

U S T A W A

z dnia

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

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

1) w art. 2:

a) w ust. 4 w pkt 2 po wyrazie „zadań” dodaje się wyrazy „ministra właściwego do spraw zdrowia,”,

b) w ust. 5 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej, w tym w ramach centrów zdrowia psychicznego, oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym.”,

c) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Koordynatorem realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest minister właściwy do spraw zdrowia.”,

d) ust. 7 i 8 otrzymują brzmienie:

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

8. Rada Ministrów przekazuje Sejmowi informację, o której mowa w ust. 7, w terminie trzech miesięcy od dnia jej przyjęcia.”;

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

- 2) w art. 3:
 - a) w pkt 6 lit. c otrzymuje brzmienie:

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

„7) lekarzu psychiatrze – należy przez to rozumieć lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.”;
- 3) w art. 4a w ust. 1 wyrazy „organ koordynacyjno-doradczy” zastępuje się wyrazami „organ opiniodawczo-doradczy”;
- 4) w art. 6 dodaje się ust. 4–6 w brzmieniu:

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

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

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

 - 1) imię lub imiona i nazwisko;
 - 2) numer prawa wykonywania zawodu;
 - 3) adres poczty elektronicznej i numer telefonu.”;
- 5) art. 10 otrzymuje brzmienie:

„Art. 10. 1. Za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielane osobie z zaburzeniami psychicznymi przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.²⁾), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, nie pobiera się od tej osoby opłat.

2. Osobom z zaburzeniami psychicznymi przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują bez pobierania od nich opłat, produkty lecznicze, wyroby,

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200, 1292, 1321, 1386 i 1428.

o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211), środki pomocnicze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2017 r. poz. 149).

3. Osobom z zaburzeniami psychicznymi przysługują także produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 i 1579 oraz z 2017 r. poz. 1200 i 1458), w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. b tej ustawy, zakwalifikowane do odpłatności zgodnie z art. 6 ust. 2 tej ustawy.”;

6) w art. 18:

a) w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

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

e) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

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

1) pkt 1 i 2 – polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji;

2) pkt 3 – polega na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leków;

- 3) pkt 1 i 2 – w sytuacji, o której mowa w ust. 5, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków lub unieruchomieniu.”,
 - f) w ust. 9 po wyrazie „Policja” dodaje się przecinek i wyrazy „jednostki Służby Więziennej”,
 - g) uchyla się ust. 11;
- 7) po art. 18 dodaje się art. 18a–18f w brzmieniu:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) imię i nazwisko osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni;
- 2) imię i nazwisko zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie;
- 3) zastosowany rodzaj środka przymusu bezpośredniego;

- 4) opis przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 5) czas trwania przymusu bezpośredniego (data i godzina rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania);
- 6) przebieg stosowania przymusu bezpośredniego, w tym informację o skutkach jego stosowania dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Zapis z monitoringu przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z usunięcia zapisu sporządza się protokół, w którym należy wskazać datę tej czynności oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała usunięcia. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urządzeniu monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie w przypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

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

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

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

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

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

- 1) bez zgody,
- 2) bez zgody, jeżeli zgoda na pobyt została następnie wyrażona,
- 3) niezdolnych do wyrażenia zgody lub stanowiska do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego

– zwany dalej „rejestrem”.

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

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

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

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

5. Rejestr jest prowadzony w sposób zapewniający:

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

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

7. Szpital psychiatryczny zapewnia warunki techniczne umożliwiające prowadzenie rejestru, kontroluje przekazywane dane pod względem ich jakości

i kompletności, sprawuje nadzór nad gromadzeniem danych w rejestrze i bezpieczeństwem elektronicznej bazy danych rejestrowych.

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

9) w art. 36:

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

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

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

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

11) art. 41 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

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

13) w art. 43:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

b) dodaje się ust. 3–15 w brzmieniu:

„3. Kontrola jest prowadzona przez:

- 1) badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji stanowiącej podstawę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej oraz przebywania w tych podmiotach osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego lub rejestru przypadków

zastosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem danych utrwalonych za pomocą urządzeń monitorujących;

- 3) badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 4) badanie współdziałania kontrolowanego podmiotu z rodzinami i opiekunami osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 5) badanie prawidłowości i terminowości załatwiania skarg i wniosków osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w kontrolowanym podmiocie;
- 6) kontakt bezpośredni z osobami z zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w kontrolowanym podmiocie;
- 7) wydawanie zaleceń pokontrolnych oraz sprawdzanie prawidłowości i terminowości ich realizacji;
- 8) podejmowanie innych czynności zmierzających do usunięcia uchybień i zapobiegania ich powstawaniu.

4. Sędzia wykonuje kontrole:

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

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

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

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

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

9. Sprawozdanie z przebiegu kontroli zawiera:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15) w art. 46:

a) po ust. 1 dodaje ust. 1¹ w brzmieniu:

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

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Przepisy ust. 1, 1¹ i 2 stosuje się odpowiednio do postępowania o przyjęciu do domu pomocy społecznej albo wypisaniu z domu pomocy społecznej. Do czasu przyjęcia osoby, o której mowa w art. 38 ust. 2 i art. 39, do domu pomocy społecznej organ do spraw pomocy społecznej powinien zapewnić jej niezbędną pomoc.”,

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

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

16) art. 48 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

1) w art. 14:

a) w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

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

- a) wagonów restauracyjnych i bufetów w pociągach komunikacji krajowej, w których dopuszcza się sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych o zawartości do 4,5% alkoholu oraz piwa,
- b) pociągów komunikacji międzynarodowej, w których dopuszcza się sprzedaż, podawanie i spożywanie:
 - napojów alkoholowych o zawartości do 4,5% alkoholu oraz piwa w wagonach restauracyjnych i bufetach oraz w wagonach sypialnych i z miejscami do leżenia,
 - napojów alkoholowych o zawartości powyżej 4,5% alkoholu przy stolikach w wagonach restauracyjnych, w tym napojów o zawartości powyżej 18% alkoholu tylko do posiłków,
- c) międzynarodowych portów lotniczych i samolotów komunikacji międzynarodowej,
- d) statków i portów morskich;”

b) w ust. 5 po wyrazach „na otwartym powietrzu” dodaje się wyrazy „oraz na stadionach i innych obiektach sportowych”;

c) uchyla się ust. 7;

2) w art. 16:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zabrania się wnoszenia napojów alkoholowych na teren zakładów pracy, stadionów i innych obiektów, w których odbywają się imprezy sportowe i rozrywkowe, a także obiektów lub miejsc objętych zakazem wnoszenia napojów alkoholowych.”

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

„1a. Kierownik zakładu pracy lub osoba przez niego upoważniona odmawiają wpuszczenia na teren zakładu pracy osoby, w stosunku do której zachodzi

uzasadnione podejrzenie, że nie zastosowała się do zakazu, o którym mowa w ust. 1, chyba że przeprowadzona na żądanie tej osoby kontrola nie potwierdzi podejrzenia.”,

- c) uchyla się ust. 2–4;
- 3) w art. 17 w ust. 3 wyrazy „fachowy pracownik służby zdrowia” zastępuje się wyrazami „osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje zawodowe”;
- 4) uchyla się art. 20;
- 5) w art. 21:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

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

2. Samorząd powiatu tworzy i prowadzi na obszarze powiatu inne niż wymienione w ust. 1 podmioty lecznicze udzielające świadczenia w zakresie leczenia odwykowego.”;
- 7) w art. 23 w ust. 1 po wyrazach „art. 22 ust. 1” dodaje się wyrazy „i 2”;
- 8) w art. 24 wyraz „pracy” zastępuje się wyrazami „obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny”;
- 9) po art. 25 dodaje się art. 25a w brzmieniu:

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

orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, z uwzględnieniem następujących danych:

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

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

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

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

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

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

10) w art. 28 w ust. 1 wyrazy „dokonywane są przez uprawnionych do tego pracowników służby zdrowia” zastępuje się wyrazami „są dokonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe”;

11) w art. 31:

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

„2a. Nadzór sprawuje kurator sądowy wykonujący orzeczenia w sprawach rodzinnych i nieletnich, zwany dalej „kuratorem”.”,

b) uchyla się ust. 3,

c) dodaje się ust. 4–7 w brzmieniu:

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

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

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

1) podejmuje działania niezbędne do tego, aby osoba zobowiązana do poddania się leczeniu odwykowemu zastosowała się do orzeczenia sądu;

2) utrzymuje systematyczny kontakt z osobą zobowiązaną do poddania się leczeniu odwykowemu oraz udziela jej niezbędnej pomocy w rozwiązywaniu trudności życiowych, a zwłaszcza w rozpoczęciu i kontynuowaniu leczenia odwykowego;

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

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

12) art. 32¹ otrzymuje brzmienie:

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

13) w art. 33 uchyla się ust. 2;

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

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

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

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

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

5. Fakt doprowadzenia potwierdza podmiot wskazany w zarządzeniu sądu.

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

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

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

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

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

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

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

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

17) art. 36–38 otrzymują brzmienie:

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

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

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

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

7) prawidłowość i terminowość załatwiania skarg i wniosków osób przebywających w zakładzie leczniczym albo domu pomocy społecznej.

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

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

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

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

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

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

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

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

11. W razie stwierdzenia istotnych uchybień w działalności zakładu leczniczego albo domu pomocy społecznej, prezes sądu okręgowego przesyła odpis sprawozdania

ministrowi właściwemu do spraw zdrowia albo właściwemu wojewodzie – w przypadku kontroli w domu pomocy społecznej.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Zapis monitoringu jest przechowywany przez okres co najmniej 30 dni, nie dłużej jednak niż 60 dni od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z usunięcia zapisu sporządza się protokół, w którym należy wskazać datę tej czynności oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała usunięcia. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urządzeniu monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie w przypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym.”;

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

21) w art. 47:

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

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7. Do kontroli legalności przyjęcia, skierowania i przebywania w podmiotach leczniczych lub domu pomocy społecznej rozpoczętych przez sędziów na podstawie

przepisów ustaw zmienianych w art. 1 i art. 2 i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

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

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

Art. 10. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie:

- 1) art. 18 ust. 11 oraz art. 49 ustawy zmienianej w art. 1 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 18f oraz art. 49 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
- 2) art. 22 ust. 3 oraz art. 47 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 2 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 oraz art. 47 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą
– jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

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

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

2. W przypadku gdy wielkość wydatków, o których mowa w ust. 1, po pierwszym półroczu danego roku budżetowego wyniesie więcej niż 65% limitu wydatków

przewidzianych na ten rok, wielkość przyznanych środków przeznaczonych na wydatki obniża się w drugim półroczu o kwotę stanowiącą różnicę między wielkością tego limitu a kwotą przekroczenia wydatków.

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

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

UZASADNIENIE

Projektowana ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw w swoim podstawowym zakresie dokonuje nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882) oraz ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487). Ponadto wprowadza pojedyncze zmiany do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783 i 1458) i ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 957).

Podstawowym celem projektowanej nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego jest jej dostosowanie do zmienionych uwarunkowań prawnych będących konsekwencją orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka oraz Trybunału Konstytucyjnego. Jednocześnie propozycje części zmian – będące wynikiem dotychczasowych doświadczeń Ministerstwa Zdrowia związanych ze stosowaniem ustawy – obejmują zmianę niektórych regulacji dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego (ze szczególnym uwzględnieniem monitorowania pomieszczeń, w których przetrzymywane są osoby, co do których stosuje się środek przymusu bezpośredniego w postaci izolacji), czy też finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Istotnym elementem proponowanej nowelizacji jest również zmiana regulacji dotyczących centrów zdrowia psychicznego. Ponadto projekt dokonuje zmian, które mają charakter doprecyzowujący i porządkujący. Należy zasygnalizować, że zmiany tego rodzaju dotyczą także niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów wykonawczych. Ich celem jest zmiana tych upoważnień, uchylenie albo przeniesienie treści objętej aktem wykonawczym bezpośrednio do ustawy z uwagi na regulowaną w nich materię.

Nowelizacja ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest związana z potrzebą wprowadzenia zmian dotyczących m.in. uprawnienia osoby zobowiązanej do poddania się leczeniu odwykowemu do złożenia wniosku o zmianę przez sąd postanowienia w przedmiocie rodzaju zakładu leczenia odwykowego, monitorowania pomieszczeń, w których przetrzymywane są osoby, co do których stosuje się środek przymusu bezpośredniego

w postaci izolacji, czy też zmiany sposobu funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, która umożliwi ich funkcjonowanie w sposób zgodny z przepisami ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2016 r. poz. 922). Zmiany zaproponowane w tej ustawie dotyczą także kwestii porządkowych i doprecyzowujących. Analogicznie do ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego zmiany te dotyczą także niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów wykonawczych – ich celem jest zmiana tych upoważnień, uchylenie albo przeniesienie treści objętej aktem wykonawczym bezpośrednio do ustawy z uwagi na regulowaną w nich materię.

Zmiany ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii są związane z rozwiązaniami zaproponowanymi w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Biorąc pod uwagę wskazaną wyżej materię, uznano za wiodącą ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Stąd przyjęta kolejność nowelizowanych ustaw.

I. Nowelizacja ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

Przede wszystkim projektowana zmiana ustawy przewiduje uwzględnienie wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 października 2012 r. w sprawie Kędzior przeciwko Polsce (skarga nr 45026/07) oraz wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 25 listopada 2014 r. w sprawie K. C. przeciwko Polsce (skarga nr 31199/12).

W pierwszej sprawie skarżący Stanisław Kędzior zarzucił w szczególności, że umieszczenie go w domu pomocy społecznej, wbrew jego woli, bez możliwości uzyskania zwolnienia, stanowiło naruszenie art. 5 ust. 1 i 4 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.

Skarżący na wniosek swojego brata został całkowicie ubezwłasnowolniony. Wniosek ten został uwzględniony, a brat skarżącego został ustanowiony jego opiekunem. Na wniosek opiekuna skarżący został umieszczony w domu pomocy społecznej. Z uwagi na fakt, iż zgodnie z art. 38 nowelizowanej ustawy przyjęcie do domu opieki społecznej na wniosek było traktowane jako dobrowolne, nie wymagało zatwierdzenia przez sąd. W domu opieki społecznej skarżący przebywał 10 lat. W międzyczasie występował

z wnioskami o zwolnienie z domu pomocy społecznej, jak również – o uchylenie ubezwłasnowolnienia. Sądy w sprawach tych uznawały, że z uwagi na całkowite pozbawienie zdolności do czynności prawnych skarżący nie mógł składać tego rodzaju wniosków i nie był stroną w postępowaniach dotyczących umieszczenia go w domu pomocy społecznej, natomiast jedyną osobą uprawnioną do jego reprezentacji był ustanowiony dla niego opiekun.

Europejski Trybunał Praw Człowieka, analizując sytuację skarżącego, w pierwszej kolejności stwierdził, iż jego przymusowy pobyt w domu pomocy społecznej, od lutego 2002 r., stanowi pozbawienie wolności w rozumieniu art. 5 ust. 1 Konwencji. Spełnione zostały bowiem dwa elementy: obiektywny i subiektywny, pozwalające na poczynienie tego rodzaju konkluzji. Po pierwsze zarządzający domem pomocy społecznej sprawowali całkowitą i skuteczną kontrolę nad leczeniem, opieką, miejscem zamieszkania i poruszaniem się skarżącego, jak również kontrolowali pozostałą do jego dyspozycji część renty inwalidzkiej. Po wtóre zaś – mimo tego, że skarżący był ubezwłasnowolniony, był on zdolny do wyrażania opinii w zakresie swojej sytuacji i nigdy nie wyraził zgody na umieszczenie go w domu pomocy społecznej. Nie wyklucza odpowiedzialności państwa to, że z wnioskiem o umieszczenie w domu pomocy społecznej wystąpił opiekun skarżącego, skoro sam dom pomocy społecznej był instytucją państwową.

Ponadto Trybunał w dalszej kolejności zbadał, czy w niniejszej sprawie zostały spełnione wymogi uzasadniające pozbawienie wolności osoby umysłowo chorej, określone w wyroku wydanym w sprawie *Winterwerp*. W szczególności Trybunał krytycznie odniósł się do tego, iż opinia co do stanu zdrowia psychicznego skarżącego została sporządzona na potrzeby postępowania w sprawie ubezwłasnowolnienia, nie zaś – w celu ustalenia, czy stan jego zdrowia wymagał przymusowego umieszczenia go w domu pomocy społecznej. Ponadto skarżący nie przebywał pod nadzorem psychiatry, a stan jego zdrowia nie podlegał periodicznej kontroli. Dlatego też, kolejne badanie stanu psychicznego skarżącego nastąpiło w kwietniu 2009 r., tj. prawie 8 lat po pierwotnym badaniu.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w dalszej kolejności stwierdził, że obowiązujący wówczas stan prawny regulujący umieszczanie w domach pomocy społecznej osób całkowicie ubezwłasnowolnionych nie zapewniał niezbędnych gwarancji. Mając na

uwadze powyższe, a w szczególności brak ciągłej oceny stanu zdrowia psychicznego skarżącego, Trybunał uznał, że umieszczenie skarżącego w domu pomocy społecznej nie zostało zarządzane w zgodzie z procedurą określoną prawem, a zatem jego pozbawienie wolności nie było uzasadnione przez art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji. Trybunał w sprawie tej stwierdził również naruszenie art. 5 ust. 4 Konwencji z uwagi na brak zaangażowania sądu, na jakimkolwiek etapie, w kwestię umieszczenia skarżącego w domu pomocy społecznej. W tego rodzaju przypadku prawo polskie nie przewidywało automatycznej sądowej kontroli zgodności z prawem umieszczenia i przetrzymywania osoby w tego rodzaju instytucji. Ponadto nie istniała możliwość zainicjowania jakiegokolwiek procedury kontrolnej przez zainteresowanego, będącego osobą całkowicie ubezwłasnowolnioną. Skarżący był zatem pozbawiony możliwości niezależnego wniesienia środka prawnego o charakterze sądowym, celem zakwestionowania jego przymusowego odosobnienia.

W drugiej z powołanych wyżej spraw w dniu 25 listopada 2014 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu wydał wyrok w sprawie K.C. przeciwko Polsce, która dotyczyła zarzutu naruszenia art. 5 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności w związku z umieszczeniem skarżącej w domu opieki społecznej wbrew jej woli.

Skarżąca była osobą częściowo ubezwłasnowolnioną z powodu zaburzeń psychicznych i została umieszczona w domu pomocy społecznej na mocy postanowienia Sądu Rejonowego w Żarach z dnia 19 czerwca 2008 r. na podstawie art. 39 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Trybunał badał sprawę pod kątem naruszenia art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji w związku ze zgodnością z prawem pozbawienia skarżącej wolności oraz art. 5 ust. 4 Konwencji przewidującego prawo do skutecznego środka prawnego umożliwiającego ustalenie legalności umieszczenia skarżącej w domu pomocy społecznej oraz niezbędności dalszego stosowania tego środka.

Na podstawie tego wyroku Trybunał uznał, że doszło do naruszenia art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji, ponieważ nie został spełniony trzeci warunek sformułowany w dotychczasowym orzecznictwie Trybunału, tj. polskie prawo nie przewiduje obowiązku systematycznej oceny stanu zdrowia osoby umieszczonej w domu pomocy społecznej, a w niniejszej sprawie same władze krajowe nie podejmowały żadnych kroków w celu badania, czy dalsze pozbawienie wolności skarżącej w domu pomocy

społecznej jest niezbędne.

W związku z powyższymi wyrokami Europejskiego Trybunału Praw Człowieka niniejszy projekt ustawy zakłada zmianę przede wszystkim przepisów ustawy w rozdziale 4 „Przyjęcie do domu pomocy społecznej”. Proponowane zmiany zakładają wprowadzenie w art. 38 nowych regulacji. Zgodnie z nimi przyjęcie do domu pomocy społecznej osoby bez jej zgody, a za zgodą jej przedstawiciela ustawowego wymaga zezwolenia właściwego sądu opiekuńczego. Dodatkowo jeżeli przyjęcie do domu pomocy społecznej dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do domu pomocy społecznej tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, przyjęcie do domu pomocy społecznej ustawowego wymaga orzeczenia właściwego sądu opiekuńczego. Z uwagi na to, że niewątpliwie umieszczenie małoletniego w domu pomocy społecznej stanowi ważniejszą sprawę dotyczącą jego osoby, należało art. 38 obowiązującej ustawy skorelować z art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w związku z art. 108 tego Kodeksu. Zgodnie z tymi przepisami opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku małoletniego, a rodzice, którzy wykonują władzę rodzicielską nad dzieckiem ubezwłasnowolnionym całkowicie, podlegają takim ograniczeniom, jakim podlega opiekun. Umieszczenie dziecka w domu pomocy społecznej jest związane z diametralną zmianą w życiu dziecka i może mieć znaczący wpływ na jego przyszłość, dlatego w tej sprawie powinien się wypowiedzieć sąd opiekuńczy Ponadto w zmienianym art. 38 dodano obowiązek okresowego badania stanu zdrowia psychicznego takiej osoby w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Powyższe badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy. Wydaje się, że termin ten w sposób obiektywny uwzględnia zarówno przesłanki medyczne związane z pobytem osoby skierowanej do domu pomocy społecznej, jak i sytuację tej osoby.

Proponowane zmiany stanowią jednocześnie wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 czerwca 2016 r. (sygn. akt K 31/15). Zgodnie z tym wyrokiem przepis art. 38 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego utracił moc w zakresie, w jakim nie przewiduje czynnego udziału osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej w sprawach o uzyskanie przez jej opiekuna zezwolenia sądu

opiekuńczego na złożenie wniosku o umieszczenie tej osoby w domu pomocy społecznej. Natomiast przepis art. 41 ust. 1 tej ustawy, zgodnie z ww. wyrokiem, utracił moc w zakresie, w jakim pomija uprawnienie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, umieszczonej w domu pomocy społecznej za zgodą jej opiekuna, do domagania się weryfikacji podstaw jej przebywania w domu pomocy społecznej.

Przyjęte w projekcie rozwiązania oznaczają wprowadzenie konieczności sądowej kontroli tego rodzaju skierowań. W świetle proponowanej regulacji nie będzie możliwe skierowanie do domu opieki społecznej osoby bez jej zgody albo stosownego orzeczenia sądu. Konsekwencją tej zasadniczej w stosunku do dotychczasowego stanu prawnego zmiany będą dalsze propozycje nowelizacji innych przepisów ustawy. Na podstawie regulacji proponowanej w art. 41 osoba przyjęta do domu pomocy społecznej, w tym również osoba ubezwłasnowolniona, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę – mogą występować do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej. Jednocześnie nowelizowana regulacja stanowi, że z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej może wystąpić także kierownik domu pomocy społecznej, jeżeli uzna, że zmieniły się okoliczności uzasadniające orzeczenie o przyjęciu osoby do domu pomocy społecznej bez jej zgody.

Przepis został również uzupełniony o procedurę zniesienia obowiązku przebywania w domu pomocy społecznej wobec osoby, która nie wyraża zgody na dalsze przebywanie w domu pomocy społecznej i nie została do niego przyjęta na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego.

Dalszym systemowym uzupełnieniem dokonywanych zmian jest zmiana art. 45 ust. 1, zgodnie z którym w sprawach o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego czy do domu pomocy społecznej, wypisanie z tego szpitala czy z domu pomocy społecznej, określonych w art. 25, art. 29, art. 36 ust. 3, art. 38 ust. 2 i art. 39, sąd opiekuńczy orzeka niezwłocznie po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna się odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku albo otrzymania zawiadomienia kierownika szpitala, o którym mowa w art. 23 ust. 4.

Kolejna zmiana dotyczy art. 46 ust. 3 stanowiącego o stosowaniu wskazanych przepisów dotyczących przyjęcia do szpitala psychiatrycznego również do

postępowania o przyjęciu do domu pomocy społecznej. Uwzględnia ponadto okoliczności, o których mowa w art. 38 ust. 2, stanowiące o wymogu uzyskania orzeczenia sądu i konieczności zapewnienia w tym czasie niezbędnej pomocy przez organ do spraw pomocy społecznej.

Z powyższymi propozycjami nowych rozwiązań, związanych z zapewnieniem odpowiedniej ochrony prawnej osób kierowanych bez ich zgody do domu opieki społecznej, wiąże się zmiana art. 48 nowelizowanej ustawy (rozdział 5 postępowanie przed sądem opiekuńczym). Zmianie ulega dotychczasowa treść art. 48. Zgodnie z nią sąd ustanawia (dotychczas mógł ustanowić) dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, adwokata lub radcę prawnego z urzędu, nawet bez złożenia wniosku, jeżeli osoba ta ze względu na stan zdrowia psychicznego nie jest zdolna do złożenia wniosku, a sąd uzna udział adwokata w sprawie za potrzebny. Ponadto dodaje się nowy przepis, zgodnie z którym dla osoby przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego albo domu opieki społecznej bez jej zgody sąd ustanawia adwokata lub radcę prawnego z urzędu. Przedstawiona propozycja nowelizacji art. 48 ma na celu zapewnienie dodatkowej i pełnej ochrony prawnej osób z zaburzeniami psychicznymi.

Z powyższymi zmianami jest związany art. 11 ustawy nowelizującej, który przewiduje maksymalny limit wydatków budżetu państwa, będących skutkiem finansowym ustawy w latach 2018–2027. Przedmiotowa propozycja jest związana z wprowadzeniem obowiązku wyznaczenia zastępstwa procesowego – art. 48.

Wprowadzenie do ustawy regulacji będących konsekwencją wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lipca 2013 r. (sygn. akt Kp 1/13) dotyczącego przymusu bezpośredniego obejmuje zmianę regulacji przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia. Powyższy wyrok nie odnosi się do nowelizowanej ustawy, lecz do przepisów ustawy z dnia 4 stycznia 2013 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi (Dz. U. poz. 1563). Trybunał Konstytucyjny orzekł, że przepis tej ustawy w zakresie, w jakim umożliwia stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia z użyciem „innych urządzeń technicznych” jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 i zasadą poprawnej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Tym samym Trybunał Konstytucyjny uznał, że wprowadzenie otwartego katalogu urządzeń technicznych służących stosowaniu przymusu bezpośredniego, przy jednoczesnym

niezdefiniowaniu wyrażenia „inne urządzenia techniczne”, wyłącza możliwość precyzyjnego ustalenia sposobu, w jaki może zostać ograniczona konstytucyjna wolność adresatów zaskarżonego przepisu. W świetle powyższego wyroku należy dokonać również odpowiedniej zmiany przedmiotowej ustawy, ponieważ znajdują się w niej zakwestionowane przez Trybunał Konstytucyjny sformułowanie „inne urządzenia techniczne”. W nawiązaniu do powyższego wyroku została zaproponowana odpowiednia zmiana definicji przymusu bezpośredniego znajdująca się w art. 3 w pkt 6 lit. c nowelizowanej ustawy.

Kolejne regulacje projektowanej ustawy są związane z doprecyzowaniem przepisów dotyczących podmiotów uprawnionych do udziału w postępowaniach sądowych o przyjęcie i zatrzymanie osoby z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody.

Ze względu na rozbieżności interpretacyjne, istnieje konieczność doprecyzowania przepisów określających zakres podmiotowy uczestników postępowań dotyczących przyjęcia osoby do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody. Mimo, że na podstawie obowiązujących przepisów Kodeksu postępowania cywilnego (art. 510 § 1) można wywnioskować dopuszczalność zgłoszenia udziału w toczącym się postępowaniu przez szpital psychiatryczny, sądy opiekuńcze traktują przepis art. 46 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jako określający w sposób wyczerpujący zakres podmiotowy uczestników tego postępowania. Powoduje to pozbawienie szpitala psychiatrycznego możliwości obrony swojego stanowiska co do zasadności przyjęcia w trybie bezzgodowym oraz możliwości skorzystania z drogi odwoławczej. Biorąc pod uwagę, że przyjęcie do szpitala osoby bez jej zgody jest naruszeniem dobra osobistego, jakim jest wolność człowieka, skutkiem orzeczenia o braku zasadności przyjęcia pacjenta do szpitala bez jego zgody, jest narażenie szpitala na odpowiedzialność odszkodowawczą oraz odpowiedzialność karną lekarzy podejmujących czynności przy przyjęciu pacjenta do szpitala. Pozbawienie szpitali i lekarzy możliwości obrony jest niegodne z zasadą sprawiedliwości i równości wobec prawa. Proponowane zmiany w art. 46 ust. 1 stanowią konsekwencję zaprezentowanego stanowiska.

