



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 174 (XVIII) — Nr. 373

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Marți, 2 mai 2006

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>		
			în cadrul Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București	7-9	
372.	— Ordin al ministrului sănătății privind Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare	1-7	374.	— Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mintale	10-15
373.	— Ordin al ministrului sănătății privind înființarea și funcționarea Centrului Național de Sănătate Mintală		375.	— Ordin al ministrului sănătății privind înființarea, organizarea și funcționarea centrelor de sănătate mintală.....	15-16

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN

privind Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare

Văzând Referatul de aprobare al Direcției generale de asistență medicală, structuri sanitare și salarizare nr. E.N. 9.161, având în vedere prevederile art. 63 alin. (2) din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare,

în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 168/2005 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Direcțiile din cadrul Ministerului Sănătății, direcțiile de sănătate publică, precum și unitățile sanitare implicate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

București, 10 aprilie 2006.

Nr. 372.

NORME**de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare****CAPITOLUL I****Promovarea și apărarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice**

Art. 1. — Instituțiile publice abilitate să ia măsuri pentru promovarea și apărarea sănătății mintale, prevenirea și tratamentul tulburărilor psihice sunt următoarele:

- a) Ministerul Sănătății;
- b) Ministerul Educației și Cercetării;
- c) Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei;
- d) Ministerul Administrației și Internelor;
- e) Ministerul Justiției;
- f) Agenția Națională Antidrog;
- g) Agenția Națională pentru Sport;
- h) Autoritatea Națională pentru Tineret;
- i) Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap;
- j) Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului.

Art. 2. — (1) Ministerul Sănătății elaborează Planul de măsuri pentru promovarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice în colaborare cu instituțiile publice prevăzute la art. 1, precum și cu organizații neguvernamentale.

(2) Planul prevăzut la alin. (1) se publică pe site-ul Ministerului Sănătății.

Art. 3. — Fiecare instituție dintre cele prevăzute la art. 1 întocmește și publică pe site-ul propriu un raport anual cu privire la activitățile întreprinse pentru promovarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice, precum și bugetul alocat.

CAPITOLUL II**Evaluarea sănătății mintale**

Art. 4. — (1) Pacienții din centrele de recuperare și reabilitare neuropsihică, aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, sunt evaluați din punct de vedere psihiatric de cel puțin două ori pe an de către medicul specialist psihiatru, în scopul stabilirii celei mai adecvate conduite de recuperare.

(2) Evaluarea din punct de vedere psihiatric, prevăzută la alin. (1), se realizează prin servicii medicale ambulatorii și se efectuează, la solicitarea direcției generale de asistență socială și protecția copilului, în baza unui grafic stabilit de comun acord și se decontează de către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3) Alte unități decât cele prevăzute la alin. (1), aflate în structura direcțiilor generale județene de asistență socială și protecția copilului și în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, solicită evaluarea din punct de vedere psihiatric pentru persoanele cu tulburări psihice asistate, în vederea redistribuirii în unitățile prevăzute la alin. (1).

(4) Serviciile medicale prevăzute la alin. (2) și (3) se furnizează de medici psihiatrii din unități sanitare cu sau fără personalitate juridică în afara timpului de lucru de la unitatea la care este angajat, iar cheltuielile de transport, cazare și diurnă se suportă de solicitant.

(5) Evaluarea din punct de vedere psihiatric se finalizează, dacă este cazul, cu un plan terapeutic care se transmite unității solicitante și o scrisoare medicală adresată medicului de familie pe lista căruia este înscrisă persoana evaluată.

Art. 5. — Categoriile de profesii care necesită examinarea periodică a stării de sănătate mintală se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea unităților interesate, cu respectarea dispozițiilor legale privind confidențialitatea și a drepturilor persoanei cu tulburări psihice.

CAPITOLUL III**Servicii de sănătate mintală**

Art. 6. — (1) În vederea asigurării asistenței psihiatrice comunitare, a creșterii accesibilității și calității serviciilor acordate, se organizează din punct de vedere funcțional teritoriul țării în arii geografice numite sectoare psihiatrice.

(2) Se organizează separat sectoare psihiatrice pentru adulți și sectoare psihiatrice pentru copii și adolescenți, astfel:

a) un sector psihiatric pentru adulți este o arie teritorială și populațională distinctă care cuprinde 100.000—150.000 de locuitori;

b) un sector psihiatric pentru copii și adolescenți este o arie teritorială și populațională distinctă care cuprinde 200.000—400.000 de locuitori.

Art. 7. — (1) În vederea organizării și funcționării sectoarelor psihiatrice prevăzute la art. 6, Ministerul Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică, înființează comisii județene în termen de 15 zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin.

(2) Comisia județeană prevăzută la alin. (1) are următoarea componență:

a) un reprezentant al direcției de sănătate publică;

b) un coordonator — medic psihiatru, desemnat de direcția de sănătate publică;

c) un reprezentant al administrației publice locale.

(3) Pentru dezvoltarea și funcționarea sectoarelor psihiatrice Ministerul Sănătății monitorizează utilizarea resurselor financiare și umane prin Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București, în cadrul programelor naționale de sănătate.

(4) Comisiile județene prevăzute la alin. (1) stabilesc, în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentelor norme, hărțile sectoarelor psihiatrice după evaluarea resurselor umane și materiale disponibile și propun măsuri pentru acoperirea nevoilor de îngrijiri de sănătate mintală, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(5) Direcțiile de sănătate publică județene vor elabora în termen de 6 luni de la stabilirea hărților sectoarelor psihiatrice planuri specifice de măsuri pentru realizarea progresivă a prevederilor referitoare la serviciile de sănătate mintală cuprinse în prezentul ordin.

Art. 8. — (1) Baza sistemului de îngrijiri o reprezintă o unitate funcțională constituită de echipa terapeutică și structurile în care aceasta își desfășoară activitatea deservind un sector psihiatric.

(2) Echipa prevăzută la alin. (1) este compusă din medici specialiști în psihiatrie, psihologi, asistenți sociali, asistenți medicali de psihiatrie și alte categorii de personal necesare, în funcție de activitățile desfășurate și de specificul sectorului. Echipa terapeutică este condusă de un psihiatru, medic primar sau medic specialist.

(3) Medicul coordonator al echipei terapeutice adaptează serviciile acordate în cadrul sectorului, în funcție de specificitățile sectorului psihiatric deservit și de nevoile populației-țintă.

Art. 9. — (1) În cadrul fiecărui sector se organizează, în funcție de nevoile și particularitățile locale, următoarele structuri:

a) centrul de sănătate mintală, care organizează unitatea mobilă, centrul de intervenție în criză și staționar de zi, după caz;

b) staționarul de zi;

c) cabinete de psihiatrie;

d) structuri cu paturi, cu sau fără personalitate juridică.

(2) Se pot organiza structuri transectoriale cu paturi, cu sau fără personalitate juridică, pentru patologii rare, rezistente la tratament sau care nu pot fi rezolvate la nivelul sectorului, precum și pentru pacienții încadrați în art. 114 din Codul penal.

(3) Pentru îngrijiri de lungă durată pentru persoane cu probleme severe și persistente de sănătate mintală, se organizează în fiecare sector compartimente sau secții cu paturi, cu maximum 40 de paturi.

Art. 10. — În unitățile sanitare cu paturi se organizează compartimente de psihiatrie de legătură pentru asistența psihiatrică a pacienților internați.

Art. 11. — Pacienții care în urma evaluării de către echipa terapeutică necesită tratament îndelungat sunt trimiși către centrele de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică sau locuințele protejate, după caz.

Art. 12. — (1) În cadrul fiecărui sector psihiatric se acordă servicii după cum urmează:

a) servicii psihiatrice ambulatorii;

b) servicii de asistență mobilă, pentru pacienți dificil de tratat sau care refuză să frecventeze structurile medicale, dar care acceptă tratamentul ori pentru acoperirea unor nevoi psihosociale variate, care necesită deplasarea unor membri ai echipei terapeutice;

c) servicii psihiatrice de zi: terapie ocupațională, psihoterapie individuală și de grup, precum și programe specializate de reabilitare. Aceste servicii acordate pacienților internați în staționarul de zi sunt limitate în timp la maximum două luni; după această perioadă pacienții sunt trimiși către serviciile de reabilitare sau către asistența primară;

d) servicii de reabilitare — în funcție de oportunitățile locale, fiecare centru de sănătate mintală oferă programe specializate de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psihoeucație;

e) servicii spitalicești;

f) îngrijiri la domiciliu.

(2) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric asigură îndrumarea medicilor de familie din sectorul psihiatric în acordarea de îngrijiri de sănătate mintală și stabilește protocoale de colaborare cu medicii de familie pentru asigurarea continuității îngrijirilor.

Art. 13. — (1) Pentru fiecare sector psihiatric se prevede un anumit număr de paturi pentru patologia acută, în funcție de nevoile și particularitățile sectorului, fie într-un spital de psihiatrie, fie într-o secție de psihiatrie dintr-un spital general.

