

Materiał porównawczy
do ustawy z dnia 29 października 2010 r.
o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego
(druk nr 1015)

USTAWA z dnia 19 sierpnia 1994 r. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO
(Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.)

Art. 3.

Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

- 1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:
 - a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
 - b) upośledzonej umysłowo,
 - c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym,
- 2) szpitalu psychiatrycznym, odnosi się to również do:
 - a) oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym,
 - b) kliniki psychiatrycznej,
 - c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - d) innego zakładu opieki zdrowotnej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową,niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje,
- 3) domu pomocy społecznej lub środowiskowym domu samopomocy, odnosi się to również do wszelkich form pomocy instytucjonalnej dla osób, o których mowa w pkt 1,
- 4) zgodzie, oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która - niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego - jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania[.]<,>
- <5) dyspozytorze medycznym, kierującym akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespole ratownictwa medycznego, należy przez to rozumieć odpowiednio: dyspozytora medycznego, kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespół ratownictwa**

medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.),

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

- a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwale unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,
- c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,
- d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.>

Art. 4.

1. Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego.
2. Działania, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:

[1) stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych,]

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

- 2) tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego,
- 3) wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
- 4) rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez zakłady opieki zdrowotnej,
- 5) wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku,
- 6) podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
- 7) uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, a zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych.

[3. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.]

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

<Art. 4a.

- 1. Tworzy się Radę do spraw Zdrowia Psychicznego, zwaną dalej „Radą”, jako działający przy ministrze właściwym do spraw zdrowia organ koordynacyjno-doradczy w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.**
- 2. Do zadań Rady należy w szczególności:**
 - 1) monitorowanie realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego,**
 - 2) opiniowanie projektów informacji o realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,**
 - 3) występowanie do ministrów właściwych do spraw: kultury fizycznej i sportu, nauki, oświaty i wychowania, pracy, spraw wewnętrznych, szkolnictwa wyższego, zabezpieczenia społecznego oraz Ministra Sprawiedliwości i Ministra Obrony Narodowej, w sprawach założeń i projektów programów działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego,**
 - 4) inicjowanie działalności badawczo-wdrożeniowej w sprawach, o których mowa w art. 2 ust. 1,**
 - 5) opiniowanie projektów przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.**
- 3. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje i odwołuje, z własnej inicjatywy lub na wniosek ministrów, o których mowa w ust. 2 pkt 3, przewodniczącego, zastępcę przewodniczącego, sekretarza i członków Rady – spośród specjalistów z zakresu medycyny, pedagogiki, psychologii, socjologii, a także innych dziedzin nauki i praktyki, mających zastosowanie w ochronie zdrowia psychicznego.**
- 4. Za udział w pracach Rady członkom Rady nie przysługuje wynagrodzenie. Członkom Rady przysługuje zwrot kosztów podróży w wysokości i na warunkach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.**
- 5. Wydatki związane z działalnością Rady są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.**
- 6. Szczegółowe warunki i tryb działania Rady określa statut nadany, w drodze zarządzenia, przez ministra właściwego do spraw zdrowia.>**

Art. 6.

- 1. Samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej.**
- 2. (uchylony).**

[3. Zadania, o których mowa w art. 18 ust. 6 pkt 2 i art. 46 ust. 2b, są zadaniami z zakresu administracji rządowej.]

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

[Art. 6a.

Powiat organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Domy te są tworzone na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414).]

<Art. 6a.

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

Art. 7.

1. Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i zakładach opieki zdrowotnej, a także w domu rodzinnym.

2. Dla osób, o których mowa w ust. 1, organizuje się również rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. Rehabilitacja i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze są bezpłatne. Opieka niezbędna do prowadzenia rehabilitacji i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wchodzi w zakres tych czynności.

[3. Minister Edukacji Narodowej w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej oraz Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej określa, w drodze rozporządzenia, zasady organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim.

4. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej określa, w drodze rozporządzenia, zasady organizowania i zakres rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej.]

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

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

konieczność promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.>

5. Naukę, zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze i rehabilitację mogą także organizować podmioty wymienione w art. 1 ust. 2.

