



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-78-10

Druk nr 3349

Warszawa, 4 sierpnia 2010 r.

Pan
Grzegorz Schetyna
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 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 Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

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) w art. 3 dodaje się pkt 5 i 6 w brzmieniu:

„5) dyspozytorze medycznym, kierującym akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespole ratownictwa medycznego, należy przez to rozumieć odpowiednio: dyspozytora medycznego, kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespół ratownictwa medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.²⁾),

6) przymusie bezpośrednim, bez wskazania środka przymusu bezpośredniego, należy przez to rozumieć:

a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,

b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,

c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,

d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.”;

2) w art. 4:

a) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych,”

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, uwzględniając potrzebę zapewnienia właściwej koordynacji podejmowanych działań i udziału w nich podmiotów, o których mowa w art. 1 ust. 2.”;

3) po art. 4 dodaje się art. 4a w brzmieniu:

„Art. 4a. 1. Tworzy się Radę do spraw Zdrowia Psychicznego, zwaną dalej „Radą”, jako działający przy ministrze właściwym do spraw zdrowia organ koordynacyjno-doradczy w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

2. Do zadań Rady należy w szczególności:

- 1) monitorowanie realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- 2) opiniowanie projektów informacji o realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,

- 3) występowanie do ministrów właściwych do spraw: kultury fizycznej i sportu, nauki, oświaty i wychowania, pracy, spraw wewnętrznych, szkolnictwa wyższego, zabezpieczenia społecznego oraz Ministra Sprawiedliwości i Ministra Obrony Narodowej, w sprawach założeń i projektów programów działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego,
- 4) inicjowanie działalności badawczo-wdrożeniowej w sprawach, o których mowa w art. 2 ust. 1,
- 5) opiniowanie projektów przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje i odwołuje, z własnej inicjatywy lub na wniosek ministrów, o których mowa w ust. 2 pkt 3, przewodniczącego, zastępcę przewodniczącego, sekretarza i członków Rady – spośród specjalistów z zakresu medycyny, pedagogiki, psychologii, socjologii, a także innych dziedzin nauki i praktyki, mających zastosowanie w ochronie zdrowia psychicznego.

4. Za udział w pracach Rady członkom Rady nie przysługuje wynagrodzenie. Członkom Rady przysługuje zwrot kosztów podróży w wysokości i na warunkach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

5. Wydatki związane z działalnością Rady są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

6. Szczegółowe warunki i tryb działania Rady określa statut nadany, w drodze zarządzenia, przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

4) w art. 6 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Zadania, o których mowa w art. 18 ust. 10 pkt 2, art. 40 ust. 1 i art. 46 ust. 2b, są zadaniami z zakresu administracji rządowej.”;

5) art. 6a otrzymuje brzmienie:

„Art. 6a. Powiat organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Domy te są tworzone na zasadach określonych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.³⁾).”;

6) w art. 7 ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego i ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, warunki i sposób organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, uwzględniając potrzebę zapewnienia jakości i dostępności tych zajęć.

4. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacji społecznej organizowanych w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w tych jednostkach oraz konieczność promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.”;

7) w art. 9 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Jednostka organizacyjna pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi udziela osobie w niej przebywającej, adekwatnie do potrzeb i stanu zdrowia tej osoby, pomocy w korzystaniu przez nią ze świadczeń

zdrowotnych przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

8) w art. 10b ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, ma prawo:

- 1) wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- 2) występowania z wnioskiem do personelu zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej, oraz do podmiotu, który utworzył ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,
- 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby, o której mowa w art. 10a ust. 1, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego,
- 4) porozumiewania się z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2, bez udziału innych osób.”;

9) art. 11 otrzymuje brzmienie:

„Art. 11. 1. Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego jest wydawane w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

2. Wskazany w ust. 1 okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do

szpitala psychiatrycznego pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.”;

10) art. 14 otrzymuje brzmienie:

„Art. 14. Osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.”;

11) w art. 15 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych, w tym potrzebę podnoszenia poziomu ich samodzielności.”;

12) art. 18 otrzymuje brzmienie:

„Art. 18. 1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo 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 uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, 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. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację, o której mowa w ust. 2, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.
 4. W szpitalu psychiatrycznym lekarz, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

5. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.
7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.
8. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma

być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

9. W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.

10. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

- 1) przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu, jeżeli jest lekarzem lub lekarz przez niego upoważniony,
- 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

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

- 1) stosowania przymusu bezpośredniego,
- 2) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego,

3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego

– uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni.”;

13) w art. 21:

a) w ust. 3 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.”,

b) w ust. 4 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Przy ocenie zasadności poddania osoby badaniu bez jej zgody stosuje się odpowiednio art. 18 ust. 10.”;

14) art. 30 otrzymuje brzmienie:

„Art. 30. 1. Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania.

2. W przypadku niezłączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, jeżeli treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia, o którym

mowa w ust. 1, nie jest możliwe, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu.

4. Jeżeli osoba, o której mowa w art. 29 ust. 1, odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody. Przepis art. 21 stosuje się odpowiednio.”;

15) uchyla się art. 30a;

16) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. Przy wykonywaniu czynności, o których mowa w art. 23, 24 i 28, oraz postanowień i zarządzeń sądu opiekuńczego przewidzianych w niniejszym rozdziale stosuje się odpowiednio przepis art. 18 ust. 9.”;

17) w art. 33 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody osoby określonej w ust. 1 lub jej przedstawiciela ustawowego, uwzględniając konieczność ochrony praw i godności osoby, której świadczenia te są udzielane, oraz potrzebę zapewnienia sprawnego przebiegu postępowania leczniczego.”;

18) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. 1. Zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do domu pomocy społecznej osoby, o której mowa w art. 38, należy do starosty powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

2. Jeżeli osoba, wobec której wydano postanowienie o przyjęciu do domu pomocy społecznej, odmawia stawienia się w domu pomocy społecznej lub w inny

sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia, sąd z urzędu lub na wniosek organu do spraw pomocy społecznej może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby do domu pomocy społecznej przez Policję.

3. W przypadku wystąpienia u osoby, o której mowa w art. 38, przebywającej w domu pomocy społecznej, zachowań zagrażających jej życiu lub zdrowiu, lub życiu lub zdrowiu innych osób, można wobec niej stosować przymus bezpośredni również w celu zapobieżenia opuszczeniu domu pomocy społecznej.”;

19) w art. 43 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia i ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb sprawowania kontroli, o której mowa w ust. 1, oraz sposób jej dokumentowania, uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, a także biorąc pod uwagę różne rodzaje i typy tych placówek.”;

20) w art. 46:

- a) ust. 2a otrzymuje brzmienie:

„2a. Jeżeli osoba psychicznie chora, która ma być poddana badaniu przez biegłego, odmawia stawienia się we wskazanym miejscu lub w inny sposób uchyla się od tego badania, sąd może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby przez Policję do wskazanego miejsca.”;

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

„2c. Jeżeli osoba psychicznie chora, wobec której wydano postanowienie o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, odmawia stawienia się w szpitalu psychiatrycznym lub w inny sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia, sąd z urzędu lub na wniosek upoważnionego przez marszałka województwa lekarza psychiatry może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby do szpitala psychiatrycznego przez Policję.”;

21) art. 46a otrzymuje brzmienie:

- „Art. 46a. 1. Przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego stosuje się art. 18.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, przewidziane w innych przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w niniejszej ustawie albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe.
3. Zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie przez Policję, o którym mowa w art. 40 i 46, następuje w obecności lekarza, pielęgniarzki lub zespołu ratownictwa medycznego.”;

22) art. 49 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 49. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) szczegółowy sposób postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego,
- 2) wzory:
- a) skierowania do szpitala psychiatrycznego,

b) zawiadomień kierownika szpitala psychiatrycznego oraz sądu opiekuńczego o przyjęciu do tego szpitala osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody na podstawie art. 23 ust. 1 lub osoby z zaburzeniami psychicznymi na podstawie art. 24 ust. 1,

c) rejestru osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego,

d) zawiadomień sądu opiekuńczego o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego oraz o pozostaniu w szpitalu psychiatrycznym za zgodą osoby przyjętej do tego szpitala

– uwzględniając ochronę praw i godności osób przyjmowanych i wypisywanych ze szpitali psychiatrycznych oraz potrzebę zapewnienia sprawnego przebiegu procesu leczniczego.”;

23) w art. 50 w ust. 2 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.”;

24) w art. 55 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia opracuje docelową sieć domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy.

3. Realizacja sieci, o której mowa w ust. 2, nastąpi w terminie do dnia 31 grudnia 2025 r.”.

Art. 2. Rada do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego powołana zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, wykonuje zadania Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, o której mowa w art. 4a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, do czasu jej powołania.

Art. 3. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie:

- 1) art. 4 ust. 3, art. 7 ust. 3 i 4, art. 15 ust. 2, art. 33 ust. 3, art. 43 ust. 2 i art. 49 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 4 ust. 3, art. 7 ust. 3 i 4, art. 15 ust. 2, art. 33 ust. 3, art. 43 ust. 2 i art. 49 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie ustawy;
- 2) art. 18 ust. 7 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 18 ust. 11 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia.

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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653, z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 202, poz. 1551, Nr 219, poz. 1706 i Nr 221, poz. 1738 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 40, poz. 229, Nr 81, poz. 527 i Nr 125, poz. 842.

UZASADNIENIE

Celem przedmiotowej nowelizacji jest przede wszystkim dostosowanie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego do zmieniającego się stanu prawnego, w szczególności do nowych regulacji normujących funkcjonowanie ratownictwa medycznego oraz pomocy społecznej. Ponadto zaproponowane w niniejszym projekcie zmiany innych przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego mają na celu wprowadzenie w życie licznych postulatów podmiotów stosujących te przepisy, w szczególności w zakresie ochrony praw pacjentów szpitali psychiatrycznych, okresu ważności skierowania do szpitala psychiatrycznego oraz zapewniania wykonania sądowych postanowień o umieszczeniu w domu pomocy społecznej lub w szpitalu psychiatrycznym, jak również dostosowania zawartych w ustawie upoważnień do wydania aktów wykonawczych do wymagań wynikających z art. 92 Konstytucji.

