

Ekspertyza

**określająca referencyjny przebieg świadczenia medycznego w zakresie psychiatrii sądowej
w ramach świadczeń „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”**

– w warunkach podstawowego zabezpieczenia

Kod świadczenia: 04.4730.021.02

– w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia

Kod świadczenia: 04. 4732.021.02

– w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich

Kod świadczenia: 04.4730.021.02

Ekspertyza została sporządzona:

- po przeprowadzonej analizie stanu prawnego związanego z realizacją świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii sądowej w ramach świadczeń „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”;**
- na podstawie aktualnej „mapy potrzeb zdrowotnych” w zakresie psychiatrii sądowej w ramach świadczeń „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”;**
- na podstawie danych historycznych na koniec 2014 roku i bieżących z I kwartału 2015 roku z komórki organizacyjnej: oddział o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, przy uwzględnieniu faktu, że oddział uruchomiony z dniem 1. 10.2013 roku pełną realizację przewidzianego z NFZ kontraktu, zgodnie z limitem miejsc w oddziale określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 roku (z późn. zmianami), załącznik nr 2 do niniejszego rozporządzenia, podjął od kwietnia 2014 roku i kontynuuje ją do chwili bieżącej.**

Zgromadzone dane pozwalają na określenie potrzeb realizacji zadania wynikających z ustawy (Kodeks karny, Kodeks karny wykonawczy) oraz rozporządzeń ministra zdrowia i zarządzeń prezesa NFZ.

I. Stan prawny realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii sądowej w ramach świadczeń „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” na dzień sporządzenia ekspertyzy.

1. Podstawę prawną zastosowania psychiatrycznych środków zabezpieczających regulują przepisy zawarte w ustawie **Kodeks karny**, które stanowią, że:

Art. 93 kk: *Sąd może orzec przewidziany w tym rozdziale środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego; przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchuje lekarzy psychiatrów oraz psychologa.*

Głównym wskazaniem do zastosowania środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym jest zatem konieczność zastosowania tego środka, aby zapobiec ponownemu popełnieniu czynu zabronionego związanego z chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Treść tego artykułu nie zobowiązuje tym samym sądu do zastosowania tego środka wobec sprawcy wykazującego wymienione zaburzenia psychiczne, jedynie umożliwia jego orzeczenie tylko wtedy, gdy zapobiegnie to ponownemu popełnieniu czynu zabronionego [2, 1].

Kryteria, których łączne spełnienie zobowiązuje sąd do orzeczenia środka zabezpieczającego, polegającego na umieszczeniu w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym zawiera art. 94 § 1 kk.

Art. 94 § 1 kk: *Jeżeli sprawca, w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1, popełnił czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości i zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie, sąd orzeka umieszczenie sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym.*

Można przyjąć, że § 1 art. 94 jednoznacznie obliguje sąd do orzeczenia środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym jeżeli ustalono, że:

1/ czyn zabroniony był znacznej społecznej szkodliwości, 2/ został popełniony w stanie niepoczytalności sprawcy i 3/ zachodzi wysoki stopień prawdopodobieństwa, że sprawca ponownie popełni czyn o znacznej społecznej szkodliwości. W komentarzu z 1998 roku do kodeksu karnego Buchała, omawiając treść art. 94 § 1 podkreśla, że „najistotniejszą rolę gra stopień prawdopodobieństwa, który musi być według wiedzy psychiatrii wysoki, to jest musi zachodzić realne niebezpieczeństwo, że sprawca popełni taki czyn ponownie” [3].

Kodeks karny w art. 94 § 2 kk nie określa czasu pobytu internowanego w szpitalu, lecz gdy dalszy jego pobyt jest zbędny sąd ma obowiązek niezwłocznie zwolnić go z dalszego odbywania środka. Tym samym należy przyjąć w odróżnieniu od innych przepisów regulujących świadczenia w zakresie „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, że prawo obliguje świadczeniodawcę do realizacji postanowienia o zastosowaniu środka zabezpieczającego w formie umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym *de facto bezterminowo* czyli bez określenia maksymalnego czasu trwania świadczenia.

Kodeks karny w art. 94 § 3 tego artykułu pozwala sądowi zarządzić ponowne umieszczenie sprawcy, o którym mowa w § 1 w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli przemawiają za tym okoliczności wymienione w § 1 lub w art. 93 kk z tym, że zarządzenie takie nie może być wydane po upływie 5 lat od zwolnienia z zakładu [1].

W kodeksie karnym i w kodeksie karnym wykonawczym nie ma wzmianek dotyczących sposobu realizacji tego paragrafu, nie ma również rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości lub Ministra Zdrowia na ten temat. W komentarzu do kodeksu karnego wykonawczego Postulski [5] mówi, że ponowne umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym może nastąpić wtedy, gdy prognoza przy zwolnieniu okazała się nietrafna lub zmienił się stan zdrowia niepoczytalnego sprawcy stwarzającego ponownie przesłanki do zastosowania środka zabezpieczającego.

Na temat środków związanych z leczeniem odwykowym, mówi artykuł 96 kk [1].

Art. 96. § 1. Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z tym uzależnieniem.

§ 2. Środka określonego w § 1 nie orzeka się, jeżeli sprawcę skazano na karę pozbawienia wolności przekraczającą 2 lata.

§ 3. Czasu pobytu w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego nie określa się z góry; nie może on trwać krócej niż 3 miesiące i dłużej niż 2 lata. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia, po zapoznaniu się z opinią prowadzącego leczenie.

§ 4. Na poczet kary sąd zalicza okres pobytu skazanego w zakładzie, o którym mowa w § 1.