Kolejne zmiany w nowelizowanej ustawie dotyczą innych przepisów regulujących stosowanie przymusu bezpośredniego niezwiązanych z ww. wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego.

W szczególności należy doprecyzować regulacje o stosowaniu przymusu

bezpośredniego, stanowiąc w sposób jednoznaczny o jego stosowaniu na zasadach określonych w ustawie także wobec osób wykazujących zaburzenia psychiczne w podmiocie leczniczym innym niż udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Za powyższym rozwiązaniem przemawiają trudności w interpretacji, a co za tym idzie również w stosowaniu obecnie obowiązujących przepisów, przez niektóre podmioty lecznicze niebędące szpitalami psychiatrycznymi i przyjęcie przez te podmioty, że ww. kwestia nie jest uregulowana w obowiązującej ustawie, co implikuje konieczność takiego doprecyzowania przepisów ustawy, aby ich stosowanie przez podmioty lecznicze inne niż szpitale psychiatryczne nie budziło jakichkolwiek wątpliwości. Powyższą kwestię reguluje zmiana dotycząca art. 18 ust. 1 pkt 3.

Ponadto, uwzględniając konieczność przeniesienia części obecnych regulacji dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego z aktu wykonawczego do ustawy z uwagi na zakres spraw nimi objętych, proponuje się dodanie art. 18a–18f. Przepisy stanowią dopełnienie obecnych regulacji ustawowych odnoszących się do zasad stosowania przymusu bezpośredniego i jego dokumentowania, oceny zasadności jego zastosowania oraz obowiązków związanych ze stosowaniem odpowiednich procedur. Projektowana nowelizacja zakłada również uregulowanie w ustawie podstawowych kwestii w zakresie monitorowania pomieszczenia, w którym realizowany jest przymus bezpośredni w formie izolacji, przez wskazanie:

- 1) osób uprawnionych do dostępu do urządzeń i zapisów z monitoringu pomieszczeń;
- 2) podmiotu (osób) obowiązującego do zapewnienia właściwego przechowywania i zabezpieczenia zapisu z monitoringu przed dostępem do niego osób nieuprawnionych oraz do zapewnienia jego usunięcia po upływie terminu przechowywania;
- 3) sposobu dokumentowania czynności związanych z przechowywaniem, udostępnianiem i usuwaniem zapisu z monitoringu.

Doprecyzowane zostały również przepisy określające obowiązek wyznaczenia lekarzy psychiatrów uprawnionych do dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez marszałka województwa, co nie będzie ukonstytuowaniem nowego obowiązku dla samorządów województw, lecz wyłącznie literalnym doprecyzowaniem obowiązku istniejącego w tym zakresie. Natomiast novum normatywnym jest wskazanie sposobu udostępniania informacji o upoważnionym przez

marszałka województwa lekarzu lub lekarzach. Proponuje się, aby marszałek województwa podawał te informacje do publicznej wiadomości przez zamieszczenie ich na stronie internetowej urzędu marszałkowskiego. Propozycje zmiany w tym zakresie zostały określone w dodawanych w art. 6 ust. 4 i 5.

Dotychczasowe upoważnienie do wydania rozporządzenia w zakresie sposobu stosowania, dokumentowania i oceny stosowania przymusu bezpośredniego zawarte w art. 18 ust. 11 nowelizowanej ustawy zostało odpowiednio zmodyfikowane i określony w nim zakres przedmiotowy znajduje podstawę w proponowanych ww. przepisach materialnych ustawy. Proponowany przepis upoważniający został zredagowany w art. 18 f.

W proponowanych przepisach określono, że zapis z monitoringu zastosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji przechowuje się co najmniej 12 miesięcy, nie dłużej jednak niż 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania. Rozwiązanie takie we właściwym stopniu równoważyć będzie ochronę danych osobowych osób z zaburzeniami psychicznymi z koniecznością zabezpieczenia ewentualnego materiału dowodowego w ramach kontroli sprawowanej przez sędziów. Zgodnie z projektowanym art. 43 ust. 4 pkt 1, sędzia przeprowadza kontrolę zakładu psychiatrycznego co najmniej raz w roku. Takie rozwiązanie gwarantuje możliwość wglądu do zapisów monitoringu przez sędziego kontrolującego dokumentację medyczną dotyczącą zastosowania tej formy przymusu bezpośredniego.

Projekt określa również zmiany przepisów ustawy w zakresie:

- 1) koordynacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwanego dalej „NPOZP”, i obowiązku informowania o jego realizacji;
- 2) wzmocnienia roli ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie realizacji NPOZP oraz rozszerzeniu i doprecyzowaniu regulacji dotyczących centrów zdrowia psychicznego regulowanych obecnie w art. 5a ustawy;
- 3) modyfikacji upoważnień ustawowych do wydawania aktów wykonawczych – jak już wspomniano wyżej ich celem jest zmiana tych upoważnień, uchylenie albo przeniesienie treści objętej aktem wykonawczym bezpośrednio do ustawy z uwagi na regulowaną w nich materię;
- 4) terminologicznym.

Projektowana regulacja przewiduje wskazanie w art. 2 ust. 4 pkt 2 oprócz

wymienionych dotychczas podmiotów (Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w programie) także ministra właściwego do spraw zdrowia.

W zakresie koordynacji proponuje się przypisanie roli koordynatora NPOZP ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Konsekwencją tej zmiany jest nowelizacja art. 4a ust. 1, polegająca na zmianie charakteru prawnego Rady do spraw Zdrowia Psychicznego z organu koordynacyjno-doradczego na opiniodawczo-doradczy. Jednocześnie przewiduje się zastąpienie dotychczasowego corocznego obowiązku przedkładania informacji z realizacji działań wynikających z NPOZP za rok poprzedni obowiązkiem informowania o realizowaniu NPOZP co dwa lata, zgodnie z cyklem sprawozdawczym dla Narodowego Programu Zdrowia przewidzianym w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916 oraz z 2016 r. poz. 2003). Propozycja zmiany w tym zakresie wynika z dotychczasowych doświadczeń związanych z realizacją obowiązków informacyjnych. Proponowane rozwiązanie pozwoli na pełniejszą analizę zaistniałych tendencji i umożliwi jednoczesną ocenę kluczowych dla polityki zdrowotnej programów, tj. NPZ i NPOZP, bez częściowego nakładania się informacji o realizowanych działaniach w poszczególnych programach. Proponowane regulacje we wskazanym zakresie są przedmiotem zmian w art. 2.

W projekcie proponuje się dodanie po art. 30a nowego artykułu (art. 30b), który bezpośrednio w ustawie regulowałby kwestie dotyczące rejestru osób przyjętych do szpitala:

- 1) bez zgody;
- 2) bez zgody, jeżeli zgoda na pobyt została następnie wyrażona;
- 3) niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego.

Regulacje w tym zakresie znajdują się obecnie w akcie wykonawczym wydanym na podstawie art. 49 pkt 2 lit. c nowelizowanej ustawy. Jednak uwzględniając ich charakter – dotyczą praw i obowiązków osób przyjętych do szpitala – proponuje się aby stanowiły one materię ustawową.

Analogiczna zmiana została dokonana w art. 43 (kontrola sądu), gdzie upoważnienie do wydania aktu wykonawczego zastąpiono określeniem spraw związanych z kontrolą

bezpośrednio w ustawie (materia ustawowa). Należy podkreślić, że przepisy tego artykułu dotyczą legalności przyjęcia i przebywania w takim szpitalu lub domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich one tam przebywają.

II. Zmiany ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

Proponuje się uchylenie art. 20 ustawy, tj. przepisu dotyczącego składania corocznie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdania z wykonania ustawy. W związku z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, istnieje obowiązek przedkładania Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej co dwa lata informacji o realizacji NPZ, który jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego, w tym także z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Nowelizacja ustawy zawiera także propozycję zmiany sposobu funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, która umożliwi ich funkcjonowanie w sposób zgodny z przepisami ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Wprowadzenie regulacji w tym zakresie następuje poprzez dodanie nowego art. 25a do ustawy.

Należy nadmienić, że zgodnie z art. 4¹ ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz prowadzenie integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gmin. W szczególności zadania te obejmują:

- 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
- 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;

- 4) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;
- 5) podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 131 i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
- 6) wspieranie zatrudnienia socjalnego przez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Ponadto zgodnie z ust. 3 ww. artykułu, wójtowie (burmistrzowie, prezydenci miast) powołują gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności inicjujące działania w zakresie określonym w ust. 1 oraz podejmujące czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego.

Mając na uwadze powyższe, należy wskazać, że działalność gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wiąże się z przetwarzaniem danych osobowych szczególnie chronionych tzw. wrażliwych, których katalog ustawodawca wyznaczył w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Zgodnie z przywołanym powyżej przepisem, zabrania się przetwarzania danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. Od generalnego zakazu przetwarzania tej szczególnej kategorii danych osobowych ustanowiono wyjątki – art. 27 ust. 2 pkt 1–10 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Należy wskazać, że art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych dopuszcza możliwość przetwarzania danych wrażliwych, jeżeli przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony. Zatem, tylko przepis zawarty w akcie normatywnym o randze ustawy może zezwolić na przetwarzanie danych wrażliwych, ponadto przepis taki jednoznacznie powinien uchylać generalny zakaz przetwarzania tych danych, powinien określać rodzaj danych, których dotyczy oraz wskazywać, że przetwarzanie tych danych możliwe jest bez zgody podmiotu tych danych, a także

powinien stwarzać pełne gwarancje ochrony danych, których dotyczy. Obecnie w ustawie brak jest opisanego przepisu. Dlatego też konieczne jest uregulowanie tej kwestii.

Zaproponowany przepis umożliwi gminnym komisjom rozwiązywania problemów alkoholowych przetwarzanie, w celu realizacji niektórych zadań komisji, danych osobowych osób, o których mowa w art. 24 ustawy oraz członków ich rodzin, zobowiązując jednocześnie członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych do zachowania poufności wszelkich informacji i danych uzyskanych w związku z realizacją zadań, o których mowa w art. 25 i art. 26 ustawy. Rozwiązanie to jest zbieżne z regulacjami zawartymi w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1390).

Do ustawy należy wprowadzić zmianę w zakresie przepisu art. 34 ust. 2 wyłączonego uprawnienie osoby zobowiązanej do poddania się leczeniu odwykowemu do złożenia wniosku o zmianę przez sąd postanowienia w przedmiocie rodzaju zakładu leczenia odwykowego. Należy zauważyć, że w aktualnym stanie prawnym, przepisy ustawy nie dają podstawy do występowania przez zainteresowaną osobę z wnioskiem o zmianę rodzaju zakładu leczniczego, jeżeli zmiana okoliczności spowodowała, że cel leczenia może zostać osiągnięty w sposób mniej uciążliwy dla jednostki. Zmiana przepisów w tym zakresie jest związana z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 listopada 2001 r. (sygn. akt P 6/01), gdzie Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w ww. zakresie jest niezgodny z art. 45 ust. 1, art. 77 ust. 2 w zw. z art. 2 i art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Uregulowania w ustawie wymagają podstawowe kwestie w zakresie monitorowania pomieszczeń, w których realizowany jest przymus bezpośredni w formie izolacji, przez wskazanie (analogicznie do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego):

- 1) osób uprawnionych do dostępu do urządzeń i zapisów z monitoringu pomieszczeń;
- 2) podmiotu (osób) obowiązane do zapewnienia właściwego przechowywania i zabezpieczenia zapisu z monitoringu przed dostępem do niego osób nieuprawnionych oraz do zapewnienia jego usunięcia po upływie terminu przechowywania;
- 3) sposobu dokumentowania czynności związanych z przechowywaniem,

udostępnianiem i usuwaniem zapisu z monitoringu.

Regulacje w powyższym zakresie określają dodawane w art. 42 ust.12–15.

Nowelizacja art. 31 (nadzór kuratora) jest związana z zastąpieniem dotychczasowego upoważnienia do wydania rozporządzenia przepisami zawartymi bezpośrednio w ustawie (materia ustawowa). Obowiązująca regulacja przewiduje, że Minister Sprawiedliwości oraz minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, określają szczegółowe zasady i tryb wykonywania nadzoru, o którym mowa w ust. 1.

Zmiany dotyczące art. 33 i dodawanego art. 33a, odnoszące się do przymusowego doprowadzenia, polegają na zamieszczeniu odpowiednich regulacji bezpośrednio w ustawie. Obecnie to minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, określa zasady i tryb przymusowego doprowadzania (art. 30 ust. 1 i art. 32 ust. 3 zmienianej ustawy).

Kolejne zmiany porządkujące materię aktów wykonawczych zawierają przepisy zmienianego art. 36. Przepis ten reguluje kontrolę przez sąd legalności skierowania i przebywania w takim zakładzie leczniczym lub domu pomocy społecznej osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, oraz warunków, w jakich osoby te przebywają. Projekt przewiduje ustanowienie regulacji w tym zakresie bezpośrednio w ustawie.

W art. 37 i art. 38 obowiązującej ustawy (art. 2 pkt 17 projektu ustawy) zrezygnowano z dwóch upoważnień dla Ministra Sprawiedliwości dotyczących określenia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, w drodze rozporządzeń:

- 1) szczegółowych zasad i tryb postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, uzależnione od alkoholu,
- 2) zasad i trybu postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób umieszczonych w zakładach karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego

– gdyż kwestie te są regulowane w wystarczający sposób w przepisach o postępowaniu w sprawach nieletnich albo w przepisach Kodeksu karnego wykonawczego.

Zmiany w art. 40³ (dodanie ust. 1a) wprowadzają możliwość upoważnienia przez wskazane w ustawie podmioty innych osób do podejmowania decyzji w sprawach

przyjęcia lub odmowie przyjęcia do izby wytrzeźwień lub placówki albo zatrzymaniu w jednostce Policji – art. 40³ ust. 1.

Nowelizacja ustawy proponuje także zmianę przepisu karnego (art. 43¹) ust. 3 przez dodanie w nim przesłanki dla orzeczenia przez sąd przepadku napojów alkoholowych, jeżeli ich właściciel lub inna osoba uprawniona, nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, przewidywała albo mogła przewidzieć, że mogą one służyć lub być przeznaczone do popełnienia wykroczenia. Zmiana ta jest związana z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 października 2015 r. (sygn. akt SK 59/13) na mocy, którego taki sam przepis w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, w nowelizowanym zakresie, uznany został za niezgodny z art. 42 ust. 1 oraz z art. 64 ust. 1 i 3 Konstytucji RP.

Uwzględniając zasadę właściwego podziału materii ustawowej i podustawowej oraz postanowienia obecnych przepisów wykonawczych, proponuje się wprowadzenie odpowiednich regulacji, w tym w zakresie odstępstwa od obowiązującego zakazu sprzedaży, podawania i sprzedawania napojów alkoholowych w międzynarodowych portach lotniczych i samolotach komunikacji międzynarodowej oraz na statkach i w portach morskich. Należy również zauważyć, że regulacje objęte art. 14 ust. 1 pkt 4 i ust. 7 nie są ze sobą spójne, Stosownie do brzmienia art. 14 ust. 1 pkt 4 zabrania się sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych w środkach i obiektach komunikacji publicznej, z wyjątkiem wagonów restauracyjnych i bufetów w pociągach, w których dopuszcza się sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych do 4,5% zawartości alkoholu oraz piwa, a zgodnie z art. 14 ust. 7 minister właściwy do spraw transportu określa zasady i warunki sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych, w pociągach i samolotach komunikacji międzynarodowej oraz w międzynarodowych portach lotniczych. W wydanym na podstawie ww. upoważnienia rozporządzeniu Ministra Komunikacji z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i warunków sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych w pociągach i samolotach komunikacji międzynarodowej oraz w międzynarodowych portach lotniczych (Dz. U. poz. 120, z późn. zm.), zezwala się na sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych w samolotach komunikacji międzynarodowej oraz w międzynarodowych portach lotniczych w sposób i w ilościach przyjętych w międzynarodowym lotnictwie komunikacyjnym.

Zauważa się, że w innych państwach Unii Europejskiej sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych na lotniskach i na pokładach statków powietrznych są szeroko rozpowszechnione. Pozbawienie podmiotów polskich takiej możliwości mogłoby wpłynąć na ich konkurencyjność w zakresie świadczonych przez nich usług, a zarówno na poziomie krajowym jak i międzynarodowym istnieje szereg przepisów pozwalających na zachowanie np. bezpieczeństwa lotniczego na pokładzie statków powietrznych oraz w portach lotniczych nawet w sytuacji, kiedy na lotniskach czy na pokładach statków powietrznych byłby spożywany alkohol. Z tych powodów nie ma obecnie również uzasadnienia do utrzymywania zakazu sprzedaży, podawania lub spożywania napojów alkoholowych na statkach i w portach morskich.

Odnosnie do art. 16 należy stwierdzić, że regulacje te w obecnym systemie społeczno-gospodarczym stały się archaiczne – w szczególności próba odgórnego regulowania zasad organizacji depozytów w sytuacji, gdy dotyczą one w większości podmiotów prywatnych, czy kwestia wysokości opłaty pobieranej za depozyt. W odniesieniu do pracodawców przyjęto rozwiązanie, w świetle którego kierownik zakładu pracy lub uprawniony przez niego pracownik będą uprawnieni do odmowy wpuszczenia na teren zakładu pracy osoby, w stosunku do której zaistnieje uzasadnione podejrzenie, że nie zastosowała się do zakazu wnoszenia napojów alkoholowych na teren zakładu pracy. Osoba ta będzie miała prawo żądania przeprowadzenia przez pracodawcę kontroli, co do zasadności podejrzenia o nie zastosowaniu się do ww. zakazu.

Ponadto zauważa się, że zagadnienie zasad wnoszenia alkoholu na teren „stadionów i innych obiektów, w których odbywają się masowe imprezy sportowe i rozrywkowe”, regulują przepisy ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1160). W szczególności art. 8 ust. 2 tej ustawy zabrania wnoszenia na imprezę masową i posiadania przez osoby w niej uczestniczące napojów alkoholowych, z zastrzeżeniem art. 8a – artykuł ten zezwala na sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych zawierających nie więcej niż 3,5% alkoholu na imprezie masowej (z wyłączeniem imprezy masowej podwyższonego ryzyka) i reguluje, że może się to odbywać wyłącznie w wyznaczonych miejscach, przy czym sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych mogą być prowadzone wyłącznie przez podmioty posiadające zezwolenie. Ponadto przepis stanowi, że niedozwolona jest sprzedaż napojów alkoholowych w twardych opakowaniach, w szczególności wykonanych ze szkła, metalu lub tworzyw sztucznych, które wykorzystane niezgodnie

z ich przeznaczeniem mogą stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego.

Jednocześnie art. 6 ust. 3 ww. ustawy nakłada na organizatora imprezy masowej obowiązek udostępnienia osobom uczestniczącym w imprezie regulaminu obiektu (terenu) oraz opracowania i udostępnienia tym osobom regulaminu imprezy masowej, zawierającego warunki uczestnictwa i zasady zachowania się osób na niej obecnych.

Zagadnienie wnoszenia napojów alkoholowych na teren obiektów zajmowanych przez organy wojskowe, a także w rejon obiektów koszarowych i zakwaterowania przejściowego jednostek wojskowych w pełni reguluje art. 14 ust. 1 pkt 6. Natomiast regulacja w art. 16 odnosiła się przede wszystkim do żołnierzy służby zasadniczej. Obecnie w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej służbę wojskową pełnią jedynie żołnierze służby zawodowej nie uważa się za zasadne utrzymywania ww. regulacji, w tym upoważnienia do wydania aktu wykonawczego. Niezależnie od powyższego należy wskazać, że rozwiązania dotyczące wyżej opisanego zagadnienia znajdują uregulowanie w Regulaminie Ogólnym Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, wprowadzonym decyzją nr 445/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 30 grudnia 2013 r. (Dz. Urz. Min. Obr. Nar. poz. 398).

Propozycja zmiany w art. 47 ust. 2 nadaje nowe brzmienie upoważnieniu do wydania aktu wykonawczego, co wydaje się zasadne z uwagi na zakres spraw przekazanych w nim do uregulowania. Ponadto upoważnienie zostało uzupełnione o wytyczne, co odpowiada wzorcowi konstytucyjnemu określone w art. 92 ust. 1 Konstytucji RP. Nowelizacja ww. przepisu uwzględnia również fakt, że ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1260,) odsyła w zakresie warunków i sposobu przeprowadzania badań na ustalenie zawartości alkoholu w organizmie w okolicznościach, o których mowa w tej ustawie, do przepisów ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W nowelizowanym upoważnieniu zrezygnowano zatem z odesłania do art. 17 ust. 3 i art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, które to przepisy wyznaczają obecnie zakres podmiotowy tego aktu.

III. Zmiany ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

Zmiana ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych stanowi wdrożenie ww. wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 października 2015 r. (sygn. akt SK 59/13). Zgodnie z proponowanymi zmianami sąd będzie mógł orzec przepadek przedmiotów i narządzi niebędących własnością sprawcy, albo przepadek wyrobów tytoniowych, przedmiotów imitujących opakowania wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych lub pojemników zapasowych, jeżeli ich właściciel lub inna osoba uprawniona, nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, przewidywała albo mogła przewidzieć, że mogą one służyć lub być przeznaczone do popełnienia przestępstwa.

IV. Projekt niniejszej ustawy przewiduje odpowiednie przepisy przejściowe i dostosowujące dotyczące niektórych regulacji zaproponowanych w nowelizowanych: ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

Zgodnie z art. 5 pierwszą informację, o której mowa w art. 2 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, w brzmieniu nadanym ustawą, sporządza się w roku 2019 i będzie ona obejmowała informacje dotyczące roku 2017 i roku 2018. Powyższe wynika z tego, że 2015 r. był ostatnim rokiem obowiązywania pierwszej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Informacja o realizacji działań wynikających z NPOZP za 2015 r. została przekazana do Sejmu w październiku 2016 r. (druk nr 976). Przedmiotem informacji sporządzanej na podstawie nowelizowanych przepisów będzie kolejna edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego sporządzonego na lata 2017–2022.

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

Z kolei na podstawie art. 7 do kontroli legalności przyjęcia, skierowania i przebywania w podmiocie leczniczym lub domu pomocy społecznej rozpoczętych przez sędziów na podstawie przepisów nowelizowanych w art. 1 i art. 2 ustaw i niezakończonych przed

dniem wejścia w życie ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

W myśl przepisu art. 8 do nadzoru kuratorskiego ustanowionego w związku z orzecznym obowiązkiem poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego na podstawie przepisów ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przed dniem wejścia w życie ustawy nowelizującej stosuje się przepisy dotychczasowe.

Zgodnie z przepisem art. 9 szpitale psychiatryczne dostosują rejestr osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego prowadzony na podstawie dotychczasowych przepisów do nowych wymagań określonych w zmienionej ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.

Zgodnie z art. 10, dotychczasowe akty wykonawcze zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie zmienianych upoważnień. Ponadto wszystkie zagadnienia związane z określeniem zasad postępowania, obowiązków i praw zostały zamieszczone w nowelizowanych ustawach, a w przepisach wykonawczych regulowane będą przede wszystkim zagadnienia trybowe oraz wzory dokumentów.

Przewiduje się, że ustawa nowelizująca wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt regulacji 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. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych, w stosunku do projektowanej regulacji, środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Zbigniew Król, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Dagmara Lebiecka– Specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, tel. (22) 53-00-228, e-mail: d.lebiecka@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 11.08.2017 r.</p> <p>Źródło:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882) oraz ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487); 2) ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 957) oraz ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783 i 1458); 3) wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lipca 2013 r. (sygn. akt Kp 1/13); 4) wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 listopada 2001 r. (sygn. akt P 6/01); 5) wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 października 2015 r. (sygn. akt SK 59/13); 6) wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 czerwca 2016 r. (sygn. akt K 31/15); 7) wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 października 2012 r. w sprawie Kędzior przeciwko Polsce (skarga nr 45026/07); 8) wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 25 listopada 2014 r. w sprawie K. C. przeciwko Polsce (skarga nr 31199/12). <p>Nr w Wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów: UB11</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Podstawowym celem projektowanej nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego jest jej dostosowanie do zmienionych uwarunkowań prawnych będących konsekwencją orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka oraz Trybunału Konstytucyjnego.

W związku z wyrokami Europejskiego Trybunału Praw Człowieka oraz Trybunału Konstytucyjnego niniejszy projekt ustawy zakłada zmianę przede wszystkim przepisów ustawy w rozdziale 4 „Przyjęcie do domu pomocy społecznej”. Proponowane zmiany zakładają wprowadzenie w art. 38 nowych regulacji. Zgodnie z nimi przyjęcie do domu pomocy społecznej osoby bez jej zgody, a za zgodą jej przedstawiciela ustawowego wymaga orzeczenia sądu opiekuńczego o skierowaniu do domu pomocy społecznej. Ponadto dodano obowiązek okresowego badania stanu zdrowia psychicznego takiej osoby w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Powyższe badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy. Wydaje się, że termin ten w sposób obiektywny uwzględnia zarówno przesłanki medyczne związane z pobytem osoby skierowanej do domu pomocy społecznej (możliwość oceny stanu zdrowia po upływie określonego terminu), jak i sytuację tej osoby.

Przyjęte w projekcie rozwiązania oznaczają wprowadzenie konieczności sądowej kontroli tego rodzaju skierowań. W świetle proponowanej regulacji nie będzie możliwe skierowanie do domu opieki społecznej osoby bez jej zgody albo stosownego orzeczenia sądu.

Jednocześnie propozycje części zmian – będące wynikiem dotychczasowych doświadczeń Ministerstwa Zdrowia związanych ze stosowaniem ustawy – obejmują zmianę niektórych regulacji dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego (ze szczególnym uwzględnieniem monitorowania pomieszczeń, w których przetrzymywane są osoby, co do których stosuje się środek przymusu bezpośredniego w postaci izolacji), czy też finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Ponadto projekt dokonuje zmian, które mają charakter doprecyzowujący i porządkujący. Należy zasygnalizować, że zmiany tego rodzaju dotyczą także niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów wykonawczych – ich celem jest zmiana tych upoważnień, uchylenie

albo przeniesienie treści objętej aktem wykonawczym bezpośrednio do ustawy z uwagi na regulowaną w nich materię. Natomiast nowelizacja ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest związana z potrzebą wprowadzenia m.in. zmian dotyczących uprawnienia osoby zobowiązanej do poddania się leczeniu odwykowemu do złożenia wniosku o zmianę przez sąd postanowienia w przedmiocie rodzaju zakładu leczenia odwykowego, monitorowania pomieszczeń, w których przetrzymywane są osoby, co do których stosuje się środek przymusu bezpośredniego w postaci izolacji, czy też zmiany sposobu funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, która umożliwi ich funkcjonowanie w sposób zgodny z przepisami ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Proponuje się uchylenie art. 20 ustawy, tj. przepisu dotyczącego składania corocznie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdania z wykonania ustawy. W związku z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, istnieje obowiązek przedkładania Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej co dwa lata informacji o realizacji NPZ, który jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego, w tym także z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Dzięki tej zmianie nastąpi redukcja dublujących się obowiązków informacyjnych. Zaproponowane zmiany w tej ustawie dotyczą także kwestii porządkowych i doprecyzowujących. Analogicznie do ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tego rodzaju zmiany dotyczą także niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów wykonawczych – ich celem jest zmiana tych upoważnień, uchylenie albo przeniesienie treści objętej aktem wykonawczym bezpośrednio do ustawy z uwagi na regulowaną w nich materię. Nowelizacja ustawy proponuje także zmianę przepisu karnego (art. 43¹ ust. 3) przez dodanie w nim przesłanki dla orzeczenia przez sąd przepadku napojów alkoholowych, jeżeli ich właściciel lub inna osoba uprawniona, nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, przewidywała albo mogła przewidzieć, że mogą one służyć lub być przeznaczone do popełnienia wykroczenia. Zmiana ta jest związana z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 października 2015 r. (sygn. akt SK 59/13).

