



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IV kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-42-05

Druk nr 3836

Warszawa, 21 marca 2005 r.

Pan
Włodzimierz Cimoszewicz
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

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

- o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

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 Zdrowia.

Z szacunkiem

(-) Marek Belka

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Art. 1. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 10 otrzymuje brzmienie:

„Art. 10. 1. Za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielane osobie, o której mowa w art. 3 pkt 1 lit. a i b, 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. Nr 210, poz. 2135), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, nie pobiera się od tej osoby opłat.

2. Osobom, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a i b, przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują ponadto produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze, za które nie pobiera się od tych osób opłat.

3. Osobom, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a i b, przysługują także produkty lecznicze na zasadach określonych w art. 37 ustawy o świadczeniach.”;

2) po art. 10 dodaje się art. 10a-10c w brzmieniu:

„Art. 10a. 1. Osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw.

2. Prawo do pomocy w ochronie praw osoby, o której mowa w ust. 1, przysługuje również jej przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu.

3. Świadczeniodawca informuje osoby, o których mowa w ust. 1 i 2, o zakresie działania i sposobie kontaktu z rzecznikiem praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, o którym mowa w art. 10b ust. 3, zwanego dalej „rzecznikiem”.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1 i 2, w okresie pobytu w szpitalu psychiatrycznym osoby, o której mowa w ust. 1, mają prawo w szczególności do:

1) przekazywania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw osoby, o której mowa w ust. 1,

2) spotkania z rzecznikiem, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby,

3) uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.

Art. 10b. 1. Ochrona praw osób, o których mowa w art. 10a ust. 1, należy do zadań Biura Praw Pacjenta, utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, i obejmuje:

1) pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem,

warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego,

- 2) wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu skarg tych osób,
 - 3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób,
 - 4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw tych osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.
2. W zakresie zadań, o których mowa w ust. 1, Biuro Praw Pacjenta współpracuje z:
- 1) Rzecznikiem Praw Obywatelskich,
 - 2) Rzecznikiem Praw Dziecka,
 - 3) konsultantem krajowym i konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii.
3. Zadania, o których mowa w ust. 1, wykonuje rzecznik, który jest pracownikiem Biura Praw Pacjenta.
4. Rzecznik, w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, ma prawo:
- 1) wstępu do szpitala psychiatrycznego,
 - 2) występowania z wnioskiem do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz do podmiotów, które utworzyły ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych

naruszeń praw osób, o których mowa w art. 10a ust. 1,

- 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby, o której mowa w art. 10a ust. 1, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego.
5. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, na terenie którego rzecznik wykonuje swoje zadania, zapewnia warunki do wykonywania tych zadań, w szczególności:
- 1) umożliwia przyjmowanie skarg, o których mowa w art. 10a ust. 4 pkt 1,
 - 2) udostępnia pomieszczenie przeznaczone do odbywania spotkań z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2.

Art. 10c. 1. Rzecznikiem może być osoba, która:

- 1) posiada wykształcenie wyższe,
 - 2) posiada wiedzę na temat praw i wolności człowieka, w szczególności osoby z zaburzeniami psychicznymi, a także możliwości skutecznej ochrony tych praw,
 - 3) posiada doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi,
 - 4) jest obywatelem polskim,
 - 5) korzysta z pełni praw publicznych,
 - 6) nie była karana za przestępstwo popełnione z winy umyślnej,
 - 7) cieszy się nieposzlakowaną opinią.
2. Rzecznik nie może być:

- 1) świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach,
- 2) właścicielem zakładu opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a ustawy o świadczeniach, jego pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcą,
- 3) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub wytwórcą produktu leczniczego lub wyrobu medycznego,
- 4) właścicielem akcji lub udziałów w spółce prowadzącej zakład opieki zdrowotnej, aptekę lub hurtownię farmaceutyczną albo wytwarzającą produkty lecznicze lub wyroby medyczne,
- 5) członkiem Rady Narodowego Funduszu Zdrowia albo rady oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 6) pracownikiem Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

3) w art. 18:

a) ust. 1-3 otrzymują brzmienie:

„1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy osoby te:

1) dopuszczają się zamachu przeciwko:

a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub

b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub

- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej
- albo gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia.

2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych oraz w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.”,

b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Zasadność zastosowania przymusu bezpo-średniego:

- 1) przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu lub lekarz przez niego upoważniony,

2) przez innego lekarza lub pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez wojewodę lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.”;

4) w art. 22:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.”,

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo w stopniu głębokim niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.”,

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

„2a. W przypadkach nagłych osoba, o której mowa w ust. 2, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W

takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa.