Sposób zastosowania środka zabezpieczającego, art. 324 kpk reguluje następująco: *Jeżeli zostanie ustalone, że podejrzany dopuścił się czynu w stanie niepoczytalności, a istnieją podstawy do stosowania środków zabezpieczających prokurator po zamknięciu śledztwa lub dochodzenia kieruje sprawę do sądu z wnioskiem o umorzenie postępowania i zastosowanie środków zabezpieczających.*

2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. **Kodeks karny wykonawczy** [1] w artykułach od 200 do 205 reguluje sprawę wykonywania środków zabezpieczających. Art. 200 kkw mówi, że środki zabezpieczające wykonuje się w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego podległych Ministrowi Zdrowia. Zgodnie z treścią art. 202 kkw w zakładach tych sprawcę **obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym.** Art. 203 kkw w § 1 nakłada obowiązek na kierownika zakładu wykonującego środek zabezpieczający do informowania sądu o stanie zdrowia i postępach w leczeniu nie rzadziej niż co 6 miesięcy, albo bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. Ale sąd może w każdym czasie żądać opinii o stanie zdrowia i wynikach leczenia, o czym mówi § 2 i wtedy opinia powinna być wydana przez co najmniej dwóch psychiatrów i psychologa, oraz powinna zawierać prognozę lekarską i prognozę społeczno-psychologiczną. Sąd natomiast, zgodnie z treścią art. 204 Kkw, jest zobowiązany do orzekania nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a bezzwłocznie – jeżeli opinia stwierdza, że dalsze pozostawanie sprawcy w zamkniętym zakładzie nie jest konieczne – co do dalszego stosowania środka. Uchylenie środka zabezpieczającego powinno nastąpić przy ustaleniu „wysokiego prawdopodobieństwa, że sprawca nie popełni ponownie czynu zabronionego tego rodzaju, w związku z którym zastosowano wobec niego środek zabezpieczający” [5].

Pełne brzmienie przepisów Kodeksu karnego wykonawczego zawarte w wersji dotychczas obowiązującej na dzień 01.01.2010 (przed wejściem w życie nowelizacji prawa karnego (z dniem 01.07.2015 r.), jest następujące:

Art. 200. § 1. Środki zabezpieczające związane z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym, przewidziane w Kodeksie karnym, wykonuje się w zakładach psychiatrycznych i w zakładach leczenia odwykowego.

§ 2. Zakłady psychiatryczne, o których mowa w § 1, mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami:

- 1) podstawowego zabezpieczenia,*
- 2) wzmocnionego zabezpieczenia,*
- 3) maksymalnego zabezpieczenia.*

§ 3. Zakłady leczenia odwykowego, o których mowa w § 1, mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.

§ 3a. Zakłady psychiatryczne wykonujące środek zabezpieczający przewidziany w art. 95a Kodeksu karnego w postaci umieszczenia w zakładzie zamkniętym, organizowane są jako zakłady dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.

§ 3b. Środek zabezpieczający przewidziany w art. 95a Kodeksu karnego w postaci skierowania na leczenie ambulatoryjne, wykonuje się w zakładach ambulatoryjnych

§ 4. (uchylony).

§ 5. Zakłady, o których mowa w § 2 pkt 3, podlegają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Art. 200a. Do zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami maksymalnego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli:

1) jego powtarzające się zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia,

2) nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego znaczne zagrożenie poza zakładem.

Art. 200b. Do zamkniętego zakładu psychiatrycznego lub do zakładu leczenia odwykowego dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli:

1) jego zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego, dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia,

2) nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zamkniętego zakładu psychiatrycznego lub z zakładu leczenia odwykowego, dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego zagrożenie poza zakładem.

Art. 200c. Do zamkniętego zakładu psychiatrycznego lub do zakładu leczenia odwykowego dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, który nie kwalifikuje się do zakładu psychiatrycznego lub do zakładu leczenia odwykowego, o których mowa w art. 200a oraz w art. 200b.

Art. 201. § 1. W celu zapewnienia właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających, o których mowa w art. 200 § 1 i 2, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających.

§ 2. Wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego, sąd, po zasięgnięciu opinii komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, określa rodzaj zakładu, o którym mowa w art. 200 § 2 lub 3, i przesyła odpis orzeczenia wraz z poleceniem doprowadzenia sprawcy właściwej stacji pogotowia ratunkowego, właściwej jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu, a odpis orzeczenia i polecenie przyjęcia - kierownikowi właściwego zakładu.

§ 2a. Wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego określonego w art. 95a Kodeksu karnego, sąd, po zasięgnięciu opinii odpowiedniej w sprawach seksuologii sądowej jednostki organizacyjnej utworzonej lub nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wskazuje zakład, o którym mowa w art. 200 § 3a albo 3b, i przesyła odpis orzeczenia, wraz z poleceniem doprowadzenia sprawcy, właściwej jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu, a odpis orzeczenia i polecenie przyjęcia - kierownikowi właściwego zakładu zamkniętego.

§ 2b. W wypadku skierowania sprawcy na leczenie ambulatoryjne odpis orzeczenia, o którym mowa w § 2a, sąd przesyła właściwej jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu i kierownikowi zakładu ambulatoryjnego.

§ 2c. W wypadku uchylania się sprawcy od leczenia, w szczególności w razie niestawiennictwa sprawcy w zakładzie ambulatoryjnym w wyznaczonym terminie, kierownik zakładu niezwłocznie zawiadamia o tym właściwą jednostkę Policji lub właściwy organ wojskowy. Policja lub właściwy organ wojskowy zatrzymuje sprawcę i w ciągu 48 godzin od chwili zatrzymania przekazuje go do dyspozycji sądu. Od zatrzymania można odstąpić, jeżeli niestawiennictwo nastąpiło z przyczyn losowych, niezależnych od sprawcy. Zatrzymanego należy zwolnić, jeżeli w ciągu 24 godzin od przekazania go do dyspozycji sądu nie doręczono mu postanowienia o umieszczeniu w zakładzie zamkniętym.