Zmiana ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz zmiana ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych również są związane z ww. wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego i proponuje się w nich taką samą regulację jaką wprowadza się w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Biorąc pod uwagę wskazaną wyżej materię, uznano za wiodącą ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, stąd przyjęta kolejność nowelizowanych ustaw.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

1. Zmiana przepisów zwiększająca uprawnienia osób, których dotyczą nowelizowane ustawy, w szczególności przez zapewnienie gwarancji ochrony praw procesowych, oraz ochronę praw osób kierowanych bez ich zgody do domów opieki społecznej oraz tych osób, wobec których stosuje się przymus bezpośredni. Poprawa sytuacji prawnej osób kierowanych do domów pomocy społecznej i wobec których stosuje się przymus bezpośredni.
2. Zwiększenie znaczenia i roli centrów zdrowia psychicznego, połączone ze zmianami w przygotowywaniu i realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Polepszenie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
3. Racjonalizacja obowiązków sprawozdawczych nakładanych na organy określone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi i zapewnienie spójności systemowej z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916 oraz z 2016 r. poz. 2003).
4. Zmiana sposobu funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, która umożliwi ich funkcjonowanie w sposób zgodny z przepisami ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Wyeliminowanie dotychczasowych wątpliwości prawnych.
5. Przeniesienie materii niektórych aktów wykonawczych do ustawy. Zwiększenie pewności prawa dla osób, których obowiązki wynikały z przepisów niższej rangi (rozporządzenia).
6. Uporządkowanie i doprecyzowanie przepisów zmienianych ustaw. Polepszenie jakości prawa.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Osoby z zaburzeniami psychicznymi	1 595 016 osób objętych opieką ambulatoryjną. Okolo 205 tys. osób objętych opieką całodobową. Okolo 26 tys. osób objętych opieką dzienną.	Dane Ministerstwa Zdrowia	Korzystnie wpływające na zwiększenie ochrony prawnej. Jednoznacznie wskaże uprawnienia osób, wobec których toczy się postępowanie sądowe.

Szpitala psychiatryczne	48 szpitali psychiatrycznych oraz 127 szpitali ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi	j.w.	Poprawi podstawy prawne ich funkcjonowania. Rozstrzygnie wątpliwości interpretacyjne.
Domy pomocy społecznej lub środowiskowe domy samopomocy	804 domy pomocy społecznej, w tym: dla osób w podeszłym wieku (115), osób przewlekle somatycznie chorych (144), osób przewlekle psychicznie chorych (166), dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (128), dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (55), osób niepełnosprawnych fizycznie (9), osób uzależnionych od alkoholu (0), osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych (96), osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie (7), osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie (15), osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (49), inne, zgodnie z art. 56a, ust. 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej (20) oraz 737 Środowiskowych Domów Samopomocy	j.w.	Poprawi podstawy prawne ich funkcjonowania. Rozstrzygnie wątpliwości interpretacyjne.
Sądy powszechne (sądy opiekuńcze)	Ewidencja spraw z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego osób pełnoletnich i nieletnich w 2012 r. (w tym umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody) wskazuje, że w 2014 r. wypłynęło do sądów łącznie 33 020 takich spraw. W 2015 r. do sądów wpłynęło natomiast łącznie 35 400 takich spraw.	j.w.	Rozstrzyga dotychczasowe wątpliwości orzecznicze, które wymagały dotychczas stosowania orzecznictwa Sądu Najwyższego oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Brak istotnego wpływu regulacji na obciążenia sądów w związku ze zmianami w zakresie kontroli legalności przyjęcia, skierowania i przebywania w podmiocie leczniczym lub domu pomocy społecznej przez sędziów.

Jednostki samorządu terytorialnego	16 województw, 314 powiatów, 2 478 gmin	Główny Urząd Statystyczny	Realizacja zadań wynikających z projektowanej regulacji.
------------------------------------	---	---------------------------	--

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem prekonsultacji.

Projekt ustawy w ramach opiniowania i konsultacji publicznych został przekazany następującym podmiotom:

Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychiatrii; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie psychologii klinicznej; Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie neurologii; Marszałkowi Województwa Dolnośląskiego; Marszałkowi Województwa Kujawsko-Pomorskiego; Marszałkowi Województwa Lubelskiego; Marszałkowi Województwa Lubuskiego; Marszałkowi Województwa Łódzkiego; Marszałkowi Województwa Małopolskiego; Marszałkowi Województwa Mazowieckiego; Marszałkowi Województwa Opolskiego; Marszałkowi Województwa Podkarpackiego; Marszałkowi Województwa Podlaskiego; Marszałkowi Województwa Pomorskiego; Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego; Marszałkowi Województwa Śląskiego; Marszałkowi Województwa Warmińsko-Mazurskiego; Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego; Marszałkowi Województwa Zachodniopomorskiego; Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka; Naczelnej Radzie Lekarskiej; Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych; Naczelnej Radzie Aptekarskiej; Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych; Polskiemu Towarzystwu Psychologicznemu; Polskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu; Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej; Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”; Komisji Krajowej Niezależnego Samorządowego Związku Zawodowego „Solidarność 80”; Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych; Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy; Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych; Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych; Związkowi Pracodawców Ochrony Zdrowia; Fundacji Batorego; Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej; Związkowi Powiatów Polskich; Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan; Związkowi Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień; Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich; Stowarzyszeniu Monar; Stowarzyszeniu Samorządowych Ośrodków Pomocy Społecznej FORUM; Fundacji Instytut Spraw Publicznych; Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogi; Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Ratownictwa Medycznego; Business Centre Club; Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie; Fundacji Pomocy Chorym Psychiczenie im. Tomasza Deca; Lubelskiemu Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego; Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych; Polskiemu Komitetowi Pomocy Społecznej; Polskiemu Towarzystwu Higieny Psychiczej; Polskiemu Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Pielęgniarzy Psychiatrycznych; Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarskiemu; Radzie Krajowej Federacji Konsumentów; Radzie Działalności Pożytku Publicznego; Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego Wzajemna Pomoc; Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego Zrozumieć i Pomóc; Stowarzyszeniu Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej Integracji, Radzie Dialogu Społecznego, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Radzie do spraw Zdrowia Psychicznego, Federacji Pacjentów Polskich, Stowarzyszeniu „Dla dobra Pacjenta” oraz Stowarzyszeniu „Primum Non Nocere”. Opiniowanie i konsultacje publiczne odbyły się w terminie 29 września 2016 r. – 28 października 2016 r.

Wyniki konsultacji i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej oceny.

Projekt ustawy, z chwilą jego przekazania do uzgodnień, został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2015 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Łącznie (0–10)	
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	42	
budżet	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	42	

państwa												
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-42
budżet państwa	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	-42
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	Budżet państwa z części 15 – sądy powszechne											
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Projektowana regulacja będzie miała wpływ na budżet państwa część –15 – sądy powszechne w związku z upoważnieniem sądów opiekuńczych do ustanawiania dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, adwokata lub radcy prawnego. Dla oszacowania skutków finansowych tej regulacji przyjęto, iż koszty ustanowienia adwokata lub radcy prawnego stanowią równowartość stawki minimalnej wynoszącej w sprawach z zakresu postępowania nieprocesowego w sprawie niewymienionej odrębnie – 240 zł. Należy bowiem pamiętać, że w postępowaniu przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w ustawie stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu nieprocesowym, ze zmianami wynikającymi ze zmienianej ustawy. Ewidencja spraw z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego osób pełnoletnich i nieletnich w 2015 r. (w tym umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody) wskazuje, że do sądów wpłynęło łącznie 35 400 takich spraw.</p> <p>Uwzględniając powyższe informacje, należy przyjąć, że w skutki projektowanej regulacji związane ze zmianą art. 48 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego mogą się wiązać z obciążeniem budżetu państwa kwotą 4 200 000 zł, biorąc pod uwagę połowę wpływu spraw za 2015 r.</p> <p>Projektowane regulacje dotyczące monitoringu oraz rejestru osób, wobec których zastosowano przymus bezpośredni, nie wpłyną na koszty funkcjonowania podmiotów, w których przebywają osoby z zaburzeniami psychicznymi. Zmiany w projektowanym nowelizowanym art. 11 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie wpłyną na budżet państwa i wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia, z uwagi na jego wyłącznie doprecyzowujący charakter.</p> <p>Projektowane przepisy nie będą miały wpływu na budżety jednostek samorządu terytorialnego. Regulacja nie wpłynie również na zwiększenie kosztów funkcjonowania Policji.</p> <p>Okresowe badanie stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym pobyt osoby w domu pomocy społecznej, wykonywanych nie rzadziej niż co 6 miesięcy, finansowane będzie ze środków pozostających w dyspozycji domu pomocy społecznej, pozyskanych z tytułu opłat wnoszonych przez mieszkańców za pobyt pensjonariuszy w domu lub innych źródeł określonych w przepisach o pomocy społecznej. W związku z powyższym regulacja ta nie będzie generować dodatkowych kosztów dla budżetu państwa.</p> <p>W odniesieniu do Centrów Zdrowia Psychicznego należy zaznaczyć, że przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu dla sektora finansów publicznych w związku z dookreśleniem w projekcie podstawowego zakresu merytorycznego ich działania. Centra Zdrowia Psychicznego będą finansowane w oparciu o posiadane środki Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach właściwych dla udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych zakresem ich działania.</p>
--	---

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki							
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)	
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe								
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-,	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sektor mikro-, małych							

	małych i średnich przedsiębiorstw	i średnich przedsiębiorstw.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz:		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Zmiana stanu prawnego wynikająca z przewidywanego zakresu nowelizacji ustaw spowoduje, iż mniejsza liczba osób będzie kierowana bez ich zgody zarówno do szpitali psychiatrycznych jak i domów pomocy społecznej. W związku z tym może wzrosnąć skuteczność leczenia osób, które w konsekwencji proponowanych zmian nie będą poddane przymusowemu leczeniu.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Przewiduje się, że przepisy ustawy wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Efekty ustawy będą widoczne już po jej wejściu w życie z uwagi na dostosowanie wielu regulacji do istniejącego stanu prawnego i faktycznego oraz usunięcie albo doprecyzowanie przepisów budzących problemy interpretacyjne. Miernikami będzie w szczególności analiza orzecznictwa sądów powszechnych, Trybunału Konstytucyjnego oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczącego poszanowania praw człowieka, równości oraz sprawiedliwości społecznej.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak załączników.		

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH I OPINIOWANIA

do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i niektórych innych ustaw

Projektowana regulacja stosownie do wymogów art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248), została zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Ponadto, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Projekt ustawy został przekazany do konsultacji publicznych w dniu 29 września 2016 r. z terminem zgłaszania uwag do dnia 28 października 2016 r.

Lp.	JEDNOSTKA REDAKCYJNA	PODMIOT ZGŁASZAJĄCY	TREŚĆ UWAGI	UZASADNIENIE	STANOWISKO MINISTERSTWO ZDROWIA
1.	art. 5a ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego za pośrednictwem Biura Związku Województw RP	Prośba o weryfikację i ujednoczenie zapisów – czy minimalna wielkość populacji objętej działaniem CZP to 50 czy 100 tysięcy?	Zgodnie z zapisem w NPOZP „CZP dla dorosłych tworzy się w celu zapewnienia opieki na obszarze zamieszkałym przez ok. 150 tys. mieszkańców (100-200 tys.)”, natomiast projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw z dnia 27.09.2016 r. mówi o tym, że „Centrum zdrowia psychicznego obejmuje swoim obszarem działania nie mniej niż 50 tysięcy i nie więcej niż 200 tysięcy mieszkańców, z uwzględnieniem zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa”.	<u>Uwaga uwzględniona</u> , poprzez zmiany w projekcie – usunięto zmianę w zakresie art. 5a

2.	art. 6 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Prośba o weryfikację i ujednoczenie zapisów – czy zadaniami z zakresu administracji rządowej jest zadanie, o którym mowa w art. 46 ust. 2c	Zgodnie z zapisem ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego 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. Natomiast w dodanym ust. 4 marszałek województwa upoważnia lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii do oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego w przypadkach, o których mowa w art. 18 ust. 3 i ust. 10 pkt 2 oraz w art. 46 ust. 2c. Niejasno sformułowany zapis – czy marszałek województwa ma upoważnić lekarza psychiatrę również do występowania do sądu o wydanie nakazu zatrzymania i przymusowego doprowadzenia tej osoby do szpitala psychiatrycznego przez Policję.	<u>Uwaga uwzględniona</u> , przeredagowano art. 6 ust. 4.
3.	art. 18 ust. 1 pkt 3, ust. 2 i ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Prośba o wyjaśnienie i ujednoczenie.	W nowym brzmieniu art. 18 ust. 1 pkt 3 zamiast „podmiotu leczniczego” pojawia się zapis „zakład leczniczy”. Natomiast w ust. 2 i 4 dodaje się zapis zakładach leczniczych. Czy nie powinno być podmiot leczniczy/ podmioty lecznicze?	<u>Uwaga nieuwzględniona</u> , terminologia zastosowana w projekcie jest zgodna z ustawą o działalności leczniczej
4.	art. 1 pkt 1 lit. b projektu ustawy	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny	Założenie realizacji opieki zdrowotnej jedynie w ramach centrów zdrowia psychicznego	Brak odpowiednich struktur do realizacji opieki. Brak odpowiedniej liczby kadry medycznej do realizacji opieki zdrowotnej.	Uwaga stanowi komentarz do projektu
5.	art. 1 pkt 14 lit. a projektu ustawy	Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy Plac Z. Brodowicza 1 16 – 070 Choroszcz (woj. mazowieckie)/ Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień	Zapis zacznie obowiązywać od 1 lipca 2017 r.	Należy rozważyć możliwość szybszego wejścia w życie przepisu (np. z dn. 1 stycznia 2017 r.) z uwagi na możliwe odszkodowania od podmiotów leczniczych.	<u>Uwaga nieuwzględniona</u> , zmiana terminu wejścia w życie ustawy nie jest możliwa z uwagi na czas niezbędny do przeprowadzenia procesu legislacyjnego
6.	art. 2 ust. 5 pkt 2 ustawy o ochronie	Urząd Marszałkowski Województwa	Po wyrazach: „opieki zdrowotnej” proponuje się dopisać wyrazy: „w tym	Proponowana treść regulacji ogranicza rolę innych placówek w tym szpitali psychiatrycznych w zapewnieniu opieki osobom z zaburzeniami psychicznymi	<u>Uwaga uwzględniona</u>

	zdrowia psychicznego	Mazowieckiego w Warszawie za pośrednictwem Biura Związku Województw RP	w ramach centrów zdrowia psychicznego”. Nie należy bowiem pomijać innych podmiotów w zapewnieniu opieki osobom z zaburzeniami psychiatrycznymi.		
7.	art. 5a pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Przepis należy doprecyzować poprzez wskazanie że podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną w zakresie psychiatrii nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.	Proponowana zmiana sugeruje, że podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego powinien zapewnić pełną opiekę specjalistyczną, również spoza zakresu psychiatrii. W przypadku, gdy celem tej regulacji byłoby nałożenie na centrum zdrowia psychicznego obowiązku świadczenia opieki zdrowotnej również spoza zakresu psychiatrii konieczne byłoby jednoznaczne określenie sposobu finansowania tej opieki.	<u>Uwaga bezprzedmiotowa</u> , z uwagi na usunięcie zmiany w art. 5a
8.	art. 10 związku z art. 3 ust. 1 lit. c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Należy doprecyzować termin „zaburzenia psychiczne” poprzez wskazanie konkretnych jednostek chorobowych czy zakłóceń czynności psychicznych zaliczonych do zaburzeń psychicznych	Pojęcie „zaburzenia psychiczne” zgodnie z międzynarodowymi klasyfikacjami ICD-10 oraz DSM-V oraz aktualną interpretacją konsultanta krajowego oznacza, że z zaburzeniami psychicznymi mamy do czynienia w przypadku wszystkich rozpoznań, począwszy od otepień, poprzez zaburzenia osobowości, uzależnienia, dysfunkcje seksualne, upośledzenia...(F00-F99). Proponowana zmiana obejmuje bardzo szeroki katalog przypadków, a więc i pacjentów, u których zaburzenia psychiczne wywołane są świadomymi działaniami, np. na skutek zażycia środków odurzających.	<u>Uwaga nieuwzględniona</u> , propozycja wykracza poza zakres przedłożonej regulacji
9.	art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Propozycja zmiany art. 24 powinna uwzględniać możliwość wydłużenia pobytu do 10 dni w szpitalu w odniesieniu do osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie,	W praktyce zdarza się często, że osoba z zaburzeniami psychicznymi, która zagraża bezpośrednio swojemu życiu lub zdrowiu innych osób, a została przyjęta do szpitala za zgodą, po kilku godzinach lub dniach, żąda wypisania ze szpitala, a nie zostały wyjaśnione wątpliwości czy jest ona chora psychicznie. Stwarza to poważny problem dla lekarza.	<u>Uwaga nieuwzględniona</u> , w ocenie projektodawcy obecne przepisy zapewniają odpowiednią ochronę praw pacjentów przyjmowanych bez zgody do szpitala psychiatrycznego

			nawet gdy wyraziła zgodę na podjęcie hospitalizacji, a następnie z niej rezygnuje		
10.	art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład	Brak wskazania kto dokonuje kontroli stanu fizycznego osoby unieruchomionej	Należy wskazać, kto dokonuje kontroli	<u>Uwaga uwzględniona</u> , wskazano pielęgniarkę jako osobę upoważnioną do kontroli
11.	art. 18a ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Opiekuńczo-Lecznicy w Gorzycach (woj. śląskie)/ Związek Pracodawców	Przepis ten powinien expressis verbis umożliwić zakończenie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę,	Obecny, jak i projektowany stan prawny jedynie w drodze wykładni na przyjęcie tego uprawnienia.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
12.	art. 18e ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień	Usunięcie zapisu monitoringu powoduje zniszczenie dowodów w przypadku ewentualnych roszczeń pacjenta.	Projektowany przepis utrudnia zarówno udowodnienie roszczeń pacjenta z tytułu bezzasadnego zastosowania przymusu bezpośredniego, jak i obronę przed tymi roszczeniami ze strony szpitala.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
13.	art. 38 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Przepis ten nie wskazuje wnioskodawcy.	W przepisie tym wprowadzono wymóg zgody sądu opiekuńczego na przyjęcie do DPS osoby nie wyrażającej na to zgody, przy wyrażeniu zgody przez jej opiekuna prawnego. Jednakże projektodawca nie wskazał na czyj wniosek sąd wydaje w tej sprawie postanowienie.	<u>Uwaga nieuwzględniona</u> , określa to art. 39 ust .1-2 a w odniesieniu do DPS przepisy o pomoc społecznej
14.	art. 43 ust. 6 zd. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		W przepisie tym wskazano na bardzo krótki termin – 3 dniowy do ustosunkowania się przez kierownika kontrolowanego podmiotu do ustaleń i propozycji pokontrolnych. Wydaje się, że powinno dookreślić się ten termin do dni roboczych, jeżeli chce się utrzymać taki jego czas.	W przypadkach granicznych np. przedłożenia przez sędziego ustaleń i propozycji pokontrolnych w piątek, termin wskazany w tym przepisie upłynie w poniedziałek, co jest zdecydowanie zbyt krótkim czasem na przedłożenie merytorycznych zastrzeżeń	<u>Uwaga uwzględniona</u> , doprecyzowano, że chodzi o 3 dni robocze

15.	art. 43 ust. 6 zd. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Nie wskazano osoby, która jest uprawniona do zorganizowania narady.	Brak wskazania takiej osoby może prowadzić do zarówno pozytywnych, jak i negatywnych sporów kompetencyjnych.	<u>Uwaga uwzględniona.</u> wskazano kierownika podmiotu
16.	art. 25a ust. 2 pkt 8, 9, 14 i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Proponuję skreślić	Wydaje się, że przetwarzanie danych określonych w tych przepisach jest niewspółmierne do zadań Komisji.	<u>Uwaga uwzględniona.</u> dokonano preredagowania przepisów
17.	art. 33a ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Należy zawęzić stosowanie odebrania przedmiotów do osób określonych w ust. 6	Przepis ten umożliwia prewencyjne odebranie przedmiotów osobie doprowadzanej. Powyższa regulacja bez jej dookreślenia, powoduje nadmierną ingerencję w prawo własności, a przez to naruszenie art. 31 ust. 3 Konstytucji.	<u>Uwaga nieuwzględniona.</u> doprecyzowanie polega na określeniu potencjalnych skutków użycia niebezpiecznych narzędzi
18.	art. 36 ust. 3 pkt 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Proponuję skreślić.	Określenie jako przedmiotu kontroli organizowania zajęć kulturalno – oświatowych i rekreacyjnych w zakładzie leczniczym, pośrednio oznacza obowiązek ich organizacji – co wydaje się nieporozumieniem.	<u>Uwaga nieuwzględniona.</u> usunięcie obowiązującego dotychczas przepisu nie znajduje uzasadnienia merytorycznego
19.	art. 36 ust. 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Należy dookreślić komu sędzia kontrolujący udziela pomocy, zwłaszcza w zakresie wykładni i stosowania przepisów prawa.	Nie wiadomo komu sędzia kontrolujący ma udzielać pomocy w zakresie wykładni przepisów prawa. Powyższe może dotyczyć zarówno podmiotu leczniczego, jak i pacjentów. Nie wiadomo, czy taki był cel ustawodawcy.	<u>Uwaga nieuwzględniona.</u> sędzia udziela pomocy pacjentom i podmiotom leczniczym
20.	art. 36 ust. 6 pkt 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Należy wskazać co jaki czas sędzia przeprowadza kontrole okresowe.	W przepisie tym określono kontrole okresowe, nie wskazując przy tym, co jaki czas sąd ma obowiązek je przeprowadzać. Wydaje się, że określenie tych kontroli jako okresowych zakłada ich cykliczność, o czym chyba zapomniał projektodawca.	<u>Uwaga nieuwzględniona.</u> decyzja w tym zakresie pozostaje w gestii sędziego
21.	art. 36 ust. 7 zd. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Tożsame z uwagą nr 6	Tożsame z uwagą nr 6	J.w.
22.	art. 42 ust. 14 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Tożsame z uwagą nr 3	Tożsame z uwagą nr 3	J.w.

23.	art. 18a ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ...		należy wskazać w jakim terminie lekarz zatwierdza przymus zastosowany przez pielęgniarkę.	Brak wskazania czasu w jakim czasie ma nastąpić zatwierdzenie przymusu bezpośredniego przez lekarza stwarza możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego przez okres 4 godzin.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
24.	art. 41 ust.1 ustawa o ochronie zdrowia psychicznego		Należy sprecyzować, że chodzi o osobę całkowicie ubezwłasnowolnią	Sprawa St. Kędzior p-ko Polsce, będąca podstawą do zmiany przepisu dotyczyła osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, obowiązek uzyskania zgody kuratora osoby ubezwłasnowolnionej częściowo na przyjęcie musi wynikać z postanowienia sądu -art.20 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tym bardziej wystąpienie o zmianę orzeczenia sądowego musi wynikać z orzeczenia sądowego określającego zakres obowiązków kuratora osoby ubezwłasnowolnionej częściowo. Przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ani kodeks rodzinny i opiekuńczy nie przewidują takiego uprawnienia dla kuratora osoby ubezwłasnowolnionej częściowo.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
25.	art. 31 ust.6 pkt 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Sprecyzowanie form współpracy kuratora z zakładem lecznictwa odwykowego	Często kuratorzy osób uzależnionych od alkoholu zwracają się o udostępnienie danych pochodzących z dokumentacji medycznej, ale nie są podmiotami upoważnionymi zgodnie z art. 26 ust.3 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. Istnieje więc konieczność sprecyzowania form współpracy kuratora a szczególności ustalenia możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej kuratora.	<u>Uwaga nieuwzględniona,</u> zasady udostępniania dokumentacji medycznej są określone w przepisach o prawach pacjenta
26.	art. 18a ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Należy wskazać w jakim terminie lekarz zatwierdza przymus zastosowany przez pielęgniarkę	Brak wskazania w jakim czasie ma nastąpić zatwierdzenie przymusu bezpośredniego przez lekarza, stwarza możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego przez okres 4 godzin.	<u>Uwaga uwzględniona,</u> doprecyzowano
27.	art. 18e ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	za pośrednictwem Biura Związku Województw RP	Usunięcie zapisu monitoringu powoduje zniszczenie dowodów w przypadku ewentualnych roszczeń pacjenta	Projektowany przepis utrudnia zarówno udowodnienie roszczeń pacjenta z tytułu bezzasadnego zastosowania przymusu bezpośredniego, jak i obronę przed tymi roszczeniami ze strony szpitala.	<u>Uwaga uwzględniona,</u> doprecyzowano
28.	art. 38 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Nie wskazano wnioskodawcy	W przepisie tym wprowadzono wymóg zgody sądu opiekuńczego na przyjęcie do DPS osoby nie wyrażającej na to zgody, przy wyrażeniu zgody przez jej opiekuna prawnego. Jednakże projektodawca nie wskazał na czyj wniosek sąd wydaje w tej sprawie postanowienie.	<u>Uwaga nieuwzględniona,</u> określa to art. 39 ust 1-2 a w odniesieniu do DPS przepisy o pomoc społecznej
29.	art. 41 ust. 1 ustawy o ochronie		Należy sprecyzować, że chodzi o osobę całkowicie	Sprawa St. Kędzior przeciwko Polsce, będąca podstawą do zmiany przepisu dotyczyła osoby ubezwłasnowolnionej	<u>Uwaga uwzględniona</u>

	zdrowia psychicznego		ubezwłasnowolnią	całkowicie. Obowiązek uzyskania zgody kuratora osoby ubezwłasnowolnionej częściowo na przyjęcie musi wynikać z postanowienia sądu - art. 20 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wystąpienie o zmianę orzeczenia sądowego musi wynikać z orzeczenia sądowego, określającego zakres obowiązków kuratora osoby ubezwłasnowolnionej częściowo. Przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ani kodeks rodzinny i opiekuńczy nie przewidują takiego uprawnienia dla kuratora osoby ubezwłasnowolnionej częściowo.	
30.	art. 43 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Wskazano bardzo krótki termin – 3 dni do ustosunkowania się przez kierownika kontrolowanego podmiotu do ustaleń i propozycji pokontrolnych. Wydaje się, że powinno dookreślić się ten termin do dni roboczych.	W przypadkach granicznych np. przedłożenia przez sędziego ustaleń i propozycji pokontrolnych w piątek, termin wskazany w tym przepisie upłynie w poniedziałek, co jest zdecydowanie zbyt krótkim czasem na przedłożenie merytorycznych zastrzeżeń.	<u>Uwaga uwzględniona</u>
31.	art. 25a ust. 2 pkt 8, 9, 14 i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości		Proponuje się wykreślić	Wydaje się, że przetwarzanie danych ,określonych w tych przepisach jest niewspółmierne do zadań Komisji.	<u>Uwaga uwzględniona,</u> dokonano zmian w zakresie przetwarzanych danych
32.	art. 33a ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości		Należy zawęzić stosowanie odebrania przedmiotów do osób określonych w ust. 6	Przepis ten umożliwia prewencyjne odebranie przedmiotów osobie doprowadzanej. Powyższa regulacja bez jej dookreślenia, może powodować nadmierną ingerencję w prawo własności.	Uwaga nieuwzględniona – doprecyzowanie polega na określeniu potencjalnych skutków użycia niebezpiecznych narzędzi
33.	art. 31 ust. 6 pkt 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Należy doprecyzować formy współpracy kuratora z zakładem leczenia odwykowego	Często kuratorzy osób uzależnionych od alkoholu zwracają się o udostępnienie danych pochodzących z dokumentacji medycznej, ale nie są podmiotami upoważnionymi zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Istnieje więc konieczność sprecyzowania form współpracy kuratora, a w szczególności ustalenia możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej kuratorowi.	Uwaga nieuwzględniona – zasady udostępniania dokumentacji medycznej są określone w przepisach o prawach pacjenta