2b. W przypadkach, o których mowa w ust. 2a, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia niezwłocznie sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala, w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.

2c. Jeżeli osoba, o której mowa w ust. 2, sprzeciwia się przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, a jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 3-5 oraz art. 25 i 27.”,

e) ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. Jeżeli przyjęcie do szpitala 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 szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

5. Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę, o której mowa w ust. 3, za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w

wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjęciem do szpitala psychiatrycznego.”.

Art. 2. Pełna realizacja sieci, o której mowa w art. 6 ustawy, o której mowa w art. 1 niniejszej ustawy, nastąpi w terminie do dnia 31 grudnia 2010 r.

Art. 3. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 10a-10c ustawy, o której mowa w art. 1 niniejszej ustawy, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268.

UZASADNIENIE

Uchwalona jednogłośnie w 1994 r. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zapełniła, dotkliwie odczuwaną przez psychiatrów i pacjentów, lukę prawną w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. W okresie 10 lat obowiązywania ustawy zaistniały przesłanki wskazujące na pilną potrzebę nowelizacji ustawy:

- 1) wejście w życie kilku ważnych ustaw (np. o zawodzie lekarza, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o samorządzie powiatowym i in.),
- 2) ujawnienie się kilku problemów dotyczących stosowania w praktyce niektórych przepisów, w szczególności o zgodzie na leczenie, a zwłaszcza art. 18 (przymus bezpośredni) i art. 22.

Zmiana w art. 10 ma na celu podkreślenie, że nie pobiera się opłat od osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, które otrzymują świadczenia w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dotychczasowe brzmienie tego artykułu mówiło jedynie o zakładach publicznych, pomijając w całości fakt istnienia coraz liczniejszych zakładów niepublicznych funkcjonujących w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Dodane art. 10a-10c dotyczą powołania rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego – zwanego dalej „rzecznikiem”. Konieczność powołania takiego rzecznika wynika z braku możliwości pełnego zagwarantowania przestrzegania wszystkich praw obywatelskich przez istniejące instytucje do tego powołane. Rzecznik jest jedną z form działalności na rzecz promocji zdrowia psychicznego i psychiatrycznej opieki zdrowotnej ukierunkowanej na ochronę praw pacjentów szpitali psychiatrycznych. Szpital psychiatryczny, ze względu na szczególne cechy pacjentów i samego szpitala, jest zakładem opieki zdrowotnej, którego dotyczy znaczna liczba skarg na działanie zakładów opieki zdrowotnej.

Szczególna sytuacja pacjentów polega na tym, że:

- 1) około 8-10% pacjentów trafia do szpitala i leczy się tam bez zgody (przymusowo),
- 2) ponad połowa z nich styka się ze stosowaniem przymusu bezpośredniego podczas transportu,
- 3) około 25% przyjętych to faktycznie niezdolni do wyrażenia zgody na przyjęcie i leczenie i najbardziej bezradni,
- 4) wobec 12% leczonych stosuje się przymus bezpośredni, a użycie tej procedury wiąże się zawsze z wysokim ryzykiem łamania praw pacjenta.

Szpital psychiatryczny ma pewne cechy instytucji totalnej, tzn. kontrolującej nie tylko zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych, lecz także materialnych, emocjonalnych i społecznych, głównie swobody.

Po wejściu w życie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nastąpiła istotna poprawa w sytuacji prawnej osób przyjmowanych przymusowo, bowiem kontrolę nad postępowaniem psychiatrycznym sprawuje sąd opiekuńczy. Natomiast sytuacja prawna przyjmowanych za zgodą nie zmieniła się. Mogą oni dochodzić swoich – często nieprzestrzeganych – praw wyłącznie w trybie skargowym. Dochodzenie praw poprzez pisemną skargę jest utrudnione ze względu na powszechne poczucie zależności od totalnej instytucji i lęk przed represjami ze strony personelu. Dotyczy to nie tylko pacjentów, lecz także ich rodzin. Dlatego też liczba pisemnych skarg jest znikoma (od kilku do kilkunastu w ciągu roku w dużym szpitalu).