§ 3. Jeżeli sprawca przebywa w zakładzie karnym albo w areszcie śledczym, polecenie doprowadzenia sąd przesyła dyrektorowi tego zakładu lub aresztu, załączając odpis orzeczenia.

§ 4. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, określa, w drodze rozporządzenia, tryb powoływania i zadania komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, jej skład oraz wykaz zamkniętych zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, a także ich pojemność i warunki zabezpieczenia, z uwzględnieniem szczegółowych zasad kierowania do takich zakładów, postępowania ze sprawcami w nich umieszczonymi oraz regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających, mając na uwadze w szczególności poddanie sprawcy umieszczonego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego właściwemu leczeniu lub terapii, przeciwdziałanie zachowaniom sprawcy zagrażającym życiu i zdrowiu innych osób lub powodującym niszczenie przedmiotów znacznej wartości oraz zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się sprawcy stwarzającego zagrożenie poza zakładem.

§ 5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających określonych w art. 95a Kodeksu karnego, tryb i sposób zawiadamiania Policji lub organu wojskowego o uchylaniu się sprawcy od leczenia oraz warunki wystąpienia do sądu o zmianę sposobu wykonywania środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 95a Kodeksu karnego, mając na uwadze w szczególności poddanie sprawcy właściwemu leczeniu lub terapii, przeciwdziałanie zachowaniom sprawcy zagrażającym życiu i zdrowiu innych osób lub powodującym niszczenie przedmiotów znacznej wartości oraz zapewnienie sprawnego wykonywania orzeczonego środka.

§ 6. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz zakładów zamkniętych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, a także ich pojemność i warunki zabezpieczenia oraz warunki wystąpienia do sądu o zmianę sposobu wykonywania środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 95a Kodeksu karnego, mając na uwadze w szczególności poddanie sprawcy umieszczonego w zamkniętym zakładzie właściwemu leczeniu lub terapii, przeciwdziałanie zachowaniom sprawcy zagrażającym życiu i zdrowiu innych osób lub powodującym niszczenie przedmiotów znacznej wartości oraz zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się sprawcy stwarzającego zagrożenie poza zakładem.

Art. 202. Sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza

zakładem.

Art. 203. § 1. Kierownik zakładu zamkniętego, 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 lub terapii; opinię taką obowiązany jest przesyłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne.

§ 2. Sąd może w każdym czasie żądać opinii o stanie zdrowia i stosowanym leczeniu lub terapii oraz ich wyników wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie, o którym mowa w § 1.

Art. 204. Sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a w wypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zamkniętym zakładzie, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie jest konieczne, bezzwłocznie orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka. W razie potrzeby sąd zasięga opinii innych biegłych.

Art. 204a. Wobec sprawcy umieszczonego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego.

Art. 204b. W zakładach, o których mowa w art. 200 § 2 pkt 2 i 3 oraz w § 3, dopuszcza się kontrolowanie przedmiotów posiadanych przez sprawców oraz pomieszczeń, w których oni przebywają. Przepisy art. 116 § 4-6 stosuje się odpowiednio.

Art. 204c. Osobiste kontakty sprawcy przebywającego w zakładzie, o którym mowa w art. 200 § 2 pkt 2 lub 3 albo w § 3, z osobami odwiedzającymi mogą odbywać się tylko za zgodą kierowników tych zakładów. Można odmówić udzielenia takiej zgody, w szczególności gdy kontakty te powodują wzrost ryzyka zachowań niebezpiecznych.

Art. 205. Do wykonania środków zabezpieczających, które polegają na zakazie zajmowania określonych stanowisk, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej, przepadku albo zakazie prowadzenia pojazdów, stosuje się art. 180-193 i art. 195. [Załącznik nr 1]

Przytoczone regulacje prawne wskazują na to, że **realizacja świadczenia zdrowotnego jakim są świadczenia z zakresu psychiatrii sądowej, znacząco rozszerza zobowiązania świadczeniodawcy do koniecznego wypełniania zadań wykraczających ponad standardowe świadczenia medyczne.** Są to zadania równoważne do świadczeń *stricte* medycznych w zakresie obciążenia świadczeniodawcy koniecznością wypełnienia zadania zabezpieczającego oraz sądowo-administracyjnego związanego z określonym trybem informowania sądowego o przebiegu świadczenia i opiniowaniem osoby wobec której podmiot realizuje świadczenie.

Mimo, że zadanie zatytułowane jako świadczenie opieki zdrowotnej realizuje prawomocne postanowienie sądowe motywowane względami powszechnego i indywidualnego bezpieczeństwa, to cały ciężar jego finansowego i organizacyjnego zabezpieczenia spoczywa na środkach przeznaczonych na ochronę zdrowia, jakimi dysponuje (w zakresie objętym ekspertyzą) Narodowy Fundusz Zdrowia.

Już na tym poziomie ekspertyzy można stwierdzić, że **finansowanie środka zabezpieczającego w zakresie psychiatrii, realizowane w systemie opieki zdrowotnej, nie jest objęte systemowym wyodrębnieniem kosztów, właściwych dla wypełniania zadania medycznego i odrębnie dla zadania zabezpieczającego. Brak systemowej analizy, skutkuje powierzeniem opiece zdrowotnej do realizacji i finansowania, prawnie uzasadnionego zadania zabezpieczającego bez jego zrekompensowania ze strony wymiaru sprawiedliwości.**

Istnienie ewentualnej, odrębnej ale zasadnej, delegacji budżetowej rekompensującej finansowanie pozamedycznych zadań przez opiekę zdrowotną, pozostaje poza wiedzą eksperta.

3. Podstawa prawna obowiązująca od dnia 1.07.2015 r.

Prognozowanie przebiegu referencyjnego świadczenia w zakresie psychiatria sądowa po 1. 07. 2015 r. jest utrudnione z uwagi na nowe przewidziane ustawowo zadania. Należy założyć sukcesywnie narastające koszty jego realizacji.