34.	art. 36 ust. 6 pkt 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości ...		Należy wskazać co jaki czas sędzia przeprowadza kontrole okresowe.	W przepisie tym określono kontrole okresowe, nie wskazując przy tym, co jaki czas sąd ma obowiązek je przeprowadzać. Wydaje się, że określenie tych kontroli jako okresowych zakłada ich cykliczność.	Uwaga nieuwzględniona – decyzja w tym zakresie pozostaje w gestii sędziego
35.	art. 2 ust. 5 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie	Po wyrazach: „opieki zdrowotnej” proponuje się dopisać wyrazy: „w tym w ramach centrów zdrowia psychicznego”. Nie należy bowiem pomijać innych podmiotów w zapewnieniu opieki osobom z zaburzeniami psychiatrycznymi.	Proponowana treść regulacji ogranicza rolę innych placówek w tym szpitali psychiatrycznych w zapewnieniu opieki osobom z zaburzeniami psychicznymi	Uwaga uwzględniona
36.	art. 5a pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Przepis należy doprecyzować poprzez wskazanie że podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną w zakresie psychiatrii nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.	Proponowana zmiana sugeruje, że podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego powinien zapewnić pełną opiekę specjalistyczną, również spoza zakresu psychiatrii. W przypadku, gdy celem tej regulacji byłoby nałożenie na centrum zdrowia psychicznego obowiązku świadczenia opieki zdrowotnej również spoza zakresu psychiatrii konieczne byłoby jednoznaczne określenie sposobu finansowania tej opieki.	Uwaga bezprzedmiotowa z uwagi na usunięcie projektowanego przepisu art. 5a pkt 1
37.	art. 10 związku z art. 3 ust. 1 lit. c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Należy doprecyzować termin „zaburzenia psychiczne” poprzez wskazanie konkretnych jednostek chorobowych czy zakłóceń czynności psychicznych zaliczonych do zaburzeń psychicznych	Pojęcie „zaburzenia psychiczne” zgodnie z międzynarodowymi klasyfikacjami ICD-10 oraz DSM-V oraz aktualną interpretacją konsultanta krajowego oznacza, że z zaburzeniami psychicznymi mamy do czynienia w przypadku wszystkich rozpoznań, począwszy od otępień, poprzez zaburzenia osobowości, uzależnienia, dysfunkcje seksualne, upośledzenia...(F00-F99). Proponowana zmiana obejmuje bardzo szeroki katalog przypadków, a więc i pacjentów, u których zaburzenia psychiczne wywołane są świadomymi działaniami, np. na skutek zażycia środków odurzających.	Uwaga nieuwzględniona – propozycja wykracza poza zakres przedłożonej regulacji
38.	art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Propozycja zmiany art. 24 powinna uwzględniać możliwość wydłużenia pobytu do 10 dni w szpitalu w odniesieniu do osoby, której dotychczasowe zachowanie	W praktyce zdarza się często, że osoba z zaburzeniami psychicznymi, która zagraża bezpośrednio swojemu życiu lub zdrowiu innych osób, a została przyjęta do szpitala za zgodą, po kilku godzinach lub dniach, żąda wypisania ze szpitala, a nie zostały wyjaśnione wątpliwości czy jest ona chora psychicznie. Stwarza to poważny problem dla lekarza.	Uwaga nieuwzględniona – j.w.

			wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, nawet gdy wyraziła zgodę na podjęcie hospitalizacji, a następnie z niej rezygnuje			
39.	art. 1 pkt 5 projektu ustawy	Marszałek Województwa Świętokrzyskiego	w art. 6 dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu „(...)”	<p>Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym dokonała zmiany w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (art.20 pkt 2 ustawy o zdrowiu publicznym). Wprowadziła ona do opieki psychiatrycznej jednostki podstawowej opieki psychiatrycznej, którymi są Centra Zdrowia Psychicznego (art.5a ustawy o zdrowiu psychicznym).</p> <p>Projekt Rozporządzenia RM z dnia 23 września 2016r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zobowiązuje samorządy powiatowe do tworzenia Centrów</p>	<p>PROPOZYCJA ROZWIĄZAŃ: w art.6: ust.1 otrzymuje brzmienie „1. Samorząd województwa zgodnie potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej psychiatrycznej opieki zdrowotnej”</p> <p>dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu „brzmienie zgodne z projektem ustawy”</p>	Uwaga nieuwzględniona – zaproponowany kierunek miałby daleko idące konsekwencje w szczególności dla podmiotów prowadzonych przez samorządy województw, mogłoby skutkować brakiem możliwości prowadzenia centrów zdrowia psychicznego przez szpitale należące do marszałka województwa

				<p>Zdrowia Psychicznego.</p> <p>Zgodnie z obowiązującymi ustawami o samorządzie województwa oraz samorządzie powiatowym, poszczególne samorządy realizują zadania związane z zabezpieczeniem potrzeb, w tym zdrowotnych mieszkańców regionalnej lub lokalnej wspólnoty samorządowej. Zakres działania danego poziomu samorządu nie może naruszać samodzielności innych samorządów. Oznacza to, że samorząd województwa nie może narzucić samorządom powiatowym realizacji określonych zadań oraz nie może realizować zadań własnych dysponując majątkiem samorządu powiatowego.</p> <p>W związku z powyższym zasadnie jest wprowadzenie proponowanej zmiany, polegającej na</p>	
--	--	--	--	---	--

				rozdzieleniu zadań związanych z tworzeniem podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej oraz podstawowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.		
40.	po art. 1 pkt 5 projekt ustawy		Brak uregulowania w procedowanym projekcie ustawy	jak pkt 1	PROPOZYCJA ROZWIĄZAŃ: dodanie Art.1 pkt 5aw art.6a dotychczasową treść oznacza się jako ust.1 i dodaje się ust.2 w brzmieniu: „2. Samorząd powiatu zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności powiatu tworzy i prowadzi podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, którą zapewniają Centra Zdrowia Psychicznego”.	Uwaga nieuwzględniona –j.w.
41.	art. 2 pkt 6		w art. 22 ust.1 i 2 otrzymują brzmienie: „1. Zarząd województwa tworzy i prowadzi na obszarze województwa podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne	Zgodnie z art. 18 pkt 19 lit f ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie województwa (tj. Dz. U. 2016.486) do wyłącznej właściwości sejmiku województwa należy tworzenie,	PROPOZYCJA ROZWIĄZAŃ: w art. 22 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie: „1. Samorząd województwa tworzy i prowadzi na obszarze województwa podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne	Uwaga nieuwzględniona –j.w.

			<p>i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współzależnienia</p> <p>2. Starosta tworzy i prowadzi na obszarze powiatu inne niż wymienione w ust.1 podmioty lecznicze udzielające świadczeń w zakresie leczenia odwykowego.”</p>	<p>przekształcenie i likwidacja wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych oraz wyposażanie ich w majątek. Zarząd województwa wykonuje natomiast zadania należące do samorządu województwa ale niezastrzeżone na rzecz sejmiku województwa (art.41 ust.1 ustawy).</p> <p>Zgodnie z art. 12 pkt 8 lit i ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (tj. Dz. U. 2016.814) do wyłącznej właściwości rady powiatu należy tworzenie, przekształcenie i likwidacja jednostek organizacyjnych oraz wyposażanie ich w majątek. Zarząd powiatu wykonuje uchwały rady powiatu, a starosta organizuje pracę zarządu powiatu i starostwa powiatowego (art.32 ust.1 i art.34 ust.1 ustawy).</p> <p>W związku z tym, że</p>	<p>i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współzależnienia</p> <p>2. Samorząd powiatu tworzy i prowadzi na obszarze powiatu inne niż wymienione w ust.1 podmioty lecznicze udzielające świadczeń w zakresie leczenia odwykowego.”</p>	
--	--	--	---	--	---	--

				<p>tworzenie wojewódzkich samorządowych lub powiatowych jednostek organizacyjnych należy do zadań zastrzeżonych na rzecz sejmiku województwa lub rady powiatu, zadań tych nie może więc realizować zarząd województwa lub starosta.</p> <p>W związku z powyższym zasadne jest wprowadzenie proponowanej zmiany.</p>	
42.	art. 18d ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji dla Osób Uzależnionych SP ZOZ Nowy Dworek	Bardzo trudno będzie znaleźć i doprowadzić (np. przez cały oddział) Pacjenta unieruchomionego do pomieszczenia jednoosobowego. Podobnie parawan nie spełni często swojej funkcji, sam stając się potencjalnym zarzewiem kłopotów (jak wykorzystanie do ataku przez innych Pacjentów czy samego zatrzymywanego. Należy pamiętać, że stosowani przymusu bezpośredniego najczęściej nie ma miejsca w pobliżu izolatki i wymaga nagłych działań, zwykle w otoczeniu innych Pacjentów, w warunkach przypadkowych. Stąd sam pomysł wydaje się niecelowy		Uwaga uwzględniona – przeredagowano przepis

			<p>i nieskuteczny w zakresie przymusu. Ma też znaczenie drugoplanowe wobec samego zabezpieczenia Pacjenta, innych Chorych i personelu – zwykle przed agresją. Ewentualnie w mojej opinii można go rekomendować w ramach zalecenia „w miarę możliwości” nie działań przymusowych, na równi z działaniami podstawowymi, zabezpieczającymi.</p>		
43.	art. 18e ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		<p>Podobne zastrzeżenia – aby od razu monitorować Pacjenta – personel musiałby stale chodzić z przenośnymi kamerami rejestrującymi co dzieje się wokół, na podobieństwo kamer monitorujących ruch uliczny w indywidualnych samochodach. Podobnie, przeprowadzenie Pacjenta przez cały oddział np. o wadze 120kg, wzroście 198cm (doświadczenie z własnej praktyki) – do jednoosobowego pomieszczenia z kamera monitorującą – jest czasami po prostu niemożliwe lub zbyt niebezpieczne. Podobnie jak z zastrzeżeniem do pkt.18d. – może to w mojej opinii być bardziej sugestia niż przymus tj. zalecenie ‘w miarę możliwości’.</p>		<p>Uwaga nieuwzględniona – przepis dotyczy przymusu bezpośredniego stosowanego w formie izolacji</p>

44.	art. 48 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego		Zastrzeżenie budzi dla mnie powoływanie przez sąd adwokata. Powoduje to, że lekarz ustawiony jest w tej relacji w pozycji prokuratora, który z natury „karze” inne osoby za przestrzeganie prawa. Stawia to lekarza już u podstaw decyzji – w niekorzystnym świetle (on nie ratuje tylko karze Pacjenta), trochę podważając do niego w wypadku tego rodzaju decyzji zaufanie. Możę powodować unikanie stosowania tego niezbędnego często środka rozpoczęcia leczenia zgodnie z przesłankami – bez zgody u osoby chorej psychicznie, lub chęć uzyskania adwokata, także ze strony lekarza, tak by wymiana informacji specjalistycznej na poziomie prawnym – była adekwatna (między prawnikami). Zwiększa też ilość osób i zasobów niezbędnych do samego postępowania, co może wpłynąć na jego wydłużenie. Stąd dotychczasowy udział Sądu uważam za dostateczny.		Uwaga nieuwzględniona – zmiany w ustawodawstwie są wynikiem orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka
45.		Instytut Transportu Samochodowego	Projektowana ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw w swoim podstawowym zakresie dokonuje nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487). W pierwszym nowelizowanym aspekcie zmiany wydają się być uzasadnione i stanowią konsekwencję orzeczeń Europejskiego Trybunału	Uwaga stanowi komentarz do projektu	

			<p>Praw Człowieka oraz Trybunału Konstytucyjnego, jednak opinia w tym zakresie nie leży w kompetencji Instytutu Transportu Samochodowego, jako jednostki naukowej prowadzącej działalność naukowo-badawczą w dziedzinie transportu samochodowego, w tym psychologii transportu i bezpieczeństwa ruchu drogowego. Działalność ta obejmuje także szeroki aspekt dotyczący problemu kierowania pojazdem pod wpływem alkoholu lub po jego użyciu. Nowelizacja zapisów drugiego wskazanego obszaru, a zatem ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi ważny element w zakresie profilaktyki bezpieczeństwa kierowców i innych użytkowników dróg. Co prawda zaproponowane zmiany w tej ustawie dotyczą w większości kwestii porządkowych i doprecyzowujących, jednak każda zmiana mająca wpływ na jasność przepisu wskazującego na możliwość leczenia osób uzależnionych daje szansę na zmniejszenie ich uczestnictwa w ruchu drogowym.</p> <p>Do pozostałych kwestii, tj. pojedynczych zmian do ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) oraz ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2016 r. poz. 224 i 437), przepisów regulujących stosowanie przymusu bezpośredniego oraz nowych regulacji dotyczących podmiotów uprawnionych do udziału w postępowaniach sądowych o przyjęcie i zatrzymanie osoby z zaburzeniami psychicznymi, Instytut nie wnosi uwag.</p>		
46.	art. 1 lit. b projektu ustawy	Związek Powiatów Polskich	Wyjaśnienie przepisu lub jego doprecyzowanie	Brzmienie art. 5 ust. 5 pkt 2 po zmianie będzie wskazywać, że zintegrowana i dostępna opieka zdrowotna będzie odbywać się wyłącznie w ramach centrów zdrowia psychicznego. Przy czym bez zmian pozostało brzmienie art. 5 ustawy określające formy w których osobom z zaburzeniami psychicznymi udzielana jest opieka zdrowotna. Pytanie czy taka była rzeczywista intencja projektodawców.	Uwaga bezprzedmiotowa z uwagi na usunięcie z projektu przepisu
47.	art. 2 pkt 6		Wyjaśnienie celu zmiany przepisu i jego doprecyzowanie	Projektodawcy proponują zmianę brzmienia przepisu określającego m.in. kompetencje starosty z „organizuje” na „tworzy i prowadzi” na obszarze powiatu inne podmioty lecznicze. Nie jest znany cel dokonania zmiany – nie zostało to wyjaśnione w uzasadnieniu. Jeżeli zmiana ma mieć charakter porządkujący to taki cel nie zostanie osiągnięty. Po pierwsze dla wszelkich jednostek tego typu organem prowadzącym/tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego działająca przez swoje organy. Po drugie powołany przepis w proponowanym brzmieniu prowadzi do zmiany ogólnych zasad tworzenia podmiotów leczniczych wynikających z ustawy o działalności leczniczej oraz z ustaw regulujących ustrój właściwych jednostek	Uwaga nieuwzględniona – celem przepisu jest dostosowanie terminologii do ustawy o działalności leczniczej

				samorządu terytorialnego.	
48.	art. 2 pkt 7		Uwaga redakcyjna – połączenie art. 25a ust. 1 i 2	Z brzmienia przepisu wynika, że wskazane w ust. 1 i 2 dane osobowe są przetwarzane w tym samym celu. Pytanie dlaczego katalog danych osobowych został określony w dwóch jednostkach redakcyjnych.	Uwaga uwzględniona
49.	art. 1 pkt 4 (str. 2) projektu ustawy	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	Należy uregulować czy CZP jest jedną komórką organizacyjną zapewniającą wszystkie formy pomocy (doraźną, ambulatoryjną, dzienną, szpitalną i środowiskową), czy też jest to jednostka składająca się z kilku komórek organizacyjnych zapewniających łącznie wszystkie ww. formy opieki.	Obecnie żaden akt prawny nie reguluje sposobu rejestracji CZP w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (system resortowych kodów identyfikacyjnych) oraz sposobu umiejscowienia CZP w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. CZP – wedle założeń ustawy i NPOZP – ma być jednostką zapewniającą kompleksową opiekę nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, stąd koniecznym jest uregulowanie sposobu rejestracji CZP.	Uwaga wykracza poza zakres regulacji i dotyczy przepisów o prowadzeniu działalności leczniczej
50.	art. 1 pkt 9 (str. 7) projektu ustawy		Koniecznym jest określenie wymogów technicznych jakim powinien odpowiadać system ewidencyjno – informatyczny, w którym prowadzony będzie rejestr.	Projekt wymaga zapewnienia integralności, wiarygodności, odpowiednich warunków technicznych systemu ewidencyjno – informatycznego, w którym będzie prowadzony rejestr osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego. Jednocześnie nowelizacja nie precyzuje jakim wymogom technicznym powinien odpowiadać taki system. Z uwagi na powyższe koniecznym jest sprecyzowanie jakie środki techniczne i organizacyjne winien zastosować podmiot zobowiązany do prowadzenia rejestru (na wzór rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.)	Uwaga uwzględniona zgodnie z propozycją Ministra Cyfryzacji
51.	art. 1 pkt 10 (str. 7) projektu ustawy		Należy określić: 1) kto zapewnia wykonanie badania co najmniej raz na 6 miesięcy, 2) lekarz jakiej specjalności przeprowadza okresowe badanie,	Zapis w obecnym brzmieniu nie określa na kim spoczywa powinność zapewnienia okresowego badania osoby przebywającej w domu pomocy społecznej bez zgody pod kątem zasadności dalszego przymusowego pobytu w tej placówce. Wymaga także wyjaśnienia czy w wyniku takiego badania lekarz ma sporządzić opinię na	Uwaga nieuwzględniona. Zasady pobytu w domach pomocy społecznej określają przepisy o pomocy społecznej oraz przepisy o ochronie zdrowia psychicznego

			<p>3) czy lekarz przeprowadzając badanie ma sporządzić opinię o zasadności dalszego pobytu pensjonariusza w DPS,</p> <p>4) jaka jest procedura postępowania w przypadku kiedy lekarz stwierdzi brak zasadności pobytu w DPS bez zgody.</p>	<p>okoliczność zasadności dalszego pobytu osoby w DPS bez jej zgody. Ponadto powstaje pytanie jaka jest procedura postępowania w sytuacji kiedy lekarz w opinii/wyniku badania stwierdzi brak zasadności dalszego pobytu w DPS (czy kierownik DPS jest zobligowany do złożenia wniosku wskazanego w art. 41 ust. 2 u.z.p.).</p> <p>Dodatkowo należy mieć na uwadze, że nie każdy DPS zatrudnia lekarza psychiatrę, dlatego pensjonariusze DPS często są objęci opieką przez lekarza z właściwej miejscowo poradni zdrowia psychicznego (PZP). Lekarz PZP udziela tej grupie pacjentów porad lekarskich, które zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, obejmują co do zasady ogólną ocenę przebiegu leczenia, ocenę stanu somatycznego (np. przy objawach polekowych), wydanie niezbędnych zaleceń odnośnie kontynuacji leczenia. Ewentualne zobowiązanie lekarza psychiatry do wydawania okresowych opinii o zasadności dalszego pobytu w DPS bez zgody wykraczałoby poza zakres porady lekarskiej regulowanej w rozporządzeniu koszykowym oraz wiązałoby się z dodatkowym nakładem pracy lekarza psychiatry.</p> <p>Z uwagi na powyższe ewentualne zobowiązanie lekarza psychiatry z PZP sprawującego opiekę nad pensjonariuszami DPS do okresowego stwierdzania zasadności dalszego pobytu w DPS będzie dodatkowym świadczeniem, za które PZP powinna otrzymać wynagrodzenie.</p>	(art. 41)
52.	art. 1 pkt 14 (str. 10) projektu ustawy		<p>1. Nieuwzględnianie proponowanej zmiany w projekcie ustawy.</p> <p>2. Dodanie w art. 46 ust. 2d w brzmieniu: „Podczas realizacji postanowienia sądowego o którym mowa ust. 2a i 2b asystę zapewnia lokalna Policja”</p>	<p>Ad. 1 Wprowadzenie proponowanej zmiany art. 46 ust. 1 i 2 sprawi, że w sprawach o leczenie bez zgody oraz o umieszczenie w domu pomocy społecznej oraz o wypisanie osoby ze szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej uczestnikami z mocy prawa są także szpital psychiatryczny oraz odpowiednio dom pomocy społecznej. O ile uczestnictwo szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej w postępowaniach o wypisanie ze szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej może być zasadne, to w przypadku postępowań o przyjęcie do szpitala i domu pomocy społecznej uczestnictwo szpitala i domu</p>	Ad. 1 – uwaga uwzględniona zgodnie ze stanowiskiem MS

				<p>pomocy społecznej nie jest konieczne. Ani szpital ani dom pomocy społecznej nie ma wiedzy odnośnie osoby mającej zostać umieszczoną w szpitalu lub domu pomocy społecznej. Uczestnictwo tych podmiotów w postępowaniu nie będzie miało żadnego wpływu na sprawę. Należy podkreślić, że orzeczenie o umieszczeniu w domu pomocy społecznej lub w szpitalu bez zgody osoby jest wydawane po przeprowadzeniu postępowania dowodowego w toku którego opinie wydają biegli – lekarze psychiatry.</p> <p>Projektodawcy nie biorą pod uwagę tego, że w momencie składnia wniosku o umieszczenie w szpitalu lub w domu pomocy społecznej nie jest skonkretyzowany szpital psychiatryczny lub dom pomocy społecznej, w którym osoba będzie umieszczona, a zatem nie można wskazać który szpital lub odpowiednio dom pomocy społecznej powinien być uczestnikiem postępowania.</p> <p>Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby, bez jej zgody, należy do marszałka województwa, a 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.</p> <p>Oznacza to, że osoba po wydaniu orzeczenia jest umieszczana w jednym z domów pomocy społecznej wskazanych i prowadzonych przez starostę (czyli w praktyce tam gdzie jest wolne miejsce). Jeżeli chodzi o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym istnieje możliwość umieszczenia w jednym ze szpitali psychiatrycznych na terenie województwa.</p> <p>Ad.2 Każdorazowo podczas realizacji postanowienia wykonawca zwraca się z prośbą o asystę do lokalnej Policji, która nie chce podejmować współpracy bez nakazu sądowego. Często realizacja transportu bez udziału Policji jest bezskuteczna między innymi z powodu braku pacjenta w miejscu zamieszkania lub nie otwarcia drzwi przez pacjenta, co generuje dodatkowe koszty, ponieważ próby realizacji transportu podejmowane są parokrotnie.</p>	<p>Ad. 2 uwaga nieuwzględniona – kwestie udziału policji określa już obecnie art. 46 ust 2a-2c</p>
--	--	--	--	--	--

53.	Art. 1 pkt 15 (str. 11) projektu ustawy		Należy doprecyzować jakich przypadków dotyczy art. 48 ust. 2 (bezwzględny obowiązek ustanowienia pełnomocnika z urzędu).	Zastawienie ust. 1 i ust. 2 rodzi wątpliwość czy bezwzględny obowiązek ustanowienia pełnomocnika z urzędu dotyczy wyłącznie art. 23, 24 i 38 u.z.p. (czyli samej czynności przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego/DPS), a nie znajduje już zastosowania co do innych postępowań będących konsekwencją pobytu w szpitalu psychiatrycznym/DPS bez zgody np. wniosek o nakazanie wypisania ze szpitala (art. 36 ust. 3 u.z.p.).	Uwaga została uwzględniona
54.	Art. 2 pkt 7 (str. 12) projektu ustawy		Projektowany art. 25 a ust. 2 powinien zostać uzupełniony poprzez dodanie punktów 16) – 18) w następującym brzmieniu: „16) imion rodziców, 17) stanu rodzinnego (dzieci), 18) rodzaju świadczeń pomocy społecznej.”	Zaproponowane rozszerzenie katalogu danych osobowych, do których przetwarzania upoważniona będzie gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych wynika z dotychczasowej praktyki funkcjonowania gminnej komisji. W trakcie prowadzonych postępowań pozyskiwane są dane dotyczące: imion rodziców, stanu rodzinnego czy też rodzaju świadczeń pomocy społecznej, które mają istotne znaczenie w sprawach o zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego.	Uwaga nie została uwzględniona – w ocenie projektodawcy wydaje się, że zaproponowany katalog danych jest wystarczający do dokonania oceny sytuacji społecznej osoby
55.	Art. 2 pkt 17 (str. 20) projektu ustawy		Projektowany art. 42 ust. 14 zdanie 1 powinien otrzymać brzmienie: „Zapis monitoringu przechowywane przez 12 miesięcy.”	Problematycznym jest maksymalny okres przechowywania zapisu obrazu, dokonanego za pomocą instalacji monitoringu, który obecnie wynosi co najmniej 30 dni, nie dłużej jednak niż 60 dni. Po upływie okresu przechowywania zapis obrazu jest usuwany w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie (§ 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2014 r. poz.1850). Praktyka działania organów ścigania oraz sądów wskazuje, że jest on niewystarczający. Zapisy monitoringu stanowią często kluczowe dowody, bez których trudno jest ustalić faktyczny przebieg zdarzeń, a później podstawę rozstrzygnięć sądów w sprawach karnych i cywilnych. Zasadnym jest wydłużenie tego okresu do 12 miesięcy, zwłaszcza, że możliwości techniczne nie stoją temu na przeszkodzie.	Uwaga uwzględniona
56.		Rada ds Zdrowia Psychicznego	BEZ UWAG		Uwaga stanowi komentarz
57.	art. 1 pkt 1 lit. b projektu ustawy	Urząd Marszałkowski Województwa	Założenie realizacji opieki zdrowotnej jedynie w ramach centrów zdrowia psychicznego	Brak odpowiednich struktur do realizacji opieki. Brak odpowiedniej liczby kadry medycznej do realizacji opieki zdrowotnej.	j.w.

58.	art. 1 pkt 14 lit. a projektu ustawy	Podlaskiego	Zapis zacznie obowiązywać od 1 lipca 2017 r.	Należy rozważyć możliwość szybszego wejścia w życie przepisu (np. z dn. 1 stycznia 2017 r.) z uwagi na możliwe odszkodowania od podmiotów leczniczych.	j.w.
58.		Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr E. Cyrana w Lublińcu	BEZ UWAG		Uwaga stanowi komentarz
60.	art. 6 ust. 1	Województwo Wielkopolskiego	<p>Odpowiadając na pismo znak ZPN.0212.2.2016 z dnia 29 września br., w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przedstawiam poniżej uwagi do ww. projektu.</p> <p>Zasadniczo regulacje w przedmiotowym projekcie mają charakter doprecyzowujący i porządkujący zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i niektórych innych ustaw, powiązanych tematycznie.</p> <p>Jednakże zaniechano regulacji niektórych zapisów, w tym art. 6.1., który nakłada na samorząd województwa odpowiedzialność za tworzenie i prowadzenie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa. Uwaga dotyczy braku konsekwencji w uregulowaniach prawnych dotyczących zdrowia psychicznego.</p> <p>W związku z wdrażaną przez Ministerstwo Zdrowia koncepcją środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), polegającym na rozwoju różnych form środowiskowej opieki i pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, samorząd województwa nie może być wskazany, jako organ odpowiedzialny za opiekę psychiatryczną w danym województwie. NPOZP zakłada m.in. zmniejszenie liczebności łóżek w wojewódzkich szpitalach psychiatrycznych, pod warunkiem tworzenia oddziałów opieki ogólnopsychiatrycznej w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych oraz powstawanie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP), które tworzyć będą różne jednostki samorządu terytorialnego. Świadczenia zdrowotne przewidziane do realizacji dla CZP dotyczą zarówno specjalistycznej opieki ambulatoryjnej NPOZP wskazuje dla samorządów województw odpowiedzialność terytorialną i koordynację regionalną, w tym rolę monitorującą i koordynującą, m.in.: przygotowanie Planu Umiejscowienia CZP oraz wspieranie wdrażania tego Planu, natomiast przedmiotowy projekt ustawy zachowuje zadanie samorządu województwa w zakresie tworzenia i prowadzenia podmiotów leczniczych opieki psychiatrycznej. Nowe podmioty lecznicze — CZP będą miały podległość lokalną w związku z tym inne organy będą musiały tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej,</p>	Uwaga jest bezprzedmiotowa z uwagi na zmiany w projekcie. Szczegółowy kierunek zmian w opiece psychiatrycznej zostanie określony w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego	

			zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności. Brak zmian w powyższym zakresie w projekcie ustawy zmieniającej ustawę o ochronie zdrowia psychicznego zachowuje ewidentną sprzeczność regulacji prawnych w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w kraju.		
61.	art. 2. ust. 5 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Województwo Zachodniopomorskie	Przypisanie samorządom województw, powiatów i gmin jako zadania własnego w zakresie zapewnieni osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej <u>w ramach centrów zdrowia psychicznego...</u> ” jest zbyt ogólne. To ustawa powinna precyzować zakres i kompetencje poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w zakresie tworzenia i ustalania sieci CZP.	<p>Zasady i kompetencje poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w zakresie tworzenia centrów zdrowia psychicznego powinny być określone w ustawie, a nie tylko w rozporządzeniu w sprawie NPOZP na lata 2016-2020. Sieć szpitali psychiatrycznych, w tym sieć CZP powinna być uregulowana ustawowo, podobnie jak projektowana obecnie sieć szpitali ogólnych.</p> <p>Z pisma przewodniego: Doprecyzowania ustawowego wymaga w szczególności kwestia określenia kompetencji poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ramach centrów zdrowia psychicznego.</p> <p>Za niewystarczające uważa się wskazanie zadań dotyczących ustalania rozmieszczenia i tworzenia centrów zdrowia psychicznego na terenie województwa w projektowanym aktualnie rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020.</p>	Uwaga jest bezprzedmiotowa z uwagi na zmiany w projekcie. Szczegółowy kierunek zmian w opiece psychiatrycznej zostanie określony w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego
62.	art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Podkreślenia i doprecyzowania wymaga nowelizacja przepisów w zakresie przymusu bezpośredniego, obejmująca objęcie regulacją dotyczącą zasad stosowania przymusu bezpośredniego innych niż szpitale psychiatryczne zakładów leczniczych (zmiana w art. 18 u.o.z.p.), co oznacza, że ocena ewentualnego jego zastosowania przez świadczeniodawców podstawowej opieki	Projektowany art. 18 ust. 4 przewiduje możliwość stosowania przymusu bezpośredniego w innych zakładach niż szpitale psychiatryczne zgodnie z definicją art. 3 pkt 2	