Zmiany zaproponowane w art. 1 pkt 1 i 12, wprowadzające nowy pkt 5 w art. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz nadające nowe brzmienie art. 18 tej ustawy, mają na celu takie ukształtowanie przepisów o stosowaniu przymusu bezpośredniego wobec osób chorych psychicznie, które będzie zgodne z postanowieniami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.). Zgodnie z dotychczasowym brzmieniem art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, do stosowania przymusu bezpośredniego był uprawniony lekarz, a w szczególnych przypadkach również pielęgniarz zatrudniony w szpitalu psychiatrycznym lub domu pomocy społecznej. Wobec wprowadzenia przez ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym możliwości funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego, w skład których nie wchodzi lekarz (tzw. zespoły podstawowe), oraz wobec faktu coraz częstszego występowania właśnie takich zespołów, doszło do sytuacji, w której w stosunku do wielu osób nieprzebywających w zakładach opieki zdrowotnej lub domach pomocy społecznej brak było możliwości udzielenia skutecznej pomocy. W sytuacji, w której do osób przejawiających zachowania uzasadniające zastosowanie wobec nich przymusu bezpośredniego, był wzywany zespół ratownictwa medycznego, w skład którego nie wchodził lekarz, przybyli na miejsce członkowie tego zespołu: ratownik medyczny, ratownik i kierowca nie mogli udzielić takiej osobie żadnej pomocy, ani przewieźć jej do odpowiedniego zakładu opieki zdrowotnej. W konsekwencji interwencję wobec takiej osoby podejmowali często funkcjonariusze Policji, którzy nie byli przeszkoleni w zakresie

postępowania z tą szczególną grupą osób, a stosowane przez nich środki przymusu bezpośredniego mogły być nieskuteczne lub wręcz niebezpieczne dla osoby chorej psychicznie, której zachowanie nie musi cechować się racjonalnością. Zaproponowane brzmienie art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zawiera niezmienną przesłankę stosowania wobec osób chorych psychicznie przymusu bezpośredniego, przewidując jednocześnie (w ust. 5) możliwość zastosowania określonych środków przymusu, w postaci przytrzymania i unieruchomienia, przez kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Skorzystanie z tego uprawnienia będzie jednak możliwe jedynie w sytuacjach, w których nie ma możliwości uzyskania pomocy lekarza lub pielęgniarki w szpitalu psychiatrycznym lub jednostce organizacyjnej pomocy społecznej. Ponadto w proponowanym ust. 7 został ograniczony czas stosowania przymusu bezpośredniego do momentu uzyskania pomocy lekarza lub na okres transportu osoby chorej psychicznie do zakładu opieki zdrowotnej. W zaproponowanej regulacji przewidziano również obowiązek powiadomienia przez zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego odpowiedniego dyspozytora medycznego oraz odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej chorego. Tak ukształtowane przepisy, których uszczegółowienie nastąpi w nowym rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanym na podstawie ust. 11, zapewni możliwość sprawnego udzielania pomocy osobom chorym psychicznie przez funkcjonujące obecnie jednostki ochrony zdrowia. Należy przy tym podkreślić, iż zaproponowane w nowym brzmieniu art. 18 ust. 2 i 3 rozwiązanie nie nakłada na jednostki organizacyjne pomocy społecznej obowiązku zatrudniania pielęgniarek lub lekarzy (np.: w celu udzielania pensjonariuszom świadczeń zdrowotnych), stwarzając jedynie możliwość dla organów założycielskich do zatrudnienia przedstawicieli tych grup zawodowych, w sytuacji gdy jest to wskazane ze względu na potrzeby pensjonariuszy. Zaproponowane brzmienie art. 18 ust. 9 stanowi powtórzenie dotychczas obowiązujących przepisów (art. 18 ust. 5 obowiązującej ustawy), z uwzględnieniem zmian w zakresie podmiotów uprawnionych do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych) oraz zmian w nazewnictwie podmiotów udzielających pomocy w stanach nagłych (jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zamiast określenia „pogotowie ratunkowe”).

Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 2 lit. a projektu, polegająca na zastąpieniu pojęcia „placówki oświatowo-wychowawcze” pojęciem „placówki systemu oświaty”, ma na celu dostosowanie ustawy do terminologii stosowanej w ustawie z dnia 7 września 1999 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.).

Zmiana brzmienia art. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art. 1 pkt 2 lit. b projektu) oraz dodanie art. 4a (art. 1 pkt 3 projektu) mają na celu przeniesienie na poziom ustawowy części regulacji zawartych do tej pory w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz. U. Nr 112, poz. 537). Na mocy przywołanego rozporządzenia została utworzona Rada do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, do której zadań należało opracowywanie, koordynowanie i opiniowanie działań z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego. Zawarta w niniejszym projekcie propozycja rozszerzenia kompetencji Rady na całość zagadnień związanych z ochroną zdrowia psychicznego wynika ze zmian wprowadzonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w 2008 r. W wyniku tych zmian została stworzona podstawa do wydania przez Radę Ministrów rozporządzenia w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Program ten będzie stanowił element integrujący wszelkie działania podejmowane przez organy administracji publicznej i inne współpracujące z nimi podmioty w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Wobec szerokiego zakresu regulacji Programu konieczne jest zapewnienie sprawnego przepływu informacji pomiędzy jego poszczególnymi realizatorami i koordynacji podejmowanych przez nich działań. Skorzystanie w tym zakresie z funkcjonującego już ciała, jakim jest Rada do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, jest rozwiązaniem celowym i uzasadnionym ekonomicznie. Szczegółowy tryb działania Rady, której nazwa (Rada do spraw Zdrowia Psychicznego) została zmieniona stosownie do jej nowych kompetencji, zostanie określony w zarządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 4a ust. 6 ustawy.

Przewidziana w art. 1 pkt 7 zmiana brzmienia art. 9 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dostosowuje ten przepis do postanowień ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.). Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, jak również środowiskowe domy samopomocy, zapewniają swoim podopiecznym usługi socjalne i bytowe, nie są natomiast zakładami opieki zdrowotnej i nie mogą udzielać świadczeń zdrowotnych. W takiej sytuacji przewidziane w dotychczasowym brzmieniu zmienianego przepisu upoważnienie do określenia zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez przedmiotowe jednostki pozostawało w sprzeczności z innymi aktami prawnymi regulującymi funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, a wydany na jego podstawie akt wykonawczy nie mógł być realizowany. Co więcej obowiązywanie przedmiotowego aktu wykonawczego stwarzało istotne problemy w określeniu zakresu uprawnień osób przebywających w domach pomocy

społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej kontraktowanych i udzielanych na zasadach ogólnych. Proponowane brzmienie ust. 3 wprowadza obowiązek zapewnienia osobom przebywającym w domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi dostępu do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej, co nakłada na jednostki organizacyjne pomocy społecznej obowiązek pomocy tym osobom w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu dostępnych tym jednostkom środków, bez nakładania na nie niemożliwego do realizacji obowiązku udzielania tych świadczeń. Należy podkreślić, iż zaproponowane brzmienie art. 9 ust. 3 ustawy jest zgodne z zakresem obowiązków nałożonych na domy pomocy społecznej w ustawie o pomocy społecznej, a w szczególności z treścią art. 58 tej ustawy.

Zmiany proponowane w art. 1 pkt 8 doprecyzowują wyrażone w art. 10b ustawy uprawnienia rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Nowa regulacja wychodzi naprzeciw postulatом podmiotów stosujących te przepisy i w sposób wyraźny wskazuje na prawo wstępu rzecznika do wszystkich pomieszczeń zakładu opieki zdrowotnej związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (art. 10b ust. 4 pkt 1), a nie jak to miało miejsce dotychczas jedynie prawo wstępu do szpitala. Podobnie nowe brzmienie pkt 2 tego ustępu ma na celu umożliwienie rzecznikowi skuteczniejszego realizowania swoich zadań, przez przyznanie mu prawa do występowania z wnioskami o podjęcie stosownych działań do wszystkich członków personelu zakładu opieki zdrowotnej, a zatem również do osób odpowiedzialnych np. za materialno-techniczną stronę pobytu pacjenta w takim zakładzie. Dotychczas obowiązujące przepisy nie dawały rzecznikowi takiej możliwości, niepotrzebnie zawężając krąg podmiotów, do których mógł się on zwrócić, co mogło powodować mniejszą skuteczność działań rzecznika. Zaproponowany nowy pkt 4 w art. 10b ust. 4 będzie stanowić dopełnienie normy wyrażonej w art. 10a ust. 4 pkt 2. Przepis ten ma szczególne znaczenie dla zapewnienia rzecznikowi możliwości nieskrępowanego, a co za tym idzie otwartego i szczerego, kontaktu z pacjentami i ich rodzinami.

Proponowana w art. 1 pkt 9 projektu ustawy propozycja nowego brzmienia art. 11 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zakłada uzupełnienie dotychczasowej treści tego przepisu o regulację dopuszczającą wydłużenie ważności skierowania do szpitala psychiatrycznego o okres oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Rozwiązanie to zapobiegnie powstawaniu sytuacji, w których z uwagi na długi, przekraczający 14 dni, czas oczekiwania na hospitalizację, pacjenci są pozbawieni możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych

udzielanych przez szpitale psychiatryczne. W zaproponowanym rozwiązaniu, warunkiem ważności skierowania jest wpisanie pacjenta na listę osób oczekujących w okresie 14 dni – okresie ważności skierowania. Należy przy tym podkreślić, iż pomimo wydłużenia okresu ważności skierowania do szpitala każdorazowo o hospitalizacji pacjenta będą decydowały, istniejące w momencie przyjęcia, wskazania do pobytu w szpitalu. Nie zachodzi zatem ryzyko powstania sytuacji, w której do szpitali psychiatrycznych przyjmowane będą osoby, które kiedyś posiadały skierowanie do takiego szpitala, ale ich obecny stan zdrowia nie wymaga hospitalizacji.

Proponowana w art. 1 pkt 14 ustawy zmiana brzmienia art. 30 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ma na celu usprawnienie postępowania w przedmiocie przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i dostosowanie go do konstytucyjnych wymogów w zakresie ochrony praw i wolności obywateli. W dotychczas obowiązującym stanie prawnym uprawnieniem do zarządzania przymusowego doprowadzenia osoby chorej psychicznie na badanie psychiatryczne dysponował lekarz publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przy czym rodzaj decyzji o zastosowaniu tego środka przymusu nie został określony. Nie został również przewidziany tryb odwoławczy od takiej decyzji. Powierzenie lekarzowi psychiatrze dyskrecjonalnej i pozbawionej kontroli władzy w zakresie stwierdzania potrzeby wydania orzeczenia o stanie zdrowia osoby, która ma być umieszczona w szpitalu psychiatrycznym (odmowa wydania takiego orzeczenia skutkowałą zwrotem wniosku przez sąd), oraz decydowania o przymusowym doprowadzeniu na badanie psychiatryczne w sposób istotny odbiegało od zasad obowiązujących w podobnych postępowaniach (w przypadku ubezwłasnowolnienia lub zobowiązania do leczenia osoby uzależnionej od alkoholu). Mając na względzie przytoczone powyżej okoliczności, zasadnym jest powierzenie sądowi prawa do skierowania osoby, która ma być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, na badanie w trybie art. 46 ust. 2 ustawy. Możliwość ta będzie zastrzeżona jedynie do sytuacji, w których do wniosku o orzeczenie przymusowej hospitalizacji nie zostanie załączone orzeczenie lekarza psychiatry lub będzie ono wydane więcej niż 14 dni przed złożeniem wniosku, a zasadność badania uprawdopodobniają okoliczności podniesione we wniosku lub załączonych do niego dokumentach (w szczególności kartach informacyjnych dotychczas stosowanego leczenia) oraz uzyskanie orzeczenia lekarskiego nie będzie możliwe. W pozostałych przypadkach została utrzymana dotychczasowa regulacja nakazująca sądowi zwrot wniosku.