* Nowelizacja ustaw karnych uchwalona przez Sejm jeszcze bardziej rozszerza zadania do realizacji przez świadczeniodawców w dziale opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowanych szczególnie przez oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu. Nowe przepisy reguluje ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 20 marca 2015 r. Poz. 396). Zadania przewidziane do realizacji przez świadczeniodawcę usług w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień spowodują:

1. zwiększenie liczby osób, wobec których będzie realizowany środek zabezpieczający w zakładach opieki zdrowotnej (o nieobecnych w dotychczasowym systemie sprawców ze znacznie ograniczona poczytalnością [art. 93c p.2]);
2. konieczność zapewnienia większej bazy lokalowej i etatowej dla zabezpieczenia realizacji ustawowo określonych zadań;
3. wydłużenie okresu realizacji środka zabezpieczającego w zamkniętych zakładach psychiatrycznych (wprowadzenie kryterium oceny „prawdopodobieństwa popełnienia podobnego czynu o znacznej szkodliwości społecznej” co wpłynie na asekuracyjne wydłużanie czasu realizacji świadczenia),
4. konieczność organizacyjnego, etatowego i lokalowego zabezpieczenia realizacji psychiatrycznego świadczenia zabezpieczającego o charakterze ambulatoryjnym („terapia”,

„terapia uzależnień”) wobec osób poddanych ustawie, nie na zasadzie dobrowolności lecz obligatoryjności realizacji prawomocnego postanowienia sądowego.

Zmiany wprowadzone do ustawy **Kodeks karny** a dotyczące środków zabezpieczających są następujące:

54) uchyla się art. 92–93;

55) po art. 93 dodaje się art. 93a–93g w brzmieniu:

„Art. 93a. § 1. Środkami zabezpieczającymi są:

1) elektroniczna kontrola miejsca pobytu,

2) terapia,

3) terapia uzależnień,

4) pobyt w zakładzie psychiatrycznym.

§ 2. Jeżeli ustawa tak stanowi, tytułem środka zabezpieczającego można orzec nakaz i zakazy określone w art. 39 pkt 2–3.

Art. 93b. §1. Sąd może orzec środek zabezpieczający, 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. Środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4, można orzec jedynie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości.

§ 2. Sąd uchyla środek zabezpieczający, gdy dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne.

§ 3. Środek zabezpieczający i sposób jego wykonywania powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić, oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia, a także uwzględniać potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień. Sąd może zmienić orzeczony wobec sprawcy środek zabezpieczający lub sposób jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczony środek stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe.

§ 4. Wobec tego samego sprawcy można orzec więcej niż jeden środek zabezpieczający; przepisy § 1 i 3 stosuje się, biorąc pod uwagę wszystkie orzekane środki zabezpieczające.

§ 5. Sąd orzeka pobyt w zakładzie psychiatrycznym tylko wtedy, gdy ustawa tak stanowi.

Art. 93c. Środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy:

1) co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1,

2) w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2,

3) w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych,

4) w razie skazania na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia,

5) w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

Art. 93d. § 1. Czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry.

§ 2. Uchylając środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, sąd może orzec jeden lub więcej ze środków zabezpieczających, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 1–3.

§ 3. Sąd ustala potrzebę i możliwości wykonania orzeczonego środka zabezpieczającego nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności.

§ 4. Jeżeli wobec sprawcy wykonywana jest kara pozbawienia wolności, środki zabezpieczające, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 1–3, można orzec również do czasu wykonania tej kary, jednak nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności.

§ 5. Jeżeli sprawca został skazany na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, orzeczony środek zabezpieczający stosuje się po odbyciu kary lub warunkowym zwolnieniu, chyba że ustawa stanowi inaczej.

§ 6. Jeżeli zachowanie sprawcy po uchyleniu środka zabezpieczającego wskazuje, że zachodzi konieczność stosowania środków zabezpieczających, sąd, nie później niż w ciągu 3 lat od uchylenia środka, może ponownie orzec ten sam środek zabezpieczający lub inny środek, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 1–3.

Art. 93e. Sprawca, wobec którego orzeczono elektroniczną kontrolę miejsca pobytu, ma obowiązek poddania się nieprzerwanej kontroli miejsca swojego pobytu sprawowanej za pomocą urządzeń technicznych, w tym noszonego nadajnika.

Art. 93f. § 1. Sprawca, wobec którego orzeczono terapię, ma obowiązek stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce w terminach wyznaczonych przez lekarza psychiatrę, seksuologa lub terapeutę i poddania się terapii farmakologicznej zmierzającej do osłabienia popędu seksualnego, psychoterapii lub psychoedukacji w celu poprawy jego funkcjonowania w społeczeństwie.

§ 2. Sprawca, wobec którego orzeczono terapię uzależnień, ma obowiązek stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce leczenia odwykowego w terminach wyznaczonych przez lekarza i poddania się leczeniu uzależnienia od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

Art. 93g. § 1. Sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym wobec sprawcy określonego w art. 93c pkt 1, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym.

§ 2. Skazując sprawcę określonego w art. 93c pkt 2 na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym.

§ 3. Skazując sprawcę określonego w art. 93c pkt 3 na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych.”;

56) uchyla się art. 94–98;

Zmiany wprowadzone do Kodeksu karnego wykonawczego rozszerzają zadania przewidziane dla psychiatrii sądowej w realizacji świadczeń zdrowotnych i leczenia uzależnień.

Nowe przepisy **Kodeksu karnego wykonawczego** są następujące (analogicznie j.w. podkreśleniem wyróżniono te, które rozszerzają dotychczasowe zadania) :

Art. 199a. § 1. Sąd, który wydał orzeczenie w pierwszej instancji, jest właściwy do orzekania w przedmiocie środków zabezpieczających na zasadach określonych w rozdziale X Kodeksu karnego.