			<p>zdrowotnej będzie mogła być dokonywana z punktu widzenia u.o.z.p.;</p> <p>Należy więc zauważyć, że dla świadczeniodawców p.o.z. istotny charakter może mieć przede wszystkim rozciągnięcie regulacji dotyczących warunków stosowania przymusu bezpośredniego, które będą zawarte w art. 18-18f u.o.z.p., na wszelkie zakłady lecznicze, co może obejmować również placówki medyczne prowadzone przez świadczeniodawców p.o.z.</p>		
63.	art. 12 ust. 1	Prezydent Miasta Mysłowice	<p>1) w art. 12 ust. 1 wprowadzić zapis „Rada gminy ustala, w drodze uchwały, dla terenu gminy (miasta) w odniesieniu do poszczególnych części miasta (dzielnic-osiedli) liczbę punktów sprzedaży napojów zawierających powyżej 4,5 % alkoholu (z wyjątkiem piwa), przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży.</p>	<p>Obowiązująca ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dająca jednostkom samorządu terytorialnego możliwości ograniczania dostępności alkoholu i tworzenia warunków motywujących powstrzymanie się od jego spożycia wymaga przyznania większych uprawnień w tym zakresie. Obecne regulacje nie są wystarczające z uwagi na skalę i zróżnicowanie problemów w poszczególnych obszarach.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji</p>
64.	art. 14 ust. 6		<p>1) w art. 14 ust.6 po kropce dodać zdanie w brzmieniu „Rada gminy może wskazać miejsca, w których sprzedaż,</p>		

			podawanie i spożywanie napojów alkoholowych byłaby ograniczona lub całkowicie wyłączona w określonych godzinach".		
65.		Rada Branżowa Psychiatrii FZZPOZ		<p>Art.18a ust. 3 wnioskuje o wpisanie po wyrazie „kontroluje” - wyrazy „pielęgniarka, ratownik medyczny bądź opiekun medyczny” i wykreślenie wyrazu „się”. Uzasadnienie: Stan fizyczny sam się nie kontroluje. W celu właściwego realizowania przymusu bezpośredniego wymaganym powinno być ustalenie katalogu osób odpowiedzialnych za opiekę nad pacjentem wobec którego użyto przymusu. W dotychczas obowiązującym stanie prawnym §10.1. Rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. 2012.0.740), jako osoba kontrolująca stan fizyczny wskazana jest pielęgniarka.</p> <p>W kontekście rozszerzenie katalogu zakładów leczniczych, w których może być stosowany przymus, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi oraz uniknięciu zdarzeń niepożądanych należy tym bardziej doprecyzować osobę odpowiedzialną za kontrolowanie stanu fizycznego pacjenta co 15 min.</p>	Uwaga częściowo uwzględniona
66.				<p>Wolność, godność są podstawowymi dobrami każdego człowieka, ograniczenie jej powinno podlegać ustawowym przesłankom oraz dokonywane powinno być przez osoby przeszkolone (a nie tylko poinstruowane jak wynika z dotychczasowych zapisów). Wskazane byłoby opracowanie podstawowego programu szkolenia i wpisania szkoleń z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego jako obowiązkowych, co najmniej w okresie dwuletnim.</p>	Uwaga stanowi komentarz do projektu

67.				Proponuje ustalenie i ujednoczenie nazewnictwa na „podmiot/zakład leczniczy udzielający świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej”, jako określenie obejmujące całe spectrum różnych form organizacyjnych udzielających świadczeń w tym zakresie, zwłaszcza w kontekście sprawowania kontroli sędziowskiej czy działalności rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. W zaproponowanym projekcie nadzór nad realizacją zastosowanego środka przymusu bezpośredniego w innych zakładach leczniczych nie jest dostatecznie określony.	Uwaga częściowo uwzględniona – w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne (w rozumieniu art. 3 pkt 3 ustawy) nadzór nad prawidłowością leczenia jest uregulowany przepisami o działalności leczniczej i prawach pacjenta
68.	art. 1 pkt 1c str. 1	Ireneusz Jelonek konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży dla województwa śląskiego	Uzupełnieni słów Centra Zdrowia Psychicznego o sformułowanie dla dorosłych i/lub dla dzieci i młodzieży	Aktualnie sformułowanie Centrum Zdrowia Psychicznego pozostaje głównie utożsamiane z psychiatrią dorosłych co niestety znajduje odzwierciedlenie w rozmaitych inicjatywach prawodawczych, społecznych, finansowych. Przykładami mogą być prace nad projektem Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego, omawiania kwestii Map Potrzeb Zdrowotnych, czy projektowania założeń Centrów Zdrowotnych kiedy to pomijane jest środowisko psychiatrii dzieci i młodzieży, co w dalszej sytuacji może mieć katastrofalne skutki. Ustawowe podkreślenie odrębności Centrów będzie miało znaczenie zarówno symboliczne jak i praktyczne.	Uwaga bezprzedmiotowa z uwagi na zmiany w projekcie
68.	art. 1 pkt 8 str. 3 – jak i inne miejsca ustawy		być może rozszerzenie słownika zawartego w art. 3 UOZP o definicję lekarza psychiatry – to lekarz specjalista psychiatra, lekarz psychiatra z I szym stopniem specjalizacji, lekarz specjalista psychiatra dzieci i młodzieży, lekarz psychiatra dzieci i młodzieży z I szym stopniem specjalizacji	W UOZP w chwili obecnej jest rozróżnienie na lekarza i lekarza psychiatrę – co przy literalnym interpretowaniu może ograniczyć uprawnienia lekarza psychiatry dzieci i młodzieży, czy stworzyć sytuacje preferujące lekarzy psychiatrów do kontroli zasadności stosowania przymusu bezpośredniego w DPS czy zakładach leczniczych sprawujących opiekę nad dziećmi i młodzieżą.	Uwaga uwzględniona
70.		Związek Pracodawców	BEZ UWAG		Uwaga stanowi komentarz

		Ratownictwa Medycznego			
71.		Województwo Opolskie	<p>Projektowana ustawa obejmuje zmianę regulacji odnoszących się do stosowania przymusu bezpośredniego (ze szczególnym uwzględnieniem monitorowania pomieszczeń, w których przetrzymywane są osoby, co do których stosuje się środek przymusu bezpośredniego w postaci izolacji). Nowelizacja dotyczy także przepisów dotyczących centrów zdrowia psychicznego. Projekt wprowadza ponadto zmiany mające charakter doprecyzowujący i porządkujący. Wdrożenie modyfikacji ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest związane z potrzebą zastosowania zmian dotyczących uprawnienia osoby zobowiązanej do poddania się leczeniu odwykowemu do złożenia wniosku o zmianę przez sąd postanowienia w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego, monitorowania pomieszczeń, w których przetrzymywane są osoby wobec, których stosuje się środek przymusu bezpośredniego w postaci izolacji. Zmiany dotyczą również funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.</p> <p>Zaproponowane w nowelizowanej ustawie zmiany zwiększają uprawnienia osób, które są kierowane bez ich zgody do domów opieki społecznej, a także wobec których stosowany jest przymus bezpośredni. Zgodnie z nimi przyjęcie do domu pomocy społecznej bez jej zgody, a za zgodą przedstawiciela ustawowego będzie wymagało orzeczenia sądu opiekuńczego. Projektowana ustawa nakłada także obowiązek okresowego badania stanu zdrowia takiej osoby w celu uzasadnienia jej pobytu w domu pomocy społecznej.</p> <p>Projekt zakłada również zwiększenie znaczenia i roli centrów zdrowia psychicznego w zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wieloaspektowej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej.</p> <p>Zmiany w zakresie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dotyczą sposobu funkcjonowania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Wdrożone modyfikacje umożliwią ich funkcjonowanie w sposób zgodny z przepisami ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.</p> <p>Propozycje zmian w. w projekcie dostosowują przepisy do uwarunkowań prawnych będących konsekwencją orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Nowelizacja ustawy poprzez zapewnienie gwarancji ochrony praw procesowych może przyczynić się do poprawy sytuacji prawnej osób wobec których stosowany jest przymus bezpośredni.</p>	Uwaga stanowi komentarz	
72.		Polski Instytut Otwartego Dialogu	<p>Poniższe uwagi odnoszą się do projektu zmiany Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, gdyż ten obszar zdrowia jest najbardziej zaniedbany w polskim systemie ochrony zdrowia.</p>	Uwaga nieuwzględniona – kierunek zmian w opiece psychiatrycznej.	

		<p>Jest sprawą oczywistą, że Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego powinna stanowić fundament dla oczekiwanej od lat reformy systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Polska jest bowiem jednym z ostatnich krajów w Europie Środkowo-Wschodniej, w którym od dziesiątków lat podstawą systemu jest szpital psychiatryczny - azyl, w którym izoluje się ludzi chorych psychicznie od społeczeństwa.</p> <p>Ustawa o zdrowiu psychicznym z 1994 roku jest odzwierciedleniem myślenia o chorobach psychicznych i osobach, które na nie zapadają. Jest to myślenie oparte na kilku założeniach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Choroba psychiczna jest nieuleczalna, a więc osoba z diagnozą "chory psychicznie" utrzymuje tę diagnozę do końca życia. 2. Najlepszym miejscem do leczenia chorych psychicznie jest szpital psychiatryczny-azyl; w roku 2015 w oddziałach psychiatrycznych odnotowano 204 000 hospitalizacji. 3. Osoby chore psychicznie mogą być niebezpieczne dla siebie lub dla społeczeństwa więc należy je izolować, często pod przymusem. W sytuacji bezpośredniego zagrożenia należy stosować środki przymusu bezpośredniego. 4. Ze względu na chroniczny przebieg choroby, znaczna liczba osób jest wielokrotnie hospitalizowana (tzw. syndrom "drzwi obrotowych"). Z czasem osoby te tracą zdolność do samodzielnego życia w społeczeństwie. W tej sytuacji powinny być umieszczone w domu pomocy społecznej (w roku 2015 w domach tych przebywało łącznie 86 000 osób). 5. System ochrony zdrowia psychicznego musi być ściśle powiązany z systemem sądowym, aby orzekać m.in. o: <ul style="list-style-type: none"> - przymusowym umieszczeniu osób przeżywających kryzys zdrowia psychicznego w szpitalach psychiatrycznych, gdyż są zagrożeniem dla społeczeństwa - stosowaniu środka zabezpieczającego w postaci przymusowego umieszczenia osoby chorej psychicznie w oddziale sądowym szpitala psychiatrycznego (w roku 2015 postanowienie o detencji uzyskało ok 2 000 osób - liczba ta stale rośnie) - pozbawianiu osób długotrwale chorych praw obywatelskich (tzw "ubezwłasnowolnienie" (w roku 2015 liczba osób z tym orzeczeniem wyniosła 90 000), aby można było osoby te umieścić w domu pomocy społecznej. <p>STOP!!!</p> <p>Cała Europa jest od ponad 50 lat w procesie gruntownych zmian systemu zdrowia psychicznego. Czas, abyśmy dostrzegli co się dzieje w Niemczech, w Danii, Finlandii, Norwegii Wielkiej Brytanii, Irlandii, we Włoszech, a także na Litwie, w Estonii, na Łotwie, na Słowacji, Węgrzech, w Rumunii, Bułgarii i w wielu innych krajach. Tak - wszyscy nas wyprzedzili w dbałości o podstawowe prawa człowieka, w zmianie myślenia o chorobach psychicznych, w tworzeniu systemu prawdziwej ochrony zdrowia psychicznego, w którego centrum jest człowiek. Czas, aby odejść od systemu opartego na opresji, bo - jak mówią</p>	<p>w szczególności promowanie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, będzie określony w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, nad którym trwają równoległe prace legislacyjne.</p>
--	--	--	---

		<p>Włosi, “ to opresja systemu indukuje agresję w ludziach przeżywających kryzys zdrowia psychicznego”.</p> <p>W oparciu o doświadczenia 6 lat współpracy z ośrodkami w w/w krajach uważam, że zmiana Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego powinna iść w zupełnie innym kierunku - powinna wprowadzić zmiany istniejących paradygmatów w zakresie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. myślenia o człowieku i procesie chorowania 2. sposobu świadczenia usług zdrowotnych 3. funkcjonowania systemu zdrowia psychicznego i oparcia społecznego na konkretnym obszarze (powiat, dzielnica dużego miasta) <p>ad 1. Najważniejszy jest człowiek – jego historia życia, indywidualne potrzeby, rodzina i sieć społeczna jako zasoby do zdrowienia; przenosimy uwagę z procesu chorowania na proces zdrowienia,</p> <p>ad 2. System usług zdrowotnych jest zorientowany na wczesny kontakt z osobą potrzebującą pomocy, co daje możliwość „uchwycenia” choroby na jej wczesnym etapie, stworzenia relacji terapeutycznej, odpowiedzi na indywidualne potrzeby osoby, włączenie rodziny i sieci społecznej w proces zdrowienia; hospitalizacja w oddziałach psychiatrycznych (utworzonych w szpitalach ogólnych) jest ostateczną formą pomocy, wykorzystywaną w sytuacji, gdy inne formy nie są skuteczne.</p> <p>ad 3. System usług zdrowotnych jest skoordynowany z usługami społecznymi i przejmuje odpowiedzialność za mieszkańców konkretnego obszaru (powiat, dzielnica dużego miasta), co sprzyja włączeniu społecznemu i powrotowi na rynek pracy klientów (pacjentów), a w rezultacie przejęciu kontroli nad swoim życiem i usamodzielnieniu; z roli “pasywnego biorcy świadczeń” osoby te stają się “aktywnymi uczestnikami procesu zdrowienia”.</p> <p>Aktualny projekt nowelizacji Ustawy w Art 5a znosi odpowiedzialność terytorialną centrum zdrowia psychicznego, co jest pogorszeniem jakości tego dokumentu i stanowionego prawa, a także umożliwi umocnienie obecnego systemu, bazującego na szpitalach psychiatrycznych. Po nowelizacji ustawy każdy szpital będzie mógł przyjąć status “centrum zdrowia psychicznego”.</p> <p>Dotychczas obowiązująca Ustawa posiada następujący zapis: Art. 5a. Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.</p>	
--	--	--	--

		<p>Propozycja nowelizacji „Art. 5a. 1. Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.</p> <p>Tak więc nowelizacja jest bardzo niekorzystna!</p> <p>Przedstawione powyżej paradygmaty powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w treści Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, aby dokument ten otworzył drogę dla oczekiwanej od 1994 roku reformy systemu oraz do przygotowania Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego 2017-2021 (dalej: NPOZP)</p> <p>Aby Ustawa spełniała swoją rolę musi właściwie zdefiniować:niezbędne kierunki zmian i warunki reformy systemu, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cele ogólne i szczegółowe oraz zadania dla Ministerstwa Zdrowia oraz innych resortów, których współdziałanie jest niezbędne dla powodzenia reformy (szczególnie MRPiPS, MEN i MR) • oczekiwane rezultaty wdrożenia NPOZP i przypisane im wskaźniki monitorowania postępu we wdrożeniu reformy • organizację i funkcjonowanie całego systemu, ze szczególną rolą Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego (ŚCZP); słowo”środowiskowe” ma szczególne znaczenie dla pokazania nowego miejsca powstania i funkcjonowania Centrum - a mianowicie poza szpitalem psychiatrycznym • określenie nowej roli szpitali psychiatrycznych oraz faktu, że celem reformy jest stopniowe zmniejszanie liczby hospitalizacji na rzecz pracy z klientami systemu w ŚCZP (porady ambulatoryjne, wizyty domowe, praca terapeutyczna z rodziną i siecią społeczną klienta) • modele finansowania: podstawowej opieki psychiatrycznej (Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego), wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej (szpitale psychiatryczne) i świadczeń sądowo-psychiatrycznych i opiekuńczych • współdziałanie opieki zdrowotnej i oparcia społecznego • nową rolę osób z doświadczeniem choroby psychicznej - jako asystentów zdrowienia • ukierunkowanie całego systemu na proces zdrowienia, a nie proces chorowania - jak jest teraz. <p>Ustawa powinna też określić następujące aspekty systemu:</p>	
--	--	--	--

		<p>1. Wprowadzić zasadniczą zmianę systemu, z systemu reaktywnego - czekamy aż rozwiną się ostre objawy choroby, aby zareagować poprzez umieszczenie osoby (najczęściej przymusowo) w szpitalu psychiatrycznym, na system pro-aktywny - poprzez profilaktykę i prewencję budujemy taką świadomość społeczną, aby przy pierwszych objawach zaburzeń psychicznych, osoba otrzymała profesjonalną pomoc.</p> <p>Pomoc ta powinna być zindywidualizowana i dostępna w społeczności lokalnej (poprzez ŚCZP), co daje możliwość szybkiej reakcji, włączenia rodziny i sieci oparcia osoby, ukierunkowania procesu na zasoby sprzyjające zdrowieniu.</p> <p>Prewencja - Leczenie - Oparcie Społeczne to trzy filary skutecznego systemu.</p> <p>2. Uwzględnić dzieci i młodzież. Kompleksowość zmiany, wysiłek jej wdrażaniu staje się bezcelowy jeśli w reformie systemu pominiemy tę grupę społeczną. Obecna marginalizację dzieci i młodzieży uważam za dyskryminującą i niezgodną z prawodawstwem Polski oraz Unii Europejskiej (polityki horyzontalne).</p> <p>3. Powinna wprowadzać skuteczny model finansowania podstawowej opieki psychiatrycznej, świadczonej przez ŚCZP, w postaci "budżetu globalnego" obliczonego wg. stawki "per capita". Tylko takie finansowanie da możliwość wdrożenia zmiany systemowej, co potwierdzają liczne doświadczenia ośrodków europejskich</p> <p>Ustawa powinna jasno wprowadzić zmiany finansowania wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej (świadczonej przez szpitale psychiatryczne), z płacenia za osobodzień, na finansowanie ryczałtowe na pacjenta /rozpoznanie. Pozostawienie płacenia "za zajęte łóżko" jest sprzeczne z duchem całej reformy systemu.</p> <p>4. Powinna uznać rolę osób doświadczonych chorobą psychiczną tzw.Ex-In. w nowym systemie. Liczne badania wskazują, że udział tych osób w pracy instytucji opieki psychiatrycznej ukierunkowuje tę instytucję na potrzeby użytkownika opieki. Wiąże się to ze zmianami w dotychczasowym sposobie pracy i postawach mentalnych personelu medycznego.</p> <p>5. Powinna wykorzystać możliwości włączenia dostępnych funduszy europejskich na wsparcie transformacji systemu opieki psychiatrycznej.</p> <p>Obecnie Polska posiada celowe fundusze europejskie, przeznaczone na proces przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w społeczności lokalnej (tzw deinstytucjonalizacja). Fundusze te są przeznaczone na wsparcie reformy systemu opieki</p>	
--	--	--	--

		<p>psychiatrycznej. Są to fundusze zarówno na usługi (zdrowotne i społeczne) jak i na infrastrukturę (zdrowotną i społeczną). Całkowita kwota funduszy na Deinstytucjonalizację (2016-2020) sięga 6 mld zł, w tym 2 mld na usługi zdrowotne i infrastrukturę zdrowotną dla czterech grup społecznych: dzieci w pieczy zastępczej, osoby niepełnosprawne, osoby chorujące psychicznie i niesamodzielne osoby starsze. Tak więc ŚCZP w całej Polsce mogą być tworzone przy istotnym wsparciu funduszy europejskich.</p> <p>Ze względu na fakt, że najważniejszym elementem nowego systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej będzie Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego (ŚCZP), należy bardzo dokładnie określić kto i gdzie może je powołać, jaką ma odpowiedzialność, jak funkcjonuje, jaka powinna być jego struktura i jakie finansowanie. Poniżej przedstawione są najważniejsze zasady dotyczące ŚCZP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ŚCZP musi powstać w społeczności lokalnej, poza obszarem szpitala psychiatrycznego (jest to doświadczenie krajów, które wdrożyły już środowiskowy model opieki psychiatrycznej). Podmiotem założycielskim może być szpital psychiatryczny, ale ŚCZP może być utworzone tylko poza obszarem szpitala psychiatrycznego • jedno ŚCZP powinno świadczyć usługi dla ok. 100 tys mieszkańców (ok 380 CZP w całej Polsce). Taka liczba mieszkańców przypisana do ŚCZP, gwarantuje stworzenie właściwych relacji personelu ŚCZP z pacjentami z danego obszaru, co będzie sprzyjało budowaniu zaufania i skuteczności procesów terapeutycznych - jest to doświadczenie m.in. Triestu we włoszech, Wielkiej Brytanii, Zachodniej Laponii, Litwy, Węgier. • każdy obywatel ma mieć łatwy dostęp do ŚCZP tj. bez wcześniejszego skierowania • osoba z problemem zdrowia psychicznego zgłasza się do ŚCZP poprzez zgłoszenie telefoniczne (w godz 8-20), lub wizytę (w godz. 8-20) • w godzinach 20 - 8 rano osoba dzwoni lub zgłasza się osobiście na stacjonarny oddział psychiatryczny poprzez Izbę przyjęć szpitala. Następnego dnia rano oddział kontaktuje się z ŚCZP i uzgadnia dalsze postępowanie wobec pacjenta oddziału. • ŚCZP działa w trybie 24 godz/7 dni w tygodniu; jest to jeden z kluczowych elementów skuteczności działania Centrum • ŚCZP nie musi posiadać oddziału stacjonarnego natomiast powinno posiadać umowę o współpracy z oddziałem psychiatrycznym w szpitalu ogólnym (najlepsze rozwiązanie) lub w szpitalu psychiatrycznym. • ŚCZP posiada odpowiedzialność terytorialną za obywateli mieszkających na danym terenie (powiat lub dzielnica dużego miasta) • wraz z odpowiedzialnością terytorialną powinien być określony tzw. "budżet globalny" wg stawki per capita na każdego mieszkańca.. • ŚCZP samodzielnie decyduje o rodzaju świadczeń zdrowotnych - w zależności od potrzeb danego klienta (integracja usług zdrowotnych) • niezbędna jest integracja usług zdrowotnych i oparcia społecznego oraz poradnictwa 	
--	--	--	--

			pedagogiczno-psychologicznego (dla dzieci i młodzieży). Zapewnia to holistyczne podejście do człowieka i możliwość odpowiedzi na jego aktualną sytuację życiową w zakresie pracy, mieszkania, sytuacji rodzinnej.	
73.	<p>W odnośniku 1) Ustawa z dnia ... 2016 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw</p> <p>dodać: „oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U, z 2015 r. 581, z późn. zm.)</p> <p>Odnośnik 1) miałby brzmienie: „Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych</p>	<p>IPiN: Treść uzgodniono między: Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii – Prof. Piotr Gałęcki Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży – Prof. Filip Rybakowski Instytut Psychiatrii i Neurologii - Prof. Janusz Heitzman, dyrektor Polskie Towarzystwo Psychiatryczne - Prof. Agata Szulc, prezes Stowarzyszenie Oddziałów Psychiatrycznych Szpitali Ogólnych - Dr Marek Balicki, prezes Zespół do spraw pilotażu psychiatrii środowiskowej w ramach NPOZP Komisja Reformy Opieki Psychiatrycznej</p>	<p>Proponowane uzupełnienie wprowadza do przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definicję opieki koordynowanej oraz podstawowe zapisy umożliwiające jej wykorzystanie, m. in. w celu przyspieszenia wdrażania planowanego pilotażu środowiskowej, psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W ten sposób dopełnia cele innych regulacji konsultowanego projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i innych ustaw, zwłaszcza regulacje doprecyzowujące zasady funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego (CZP). Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej zakłada świadczenie jej w sposób kompleksowy przez podmioty dysponujące odpowiednio zróżnicowanymi kompetencjami i formami organizacyjnymi, odpowiadającymi na różne i zmieniające się w przebiegu choroby potrzeby chorujących, w zależności od etapu, obrazu i nasilenia choroby oraz od zakresu ich współpracy w procesie leczenia. Opieka koordynowana tworzy możliwość zaspokojenia takich potrzeb dzięki elastyczności, wielostronności i dostosowywaniu oferowanej pomocy. Byłby to pierwszy krok na drodze do rzeczywistego zapoczątkowani niezbędnych i oczekiwanych, systemowych zmian w dziedzinie unowocześnienia psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Proponowane rozwiązanie prawne pozwoli, na etapie pilotażu, szybko przystąpić do tworzenia CZP przez podmioty dysponujące organizacją i kompetencją odpowiednimi do tego celu, a także powierza płatnikowi publicznemu uprawnienia ułatwiające wybór świadczeniodawców, którzy nimi dysponują. Wprowadzane regulacje umożliwiają również gromadzenie doświadczeń w zakresie realnego funkcjonowania opieki koordynowanej w polskim systemie ochrony zdrowia, potencjalnie przydatnych także w innych dziedzinach opieki</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem przedłożonej regulacji</p>

	osobowych, ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu u narkomanii oraz ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia, 2007 r.”	i NPOZP PTP – Prof. Jacek Wciórka, przewodniczący. Porozumienie na rzecz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – Dr hab. Andrzej Cechnicki, Prof. UJ CM, przewodniczący.		zdrowotnej wymagających postępowania kompleksowego.	
74.	po art. 4 projektu ustawy dodać art. 5			W ustawie z dnia 27 sierpnia, 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz. U, z 2015 r. póź. 581, z późn.zm.) wprowadza się następujące zmiany:	
75.	Zmienić numerację kolejnych Art. projektu ustawy projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Projekt z dnia 27.09.2016) : Art. 5 na „Art. 6”; Art. 6 na „Art. 7”; Art. 7 na „Art. 8”; Art. 8 na „Art. 9”; Art.9 na			„18a) opieka koordynowana - zintegrowane udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szczególności w więcej niż jednym zakresie świadczeń lub w różnych rodzajach działalności leczniczej, o których mowa w art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.), obejmujące wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń.”; „Art. 28a. I. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki koordynowanej, spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej	

	<p>„Art. 10”; Art. 10 na „Art. 11”; Art. 11 na „Art. 12”; Art. 12 na „Art. 13”.</p>			<p>Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.</p> <p>2. Przepisów art 29 i 30 nie stosuje się do świadczeniobiorców, który dokonali wyboru, o którym mowa w ust 1. z wyłączeniem sytuacji, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.</p> <p>3. W razie dokonania przez świadczeniobiorcę wyboru, o którym mowa w ust. 1, przepisy art. 28 ust. 1, lc-2 stosuje się odpowiednio.</p> <p>4. W przypadku rezygnacji z wyboru świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1 skutkującej przekroczeniem liczby zmian świadczeniodawcy, o której mowa w art. 28 ust. 1c, świadczeniobiorca nie ponosi opłaty określonej w art. 28 ust. 1c.”:</p> <p>Art. 159a. 1, Umowy o udzielanie świadczeń opieki koordynowanej zawiera się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert, rokowań lub w sposób, o którym mowa w art. 159 ust. 2.</p> <p>2. Warunki prowadzenia postępowania o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki koordynowanej, przedmiot postępowania w sprawie zawarcia tych umów oraz szczegółowe warunki tych umów określa Prezes Funduszu.”;</p> <p>„6. Do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadzanego w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowym w danym roku stosuje się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji do dnia 30 czerwca roku poprzedniego”</p>	
--	---	--	--	---	--

