

Warszawa, 08 sierpnia 2017 r.



RZECZPOSPOLITA POLSKA
p.o. Rzecznika Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

RzPP-WZP.420.40.2017.SF

Pan

Prof. dr hab. med. Piotr Czauderna
Koordinator Sekcji Ochrony Zdrowia
Narodowa Rada Rozwoju
przy Prezydencie Rzeczypospolitej Polskiej
ul. Wiejska 10
00-902 Warszawa

Szanowny Panie Profesorze,

Działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹, zwracam się z prośbą o opinię dotyczącą możliwości wprowadzenia mechanizmu finansowania hospitalizacji w ramach wykonywania środka zabezpieczającego – poprzez wdrożenie regulacji stymulujących proces podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym obszarze.

W sprawie potrzeby zmiany modelu finansowania psychiatrii sądowej stanowisko zajęła Narodowa Rada Rozwoju, Sekcja Ochrony Zdrowia. W *informacji ze spotkania Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju w dniu 9 lutego 2016 r. poświęconego problemom zdrowia psychicznego i psychiatrycznej opieki zdrowotnej*² w przedstawionych *Rekomendacjach dla Ministra Zdrowia po spotkaniu Sekcji Ochrony Zdrowia z 9 lutego 2016 r. na temat zdrowia psychicznego* w punkcie 10 wskazano na potrzebę opracowania „zmiany modelu finansowania psychiatrii sądowej – delegacja budżetowa z Ministerstwa Sprawiedliwości”. Rzecznik Praw Pacjenta podziela przekonanie Narodowej Rady Rozwoju w kwestii potrzeby wprowadzenia zmian mechanizmu finansowania detencji sądowej –

¹ t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.

² <http://www.prezydent.pl/kancelaria/nrr/o-nrr/>

zmierzającej do podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym obszarze.

Pismem z dnia 23 maja 2017 r. znak: RzPP-WZP.420.40.2017.SF Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się w niniejszej sprawie do Pana Konstantego Radziwiła – Ministra Zdrowia. Pismo to zostało przesłane do wiadomości Pana Andrzeja Dudy Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. W swoim wystąpieniu Rzecznik Praw Pacjenta przedstawił następujące okoliczności dotyczące przedmiotowej kwestii:

Zgodnie z art. 93a § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny³ (dalej: kk), do orzekanych przez sąd środków zabezpieczających należy m.in. pobyt w szpitalu psychiatrycznym. Przedmiotowy środek stosowany jest w przypadkach, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy⁴ (dalej: kkw) stanowi, iż sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego, a w wypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym – również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem. Powyższe przepisy określają terapeutyczno-resocjalizacyjny cel stosowania środków zabezpieczających, którego realizacja spowodować ma poprawę stanu zdrowia i zachowania sprawcy w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach wolnościowych. Zasadne wydaje się, by działania szpitali psychiatrycznych zorientowane na wskazany cel wspierały regulacje – w tym również odpowiednie narzędzia finansowe – pozwalające na jego skuteczną realizację. W obecnym stanie prawnym brak jest rozwiązań systemowych wspierających zakłady wykonujące środek zabezpieczający w dążeniu do stałego podnoszenia jakości udzielanych w przedmiotowym zakresie świadczeń zdrowotnych.

Rozliczenie kosztów hospitalizacji w ramach detencji sądowej jest niezależne od długości czasu jej trwania w odniesieniu do poszczególnych pacjentów. Skutkować to może brakiem motywacji ekonomicznej do podnoszenia jakości udzielanych świadczeń. Co więcej, skuteczne leczenie pacjentów hospitalizowanych w ramach środka zabezpieczającego może

³ t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1137

⁴ t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 665.)

