

USTAWA

z dnia2009 r.

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 w pkt 4 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 5 i 6 w brzmieniu:

„5) dyspozytorze medycznym, kierującym akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych i zespole ratownictwa medycznego, należy przez to rozumieć odpowiednio: dyspozytora medycznego, kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych i 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:

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 oraz z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817.

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 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007.

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. 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.”,

b) dodaje się ust. 4-8 w brzmieniu:

„4. 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 Ministrem Sprawiedliwości i Ministrem 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 w sprawach, o których mowa w art. 2 ust. 1.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje i odwołuje, z własnej inicjatywy lub na wniosek ministrów, o których mowa w ust. 4 pkt 3, przewodniczącego, zastępcę przewodniczącego, sekretarza i członków Rady - spośród specjalistów z zakresu medycyny, pedagogiki, psychologii, socjologii, a także innych dziedzin nauki, mających zastosowanie w ochronie zdrowia psychicznego.

6. Za udział w pracach Rady członkom Rady nie przysługuje wynagrodzenie. Członkom Rady przysługuje zwrot kosztów podróży na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 Kodeksu pracy. Wydatki związane z działalnością Rady pokrywane będą z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

7. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, uwzględniając potrzebę zapewnienia

koordynacji podejmowanych działań i udziału w nich podmiotów, o których mowa w art. 1 ust. 2.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia, statut Rady uwzględniając szczegółowe warunki i tryb jej działania.”;

3) 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.”;

4) 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 2008 r. Nr 115, poz. 728, z późn. zm.³⁾).”;

5) 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 określa, w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu oraz sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo, a także wymagania jakie muszą spełniać osoby i podmioty prowadzące takie zajęcia, oraz sposób sprawowania nadzoru nad ich działalnością, uwzględniając stopień upośledzenia uczestników zajęć oraz potrzebę zapewnienia wysokiej 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 oraz sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 171, poz. 1056, Nr 216, poz. 1367 i Nr 223, poz. 1458 oraz 2009 r. Nr 6, poz. 33.

tych jednostkach oraz potrzebę promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.”;

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

„3. Osobom przebywającym w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi zapewnia się dostęp do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej.”;

7) 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 podmiotów, które utworzyły 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) porozumiewać się z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2, bez udziału innych osób.”;

8) 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 wydawane jest 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 wystawienia skierowania.”;

9) 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 i zdrowiu innych osób.”;

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

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu oraz 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.”;

11)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 uszkadzają 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.

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 wobec osoby, o której mowa w ust. 1 oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, 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 straż pożarna są obowiązane do udzielania

lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na jego 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 stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której stosowany jest przymus bezpośredni.”;

12) 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.”;

13) art. 30 otrzymuje brzmienie:

„Art. 30. 1. Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenia lekarza psychiatrii 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 datą 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.”;

14) uchyla się art. 30a;

15) 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.”;

16) 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 zastosowanie wymaga zgody osoby określonej w ust. 1 lub jej przedstawiciela ustawowego, uwzględniając konieczność ochrony praw i godności osoby, wobec której świadczenia te są stosowane, oraz potrzebę zapewnienia sprawnego przebiegu postępowania leczniczego.”;

17) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. 1. Zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do domu pomocy społecznej osoby, o której mowa w art. 39 ust. 1, należy do starosty powiatu miejsca 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 celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu domu pomocy społecznej przez osobę, wobec której wydano postanowienie o przyjęciu do domu pomocy społecznej, można wobec tej osoby stosować przymus bezpośredni.”;

18) 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, uwzględniając sposób dokumentowania kontroli oraz potrzebę ochrony praw i godności osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, z uwzględnieniem rodzaju i typu tych placówek.”;

19) 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.”;

20) 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 art. 46, następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.”;

21) art. 49 otrzymuje brzmienie:

„Art. 49. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego, uwzględniając ochronę praw i godności osób przyjmowanych i wypisywanych ze szpitali psychiatrycznych, potrzebę zapewnienia sprawnego przebiegu procesu leczniczego oraz sposób dokumentowania wykonywanych czynności.

2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania z domu pomocy społecznej osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, uwzględniając ochronę praw i godności osób przyjmowanych i wypisywanych z domów pomocy społecznej, potrzebę zapewnienia tym osobom należytej opieki oraz sposób dokumentowania wykonywanych czynności.”;

22) w art. 55 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia zobowiązany jest do opracowania docelowej sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy.”.

Art. 2. 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 tych przepisów w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszej 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 niniejszej ustawy.