Konsekwencją zmiany zaproponowanej w art. 1 pkt 14 ustawy, a zatem rezygnacji z możliwości przymusowego doprowadzenia na badanie psychiatryczne przeprowadzane w celu wydania orzeczenia, które następnie jest dołączane do wniosku o przymusową hospitalizację, jest wykreślenie z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego art. 30a, który regulował sposób wykonania doprowadzenia na badanie przez Policję (art. 1 pkt 15 projektu ustawy).

Przewidziane w art. 1 pkt 18 zmiany w brzmieniu art. 40 ustawy stanowią wypełnienie postulatów organów pomocy społecznej, które będąc zobowiązane do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi odpowiedniej opieki w domach pomocy społecznej, nie dysponowały uprawnieniami do zapewnienia skutecznego wykonania postanowień o umieszczeniu osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo w domu pomocy społecznej. Przyjęte w projekcie rozwiązanie nawiązuje do procedury obowiązującej w przypadku wydania postanowienia o umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym, z uwzględnieniem zmian przewidzianych niniejszym projektem. Rozwiązanie to pozwoli na uniknięcie sytuacji niewykonywania prawomocnych orzeczeń sądowych i przyczyni się do lepszej ochrony życia i zdrowia osób przymusowo umieszczanych w domach pomocy społecznej.

Powyższej zmianie towarzyszy rozszerzenie, zawartego w art. 6 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, katalogu zadań z zakresu administracji rządowej zleconych jednostkom samorządu terytorialnego o zapewnienie realizacji postanowienia sądu o umieszczeniu w domu pomocy społecznej (art. 1 pkt 4 projektu).

Wprowadzenie w art. 46 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nowego ust. 2c, w brzmieniu określonym w art. 1 pkt 20 projektowanej ustawy, będzie służyć usprawnieniu wykonywania orzeczeń sądowych o przymusowym umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym. Dotychczas obowiązujące regulacje nie precyzowały sposobu postępowania wobec osób, które po wydaniu przedmiotowego orzeczenia uchylały się lub utrudniały jego wykonanie. Postanowienia nowego ust. 2c przewidują, iż w powyższej sytuacji upoważniony przez marszałka województwa lekarz psychiatra (najczęściej będzie to również jeden z lekarzy, o którym mowa w art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy) będzie mógł zwrócić się do sądu o zarządzenie zatrzymania i doprowadzenie takiej osoby do wskazanego szpitala psychiatrycznego. Doprowadzenie takie, zgodnie z art. 46a, będzie się odbywało w obecności zespołu ratownictwa medycznego, pielęgniarki lub lekarza, czyli osób uprawnionych do

stosowania wobec osoby doprowadzanej przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Postanowienia art. 1 pkt 13 lit. a i pkt 21 ustawy, przewidujące zmianę brzmienia art. 21 ust. 3 i art. 46a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, dostosowują te przepisy do postanowień ustawy z dnia 8 października 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.). Zgodnie z tą ustawą, na system ratownictwa medycznego składają się szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego. Wobec potrzeby zapewnienia osobom, wobec których lekarz zdecydował o natychmiastowym przewiezieniu do szpitala psychiatrycznego (art. 21 ust. 3), oraz osobom doprowadzanym, o których mowa w art. 46a nowelizowanej ustawy, należytej opieki medycznej, mając jednocześnie na względzie zmiany wprowadzone w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego, konieczna jest zmiana przywołanych przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem przedmiotowych przepisów, przewiezienie do szpitala psychiatrycznego lub doprowadzenie przez Policję będzie odbywało się w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego, czyli osób uprawnionych do stosowania wobec osoby doprowadzanej przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Powyższym zmianom towarzyszy nowa regulacja zawarta w ust. 1 i 2 proponowanego brzmienia art. 46a ustawy (art. 1 pkt 21 projektu), zgodnie z którą przy wykonywaniu orzeczeń sądowych o umieszczeniu w domu pomocy społecznej lub szpitalu psychiatrycznym wobec osób, których dotyczą przedmiotowe orzeczenia, może być stosowany przymus bezpośredni przewidziany w art. 18 ustawy. Przy czym zastosowanie innych środków przymusu bezpośredniego (np. przez biorących udział w czynnościach funkcjonariuszy Policji), będzie możliwe jedynie w sytuacji, gdy wynika to z innych przepisów prawa i jest niezbędne do zapewnienia prawidłowego przebiegu wykonywanych czynności. Warunkiem zastosowania środków przymusu wynikających z innych ustaw będzie ponadto wcześniejsze zastosowanie przymusu bezpośredniego przewidzianego w art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego lub stwierdzenie, iż zastosowanie tego przymusu byłoby niecelowe.

Zaproponowane w projekcie ustawy zmiany w sposobie wykonywania orzeczeń o przymusowym umieszczeniu w domu pomocy społecznej i szpitalu psychiatrycznym, w zakresie w jakim odnoszą się do obowiązku współdziałania organów pomocy społecznej i jednostek ochrony zdrowia z Policją, są zgodne z art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2007 r. Nr 43, poz. 277, z późn. zm.), zgodnie z którym Policja

wykonuje również czynności na polecenie organów administracji państwowej i samorządu terytorialnego w zakresie, w jakim obowiązek ten został określony w odrębnych ustawach.

Celem zmian przewidzianych w art. 1 pkt 6, 11, 17, 19, 22 i 24 jest dostosowanie zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego upoważnień do wydania rozporządzeń do wymagań zawartych w art. 92 ust. 1 Konstytucji i zasad techniki prawodawczej, przez zgodne z ustawą z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437, z późn. zm.) określenie organów uprawnionych do wydawania aktów wykonawczych oraz uszczegółowienie zakresu spraw przekazanych do regulacji i określenie wytycznych, jakimi mają się kierować uprawnione organy w wydawaniu tych aktów. Przewidziano również wydłużenie okresu realizacji sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych i środowiskowych domów samopomocy do dnia 31 grudnia 2025 r.

W związku z wyczerpującym określeniem w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837) procedury dotyczącej postępowania w sprawach przyjmowania i wypisywania mieszkańców domów pomocy społecznej w zaproponowanym brzmieniu art. 49 pozostawiono jedynie upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określające procedurę przyjęcia i wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

Celem zmiany przewidzianej w art. 1 pkt 23 jest uzyskanie przez policjanta prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze, niezbędnych informacji umożliwiających podjęcie szybkich działań w zakresie poszukiwania osób, których celem jest ochrona zdrowia i życia samego poszukiwanego, osób z jego otoczenia, oraz osób, którym może bezpośrednio zagrażać.

Stosownie do art. 3 pkt 1 projektu ustawy dotychczas obowiązujące przepisy wykonawcze pozostaną w mocy do czasu wydania nowych przepisów, opracowanych na podstawie nowego brzmienia upoważnień, jednak nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy.

Zgodnie z art. 3 pkt 2 projektu ustawy, dotychczas obowiązujące przepisy wykonawcze dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego zostaną utrzymane w mocy przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy od dnia wejścia w życie przedmiotowej nowelizacji. Konieczność wprowadzenia powyższego rozwiązania wynika z potrzeby zapewnienia nieprzerwanego obowiązywania regulacji określających tryb stosowania przymusu bezpośredniego, w sytuacji, gdy z powodu zmian w zakresie podmiotów uprawnionych do stosowania przymusu, konieczne jest wydanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia nowego

rozporządzenia. Pozostałe akty wykonawcze, których wydanie wymaga współdziałania wielu podmiotów, pozostaną w mocy przez okres 24 miesięcy od dnia wejścia w życie przedmiotowej nowelizacji.

Pozostałe zmiany mają charakter redakcyjno-legislacyjny i wynikają z rozwiązań przyjętych w projekcie ustawy i obowiązujących przepisów o ochronie zdrowia psychicznego.

Zgodnie z art. 4 projektu ustawy, zaproponowane zmiany wejdą w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia ustawy.

Projekt ustawy został zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu 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 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337). W trybie określonym tą ustawą nie zgłoszono zainteresowania pracami nad przedmiotowym projektem.

Przedmiot projektowanej ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt ustawy obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej, jednostki organizacyjne pomocy społecznej działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi i osoby z ich najbliższego otoczenia.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja została poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Krajowym Konsultantem w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Krajowym Konsultantem w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Krajowym Konsultantem w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskim Towarzystwem Psychologicznym,
- 5) Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym,
- 6) Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Radą Krajowej Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy,
- 11) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelną Radą Lekarską,
- 16) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińską Fundacją Praw Człowieka,
- 18) Fundacją Batorego,

- 19) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 20) Związkiem Województw Rzeczypospolitej Polskiej,
- 21) urzędami marszałkowskimi,

a także została umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa.

W toku konsultacji wskazane powyżej podmioty zgłosiły szereg uwag dotyczących przede wszystkim regulacji w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego, w tym obowiązku zapewnienia przez marszałka województwa kontroli zasadności stosowania przymusu, oraz terminu ważności skierowania do szpitala psychiatrycznego.

Odnosząc się do pierwszej z poruszonych kwestii należy zauważyć, iż zaproponowane w projekcie ustawy zmiany w zakresie osób uprawnionych do stosowania przymusu są podyktowane zmianami w aktach prawnych regulujących funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, a w szczególności systemu ratownictwa medycznego. Ponadto obowiązek zapewnienia przez marszałka województwa, przez wyznaczenie lekarza specjalisty z zakresu psychiatrii, kontroli nad stosowaniem przymusu bezpośredniego poza szpitalami psychiatrycznymi wynika z obecnie obowiązujących przepisów.

Odnosząc się do drugiej kwestii, jaką jest propozycja bezterminowego wydłużenia okresu ważności skierowania do szpitala psychiatrycznego pod warunkiem wpisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (w miejsce dotychczasowego 14-dniowego terminu ważności takiego dokumentu), należy stwierdzić, iż zmiana taka jest konieczna dla zapewnienia ochrony praw pacjentów do otrzymania świadczeń zdrowotnych.

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

Przedmiotowa regulacja będzie miała wpływ na zakres wydatków pokrywanych z budżetu państwa. Wprowadzone w art. 1 pkt 4 i pkt 18 projektu zmiany w art. 6 ust. 3 i art. 40 ustawy, w zakresie, w jakim zostanie uregulowany sposób wykonywania orzeczeń sądowych o przymusowym umieszczeniu w domu pomocy społecznej, spowodują konieczność przeznaczenia odpowiednich środków finansowych na dotacje celowe na zadania zlecone z zakresu administracji rządowej.