(2) Personalul unui serviciu spitalicesc sectorial este parte integrantă a echipei terapeutice de sector.

Art. 14. — (1) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru adulți cuprinde:

a) 8 norme întregi pentru psihiatri;

b) 40 de norme întregi pentru asistente de psihiatrie;

c) 4 norme întregi pentru psihologi clinicieni;

d) 5 norme întregi pentru asistenți sociali;

e) alt personal.

(2) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru copii și adolescenți cuprinde:

a) 4 norme întregi pentru psihiatri;

b) 20 de norme întregi pentru asistente de psihiatrie;

c) 2 norme întregi pentru psihologi clinicieni;

d) 3 norme întregi pentru psihopedagogi;

e) 3 asistenți sociali;

f) alt personal.

Art. 15. — Pentru îngrijiri de lungă durată pentru persoane cu probleme severe și persistente de sănătate mintală, se organizează în fiecare sector unități cu maximum 40 de paturi.

Art. 16. — (1) Pentru pacienții fără probleme severe de sănătate mintală care necesită tratament de lungă durată, echipa terapeutică evaluează nevoile și stabilește în funcție de starea clinică a pacientului, dacă este cazul, tipul de locuință protejată spre care să fie îndrumat.

(2) Categoriile serviciilor medicale acordate persoanelor cu tulburări psihice din locuințele protejate sunt stabilite prin ordin comun al Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 17. — Autoritățile publice locale colaborează cu Ministerul Sănătății pentru a asigura spații adecvate pentru centrele de sănătate mintală.

Art. 18. — Centrele de sănătate mintală și staționarele de zi pentru copii și adolescenți trebuie să aibă localizare intracomunitară, amenajări și structuri specifice funcțiilor de prevenire, depistare precoce și terapie complexă a tulburărilor psihice infantilo-juvenile și ale familiei.

CAPITOLUL IV

Drepturile persoanelor cu tulburări psihice

Art. 19. — (1) La internarea într-o unitate de îngrijire, pacienții trebuie imediat informați asupra identității și statutului profesional al personalului de îngrijire care le acordă asistență și asupra regulamentului de ordine interioară pe care trebuie să îl respecte pe durata internării.

(2) Medicul psihiatru trebuie să îi aducă la cunoștință pacientului care sunt alternativele de tratament și îngrijire, riscurile și efectele adverse ale aplicării programului terapeutic individualizat.

(3) Programul terapeutic individualizat elaborat de echipa terapeutică, cu consimțământul pacientului, trebuie să cuprindă:

- a) descrierea naturii problemelor și a nevoilor specifice ale pacientului;
- b) descrierea celor mai puțin restrictive condiții de tratament necesare;
- c) descrierea obiectivelor tratamentului;
- d) specificarea responsabilităților personalului.

(4) Medicul psihiatru este responsabil de monitorizarea implementării programului individualizat de tratament.

Art. 20. — În aplicarea art. 26 din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, denumită în continuare *lege*, în cazul necesității restrângerii libertății de mișcare a pacientului, în scopul de a împiedica producerea unei vătămări pentru sine sau pentru o altă persoană, trebuie respectate următoarele proceduri:

- a) conțenționarea pacientului;
- b) izolarea pacientului.

Art. 21. — (1) Prin *conțenționare*, în sensul prezentelor norme, se înțelege restricționarea libertății de mișcare a unei persoane prin folosirea unor mijloace adecvate pentru a preveni mișcarea liberă a unuia dintre brațe, a ambelor brațe, a unei gambe sau a ambelor gambe sau pentru a-l imobiliza total pe pacient, prin mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale.

(2) Conțenționarea poate fi utilizată doar atunci când este necesară apărarea pacientului de propriile acțiuni care l-ar putea răni pe el sau pe ceilalți. Poate fi folosită doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire ori vătămare.

(3) Conțenționarea nu poate fi folosită ca pedeapsă sau ca mijloc de a suplini lipsa de personal ori de tratament.

(4) În aplicarea măsurii de restricționare a libertății de mișcare a pacientului trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii.

(5) Reprezentantul legal sau personal al pacientului trebuie informat cu privire la dispunerea unei măsuri de restricționare a libertății de mișcare a pacientului.

(6) Conțenționarea trebuie efectuată numai în baza dispoziției scrise a medicului. Dispoziția medicului trebuie să detalieze factorii care au condus la conțenționare și să specifice natura conțenționării. În dispoziție trebuie precizată ora la care măsura de conțenționare a fost luată. Conțenționarea nu poate dura mai mult de 4 ore.

(7) Măsura conțenționării va fi menționată în foaia de observație a pacientului.

(8) Măsurile de conțenționare aplicate pacienților, incluzând toate dispozițiile scrise ale medicului prin care s-au dispus acestea se înscriu în Registrul măsurilor de conțenționare și izolare aplicate pacienților.

(9) Registrul prevăzut la alin. (8) se păstrează în condiții de confidențialitate.

(10) Pe tot timpul conțenționării, pacientul trebuie să fie monitorizat pentru a observa dacă nevoile sale fizice, de confort și siguranță sunt îndeplinite. O evaluare a condițiilor pacientului trebuie realizată la cel puțin fiecare 30 de minute sau la intervale de timp mai scurte dacă medicul o

cere. Evaluarea trebuie înregistrată în foaia de observație a pacientului.

Art. 22. — (1) Prin *izolare* se înțelege modalitatea de protejare a pacienților care reprezintă un pericol pentru ei înșiși sau pentru alte persoane. Această măsură trebuie aplicată cu maximă precauție și numai în cazul în care orice altă modalitate s-a dovedit ineficientă.

(2) Măsura izolării poate fi aplicată numai dacă instituția psihiatrică dispune de o încăpere special prevăzută și dotată în acest scop. Încăperea trebuie să ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului, să fie iluminată și aerisită în mod corespunzător, să aibă acces la toaletă și lavator și să fie protejată în așa fel încât să prevină rănirea celui izolat. Nu pot fi izolate concomitent în aceeași încăpere mai multe persoane.

(3) Măsura izolării trebuie să fie aplicată pentru un timp cât mai scurt posibil. Măsura trebuie revizuită periodic, la un interval de cel mult două ore. Pacientul și/sau reprezentantul său legal sau personal va fi informat cu privire la măsura izolării și despre procedura de revizuire periodică a măsurii.

(4) Pacientul va fi observat în timpul izolării conform unui program prevăzut de medicul care dispune măsura izolării.

(5) Pe perioada dispunerii măsurii izolării, pacientul va păstra îmbrăcămintea, precum și orice articole de uz personal sau cu semnificație religioasă, cu excepția situației în care păstrarea acestora ar putea afecta siguranța sa.

(6) Măsura izolării poate fi dispusă doar de medic, în aceleași condiții ca și cea a conțenționării.

(7) Măsura izolării trebuie menționată în Registrul măsurilor de conțenționare și izolare și în foaia de observație a pacientului, cu îndeplinirea aceluiași condiții ca și în cazul conțenționării.

(8) Măsura izolării nu trebuie folosită ca pedeapsă sau ca o formă de amenințare.

(9) Măsura izolării nu poate fi parte a programului de tratament.

Art. 23. — În aplicarea prevederilor art. 29 din lege se va folosi formularul pentru obținerea consimțământului informat prezentat în anexa nr. 1.

Art. 24. — (1) Toate informațiile privind starea de sănătate a pacientului, condiția sa medicală, diagnosticul, prognosticul și tratamentul, precum și alte informații de natură personală sunt confidențiale, chiar și după moartea pacientului.

(2) Informația confidențială poate fi divulgată numai cu consimțământul explicit al pacientului sau când există dispoziții judiciare exprese în acest sens. Consimțământul este presupus atunci când divulgarea se face către un alt membru al echipei terapeutice implicate în tratamentul pacientului.

(3) Toate datele de identitate ale pacientului trebuie protejate.

(4) Pacienții au dreptul de a primi rezultatul în scris al diagnosticului, tratamentului și îngrijirii lor la externarea dintr-o unitate de îngrijire.

(5) Nu este admisă intervenția în viața particulară a pacientului sau în viața de familie decât în cazul în care, pe lângă consimțământul pacientului, aceasta poate fi

justificată ca necesară diagnosticului, tratamentului sau îngrijirii pacientului.

(6) Intervențiile medicale pot fi efectuate numai atunci când există respectul necesar pentru intimitatea persoanei și numai în prezența acelor persoane necesare intervenției respective, dacă pacientul nu a solicitat altfel.

Art. 25. — (1) Toate unitățile care acordă îngrijiri de sănătate mintală au obligația să înființeze un registru special pentru înregistrarea tuturor plângerilor înaintate de pacienți sau reprezentanții acestora.

(2) Conducerea unității are obligația să răspundă în scris la toate plângerile cu privire la încălcarea drepturilor pacienților.

(3) În registrul prevăzut la alin. (1) se consemnează și modalitatea de soluționare a plângerilor.