pociągać za sobą negatywne skutki finansowe dla szpitala, czyli zmniejszenie poziomu finansowania o określoną ilość osobodni na skutek zwolnienia pacjenta z internacji. Zważywszy na fakt, iż koszty funkcjonowania oddziału sądowego są stałe i w zasadniczej części niezależne od liczby przebywających w nim pacjentów, brak pełnego obłożenia może powodować dla szpitala wymierną stratę finansową. Wskazana sytuacja stwarza swoisty konflikt interesów, ponieważ cele medyczne wyznaczone przytaczanymi wyżej przepisami prawa pozostają w sprzeczności z celami ekonomicznymi podmiotu realizującego środki zabezpieczający. Personel szpitala oczywiście pozostaje zobligowany – m.in. na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, nie mniej jednak faktycznie podejmowane w tym kierunku działania paradoksalnie godzić mogą w interes ekonomiczny szpitala i jego kondycję finansową. Wtórnie przekłada się to również na sytuację ekonomiczną personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach detencji sądowej oraz opiniującego w kwestii konieczności dalszego jej stosowania.

W odniesieniu do całodobowych oddziałów psychiatrycznych w przypadku przekroczenia czasu leczenia wskazanego załącznikiem nr 1 do zarządzenia nr 56/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień stosuje się tzw. wskaźniki korygujące⁵. Przyjęta regulacja stanowi ważny czynnik stymulujący podmioty medyczne do podnoszenia jakości udzielanych świadczeń medycznych, ich skuteczności, jak również przeciwdziała przewlekłości postępowania medycznego, w tym wykorzystywania szpitali do celów pozamedycznych (np. socjalnych – zapobiega bowiem swoistemu „wyręczaniu” systemu opieki społecznej lub rodzin zobowiązanych do opieki nad swoimi bliskimi). Rozliczanie hospitalizacji z zastosowaniem wskaźników korygujących nie dotyczy jednak osób kierowanych do leczenia w zakładach psychiatrycznych oraz w zakładach leczenia odwykowego⁶ na podstawie orzeczenia sądu. W związku z powyższym zakłady wykonujące środki

⁵ Zgodnie z powyższym zarządzeniem, rozliczenie w części przekroczonej następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,7. Analogiczna regulacja dotyczy leczenia w oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień udzielających świadczeń w zakresie świadczeń: świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (rozliczenie w części przekraczającej 547 dni leczenia następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,5).

⁶ W przypadku zakładów leczenia odwykowego problem ewentualnej przewlekłości hospitalizacji niwelowany jest specyfiką tej formy leczenia, która jest określona realizowanym w tego rodzaju podmiotach programem terapeutycznym – zwykle zdefiniowanym czasowo i obejmującym w praktyce wszystkich pacjentów, niezależnie od powodów podjęcia terapii.

zabezpieczający nie mają motywacji ekonomicznej do podnoszenia efektywności leczenia pacjentów detencyjnych.

Czas hospitalizacji pacjenta leczonego w ramach środka zabezpieczającego nie jest określony z góry (art. 93d kk) i wynika bezpośrednio z postanowień sądu wydawanych na podstawie art. 204 § 1 kkw. Na podstawie art. 203 § 1 kkw kierownik zakładu psychiatrycznego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu. Wskazana opinia oraz zawarte w niej konkluzje mają kluczowe znaczenie dla decyzji sądu w przedmiocie dalszego stosowania środka zabezpieczającego. W kontekście powyższego zauważyć należy, iż wnioskowanie przez kierownika zakładu do właściwego sądu o zakończenie internacji może pociągać za sobą określone skutki finansowe dla kierowanej przez niego placówki – jest bowiem ekonomicznie uzasadnione przeważnie w przypadku gwarancji natychmiastowego zajęcia zwolnionego miejsca przez kolejnego pacjenta. Wydaje się, że (zwłaszcza w przypadku wystąpienia większej ilości wolnych miejsc na oddziałach detencyjnych) powyższe skłaniać może do odraczania formułowania tego rodzaju wniosku do czasu przyjęcia (skierowania – po wskazaniu komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających) nowej osoby do hospitalizacji w ramach środka zabezpieczającego. Oczywiście nie przesądza to kwestii rzetelności informowania sądu o faktycznym stanie zdrowia pacjenta i stopniu jego zagrożenia dla porządku prawnego, natomiast z całą pewnością nie stanowi okoliczności sprzyjającej podnoszeniu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W świetle powyższego uzasadniona wydaje się obawa, iż u części kierowników zakładów/oddziałów wykonujących środek zabezpieczający aspekt ekonomiczny związany z dalszym przedłużeniem detencji sądowej może wpływać na kierowane do sądu w przedmiotowej sprawie wnioski i powodować sytuacje, w której internacja pacjenta prowadzona będzie z powodów także innych niż terapeutyczne.