Z uwagi na nieznaną liczbę orzeczeń sądowych o przymusowym umieszczeniu osoby cierpiącej z powodu zaburzeń psychicznych w domu pomocy społecznej, jak również nieznany koszt wykonania tego typu orzeczeń, trudno jest precyzyjnie wyliczyć wysokość środków, które powinny zostać przeznaczone na dotacje dla samorządów powiatowych na wykonanie zadania zleconego z zakresu administracji rządowej, o którym mowa w proponowanym art. 40 ust. 1 ustawy. Mając jednak na względzie, iż w 2009 r. na realizację wszystkich zadań z zakresu administracji rządowej w ochronie zdrowia samorządom województw przyznano dotacje na łączną kwotę 414 tys. zł (należy pamiętać, iż zapewnienie realizacji orzeczeń o przymusowym umieszczeniu osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym, zgodnie z art. 46 ust. 2b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, stanowi jedynie niewielki fragment tych wydatków) można przypuszczać, iż wielkość dotacji niezbędnej do sfinansowania wykonania przez powiaty nowego zadania, z projektowanego art. 40 ust. 1 ustawy, nie przekroczy w skali kraju kwoty 50 tys. zł rocznie.

Na podstawie wysokości wydatków związanych z funkcjonowaniem Rady do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, której miejsce zajmie Rada do spraw Zdrowia Psychicznego, można przyjąć, iż roczny koszt funkcjonowania Rady wyniesie nie więcej niż 14 tys. zł. Dotychczasowa praktyka wykazała, iż koszt zorganizowania jednego posiedzenia Rady wynosił około 3 500 zł. Dlatego też, przy założeniu odbywania przez nowo utworzoną Radę do 4 spotkań rocznie, wydatki związane z jej pracami nie powinny przekroczyć wskazanej powyżej kwoty. Koszty funkcjonowania Rady do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego były dotychczas ponoszone przez jedną z komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia. Zaproponowane rozwiązanie umożliwi utrzymanie tego rozwiązania i nie spowoduje nowych obciążeń dla budżetu państwa.

Należy zauważyć, iż wejście w życie projektowanych rozwiązań dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz sposobu wykonywania orzeczeń sądowych o przymusowym umieszczeniu w domu pomocy społecznej lub szpitalu psychiatrycznym w znaczący sposób przyczyni się do poprawy funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i służb, takich jak ratownictwo medyczne i Policja, powodując tym samym oszczędności w ich budżetach.

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

Regulacje zaproponowane w projekcie mogą mieć w dalszej perspektywie pozytywny wpływ na gospodarkę i przedsiębiorczość, ponieważ poprawi się kondycja psychiczna

społeczeństwa, a dzięki temu nastąpi między innymi zwiększenie wydajności pracy. W krótkiej perspektywie, dzięki wprowadzeniu możliwości stosowania przymusu bezpośredniego przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego, możliwe będzie usprawnienie działalności, wzrost efektywności i lepsze wykorzystanie zasobów systemu ratownictwa medycznego. Brak konieczności wzywania do osób z zaburzeniami psychicznymi, których zachowanie wypełnia przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego, specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego (zespołów, w skład których wchodzi lekarz) lub funkcjonariuszy innych służb (w szczególności Policji) przyczyni się do lepszego funkcjonowania tych podmiotów.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał bezpośredniego wpływu na sytuację na rynku pracy. W dłuższej perspektywie należy się jednak spodziewać, iż poprawa jakości i usprawnienie funkcjonowania opieki psychiatrycznej przyczynią się do poprawy stanu zdrowia populacji osób pracujących, tym samym wpływając na wzrost efektywności pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi przez usprawnienie mechanizmu udzielania doraźnej pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi lub zapewnienie skutecznej realizacji orzeczeń sądowych o umieszczeniu w domu pomocy społecznej i szpitalu psychiatrycznym, przyczyni się do poprawy stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa. Dzięki uzupełnieniu regulacji w zakresie uprawnień rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego zostanie jednocześnie udoskonalony system ochrony praw tej szczególnej grupy chorych i osób z ich otoczenia.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.



Minister Spraw Zagranicznych

Warszawa, 28 czerwca 2010 r.

DPUE - 920 - 508-09 - 10/kma/21
Sm-1360

dot.: RM-10-78-10 z 22.06.2010 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej *projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* 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 poniższą opinię.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Z poważaniem
z up. Ministra Spraw Zagranicznych
SEKRETARZ STANU
Mikołaj Dowgiałewicz

Do wiadomości:
Pani Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW**

z dnia

**w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie
promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym**

Na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego, zakłady opieki zdrowotnej, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, placówki systemu oświaty, zakłady penitencjarne, placówki resocjalizacyjne, jednostki wojskowe, są obowiązane do organizowania i prowadzenia działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

2. W działaniach, o których mowa w ust. 1, mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i związki wyznaniowe, grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin oraz inne osoby prawne i fizyczne.

§ 2. Działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym są realizowane w szczególności przez:

- 1) rozwijanie w społeczeństwie wiedzy i umiejętności potrzebnych człowiekowi do samorozwoju i samorealizacji, radzenia sobie ze stresami i wymaganiami środowiska oraz zwiększania kontroli nad swoim zdrowiem psychicznym;
- 2) kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, w tym zapobiegających nadużywaniu alkoholu, używaniu innych substancji psychoaktywnych i paleniu tytoniu;
- 3) uwzględnianie zagadnień promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym w programach nauczania, a także w programach kształcenia podyplomowego i zawodowego osób zajmujących się nauczaniem i wychowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i resocjalizacją oraz w programach ochrony zdrowia i w środkach masowego przekazu, w tym w jednostkach publicznej radiofonii i telewizji;
- 4) tworzenie placówek zajmujących się poradnictwem psychologicznym i pomocą psychospołeczną oraz wczesnym rozpoznawaniem potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego;
- 5) organizowanie i wspieranie zróżnicowanych form oparcia społecznego,

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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr ..., poz. ...

- zwłaszcza grup samopomocy osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 6) prowadzenie działalności naukowej, wydawniczej i popularyzacyjnej;
 - 7) inicjowanie działań psychoedukacyjnych, rozwijanie umiejętności potrzebnych człowiekowi w celu kształtowania prawidłowych stosunków międzyludzkich w miejscu pracy.

§ 3. W celu realizacji działań, o których mowa w § 2, oraz koordynacji prowadzonych na terenie województwa działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, marszałkowie województw mogą organizować wojewódzkie ośrodki poradnictwa i pomocy psychospołecznej, zwane dalej „wojewódzkimi ośrodkami”.

§ 4. Wojewódzkie ośrodki organizują działalność w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym oraz wymiany informacji i koordynacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na terenie województwa oraz współdziałają z instytucjami oświatowymi, wychowawczymi, opiekuńczymi i leczniczymi, w szczególności przez:

- 1) poradnictwo, konsultacje oraz pomoc w problemach rozwojowych, wychowawczych, małżeńskich, rodzinnych i zawodowych;
- 2) pomoc psychospołeczną dzieciom i młodzieży, żyjącym w warunkach wysokiego ryzyka dla zdrowia psychicznego;
- 3) wczesne rozpoznawanie zaburzeń rozwoju psychoruchowego u małych dzieci;
- 4) inicjowanie, organizowanie i wspieranie rozwoju różnych form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 5) prowadzenie interwencji kryzysowych, telefonów zaufania, grup samopomocowych oraz organizowania tej działalności na terenie województwa;
- 6) doskonalenie zawodowe osób zajmujących się poradnictwem psychologicznym i pomocą psychospołeczną.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

PREZES RADY MINISTRÓW

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz. U. Nr 112, poz. 537), które na mocy art. 3 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr ..., poz. ...) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.), w brzmieniu nadanym temu przepisowi przez ustawę z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Z uwagi na pozytywne doświadczenia wynikające z wykonywania dotychczas obowiązujących przepisów prawa niniejszy projekt został opracowany na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz. U. Nr 112, poz. 537).

W porównaniu z dotychczas obowiązującymi przepisami z zakresu regulacji projektowanego rozporządzenia wyłączone zostały kwestie związane z utworzeniem i określeniem zadań Rady do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, do której zadań należało opracowywanie, koordynowanie i opiniowanie działań z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego. Wynikające z przyjęcia ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego rozszerzenia kompetencji Rady na całość zagadnień związanych z ochroną zdrowia psychicznego wynika ze zmian wprowadzonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w 2008 r. W wyniku tych zmian stworzona została podstawa do wydania przez Radę Ministrów rozporządzenia w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Program ten stanowił będzie element integrujący wszelkie działania podejmowane przez organy administracji publicznej i inne współpracujące z nimi podmioty w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Wobec szerokiego zakresu regulacji Programu konieczne jest zapewnienie sprawnego przepływu informacji pomiędzy jego poszczególnymi realizatorami i koordynacji podejmowanych przez nich działań. Skorzystanie w tym zakresie z funkcjonującego już ciała, jakim jest Rada do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, jest rozwiązaniem celowym i uzasadnionym ekonomicznie. Rozwiązania przyjęte w § 3 i 4 projektu rozporządzenia są analogiczne do obowiązujących poprzednio postanowień § 5 i 6 rozporządzenia z dnia 20 sierpnia 1996 r., z tą różnicą,

iż jako podmiot uprawniony do powołania wojewódzkich ośrodków poradnictwa i pomocy psychospołecznej zostali wskazani marszałkowie województw. Zmiana ta podyktowana jest przesunięciem kompetencji w zakresie zapewnienia psychiatrycznej opieki zdrowotnej z wojewodów na samorządy województw.

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. *o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, szkoły i uczelnie, zakłady penitencjarne i placówki resocjalizacyjne oraz osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne i osoby z ich najbliższego otoczenia.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
- 5) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- 6) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelna Rada Lekarska,
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
- 18) Fundacja Batorego,
- 19) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 20) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,
- 21) urzędy marszałkowskie,

a także zostanie umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość. W dalszej perspektywie zaproponowane rozwiązania mogą mieć pozytywny wpływ na gospodarkę i przedsiębiorczość, ponieważ przez aktywne działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym poprawi się kondycja psychiczna społeczeństwa, w tym zwiększeniu ulec powinny możliwości pracowników (produktywność, odporność na stres i wypalenie zawodowe, mniejsza absencja chorobowa).

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi poprzez aktywne działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym w sposób istotny przyczyni się do zapobieżenia narastaniu liczby osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Co więcej, efektywna realizacja działań promocyjnych i profilaktycznych powinny spowodować spadek liczby zachorowań i znaczącą poprawę jakości życia chorych i osób z ich otoczenia.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ¹⁾**

z dnia ...

w sprawie sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) cele,
 - 2) zakres,
 - 3) wymiar czasu,
 - 4) sposób organizacji i dokumentowania
- zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim.

§ 2. Ilekcć w rozporządzeniu jest mowa, bez bliższego określenia, o „ustawie”, należy przez to rozumieć ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

§ 3. Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim, w wieku od 3 do 25 lat, organizuje się zespołowe zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze oraz, we współpracy z rodzicami (prawnym opiekunem), indywidualne zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, zwane dalej „zajęciami”.