				<p>Proponowane zmiany w projekcie ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Projekt z dnia 27.09.2016) są zgodne z propozycjami przedstawionymi Panu Ministrowi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w piśmie z dnia 1 września 2016 r. (załącznik), były one również dyskutowane przez przedstawicieli wymienionych podmiotów i uzyskały ich akceptację.</p>	
76.	w art 46 lit. a	KANCELARIA ADWOKACKA Piotr Wojtaszek	<p>w ust. / zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:</p> <p>„W sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego oraz wypisania jej z takiego szpitala uczestnikami postępowania z mocy prawa oprócz wnioskodawcy są: ta osoba, jej przedstawiciel ustawowy oraz szpital psychiatryczny. ”,</p> <p>Uznanie szpitala psychiatrycznego za uczestnika postępowania z mocy prawa w przedmiotowym zakresie pociąga za sobą możliwość (a prawdopodobnie wręcz swoisty automatyzm) zaskarżenia każdego postanowienia sądu stwierdzającego brak zasadności przyjęcia bez zgody (wraz z nakazaniem wypisania) - zważywszy na fakt, iż postanowienie to w pewnym sensie podważa decyzję personelu szpitala (lekarza przyjmującego oraz ordynatora zatwierdzającego przyjęcie). Udział szpitala, jako strony w tym przypadku jest bezcelowy. Złożenie zażalenia na postanowienie o stwierdzenie bezzasadności przyjęcia i nakazanie wypisania nie może wstrzymać decyzji sądu opiekuńczego nakazujący wypisanie pacjenta (dalsze procedowanie sprawy przed sądem wyższej instancji może zająć nawet kilka miesięcy). Wobec powyższego, nie jest jasny cel proponowanej zmiany obecnie obowiązujących przepisów. Istotną funkcją regulacji określających nadzór sądu opiekuńczego nad decyzjami lekarzy o przyjęciu bez zgody i przymusie leczenia jest nadzór sądowy nad pozbawieniem wolności osób chorych psychicznie, przeciwdziałanie ewentualnym nadużyciom w przedmiotowym zakresie (pozbawianie pacjentów wolności bez uzasadnienia). Obecne przepisy zapewniają realizację wskazanej funkcji - można ewentualnie dążyć do rozwiązań gwarantujących bardziej skuteczną jej realizację. Tymczasem uzasadnieniem do wskazanych zmian jest głównie „zabezpieczenie” szpitala przed roszczeniami odszkodowawczymi pacjentów, wobec których sąd opiekuńczy stwierdził bezzasadność przyjęcia bez zgody. Jak się wydaje, wystarczającym „zabezpieczeniem” ze strony szpitala będzie przestrzeganie przez personel przepisów prawa oraz wynikających z nich procedur dotyczących przyjęcia bez zgody.</p> <p>Postulowana nowelizacja wydłuży i skomplikuje postępowanie sądowe o stwierdzenie zasadności przyjęcia bez zgody. Tworzy również swoistą „nierównowagę sił” między stronami postępowania: pacjentem oraz szpitalem. W posiedzeniu sądu opiekuńczego</p>	Uwaga uwzględniona	

		<p>w zdecydowanej większości przypadków pacjent z różnych powodów (stanu zdrowia, braku możliwości dowiezienia pacjenta do siedziby sądu, w którym rozprawa się odbywa - nieraz znacznie oddalonej od szpitala) nie bierze udziału i nie ma wyznaczonego adwokata z urzędu. Dla pełnomocnika szpitala (np. radcy prawnego zatrudnionego przez zakład) obecność w sądzie nie stwarza większego problemu i można założyć, iż w przypadku wdrożenia nowelizacji na wokandy będzie przez szpital automatycznie delegowany - zwłaszcza, że na jednej wokandzie rozpatrywanych jest zwykle od kilkunastu do kilkudziesięciu spraw o zasadność przyjęcia bez zgody pacjentów danego szpitala. Tego rodzaju rozprawa będzie zatem miała zdecydowanie jednostronny charakter - bez reprezentowania strony osoby pozbawionej wolności i/lub obecnej, lecz niezdolnej do samodzielnego przedstawienia swoich racji, zwłaszcza w konfrontacji z „aparatem prawnym” szpitala uczestniczącym w każdej rozprawie.</p> <p>Nie jest jasne, jaka jest sytuacja prawna pacjenta, wobec którego sąd stwierdził brak zasadności przyjęcia bez zgody i nakazał jego zwolnienie ze szpitala - jeżeli postanowienie zostanie zaskarżone przez szpital, jako uczestnika postępowania. Pacjent na mocy postanowienia sądu opiekuńczego opuści szpital, sprawa trafia następnie do sądu wyższej instancji. Jeżeli sąd uchyli postanowienie sądu pierwszej instancji - a zatem uznaje za zasadne przyjęcie i pobyt pacjenta w szpitalu psychiatrycznym bez zgody, tym samym za bezzasadne również uznaje nakazanie wypisania ze szpitala. Dla pacjenta może to być równoznaczne z koniecznością ponownego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (po kilku miesiącach od wypisania).</p>	
77.	art. 3 w pkt 6 w lit. c	<p>2) w art. 3 w pkt 6 w lit. c wyrazy kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych” zastępuje się wyrazami „lub kaftana bezpieczeństwa</p> <p>Wykluczenie możliwości stosowania przymusu bezpośredniego przy użyciu „innych urządzeń technicznych” jest bezzasadne i niedostosowane do współczesnych możliwości technicznych oraz realiów szpitala psychiatrycznego, które - w większości przypadków - od wielu lat już nie używają, a nawet nie dysponują kaftanami bezpieczeństwa (uznając je za relikty przeszłości, abstrahując od trudności w jego użyciu w sytuacji konieczności obezwładnienia pacjenta). O ile zasadnym wydaje się wykluczenie możliwości stosowania wobec pacjentów szpitala „innych urządzeń technicznych” w postaci kajdanek (jednoznacznie kojarzonych z czynnościami przymusu stosowanymi przez policję), o tyle warte rozważenia jest wykorzystanie wobec pacjentów agresywnych, zagrażających bezpośrednio życiu współpacjentów oraz personelu, podejmujących zamach samobójczy urządzeń technicznych (posiadających oczywiście odpowiednie certyfikaty bezpieczeństwa) stosowanych skutecznie przez służby stosujące z mocy prawa przymus bezpośredni - na przykład tzw. paralizatorów. Należy wziąć pod uwagę, iż działanie paralizatora jest krótkotrwałe (obezwładnienie trwa zaledwie kilka sekund) i pozwala na unieruchomienia pacjenta agresywnego lub</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona, zastosowanie niedookreślonego pojęcia „innych urządzeń” zostało ocenione przez Trybunał Konstytucyjny jako niezgodne z Konstytucją.</p>

		<p>podejmującego ucieczkę w celach samobójczych nawet jednej pielęgniarkie (często jedynej dyżurującej na oddziale lub zamkniętym pododdziale) - co w wielu sytuacjach skutecznie może zapobiec tragedii. Postęp technologiczny prowadzi do pojawiania się na rynku kolejnych, coraz sprawniejszych i bezpieczniejszych urządzeń obezwładniających, których użycie - w świetle nowelizowanych przepisów ustawy - będzie wykluczone (choć ustawa, z niejasnych powodów, pozostawia możliwość użytkowania zapomnianych już w szpitalach psychiatrycznych kaftanów bezpieczeństwa).</p>	
78.	art. 10 ust. 2	<p>„Art. 10. 2. Osobom z zaburzeniami psychicznymi przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują bez pobierania od nich opłat, produkty lecznicze, wyroby, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 i 1918 oraz z 2016 r. poz. 542 i 1228), środki pomocnicze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego.</p> <p>W stosunku do obecnie obowiązujących przepisów ustawy wykreślone zostały „wyroby medyczne do diagnostyki in vitro” oraz „wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro”.</p> <p>Projektowana nowelizacja będzie skutkować nieuzasadnionym ograniczeniem dostępu do regulowanej ustawowo metody in vitro.</p>	Uwaga niezasadna – zmiana ma na celu poszerzenie katalogu osób, którym bezpłatnie będą przysługiwały wszystkie wyroby zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych
79.		<p>2. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.</p> <p>Określenie jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu jest nieprecyzyjne - pojęcie „oddzielenie” interpretowane bywa w znaczeniu dosłownym, czyli zapewnienia odległości między łózkami pacjentów (co oczywiście nie gwarantuje istotnego w tym przypadku poszanowania intymności i godności). Wydaje się zasadne dokonanie korekty zapisu na określenie „osłonięcie”, które jednoznacznie zdefiniuje formę zapewnienia godności i intymności.</p>	Uwaga uwzględniona
80.		<p>6. Dane gromadzone w rejestrze są objęte tajemnicą i mogą być udostępniane wyłącznie osobom uprawnionym i w zakresie wynikającym z przepisów ustawy lub innych ustaw.</p> <p>Zasadne wydaje się dodanie do tekstu ustawy zapisu uprawniającego Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej: Rzecznik) do wglądu w rejestr, zważywszy na szczególne powinności Rzecznika w zakresie pomocy w ochronie praw osób przyjętych bez zgody. Brak możliwości wglądu we wskazany rejestr (a więc wiedzy, którzy pacjenci</p>	Uwaga uwzględniona

		hospitalizowani są bez zgody i dotarcia do takich pacjentów w celu udzielenia im niezbędnej pomocy prawnej) w sposób znaczący utrudnia pełnienie ustawowych obowiązków Rzecznika.	
81.	w art. 43	<p>KONTROLA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO PRZEZ SĘDZIEGO</p> <p>Wątpliwości budzi skuteczność przeprowadzanych - zgodnie z zapisem nowelizacji ustawy - kontroli „co najmniej raz w roku”. Praktyka szpitali psychiatrycznych wskazuje na raczej iluzoryczny charakter tego rodzaju kontroli - sprowadzających się głównie do pobieżnego wglądu w dokumentację medyczną losowo wybranych pacjentów oraz równie pobieżne oględziny oddziału. Biorąc pod uwagę, iż zakres kontroli sędziego jest zbieżny z zakresem obowiązków Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, należałoby rozważyć zasadność scalenia obowiązków oraz uprawnień kontrolnych z funkcją Rzecznika, w tym:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji stanowiącej podstawę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej oraz przebywania w tych podmiotach osób z zaburzeniami psychicznymi; 2) badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego oraz stosowania świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla osób z zaburzeniami psychicznymi; 3) badanie współdziałania kontrolowanego podmiotu z rodzinami i opiekunami osób z zaburzeniami psychicznymi; 4) badanie prawidłowości i terminowości załatwiania skarg i wniosków osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w kontrolowanym podmiocie; 5) kontakt bezpośredni z osobami z, zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w kontrolowanym podmiocie; 6) wydawanie zaleceń pokontrolnych oraz sprawdzanie prawidłowości i terminowości ich realizacji; 7) podejmowanie innych czynności zmierzających do usunięcia uchybień i zapobiegania ich powstawaniu. <p>Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego - mający zwykle odpowiednie przygotowanie merytoryczne wynikające z wykształcenia (np. psychologicznego) oraz wieloletnie doświadczenie w pracy z osobami chorymi psychicznie, codziennie (a nie „co najmniej raz w roku”) wizytujący oddziały szpitala psychiatrycznego z pewnością spełnia</p>	Uwaga uwzględniona – zgodnie ze stanowiskiem Ministra Sprawiedliwości

		<p>wymóg „wykazywania się szczególną znajomością problematyki ochrony zdrowia psychicznego” (wymóg określony projektowym brzmieniem ust. 2).</p> <p>Proponowana zmiana oznaczałaby modyfikację uprawnień i obowiązków Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz organizacyjne przyporządkowanie tej funkcji sądom właściwym na lokalizację szpitala. Ewentualne przekazanie uprawnień oraz obowiązków sędziego kontrolującego szpital psychiatryczny na Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. przeciwdziała dublowaniu się obowiązków kontrolnych, nadzoru w zakresie przestrzegania właściwych przepisów prawa, w tym praw pacjenta określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego oraz innych aktach prawnych, 2. przeciwdziała formułowaniu niespójnych, wzajemnie sprzecznych zaleceń ze strony obu organów, 3. wzmocni oraz usprawni funkcję kontrolną sądu nad szpitalem psychiatrycznym oraz opieki nad osobami przebywającymi w warunkach ograniczenia wolności (zamkniętego oddziału psychiatrycznego), 4. zapewni efektywną współpracę Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z sędzią dokonującym oceny zasadności przyjęcia pacjenta bez zgody, 5. wzmocni oraz usprawni możliwości pełnienia obowiązków Rzecznika w zakresie pomocy w ochronie praw pacjentów szpitala psychiatrycznego, 6. umożliwi Rzecznikowi pomoc w ochronie praw mieszkańców domu pomocy społecznej - zwłaszcza przeznaczonych do udzielania pomocy osobom chorym psychicznie (w świetle obecnych przepisów, Rzecznicy nie pełnią swoich funkcji w domach pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie); zważyć należy, iż w tego rodzaju placówkach udzielanie pensjonariuszom pomocy w ochronie swoich praw często potrzebne jest w stopniu nie mniejszym, niż w przypadku szpitali psychiatrycznych, 7. usprawni komunikację między pacjentami a sądem (znacznie ułatwi np. składanie wniosków, pism procesowych - o nakazanie wypisania, o wyznaczenie biegłych spoza zakładu, udostępnienia opinii sądowo-psychiatrycznej, wyznaczenie adwokata z urzędu itp.), 8. „przybliży” pacjentom instytucję sądu opiekuńczego - Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jest „na miejscu”, można się z nim spotkać niemal każdego dnia (taka możliwość oczywiście nie istnieje w odniesieniu do sędziego wizytującego). 	
82.	art. 48 ust. 1	<p>Sad ustanawia dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, adwokata lub radcę prawnego z urzędu, nawet bez jej wniosku, jeżeli osoba ta ze względu na stan zdrowia psychicznego nie jest zdolna do złożenia wniosku, a sąd uzna udział adwokata lub radcy</p>	<p>Uwaga niezasadna – zgodnie z projektem w przypadku przyjęcia</p>

		<p>prawnego w sprawie za potrzebny.</p> <p>W projekcie nowelizacji istotny jest zapis o ustanowieniu adwokata lub radcy prawnego - jeśli „sąd uzna udział adwokata lub radcy prawnego w sprawie za potrzebny”. Uznaniowość w przedmiotowym zakresie prowadzić może (i zapewne w wielu przypadkach prowadzić będzie) do uznawania braku potrzeby ustanowienia adwokata lub radcy prawnego - co sprawi, że prawo pacjenta przyjętego bez zgody do adwokata z urzędu pozostanie zapisem „martwym”.</p> <p>PROPONOWANE KIERUNKI ZMIAN - w zakresie usprawnienia funkcji nadzoru sądu opiekuńczego nad przyjęciami i pobytami bez zgody pacjentów w zamkniętych oddziałach psychiatrycznych:</p> <p>1. Konieczność dokonywania oceny zasadności hospitalizacji bez zgody nie tylko przy przyjęciu pacjenta, ale również wobec przedłużających się hospitalizacji bez zgody pacjenta - w interwałach dwutygodniowych lub miesięcznych.</p> <p>W świetle obecnie obowiązujących przepisów, sąd weryfikuje jedynie zasadność przyjęcia bez zgody, natomiast dalszy pobyt pacjenta w praktyce znajduje się już poza nadzorem sądu. Hospitalizacja pacjenta leczonego bez zgody przedłuża się niejednokrotnie miesiącami, w niektórych przypadkach pozbawienie wolności w zamkniętym oddziale psychiatrycznym przekracza nawet rok i nie podlega jakiegokolwiek ocenie sądu, który nie posiada narzędzi prawnych weryfikacji zasadności tak długich pobytów w szpitalu. Należy podkreślić, iż znaczna część pacjentów nie jest w stanie - z różnych powodów - wnioskować o nakazanie wypisania, pomijając kwestię często niezmiernie długich terminów rozpatrzenia takich wniosków przez sąd.</p> <p>Jeżeli hospitalizacja pacjenta przyjętego bez zgody przedłuża się o kolejne miesiące, należałoby rozważyć wyznaczenie przez sąd biegłych psychiatrów do oceny obecnego stanu zdrowia pacjenta i wyjaśnienia, czy oraz ewentualnie dłużej przedłużająca się terapia nie przynosi efektów.</p> <p>2. Wyznaczenie konkretnego, nieprzekraczalnego terminu rozpatrzenia przez sąd wniosku o nakazanie wypisania pacjenta ze szpitala - analogicznie, jak w przypadku terminu oceny zasadności przyjęcia, tj. 14 dni (zdarzają się przypadki rozpatrzenia wniosku o nakazanie wypisania nawet po roku od jego złożenia - co w sposób oczywisty pozbawia sensu składanie takiego wniosku).</p> <p>3. Przyjęcie regulacji nakazującej ocenę stanu zdrowia pacjenta, wobec którego toczy się postępowanie o stwierdzenie zasadności przyjęcia bez zgody przez lekarza psychiatrę, biegłego spoza zakładu, w których pacjent przebywa. Brak takiego wymogu powoduje, że sądy powołują biegłych, lekarzy z tego samego szpitala, co w praktyce wyklucza podważenie,</p>	<p>pacjenta bez jego zgody ustanowienie adwokata jest obligatoryjne</p>
--	--	---	---

			<p>zakwestionowanie opinii lekarza przyjmującego i/lub kierownika zakładu. W hermetycznym i niezbyt licznym środowisku lekarzy pracujących w danej placówce, podważenie stanowiska kolegi/koleżanki w sposób oczywisty naraża na ostracyzm środowiskowy, a także możliwość swoistego „odwetu” ze strony lekarza, którego przyjęcie bez zgody zostało zakwestionowane (w przypadku odwrócenia się wobec innego pacjenta ról lekarza przyjmującego i biegłego opiniującego) - w efekcie obiektywizm i rzetelność opinii o stanie zdrowia pacjenta przyjętego bez zgody (wraz z wnioskiem dotyczącym kwestii zasadności przyjęcia) budzi wątpliwości.</p> <p>Należałoby rozważyć stworzenie przez sądy listy biegłych psychiatrów całkowicie niezależnych od szpitala, którzy opiniowaliby zasadność przyjęcia pacjentów bez zgody.</p>	
83.	art. 18a dotyczący przymusu bezpośredniego	Polski Komitet Pomocy Społecznej	<p>Nasze wątpliwości budzi art. 18a, gdyż z treści art. 18a. ust. 5 wynika, że przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny. Następnie w ust. 7 jest mowa o możliwości przedłużenia zastosowania środka na „następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne”. Z kolei w ust. 8 dopuszcza stosowanie kolejnych okresów nie dłuższych niż 6 godzinne.</p> <p>Przepisy te, mimo uwzględnienia za każdym razem badania lekarskiego po którym następuje przedłużenie zastosowania środka czynią dopuszczalnym, zgodnie z zapisem art.18a ust.9 stosowanie środka przymusu przez całą dobę. W praktyce może to prowadzić do nadużywania tego środka i stosowanie go powszechnie w wymiarze 24 godzin.</p>	Uwaga stanowi komentarz do projektu – przepis został doprecyzowany
84.	art. 18b ust. 3 dotyczący przymusu bezpośredniego w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej		Zapis art. 18b ust. 3 umożliwi stosowanie w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej przymusu bezpośredniego do 8 godzin, czas ten wydaje się zbyt długi, gdyż jednostki te nie są przystosowane ani organizacyjnie ani kadrowo do stosowania takiego środka. Bardziej zasadne wydaje się użycie sformułowania „niezwłocznie po upływie 4godzin (o tym czasie stosowania środka mówi art. 18b ust. 2) przewieźć osobę do szpitala”.	Uwaga nie została uwzględniona – pozostaje poza zakresem regulacji
85.	art. 36 ust. 9 - korekta redakcyjna		W art. 36.9 sformułowanie: „Z przebiegu kontroli sędzia sporządza się sprawozdanie” należy zastąpić sformułowaniem: „Z przebiegu kontroli sędzia sporządza sprawozdanie”.	Uwaga uwzględniona
86.	art. 37 ust. 1 dotyczący leczenia odwykowego nieletnich		W art.37 ust. 1 sformułowanie: „W zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich prowadzi się leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu, umieszczonych w tych zakładach i schroniskach oraz działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych” wymaga - naszym zdaniem - dookreślenia rodzajów działań profilowane. W wymienionych placówkach zazwyczaj stosuje się jedynie profilaktykę uniwersalną, co ze względu na problemy z uzależnieniem lub zagrożenie uzależnieniem podopiecznych jest niewystarczające. Dlatego też należałoby rozważyć wprowadzenie zapisu	Uwaga nieuwzględniona – pozostaje poza zakresem regulacji

			„działania profilaktyczne z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej bądź wskazującej w zależności od potrzeb.”		
87.	art. 19	Stowarzyszenie Stop Manipulacji	<p>W miejsce Art 19 Przewidziane w innych ustawach badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzane na ządanie sądu, prokuratora lub innego uprawnionego organu, powinno się odbywać w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W razie potrzeby badanie to może być przeprowadzone w rodzinnych ośrodkach diagnostyczno-konsultacyjnych, a wyjątkowo także w miejscu zamieszkania osoby badanej.</p> <p>Propozycja poprawek w Art. 19 stowarzyszenia „Stop Manipulacji”</p> <p>Art 19 Przewidziane w innych ustawach badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzane przez lekarza psychiatrę na ządanie sądu, prokuratora lub innego uprawnionego organu, powinno się odbywać w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zarówno do sporządzonej opinii, jak i do pozostałej dokumentacji</p>	<p>Z doświadczeń stowarzyszenia "Stop Manipulacji" wynika że diagnozę zaburzeń psychicznych sferze osobowości, zaburzeń lękowych, PTSD oraz zaburzeń preferencji seksualnych często dokonują biegli z zakresu psychologii. Brak wskazania szczegółowej granicy pomiędzy kompetencjami lekarza psychiatry a psychologa powoduje nagminne przekraczanie kompetencji przez psychologów. Jest to o tyle groźne, że w związku z brakiem aktów wykonawczych do ustawy o zawodzie psychologa, psychologowie w odróżnieniu od lekarzy nie są objęci jakimkolwiek nadzorem ze strony państwa i nie ponosili odpowiedzialności za dokonane błędy czy nadużycia.</p> <p>Należy również zauważyć że w praktyce biegli psychiatrzy/psychologowie czasami przeprowadzają badania w prokuraturze, na terenie aresztu śledczego lub w innych miejscach nie będących częścią "podmiotów leczniczych udzielających ^świadczeń zdrowotnych zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej .</p>	Uwaga nieuwzględniona – pozostaje poza zakresem regulacji

			z badania, w tym testów psychologicznych, ma prawo dostępu organ zlecający, osoba badana oraz, jej przedstawiciel na zasadach dostępu do dokumentacji medycznej.		
88.		Naczelna Izba Lekarska	Bez uwag Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie pana Marka Tombarkiewicza z dnia 29 września 2016r., znak: ZPN.0212.2.2016 pozytywnie ocenia projektowane zmiany, w szczególności zwiększające znaczenie i rolę centrów zdrowia psychicznego w działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.		Uwaga stanowi komentarz do projektu
89.	art. 18a pkt 8	Województwo Lubuskie	Powinno być: "po uzyskaniu opinii drugiego lekarza"	W warunkach organizacyjnych szpitali psychiatrycznych nie zawsze na dyżurze jest obecnych dwóch lekarzy psychiatrów, dlatego wskazana powinna być opinia drugiego lekarza zamiast "lekarza psychiatry".	Uwaga nieuwzględniona – regulacje sprzyjają ochronie praw pacjenta
90.	art. 18a pkt 9		Sformułowanie o powiadomieniu ordynatora powinno być wykreślone lub uzupełnione o to jakie czynności w związku z powiadomieniem podejmuje ordynator	Powiadomienie ordynatora o stosowaniu przymusu powyżej 24 godzin w obecnych przepisach nie niesie za sobą żadnego skutku. Nie zapisano czy ordynator ma zatwierdzić przymus (raczej nie może, bo nie bada pacjenta) czy też ma się jemu sprzeciwić (nie może, bo nie bada pacjenta). Trudno więc powiedzieć w jakim celu powinno się go powiadamiać skoro nie niesie to żadnych skutków następczych.	Uwaga nieuwzględniona – ordynator ponosi odpowiedzialność za sytuację pacjentów leczonych w oddziale i ma wpływ na podejmowanie decyzji w stosunku do pacjentów

91.	art. 18e ust. 1		Powinno się doprecyzować wymagania jakie powinno spełniać pomieszczenie do izolacji np. w drodze rozporządzeń wykonawczych	Określenie wymogów dotyczących pomieszczenia przeznaczonego dla izolacji jest zbyt ogólne i pozwala na zbyt dużą dowolność jego wyposażenia	Uwaga częściowo uwzględniona
92.	art. 18e ust. 4		Przechowywanie zapisu powinno trwać 3mc	Przechowywanie przez okres 6mc zapisu nie znajduje uzasadnienia	Uwaga nieuwzględniona – zgodnie ze stanowiskiem MS niezbędne jest przechowywanie zapisu co najmniej przez 12 miesięcy.
93.	art. 38 pkt 3		Należy wskazać przez kogo ta osoba ma być badana, czy przez jednego psychiatrę czy też dwóch; czy powinna być badana przez psychologa; czy powinni być to biegli sądowi; kto będzie płatnikiem badania.	Nie wskazano kto ma badać osobę przebywającą w DPS-ie bez zgody (jeden psychiatrę, dwóch psychiatrów, psycholog czy też łącznie), na czyje zlecenie, kto ma być płatnikiem tej usługi, na czyje zlecenie ma być to badanie, jaki jest sposób postępowania gdy biegli wskażą że dana osoba nie wymaga już pobytu	Badanie stanu zdrowia psychicznego jest przeprowadzane przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje zawodowe
94.	art. 41 pkt 1 i 2		Punkty są niespójne gdyż w pkt. 1 mówi się o osobie przyjętej do dpsu bez zgody a w pkt. 2 nadaje się prawo do złożenia wniosku 30 dni od uprawomocnienia postanowienia Sądu - powinno być "30 dni od umieszczenia w dpsie".	Między orzeczeniem Sądu o umieszczeniu w DPS-ie bez zgody mija więcej niż 30 dni zatem możliwym będzie złożenie wniosku o wypisanie z DPS-u przed jego umieszczeniem	Uwaga uwzględniona
95.	art. 48 pkt 2		Powinien zostać wykreślony	Wystarczającą regulację stanowi art. 48 pkt. 1 w propozycjach zmian. Obligatoryjne ustanawianie pełnomocnika dla każdej osoby przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego i DPS-u wydaje się być nadmiarowe.	Uwaga nieuwzględniona – projektowany przepis wynika z orzeczeń TK i ETPCz
95.	Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii		Nie wprowadzono instytucji zobowiązania do leczenia odwykowego	Natężenie problemów społecznych i zdrowotnych powodowanych przez osoby uzależnione od narkotyków jest na tyle znaczące, że wymagałoby uregulowania co do możliwości zobowiązania do leczenia podobnego do zawartego w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.	Uwaga nieuwzględniona – pozostaje poza zakresem regulacji

96.	Helsińska Fundacja Praw Człowieka	<p>W odpowiedzi na pismo z dnia 29 września 2016 r., Helsińska Fundacja Praw Człowieka (dalej: „HFPC^c”) pragnie niniejszym przedstawić swoją opinię w sprawie rządowego projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (dalej: „Projekt“). Uwagi HFPC dotyczą wyłącznie przepisów Projektu przewidujących nowelizację ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i koncentrują się przede wszystkim na kwestii prawidłowości wykonania w projektowanym akcie prawnym wyroków: Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 października 2012 r. w sprawie Kędzior przeciwko Polsce (skarga nr 45026/07) oraz Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 czerwca 2016 r. (sygn. K 31/15).</p> <p>1. Propozycje nowelizacji u.o.z.p. w zakresie środków przymusu bezpośredniego Szereg przepisów Projektu odnosi się do zasad stosowania przymusu bezpośredniego. W tym kontekście pragniemy przypomnieć, że zgodnie ze współczesnymi standardami praw człowieka, przymus może być stosowany w przypadkach absolutnie koniecznych - nadużywanie go może bowiem prowadzić do naruszenia godności jednostki, a nawet może być kwalifikowane jako złamanie zakazu tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania. Warto zwrócić uwagę, że w wyroku z 19 lutego 2015 r. w sprawie M.S. przeciwko Chorwacji (skarga nr 75450/12) Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdził, że stosowanie przymusu w formie unieruchomienia pacjenta jest dopuszczalne tylko wówczas, gdy nie ma żadnego innego środka, za pomocą którego można byłoby uspokoić agresywnego pacjenta i uchronić go przed wyrządzeniem krzywdy sobie lub innym. Podkreślił przy tym, że zgodnie ze współczesnymi standardami ochrony praw człowieka, środki takie muszą być traktowane jako zupełna ostateczność w celu zapobieżenia bezpośredniemu i nieuchronnemu (ang. immediate and imminent) wyrządzeniu krzywdy pacjentowi lub innym osobom. Co więcej, stosowanie środków przymusu bezpośredniego musi być skorelowane z istnieniem adekwatnych gwarancji chroniących przed wszelkimi nadużyciami, zapewniać jednostce stosowne mechanizmy ochrony proceduralnej, za pomocą których można będzie ustalić, czy zastosowanie przymusu faktycznie było konieczne, proporcjonalne i czy rzeczywiście nie było mniej inwazyjnych możliwości. Ponadto, środki przymusu nie mogą być stosowane dłużej, niż jest to absolutnie konieczne.</p> <p>Obszerne rekomendacje w zakresie stosowania przymusu wobec pacjentów psychiatrycznych zostały przedstawione przez Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT) w 2012 r. W dokumencie podkreślono konieczność traktowania przymusu jako środka o charakterze ultima ratio i stosowania go zgodnie z zasadą proporcjonalności. Konieczne jest też istnienie odpowiednich gwarancji prawnych chroniących przed nadużyciami w tym zakresie. Do takich gwarancji można zaliczyć szczegółową regulację prawną dotyczącą dopuszczalności stosowania środków przymusu, jasne przepisy wewnętrzne danej instytucji połączone z informowaniem pacjentów o ich treści, monitorowanie działalności placówek uprawnionych do stosowania przymusu, jak również niezależne mechanizmy kontroli nad wykorzystywaniem środków obywatelskich i rozpatrujące skargi pacjentów na tym tle.</p>	Uwaga w większości uwzględniona
-----	-----------------------------------	---	---------------------------------