§ 2. Sąd, który wydał orzeczenie w pierwszej instancji, jest właściwy w postępowaniu dotyczącym wykonania środków zabezpieczających, z wyjątkiem elektronicznej kontroli miejsca pobytu.

§ 3. Na postanowienie co do środka zabezpieczającego przysługuje zażalenie.”;

Art. 199b. § 1. Wniosek o orzeczenie, zmianę lub uchylenie środka zabezpieczającego może złożyć również dyrektor zakładu karnego, kierownik zakładu psychiatrycznego lub kierownik podmiotu leczniczego, w którym sprawca odbywa terapię lub terapię uzależnień.

§ 2. Przed orzeczeniem, zmianą i uchyleniem środka zabezpieczającego sąd wysłuchuje: 1) psychologa, 2) w sprawach osób niepełnosprawnych, o ograniczonej pełnosprawności lub z zaburzeniami osobowości albo gdy sąd uzna to za wskazane – ponadto lekarza psychiatrę, 3) w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – biegłych wskazanych w pkt 1 i 2 oraz lekarza seksuologa lub psychologa seksuologa. W sprawach osób uzależnionych można również wysłuchać biegłego w przedmiocie uzależnienia.

§ 3. W posiedzeniu ma prawo wziąć udział prokurator, sprawca lub jego obrońca oraz wnioskodawca określony w § 1.

§ 4. Można pozostawić bez rozpoznania wnioski o zmianę lub uchylenie środka zabezpieczającego, jeżeli od wydania poprzedniego orzeczenia w tym przedmiocie upłynęło mniej niż 6 miesięcy, a wnioskodawca nie wskazał nowych okoliczności mających znaczenie dla rozstrzygnięcia.”;

Art. 200 § 1. Przez zakład psychiatryczny, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4 Kodeksu karnego, rozumie się podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej.

§ 3a. Zakłady psychiatryczne wykonujące środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 3 Kodeksu karnego, organizowane są jako zakłady dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.

§ 3b. Środek zabezpieczający w postaci terapii orzeczonej wobec sprawcy określonego w art. 93c pkt 3 Kodeksu karnego wykonuje się w podmiotach leczniczych.;

Art. 200a wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie: „Do zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami maksymalnego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli (...) (Dziennik Ustaw 37 Poz. 396)

Art. 200b. Do zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli: 1) jego zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zakładzie psychiatrycznym, dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia, 2) nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zakładu psychiatrycznego, dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego zagrożenie poza zakładem.

Art. 200c. Do zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, który nie kwalifikuje się do zakładu psychiatrycznego, o którym mowa w art. 200a oraz w art. 200b.”;

Art. 201 § 1a Do zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających należy: 1) wydawanie opinii dla właściwych sądów lub innych uprawnionych instytucji w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono

wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych, 2) analiza dostępnej dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w zakresie określonym w pkt 1, 3) analiza informacji o liczbie dostępnych miejsc w zakładach psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, 4) wizytacja i ocena zakładów psychiatrycznych dysponujących warunkami podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, w których wykonywany jest środek zabezpieczający.

§ 2. Wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zakładzie psychiatrycznym, o którym mowa w art. 200 § 1, sąd, po zasięgnięciu opinii komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, określa rodzaj tego zakładu i przesyła odpis orzeczenia wraz z poleceniem doprowadzenia sprawcy właściwej ze względu na miejsce pobytu sprawcy jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu, a odpis orzeczenia oraz polecenie doprowadzenia wraz z poleceniem przyjęcia – kierownikowi wskazanego zakładu. **Kierownik wskazanego zakładu psychiatrycznego zapewnia transport sanitarny odpowiadający wymaganiom określonym dla zespołu ratownictwa medycznego, po powiadomieniu go przez właściwą jednostkę Policji lub właściwy organ wojskowy o miejscu, dniu oraz godzinie planowanego transportu.**

§ 2b. W wypadku skierowania sprawcy na terapię lub terapię uzależnień sąd przesyła odpis orzeczenia kierownikowi podmiotu leczniczego.

§ 4. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, określa, w drodze rozporządzenia, 1) tryb powoływania i odwoływania członków komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, jej skład i sposób działania, a także sposób postępowania z prowadzoną przez komisję dokumentacją, 2) regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających, 3) warunki zabezpieczenia zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego, o których mowa w art. 200 § 2 – mając na uwadze prawidłową realizację zadań komisji, poddanie sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym właściwemu leczeniu lub właściwym metodom terapeutycznym, przeciwdziałanie zachowaniom sprawcy zagrażającym życiu i zdrowiu własnemu i innych osób lub powodującym niszczenie przedmiotów znacznej wartości oraz zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się sprawcy z zakładu.

§ 5. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” wykazy: 1) zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 1–3 Kodeksu karnego, w tym zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, orzeczonego wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, z uwzględnieniem warunków, o których mowa w art. 200 § 2, wraz z podaniem liczby łóżek, 2) podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej, wraz z podaniem liczby łóżek.

Art. 202. 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.

Art. 202a. § 1. Pobyt w zakładzie psychiatrycznym orzeczony wobec sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 2 Kodeksu karnego, następuje przed wykonaniem kary pozbawienia

wolności, podczas przerwy w wykonywaniu tej kary lub po jej wykonaniu. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia.

§ 2. Sąd zalicza na poczet kary okres pobytu skazanego w zakładzie. Skazanego można warunkowo zwolnić z odbycia reszty kary, jeżeli zostały spełnione warunki, o których mowa w art. 77–79 Kodeksu karnego, a wyniki leczenia za tym przemawiają; dozór jest obowiązkowy.