§ 4. Celem zajęć jest wspomaganie rozwoju dzieci i młodzieży, rozwijanie zainteresowania otoczeniem oraz uzyskiwanie niezależności od innych osób w funkcjonowaniu w codziennym życiu.

§ 5. 1. Udział w zajęciach dzieci w wieku obowiązku szkolnego uznaje się za spełnienie tego obowiązku, określonego w odrębnych przepisach.

¹⁾ Minister Edukacji Narodowej kieruje działem administracji rządowej – oświata i wychowanie, na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Edukacji Narodowej (Dz. U. Nr 216 poz. 1591).

²⁾ 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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr ..., poz.

2. Zajęcia organizuje się w szczególności w:

- 1) przedszkolach, w tym specjalnych,
- 2) szkołach, w tym specjalnych,
- położonych najbliżej miejsca zamieszkania lub pobytu (w tym dziennego) osób zakwalifikowanych do udziału w zajęciach zespołowych;
- 3) placówkach opiekuńczo-wychowawczych;
- 4) zakładach opieki zdrowotnej;
- 5) domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy;
- 6) ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, jeżeli przebywają w nich dzieci i młodzież, o których mowa w § 3;
- 7) domach rodzinnych, dla osób zakwalifikowanych do udziału w indywidualnych zajęciach.

3. Dzieciom i młodzieży, przebywającym czasowo lub stale w zakładach opieki zdrowotnej i domach pomocy społecznej, organ właściwy do prowadzenia przedszkoli lub szkół specjalnych zapewnia udział w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych stosownie do orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej lub innej poradni specjalistycznej.

4. Podmioty, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy, mogą organizować zajęcia na zasadach określonych w rozporządzeniu.

§ 6. 1. Tryb i zasady kwalifikowania i kierowania dzieci i młodzieży do udziału w zajęciach określają przepisy w sprawie zasad działania poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz innych poradni specjalistycznych.

2. Zajęciami indywidualnymi mogą być objęte dzieci i młodzież, w stosunku do których poradnia, o której mowa w ust. 1, orzekła taką formę zajęć.

§ 7. 1. Zajęcia prowadzi nauczyciel posiadający odpowiednie przygotowanie pedagogiczne, określone w odrębnych przepisach. Na stanowisku nauczyciela może być zatrudniony psycholog lub pedagog.

2. Opiekę niezbędną w czasie prowadzenia zajęć sprawuje pomoc nauczyciela, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Opiekę podczas zajęć prowadzonych w domu rodzinnym zapewniają rodzice (opiekun prawny) lub opiekun faktyczny.

§ 8. Podmioty wymienione w § 5 ust. 2 pkt 1-6 zapewniają odpowiednie warunki, niezbędne do prowadzenia zajęć, w tym również w zakresie opieki, o której mowa w § 7 ust. 2.

§ 9. 1. Zajęcia obejmują przede wszystkim:

- 1) naukę nawiązywania kontaktów w sposób odpowiedni do potrzeb i możliwości uczestnika;
- 2) kształtowanie sposobu komunikowania się z otoczeniem na poziomie odpowiadającym indywidualnym możliwościom uczestnika;
- 3) usprawnianie ruchowe i psychoruchowe w zakresie dużej i małej motoryki, wyrabianie orientacji w schemacie własnego ciała i orientacji przestrzennej;
- 4) wdrażanie do osiągania optymalnego poziomu samodzielności w podstawowych

sferach życia;

- 5) rozwijanie zainteresowań otoczeniem, wielozmysłowe poznawanie tego otoczenia, naukę rozumienia zachodzących w nim zjawisk, kształtowanie umiejętności funkcjonowania w otoczeniu;
- 6) kształtowanie umiejętności współżycia w grupie;
- 7) naukę celowego działania dostosowanego do wieku, możliwości i zainteresowań uczestnika oraz jego udziału w ekspresyjnej aktywności.

2. Indywidualny program zajęć opracowuje prowadzący te zajęcia nauczyciel we współpracy z psychologiem na podstawie wskazań zawartych w orzeczeniu kwalifikacyjnym.

§ 10. 1. Wymiar zajęć, w zależności od możliwości psychofizycznych oraz specyficznych potrzeb rewalidacyjnych uczestników zajęć, wynosi:

- 1) 4 godziny dziennie na zajęciach zespołowych;
- 2) 2 godziny dziennie na zajęciach indywidualnych.

2. Liczba osób w zespole wynosi od 2 do 4.

§ 11. 1. Dokumentacja zajęć obejmuje:

- 1) orzeczenie kwalifikacyjne poradni, o której mowa w § 6 ust. 1;
- 2) dziennik zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, według wzoru określonego w odrębnych przepisach dla dziennika zajęć dydaktyczno-wychowawczych i specjalistycznych;
- 3) zeszyt obserwacji.
 - 1) 2. Zeszyt obserwacji prowadzony jest odrębnie dla każdego uczestnika zajęć.
 - 2) 3. Do zeszytu obserwacji wpisuje się informacje dotyczące:
 - 1) zmian w zakresie dużej motoryki (postawa, lokomocja, koordynacja ruchów);
 - 2) zmian w zakresie małej motoryki (koordynacja ruchów rąk, koordynacja wzrokowo-ruchowa, manipulacja);
 - 3) napędu - aktywności niekierowanej (własnej);
 - 4) koncentracji uwagi (podczas aktywności spontanicznej, w zabawie, w zadaniu; czas koncentracji);
 - 5) współdziałania (w różnych sytuacjach; czas współdziałania);
 - 6) opanowywania nowych umiejętności (tempo, trwałość, stopień trudności);
 - 7) dominującego nastroju i emocji;
 - 8) gotowości do kontaktów (rodzaje, kierunek);
 - 9) umiejętności w zakresie samoobsługi;
 - 10) udziału w czynnościach porządkowych;
 - 11) zachowań trudnych (opis tych zachowań oraz sytuacji, w których występują, reakcje nauczyciela, zmiany w zachowaniu).

§ 12. 1. Za prawidłową realizację zajęć oraz ich dokumentację odpowiedzialny jest dyrektor przedszkola i szkoły (w tym specjalnych) lub placówki, które te zajęcia organizują.

2. Zajęcia uwzględniane są w danym roku szkolnym w arkuszu organizacyjnym przedszkola, szkoły lub placówki, opracowanym i zatwierdzonym według odrębnych przepisów.

3. Nadzór pedagogiczny nad zajęciami, w tym także organizowanymi przez podmioty, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy, sprawuje kurator oświaty.

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

MINISTER EDUKACJI NARODOWEJ

w porozumieniu:

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

MINISTER ZDROWIA

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1997 r. w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim (Dz. U. Nr 14, poz. 76), które na mocy art. 3 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr ..., poz. ...) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Z uwagi na pozytywne doświadczenia wynikające z wykonywania dotychczas obowiązujących przepisów prawa niniejszy projekt został opracowany na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 stycznia 1997 r. w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim (Dz. U. Nr 14, poz. 76).

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. *o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej oraz podległe im jednostki organizacyjne działające na rzecz dzieci i młodzież upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim, jak również osoby z ich najbliższego otoczenia.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
- 5) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- 6) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelna Rada Lekarska,
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
- 18) Fundacja Batorego,
- 19) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 20) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,

21) urzędy marszałkowskie,
a także zostanie umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej,
w tym w Biuletynie Informacji Publicznej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość. W dalszej perspektywie zaproponowane rozwiązania mogą mieć pozytywny wpływ na gospodarkę i przedsiębiorczość, ponieważ poprzez zapewnienie odpowiedniej jakości rehabilitacji zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo poprawi się kondycja psychiczna społeczeństwa.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi poprzez zapewnienie odpowiedniej jakości zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo, przyczyni się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia ...

w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi i nagradzania uczestników tych zajęć

Na podstawie art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rehabilitacja społeczna, zwana dalej „rehabilitacją”, w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zwanych dalej „domami”, obejmuje w szczególności:

- 1) wyrabianie zaradności osobistej;
- 2) pobudzanie aktywności społecznej;
- 3) wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych;
- 4) świadczenia terapeutyczne, zwłaszcza w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych oraz warsztatów terapii zajęciowej;
- 5) świadczenia psychologiczne, w tym terapię psychologiczną.

§ 2. 1. Zakres rehabilitacji dostosowuje się do stanu zdrowia i indywidualnych potrzeb mieszkańców domów.

2. Warunki lokalowe i wyposażenie domu powinny umożliwiać prowadzenie rehabilitacji. W domu powinno znajdować się w szczególności pomieszczenie dla indywidualnych i grupowych zajęć terapeutycznych i ruchowych.

§ 3. 1. Rehabilitacją kieruje i ją nadzoruje pracownik wskazany przez kierownika domu, w miarę możliwości lekarz psychiatra lub lekarz neurolog albo psycholog.

2. Kierownik domu tworzy w miarę możliwości zespół rehabilitacyjny. W skład zespołu wchodzi w szczególności: psycholog, pedagog, pracownik socjalny, fizykoterapeuta, instruktor terapii zajęciowej. Zespół rehabilitacyjny opracowuje i prowadzi indywidualne i grupowe programy rehabilitacji leczniczej.

§ 4. 1. Uczestniczący aktywnie w zajęciach rehabilitacyjnych mogą otrzymywać nagrody pieniężne.

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1598).

²⁾ 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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr ..., poz.

2. Wysokość nagrody wynosi od 5% do 30% najniższego wynagrodzenia, określonego przez ministra właściwego do spraw pracy na podstawie Kodeksu pracy.

3. Nagrodę przyznaje i określa jej wysokość kierownik domu pomocy społecznej.

§ 5. Jeżeli warunki lokalowe lub wyposażenie domu nie zapewniają prowadzenia rehabilitacji, kierownik domu zapewnia tę rehabilitację przez współdziałanie z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej i zakładami opieki zdrowotnej.

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

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

w porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 listopada 1995 r. w sprawie zasad organizowania i zakresu rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 132, poz. 653), które na mocy art. 3 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr ..., poz. ...) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Z uwagi na pozytywne doświadczenia wynikające z wykonywania dotychczas obowiązujących przepisów prawa niniejszy projekt został opracowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 listopada 1995 r. w sprawie zasad organizowania i zakresu rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 132, poz. 653).

Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi ustawą z dnia o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która dostosowała brzmienie delegacji do wydania niniejszego rozporządzenia do wymagań Konstytucji i ustawy o działach administracji rządowej, w projekcie jako organ wydający wskazany został Minister Pracy i Polityki Społecznej.

Mając na względzie zmianę zakresu upoważnienia do wydania rozporządzenia, który ograniczony został rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w przedmiotowy projekcie określone zostały formy realizacji rehabilitacji społecznej zgodne z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm).

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. *o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 oraz z 2004 r. Nr

56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, pracowników wymienionych jednostek oraz osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
- 5) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- 6) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelna Rada Lekarska,
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
- 18) Fundacja Batorego,
- 19) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,

20) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,

21) urzędy marszałkowskie,

a także zostanie umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbینگowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi przez poprawę funkcjonowania opieki nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, przyczyni się do poprawy kondycji psychicznej społeczeństwa.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia ...