		<p>Ponadto, wszystkie zakłady zobowiązane są do szczegółowego rejestrowania każdego przypadku zastosowania środków przymusu - zarówno w aktach pacjenta, wobec którego środki takie zastosowano, jak również w specjalnym, odrębnym rejestrze. Rejestracji powinny podlegać w szczególności informacje na temat czasu rozpoczęcia i zaprzestania stosowania unieruchomienia, okoliczności, w jakich doszło do jego zastosowania, przyczyny uzasadniające jego zastosowanie, imię lekarza, który zdecydował lub zatwierdził wykorzystanie środka przymusu, dane personalne pracownika zakładu, który brał udział w unieruchomieniu pacjenta, jak również dane na temat uszkodzeń ciała doznanych przez obezwładnianego pacjenta. O unieruchomieniu może zdecydować (lub zatwierdzić) wyłącznie lekarz po indywidualnej ocenie każdego przypadku. CPT podkreśla też, że środki unieruchamiające powinny być stosowane umiejętnie i starannie, tak aby nie zagrozić zdrowiu pacjenta i zminimalizować ryzyko doznania przez niego bólu. Personel powinien być w tym zakresie odpowiednio przeszkolony. Ponadto, pacjenci nie powinni być unieruchamiani w obecności innych pacjentów, chyba że wyrażają taką wolę. Unieruchomieni pacjenci powinni być odpowiednio odziani, a także mieć możliwość samodzielnego jedzenia i picia. Zabronione jest wykorzystywanie w celu unieruchomienia pasów z bawełny, jak również kajdanek i łańcuchów. Pasy powinny być delikatne i nie za ciasne, tak aby pacjent mógł bezpiecznie poruszać rękami i nogami oraz by nie doszło do powstania ran i pęcherzy. Unieruchomienie powinno trwać możliwie jak najkrócej (od kilku minut do kilku godzin) i zostać zaprzestane, gdy ustanie przyczyna, dla której zostało zastosowane.</p> <p>Przechodząc do analizy Projektu, zdaniem HFPC pozytywnie należy ocenić zmianę proponowaną w art. 1 pkt 2 Projektu polegającą na uniemożliwieniu stosowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi unieruchomienia za pomocą „innych środków technicznych” (art. 3 w pkt 6 w lit. c u.o.z.p.). Usunięcie tego nieprecyzyjnego zwrotu jest konieczne w świetle wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lipca 2013 r., sygn. akt Kp 1/13, w którym stwierdzono, że analogiczny przepis ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 Nr 35, poz. 230 z późn. zm.) był niezgodny z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 i z zasadą poprawnej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.</p> <p>Oprócz tej zmiany Projekt przewiduje wprowadzenie do u.o.z.p. art. 18a-18f, mających normować zasady stosowania przymusu bezpośredniego, a także monitorowanie i raportowanie przypadków jego użycia. Wiele z tych przepisów stanowi przy tym tak naprawdę przeniesienie na grunt ustawy regulacji zawartych obecnie w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. 2012 poz. 740). Dotyczy to w szczególności czasowych limitów stosowania przymusu, przedłużania jego stosowania, rejestracji przypadków jego stosowania, wykonywania przymusu w formie unieruchomienia w pokoju jednoosobowym itd.</p> <p>Sama rezygnacja z uregulowania w rozporządzeniu szczegółowych kwestii związanych ze</p>	
--	--	--	--

		<p>stosowaniem przymusu i przeniesienie tej materii na poziom ustawy, stanowi, zdaniem HFPC, dobre rozwiązanie - z uwagi na stopień ingerencji środków przymusu bezpośredniego w wolności i prawa jednostki, sposób jego stosowania powinien być unormowany na poziomie ustawowym.</p> <p>Jeśli chodzi natomiast o treść obowiązujących i proponowanych przepisów w tym zakresie, w ocenie HFPC nie odbiegają one od przedstawionych powyżej standardów międzynarodowych. Warto jednak zwrócić uwagę na kilka rozwiązań rekomendowanych w przywołanym wyżej dokumencie CPT, które mogą udoskonalić obowiązujący i proponowany system stosowania środków przymusu.</p> <p>Po pierwsze, w ww. dokumencie CPT wskazało, że unieruchomienie za pomocą środków mechanicznych połączone z izolacją nie powinno trwać dłużej niż 6 godzin. W szczególnie uzasadnionych przypadkach mogłoby zostać wydłużone za zgodą dwóch lekarzy. Podobne zasady powinny obowiązywać w przypadku, gdy wobec pacjenta ponawia się stosowanie środka przymusu w ciągu 24 godzin od ostatniego unieruchomienia. Tymczasem, na gruncie obecnych i proponowanych rozwiązań zasięgnięcie opinii drugiego lekarza jest potrzebne dopiero po 16 godzinach stosowania przymusu przez jednego lekarza (zob. proponowany art. 18a ust. 5-8 u.o.z.p.). Zdaniem HFPC w celu zapewnienia większego obiektywizmu w podejmowaniu decyzji o stosowaniu przymusu, wskazane byłoby skrócenie tego czasu np. poprzez uzależnienie dopuszczalności przedłużenia stosowania przymusu ponad pierwotne 4 godziny od uzyskania pozytywnej opinii drugiego lekarza.</p> <p>Po drugie, w omawianym dokumencie zalecono wprowadzenie odrębnych regulacji dotyczących stosowania środków przymusu wobec pacjentów poniżej 16 roku życia. W tym zakresie CPT wskazało, że małoletni co do zasady w ogóle nie powinni być poddawani środkom przymusu. W zupełnie wyjątkowych sytuacjach, gdy konieczne jest zapobieżenie wyrządzeniu przez pacjenta szkody samemu sobie lub innym, dopuszczalne powinno być stosowanie wyłącznie przymusu fizycznego w postaci przytrzymania osoby przez personel aż do jej uspokojenia. Zdaniem HFPC wskazane byłoby więc wprowadzenie do u.o.z.p. szczegółowych przepisów dotyczących stosowania środków przymusu wobec dzieci w związku z ich szczególną wrażliwością fizyczną i psychiczną.</p> <p>2. Wykonanie wyroków ETPC i TK</p> <p>W art. 1 pkt. 10 i 11 Projektu przewiduje się wprowadzenie do u.o.z.p. nowej procedury dotyczącej umieszczania osób ubezwłasnowolnionych w domach pomocy społecznej oraz wypisywania z nich. Zmiany te motywowane są koniecznością implementacji standardów wynikających z przywołanych powyżej wyroków ETPC i TK. Dotychczasowe przepisy zostały w nich uznane za niezgodne z Konstytucją i Europejską Konwencją Praw Człowieka, gdyż umożliwiały umieszczenie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej w DPS na wniosek jej opiekuna, przy całkowitym zignorowaniu woli samej tej osoby, bez przeprowadzenia rzetelnego postępowania sądowego, a także nie przyznawały osobom ubezwłasnowolnionym żadnych środków prawnych, za pomocą których mogłyby się one domagać kontroli legalności</p>	
--	--	--	--

		<p>i zasadności ciągłego pobytu w DPS.</p> <p>2.1. Umieszczanie w DPS</p> <p>Jak wskazał w wyroku K 31/15 Trybunał Konstytucyjny, ustawodawca powinien zapewnić osobom umieszczanym wbrew własnej woli w DPS prawo do rzetelnej procedury sądowej, która „powinna zapewniać stronom uprawnienia procesowe stosowne do przedmiotu prowadzonego postępowania. W każdym wypadku ustawodawca powinien zapewnić jednostce prawo do wysłuchania. Jednostka musi uzyskać w szczególności możliwość przedstawienia swoich racji oraz zgłaszania wniosków dowodowych. Istotny element sprawiedliwej procedury sądowej stanowi prawo strony do osobistego udziału w czynnościach procesowych. Ustawodawca może ograniczyć udział stron w określonych czynnościach procesowych, ograniczenia takie powinny jednak zawsze posiadać odpowiednie uzasadnienie. Ocena konkretnych rozwiązań ustawowych z punktu widzenia wymogów sprawiedliwości proceduralnej powinna uwzględniać charakter spraw rozpoznawanych w danym postępowaniu“.</p> <p>Podobne wymogi wynikają z orzecznictwa ETPC. Procedura pozbawiania wolności osób z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną (nie tylko tych ubezwłasnowolnionych) musi przewidywać jasne i efektywne gwarancje chroniące przed wszelką arbitralnością w tym względzie (zob. np. wyrok z 17 kwietnia 2014 r. w sprawie Rudenko przeciwko Ukrainie, skarga nr 50264/08). W szczególności, procedura taka musi umożliwiać obiektywne stwierdzenie, że osoba jest chora psychicznie w stopniu uzasadniającym pozbawienie jej wolności</p> <p>W celu implementacji ww. standardów, Projekt przewiduje dodanie do art. 38 u.o.z.p. ustępu drugiego, wedle którego przyjęcie osoby do DPS bez jej zgody, a za zgodą jej przedstawiciela ustawowego, będzie wymagało orzeczenia sądu opiekuńczego. Konsekwencją wprowadzenia takiego wymogu są także dalsze zmiany normujące przebieg postępowania sądowego. W tym zakresie pkt 13 Projektu rozszerza gwarancje przewidziane w art. 45 ust. 1 u.o.z.p. na osoby umieszczane wbrew swojej woli w DPS. Oznacza to, że w sprawie takiego umieszczenia sąd opiekuńczy będzie mógł orzec po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna się odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku. Pkt 14 lit. b Projektu czyni to samo w odniesieniu do rozwiązań zawartych w art. 46 ust. 1 i 2 u.o.z.p. Tym samym osoba umieszczana w DPS będzie z mocy prawa uczestnikiem postępowania przed sądem opiekuńczym, a ponadto wydanie orzeczenia o umieszczeniu jej w DPS nie będzie możliwe bez uzyskania opinii jednego lub kilku lekarzy psychiatrów.</p> <p>HFPC pozytywnie ocenia proponowane zmiany. W naszej ocenie realizują one wymogi wynikające z orzecznictwa TK i ETPC. Przeprowadzenie rozprawy oraz wymóg zasięgnięcia przez sąd opinii biegłych umożliwią wysłuchanie osoby, której postępowanie dotyczy, a także wykazanie zasadności pozbawienia wolności. Postępowanie to będzie przy tym zawierało takie same gwarancje proceduralne, co w przypadku umieszczenia w DPS na podstawie art. 39 u.o.z.p. HFPC z aprobatą odnosi się także do proponowanej w pkt 15 nowelizacji</p>	
--	--	--	--

		<p>art. 48 u.o.z.p., która wprowadza obowiązek ustanowienia pełnomocnika z urzędu dla osoby przymusowo umieszczanej w DPS. Taka zmiana korzystnie wpłynie na ochronę praw procesowych osób pozbawianych wolności.</p> <p>Fundacja pragnie jednak zaznaczyć, że art. 38 i 39 u.o.z.p., zarówno w kształcie obecnym, jak i proponowanym w Projekcie, regulują przymusowe umieszczanie w DPS tylko takich osób, które są chore psychicznie lub upośledzone umysłowo. Zachodzi więc pytanie, czy osoby ubezwłasnowolnione cierpiące na innego rodzaju zaburzenia psychiczne (por. art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p.) nie mogą w ogóle być umieszczane wbrew swojej woli w DPS, czy też może mogą, lecz nie stosuje się do nich gwarancji z u.o.z.p. W tym zakresie należy zauważyć, że ustawa o pomocy społecznej nie zawiera żadnych szczegółowych przepisów dotyczących postępowania w razie sprzeciwu osoby wobec decyzji opiekuna o umieszczeniu w takiej placówce opiekuńczej. Stanowi jedynie w art. 102, że świadczenia z pomocy społecznej, do których z mocy art. 102 pkt 2 lit. o zaliczany jest także pobyt w DPS, są udzielane na wniosek osoby zainteresowanej, jej przedstawiciela ustawowego albo innej osoby, za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego, a także mogą być udzielane z urzędu. Rozdział 2 ustawy, regulujący kierowanie do DPS i ich funkcjonowanie, także nie przyznaje osobie ubezwłasnowolnionej żadnych praw proceduralnych.</p> <p>Tym samym, brzmienie ustawy o pomocy społecznej sugeruje, że aktualnie do umieszczenia osoby ubezwłasnowolnionej innej niż chora psychicznie lub upośledzona intelektualnie, wystarczający jest wniosek jej przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego), który teoretycznie powinien uprzednio uzyskać zgodę sądu opiekuńczego w trybie art. 156 k.r.o. Taka sytuacja jest w sposób oczywisty nie do pogodzenia z Konstytucją z tych samych przyczyn, które naświetlił Trybunał Konstytucyjny w cytowanym tu wielokrotnie wyroku z 28 czerwca 2016 r.</p> <p>W ocenie HFPC z uwagi na powyższe, zasadne jest więc uregulowanie wyżej opisanej kwestii poprzez albo <i>expressis verbis</i> wyłączenie możliwości umieszczania osób ubezwłasnowolnionych cierpiących na zaburzenia inne niż określone w art. 3 pkt 1 lit. a i b u.o.z.p. wbrew ich woli w DPS, albo jasne i precyzyjne unormowanie przesłanek dopuszczalności takiego umieszczenia wraz z zapewnieniem im prawa do rzetelnego procesu, zdolnego zapewnić, że pozbawienie wolności nie będzie stosowane arbitralnie.</p> <p>2.2. Środki prawne po umieszczeniu w PPS</p> <p>W przywoływanym już wyroku w sprawie o sygn. K 31/15 TK orzekł, że, „standard konstytucyjny wymaga zapewnienia osobie całkowicie ubezwłasnowolnionej, umieszczonej w domu pomocy społecznej w trybie dobrowolnym, realnego wpływu na kontynuację pobytu w tej placówce. Niezbędne jest przewidzenie możliwości samodzielnego inicjowania przez taką osobę procedury zmierzającej do weryfikacji przesłanek jej przebywania w domu pomocy społecznej i - w następstwie tego - do zwolnienia. Jedną z tych przesłanek jest zezwolenie na umieszczenie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej w domu pomocy społecznej, udzielane przez sąd jej przedstawicielowi ustawowemu“.</p>	
--	--	---	--

		<p>Podobny wymóg wynika z art. 5 § 4 EKPC. Osoby już umieszczone w DPS powinny mieć więc zapewniony dostęp do środków prawnych, za pomocą których mogłyby inicjować, w rozsądnych odstępach czasu, postępowanie sądowe w celu oceny legalności ich detencji. Postępowanie sądowe powinno zapewniać jednostce gwarancje procesowe odpowiednie do rodzaju pozbawienia wolności. Gwarancje takie nie zawsze muszą być na równie wysokim poziomie, co ten wymagany na gruncie art. 6 § 1 EKPC w kontekście spraw karnych i cywilnych. Niemniej, kluczowe jest zapewnienie osobie pozbawionej wolności dostępu do sądu, prawa do bycia wysłuchanym osobiście lub, gdy zajdzie taka konieczność, poprzez jakiegoś pełnomocnika. Specjalne gwarancje proceduralne mogą być wymagane w celu ochrony osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, które nie są w pełni zdolne do samodzielnego działania (zob. np. wyrok z 14 lutego 2012 r. w sprawie D.D. przeciwko Litwie, skarga nr 13469/06).</p> <p>W tym zakresie Projekt przewiduje, że osoba umieszczona wbrew swojej woli, lecz za zgodą opiekuna prawnego, będzie miała prawo do złożenia do sądu opiekuńczego wniosku o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej na takich samych zasadach, co osoba umieszczona w trybie art. 39 u.o.z.p. Ograniczeniem tego prawa jest niemożność złożenia pierwszego wniosku przed upływem 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do domu pomocy społecznej. W razie złożenia go przed upływem tego terminu, wniosek nie będzie podlegał rozpatrzeniu. Ograniczenie to nie będzie jednak wiązało kierownika domu pomocy społecznej, który będzie mógł złożyć wniosek o zmianę orzeczenia o przyjęciu do DPS nawet przed upływem miesiąca, jeśli uzna, że zmieniły się okoliczności uzasadniające przymusowe umieszczenie. Sąd będzie rozpoznawał wniosek o wypisanie z DPS na zasadach określonych w Rozdziale 5 u.o.z.p. Także zatem i w tym przypadku konieczne będzie przeprowadzenie rozprawy, zbadanie osoby umieszczonej przez biegłych psychiatrów, a także wyznaczenie dla osoby pozbawionej wolności pełnomocnika z urzędu.</p> <p>Dodatkowym rozwiązaniem, mającym zapewnić, że osoba nie będzie pozbawiona wolności dłużej, niż jest to konieczne, jest mechanizm zawarty w przewidzianym w pkt 10 Projektu art. 38 ust. 3 u.o.z.p. Wprowadza on wymóg dokonywania okresowych badań stanu zdrowia psychicznego osoby umieszczonej w DPS pod kątem zasadności jej dalszego pobytu w placówce. Badania takie mają być przeprowadzane co najmniej raz na 6 miesięcy</p> <p>Także te propozycje HFPC ocenia pozytywnie. Wprawdzie niemożność złożenia wniosku o wypisanie z DPS przed upływem 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do tej instytucji stanowi pewne ograniczenie prawa do sądu, niemniej można je uznać za dające się pogodzić z wymogami Konstytucji. Podobne ograniczenie obowiązuje od lat także w przypadku przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym (art. 36 ust. 2 u.o.z.p.).</p> <p>3. Inne zmiany sugerowane przez HFPC</p> <p>W toku swojej działalności HFPC zidentyfikowała także inne problemy związane</p>	
--	--	--	--

		<p>z funkcjonowaniem przepisów dotyczących pozbawiania wolności osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, które w naszej ocenie wymagałyby podjęcia działań legislacyjnych.</p> <p>3.1. Procedura przenoszenia osób ubezwłasnowolnionych między różnymi PPS</p> <p>W ocenie HFPC, jednym z tego rodzaju problemów jest brak dostatecznie precyzyjnych przepisów regulujących zasady przenoszenia osób ubezwłasnowolnionych między różnymi DPS. Dotychczas, w przypadku osób umieszczonych w DPS dobrowolnie, przenoszenie takie odbywało się na podstawie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego o zmianie decyzji administracyjnych. W tym zakresie, pewne kontrowersje budziła kwestia, czy do złożenia przez opiekuna wniosku o przeniesienie podopiecznego do innej placówki konieczne było uzyskanie zgody sądu opiekuńczego na podstawie art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Przykładowo, w wyroku z 22 grudnia 2014 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Białymstoku (sygn. II SA/Bk 1030/14) stwierdził, że wniosek opiekuna o przeniesienie podopiecznego do innego DPS nie wymaga zgody sądu opiekuńczego, gdyż takie przeniesienie „nie tworzy nowych praw i obowiązków ubezwłasnowolnionej, lecz jest czynnością techniczną podyktowaną względami społecznymi”.</p> <p>Co więcej osoby ubezwłasnowolnione umieszczone w DPS za zgodą swoich opiekunów nie miały dotychczas możliwości zaskarżenia decyzji o przeniesieniu. HFPC znana jest sprawa częściowo ubezwłasnowolnionego mężczyzny przeniesionego do innego DPS na wniosek dyrektora placówki, na co zgodę wyraził kurator mężczyzny. Ubezwłasnowolniony złożył odwołanie od decyzji o przeniesieniu (wydanej w trybie art. 163 k.p.a.) do Samorządowego Kolegium Odwoławczego. W związku z oddaleniem odwołania jako bezzasadnego, ubezwłasnowolniony częściowo złożył skargę administracyjną do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Skarga została jednak odrzucona przez sąd w oparciu o art. 58 § 2 p.p.s.a., tj. z uwagi na brak zdolności procesowej skarżącego i brak potwierdzenia skargi przez jego kuratora. W uzasadnieniu WSA wskazał, że „[w] ocenie Sądu w niniejszej sprawie skarżący nie mógł działać samodzielnie, a jedynie przez swego przedstawiciela ustawowego, bowiem skarga dotyczy decyzji wydanej w przedmiocie skierowania do domu pomocy społecznej, a zatem nie w zakresie spraw, dla których obowiązujące przepisy przewidują możliwość samodzielnego działania osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych. Skargę w imieniu skarżącego mógł zatem wnieść jedynie jego kurator (...).”</p> <p>Zdaniem Fundacji, Projekt nie przyczyni się do całkowitego rozwiązania omawianego tu problemu. Żaden z proponowanych przepisów nie odnosi się <i>expressis verbis</i> do przenoszenia osób ubezwłasnowolnionych między różnymi DPS. Trudno jednoznacznie ocenić, czy zmiana placówki będzie wymagała wydania nowego orzeczenia sądu o przyjęciu do DPS na podstawie art. 38 ust. 2 u.o.z.p., czy też stosować się tu będzie procedurę zmiany orzeczenia o przyjęciu (art. 41 u.o.z.p.). Należy przy tym mieć na uwadze, że art. 46 ust. 3 u.o.z.p. stanowi, że uczestnikami postępowania w sprawie przyjęcia osoby do DPS lub wypisania z tej instytucji są: ta osoba, jej przedstawiciel ustawowy oraz DPS. Tym samym, Projekt nie</p>	
--	--	---	--

		<p>precyzuje, jakie podmioty będą uczestnikami postępowań dotyczących kwestii innych niż umieszczenie i wypisanie z DPS, w tym - dotyczących przeniesienia z jednego DPS do innego. Tym samym, nie jest jasne, czy w tego rodzaju sprawach znajdą zastosowanie gwarancje procesowe przewidziane w ustawie.</p> <p>W ocenie HFPC wskazane jest więc doprecyzowanie w Projekcie omawianej kwestii poprzez przyznanie osobom ubezwłasnowolnionym praw procesowych w postępowaniu o przeniesienie ich do innego DPS.</p> <p>3.2. Długość trwania postępowań dotyczących zasadności przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym</p> <p>Inną problematyczną kwestią, z jaką zetknęła się w swojej praktyce HFPC, jest zbyt długi czas trwania postępowań dotyczących zasadności przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym w trybie nagłym, tj. na podstawie art. 23 u.o.z.p. Zagadnienia tego dotyczy m.in. zawisła przed ETPC sprawa Rydzyńska przeciwko Polsce (skarga nr 20206/11), zakomunikowana polskiemu rządowi 2 listopada 2015 r., na potrzeby której HFPC przedstawiła Trybunałowi opinię prawną w charakterze przyjaciela sądu. W sprawie tej Skarżąca, kobieta cierpiąca na schizofrenię paranoidalną, została umieszczona w szpitalu psychiatrycznym ze względu na rzekome stwarzanie przez nią zagrożenia dla siebie i innych (posądzono ją o spowodowanie pożaru w mieszkaniu). W szpitalu przebywała ponad 2 miesiące, po czym została wypisana. Dopiero po upływie kolejnego miesiąca, a więc po upływie 3 miesięcy od umieszczenia, sąd opiekuńczy wydał orzeczenie stwierdzające, że przymusowa hospitalizacja była bezzasadna.</p> <p>Zgodnie z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez swojej zgody, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala takiej osoby postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Przymusowe przyjęcie musi w ciągu 48 godzin zostać zatwierdzone przez ordynatora. Jednocześnie w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia, kierownik szpitala zawiadamia o nim sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. Następnie, w ciągu 48 godzin od otrzymania zawiadomienia przez sąd, osoba przymusowo umieszczona zostaje wysłuchana przez sędziego wizytującego szpital. W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania przed sądem opiekuńczym. Jeśli do tego nie dojdzie, w ciągu 14 dni od otrzymania zawiadomienia odbywa się rozprawa przed sądem opiekuńczym.</p> <p>Podstawowym problemem tak uregulowanej procedury jest to, że wcale nie zapewnia ona, że sąd dokona „niezwłocznego ustalenia legalności“ pozbawienia wolności, jak wymaga tego art. 41 ust. 2 Konstytucji. Ustawa określa bowiem jedynie termin, w którym należy przeprowadzić pierwszą rozprawę, lecz nie precyzuje, w jakim czasie sąd powinien wydać</p>	
--	--	--	--

		<p>postanowienie w przedmiocie istnienia podstaw do pozbawienia wolności. Zresztą nawet wydanie takiego postanowienia na pierwszej rozprawie, po 14 dniach od umieszczenia, trudno uznać za działanie „niezwłoczne“. Należy przy tym podkreślić, że możliwość zarządzenia natychmiastowego wypisania osoby ze szpitala przez sędziego wizytatora już po 48 godzinach od otrzymania przez sąd zawiadomienia o przyjęciu, w żaden sposób nie rozwiązuje omawianego problemu - z naszych danych wynika bowiem, że takie zarządzenia są wydawane niezwykle rzadko. Przykładowo, Sądy Rejonowe w Gliwicach oraz Warszawa- Praga Północ poinformowały nas, że w latach 2010-2015 nie wydano ani jednego takiego zarządzenia, zaś Sąd Rejonowy Lublin-Zachód, że w okresie tym wydano łącznie 5 zarządzeń o natychmiastowym wypisaniu, przy czym łączna liczba spraw dotyczących przymusowego umieszczenia na podstawie art. 23 u.o.z.p. przekraczała 2700.</p> <p>Z danych zgromadzonych przez HFPC na potrzeby opinii do ETPC w sprawie Rydzyńska przeciwko Polsce wynika, że sytuacje, w których postanowienie dotyczące legalności pozbawienia wolności w trybie art. 23 u.o.z.p. zostaje wydane po kilku tygodniach, a nawet miesiącach, wcale nie należą do rzadkości.</p> <p>Jak widać, średni czas trwania postępowań przed każdym z analizowanych sądów znacząco się różnił. W Sądzie Rejonowym w Białymstoku 80% postępowań kończyło się w terminie 14 dni lub krótszym. Jednak już w przypadku Sądu Rejonowego w Starogardzie Gdańskim w 2013 r. ok. 35% postępowań, w 2014 r. - ponad 43%, a w 2015 r. ok. 37% postępowań trwało dłużej niż jeden miesiąc. Z kolei w Sądzie Rejonowy w Lublińcu średnio 13% postępowań prowadzonych we wszystkich analizowanych latach trwało miesiąc i dłużej. Szczególnie niepokojący jest stosunkowo duży odsetek postępowań trwających ponad 2 miesiące. Przykładowo, w Sądzie Rejonowym dla Warszawy Śródmieścia takich spraw było w 2013 r. i 2014 r. ponad 20%, a w 2015 r. - ponad 10%.</p> <p>Oczywiście, wydanie przez sąd opiekuńczy orzeczenia w przedmiocie legalności pozbawienia wolności dopiero po upływie kilku tygodni, nie oznacza, że przez cały ten czas osoba przebywa w szpitalu psychiatrycznym. Zgodnie bowiem z art. 35 ust. 1 u.o.z.p. jeżeli ordynator uzna, że ustały przewidziane w niniejszej ustawie przyczyny przyjęcia i pobytu tej osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody, powinien postanowić o wypisaniu jej ze szpitala, nie czekając nawet na postanowienie sądu opiekuńczego. Niemniej, taka możliwość nie zastąpi obiektywnej kontroli legalności pozbawienia wolności dokonanej przez niezawisły sąd, do której osoba poddana izolacji ma konstytucyjne prawo.</p> <p>Należy przy tym podkreślić, że im dłużej osoba przebywa w szpitalu psychiatrycznym bez postanowienia sądowego, tym w większym stopniu mogą zostać naruszone jej prawa podstawowe. Wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym mogą być przecież stosowane, nawet i przed zbadaniem przez sąd zasadności pozbawienia wolności, środki przymusu bezpośredniego, czy, na podstawie art. 33 u.o.z.p., niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody.</p> <p>W ocenie HFPC zasadne byłoby więc wprowadzenie do Projektu przepisów, które miałyby na</p>	
--	--	---	--