Art. 26. — Pacienții spitalizați fără consimțământul lor nu pot fi folosiți ca subiect de cercetare științifică.

CAPITOLUL V

Internarea nevoluntară

Art. 27. — În termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, ministrul sănătății desemnează prin ordin, la propunerea direcțiilor de sănătate publică și cu avizul Comisiei de specialitate de psihiatrie, unitățile autorizate să efectueze internări nevoluntare.

Art. 28. — (1) Medicul psihiatru care evaluează cazul și stabilește dacă pacientul are, în acel moment, posibilitatea să înțeleagă starea sa de boală va explica într-un limbaj simplu și pe înțelesul acestuia necesitatea internării în vederea acordării îngrijirilor de sănătate mintală, sub supraveghere medicală.

(2) În situația în care pacientul refuză internarea și medicul consideră că sunt întrunite condițiile internării nevoluntare, medicul va informa pacientul, familia, reprezentantul personal sau legal, după caz, despre dreptul său de a contesta măsura internării nevoluntare, precum și despre procedurile care trebuie urmate pentru contestarea acesteia.

Art. 29. — (1) Solicitarea internării nevoluntare se formulează și se semnează de una dintre persoanele prevăzute la art. 47 din lege, în momentul prezentării la camera de gardă a spitalului.

(2) Dacă solicitantul nu știe să scrie, solicitarea de internare nevoluntară poate fi scrisă de echipa de gardă, pe baza relatărilor solicitantului, fapt care se va menționa, cu precizarea persoanei care a scris solicitarea și a datelor de identificare ale acesteia.

(3) În solicitarea prevăzută la alin. (1) trebuie descrise manifestările ce pun în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală proprii sau ale altora.

Art. 30. — (1) Medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care solicită internarea nevoluntară nu poate fi implicat în luarea deciziei de internare sau de revizuire periodică a internării nevoluntare.

(2) Persoanele care solicită internarea nevoluntară a unei persoane nu pot fi membri ai comisiei de revizie constituite pentru respectiva persoană.

Art. 31. — (1) Transportul persoanei la spital fără consimțământul acesteia se poate face doar dacă refuză

internarea voluntară și dacă există un pericol iminent de vătămare a sa sau a celor din jur.

(2) Personalul serviciilor care asigură transportul persoanei la spitalul psihiatric trebuie să menționeze lipsa consimțământului persoanei transportate într-un raport prezentat medicului psihiatru în momentul aducerii la spital în vederea internării.

(3) În raportul prevăzut la alin. (2) se menționează dacă a existat împotrivire din partea persoanei, care au fost măsurile adoptate, precum și medicația care a fost aplicată.

(4) Transportul persoanei la spital se face în condiții cât mai puțin restrictive, asigurându-se respectarea integrității sale fizice, psihice și a demnității sale.

Art. 32. — (1) Atunci când pacientul, reprezentantul său personal ori legal solicită externarea, dar sunt întrunite condițiile care justifică menținerea internării contra voinței, medicul psihiatru care are în îngrijire bolnavul declanșează procedura de internare nevoluntară.

(2) În situația prevăzută la alin. (1), dacă nu există alt medic psihiatru care să hotărască internarea nevoluntară, medicul curant poate lua decizia de internare nevoluntară, ca măsură de urgență, urmând confirmarea acesteia prin cadrul legal stabilit.

Art. 33. — (1) În toate unitățile spitalicești nominalizate de Ministerul Sănătății să efectueze internări nevoluntare, se constituie un registru unic de evidență centralizată a acestor cazuri și a documentației medico-juridice care stă la baza internării și susține legalitatea acesteia.

(2) Internarea nevoluntară, precum și deciziile luate de comisiile de revizie a acestei proceduri se înregistrează în registrul prevăzut la alin. (1).

(3) Registrul prevăzut la alin. (1) cuprinde următoarele informații:

- a) numele, prenumele, profesia, vârsta și domiciliul persoanei internate;
- b) data internării;
- c) numele, prenumele, profesia și domiciliul persoanei care a cerut internarea;
- d) dacă este cazul, menționarea deciziei justiției (numărul, data, instanța) de punere sub tutelă, curatelă sau supraveghere;
- e) notificarea medicului care a internat nevoluntar bolnavul către directorul unității, cu menționarea numelui, prenumelui și a gradului profesional;
- f) datele examinărilor de către comisia de revizie, cu componența nominală și decizia luată;
- g) data încetării internării și starea la externare.

Art. 34. — (1) Notificarea medicului care a internat nevoluntar pacientul către directorul unității se va face folosindu-se formularul prevăzut în anexa nr. 2.

(2) Notificarea medicului care a internat nevoluntar pacientul către parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă se va face folosindu-se formularul prevăzut în anexa nr. 3.

(3) Notificarea comisiei de revizie a procedurii către parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă se va face folosindu-se formularul prevăzut în anexa nr. 4.

Art. 35. — Anexele nr. 1—4 fac parte integrantă din prezentele norme.

Spitalul
Secția

Data

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT**asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical**

Subsemnatul m-am prezentat din proprie voință, liber de orice constrângere și am solicitat evaluarea stării mele de sănătate pentru precizarea unui diagnostic și formularea unui program terapeutic individual.

Am cunoștință despre dreptul și libertatea pe care le am de a cere prezența unei alte persoane (reprezentant personal) pentru a fi asistat în acordarea consimțământului, în vederea efectuării investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului și a aplicării metodelor terapeutice necesare recăpătării autonomiei personale. Cunosc de asemenea că am dreptul să refuz o procedură diagnostică sau un tratament cu care nu sunt de acord.

Mi s-au adus la cunoștință, prin explicații suficiente, într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, următoarele:

- diagnosticul și modul de stabilire a diagnosticului;
- scopul, metodele și durata tratamentului propus, precum și beneficiile aduse de acest tratament;
- eventualele neplăceri, riscuri sau efecte secundare ale tratamentului;
- alte posibile modalități de tratament;
- riscurile și consecințele refuzării sau întreruperii tratamentului fără aviz medical.

Am fost informat că metodele diagnostice și terapeutice invazive, având un grad de risc mai mare, vor fi precizate separat și voi consimți la acestea individual.

Autorizez medicii și personalul medical al clinicii/secției să efectueze toate investigațiile și procedurile diagnostice necesare, în contextul legal al unei practici medicale corecte. Cu excepția cazurilor în care, în mod expres, îmi exprim dezacordul, toate investigațiile uzuale și tratamentele, cu risc mic sau mediu, pot fi aplicate.

Materialul biologic recoltat (sânge, țesuturi sau organe) în scop diagnostic poate fi examinat și în scopuri de cercetare științifică, instrucție, poate fi fotografiat și publicat, fără o altă autorizație expresă din partea mea, păstrându-se confidențialitatea.

Am fost informat că procesul de asistență medicală este dublat de procesul educațional și consimt ca, în limitele impuse de decență și bunul simț, să particip la procesul educațional, dar aceasta nu trebuie să afecteze calitatea îngrijirilor medicale. Am fost informat că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele pe care le aleg eu, fără a fi obligat să dau alte explicații și fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Am fost informat că am dreptul să refuz fotografierea corpului meu, cu excepția fotografiierilor de documentare medicală pe care le autorizez, cu condiția să fie mascate elementele esențiale ale fizionomiei, pentru a nu fi recunoscut.

În cazul apariției unor situații de urgență majoră în timpul internării, echipa medicală este autorizată să efectueze orice teste diagnostice sau manevre terapeutice, justificate medical și în condițiile unei practici medicale corecte.

Am citit (mi s-a citit), am înțeles cele scrise mai sus și sunt de acord cu acestea.

.....
(semnătura pacientului)

Medic curant,
.....
(semnătura și parafa)

Reprezentant personal/legal,
.....
(numele, prenumele și semnătura)

NOTIFICARE

În conformitate cu art. 52 alin. (1) din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, vă aduc la cunoștință că în data de am decis, în temeiul art. 45 lit. a)/lit. b) din același act normativ, măsura internării nevoluntare a pacientului, domiciliat în, născut la data de, stabilindu-se diagnosticul de

Medic,
.....

NOTIFICARE

În conformitate cu art. 53 alin. (1) din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, vă aducem la cunoștință că în data de s-a decis, în temeiul art. 45 lit. a)/lit. b) din același act normativ, măsura internării nevoluntare a pacientului, domiciliat în, născut la data de, stabilindu-se diagnosticul de

Măsura a fost comunicată directorului unității conform art. 52 din legea menționată.

Medic,

.....

NOTIFICARE

În conformitate cu art. 53 alin. (1) din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, vă aducem la cunoștință că în data de s-a decis, în temeiul art. 45 lit. a)/lit. b) din același act normativ, măsura internării nevoluntare a pacientului, domiciliat în, născut la data de, stabilindu-se diagnosticul de

Măsura a fost confirmată de comisia de revizie, constituită potrivit art. 52 din legea menționată, la data de

Vă transmitem spre consultare dosarul medical al pacientului.