**w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i
nagradzania uczestników tych zajęć**

Na podstawie art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Szpital psychiatryczny organizuje zajęcia rehabilitacyjne w szczególności:

- 1) w oddziałach całodobowych lub dziennych;
- 2) na wyznaczonych stanowiskach pracy;
- 3) w wyodrębnionych ośrodkach rehabilitacji.

2. W szpitalach psychiatrycznych liczących powyżej 150 łóżek zajęcia rehabilitacyjne organizowane są również w wyodrębnionych oddziałach rehabilitacji.

§ 2. 1. Dla organizacji zadań określonych w § 1 kierownik szpitala psychiatrycznego tworzy zespół rehabilitacyjny. W skład zespołu wchodzi: lekarz psychiatra, psycholog, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny oraz przedstawiciel administracji szpitala.

2. Do zadań zespołu rehabilitacyjnego należy:

- 1) planowanie, koordynacja i okresowa ocena skuteczności zajęć rehabilitacyjnych;
- 2) ustalanie miejsc zajęć rehabilitacyjnych dla pacjentów.

§ 3. Zajęcia rehabilitacyjne odbywają się zgodnie z indywidualnym programem przygotowanym przez terapeutów zajęciowych we współdziałaniu z pacjentem.

§ 4. 1. W oddziale całodobowym i dziennym tworzy się pracownię terapii zajęciowej.

2. Zajęcia rehabilitacyjne w pracowni powinny być prowadzone 5 razy w tygodniu, co najmniej przez 4 godziny dziennie.

3. Zajęcia rehabilitacyjne obejmują: ćwiczenia samoobsługi i rozwijanie umiejętności społecznych, działania edukacyjne, różnorodne formy terapii poprzez pracę oraz inne formy terapii dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

§ 5. 1. Ośrodek rehabilitacji lub oddział rehabilitacji zapewniają warunki konieczne

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

²⁾ 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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr ..., poz.

do pełnej realizacji programów rehabilitacji. Zajęcia rehabilitacyjne dla pacjentów powinny być prowadzone 5 razy w tygodniu po 2 do 5 godzin dziennie.

2. Terapeuta zajęciowy w ośrodku lub w oddziale powinien prowadzić zajęcia rehabilitacyjne z nie więcej niż 10 uczestnikami tych zajęć.

§ 6. 1. Uczestniczący aktywnie w zajęciach rehabilitacyjnych mogą otrzymywać nagrody pieniężne.

2. Wysokość nagrody wynosi od 5% do 30% najniższego wynagrodzenia, określonego przez ministra właściwego do spraw pracy na podstawie Kodeksu pracy.

3. Nagrodę przyznaje i określa jej wysokość kierownik szpitala psychiatrycznego.

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

MINISTER ZDROWIA

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz. U. Nr 127, poz. 614), które na mocy art. 3 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr ..., poz. ...) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Z uwagi na pozytywne doświadczenia wynikające z wykonywania dotychczas obowiązujących przepisów prawa niniejszy projekt został opracowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz. U. Nr 127, poz. 614).

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. *o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osoby z ich najbliższego otoczenia.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
- 5) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- 6) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelna Rada Lekarska,
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
- 18) Fundacja Batorego,
- 19) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 20) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,
- 21) urzędy marszałkowskie,

a także zostanie umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w tym

w Biuletynie Informacji Publicznej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbinglej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi przez poprawę funkcjonowania opieki nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, przyczyni się do poprawy kondycji psychicznej społeczeństwa.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia ...

**w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego
oraz oceny zasadności jego zastosowania**

Na podstawie art. 18 ust. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób:

- 1) stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, zwanej dalej „osobą”;
- 2) dokumentowania stosowania przymusu bezpośredniego;
- 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego.

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

§ 3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zwanej dalej „ustawą”.

§ 4.1. Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620).

2. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarz zamieszcza w raporcie pielęgniarzkim.

3. W szczególności w dokumentacji medycznej umieszcza się informację o:

- 1) przyczynach zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniających wybór zastosowanego rodzaju przymusu bezpośredniego;
- 2) celu stosowania przymusu bezpośredniego;
- 3) rodzaju zastosowanego przymusu bezpośredniego i czasie jego trwania;

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

²⁾ 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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr ..., poz.

- 4) zlecającym zastosowanie przymusu bezpośredniego;
- 5) osobach uczestniczących w wykonaniu przymusu bezpośredniego;
- 6) przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego;
- 7) uprzedzeniu osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego, o którym mowa w art. 18 ust. 8 ustawy.

§ 5. Zlecający zastosowanie przymusu bezpośredniego osobiście nadzoruje jego wykonanie.

§ 6. 1. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego zlecający niezwłocznie zawiadamia:

- 1) kierownika zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli zlecającym jest lekarz tego zakładu lub lekarz tego zakładu, który dokonał oceny zastosowania przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę;
 - 2) lekarza zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka zakładu opieki zdrowotnej;
 - 3) lekarza, o którym mowa w § 13, jeżeli zlecającym jest inny lekarz, niż lekarz, o którym mowa w pkt 1 i 4;
 - 4) lekarza, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej;
 - 5) kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza;
 - 6) dyspozytora medycznego, jeżeli zlecającym jest kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.
2. Lekarz, o którym mowa w ust. pkt 2 i 4, przed przekazaniem zawiadomienia dokonuje oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Wynik oceny umieszcza się na zawiadomieniu.
3. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-6, jest przekazywane niezwłocznie lekarzowi, o którym mowa w § 13.
4. W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego przy wykonywaniu czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, o rodzaju i czasie zastosowanego przymusu bezpośredniego zlecający zawiadamia również lekarza zakładu opieki zdrowotnej, do którego przewożona jest osoba.
5. Wzór zawiadomienia, o którym mowa w:
- 1) ust. 1 pkt 1 i 2, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
 - 2) ust. 1 pkt 3-6, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 7.1. Lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny.

2. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.

3. W szpitalu psychiatrycznym niezwłocznie po otrzymaniu informacji, o której mowa w ust. 2, lekarz po osobistym badaniu pacjenta zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

4. W razie potrzeby lekarz, po osobistym badaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie lub izolację na następne okresy 6-godzinne.

5. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia lekarza, pielęgniarka może dwukrotnie przedłużyć unieruchomienie lub izolację na okresy 4-godzinne.

6. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej łączny czas stosowania wobec osoby unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć 12 godzin. Dalsze przedłużenie unieruchomienia lub izolacji dopuszczalne jest jedynie w warunkach szpitalnych.

§ 8. Po zleceniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz lub osoba, która podjęła decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, wypełnia niezwłocznie kartę zastosowania tych środków, zwaną dalej „kartą”, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas unieruchomienia lub izolacji. Kartę załącza się do dokumentacji medycznej pacjenta, a jej kopię dołącza się do zawiadomienia, o którym mowa w § 6. Wzór karty stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 9. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, polegającego na unieruchomieniu lub izolacji, należy odebrać osobie przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, a w szczególności przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła, zapalki.

§ 10. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała osoby, a zarazem odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

§ 11. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej) kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie osoby zamieszcza bezzwłocznie w karcie.

§ 12. 1. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej) w czasie kontroli, o której mowa w § 11:

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, a w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno;
- 2) zapewnia krótkotrwale uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

2. W razie wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby, pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

§ 13. Marszałek województwa wskazuje lekarzy uprawnionych do dokonywania oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego na terenie województwa.

Informację o uprawnionych lekarzach oraz sposobie przekazywania zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego marszałek województwa podaje do publicznej wiadomości oraz przekazuje jednostkom organizacyjnym uprawnionym do stosowania przymusu bezpośredniego.

§ 14. 1. Dokonując oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego uprawniony przez marszałka województwa lekarz uwzględnia okoliczności, o których mowa w § 4 ust 3.

2. Informację o pozytywnej lub negatywnej ocenie zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego dokonujący oceny przekazuje zlecającemu. Informację dołącza się do dokumentacji medycznej osoby.

§ 15. 1. Przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz w przypadkach, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników.

2. Szkolenie pracowników w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego organizuje kierownik zakładu opieki zdrowotnej, jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub jednostki organizacyjnej systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

§ 16. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia.³⁾

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. (Dz. U. Nr 103, poz. 514), które na mocy art. 3 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr ..., poz. ...) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

WZÓR

.....
(miejscowość i data)

Kierownik

.....
(imię i nazwisko kierownika oraz nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

Zawiadomienie
o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie
art. 18 ust. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

1. W dniu o godz.
wobec Pana(Pani)
pacjenta (pacjentki) oddziału

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie

3. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

4. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przyczyny

2) cel

3) osoby uczestniczące

4) przebieg

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego:

Ocena kierownika zakładu opieki zdrowotnej o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:
.....

.....

..... Podpis zlecającego (pielęgniarki/lekarza)	 Podpis zatwierdzającego (lekarza)	 Podpis kierownika zakładu opieki zdrowotnej
---	---	---

WZÓR

.....
(miejscowość i data)

Lekarz upoważniony przez marszałka województwa
(imię i nazwisko lekarza)

Zawiadomienie

o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie
art. 18 ust. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

1. W dniu o godz.
wobec Pana(Pani)
przebywającego (przebywającej) w

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie

3. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

4. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przyczyny

2) cel

3) osoby uczestniczące

4) przebieg

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego:

Ocena upoważnionego przez marszałka województwa lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

.....
Podpis zlecającego
(kierującegoacją/
pielęgniarki/lekarza)

.....
Podpis zatwierdzającego
(lekarza/dyspozytora medycznego)

.....
Podpis lekarza
upoważnionego przez
marszałka województwa

WZÓR

KARTA ZASTOSOWANIA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI

.....
(zakład opieki zdrowotnej).....
(oddział)

ZLECENIE

Pacjent

Historia choroby nr:

Powód zastosowania:

- rodzaje unieruchomienia:

- izolacja:

Początek data godzina	Przedłużenie data godzina	Koniec data godzina	Zlecający: czytelny podpis, pieczętka	Przedłużający: czytelny podpis, pieczętka

Lekarz/dyspozytor medyczny^{*)}
(czytelny podpis, data)

PODSUMOWANIE

Całkowity czas trwania przymusu:

godziny/minuty

Uwagi lekarza

(podpis, pieczętka, data)

^{*)} Wypełnić w przypadku zlecenia przez pielęgniarkę/kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

OBSERWACJE OZNACZENIA (KOD):

1. szarpie się (uderza)
2. wykrzykuje
3. spokojny (śpi)
4. płacze
5. śmieje się
6. śpiewa
7. mamrocze
8. podawane posiłki
9. podawane płyny
10. oddał mocz (stolec)
11. chwilowe zwolnienie
12. inne
13. bez zaburzeń psychicznych

godzina, kod, podpis	godzina, kod podpis	godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis
12.00	18.00	24.00	06.00
12.15	18.15	00.15	06.15
12.30	18.30	00.30	06.30
12.45	18.45	00.45	06.45
13.00	19.00	01.00	07.00
13.15	19.15	01.15	07.15
13.30	19.30	01.30	07.30
13.45	19.45	01.45	07.45
14.00	20.00	02.00	08.00
14.15	20.15	02.15	08.15
14.30	20.30	02.30	08.30
14.45	20.45	02.45	08.45
15.00	21.00	03.00	09.00
15.15	21.15	03.15	09.15
15.30	21.30	03.30	09.30
15.45	21.45	03.45	09.45
16.00	22.00	04.00	10.00
16.15	22.15	04.15	10.15
16.30	22.30	04.30	10.30
16.45	22.45	04.45	10.45
17.00	23.00	05.00	11.00
17.15	23.15	05.15	11.15
17.30	23.30	05.30	11.30
17.45	23.45	05.45	11.45

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 18 ust. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.), w zakresie określenia sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz oceny zasadności jego zastosowania.