Art. 202b. § 1. Orzekając terapię lub terapię uzależnień wobec skazanego określonego w art. 93c pkt 5 Kodeksu karnego, który zostaje zwolniony z zakładu psychiatrycznego lub zakładu karnego, sąd ustala okres próby na czas od 6 miesięcy do lat 2 i oddaje skazanego pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym.

§ 2. Sąd może zarządzić ponowne umieszczenie skazanego w zakładzie karnym, jeżeli skazany w okresie próby uchyla się od poddania się terapii lub terapii uzależnień, uchyla się od dozoru kuratora, popełnia przestępstwo lub rażąco narusza porządek prawny albo regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego. § 3. Jeżeli w okresie próby i w ciągu dalszych 6 miesięcy nie zarządzono ponownego umieszczenia skazanego w zakładzie karnym, karę uważa się za odbytą z upływem okresu próby.

Art. 203 § 1 § 1. 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 lub terapii; opinię taką obowiązany jest przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne.

Art. 204 § 1. Jeżeli wobec sprawcy orzeczono pobyt w zakładzie psychiatrycznym, sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka, a w wypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawanie sprawcy w zakładzie nie jest konieczne – bezzwłocznie. W razie potrzeby sąd zasięga opinii innych biegłych.

§ 2. W posiedzeniu w przedmiocie dalszego stosowania pobytu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym obowiązkowy jest udział: 1) prokuratora, 2) obrońcy w wypadkach określonych w art. 8 § 2, chyba że sąd orzeka na korzyść lub zgodnie z wnioskiem skazanego.

§ 3. Orzekając o zwolnieniu z zakładu psychiatrycznego, sąd w razie stwierdzenia, że zachodzą przesłanki do przyjęcia sprawcy do domu pomocy społecznej w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), zawiadamia o tym właściwy organ do spraw pomocy społecznej.

§ 4. Przepis § 1 stosuje się odpowiednio, jeżeli wobec sprawcy orzeczono inny środek zabezpieczający, z tym że sąd orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka nie rzadziej niż co 12 miesięcy

Art. 204a. Wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego.

Art. 204b. W zakładach psychiatrycznych, o których mowa w art. 200 § 2 pkt 2 i 3, dopuszcza się kontrolowanie przedmiotów posiadanych przez sprawców oraz pomieszczeń, w których oni przebywają. Przepisy art. 116 § 4–6 stosuje się odpowiednio.

Art. 204c. Osobiste kontakty sprawcy przebywającego w zakładzie psychiatrycznym, o którym mowa w art. 200 § 2 pkt 2 lub 3, z osobami odwiedzającymi mogą odbywać się tylko za zgodą kierowników tych zakładów. Można odmówić udzielenia takiej zgody, w szczególności gdy kontakty te powodują wzrost ryzyka zachowań niebezpiecznych.”;

Art. 204d § 1. Sprawcy przebywającemu w zakładzie psychiatrycznym, o którym mowa w art. 200c, można udzielić zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem pod opieką członka rodziny lub osoby godnej zaufania, jeżeli jest to uzasadnione względami terapeutycznymi lub ważnymi

względnymi rodzinnymi, zaś niebezpieczeństwo, że sprawca przebywający poza zakładem dopuści się czynu zabronionego lub zagrozi własnemu życiu lub zdrowiu, jest nieznaczące.

§ 2. Zezwolenia udziela się na okres nieprzekraczający 3 dni. W wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych wypadkach można udzielić zezwolenia na okres nieprzekraczający 7 dni.

§ 3. Zezwolenia udziela kierownik zakładu po uzyskaniu opinii lekarza prowadzącego. O udzieleniu zezwolenia kierownik zakładu niezwłocznie informuje sąd.

§ 4. Jeżeli sprawca nie powróci do zakładu psychiatrycznego, o którym mowa w art. 200c, z upływem okresu, na który udzielono zezwolenia, sąd niezwłocznie zarządza jego poszukiwanie i zatrzymanie przez Policję oraz doprowadzenie do zakładu. Sprawcę doprowadza Policja w asyście lekarza.

§ 5. Sprawcy, który nie powrócił do zakładu psychiatrycznego, o którym mowa w art. 200c, z upływem okresu, na który udzielono zezwolenia, można udzielić ponownego zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem nie wcześniej niż po upływie roku od dnia powrotu sprawcy do zakładu.

§ 6. Sprawcy, który, przebywając poza zakładem psychiatrycznym, o którym mowa w art. 200c, dopuścił się czynu zabronionego lub zagroził własnemu życiu lub zdrowiu, nie udziela się ponownego zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem.

4. Zapewnieniu pełnej realizacji świadczenia zdrowotnego i leczenia uzależnień z psychiatrii sądowej w zakresie stosowania psychiatrycznych środków zabezpieczających służy **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 roku**. Tekst jednolity zawiera *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2014 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających*. Dz.U. z dn.13 maja 2014 r. Poz. 599. **[Załącznik nr 2]**

Rozporządzenie określa konieczną infrastrukturę zakładów realizujących środki zabezpieczający na poszczególnych poziomach zabezpieczenia, również ich pojemność i minimalne wymogi zatrudnienia personelu, oraz w załącznikach 1, 2, 3 i 4 wykazy zakładów psychiatrycznych i leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środka ze wskazaniem obszaru ich działania oraz pojemnością (liczbą łóżek), a w załączniku nr 5 regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających.

5. Podstawy prawne realizacji świadczenia medycznego w zakresie psychiatrii sądowej w ramach świadczeń „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” – w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich określa **ustawa o postępowaniu w sprawach**

nieletnich (Dz U. z 2002 r.Nr11, poz 109 i Nr 58 poz 542 oraz z 2003 r, Nr 137, poz. 1304 i Nr 223, poz.2217.

W ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich z dnia 26 października 1982 r. (Dz.U. z 2014 poz. 282, brzmienie od 25 marca 2014) zostały określone podstawy prawne stosowania leczniczego środka zabezpieczającego wobec nieletnich. Są one zawarte w rozdziale 2

Środki wychowawcze i lecznicze ustawy. Stanowią one, że:

Art. 79. § 4. Jeżeli w toku wykonywania środka wychowawczego lub poprawczego okaże się, że wobec nieletniego należy zastosować środki o charakterze leczniczo-wychowawczym, sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego w odpowiednim zakładzie.

Art. 80. § 1. Dyrektor podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą lub domu pomocy społecznej ma obowiązek zawiadamiać sąd, który wykonuje orzeczenie, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, o stanie zdrowia nieletniego umieszczonego w zakładzie lub domu pomocy społecznej i o postępach w leczeniu.

§ 2. Dyrektor zakładu lub domu pomocy społecznej niezwłocznie zawiadamia sąd, jeżeli uzna, że w związku ze zmianą stanu zdrowia nieletniego jego dalsze pozostawanie w zakładzie lub domu pomocy społecznej nie jest konieczne.

§ 3. Sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a w wypadku określonym w § 2 — niezwłocznie, rozstrzyga na podstawie opinii lekarskiej o potrzebie dalszego pobytu nieletniego w zakładzie lub domu pomocy społecznej.

§ 4. Wobec nieletniego zwalnianego z zakładu lub domu pomocy społecznej sąd rodzinny stosuje w razie potrzeby środki wychowawcze.

Art. 82. § 1. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w szczególności wskazując organ odpowiedzialny za kierowanie nieletnich do odpowiednich zakładów, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia sprawności postępowania, bezpieczeństwa tych placówek, właściwych warunków pobytu nieletnich i przestrzegania ich praw. [Załącznik nr 4].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 roku (Dz.U. Nr 79 poz. 692) w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej szczegółowo określa warunki wymagane do realizacji świadczenia zdrowotnego wobec nieletnich. Załączniki: 1, 2, 3 do Rozporządzenia zawierają wykazy zakładów psychiatrycznych i leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środka ze wskazaniem obszaru ich działania oraz pojemnością (liczbą łóżek). [Załącznik nr 5]

6. Przepisy dotyczące wyłączenia ze zmniejszenia poziomu finansowania osób kierowanych do leczenia w zakładach psychiatrycznych na podstawie orzeczenia sądu, zawiera **zarządzenie Nr 78/2014 DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 27 listopada 2014 roku zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. [Załącznik nr 6].**

Zarządzenie nawiązuje do treści rozporządzeń Ministra Zdrowia: 1) z dnia 10 sierpnia 2014 roku w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających i 2) z dnia 20 kwietnia 2005 roku w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Z zarządzenia wynika zasada nielimitowanego czasowo pobytu w zakładach realizujących środki zabezpieczający.

Zdefiniowanie świadczeń oraz grup personelu realizujących świadczenia zdrowotne w ramach środka zabezpieczającego w psychiatrii określają :

7. **Rozporządzenie ministra Zdrowia z dnia** **w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, oraz**
8. **Zarządzenie Nr 65/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.[Załącznik nr 6].**

W treści ekspertyzy oraz w jej załącznikach (tabelach przebiegu referencyjnego świadczeń) wymieniane są dodatkowo procedury szczegółowe, nie ujęte w rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ, odnoszące się do specyficznych zadań wynikających z realizacji świadczenia jakie stawiają ustawy Kodeks karny, Kodeks karny wykonawczy, ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich.

II. „mapa potrzeb zdrowotnych” w zakresie psychiatrii sądowej w ramach świadczeń „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”

Na wszystkich poziomach środka zabezpieczającego realizowanego w systemie opieki zdrowotnej w 2014 roku przebywało łącznie - **2515 osób** w skali kraju (wg pojemności zakładów i Rozporządzenia Min. Zdrowia).

Na podstawowy poziom zabezpieczenia przypada - **1495** miejsc realizowanych w **33** zakładach psychiatrycznych. Są one rozmieszczone równomiernie na terenie całego kraju z tym, że najmniej ich jest w województwie zachodnio-pomorskim.

Na wzmocniony poziom zabezpieczenia przypada - **827** miejsc realizowanych w **17** zakładach psychiatrycznych;

Na maksymalny poziom zabezpieczenia – **193** miejsca w **3** zakładach psychiatrycznych.

Szczegółowe rozmieszczenie poszczególnych zakładów i ich pojemność określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 roku. Tekst jednolity zawiera *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2014 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. Dz.U. z dn.13 maja 2014 r. Poz. 599. [Załącznik nr 2].*

Na podstawie wiedzy eksperckiej opartej na m.in. corocznych sprawozdaniach Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia oraz częstym aktualizowaniem danych zawartych w załączniku nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia, z dnia 10 sierpnia 2004 roku, można stwierdzić, że system środków zabezpieczających z psychiatrii jest maksymalnie obłożony. Z informacji posiadanej przez Komisję wynika, że w systemie nie ma wolnych miejsc bowiem zwalniane są na bieżąco zapełniane nowymi nakazami przyjęcia. Raportowany przez NFZ poziom realizacji świadczeń w skali roku określany średnio na ok. 85-90% wynika wyłącznie z długiego czasu oczekiwania w zakładach na realizację postanowienia sądu o dowiezieniu osoby skierowanej do danego zakładu.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej przeznaczone do realizacji środka zabezpieczającego dla nieletnich obejmują zakłady o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia, zakład o maksymalnym poziomie zabezpieczenia i zakład leczenia odwykowego o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 roku (Dz.U. Nr 79 poz. 692) zawiera szczegółowy wykaz zakładów, wskazuje ich rozmieszczenie, pojemność (liczbę łóżek) i poziom zabezpieczenia. Według Rozporządzenia Warunki maksymalnego zabezpieczenia spełnia w kraju 40 miejsc, wzmocnionego 265 miejsc oraz odwykowego na poziomie wzmocnionego zabezpieczenia 30 miejsc. Łącznie system dysponuje 335 miejscami. Z wykazu zawartego w załącznikach do Rozporządzenia wynika, że rozmieszczenie na terenie kraju publicznych zakładów zdrowotnych przeznaczonych do realizacji środka zabezpieczającego z psychiatrii dla nieletnich jest nierównomierne co powoduje trudności w zaspokojeniu potrzeb oraz czyni ich realizację wielokrotnie nieefektywną z uwagi na b. duże odległości zakładów od miejsca stałego zamieszkiwania przez nieletnich a przez to znaczące utrudnienie współpracy z rodziną w całym procesie leczniczym. **[Załącznik nr 5].**