Anexăm prezentei comunicări dosarul medical al pacientului.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN**privind înființarea și funcționarea Centrului Național de Sănătate Mintală
în cadrul Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București**

Având în vedere prevederile art. 10 din anexa nr. 1 „Regulamentul de organizare și funcționare a Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate” la Hotărârea Guvernului nr. 1.329/2002 privind înființarea și funcționarea Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București,

văzând propunerea Consiliului de administrație al Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București,

având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale de asistență medicală, salarizare și structuri sanitare nr. E.N./9.162/2006,

în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 168/2005 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite prezentul ordin.

Art. 1. — Începând cu data prezentului ordin se înființează Centrul Național de Sănătate Mintală, structură fără personalitate juridică, în cadrul Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București.

Art. 2. — Centrul Național de Sănătate Mintală este for tehnic și metodologic pentru activitățile de promovare, monitorizare și evaluare din domeniul sănătății mintale, necesare Ministerului Sănătății pentru realizarea politicilor în domeniul sănătății mintale.

Art. 3. — Centrul Național de Sănătate Mintală are următoarele atribuții principale în domeniul sănătății mintale:

a) consultanță și asistență tehnică în domeniul politicilor de sănătate mintală;

b) consultanță și asistență tehnică în dezvoltarea noilor servicii de sănătate mintală;

c) consultanță și asistență tehnică în formarea personalului care lucrează în rețeaua națională de sănătate mintală;

d) dezvoltarea de competențe în organizarea și conducerea serviciilor de sănătate mintală;

e) organizarea elaborării și diseminării ghidurilor de practică în domeniul sănătății mintale;

f) colectarea de date în domeniul sănătății mintale;

g) monitorizarea și evaluarea serviciilor de sănătate mintală;

h) realizarea și întreținerea Registrului național de psihiatrie.

Art. 4. — În vederea desfășurării activității de către Centrul Național de Sănătate Mintală, se suplimentează statutul de funcții al Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București cu 10 posturi.

Art. 5. — Structura organizatorică a Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București se modifică în mod corespunzător, conform anexei care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 6. — (1) Finanțarea Centrului Național de Sănătate Mintală este asigurată prin Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București, din venituri proprii, realizate pe baza activităților de cercetare, analiză, evaluare și monitorizare specifice segmentului de sănătate mintală, prevăzute în programele naționale de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății.

(2) Activitatea prevăzută la alin. (1) se realizează prin negociere directă, pe bază de contracte, încheiate între Ministerul Sănătății și Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București.

(3) Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București va introduce în bugetul de venituri și cheltuieli modificările ce decurg din înființarea și funcționarea Centrului Național de Sănătate Mintală și îl va supune spre avizare și aprobare, potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(4) În termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București va încheia contractul de prestări de servicii cu Ministerul Sănătății.

(5) Obiectul contractului prevăzut la alin. (4) îl reprezintă activitățile de cercetare, analiză, evaluare și monitorizare pe baza propunerilor formulate de Direcția generală de asistență medicală, salarizare și structuri sanitare, în calitate de coordonator național al Programului de prevenire și control al bolilor netransmisibile, aprobate de ministrul sănătății.

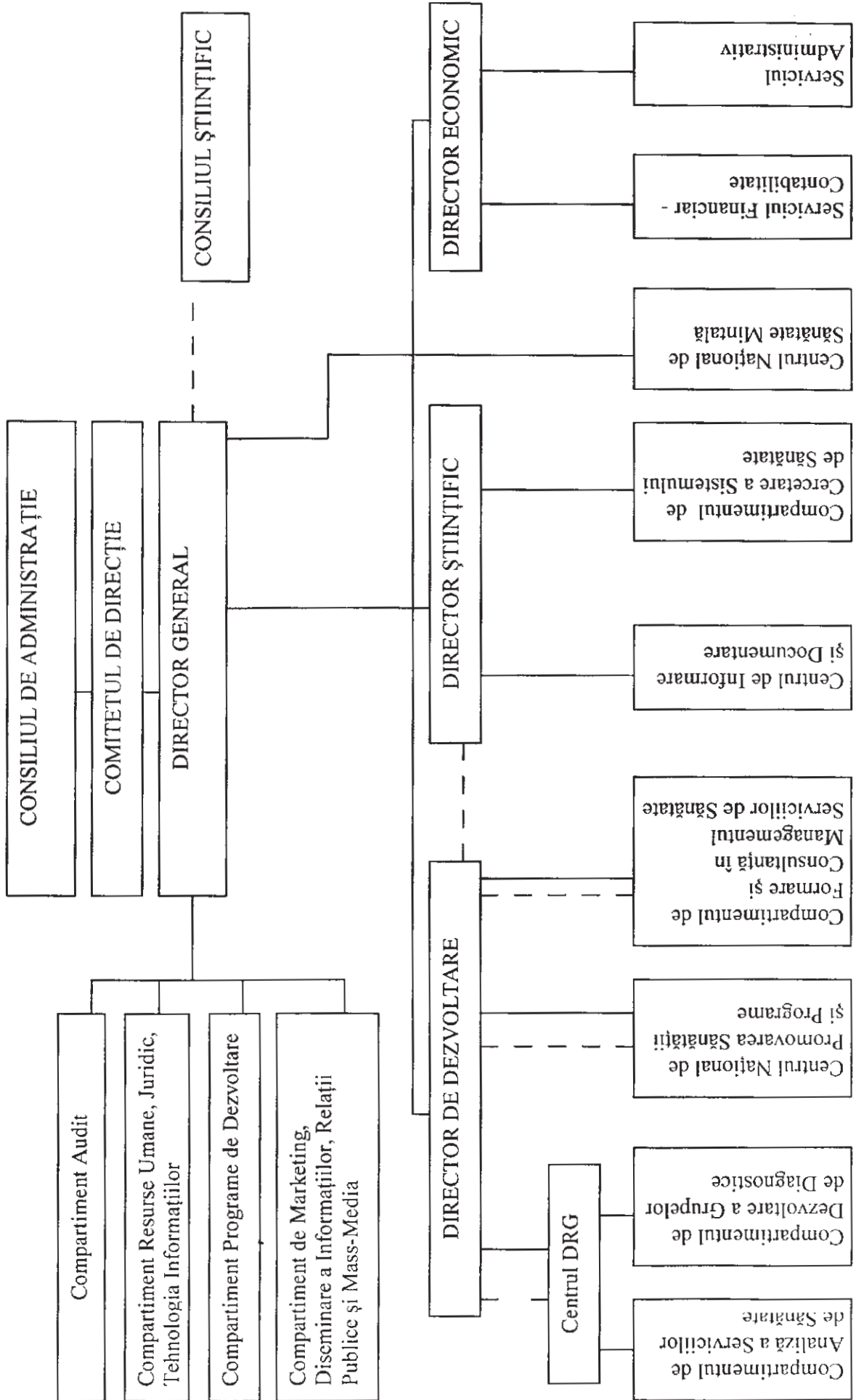
Art. 7. — Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București, Direcția generală de asistență medicală, salarizare și structuri sanitare, precum și celelalte direcții de specialitate implicate din cadrul Ministerului Sănătății vor aduce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 8. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

București, 10 aprilie 2006.
Nr. 373.

INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE ÎN SĂNĂȚATE BUCUREȘTI
STRUCTURA ORGANIZATORICĂ



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

O R D I N

privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mintale

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale de asistență medicală, structuri sanitare și salarizare nr. E.N. 9.163/2006,

în temeiul Hotărârii Guvernului nr. 168/2005 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Strategia în domeniul sănătății mintale, prevăzută în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — (1) Comisia de specialitate psihiatrie din cadrul Ministerului Sănătății va desemna un grup de lucru pentru implementarea strategiei prevăzute la art. 1.

(2) Strategia prevăzută la art. 1 va sta la baza elaborării Programului național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică și psihosocială.

Art. 3. — Prezentul ordin se va publica în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

București, 10 aprilie 2006.

Nr. 374.

ANEXĂ

S T R A T E G I A

în domeniul sănătății mintale

I. Preambul

Raportul anual (2001) al Organizației Mondiale a Sănătății arată că tulburările psihice sunt o importantă sursă de dizabilități, 5 din primele 10 poziții ale ierarhiei bolilor în funcție de capacitatea de a genera dizabilități fiind ocupate de tulburări psihice.

Prevalența pe viață a acestor boli este de aproximativ 33% ceea ce înseamnă că unul din trei oameni va avea, la un moment dat, pe parcursul vieții, o tulburare psihică diagnosticabilă prin criteriile internaționale acceptate. Prevalența pe 6 luni este de aproximativ 20%. Chiar dacă în România nu dispunem de studii epidemiologice recente (pentru că sunt foarte costisitoare) nu există nici un motiv pentru a crede că ne situăm sub acest nivel considerat teoretic. Dimpotrivă, există suficiente indicii care sugerează, în ultimul deceniu, valori semnificativ mai mari (în raport cu media europeană): deteriorarea generală a stării de sănătate a populației, expansiunea abuzurilor și a dependențelor de substanțe psihoactive, creșterea ratei suicidului, suprasaturarea cu factori de stres a societății (declin economic, creșterea șomajului, scăderea nivelului de trai), expansiunea comportamentelor agresive și violente etc.