Z uwagi na zmiany wprowadzone w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, które zostały przedstawione w uzasadnieniu do projektu ustawy, w projekcie niniejszego rozporządzenia, w porównaniu do dotychczas obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514) zostały wyodrębnione przepisy odnoszące się do ogólnych zasad stosowania przymusu bezpośredniego (§ 2 – 5 i 15), trybu i formy przekazywania zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 6), stosowania unieruchomienia i izolacji (§ 7 – 12) oraz dokonywania oceny zasadności zastosowanego przymusu bezpośredniego (§ 13 i 14).

W projekcie rozporządzenia została uwzględniona możliwość stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, podczas udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego, w którego skład nie wchodzi lekarz, podczas przewożenia osoby z zaburzeniami psychicznymi do zakładu opieki zdrowotnej oraz w innych sytuacjach. Stosownie do postanowień ustawy o zastosowaniu i rodzaju użytego przymusu bezpośredniego w powyższych sytuacjach decydować będzie: lekarz, pielęgniarka zakładu opieki zdrowotnej; pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej oraz kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

Za istotne z punktu widzenia ochrony praw i godności pacjenta należy uznać rozwiązanie zaproponowane w § 4 projektu rozporządzenia, zgodnie z którym informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego umieszcza się zarówno w indywidualnej, jak i zbiorczej dokumentacji medycznej. W projekcie rozporządzenia zostały określone jedynie wzory zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz wzór karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji, które będą dołączane do indywidualnej dokumentacji medycznej osoby. W odniesieniu do dokumentacji zbiorczej, z uwagi na możliwość wykorzystania elektronicznej

dokumentacji medycznej, określono jedynie wymagany zakres informacji podlegających wpisowi do dokumentacji.

W § 14 opisany został obowiązek uwzględnienia w ocenie zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej lub upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii okoliczności wskazanych w § 4 projektowanego rozporządzenia. Należy podkreślić, iż o wyniku dokonanej oceny zostanie powiadomiony zlecający zastosowanie przymusu bezpośredniego, co jest szczególnie istotne w przypadku oceny negatywnej, a ocena (zawiadomienie po dokonaniu oceny) zostanie dołączona do dokumentacji medycznej pacjenta.

Ochronie praw i godności osób cierpiących na zaburzeń psychicznych służyć będzie również, wprowadzony w § 15 ust. 1 projektu rozporządzenia wymóg, aby w szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie planowego przewożenia osoby do zakładu opieki zdrowotnej przymus bezpośredni stosowały jedynie osoby odpowiednio przeszkolone.

W § 6 projektu rozporządzenia w sposób przejrzysty został przedstawiony ciężący na zlecającym obowiązek zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz obowiązek dokonania wstępnej oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza, który otrzyma zawiadomienie o jego zastosowaniu.

Rozwiązania przyjęte w § 7 -12 projektu rozporządzenia, dotyczące stosowania unieruchomienia i izolacji, stanowią odzwierciedlenie dotychczas obowiązujących w tym zakresie przepisów.

Z uwagi na charakter wprowadzonych zmian i potrzebę zapewnienia zgodnego z prawem stosowania przymusu bezpośredniego, w § 16 został określony długi termin wejścia rozporządzenia w życie wynoszący miesiąc od dnia publikacji.

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. *o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej szczebla wojewódzkiego, zakłady opieki zdrowotnej, jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, pracowników wymienionych zakładów i jednostek oraz osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
- 5) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- 6) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelna Rada Lekarska,
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
- 18) Fundacja Batorego,
- 19) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 20) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,
- 21) urzędy marszałkowskie,

a także zostanie umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi przez poprawę funkcjonowania opieki nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, przyczyni się do poprawy kondycji psychicznej społeczeństwa.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia ...

**w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody
pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego**

Na podstawie art. 33 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Świadczeniami zdrowotnymi, których udzielenie ze względu na podwyższone ryzyko wymaga zgody osoby, o której mowa w art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zwanej dalej „ustawą”, lub jej przedstawiciela ustawowego należą:

- 1) punkcja podpotyliczna lub lędźwiowa przeprowadzana w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego lub podania leków;
- 2) leczenie metodami śpiączkowymi (śpiączki atropinowe, śpiączki insulinowe);
- 3) leczenie elektrowstrząsami.

§ 2. 1. Lekarz informuje osobę, o której mowa w art. 33 ust 1 ustawy, lub jej przedstawiciela ustawowego o dających się przewidzieć skutkach świadczeń zdrowotnych wymienionych w § 1.

2. Oświadczenie wyrażające zgodę osoby, o której mowa w art. 33 ust 1 ustawy, lub jej przedstawiciela ustawowego składa się na piśmie i dołącza do dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 3. Odmowę wyrażenia zgody odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

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

MINISTER ZDROWIA

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

²⁾ 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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr ..., poz.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (Dz. U. Nr 100, poz. 503), które na mocy art. 3 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr ..., poz. ...) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 33 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Z uwagi na pozytywne doświadczenia wynikające z wykonywania dotychczas obowiązujących przepisów prawa niniejszy projekt został opracowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (Dz. U. Nr 100, poz. 503).

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. *o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne oraz osoby z ich najbliższego otoczenia.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
- 5) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- 6) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelna Rada Lekarska,
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
- 18) Fundacja Batorego,
- 19) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 20) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,
- 21) urzędy marszałkowskie,

a także zostanie umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi przez zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń w szpitalach psychiatrycznych, przyczyni się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI**

z dnia ...

**w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi
przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej**

Na podstawie art. 43 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Kontrolę legalności przyjmowania i przebywania w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, zwanych dalej „zakładami”, osób z zaburzeniami psychicznymi oraz warunków, w jakich osoby te przebywają, sprawuje sędzia obeznany z problematyką ochrony zdrowia psychicznego, wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego, w którego okręgu znajduje się zakład.

§ 2. 1. Kontrola, o której mowa w § 1, obejmuje w szczególności:

- 1) prawidłowość dokumentacji medycznej stanowiącej podstawę przyjmowania i przebywania w zakładzie osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) prawidłowość dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego oraz stosowania świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- 3) zasadność dalszego pobytu w szpitalu psychiatrycznym w przypadkach hospitalizacji powyżej 6 miesięcy;
- 4) przestrzeganie praw osób przebywających w zakładzie, określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego oraz w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej, a także w przepisach o pomocy społecznej;
- 5) warunki bytowe w zakładzie;
- 6) działalność zakładu w zakresie współpracy z sądem i kuratorami sprawującymi nadzór nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, przebywającymi w zakładzie;
- 7) współdziałanie zakładu z rodzinami i opiekunami osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 8) prawidłowość i terminowość załatwiania skarg i wniosków osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w zakładzie.

2. Sędzia zawiadamia kierownika zakładu o przystąpieniu do czynności kontrolnych.

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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr ..., poz.

§ 3. W toku sprawowanej kontroli sędzia udziela kontrolowanemu zakładowi pomocy prawnej, zwłaszcza w zakresie przepisów odnoszących się do ochrony zdrowia psychicznego.

§ 4. Sędzia wykonuje w granicach swych uprawnień czynności, o których mowa w § 2 ust. 1, przez:

- 1) kontrole zakładów - przeprowadzane co najmniej raz w roku lub doraźnie - obejmujące całokształt spraw podlegających kontroli albo kontrole obejmujące tylko niektóre zagadnienia, przeprowadzane w miarę potrzeby;
- 2) kontakt bezpośredni z przebywającymi w zakładach osobami z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) wydawanie zaleceń pokontrolnych oraz sprawdzanie prawidłowości i terminowości ich realizacji;
- 4) podejmowanie innych czynności zmierzających do usunięcia uchybień i zapobiegania ich powstawaniu.

§ 5. 1. Po zakończeniu kontroli sędzia zapoznaje kierownika zakładu z jej wynikami, umożliwiając ustosunkowanie się do dokonanych ustaleń oraz do propozycji zaleceń pokontrolnych. W miarę potrzeby organizuje się naradę pokontrolną, w której powinni brać udział również inni pracownicy kontrolowanego zakładu.

2. O terminie i przedmiocie narady pokontrolnej zawiadamia się organ sprawujący nadzór nad kontrolowanym zakładem.

§ 6. 1. Z przebiegu kontroli sporządza się sprawozdanie. Sprawozdanie powinno zawierać w szczególności dane dotyczące zakresu kontroli, oceny sposobu wykonania zaleceń związanych z poprzednią kontrolą, wyniki przeprowadzonej kontroli oraz zalecenia pokontrolne.

2. Oryginał sprawozdania przechowuje się w aktach właściwego sądu okręgowego. Prezes sądu okręgowego przesyła odpis sprawozdania w terminie 14 dni od dnia zakończenia kontroli właściwemu sądowi opiekuńczemu, kierownikowi kontrolowanego zakładu oraz organowi sprawującemu nadzór nad zakładem.

3. W razie stwierdzenia istotnych uchybień w działalności kontrolowanego zakładu, prezes sądu okręgowego przesyła odpis sprawozdania również odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego.

§ 7. 1. Kierownik kontrolowanego zakładu lub organ sprawujący nad nim nadzór może - w terminie 14 dni od dnia otrzymania sprawozdania - zgłosić prezesowi sądu okręgowego zastrzeżenia lub wnioski dotyczące ustaleń i zaleceń pokontrolnych.

2. Kierownik kontrolowanego zakładu lub organ sprawujący nad nim nadzór, na żądanie sędziego, składa w terminie 14 dni informację dotyczącą zakresu i sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych.

§ 8. Prezes sądu okręgowego może organizować - w celu ujednolicenia metod kontroli - narady z udziałem sędziów sprawujących kontrolę zakładów, kierowników kontrolowanych zakładów oraz lekarzy psychiatrów.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

w porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 23, poz. 128), które na mocy art. 3 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr ..., poz. ...) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 43 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Z uwagi na pozytywne doświadczenia wynikające z wykonywania dotychczas obowiązujących przepisów prawa niniejszy projekt został opracowany na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 23, poz. 128).

