1) art. 18 ust. 11 oraz art. 49 ustawy zmienianej w art. 1 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 18f oraz art. 49 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
- 2) art. 22 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 2 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 2,
- 3) art. 47 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 2 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 47 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą

– jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

Art. 11. 1. W latach 2018–2027 maksymalny limit wydatków budżetu państwa w części 15 – Sądy powszechne, będących skutkiem finansowym niniejszej ustawy, wynosi w roku:

- 1) 2018 – 4,2 mln zł;
- 2) 2019 – 4,2 mln zł;
- 3) 2020 – 4,2 mln zł;
- 4) 2021 – 4,2 mln zł;
- 5) 2022 – 4,2 mln zł;
- 6) 2023 – 4,2 mln zł;
- 7) 2024 – 4,2 mln zł;
- 8) 2025 – 4,2 mln zł;
- 9) 2026 – 4,2 mln zł;
- 10) 2027 – 4,2 mln zł.

2. W przypadku gdy wielkość wydatków, o których mowa w ust. 1, po pierwszym półroczu danego roku budżetowego wyniesie więcej niż 65% limitu wydatków przewidzianych na ten rok, wielkość przyznanych środków przeznaczonych na wydatki obniża się w drugim półroczu o kwotę stanowiącą różnicę między wielkością tego limitu a kwotą przekroczenia wydatków.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitów wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, jest Minister Sprawiedliwości.

Art. 12. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Duda*