Importanța problemei este subliniată și de faptul că, spre deosebire de marea majoritate a bolilor somatice, o boală psihică prezentă la o anumită persoană reprezintă o sursă de alterare a echilibrului microgrupului social (familiar, profesional) în care această persoană trăiește. În evaluarea costurilor economice ale tulburărilor psihice se estimează că raportul între costurile globale și costurile directe (legate de asistența medicală) este de aproximativ 9/1, ceea ce înseamnă că intervenția societății trebuie să fie preponderent preventivă. De pildă, studii foarte recente

demonstrează că în majoritatea țărilor europene costurile globale ale alcoolismului sunt mai mari de 1% (până la 5%!) din PIB.

În afară de datele de prevalență ale unor tulburări psihice constituite (deci cu spațiu nosografic clar delimitat prin criteriile internaționale de diagnostic) există și categoria „simptomelor izolate“, estimată la 18—20% ca prevalență punctuală. Opinia actuală este că trebuie intervenit încă din acest stadiu larvar de boală.

Îngrijirile de sănătate mintală în România se concentrează, în prezent, în spitalele de psihiatrie și sunt subordonate unui model excesiv biologizant. Oarecum paradoxal, numărul de paturi de psihiatrie este printre cele mai scăzute din Europa (76,1 paturi la 100.000 de locuitori). Nu există decât o comunicare formală între unitățile cu paturi și cele ambulatorii, continuitatea îngrijirilor se limitează adesea la continuitatea administrării unui anumit medicament psihotrop, nu se poate vorbi despre o anume specializare, nu există conceptul de echipă terapeutică și cu atât mai puțin acela de îngrijiri comunitare. În opinia publică persistă imaginea negativă a bolii psihice, a purtătorilor acestor boli, a spațiilor de îngrijire și chiar a celor ce o îngrijesc.

În aceste condiții necesitatea unei reforme este de domeniul evidenței. Această reformă nu s-a făcut din cel puțin 3 motive:

- lipsa unei viziuni și a unei strategii la nivel central;
- lipsa resurselor financiare;
- lipsa coeziunii și a unei determinări autentice la nivelul profesioniștilor de sănătate mintală.

Ministerul Sănătății își propune adoptarea unei politici în sănătatea mintală, politică pe care o prezentăm în continuare.

II. Viziune, valori și principii

Viziune

Ministerul Sănătății își propune să furnizeze servicii de sănătate mintală accesibile, de calitate și bazate pe nevoile existente, într-un mediu cât mai puțin restrictiv, precum și programe acoperitoare de promovare, prevenire și educație în sănătate mintală.

Valori și principii de organizare ale reformei sistemului de îngrijiri

Valoarea esențială care stă la baza realizării acestei strategii este respectul pentru drepturile omului și respectarea demnității umane.

Trecerea de la sistemul tradițional de îngrijiri la unul care pune accent pe integrarea persoanei în comunitate implică acceptarea unui set de valori explicite. Acestea sunt:

1. Responsabilitatea echipei comunitare — presupune responsabilitatea pentru persoana cu probleme de sănătate mintală la orice moment, indiferent dacă aceasta se găsește într-o facilitate de îngrijire (spitalicească, centru de zi, centru de reabilitare etc.) sau în comunitate. A avea această responsabilitate este un lucru dificil, deoarece persoana frecventează numeroase unități de îngrijire, nu are o constanță profesională și dispune de resurse în general limitate de trai independent. Responsabilitatea pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală se încadrează unei logici de cuprindere geografică și se operaționalizează după o prealabilă evaluare a nevoilor populaționale din aria de cuprindere dată (pentru evaluarea problemelor existente în comunitatea deservită și identificarea posibilelor soluții de întâmpinare a acestora).

2. Participarea comunității — comunitatea deservită de un sistem integrat de îngrijiri de sănătate mintală participă la deciziile și coordonarea acestuia. În general, implementarea unor programe comunitare de îngrijiri de sănătate mintală s-a confruntat la început cu o rezistență crescută a comunității de a-și asuma și de a susține aceste inițiative. Aceste rezerve ale comunității se datorează, pe de o parte, atitudinilor negative care mai persistă în legătură cu boala mintală, dar și faptului că implementarea programelor s-a făcut inițial fără consultarea comunităților. Actualmente, în consiliile directoare ale sistemelor de suport comunitar sunt invitați să participe lideri politici și persoane marcante din comunitate, precum și orice persoană care poate să aibă un statut de lider informal (în special lideri ai comunităților etnice sau religioase). Tendința actuală în sistemele funcționale de îngrijiri de sănătate mintală este aceea de a realiza planul de servicii cu sprijinul reprezentanților comunității. Realizarea planurilor de servicii se face după o prealabilă educare a participanților asupra sistemului de îngrijiri, precum și de informare asupra resurselor disponibile, asupra prevederilor legale și de funcționare practică a unităților de îngrijire din sistem. Planul de servicii pentru o populație dintr-o anumită arie de cuprindere se realizează nu numai prin consultări cu liderii comunitari, ci și printr-o prealabilă analiză a nevoilor populaționale și după o consultare cu reprezentanți ai beneficiarilor și familiilor lor.

3. Accesibilitatea serviciilor — presupune toate mecanismele puse în joc pentru ca persoanele care au nevoie de îngrijiri să cunoască serviciile din comunitate și să facă uz de acestea. În primul rând, accesibilizarea unui serviciu presupune o locație spațială ușor de localizat și de atins, precum și o accesibilitate lingvistică — acolo unde există minorități etnice/lingvistice, serviciul va cuprinde în

echipa sa terapeutică persoane aparținând respectivei comunități. Accesibilizarea serviciilor presupune și angajarea echipei terapeutice în acțiuni sociale, care implică campanii de promovare a serviciilor, intervenții care să crească șansa ca persoanele care au nevoie de tratament să beneficieze într-adevăr de acesta, căutarea unor soluții de asistență locativă mai ieftină, precum și găsirea unor oportunități și soluții pentru reinserția profesională. Pentru a realiza aceste obiective, echipa terapeutică trebuie să se angajeze activ în acțiuni și campanii de reducere a stigmatizării persoanelor cu probleme severe de sănătate mintală.

4. Echilibrul între componentele sistemului — fiecare componentă a sistemului trebuie să fie în echilibru cu celelalte, astfel încât persoana în dificultate să poată beneficia de îngrijiri, indiferent de nevoile ei. A realiza un echilibru între componentele unui sistem comunitar este un lucru dificil din mai multe puncte de vedere. În primul rând, serviciile publice, private și neguvernamentale pot să propună programe care în fond nu fac nimic altceva decât să dubleze oferta, lăsând componente de servicii sub- sau nedezvoltate deloc. În al doilea rând, existența unor profesioniști, echipe de profesioniști sau grupe de consumatori care se angajează activ în dezvoltarea unui anumit sector al sistemului poate să aibă ca rezultat subdezvoltarea unor alte sectoare prin alocarea preferențială de resurse umane și materiale. Pentru a asigura echilibrul ofertei de servicii, fiecare sistem de suport comunitar necesită un management centralizat care să aloce resursele în funcție de nevoile reale ale beneficiarilor.

5. Continuitatea îngrijirilor — în mod ideal, continuitatea îngrijirilor înseamnă că fiecare consumator beneficiază de servicii de la aceiași profesioniști pe tot parcursul îngrijirii sale. Serviciile de sănătate mintală tind să fie compartimentalizate, iar transferul informațiilor despre evoluția, tratamentele și nevoile beneficiarilor se face uneori anevoios, datorită birocrăției crescute și aspectelor legate de confidențialitate în transmiterea informațiilor. Alternativa cea mai eficientă este aceea a managementului de caz. Managerul de caz ideal are atât rol de susținător al consumatorilor (prin acțiuni de *advocacy*), de manager de sistem, prin integrarea tuturor informațiilor despre serviciile și programele disponibile în teritoriu, precum și de terapeut. Pentru a-și îndeplini aceste obiective, managerul ar trebui să aibă o încărcătură de cazuri redusă, deservind în mod ideal maximum 15 clienți.

6. Alternative minimal restrictive — alternativele minimal restrictive presupun tratarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală în unități de îngrijire care să interfereze cât mai puțin cu drepturile lor civile și cu participarea lor la viața comunitară. În această ordine de idei, spitalizarea va fi indicată numai atunci când este strict necesară, fie datorită riscului de auto- sau heteroagresivitate, fie datorită necesității aplicării unor tratamente sau investigații speciale.