		<p>celu zapewnienie, że postanowienie sądu opiekuńczego w przedmiocie istnienia podstaw do przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej zostanie wydane niezwłocznie, zgodnie z wymogiem określonym w art. 41 ust. 2 Konstytucji. Warto zauważyć, że na konieczność uchwalenia takich regulacji już w 2013 r. wskazywała Rzecznik Praw Obywatelskich.</p> <p>Innym problemem, który w ocenie HFPC wymagałby działań legislacyjnych, jest przeciwdziałanie naruszeniom praw człowieka, do jakich dochodzi w różnego rodzaju prywatnych zakładach całodobowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku. W ostatnim czasie media kilkakrotnie informowały o tego rodzaju przypadkach. Przykładowo, w kwietniu 2016 r. ujawniono naruszające standardy ochrony praw człowieka praktyki, do jakich miało dochodzić w domu opieki dla osób chorych na Alzheimer'a w Trzciance. Miały one polegać m.in. na nadużywaniu stosowania wobec pacjentów środków przymusu bezpośredniego poprzez ich unieruchamianie za pomocą pasów bezpieczeństwa, jak również niezapewnianiu im należytej opieki higienicznej. Z kolei w październiku bieżącego roku, media informowały o podobnych naruszeniach praw człowieka, do jakich miało dochodzić w domach opieki w Wolicy oraz Zgierzu.</p> <p>HFPC pragnie podkreślić, że w świetle Konstytucji i EKPC umieszczenie jakiegokolwiek osoby, nawet pozbawionej zdolności do czynności prawnych, wbrew jej woli w zamkniętej instytucji, zawsze będzie stanowiło pozbawienie wolności. Dotyczy to również umieszczania osób, na wniosek ich opiekunów prawnych, w prywatnych zakładach opieki. Jak bowiem podkreśla Trybunał Konstytucyjny, choć art. 41 ustawy zasadniczej dotyczy przede wszystkim przypadków ingerencji w wolność osobistą ze strony organów państwa, to niedopuszczalne jest twierdzenie, jakoby inne wypadki ograniczenia woli i zachowań jednostki pozostawały poza zakresem regulacji art. 41 ust. 1 Konstytucji (zob. przywołany wcześniej wyrok z 28 czerwca 2016 r. sygn. akt K 31/15). Aspekt negatywny wolności osobistej polega bowiem na obowiązku każdego do powstrzymania się od ingerencji w wolność innej osoby (zob. np. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 marca 2007 r. sygn. akt K 28/05).</p> <p>Z tego względu na organach państwa ciąży obowiązek zapewnienia, że tego rodzaju formy pozbawienia wolności będą stosowane wyłącznie wówczas, gdy będzie to uzasadnione w świetle zasady proporcjonalności, a także w warunkach zgodnych z wymogami konstytucyjnymi.</p> <p>Jeśli chodzi o proces umieszczania osób ubezwłasnowolnionych w tego rodzaju prywatnych placówkach, należy zwrócić uwagę, że nowa procedura proponowana w pkt. 10 i 11 Projektu będzie dotyczyć domów pomocy społecznej. Zgodnie jednak z art. 3 pkt 3 u.o.z.p. pojęcie „dom pomocy społecznej” należy definiować szeroko, jako wszelkie rodzaje pomocy instytucjonalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu art. 3 pkt 1 u.o.z.p. Zachodzi więc pytanie, czy prywatne instytucje opiekuńcze także stanowią „pomoc instytucjonalną”, o której mowa w przywołanym przepisie, a zatem, czy stanowią DPS</p>	
--	--	--	--

		<p>w rozumieniu u.o.z.p. Ustalenie tej kwestii jest kluczowe dla rozstrzygnięcia, czy nowe przepisy wpłyną także na sytuację procesową osób ubezwłasnowolnionych umieszczanych przez opiekunów w takich placówkach.</p> <p>W ocenie HFPC, wszelkie placówki prowadzące działalność w zakresie całodobowej opieki nad osobami z niepełnosprawnością, chorymi lub w podeszłym wieku stanowią pomoc instytucjonalną oraz DPS w rozumieniu u.o.z.p. Dla wykładni przepisów nie powinno mieć znaczenia, czy właścicielem placówki jest podmiot prywatny czy publiczny. Niemniej, w praktyce może dochodzić do kontrowersji na tle tego, czy do umieszczenia osoby ubezwłasnowolnionej w prywatnym domu opieki należy stosować przepisy u.o.z.p., co może w pewnych przypadkach pozbawić część osób ubezwłasnowolnionych gwarancji przewidzianych w tej ustawie. Wątpliwości te mogą brać się m.in. z tego, że także w takich placówkach umieszczane są osoby ubezwłasnowolnione cierpiące na zaburzenia innego typu niż choroba psychiczna lub upośledzenie umysłowe (zob. wyżej), a ponadto samo umieszczenie takie odbywa się zwykle na podstawie zwykłej umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy opiekunem prawnym a danym ośrodkiem.</p> <p>Z uwagi na powyższe, zdaniem Fundacji zasadne byłoby wprowadzenie do u.o.z.p. lub ustawy o pomocy społecznej przepisów, które <i>expressis verbis</i> odnosiłyby się do umieszczania osób ubezwłasnowolnionych w prywatnych placówkach opiekuńczych bez ich zgody. Przepisy takie powinny oczywiście spełniać konstytucyjne standardy ochrony wolności osobistej, a więc jasno określać przesłanki, kiedy (o ile w ogóle) jest dopuszczalne działanie wbrew woli osoby ubezwłasnowolnionej, jak też zapewnić takim osobom odpowiednie prawa proceduralne.</p> <p>Ponadto, HFPC pragnie zwrócić uwagę na konieczność zwiększenia efektywności nadzoru państwa nad funkcjonowaniem takich placówek. Jak wskazał Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z 16 czerwca 2005 r. w sprawie <i>Stork</i> przeciwko Niemcom (skarga nr 61603/00), z art. 5 EKPC wynika obowiązek władz państwowych do objęcia nadzorem prywatnych instytucji psychiatrycznych: „Instytucje takie, w szczególności te, w których pacjenci przebywają bez zgody sądu, muszą posiadać nie tylko stosowne zezwolenie, lecz także podlegać kompetentnemu i regularnemu nadzorowi, pod kątem zasadności pozbawienia wolności i leczenia pacjentów w nich przebywających”. Podobny wymóg można wywieść także z Konstytucji.</p> <p>Zdaniem HFPC, z uwagi na możliwość ingerencji przez personel takich placówek w prawa podstawowe pacjentów w nich przebywających, istotne jest, aby kontrola sprawowana przez służby państwowe była efektywna. Oznacza to, że organy państwa powinny być w stanie skutecznie pozyskiwać informacje o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu takich jednostek oraz podejmować odpowiednie środki zmierzające do wyeliminowania wszelkich nadużyć w tym zakresie. W naszej ocenie, szczególną uwagę należy zwrócić na posiadanie przez daną placówkę stosownego zezwolenia wojewody na prowadzenie działalności całodobowej (art. 67 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2016 r., poz. 930), reguły</p>	
--	--	--	--

			<p>dotyczące przyjmowania pacjentów, zasady stosowania wobec nich środków przymusu bezpośredniego oraz ogólne warunki higieniczne panujące w takich zakładach.</p> <p>Wspomniane powyżej przypadki rażących naruszeń praw człowieka w prywatnych instytucjach opiekuńczych, działających niejednokrotnie bez wymaganego prawem zezwolenia wojewody, uzasadniają konkluzję, że obecny system nadzoru nad nimi takimi placówkami nie jest wystarczająco efektywny. Na konieczność zmiany obowiązujących przepisów w tym zakresie HFPC zwracała uwagę w kwietniu bieżącego roku w piśmie do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej . Podobny postulat podnosił także Rzecznik Praw Obywatelskich , który podkreślił, że „Wydaje się, że obecne regulacje prawne zawarte w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (...) nie stwarzają wystarczających podstaw do efektywnego działania wojewodów w tym zakresie, a istniejący system kar pieniężnych jest nieskuteczny.”.</p> <p>4. Podsumowanie</p> <p>HFPC z satysfakcją odbiera rozwiązania zaproponowane w Projekcie. W naszej ocenie realizują one standard konstytucyjny i konwencyjny, a tym samym wykonują wyroki ETPC i TK. Jest to o tyle istotne, że od wydania wyroku w sprawie Kędzior przeciwko Polsce minęły już ponad 4 lata, w ciągu których żadne działania legislacyjne nie zostały podjęte. Fundacja z aprobatą odnosi się do przyznania osobom ubezwłasnowolnionym praw procesowych, jak też zagwarantowania wszystkim osobom umieszczanym przymusowo w szpitalach psychiatrycznych lub DPS pomocy prawnej ze strony pełnomocnika z urzędu. Także przeniesienie regulacji dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego z poziomu rozporządzenia na szczebel ustawy należy ocenić pozytywnie. Uwagi HFPC nie dotyczą więc rozwiązań zaproponowanych w Projekcie, lecz elementów, których, w naszej ocenie, w nim brakuje. Dotyczy to w szczególności rozwiązań mających na celu zapewnienie poszanowania wolności osobistej osób ubezwłasnowolnionych umieszczanych w DPS na podstawie ustawy o pomocy społecznej bądź kierowanych przez swoich opiekunów do prywatnych instytucji opiekuńczych. W naszej ocenie, wprowadzenie jasnych przepisów regulujących przesłanki i tryb umieszczania osób ubezwłasnowolnionych w takich placówkach jest konieczne do zapewnienia pełnego poszanowania wolności osobistej takich osób, w zgodzie z wymogami konstytucyjnymi i konwencyjnymi.</p>	
97.	Art. 1 pkt 8 projektu ustawy dot. art. 18e ust. 4	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	<p>W pkt 8, który dotyczy art. 18e ust. 4 proponujemy nowe brzmienie zdania pierwszego: „4. Zapis z monitoringu przechowuje się przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy, jednak nie krócej niż przez 3 miesiące od dnia zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji” i dalej bez zmian.</p> <p>Proponujemy pozostawienie dotychczasowego zapisu, który znajduje się § 8 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r. poz. 740).</p>	Uwaga nieuwzględniona – proponowany przepis wprowadzono zgodnie ze stanowiskiem MS, z uwagi na kontrole sędziów penitencjarnych.

98.	art. 1 pkt 12 lit. a projektu ustawy, który dotyczy art. 43 ust. 2		<p>W pkt 12 lit. a, który dotyczy art. 43 ust. 2 po wyrazach „szpital psychiatryczny” dodać wyrazy: „inny zakład leczniczy” - konsekwentnie jak w art. 18 ust. 1 pkt 3.</p> <p>Należy dopisać stosowanie kontroli w innych podmiotach leczniczych skoro dopuszcza się stosowanie przymusu bezpośredniego.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – kontrola dotyczy innych zakładów leczniczych, w zakresie o którym mowa w art. 3 pkt 2 obowiązującej ustawy.</p>
-----	--	--	---	--

Pozostali adresaci konsultacji, do których przedmiotowy projekt został skierowany, a mianowicie:

1. Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;
2. Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej;
3. Krajowy Konsultant w dziedzinie neurologii;
4. Marszałek Województwa Dolnośląskiego;
5. Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego;
6. Marszałek Województwa Lubelskiego;
7. Marszałek Województwa Podkarpackiego;
8. Marszałek Województwa Pomorskiego;
9. Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego;
10. Naczelna Rada Lekarska;
11. Naczelna Rada Aptekarska;
12. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
13. Polskie Towarzystwo Psychologiczne;

14. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
15. Rada Krajowa Federacji Konsumentów;
16. Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
17. Komisja Krajowa Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność 80”;
18. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
19. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
20. Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
21. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
22. Fundacja Batorego;
23. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
24. Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan;
25. Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich;
26. Stowarzyszenie Monar;
27. Stowarzyszenie Samorządowych Ośrodków Pomocy Społecznej FORUM;
28. Fundacja Instytut Spraw Publicznych;
29. Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego;
30. Business Center Club;
31. Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
32. Fundacja Pomocy Chorym Psychiczenie im. Tomasza Deca;

33. Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego;
34. Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych;
35. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej;
36. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Pielęgniarzy Psychiatrycznych;
37. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie;
38. Rada Działalności Pożytku Publicznego;
39. Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego Wzajemna Pomoc;
40. Stowarzyszenie Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego Zrozumieć i Pomóc;
41. Stowarzyszenie Osób i Rodzin na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej Integracji;
42. Rada Dialogu Społecznego;
43. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
44. Rada Dialogu Społecznego;
45. Rada do spraw Zdrowia Psychicznego;
46. Federacja Pacjentów Polskich;
47. Stowarzyszenie „Dla dobra Pacjenta”;
48. Stowarzyszenie „Primum Non Nocere”

– nie zgłosili uwag.

Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem w trybie określonym w ustawie z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2107 r. poz. 248).



KPRM

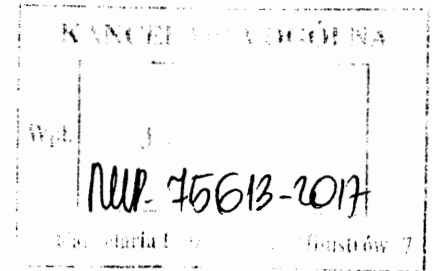


Warszawa, 23 sierpnia 2017 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.1522.2016 / 8 / MM

dot.: RM-10-104-17 z 28.08.2017 r.



Pani
Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia

o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowna Pani Minister,

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

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

Do wiadomości:

Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie sposobu dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania

Na podstawie art. 18f ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 i ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób:

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

§ 2. Adnotację o stanie fizycznym osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej, kontrolowanym zgodnie z art. 18a ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zwanej dalej „ustawą”, pielęgniarzka zamieszcza bezzwłocznie w karcie unieruchomienia lub izolacji, której wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. 1. W czasie kontroli, o której mowa w § 2, pielęgniarzka:

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

2) zapewnia krótkotrwale częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

2. W przypadku wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, w przypadku, o którym mowa w ust. 2, pielęgniarka zawiadamia jednostkę systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

§ 4. 1. W przypadku gdy zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w szpitalu psychiatrycznym, informacja o jego zastosowaniu jest zamieszczana w historii choroby, w której odnotowuje się:

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

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

- 1) osobie zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, zwanej dalej „zlecającym”;
- 2) osobach wykonujących przymus bezpośredni;
- 3) przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, w tym o skutkach stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, wobec której został on podjęty.

§ 5. 1. W przypadku gdy zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w zakładzie leczniczym innym niż określony w § 4 ust. 1 albo zlecającym jego zastosowanie jest lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej albo

grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej, jest ono odnotowywane odpowiednio w historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

2. W przypadku określonym w ust. 1 w historii choroby lub historii zdrowia i choroby odnotowywane są informacje i okoliczności, o których mowa w § 4.

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

- 1) kierownika zakładu leczniczego, jeżeli zlecającym jest lekarz tego zakładu;
- 2) lekarza podmiotu leczniczego, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka podmiotu leczniczego;
- 3) lekarza, o którym mowa w art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy, jeżeli zlecającym jest inny lekarz niż lekarz, o którym mowa w pkt 1;
- 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) dysponenta zespołów ratownictwa medycznego właściwego dla danego zespołu, jeżeli zlecającym jest kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

2. Zawiadomienie, o którym mowa w:

- 1) ust. 1 pkt 1 i 2, jest dokonywane zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 2) ust. 1 pkt 3–5, jest dokonywane zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 3) ust. 1 pkt 6, jest dokonywane zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

3. W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego przy wykonywaniu czynności, o których mowa w art. 18 ust. 5, art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, o przyczynach jego zastosowania, środku i czasie zastosowanego przymusu bezpośredniego zlecający informuje również lekarza podmiotu leczniczego, do którego została przewieziona osoba z zaburzeniami psychicznymi, przekazując mu:

- 1) kopię karty unieruchomienia lub izolacji, lub
- 2) egzemplarz pierwszej strony zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 6, jeżeli zlecającym jest kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

4. Dokument, o którym mowa w ust. 2, jest dołączany do historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

5. Po otrzymaniu zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 4, lekarz dokonuje oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, której wynik odnotowuje w zawiadomieniu, a następnie przekazuje je odpowiednio kierownikowi podmiotu leczniczego albo kierownikowi jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

6. Zawiadomienia, o których mowa w ust. 1 pkt 4–6, po dokonaniu przez zawiadomionego oceny i zatwierdzeniu zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, są przekazywane niezwłocznie lekarzowi, o którym mowa w art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy.

§ 7. 1. Po zleceniu zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz albo osoba, która podjęła decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, wypełnia niezwłocznie kartę unieruchomienia lub izolacji, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, wybór środka przymusu bezpośredniego i czas jego stosowania.

2. Kartę unieruchomienia lub izolacji załącza się do historii choroby lub historii zdrowia i choroby. Kopię karty unieruchomienia lub izolacji przekazuje się w ślad za zawiadomieniem, o którym mowa w § 6 ust. 1, po zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego, a w przypadku przedłużenia jego stosowania nie później niż po upływie każdego kolejnych 24 godzin jego stosowania.

3. W przypadku, o którym mowa w § 6 ust. 3, kopię karty unieruchomienia lub izolacji przekazuje się również lekarzowi podmiotu leczniczego, do którego została przewieziona osoba z zaburzeniami psychicznymi. Kopia karty unieruchomienia lub izolacji jest dołączana do historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

4. Przepisów ust. 1–3 nie stosuje się, jeżeli zlecającym zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia jest kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Informacje, o których mowa w ust. 1, są odnotowywane w zawiadomieniu, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 6.

§ 8. 1. Upoważniony przez marszałka województwa lekarz, o którym mowa w art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy, dokonując oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, uwzględnia okoliczności, o których mowa w § 4.

2. Informację o pozytywnej albo negatywnej ocenie zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego lekarz dokonujący oceny odnotowuje w zawiadomieniu, o którym mowa

w § 6 ust. 1 pkt 3–6, a jego kopię przekazuje powiadamiającemu o zastosowaniu przymusu. Kopię zawiadomienia dołącza się do historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

MINISTER ZDROWIA

w porozumieniu:

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

MINISTER RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 10 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...).

WZÓR

KARTA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI

.....
(podmiot leczniczy/jednostka organizacyjna pomocy społecznej)

.....
(oddział albo jednostka lub komórka organizacyjna)

ZLECENIE

Pacjent

.....
Nr historii choroby

Powód zastosowania:

.....
.....
.....
.....
.....

– rodzaj unieruchomienia:

.....

– izolacja:

.....

.....

Początek stosowania unieruchomienia lub izolacji:

Data	Godzina	Zlecający (czytelny podpis, pieczętka)	Osoby wykonujące (imię i nazwisko, czytelny podpis)

.....

Lekarz zatwierdzający zastosowanie
unieruchomienia lub izolacji*
(czytelny podpis, pieczętka, data)

Koniec stosowania unieruchomienia lub izolacji :**

Data	Godzina	Lekarz/pielęgniarka (czytelny podpis, pieczętka)
Uwagi		

PODSUMOWANIE

Całkowity czas stosowania środka przymusu bezpośredniego:

.....
.....

(godziny/minuty)

Uwagi lekarza:

--

(podpis, pieczętka, data)

* Wypełnić w przypadku zlecenia przez pielęgniarkę.

** Wypełnić jedynie w przypadku ostatecznego zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego. W przypadku przedłużenia jego stosowania na czas przekraczający 24 godziny w wierszu „uwagi” zaznaczyć, że stosowanie przymusu nie zostało zakończone.

Przedłużenie stosowania unieruchomienia lub izolacji:

Data	Godzina	Przedłużający (czytelny podpis, pieczętka)	Przyczyny przedłużenia

OBSERWACJE. OZNACZENIA (KOD):

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

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

WZÓR

.....
.....

(miejscowość i data)

Pan/Pani

.....
.....

(imię i nazwisko kierownika oraz nazwa podmiotu leczniczego)

Zawiadomienie

o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

na podstawie § 6 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ... w sprawie sposobu dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. ...)

1. W dniu o godz.
.....
wobec Pana (Pani)

(imię i nazwisko)

pacjenta

(pacjentki)

oddziału

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie

3. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

4. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przyczyny

2) osoby wykonujące (imię i nazwisko)

3) przebieg

4) skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta (pacjentki)

5) przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten

ma być podjęty:

tak/nie

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego*:

Ocena kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
<hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
Podpis zlecającego (pielęgniarki/lekarza)	Podpis zatwierdzającego* (lekarza)	Podpis kierownika podmiotu lecniczego/upoważnionego lekarza
<p>* Wypełnić w przypadku zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę.</p>		

WZÓR

(miejsowość i data)

Lekarz upoważniony przez marszałka województwa

(imię i nazwisko kierownika oraz nazwa podmiotu leczniczego)

Zawiadomienie

o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

na podstawie § 6 ust. 1 pkt 3–5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia w sprawie sposobu dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. ...)

1. W dniu _____ o godz.

_____ wobec Pana (Pani)

_____ (imię i nazwisko)

_____ przebywającego (przebywającej) w

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie

3. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

4. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przyczyny

2) osoby wykonujące (imię i nazwisko)

3) przebieg

4) skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta (pacjentki)

5) przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten

ma być podjęty:

tak/nie

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego*:

Ocena upoważnionego przez marszałka województwa lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Podpis zlecającego (pielęgniarki/lekarza)	Podpis zatwierdzającego* (lekarza)	Podpis lekarza upoważnionego przez marszałka województwa
<p>* Wypełnić w przypadku zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę.</p>		

WZÓR

ZAWIADOMIENIE

o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie § 6 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia w sprawie sposobu dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. ...)

U. poz. ...)

ZAWIADOMIENIE o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie § 16 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740)	
---	--

Oznaczenie dysponenta ZRM:	Do zlecenia wyjazdu nr:	Wiek pacjenta lat	
	Rodzaj ZRM (S/P)	Płeć (K/M)	
	Data realizacji wezwania (dd-mm-rrrr)		
Nazwisko i imię pacjenta:	Pięczęc podmiotu leczniczego, do którego przetransportowano pacjenta	Godzina dotarcia do podmiotu leczniczego	Łączny czas trwania przymusu bezpośredniego min
		:	

Podjęto decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec osoby, która:

- dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby
- dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu
- w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu

Godzina zastosowania przymusu bezpośredniego (gg:mm):
:

Powiadomiono dyspozytora medycznego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

Imiona i nazwiska osób wykonujących przymus bezpośredni

--

Zespół		Zastosowano przymus bezpośredni polegający na:
Specjalistyczny	Podstawowy	<input type="checkbox"/> przytrzymaniu – doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej <input type="checkbox"/> unieruchomieniu – obezwładnieniu osoby z użyciem: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pasów <input type="checkbox"/> uchwytów <input type="checkbox"/> przecieradeł <input type="checkbox"/> kaftana bezpieczeństwa <input type="checkbox"/> innych urządzeń technicznych
		<input type="checkbox"/> przymusowym podaniu leków: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> doraźnie <input type="checkbox"/> przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniu leków do organizmu osoby – bez jej zgody

Przebieg zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym oznaczenie, czy pacjent (pacjentka):

- szarpie się (uderza)
- wykrzykuje
- spokojny/a (śpi)
- płacze
- śmieje się
- śpiewa
- mamrocze
- bez zaburzeń psychicznych
- otrzymał/a płyny
- oddał/a mocz (stolec)
- chwilowe zwolnienie
- inne

- Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego nastąpiło w obecności zespołu ratownictwa medycznego.
- Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty.

Skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta/ki:

- nie miał wpływu
- miał wpływ (jaki)

Przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego na żądanie kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy udzielala (podać dane identyfikacyjne):

- jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne
- Policja
- Państwowa Straż Pożarna

Uwagi:

Podpis i pieczęć kierownika ZRM podejmującego decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

UZASADNIENIE

Ustawa z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw w swoim podstawowym zakresie dokonuje nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 i ...).

W art. 1 w pkt 7 projektu ustawy wprowadza upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia:

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

Dotychczasowe zagadnienia związane z określeniem zasad postępowania, obowiązków i praw zostały zamieszczone w ustawie, a w przepisach projektowanego rozporządzenia regulowane będą przede wszystkim zagadnienia trybowe oraz wzory dokumentów.

W konsekwencji dotychczasowe upoważnienie do wydania rozporządzenia w zakresie sposobu stosowania, dokumentowania i oceny stosowania przymusu bezpośredniego zawarte w art. 18 ust. 11 nowelizowanej ustawy zostało odpowiednio zmodyfikowane i określony w nim zakres przedmiotowy znajduje podstawę w proponowanych ww. przepisach materialnych ustawy. Proponowany przepis upoważniający został zredagowany w art. 18 f nowelizowanej ustawy.

Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740). Zgodnie art. 10 pkt 1 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz.), dotychczasowy akt wykonawczy – ww. rozporządzenie – regulujący te kwestie zachowuje moc do dnia wejścia w życie projektowanego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r. Dlatego też projektowana regulacja wejdzie w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt regulacji 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. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Zbigniew Król, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Dagmara Lebiecka – Specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, tel. (22) 53-00-228, e-mail: d.lebiecka@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 23.08.2017 r.</p> <p>Źródło: ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 i ...)</p> <p>Nr w wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów: ...</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Podstawowym celem projektowanej regulacji jest, że dotychczasowe zagadnienia związane z określeniem zasad postępowania, obowiązków i praw zostały zamieszczone w ustawie, a w przepisach projektowanego rozporządzenia regulowane będą przede wszystkim zagadnienia trybowe oraz wzory dokumentów.

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie w swoim orzecznictwie zwracał uwagę, iż kwestie unormowania nakładania obowiązków może być uregulowane tylko w przepisach rangi ustawowej.

Trybunał (sygn. U 3/87) uznaje, że w materii normowania wolności i praw człowieka i obywatela unormowanie ustawowe cechować musi zupełność. W sytuacji sporu pomiędzy jednostką a organem władzy publicznej o zakres korzystania z wolności i praw w żadnym przypadku podstawa prawna rozstrzygnięcia tego sporu nie może być oderwana od unormowania konstytucyjnego ani mieć rangi niższej od ustawy (tak Trybunał Konstytucyjny w sprawie o sygn. U 5/97).

Jak zauważył Trybunał Konstytucyjny, „rozporządzenia wydawane są na podstawie ustaw i w celu ich wykonania. Taki charakter rozporządzenia determinuje i ogranicza ich treść w przynajmniej trzech płaszczyznach. Po pierwsze, w drodze delegacji ustawowej do prawotwórstwa administracyjnego nie może zostać przekazane uprawnienie do zmiany przepisów rangi ustawowej. Po drugie, upoważnienia ustawowe nie mogą delegować prawa do wkraczania w materię zastrzeżoną wyłącznie do regulacji ustawowej. Po trzecie, wydane na podstawie delegacji ustawowej przepisy prawne o charakterze wykonawczym winny wynikać z treści dyspozycji ustawowych i służyć ich realizacji, (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 marca 2010 r. sygn. akt U 5/07).

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

1. Przeniesienie materii aktu wykonawczego do materii ustawowej. Zwiększenie pewności prawa dla osób, których obowiązki wynikały z przepisów niższej rangi (rozporządzenia).
2. Uporządkowanie i doprecyzowanie przepisów rozporządzenia. Polepszenie jakości prawa.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Osoby z zaburzeniami psychicznymi	1 595 016 osób objętych opieką ambulatoryjną. Okolo 205 tys. osób objętych opieką całodobową. Okolo 26 tys. osób objętych opieką dzienną.	Dane Ministerstwa Zdrowia	Korzystne wpływające na zwiększenie ochrony prawnej. Jednoznacznie wskaże uprawnienia osób, wobec których toczy się postępowanie sądowe.
Szpitala psychiatryczne	48 szpitali psychiatrycznych oraz 127 szpitali ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi.	jw.	Poprawi podstawy prawne ich funkcjonowania. Rozstrzygnie wątpliwości interpretacyjne.

Saldo ogółem											
budżet państwa											
JST											
pozostałe jednostki (oddzielnie)											
Źródła finansowania											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane przepisy nie będą miały wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Regulacja nie wpłynie również na zwiększenie kosztów funkcjonowania Policji.										

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń								

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
--	--

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne	<input type="checkbox"/> demografia	<input type="checkbox"/> informatyzacja
<input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny	<input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
<input type="checkbox"/> inne:		

Omówienie wpływu

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przewiduje się, że przepisy rozporządzenia wejdą w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Efekty rozporządzenia będą widoczne już po jego wejściu w życie z uwagi na dostosowanie wielu regulacji do istniejącego stanu prawnego i faktycznego oraz usunięcie albo doprecyzowanie przepisów budzących problemy interpretacyjne. Miernikami będzie w szczególności analiza orzecznictwa sądów powszechnych, Trybunału Konstytucyjnego oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczącego poszanowania praw człowieka, równości oraz sprawiedliwości społecznej.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak załączników.