Z powyższych danych wynika, że pacjent szpitala psychiatrycznego potrzebuje pomocy w dochodzeniu swoich praw. Pomocy takiej udzielają różni rzecznicy psychiatryczni powoływani na mocy ustawy w części krajów Unii Europejskiej, m.in. Austrii, Estonii, Finlandii, na Węgrzech, w części stanów USA i prowincji w Kanadzie. W Holandii rzecznicy są zatrudnieni przez Krajową Fundację Adwokatów Pacjentów i delegowani do wszystkich szpitali psychiatrycznych. Z doświadczeń tych krajów wynika, że właściwa realizacja zadań rzecznika wymaga spełnienia trzech elementarnych warunków. Rzecznik musi być łatwo dostępny – spędzać większość czasu na regularnych wizytach oddziałów, znany i budzący zaufanie, niezależny od dyrektora szpitala.

Tej specyfiki nie mogą w pełni uwzględnić ani Rzecznik Praw Obywatelskich, ani rzecznicy Narodowego Funduszu Zdrowia, a zatem przydatność ich dla pacjentów szpitali psychiatrycznych jest bardzo ograniczona.

Potrzeba powołania rzeczników pacjentów szpitali psychiatrycznych została przewidziana w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, zaakceptowanym przez Ministra Zdrowia w styczniu 1995 r. W związku z tym, w 1997 r. przyznano Instytutowi Psychiatrii i Neurologii z puli Ministerstwa Zdrowia 2 i ½ etatu dla 3 osób i zgodnie z wymogiem niezależności oddelegowano ich do trzech dużych szpitali i jednego oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym. Rzecznicy pracowali zgodnie z Projektem Zakresu Obowiązków Rzecznika. Każdy z nich prowadził szczegółowy rejestr skarg (20 kategorii) i pytań, w którym codziennie notował wykonanie zadań: wyjaśnianie skarg, informowanie, pośredniczenie w kontaktach z lekarzami, sygnalizowanie usterek strukturalnych i zadania edukacyjne. Co miesiąc rzecznik składał sprawozdanie zgodnie z przyjętym wzorem. Ze szczegółowych comiesięcznych sprawozdań wynika, że w: 1998 r. zarejestrowano prawie 1 300 skarg i 500 pytań, 1999 r. (10 miesięcy) – 900 skarg i 250 pytań, 2000 r. – 1 150 skarg i 1 300 pytań. Do najczęściej zgłaszanych – głównie ustnych – należą skargi na: uciążliwość pobytu w szpitalu (22%), leczenie (15%), przymusowe przyjęcie (10%), ograniczanie swobody (9%), niewłaściwy stosunek personelu (7%) i przymus bezpośredni (7%).

Pomimo zaprzestania finansowania przez Ministerstwo Zdrowia w 2002 r. z powodu ograniczeń budżetowych, rzecznicy funkcjonują nadal zatrudnieni godzinowo na różnych stanowiskach przez szpitale, do których dawniej byli delegowani. Oprócz nich funkcjonują rzecznicy w szpitalach w: Gnieźnie, Suwałkach, Branicach. Zawieszono działalność w szpitalach w: Kościanie, Warcie, Bolesławcu i Lublinie. Działalność rzeczników przyczyniła się wydatnie m.in. do ograniczenia częstości epizodów przymusu bezpośredniego i liczby pisemnych skarg.

Rzecznik będzie pracownikiem Biura Praw Pacjenta podległego Ministrowi Zdrowia, co ma zapewnić skuteczniejsze przestrzeganie praw tych osób. Rzecznik obejmie swoim działaniem jedynie populację osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych.

Projekt ustawy przewiduje uzupełnienie w art. 18, polegające na wprowadzeniu możliwości stosowania przymusu bezpośredniego także wobec pacjentów, którzy

poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie oddziału. Obecnie ustawa nie przewiduje możliwości zastosowania przymusu w tych sytuacjach, jednakże jest niezbędna jakaś forma interwencji. Nowa propozycja umożliwia te interwencje, ograniczając je do najmniej restrykcyjnych: przytrzymywania i przymusowego podania leków.

Zmiany w ust. 2 polegają na wprowadzeniu obowiązku odnotowania w dokumentacji każdego przypadku uprzedzenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, co ma na celu głównie ograniczenie epizodów unieruchomienia. Uprzedzenie stwarza okazję do wyjaśnienia powodu i celu przymusu, może przyczynić się do złagodzenia oporu pacjenta i do poszukiwania innego niż siłowe rozwiązania.

Zmiana w art. 18 ust. 6 pkt 1, przez dodanie możliwości oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego, także przez jeszcze jednego lekarza, upoważnionego przez kierownika zakładu, ma na celu zapewnienie bardziej efektywnej kontroli stosowania tego drastycznego środka zapobiegawczego.