7. Accentul pe reabilitare — interesul pentru reabilitare este dublu. În primul rând, politicile de dezinstituționalizare grăbite ale anilor '70 au „aruncat“ în stradă mulți psihotici cronici, al căror risc de deteriorare a funcționării este foarte rapid în comunitate. De asemenea, întârzierea demarării procesului reabilitativ după debutul maladiei aduce cu sine o creștere a potențialului de dizabilitate. Apariția noilor generații de neuroleptice, cu efecte secundare considerabil mai puține, favorizează de asemenea procesul de

reabilitare. Principalul punct de greutate al procesului de reabilitare ar trebui să fie inserția sau reinsertația profesională, precum și îmbunătățirea abilităților funcționale.

8. Specializarea îngrijirilor — asigurarea unor servicii care să deservească un anumit tip de patologie sau care să ofere un anumit tip de îngrijire. În România, la un nivel momentan neoficial, sunt recunoscute subspecializări, cum ar fi gerontopsihiatria, psihiatria comunitară, psihiatria legală, psihoterapia sau tratamentul adicțiilor, dar nu există prevederi legale care să statueze aceste supracompetențe sau profesii în sine (cum este cazul psihoterapiei). Unitățile de îngrijire, cu rare excepții, sunt de tip „psihiatrie generală”, alăturând clienți cu patologii și niveluri de funcționare psihosocială diferite.

9. Implicarea beneficiarilor și a familiilor acestora în procesul de îngrijire — oferta actuală a sistemului de îngrijiri de sănătate mintală este, în mare măsură, sub controlul psihiatrului. Consultarea beneficiarilor, a familiilor acestora sau a formelor asociative constituite sub egida implicării consumatorilor de servicii de sănătate mintală sunt acțiuni deloc uzuale în practica zilnică. Dezvoltarea unor sisteme de îngrijiri care urmăresc o integrare comunitară optimă implică un parteneriat activ între profesioniști și utilizatorii de servicii în domeniul cum ar fi: acțiuni sociale comune, consultarea consumatorilor în ceea ce privește furnizarea de servicii, dezvoltarea noilor servicii sau restructurarea celor existente, implicarea familiilor ori comunității în procesul de îngrijiri, sprijinirea inițiativelor de întraajutorare și suport comunitar etc.

10. Centrarea pe probe a practicii clinice și comunitare — o serie de inițiative și tehnologii în domeniul sănătății mintale și-au dovedit, în momentul de față, fie ineficiența, fie faptul că sunt extrem de costisitoare în comparație cu proceduri sau servicii alternative. Stabilirea unor standarde de calitate pentru serviciile de îngrijiri și asistență și importarea și adaptarea unor tehnologii și formule de organizare care și-au dovedit eficiența și efectivitatea trebuie să reprezinte o prioritate a organizatorilor reformei.

III. Scop și obiective

Scop: scăderea morbidității datorită bolilor psihice și ameliorarea parametrilor de sănătate mintală la nivelul întregii populații.

Obiective:

- reformarea sistemului de îngrijiri în sănătatea mintală;
- reducerea factorilor de risc și de vulnerabilizare pentru boala psihică;
- realizarea unei poziționări superioare a conceptului de sănătate mintală în sistemul de valori al societății românești.

Ultimul obiectiv, de a cărui atingere depinde într-o bună măsură realizarea celorlalte două, impune un scurt comentariu. Există câteva idei simple care definesc clar importanța sănătății mintale. Aceste idei trebuie cultivate cu grijă și responsabilitate în societatea românească:

- nu există sănătate fără sănătate mintală;
- sănătatea mintală este o dimensiune a calității vieții și o resursă pentru o dezvoltare pozitivă;
- fiecare persoană are dreptul la sănătate mintală; salvagardarea și promovarea sănătății mintale reprezintă o responsabilitate a întregii societăți;
- fiecare membru al comunității este responsabil pentru climatul general al societății, iar atitudinea sa va influența în ultimă instanță dimensiunea publică a sănătății mintale;

— utilizatorii serviciilor de sănătate mintală trebuie să aibă același statut ca și utilizatorii oricăror servicii de sănătate.

IV. Axe strategice (module)

Strategia Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale poate fi sintetizată în 5 axe pe care le vom numi în continuare module:

- modulul „prevenție“;
- modulul „sistem de îngrijiri“;
- modulul „legislație“;
- modulul „resurse“;
- modulul „conexiuni cu alte sisteme“.

1. Modulul prevenție (profilaxie primară)

În orice strategie de sănătate mintală versantul preventiv trebuie să fie prioritar.

Pentru realizarea acestui obiectiv se vor încuraja colaborările în parteneriat cu organizații neguvernamentale specializate în domeniul sănătății mintale, care pot furniza proiecte profesionale, eventual cu finanțare externă, și pot constitui mijloace de transferare a expertizei în domeniu (adesea costisitoare prin faptul că necesită evaluări complexe, experiență anterioară, implicarea unor specialiști multidisciplinari) în vederea generalizării unor astfel de inițiative la condițiile noastre specifice. De asemenea, se va încuraja cooperarea interdepartamentală (cu Ministerul Educației și Cercetării în primul rând, Ministerul Apărării Naționale etc.) pentru identificarea nevoilor grupurilor-țintă, elaborarea mesajelor, a programelor și evaluarea lor post-factum.

Ministerul Sănătății are în vedere 3 tipuri de prevenție, în funcție de populația-țintă:

a) prevenția generală, ce vizează întreaga populație. Exemple:

- programe de igienă mintală (uzul/abuzul de substanțe psihoactive, profilaxia insomniilor etc.);
- managementul stresului, al situațiilor de criză și al conflictelor etc.;

— programe destinate părinților pentru educarea copiilor în prevenirea abuzului de alcool, droguri sau pentru prevenirea abuzării copiilor (campanii de postere tematice, stimularea conștientizării societății civile, implicarea părinților în activitatea educațională din școli);

— programe de parteneriate cu mass-media pentru răspândirea sistematică a concepțiilor referitoare la un stil de viață sănătos sau de valorizare a activității de voluntariat;

— programe de asistență pentru situații de criză (dezastre);

— atragerea în parteneriate a unor instituții de largă reprezentare, cum este Biserica;

b) prevenția selectivă, ce vizează grupuri populaționale al căror risc de a dezvolta tulburări psihice este semnificativ mai mare decât al mediei. Exemple:

- programe privind copiii instituționalizați;
- programe adresate copiilor și adolescenților cu antecedente heredo-colaterale de dependență de alcool;
- programe adresate copiilor convalescenți care au suferit agresiuni cerebrale;
- programe de integrare- protecție a copiilor cu boli severe, cu potențial transmisibil — SIDA;

c) prevenția focalizată, ce vizează grupuri cu risc înalt (simptome minimale, markeri biologici, predispoziție genetică; fără să se întrunească criteriile internaționale de diagnostic pentru o anumită tulburare psihică). Exemple:

- programe privind copiii cu antecedente heredo-colaterale de patologie afectivă, schizofrenie etc.;

- programe privind populația vârstnică;

- programe de dezvoltare a rețelei de suport social pentru reducerea efectelor psihosociale defavorabile asupra vârstnicilor;

- programe destinate copiilor cu risc pentru afecțiuni psihice majore prin prezența familială a unei vulnerabilități genetice (schizofrenie, boli afective, adicții etc.) sau prin prezența unui factor familial extern (părinți cu adicții, familie asistată social) sau prin tulburări de comportament (opozitionism, violență în mediul școlar);

- înființarea de centre de consiliere, încurajarea celor aparținând de ONG-uri, având ca populații-țintă familiile cu risc;

- programe pentru părinții/famiile dezorganizate cu risc crescut de abuzare/neglijare a copiilor, copii orfani.

Se va urmări identificarea factorilor de risc biologici, psihologici și sociali, prin metodologii specifice (screening), eventual adaptate populației de referință.

Intervenția preventivă (profilaxia primară) trebuie să facă obiectul unor programe educaționale, medicale, de asistență socială etc. Conceptul, dar mai ales formatul de tip program asigură structura optimă, pornind de la formularea obiectivelor finale și de etapă, de la resursele umane și financiare și terminând cu monitorizarea realizării.

Ministerul Sănătății consideră ca fiind fundamentală plasarea în poziție prioritară, în cadrul modulului prevenție, a programelor și acțiunilor ce vizează sănătatea mintală a copiilor și adolescenților. În acest context obiectivele imediate sunt:

- promovarea unei concepții mai cuprinzătoare asupra protecției sănătății mintale care să includă atât copilul, cât și familia sa, cel puțin mama;

- înființarea unor centre de consiliere prenatală;

- înființarea de centre de consiliere a familiilor cu copii aflate în dificultate (risc de abandon, cu copii instituționalizați, monoparentale, cu părinți plecați la muncă în străinătate);

- prevenirea întârzierii dezvoltării psihomotorii a copilului prin reintroducerea examinărilor periodice care să includă teste (screening) pentru depistarea și intervenția precoce;

- întărirea protecției sănătății mintale a copilului școlar prin pregătirea continuă a personalului medical școlar;

- introducerea de programe de sănătate mintală a copilului școlar care să asigure armonizarea cerințelor programului de învățământ cu potențial cognitiv-emoțional al elevilor (teme mai puține pentru acasă, fără exagerările actuale); vizează îmbunătățirea integrării școlare, reducerea riscului de tulburări de conduită, a părăsirii precoce a școlii;

- creșterea ponderii educației sanitare în școli vizând dezvoltarea unui stil de viață sănătos și formarea competențelor sociale (combaterea toxicomaniilor, alcoolismului, suicidului, violenței), asigurarea educației sexuale;

- diversificarea formelor de intervenție medico-educatională în școli și în afara lor pentru a acoperi nevoile speciale ale unor categorii de copii și tineri cu vulnerabilitate crescută (diferite forme de handicap, dezavantaj social, cu risc crescut de dezadaptare socială și delincvență);

- introducerea de programe de consiliere preventivă adresate copilului și familiei cu un părinte bolnav somatic sever.