W kontekście powyższego warto przywołać określoną w art. 93b § 3 k.k. zasadę proporcjonalności pozbawienia wolności do wagi popełnionego czynu, jak również odwołującą się do wskazanej zasady treść postanowień Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2015 roku⁷ oraz z dnia 10 listopada 2015 roku⁸, uchylających postanowienia sądów powszechnych o zastosowanie internacji, wskazujących w uzasadnieniu m.in. na nieadekwatność wieloletnich detencji do wagi zarzucanych czynów – zarzuty dotyczyły

⁷ Sygn. akt. IV KK 320/14

⁸ Sygn. akt IV KK 254/15

popelnienia czynów z art. 190 § 1 k.k., zagrożonych grzywną, karą ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat dwóch, zaś orzeczone w związku z tymi czynami internacje pacjentów trwały odpowiednio osiem oraz jedenaście lat (sic!).

Wdrażanie mechanizmów – również finansowych – motywujących zakłady wykonujące środek zabezpieczający do stałego podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym w ramach detencji sądowej, może i powinno pociągać za sobą skrócenie okresu pozbawienia wolności pacjentów, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający.

Wobec przedstawionych okoliczności, zasadne wydaje się wprowadzenie zmian w modelu finansowania psychiatrii sądowej na przykład poprzez określenie bardziej elastycznych form finansowania świadczeń zdrowotnych z zakresu detencji sądowej i powiązania ich z czasem trwania hospitalizacji oraz jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych z tego zakresu. Brak postulowanego mechanizmu korelacji poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych z ich skutecznością stanowić może czynnik demotywujący podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych do podnoszenia ich jakości.

W odpowiedzi na przedstawione argumenty, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w piśmie z dnia 12 lipca 2017 r. znak: ZPP.073.40.2017 – w oparciu o opinię zasięgniętą od Pana prof. Janusza Heitzmana – poinformował Rzecznika, iż:

1. Decyzje o zastosowaniu środka zabezpieczającego podejmuje sąd, natomiast lekarze psychiatrzy wydają opinię o konieczności zastosowania środka zabezpieczającego odpowiadając na konkretne pytanie sądu.
2. Sąd może ustanowić dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio adwokata z urzędu, który winien dbać o interesy tej osoby i ochronę jej praw, w tym zasady proporcjonalności.
3. Długotrwały, często wieloletni, charakter pobytu osób w zakładach psychiatrycznych, w wyniku orzeczonego środka zabezpieczającego, wobec nieproporcjonalności tego środka w stosunku do popełnionych czynów zagrożonych karą znacząco niższą, wynika z konieczności dalszego leczenia w warunkach szpitalnych przy braku adekwatnego oparcia społecznego dla tych osób, gdyby zostały one zwolnione z detencji. Decyzja sądu o zakończeniu detencji uwzględnia nie tylko przesłankę choroby, ale również ocenia zdolność do samodzielnej egzystencji chorego.
4. Obniżenie wysokości stawki przeznaczonej na leczenie (osobodzień) w miarę czasu trwania nieskutecznej terapii mogłoby doprowadzić do nagannego, ale ekonomicznie

wymuszanego kończenia detencji osób niewyleczonych i nadal stwarzających zagrożenie dla bezpieczeństwa publicznego.