Ocena zasadności stosowania przymusu bezpośredniego w dużych szpitalach psychiatrycznych, szczególnie w szpitalach ogólnych z oddziałem psychiatrycznym, polega na mechanicznej akceptacji każdego zawiadomienia o zastosowaniu przymusu. Proponowana zmiana stwarza możliwość sędowania tego trudnego obowiązku na inną, mniej zajętą osobę, która merytorycznie wykona to zadanie.

Zmiana art. 22 ust. 1 wynika z faktu, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie mówi wprost o obowiązku wydawania skierowania do szpitala psychiatrycznego po zbadaniu pacjenta przez lekarza, gdy są wskazania do hospitalizacji (włącznie z przesłankami hospitalizacji bez zgody w trybie nagłym), ani o wymogu posiadania skierowania przy przyjęciu do szpitala.

Zgodnie z nowym ust. 1a w art. 22 skierowanie nie jest konieczne w nagłych przypadkach, zwłaszcza wobec braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala. Ocena nagłości sytuacji należy do lekarza dyżurnego. Z pewnością do nagłych należą przypadki, w których są spełnione przesłanki hospitalizacji bez zgody w trybie nagłym.

Propozycja zmiany treści ust. 2 w art. 22 wynika z doświadczeń z wdrażaniem tego przepisu i przede wszystkim z częstego traktowania poważnych wątpliwości lekarza przyjmującego, co do zdolności do wyrażenia zgody jako „wątpliwej zgody” osoby przyjmowanej. Tego rodzaju zgody nie przewiduje system prawa cywilnego. Wraz z usunięciem tego przepisu pogłębiłaby się luka prawna dotycząca osoby dysponującej pełną zdolnością do czynności prawnych, ale faktycznie niezdolną do wyrażenia skutecznej zgody. Tę lukę wypełniają proponowane przepisy – ust. 2 i 2a-2c.

Ust. 2, stosownie do wymogów art. 6-8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny oraz art. 32 ustawy o zawodzie lekarza stanowi, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi niezdolnej do wyrażenia zgody następuje po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego miejsca pobytu tej osoby. W tym przypadku chodzi o osobę, która chce być przyjęta lub nie sprzeciwia się przyjęciu.

Ust. 2a przewiduje, że w przypadkach nagłych osoba, o której mowa w ust. 2, może być przyjęta do szpitala bez poprzedzającego zezwolenia sądu, z tym że lekarz przyjmujący ma obowiązek zasięgnąć opinii innego lekarza. Podobnie jak w ust. 2 osoba, o której mowa w ust. 2a, wyraża „zgode” lub nie sprzeciwia się przyjęciu.

Ust. 2b przewiduje, że o każdorazowym przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby niezdolnej do wyrażenia zgody w trybie nagłym kierownik szpitala bezzwłocznie zawiadamia sąd opiekuńczy celem uzyskania zezwolenia na pobyt tej osoby w szpitalu.

Ust. 2c stanowi, że jeżeli osoba, o której mowa w ust. 2a, sprzeciwia się przyjęciu i zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 3-6 oraz art. 25 i 27.

Proponowana zmiana brzmienia ust. 4 w art. 22 ma charakter doprecyzowujący, ponieważ zgodnie z art. 13 Kodeksu cywilnego ubezwłasnowolniona całkowicie może być także osoba, która ukończyła 13 lat. Proponowane zmiany upraszczają przepis: usuwają niepotrzebną powtórkę ust. 3 i usuwają źródło wątpliwości, że mogłoby chodzić o osobę faktycznie niezdolną do wyrażania zgody.

Art. 2 projektu ustawy przedłuża, określony w art. 55 nowelizowanej ustawy, termin utworzenia docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Jest to

podyktowane skromnymi rezultatami uzyskanymi dotychczas i przemawiającymi za wydłużeniem okresu realizacji „Docelowej Sieci Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej”, a związanych między innymi z relatywnie niskimi nakładami na psychiatryczną opiekę zdrowotną oraz koniecznością uwzględnienia lokalnej („wojewódzkiej”) epidemiologii zaburzeń psychicznych, a także koniecznością uwzględnienia w sieci istniejących już zakładów niepublicznych.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Ustawa obejmuje zakresem regulacji zakłady opieki zdrowotnej, osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby poddawane obserwacji psychiatrycznej, w tym sądowo-psychiatrycznej, a także personel ochrony zdrowia.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja została skonsultowana z następującymi podmiotami:

- 1) Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- 2) Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- 3) Konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii,
- 4) Polskim Towarzystwem Psychologicznym,
- 5) Stowarzyszeniem Psychologów Sądowych,
- 6) Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym,
- 7) Instytutem Psychiatrii i Neurologii,
- 8) Radą Krajową Federacji Konsumentów,
- 9) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 10) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych,
- 11) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy,
- 12) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych,
- 13) Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 14) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej RP,
- 15) Forum Związków Zawodowych,
- 16) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia,
- 17) Naczelną Radą Lekarską,
- 18) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych,
- 19) Helsińską Fundacją Praw Człowieka,
- 20) Związkiem Województw Rzeczypospolitej Polskiej,

21) urzędami marszałkowskimi,

a ponadto zamieszczona na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

Uwagi zgłosili: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Naczelna Rada Lekarska, Helsińska Fundacja Praw Człowieka oraz urzędy marszałkowskie. Uwagi miały w większości charakter redakcyjny i dotyczyły głównie doprecyzowania zadań rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego oraz wymagań co do posiadanych przez nich kwalifikacji, a także przepisów dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego, i zostały uwzględnione w przedmiotowej wersji projektu. Nie uwzględniono wniosku zgłoszonego przez Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, aby rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego był pracownikiem szpitala, co miałoby „ułatwić dostęp do zasobów materialnych jednostki, kontaktów służbowych i informacji przetwarzanych przez szpitale psychiatryczne”; uwaga nie została przyjęta, ponieważ gwarancją skutecznego działania rzecznika jest jego niezależność od kierownictwa szpitala, o czym nie może być mowy w przypadku istnienia stosunku pracy.

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

Projektowana regulacja będzie skutkowałą wzrostem wydatków budżetu państwa w części 46 – Zdrowie, z tytułu kosztów funkcjonowania rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Szacuje się, że w okresie pierwszego roku jej funkcjonowania wyniosą one – przy przewidzianym na 2006 r. zatrudnieniu 20 rzeczników – 1 100 tys. zł. Szczegółowy kosztorys działalności rzecznika obejmuje m.in.: koszty rzeczowe – 292 tys. zł (materiały biurowe i eksploatacyjne, usługi poligraficzne, podróże służbowe), zakup sprzętu i wyposażenia – 88 tys. zł, koszty płacowe – 720 tys. zł. Przy docelowym zatrudnieniu 50 rzeczników (co może nastąpić nie wcześniej niż za 5 lat) szacunkowe roczne koszty wzrosną do kwoty 2 500 tys. zł, w tym koszty płacowe 1 800 tys. zł.

Założenie, że docelowo ma zostać powołanych 50 rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego wynika z liczby pacjentów zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Obecnie w Polsce funkcjonuje ok. 26 tys. łóżek, rozmieszczonych w ponad 100 jednostkach na terenie całego kraju. W pełni sprawne i skuteczne funkcjonowanie rzecznika będzie możliwe przy założeniu, że w obszarze jego działania będzie znajdowało się średnio 500 pacjentów w nie więcej niż 3 zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Koszty płacowe związane z funkcją rzecznika dotyczą łącznie wynagrodzeń oraz pochodnych od wynagrodzeń, przy czym zakłada się, że część rzeczników, która będzie funkcjonowała w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, będzie zatrudniona w niepełnym wymiarze godzin, co da 35-40 etatów przeliczeniowych.

4. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Znowelizowana ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie ma wpływu na poziom konkurencyjności wewnętrznej i zewnętrznej.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Wejście w życie znowelizowanej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie będzie miało wpływu na rozwój regionów.

6. Wpływ na rynek pracy

Projektowana regulacja przyczyni się do powstania nowych miejsc pracy w Biurze Praw Pacjenta – w związku z zatrudnieniem rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego.



**URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ STANU**

Jarosław Pietras

Sekr.Min.JP- 848 /05/DP/km

Warszawa, 14 (03) 2005 r.

**Pan
Aleksander Proksa
Sekretarz Rady Ministrów**

Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ministra Jarosława Pietrasa, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

Szanowny Panie Ministrze,

W związku z przedstawionym projektem ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (pismo nr RM-10-42-05) pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

Przedmiot projektowanej regulacji jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem,
Z up. Sekretarza Stanu

T. Jaworski

Tomasz Jaworski

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Zbigniew Podraza
Sekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

| | |
|-----------------|----------|
| PEPWA | 05/03/05 |
| SEKRETARZ STANU | |
| 1000-10-42-05 | 005 |