Art. 9.

1. Usługi opiekuńcze powinny być dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Pomoc mieszkaniowa, jako forma usługi opiekuńczej, może polegać między innymi na udostępnianiu miejsca w środowiskowym domu samopomocy.
2. Środowiskowe domy samopomocy stosownie do potrzeb są organizowane, prowadzone i finansowane przez organy do spraw pomocy społecznej na zasadach określonych w przepisach ustawy o pomocy społecznej. Środowiskowe domy samopomocy mogą być także tworzone przez podmioty wymienione w art. 1 ust. 2.

[3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej określa, w drodze rozporządzenia, rodzaj i zakres psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych, udzielanych w domach pomocy społecznej i w środowiskowych domach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.]

<3. Jednostka organizacyjna pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi udziela osobie w niej przebywającej, adekwatnie do potrzeb i stanu zdrowia tej osoby, pomocy w korzystaniu przez nią ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.>

4. Zadania, o których mowa w ust. 1 i 2, są realizowane jako zadania zlecone gminom przez administrację rządową w ramach pomocy społecznej.

Art. 10b.

1. Ochrona praw osób, o których mowa w art. 10a ust. 1, należy do zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.
2. Do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należy w szczególności:
 - 1) pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego,
 - 2) wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób,
 - 3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób,
 - 4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.
3. W zakresie zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego współpracuje z:
 - 1) Rzecznikiem Praw Obywatelskich,
 - 2) Rzecznikiem Praw Dziecka,
 - 3) konsultantem krajowym i konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii.

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

- 1) wstępu do szpitala psychiatrycznego,
- 2) występowania z wnioskiem do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz do podmiotów, które utworzyły ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,
- 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby, o której mowa w art. 10a ust. 1, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego.]

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

- 1) wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - 2) występowania z wnioskiem do personelu zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej, oraz do podmiotu, który utworzył ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,
 - 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby, o której mowa w art. 10a ust. 1, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego,
 - 4) porozumiewania się z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2, bez udziału innych osób.>
5. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, na terenie którego Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wykonuje swoje zadania, zapewnia warunki do wykonywania tych zadań, w szczególności:
- 1) umożliwia przyjmowanie skarg, o których mowa w art. 10a ust. 4 pkt 1, przez Rzecznika,
 - 2) udostępnia pomieszczenia przeznaczone do odbywania spotkań z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i sposób działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, uwzględniając terytorialny obszar działania Rzeczników w odniesieniu do różnych form opieki psychiatrycznej.

[Art. 11.

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

<Art. 11.

1. **Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej**

osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego jest wydawane w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

2. Wskazany w ust. 1 okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.>

[Art. 14.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu i zdrowiu innych osób.]

<Art. 14.

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

Art. 15.

1. Zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej nie mogą być podporządkowane celom gospodarczym.
- [2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określa, w drodze rozporządzenia, sposób organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych oraz sposób nagradzania uczestników zajęć.]
- <2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych, w tym potrzebę podnoszenia poziomu ich samodzielności.>

[Art. 18.

1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:
 - 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
 - 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach

psychiatrycznych oraz w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia, o którym mowa w ust. 4, o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

3. *Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymywaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 - na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.*
4. *Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.*
5. *W przypadkach określonych w ust. 1 pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie.*
6. *Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:*
 - 1) *przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej - ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu, jeżeli jest lekarzem lub lekarz przez niego upoważniony,*
 - 2) *przez pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub innego lekarza - ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.*
7. *Sposób stosowania przymusu bezpośredniego określa, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej.]*

<Art. 18.

1. **Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:**
 - 1) **dopuszczają się zamachu przeciwko:**
 - a) **życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub**
 - b) **bezpieczeństwu powszechnemu, lub**
 - 2) **w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub**
 - 3) **poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.**
2. **O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym**

- lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację, o której mowa w ust. 2, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.
 4. W szpitalu psychiatrycznym lekarz, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.
 5. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
 6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.
 7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.
 8. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.
 9. W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.
 10. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:
 - 1) przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu, jeżeli jest lekarzem lub lekarz przez niego upoważniony,
 - 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.
-

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

- 1) stosowania przymusu bezpośredniego,**
 - 2) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego,**
 - 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego**
- uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni.>**

Art. 21.

1. Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie - także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego. W tym przypadku art. 18 ma zastosowanie.
2. Konieczność przeprowadzenia badania, o którym mowa w ust. 1, stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry - inny lekarz. Przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody.
3. W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badanie zarządza bezzwłocznie przewiezienie badanego do szpitala. *[Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego powinno nastąpić w obecności lekarza lub pielęgniarki.]* **<Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.>**
4. Lekarz, który przeprowadził badanie psychiatryczne określone w ust. 1, odnotowuje tę czynność w dokumentacji medycznej, wskazując na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego. *[Przy ocenie zasadności poddania osoby badaniu bez jej zgody stosuje się odpowiednio art. 18 ust. 6.]* **<Przy ocenie zasadności poddania osoby badaniu bez jej zgody stosuje się odpowiednio art. 18 ust. 10.>**

[Art. 30.

1. *Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się świadectwo lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. W przypadku braku świadectwa lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed datą złożenia wniosku, sąd opiekuńczy zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.*
2. *Świadectwo wydaje lekarz psychiatra zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania sądowego w tej sprawie.*
3. *Po stwierdzeniu potrzeby wydania świadectwa lekarskiego lekarz psychiatra publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej wyznacza termin badania i zawiadamia o tym osobę, o której mowa w art. 29 ust. 1, pouczając o możliwości doprowadzenia przez Policję w przypadku niestawienia się na badanie.*

4. *W razie uchylania się od badania osoby, o której mowa w ust. 3, lekarz psychiatra publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej może zwrócić się do Policji o doprowadzenie tej osoby na badanie w publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W uzasadnionych przypadkach badanie może odbyć się w miejscu pobytu tej osoby.*
5. *Jeżeli osoba, o której mowa w art. 29 ust. 1, odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody. Przepis art. 21 stosuje się odpowiednio.]*

<Art. 30.

1. **Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania.**
2. **W przypadku niezłączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.**
3. **W przypadku, o którym mowa w ust. 2, jeżeli treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia, o którym mowa w ust. 1, nie jest możliwe, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu.**
4. **Jeżeli osoba, o której mowa w art. 29 ust. 1, odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody. Przepis art. 21 stosuje się odpowiednio.>**

[Art. 30a.

Doprowadzenie przez Policję, o którym mowa w art. 30, następuje w obecności lekarza lub pielęgniarki publicznego zakładu opieki zdrowotnej.]

[Art. 32.

Przy wykonywaniu czynności, o których mowa w art. 23, 24 i 28, oraz postanowień sądu opiekuńczego przewidzianych w niniejszym rozdziale stosuje się odpowiednio przepis art. 18 ust. 5.]

<Art. 32.

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

Art. 33.

1. Wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody.
2. Lekarz wyznaczony do tych czynności zapoznaje osobę, o której mowa w ust. 1, z planowanym postępowaniem leczniczym.

[3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których zastosowanie wymaga zgody osoby określonej w ust. 1 lub jej przedstawiciela ustawowego.]

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

4. Przepisy ust. 1 i 2 nie mają zastosowania do osób umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym w trybie art. 24.

[Art. 40.

1. Przy wykonywaniu orzeczenia sądu opiekuńczego o przyjęciu do domu pomocy społecznej stosuje się art. 18.

2. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę domu pomocy społecznej.]

<Art. 40.

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

2. Jeżeli osoba, wobec której wydano postanowienie o przyjęciu do domu pomocy społecznej, odmawia stawienia się w domu pomocy społecznej lub w inny sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia, sąd z urzędu lub na wniosek organu do spraw pomocy społecznej może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby do domu pomocy społecznej przez Policję.

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

Art. 43.

1. Do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo ma prawo wstępu o każdej porze sędzia w celu kontroli 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.

[2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb sprawowania kontroli, o której mowa w ust. 1.]

<2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia i ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb sprawowania kontroli, o której

mowa w ust. 1, oraz sposób jej dokumentowania, uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, a także biorąc pod uwagę różne rodzaje i typy tych placówek.>

Art. 46.