Art. 3. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Celem przedmiotowej nowelizacji jest w pierwszym rzędzie dostosowanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego do zmieniającego się otoczenia prawnego, a w szczególności do nowych regulacji normujących funkcjonowanie ratownictwa medycznego oraz pomocy społecznej. Ponadto, zaproponowane w niniejszym projekcie zmiany innych przepisów ustawy, mają na celu wprowadzenie w życie licznych postulatów podmiotów stosujących te przepisy, 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 11, wprowadzające nowy pkt 5 w art. 5 ustawy 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 uprawniony był lekarz, a w szczególnych przypadkach również pielęgniarka zatrudniona w szpitalu psychiatrycznym lub domu pomocy społecznej. Wobec wprowadzenia przez ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym możliwości funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego (dawniej określanych jako „pogotowie ratunkowe”), 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 nie przebywających 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, wzywany był zespół ratownictwa medycznego (potocznie: „pogotowie ratunkowe”) 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 niezmienione przesłanki 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 tej możliwości 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 odpowiedniego 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 nowego 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 z jest to wskazane ze względu na potrzeby pensjonariuszy.

Zmiana brzmienia art. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art. 1 pkt 2 projektu) ma 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 utworzona została 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 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. 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 nowego art. 4 ust. 8 ustawy.

Przewidziana w art. 1 pkt 6 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. Nr 64, poz. 593, 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 7 doprecyzowują wyrażone w art. 10b ustawy uprawnienia rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Nowa regulacja wychodzi naprzeciw postulatam 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, poprzez 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 stanowić będzie 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 8 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 decydowały będą, 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 13 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 stwierdzenia 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 psychiatrycznej 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 utrzymana została dotychczasowa regulacja nakazująca sądowi zwrot wniosku.

Konsekwencją zmiany zaproponowanej w art. 1 pkt 13 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 14 projektu ustawy).

Przewidziane w art.1 pkt 17 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 3 projektu).

Wprowadzenie w art. 46 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nowego ust. 2c, w brzmieniu określonym w art. 1 pkt 19 niniejszej ustawy, służyć będzie 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, odbywało się będzie 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 12 lit a i pkt 20 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 odbywało się będzie 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. 46 ustawy (art. 1 pkt 20 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 5, 10, 16, 17, 18 i 21 jest dostosowanie zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego upoważnień do wydania rozporządzeń do wymagań zawartych w art. 91 Konstytucji RP i zasad techniki prawodawczej, poprzez zgodne z ustawą z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej 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. Stosownie do art. 2 pkt 1 niniejszej ustawy dotychczas obowiązujące przepisy wykonawcze pozostaną w mocy do czasu wydania nowych przepisów, opracowanych na podstawie nowego brzmienia delegacji, jednak nie dłużej niż przez okres 24 miesiące, ze względu na to że ich wydanie wymaga współdziałania wielu podmiotów. Natomiast zgodnie z art. 2 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 zmiany mają charakter redakcyjno–legislacyjny i wynikają z rozwiązań przyjętych w projekcie ustawy i obowiązujących przepisów o ochronie zdrowia psychicznego

Zgodnie z art. 3 projektu ustawy, zaproponowane zmiany wejdą w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia ustawy.

Przedmiot projektowanej ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

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). Nie zgłoszono zainteresowania pracami nad projektem ustawy w trybie określonym tą ustawą.

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) 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 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. Nie zgłoszono zainteresowania pracami nad projektem ustawy w trybie określonym tą ustawą.

W toku konsultacji społecznych 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, poprzez 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 3 lit. b i pkt 17 projektu zmiany w art. 6 ust. 3 i art. 40 ustawy, w zakresie w jakim uregulowany zostanie sposób wykonywania orzeczeń sądowych o przymusowym umieszczeniu w domu pomocy

społecznej, spowodują konieczność zarezerwowania odpowiednich środków finansowych przeznaczonych na dotacje celowe na zadania zlecone z zakresu administracji rządowej.

Mając na względzie, iż w 2009 r. na realizację wszystkich zadań z zakresu administracji rządowej w ochronie zdrowia samorządom województw przyznano dotacje na łączną kwotę 430 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 12 tys. zł. Dotychczasowa praktyka wykazała, iż koszt zorganizowania jednego posiedzenia Rady wynosił około 3.500 zł. Dlatego też, przy założeniu odbywania przez nowoutworzoną Radę do 4 spotkań rocznie, wydatki związane z jej pracami nie powinny przekroczyć wskazanej powyżej kwoty.

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 poprzez 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.