We wskazanym piśmie przytoczona została również nieuzasadniona sugestia Pan prof. Janusza Heitzmana, iż propozycja wdrożenia mechanizmów – również finansowych – zmierzających do podnoszenia jakości leczenia pacjentów, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, stanowi „próbę szukania oszczędności w systemie opieki psychiatrycznej”. Powyższe stanowisko jest całkowicie rozbieżne z intencją wystąpienia Rzecznika Praw Pacjenta do Ministra Zdrowia – czyli propozycją rozważenia podjęcia działań zmierzających do opracowania mechanizmu finansowania hospitalizacji w ramach środka zabezpieczającego stymulującego proces podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W odniesieniu do stanowiska Pana prof. Janusza Heitzmana, na którym oparta była zasadnicza linia wyjaśnień Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia należy wskazać, co następuje:

1. Słusznie zauważył Pan prof. Janusz Heitzman, iż decyzja odnośnie konieczności dalszego stosowania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, czasu jego trwania, leży w kompetencjach właściwego sądu. Postanowienie dotyczące wskazanej kwestii opiera się przede wszystkim na przesyłanej okresowo do sądu opinii kierownika zakładu o stanie zdrowia sprawcy i postępach w leczeniu – co z kolei zdeterminowane jest skutecznością procesu terapeutycznego, rehabilitacyjnego i resocjalizacyjnego. Jakość oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych szpitala wykonującego środek zabezpieczający rzutuje bowiem bezpośrednio na wskazaną wyżej opinię kierowaną do sądu oraz jej wnioski dotyczące konieczności (lub jej braku) dalszego stosowania internacji, następnie na decyzję podejmowaną w przedmiotowej kwestii przez właściwy sąd. Analogiczny problem dotyczy również rzetelności prowadzonej wobec pacjentów internowanych diagnostyki, stanowiącej podstawę do formułowania wspomnianej wyżej kierowanej do sądu okresowej opinii kierownika zakładu. Brak mechanizmów (również finansowych) skłaniających do podnoszenia skuteczności, intensyfikacji procesu terapeutycznego może przekładać się także na brak motywacji do sporządzania w sposób rzetelny opinii o stanie zdrowia oraz postępach w leczeniu i może pociągać za sobą tendencję do nadmiernego upraszczania badań

(psychiatrycznych, psychologicznych) pacjentów, w tym także np. kopiowania znacznych fragmentów kolejnych opinii.

2. Wskazany przez Pana prof. Janusza Heitzmana fakt, iż sąd może ustanowić dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio adwokata z urzędu („który winien dbać o interesy tej osoby i ochronę jego praw w tym zasady proporcjonalności”) nie odnosi się do meritum sprawy podnoszonej w wystąpieniu Rzecznika Praw Pacjenta. Pełnomocnictwo procesowe nie daje kompetencji (prawnych czy merytorycznych) do oceny procesu terapeutycznego, tym bardziej ingerencji we wskazany proces – dokonywania w nim korekt lub innych działań prowadzących do zmiany form, trybu leczenia, podnoszenia jego efektywności itd.
3. Pan prof. Janusz Heitzman wskazuje, iż długotrwały, często wieloletni, charakter pobytu osób w zakładach psychiatrycznych, wobec nieproporcjonalności tego środka w stosunku do popełnionych czynów zagrożonych karą znacząco niższą, może wynikać („wynika”) z konieczności dalszego leczenia w warunkach szpitalnych przy braku adekwatnego oparcia społecznego dla tych osób, gdyby zostały one zwolnione z detencji.

Wskazana sprawa dotyczy niezwykle ważnego problemu, jaki stanowi konieczność roztoczenia właściwej opieki nad pacjentami, których stan zdrowia psychicznego faktycznie nie wymaga już pobytu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, natomiast ich hospitalizacja jest przedłużana (niejednokrotnie przez wiele lat) głównie z powodu braku adekwatnego do potrzeb wsparcia społecznego i ograniczonej po wielu latach pobytu w szpitalu psychiatrycznym zdolności przystosowania się do warunków samodzielnej egzystencji. Powyższa kwestia niewątpliwie wymaga również odrębnego uregulowania. Potrzeba stworzenia odpowiednich unormowań prawnych, następnie form organizacyjnych pozwalających na zapewnienie pacjentom (długotrwanie) internowanym właściwej pomocy postdetencyjnej stanowi przedmiot troski Rzecznika Praw Pacjenta, który w skierowanym do Ministra Sprawiedliwości wystąpieniu z dnia 19 czerwca 2017 r. (znak: RzPP-WZP.420.18.2017.SF) zawnioskował o uzupełnienie katalogu środków zabezpieczających o nowy rodzaj środka zabezpieczającego na wzór *świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu*. Rzecznik zwrócił uwagę, iż pomiędzy internacją w strukturach zamkniętego oddziału psychiatrycznego, a terapią w warunkach ambulatoryjnych, rozważyć należy wprowadzenie etapu pośredniego, łączącego profesjonalną, całodobową opiekę