1. 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 oraz jej przedstawiciel ustawowy. W miarę potrzeby sąd zawiadamia o rozprawie małżonka osoby, której postępowanie dotyczy, oraz osobę sprawującą nad nią faktyczną opiekę; mogą oni wziąć udział w każdym stanie sprawy i wtedy stają się uczestnikami.
- 1a. Osoba, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, może być doprowadzona na rozprawę sądową na mocy zarządzenia sądowego. W tym przypadku stosuje się odpowiednio art. 547 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego.
2. Przed wydaniem postanowienia co do istoty sprawy, sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów. Bieglym nie może być osoba, która uczestniczyła w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala lub odmowie wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego.
- [2a. *W przypadku gdy osoba psychicznie chora, która ma być poddana badaniu przez biegłego, odmawia stawienia się w publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub w inny sposób uchyla się od tego badania, sąd może zarządzić doprowadzenie tej osoby do publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej przez Policję.*]
- <2a. Jeżeli osoba psychicznie chora, która ma być poddana badaniu przez biegłego, odmawia stawienia się we wskazanym miejscu lub w inny sposób uchyla się od tego badania, sąd może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby przez Policję do wskazanego miejsca.>**
- 2b. Zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby, o której mowa w art. 29 ust. 1, należy do marszałka województwa.
- <2c. Jeżeli osoba psychicznie chora, wobec której wydano postanowienie o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, odmawia stawienia się w szpitalu psychiatrycznym lub w inny sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia, sąd z urzędu lub na wniosek upoważnionego przez marszałka województwa lekarza psychiatry może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby do szpitala psychiatrycznego przez Policję.>**
3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do postępowania o przyjęciu do domu pomocy społecznej; do czasu przyjęcia osoby, o której mowa w art. 39, do domu pomocy społecznej organ do spraw pomocy społecznej powinien zapewnić jej niezbędną pomoc.
4. Sąd zawiadamia prokuratora o potrzebie wzięcia udziału w postępowaniu, jeżeli uzna to za konieczne.

[Art. 46a.

Doprowadzenie przez Policję, o którym mowa w art. 46, następuje w obecności lekarza lub pielęgniarki publicznego zakładu opieki zdrowotnej.]

<Art. 46a.

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

[Art. 49.

Szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego określa, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, a w sprawach odnoszących się do domu pomocy społecznej - Minister Pracy i Polityki Socjalnej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej oraz z Ministrem Sprawiedliwości.]

<Art. 49.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy sposób postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego,**
 - 2) wzory:**
 - a) skierowania do szpitala psychiatrycznego,**
 - b) zawiadomień kierownika szpitala psychiatrycznego oraz sądu opiekuńczego o przyjęciu do tego szpitala osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody na podstawie art. 23 ust. 1 lub osoby z zaburzeniami psychicznymi na podstawie art. 24 ust. 1,**
 - c) rejestru osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego,**
 - d) zawiadomień sądu opiekuńczego o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego oraz o pozostaniu w szpitalu psychiatrycznym za zgodą osoby przyjętej do tego szpitala**
- uwzględniając ochronę praw i godności osób przyjmowanych i wypisywanych ze szpitali psychiatrycznych oraz potrzebę zapewnienia sprawnego przebiegu procesu leczniczego.>**

Art. 50.

- 1. Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału.**
- 2. Od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do:**

- 1) lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi,
- 2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej,
- 3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne,
- 4) służb ochrony państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych[/<,>
- <5) policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.>**

Art. 55.

1. (uchylony).
- [2. W ciągu sześciu miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy Minister Pracy i Polityki Socjalnej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej jest zobowiązany do opracowania docelowej sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy.*
- 3. Pełna realizacja sieci, o której mowa w ust. 2, nastąpi w terminie do dnia 31 grudnia 2010 r.]*
- <2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia opracuje docelową sieć domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy.**
- 3. Realizacja sieci, o której mowa w ust. 2, nastąpi w terminie do dnia 31 grudnia 2025 r.>**