Pentru tineri și persoanele adulte:

- dezvoltarea de programe de prevenție primară (informare și consiliere) a adicțiilor, oferite de medicii generaliști și la nivelul medicinei primare);

- dezvoltarea de programe de sprijin psihologic adresate tinerilor delincvenți introduși în condiții de probațiune, precum și ofițerilor de probațiune.

2. *Modulul sistem de îngrijiri (profilaxie secundară și terțiară)*

Ministerul Sănătății consideră că reformarea sistemului de îngrijiri în sănătatea mintală trebuie să se facă prin respectarea următoarelor principii, validate de experiența internațională:

1. al zonalității (teritorializării);

2. al echipei terapeutice;

3. al continuității îngrijirilor;

4. al specializării (multicriteriale: vârstă, patologie, abordare terapeutică);

5. al orientării comunitare.

Odată adoptate aceste principii, reforma impune pe termen scurt și mediu un compromis între dispozitivul de îngrijiri actual și cel prefigurat.

Promovarea unui nou tip de structuri care să asigure dezvoltarea îngrijirilor în direcția celor 5 principii enunțate.

2.1. Flexibilizarea structurilor prevăzute/existente în fiecare zonă (laborator de sănătate mintală/centru de sănătate mintală) prin:

- a) asigurarea mobilității echipei existente în centrul de sănătate mintală teritorial;

- b) dezvoltarea centrelor de criză, inclusiv a celor funcționând pe lângă spitalele generale sau policlinici;

- c) dezvoltarea serviciilor de psihiatrie de legătură;

- d) dezvoltarea compartimentelor de psihiatrie din spitalele generale teritoriale.

2.2. Dezvoltarea stadială, progresivă, echilibrată, adecvată nevoilor locale și resurselor disponibile a serviciilor și structurilor celor mai potrivite specificului local, care să asigure continuitatea îngrijirilor în condiții cât mai apropiate ambiantului firesc natural al pacientului (îngrijire de tip comunitar).

2.3. După asigurarea capacităților de îngrijire de tip comunitar, se poate trece la transferarea sarcinilor de îngrijire — prin dezinstituționalizare — către acest sector, prin reducerea adecvată a numărului de paturi din spitalele de profil existente în teritoriu. Se va asigura practic, în acest mod, îngrijirea populației de pacienți existente în teritoriu în condiții de tip comunitar, cu aceleași fonduri, dar în condiții mai bune de cost-eficiență. Acest proces trebuie să înceapă după înființarea unui număr adecvat (minimal) de unități ambulatoriu teritorializate.

Structuri (dispozitivul de îngrijiri):

- centrul de sănătate mintală;

- spitalul de psihiatrie;

- secția/compartimentul de psihiatrie din spitalul general;

- staționarul de zi;

- centrul de intervenție în criză;

- rețele specializate: dependențe, gerontopsihiatrie etc.

Centrul de sănătate mintală trebuie să devină piesa fundamentală a sistemului. Centrul de sănătate mintală, denumire acreditată în statele Uniunii Europene pentru asistența psihiatrică comunitară ambulatorie, este

echivalentul laboratorului de sănătate mintală, înființat prin ordinul ministrului sănătății nr. 86/1976. (În prezent prin ordinul ministrului sănătății nr. 736 din 2 noiembrie 1999, laboratorul de sănătate mintală este integrat în spitalul psihiatric sau în spitalul general cu secție de psihiatrie.)

Centrul de sănătate mintală trebuie să devină unitatea de bază a îngrijirilor psihiatrice, el reprezentând în fapt deplasarea accentului îngrijirilor spre ambulatoriu, o alternativă la spitalizare ce permite o mai bună monitorizare a tratamentului și a programelor de reabilitare și realizarea unui raport cost-eficiență optim.

Centrul de sănătate mintală, ca element structural major al sistemului de îngrijiri, poate îndeplini și alte funcții importante, cum sunt screeningul pentru identificarea factorilor de risc și a nevoilor concrete ale unui anumit teritoriu sau implementarea unor programe de prevenție selectivă și focalizată.

Asistența comunitară va dezvolta și măsuri de prevenție secundară prin colaborarea cu serviciile de asistență socială în vederea:

- interesării părinților în realizarea unui statut de îngrijire corespunzător al copiilor cu diferite riscuri;
- plasamentului acestor copii în instituții adecvate când nu mai există alte soluții;
- identificării precoce a copiilor cu semne minore de dezvoltare/dezadaptare (performanțe școlare proaste, hiperactivitate, tulburări de atenție etc.), întrucât ei constituie o populație cu riscuri viitoare mai mari de comunicare, de construire a stimei de sine, cu riscuri comportamentale, depresie, adicție la substanțe, violență;
- dezvoltării unor oportunități bazate pe resursele locale care să țină seama de compensarea dificultăților de mai sus prin stimularea socializării secundare în grupuri de adolescenți, prin dezvoltarea unor deprinderi sănătoase de petrecere a timpului liber, a stimei de sine și capacităților normale de adaptare la comunitate;
- dispensarizării la un nivel mai complex (biopsihosocial), mai intens și competent decât în prezent, la nivelul echipei terapeutice și cu ajutorul unor oportunități multiple (case protejate, vizite la domiciliu, grupuri terapeutice, grupuri de foști dependenți, gen AA etc.) sprijinite/dezvoltate cu ajutorul autorităților/comunităților locale.

3. Modulul legislație

La acest nivel Ministerul Sănătății are în vedere:

- elaborarea normelor de implementare pentru Legea sănătății mintale care a fost adoptată sub numele de Legea nr. 487/2002. Legea are titlul „Legea privind promovarea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice”, proiect în a cărui elaborare au fost respectate „Principiile pentru protecția persoanelor cu tulburări psihice și ale ameliorării îngrijirilor de sănătate mintală” conținute în Rezoluția 46/119 a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite din 17 decembrie 1991.

După adoptarea acestor norme, Ministerul Sănătății se va implica în procesul de implementare, atât la nivelul corpului de profesioniști în sănătatea mintală (prin ateliere zonale, cu ajutorul grupului de specialiști ce au lucrat la elaborarea legii), cât și la nivelul întregii populații (prin campanie de mediatizare);

- alte segmente legislative ce privesc:
 - regimul substanțelor psihoactive (inclusiv băuturile alcoolice);

– diseminarea modelelor violenței prin diverse canale mediatice;

– regimul juridic al persoanelor cu tulburări psihice care comit infracțiuni.

4. Modulul resurse

a) Resurse financiare

Ministerul Sănătății va continua să finanțeze Programul de profilaxie în sănătatea mintală și va urmări, prin comisia de specialitate, o continuă ameliorare a acestui program. Pe de altă parte, Ministerul Sănătății va încuraja identificarea unor linii extrabugetare de finanțare, inclusiv din surse externe (internaționale): Banca Mondială, PHARE etc.

b) Resurse umane

Ministerul Sănătății va urmări elaborarea și implementarea următoarelor:

– programe de formare adaptate obiectivelor acestei strategii, la toate nivelurile (studenți la medicină, medici psihiatri, psihologi, asistente, asistenți sociali etc.);

– programe de specializare pentru medicii de familie;

– mecanisme de atragere către zona sănătății mintale a altor specialiști: sociologi, juriști, reprezentanți ai clerului etc.

Dezvoltarea îngrijirilor psihiatrice comunitare și asistența socială adecvată trebuie să constituie o prioritate. Aceasta include implicarea medicilor de familie și a lucrătorilor din îngrijirile de sănătate primară în îngrijirile de sănătate mintală.

Vor fi dezvoltate programe de instruire adecvate pentru toți profesioniștii de sănătate mintală, în concordanță cu standardele europene.