terapeutyczną i socjalną z możliwościami działania pacjenta w warunkach zbliżonych do wolnościowych oraz procesem usamodzielnienia się po zakończeniu stosowania środka izolacyjnego. Zasadniczym celem wskazanej inicjatywy jest dążenie do zmian w przepisach prawa umożliwiających ewentualne utworzenie dla osób, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, sieci „hosteli” – a w konsekwencji również zwiększenie (poprzez redukcję nawrotów) skuteczności hospitalizacji w ramach detencji sądowej. Warto podkreślić, iż idea tworzenia hosteli funkcjonujących w ramach stosowania środka zabezpieczającego wpisuje się w ogólne kierunki i założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, tj. wdrażanie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego.

Stwierdzone przez Pana prof. Janusza Heitzmana zjawisko przedłużania internacji, pozbawienia wolności pacjentów detencyjnych, z powodu braku adekwatnego wsparcia społecznego oraz stopniowej utraty zdolności przystosowania się do warunków samodzielnego życia pod długotrwałym pobycie w szpitalu – w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta – nie powinno stanowić uzasadnienia dla wieloletnich internacji, lecz należy je potraktować jako problem wymagający rozwiązania, czyli wdrożenia odpowiednich regulacji prawnych, następnie organizacyjnych, które pozwolą na ograniczenie wskazanego zjawiska i umożliwią pacjentom pozbawionym wsparcia społecznego i/lub długotrwale hospitalizowanym funkcjonowanie (w tym dalsze leczenie) w warunkach zbliżonych do wolnościowych.

4. Trudno zgodzić się z sugestią Pana prof. Janusza Heitzmana, iż obniżenie wysokości stawki przeznaczonej na leczenie (osobodzień) w miarę czasu trwania nieskutecznej terapii mogłoby doprowadzić do nagannego, ale ekonomicznie wymuszanego kończenia detencji osób niewyleczonych i nadal stwarzających zagrożenie dla bezpieczeństwa publicznego. Należy bowiem zauważyć, iż analogiczny problem dotyczy pacjentów przyjmowanych do szpitali psychiatrycznych na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – na przykład z powodu powstałego w związku z chorobą psychiczną bezpośredniego zagrożenia dla życia własnego lub zdrowia/życia osób z otoczenia. W odniesieniu do tej grupy pacjentów (wielokrotnie bardziej licznej niż pacjenci detencyjni) stosowane są wspomniane wyżej wskaźniki korygujące – mimo podobnego ryzyka „ekonomicznie wymuszanego” kończenia hospitalizacji osób niewyleczonych i stwarzających nadal zagrożenie dla bezpieczeństwa własnego lub osób z otoczenia. Wskazane ryzyko niweluje

okoliczność, iż spadek (w miarę upływu czasu hospitalizacji) poziomu finansowania terapii nieskutecznej, nie przynoszącej spodziewanych efektów, w sposób oczywisty skłania (zespół terapeutyczny oddziału i/lub kierownictwo zakładu) nie do przedwczesnego zakończenia leczenia, lecz przede wszystkim do korekty procesu terapeutycznego, intensyfikacji bezpośrednich kontaktów lekarzy/psychologów z pacjentami, poszukiwania efektywniejszych metod leczenia oraz diagnostyki.

Mając na uwadze powyższe, zwracam się z uprzejmą prośbą o opinię dotyczącą kwestii zasadności wdrożenia zmiany mechanizmu finansowania hospitalizacji w ramach wykonywania środka zabezpieczającego stymulującego proces podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym obszarze.



z upoważnienia
RZECZNIKA PRAW PACJENTA
ZASTĘPCA RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Grzegorz Błazewicz

Do wiadomości: Pani Beata Kempa, Minister - Członek Rady Ministrów, Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa.