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. *o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne oraz osoby z ich najbliższego otoczenia.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
- 5) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- 6) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelna Rada Lekarska,
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
- 18) Fundacja Batorego,
- 19) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 20) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,
- 21) urzędy marszałkowskie,

a także zostanie umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi poprzez zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń w szpitalach psychiatrycznych i lepszą ochronę praw pacjentów, przyczyni się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia ...

**w sprawie szczegółowego sposobu działania szpitala psychiatrycznego w
sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego**

Na podstawie art. 49 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydaje lekarz po osobistym zbadaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem jej stanu psychicznego i zachowania. Wzór skierowania określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Osoba ze skierowaniem do szpitala psychiatrycznego jest poddawana badaniu psychiatrycznemu przez lekarza izby przyjęć.

§ 3. W nagłych przypadkach osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania, po osobistym jej zbadaniu przez lekarza izby przyjęć.

§ 4. 1. O przyjęciu do szpitala psychiatrycznego postanawia lekarz izby przyjęć lub inny lekarz wyznaczony przez kierownika szpitala, po stwierdzeniu wskazań do przyjęcia.

2. Lekarz, który zdecydował o przyjęciu do szpitala, odnotowuje niezwłocznie w dokumentacji medycznej pacjenta wskazania uzasadniające to przyjęcie.

3. W przypadkach, o których mowa w art. 23 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zwanej dalej „ustawą”, w dokumentacji odnotowuje się również opinię drugiego lekarza psychiatry albo psychologa oraz informację o braku takiej opinii, a także treść wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 23 ust. 3 ustawy.

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

²⁾ 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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr ..., poz.

§ 5. W razie braku wskazań do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego lekarz, o którym mowa w § 4 ust. 1, odnotowuje w dokumentacji medycznej rodzaj udzielonej porady i uzasadnienie odmowy przyjęcia.

§ 6. O przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody na podstawie art. 23. ust. 1 ustawy lub osoby z zaburzeniami psychicznymi na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy - ordynator (lekarz kierujący oddziałem) zawiadamia kierownika szpitala, wskazując, że zachowanie tej osoby zagraża bezpośrednio jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Wzór zawiadomienia określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 7. 1. Kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi - bez jej zgody - wskazując, że zachowanie tej osoby zagraża bezpośrednio jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób lub że zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 22 ust. 6 ustawy. Wzór zawiadomienia określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Od obowiązku zawiadomienia sądu o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby bez jej zgody nie zwalnia okoliczność, że po przyjęciu do szpitala osoba ta wyraziła potem tę zgodę, będąc na oddziale.

§ 8. Lekarz kierujący oddziałem szpitala psychiatrycznego (oddziałem szpitala) prowadzi rejestr osób przyjętych do szpitala:

- 1) bez zgody;
 - 2) bez zgody, jeżeli zgoda na pobyt została potem wyrażona na oddziale szpitala;
 - 3) niezdolnych do wyrażenia zgody;
 - 4) w przypadku poważnych wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody.
- Wzór rejestru określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 9. 1. O wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej bez jej zgody postanawia lekarz kierujący oddziałem, jeżeli stan zdrowia tej osoby wskazuje, że ustąpiły przyczyny przyjęcia i pobytu w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody. Okoliczności te odnotowuje się w dokumentacji medycznej, w szczególności uzasadnia się okoliczność ustąpienia bezpośredniego zagrożenia dla życia tej osoby albo życia lub zdrowia innych osób. To samo dotyczy osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za jej zgodą, jeśli przy przyjęciu lub podczas pobytu w szpitalu zagrażała ona bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

2. O wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, kierownik szpitala zawiadamia sąd opiekuńczy. Wzór zawiadomienia określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

3. W razie stwierdzenia, że dalszy pobyt w szpitalu psychiatrycznym osoby przebywającej bez jej zgody jest celowy, może ona pozostać w tym szpitalu po wyrażeniu na to zgody. Okoliczności te odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

4. Kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia sąd opiekuńczy o pozostaniu w szpitalu osoby, o której mowa w ust. 3. Wzór zawiadomienia określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 10. W przypadku zarządzenia przez sędziego wizytującego szpital psychiatryczny natychmiastowego wypisania osoby przebywającej w tym szpitalu w okolicznościach, o których mowa w art. 45 ust. 2 ustawy, kierownik szpitala niezwłocznie wypisuje ze szpitala osobę, której zarządzenie dotyczy, powiadamiając

o tym sędziego.

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

MINISTER ZDROWIA

w porozumieniu:

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulującym szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. Nr 150, poz. 736), które na mocy art. 3 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr ..., poz. ...) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

3) osoba badana jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych z powodu

choroby psychicznej, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

13. Osoba badana ma być dowieziona do szpitala przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego: tak -
nie

(właściwe podkreślić).

Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego może być wykonane nie później niż w ciągu 24 godzin od jego wystawienia.

14. Rodzaj przymusu bezpośredniego

15. Skierowanie ważne jest 14 (czternaście) dni od daty wystawienia.

.....

podpis i pieczęć lekarza

^{*)} Niepotrzebne skreślić.

WZÓR

.....
pieczęć zakładu miejscowość, data
opieki zdrowotnej

.....
nr rejestru osób
przyjmowanych bez zgody

Do kierownika szpitala psychiatrycznego

ZAWIADOMIENIE

o przyjęciu do szpitala

lub zatrzymaniu w szpitalu osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody

1. W dniu o godz. został(a) przyjęty(a)
- zatrzymany w szpitalu bez zgody Pan/Pani..... (imię i nazwisko)
syn/córka
ur. W
rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość lub inny dowód

.....
zamieszkały(a)..... i został zapisany(a) w księdze głównej pod nr
2. Imię i nazwisko lekarza decydującego o przyjęciu do szpitala lub zatrzymaniu w szpitalu bez zgody

.....
ewentualnie imię i nazwisko innego lekarza lub psychologa uczestniczącego w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala

3. Stwierdzam, że Pan/Pani przyjęty(a) - zatrzymany(a) zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób

.....
(właściwie podkreślić)
Uzasadnienie
.....

Imię i nazwisko ordynatora (lekarza kierującego oddziałem), zatwierdzającego przyjęcie (właściwie podkreślić).

4. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego:

- 1) małżonek
(imię, nazwisko, adres)
- 2) osoba sprawująca faktyczną opiekę
.....
(imię, nazwisko, adres)
- 3) przedstawiciel ustawowy
(imię, nazwisko, adres)
.....
(miejsce i godzina
sporządzenia zawiadomienia)
.....
(podpis i pieczęć ordynatora
lub lekarza kierującego oddziałem)

WZÓR

.....
pieczęć zakładu opieki miejscowość, data
zdrowotnej

.....
nr pisma

SĄD REJONOWY w.....
WYDZIAŁ RODZINNY I NIELETNICH

ZAWIADOMIENIE

o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego

- osoby chorej psychicznie - na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego *)

- osoby z zaburzeniami psychicznymi - na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy*)

- osoby z zaburzeniami psychicznymi - na podstawie art. 22 ust. 6 ustawy*)

1.

(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

zawiadamia, że w dniu o godz.został(a)

- przyjęty(a) do szpitala*)

- zatrzymany(a) w szpitalu, wycofał(a) zgodę na przyjęcie do szpitala*)

Pan/Paniur.

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a).....

rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość lub inny dowód
i został(a) zapisany(a) w księdze głównej pod nr

2. Imię i nazwisko lekarza decydującego o przyjęciu

.....
ewentualnie imię i nazwisko innego lekarza lub psychologa uczestniczącego w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala

3. Imię i nazwisko ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) zatwierdzającego przyjęcie

4. Pan/Pani

(imię i nazwisko)

zagroza bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (właściwe podkreślić)

Uzasadnienie.....

5. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust. 1 ustawy):

1) małżonek

(imię, nazwisko, adres)

2) osoba sprawująca opiekę faktyczną

3) przedstawiciel ustawowy

(imię, nazwisko, adres)

*) Niepotrzebne skreślić

szpitala

podpis i pieczęć kierownika

WZÓR

.....
nazwa zakładu opieki zdrowotnej

.....
nazwa oddziału

Rejestr**osób przyjętych do szpitala**

- 1) bez zgody - na podstawie art. 23, 24, 28, 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
 2) bez zgody, jeśli zgoda na pobyt została potem wyrażona na oddziale - na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy
 3) niezdolnych do wyrażenia zgody - na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy
 4) w przypadku poważnych wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody - na podstawie art. 22 ust. 2 ustawy

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data przyjęcia	Podstawa prawna przyjęcia (wpisać odpowiedni artykuł ustawy)	Numer księgi głównej	Podpis kierownika oddziału i data
1	2	3	4	5	6	7

WZÓR

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej miejscowość, data

SĄD REJONOWY w
WYDZIAŁ RODZINNY I NIELETNICH

ZAWIADOMIENIE

o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie przebywającej w szpitalu bez jej zgody - na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

1.
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)
zawiadamia, że w dniu.....
Pan/Pani.....
(imię i nazwisko)
ur.w
rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość lub inny dowód.....
zamieszkały(a).....
zapisany(a) w księdze głównej pod nr
został(a) wypisany(a) z tutejszego szpitala.

2. Imię i nazwisko ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)
...wypisującego.....

.....
.....
Uzasadnienie *)

.....
.....
(podpis i pieczęć kierownika
szpitala psychiatrycznego)

*) W świetle okoliczności, o których mowa w art. 35 ust. 1 ustawy

WZÓR

.....
pieczęć zakładu opieki
zdrowotnej

.....
miejscowość, data

SĄD REJONOWY w
WYDZIAŁ RODZINNY I NIELETNICH

ZAWIADOMIENIE

o pozostaniu w szpitalu psychiatrycznym osoby przebywającej za swoją później wyrażoną zgodą - w myśl art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

1.
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)
zawiadamia, że ustały przewidziane w ustawie przyczyny przyjęcia i pobytu w szpitalu psychiatrycznym Pana/Pani ...

.....
(imię i nazwisko)
ur.w
rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość lub inny dowód.....
zapisanego(ej) w księdze głównej pod nr

2. Pan/Pani
wyraził(a) zgodę na pozostanie w szpitalu.

3. Pobyt Pana/Pani
(imię i nazwisko)
w szpitalu w ocenie lekarza
.....jest celowy.
(imię i nazwisko)

.....
podpis i pieczęć kierownika
szpitala psychiatrycznego

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 49 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Z uwagi na pozytywne doświadczenia wynikające z wykonywania dotychczas obowiązujących przepisów prawa niniejszy projekt został opracowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulujące szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. Nr 150, poz. 736).

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o *działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 oraz z 2004 r. Nr 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne i osoby z ich najbliższego otoczenia.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
- 5) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- 6) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelna Rada Lekarska,
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
- 18) Fundacja Batorego,
- 19) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 20) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,
- 21) urzędy marszałkowskie,

a także zostanie umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r.

o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi przez poprawę funkcjonowania opieki nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, przyczyni się do poprawy kondycji psychicznej społeczeństwa.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.