5. Modulul conexiuni cu alte sisteme (subsisteme de interfață)

Complexitatea unei strategii naționale de sănătate mintală impune, ca element tactic, realizarea unui grup de conexiuni cu alte sisteme. Este foarte probabil ca succesul strategiei să depindă de funcționalitatea acestor subsisteme de interfață. Principalele conexiuni sunt:

a) cu sistemul medical general:

– dezvoltarea psihiatriei de legătură (*liaison psychiatry*: compartimente de psihiatrie în spitalul general);

– combaterea tendințelor rejective față de bolnavul psihic manifestate în comunitatea medicinei somatice;

– dezvoltarea unei strategii de alianță cu medicina de familie;

b) cu învățământul universitar și cercetarea științifică:

– inserarea problematicii sănătății mintale în programa analitică a facultăților de medicină, psihologie, sociologie etc.;

– înființarea unui departament de sănătate mintală în cadrul Institutului de Sănătate Publică;

– înființarea unui Institut de Cercetări în Sănătate Mintală (prin colaborare cu Academia de Științe Medicale);

c) cu mass-media:

– programe de informare și sensibilizare adresate tinerilor jurnaliști;

– program de monitorizare a presei în vederea combaterii tendințelor stigmatizatoare față de boala psihică și purtătorii ei;

d) cu sistemul asociativ (ONG-uri):

În implementarea acestei strategii Ministerul Sănătății va colabora în continuare, inclusiv prin crearea unui grup de

lucru permanent, cu principalele ONG-uri din domeniu: Liga Română pentru Sănătate Mintală, Asociația Psihiatrică Română și altele.

V. Rezultate așteptate

1. accesibilitate crescută a serviciilor (prin distribuție teritorială echilibrată);
2. servicii orientate spre nevoile comunității (prin dezvoltarea centrelor de sănătate mintală);
3. creșterea calității îngrijirilor (prin diversificare și respectarea standardelor de calitate);
4. reducerea factorilor de risc pentru sănătatea mintală și orientarea spre nevoile grupurilor celor mai vulnerabile (prin dezvoltarea abordării preventive);
5. dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală în spitalele generale și la nivelul asistenței primare;
6. finanțarea echitabilă, transparentă și adaptată nevoilor a serviciilor de sănătate mintală;

7. dezvoltarea unui cadru de colaborare intersectorială pentru a răspunde complexității problemelor de sănătate mintală (funcționarea unui comitet interministerial pentru sănătate mintală);

8. dezvoltarea parteneriatelor cu societatea civilă în promovarea sănătății mintale.

VI. Concluzie

Prezenta strategie a Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale a fost gândită și elaborată în concordanță cu recomandările auditului de sănătate mintală al Organizației Mondiale a Sănătății (2001). Materializarea acestei strategii impune conceperea unui Plan național de sănătate mintală, cu obiective pe termen scurt, mediu și lung, cu o monitorizare corespunzătoare, precum și cu responsabilizări precise.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

O R D I N

privind înființarea, organizarea și funcționarea centrelor de sănătate mintală

Văzând Referatul de aprobare al Direcției generale de asistență medicală, structuri sanitare și salarizare nr. E.N. 9.164/2006,

având în vedere prevederile art. 22 din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu completările ulterioare,

în temeiul Hotărârii Guvernului nr. 168/2005 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Începând cu data prezentului ordin laboratoarele de sănătate mintală se reorganizează în centre de sănătate mintală.

(2) Alte centre de sănătate mintală, altele decât cele înființate prin reorganizarea laboratoarelor de sănătate mintală, se înființează cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(3) Dotarea și personalul laboratoarelor de sănătate mintală se preiau de către centrele de sănătate mintală.

(4) Centrele de sănătate mintală sunt unități sanitare publice, fără personalitate juridică, organizate în cadrul unităților sanitare cu paturi.

Art. 2. — Centrul de sănătate mintală este organizat distinct pentru adulți și copii, în aceeași clădire sau în clădiri separate, deservind un sector psihiatric pentru adulți cuprinzând între 100.000 și 150.000 de locuitori și un sector psihiatric pentru copii cuprinzând între 200.000 și 400.000 de locuitori.

Art. 3. — Centrele de sănătate mintală asigură îngrijirea în comunitate a persoanelor cu tulburări psihice.

Art. 4. — Accesul la serviciile acordate în centrele de sănătate mintală se face direct sau cu trimitere de la medicii de familie, alți medici specialiști sau unități de asistență socială.

Art. 5. — Centrele de sănătate mintală au următoarele atribuții:

a) evaluarea persoanelor care se adresează direct centrelor de sănătate mintală;

b) depistarea activă și precoce a tulburărilor mintale și instituirea măsurilor corespunzătoare în vederea tratării lor și prevenirii unor evoluții nefavorabile;

c) furnizarea intervențiilor în criză pentru prevenirea dezvoltării episoadelor acute de boală și deteriorarea celor preexistente;

d) asigurarea asistenței medicale curative, inclusiv pacienților încadrați la art. 113 din Codul penal;

e) asigurarea serviciilor de reabilitare psihosocială;

f) asigurarea serviciilor de psihoterapie;

g) asigurarea serviciilor de terapie ocupațională pentru reinserția socială a pacienților cu tulburări psihotice;

h) asigurarea asistenței la domiciliu, atunci când este necesar;

i) evaluarea pacienților cu tulburări mintale în vederea orientării către locuințe temporare sau protejate, ateliere protejate, comisii de expertiză a capacității de muncă, unități de ajutor social, învățământ și alte unități sanitare;

j) îndrumarea metodologică a medicilor de familie din sectorul psihiatric în acordarea de îngrijiri de sănătate mintală în baza unor protocoale de colaborare;

k) întocmirea evidenței pacienților cu tulburări mintale în vederea elaborării Registrului național de sănătate mintală;

l) evaluarea mediului de viață al pacientului;

m) depistarea precoce a tulburărilor specifice de dezvoltare și a disfuncționalităților psihopatologice la copil și adolescent;

n) monitorizarea în teritoriu a tulburărilor psihice în perioada copilăriei și adolescenței;

o) monitorizarea familiilor la risc;

- p) asigurarea serviciilor de psihopedagogie diferențiată pentru reintegrarea școlară a copiilor;
 q) monitorizarea populației școlare prin servicii de legătură cu școala (medicul școlar și psihologul școlar);
 r) asigurarea serviciilor specializate pentru copii.

Art. 6. — Centrele de sănătate mintală asigură următoarele servicii:

- a) servicii psihiatrice ambulatorii;
 b) servicii de asistență mobilă, pentru pacienții dificil de tratat sau care refuză să frecventeze structurile medicale, dar care acceptă tratamentul sau pentru acoperirea unor nevoi psihosociale variate, care necesită deplasarea unor membri ai echipei terapeutice;
 c) servicii psihiatrice de zi: terapie ocupațională, psihoterapie individuală și de grup, precum și programe specializate de reabilitare. Aceste servicii sunt furnizate pacienților internați în staționarul de zi și sunt limitate în timp la maximum două luni, după care pacienții sunt trimiși serviciilor de reabilitare sau de asistență primară;
 d) servicii de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psihoeducație, după caz, în funcție de specificitățile locale;
 e) servicii de intervenție în criză;
 f) servicii de îngrijiri la domiciliu.

Art. 7. — (1) Numărul minim de posturi în cadrul centrelor de sănătate mintală cuprinde:

- a) 1 post de medic în specialitatea psihiatrie;
 b) 3 posturi de asistente de psihiatrie;

- c) un post de psiholog;
 d) un post de asistent social;
 e) un post de instructor de ergoterapie.

(2) În cadrul centrului de sănătate mintală își pot desfășura activitatea și alte categorii de personal, în condițiile legii.

Art. 8. — Structura și dotarea minimă ale unui centru de sănătate mintală sunt prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 9. — (1) Bugetul de venituri și cheltuieli al centrului de sănătate mintală se elaborează, se aprobă și se execută de către structurile de conducere și de execuție ale acestuia.

(2) Fila de buget se întocmește de centrul de sănătate mintală, cu respectarea prevederilor legale, și este parte integrantă a bugetului spitalului.

Art. 10. — Direcțiile implicate din Ministerul Sănătății, direcțiile de sănătate publică, precum și unitățile sanitare implicate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 11. — La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă dispozițiile referitoare la laboratoarele de sănătate mintală din Ordinul ministrului sănătății nr. 86/1974 privind aprobarea planului de măsuri pe anii 1974—1975 și 1975—1980 privind apărarea și promovarea sănătății mintale a populației.

Art. 12. — Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

București, 10 aprilie 2006.
 Nr. 375.

ANEXĂ

STRUCTURA și dotarea minimă pentru un centru de sănătate mintală

- | | |
|---|---|
| <p>a) Structura minimă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 cabinete • o sală destinată psihoterapiei de grup (pentru 6—8 persoane) • un hol de primire • o sală de activități de reabilitare (pentru 8—10 persoane) • două grupuri sanitare • mobilier adecvat <p>b) Dotarea minimă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un calculator (cu DVDrom) cu licențe pentru soft | <ul style="list-style-type: none"> • conexiune Internet • o imprimantă • un copiator • un televizor • 5 table de scris • un avizier • un fax • 5 telefoane • o minicentrală telefonică • o centrală termică (dacă este cazul) |
|---|---|

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.U.I. 427282; Atribut fiscal R, IBAN: RO75RNCB5101000000120001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București (alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro
 Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, tel./fax 410.77.36 și 410.47.23
 Tiparul: Regia Autonomă „Monitorul Oficial”



5 948368 115491