**III. Wykazy procedur diagnostycznych, terapeutycznych i zabezpieczających
w zakresie psychiatrii sądowej w ramach świadczeń „opieka
psychiatryczna i leczenie uzależnień”**

– w warunkach podstawowego zabezpieczenia

Kod świadczenia: 04.4730.021.02

– w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia

Kod świadczenia: 04. 4732.021.02

– w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich

Kod świadczenia: 04.4730.021.02

**1. Referencyjny przebieg świadczenia z psychiatrii sądowej w warunkach
podstawowego zabezpieczenia (Kod świadczenia: 04.4730.021.02).**

Miejsce realizacji świadczenia. Świadczenie jest realizowane w oddziale psychiatrycznym w szpitalu psychiatrycznym lub szpitalu ogólnym. Wymogi specjalne dotyczące takiego oddziału zasadniczo nie różnią go od typowego oddziału psychiatrycznego, który zapewnia stały nadzór nad sprawcami przebywającymi w oddziale i posiada drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie oddziału. Ponieważ większość oddziałów psychiatrycznych zapewnia tego typu zabezpieczenie, nie wiąże się to z ponadstandardowym doposażeniem oddziału o podstawowym stopniu zabezpieczenia.

Uwaga. Narastające zagrożenie aktami przemocy, agresji w stosunku do innych chorych jak i zachowaniami autoagresywnymi w szpitalnych całodobowych oddziałach psychiatrycznych jest przesłanką do podejmowania działań zwiększających bezpieczeństwo. Sposoby zapewnienia bezpieczeństwa, poprzez skuteczny nadzoru bezpośredni wiążą się z koniecznością zwiększenia zatrudnienia personelu dozoruującego: pielęgniarskiego i sanitariuszy. Podobny charakter ma uruchomienie w takich oddziałach monitoringu telewizyjnego obejmującego sale dziennego pobytu, ciągi komunikacyjne, sale chorych, sanitariaty (z zachowaniem ochrony strefy intymnej). W oddziałach psychiatrycznych w

całości przeznaczonych na realizację środka zabezpieczającego w stopniu podstawowym jak i w tych oddziałach gdzie na realizację świadczenia tego typu przeznaczone jest jedynie kilka łóżek, prowadzenie monitoringu telewizyjnego lub nadzoru bezpośredniego jest uzasadnioną przesłanką do koniecznego zwiększenia wyceny procedury bezpieczeństwa.

Pacjenci przebywający w oddziale niedobrowolnie, przez teoretycznie nieograniczony czas, bez możliwości zastosowania czasowego urlopowania (do 1.07.2015 r.) wymagają zastosowania wobec nich procedur resocjalizacyjnych, procedur sądowych objętych kontraktowaniem w ramach udzielanego świadczenia medycznego oraz wdrożenia procedur socjalnych. Te procedury są dodatkowymi w stosunku do standardowych w oddziale zamkniętym szpitala psychiatrycznego. Wymagają też stosownej taryfikacji.

Osoby objęte świadczeniem. Sprawcy umieszczani na mocy postanowienia sądu w zakładzie psychiatrycznym o podstawowym stopniu zabezpieczenia realizują ten środek z uwagi na stan zdrowia wymagający leczenia i konieczność prowadzenia izolacji z powodu dalszego wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia podobnego czynu zabronionego o dużej społecznej szkodliwości. Fakt niedobrowolności w realizacji świadczenia jest dodatkowym czynnikiem wpływającym na konieczność realizacji świadczenia w stosunku do tych osób w formie uwzględniającej konieczność dodatkowego zaangażowania terapeutycznego, resocjalizacyjnego i rehabilitacyjnego zarówno w zakresie zatrudnienia personelu jak i stosowania określonych procedur wynikających z powodu nie tyle stanu zdrowia psychicznego co bycia sprawcą czynu zabronionego. Osoby poddane leczeniu i zabezpieczeniu w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia, albo trafiają do nich bezpośrednio z uwagi na brak konieczności zabezpieczania ich w warunkach oddziałów o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia, albo byli oni wcześniej leczeni i zabezpieczani w tego typu oddziałach a ich stan zdrowia jak i prawdopodobieństwo stwarzania zagrożenia (agresją, ucieczką) na tyle się poprawił, że mogą środek zabezpieczający dalej realizować na oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu.

Procedury diagnostyczne. Standardowe dla całodobowego oddziału psychiatrycznego.

Uwaga. Pacjenci przebywający w oddziale psychiatrycznym w ramach środka zabezpieczającego zostali uznani w czasie dokonywania czynu zabronionego za nie poczytalnych czyli niezdolnych do rozpoznania znaczenia czynu i/lub pokierowania swoim

postępowaniem. Diagnoza psychiatryczna pacjentów wobec których realizowany jest środek to: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99).

Najczęstszą przyczyną stanu niepoczytalności wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych realizujących środek zabezpieczający są:

psychozy z kręgu schizofrenii F-20

uporczywe utrwalone zaburzenia urojeniowe F22

Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną F06

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu F 10.

Łącznie w/w diagnozy stanowią ok. 80% wszystkich rozpoznań. Można przyjąć, że odpowiadające im procedury terapeutyczne są uwarunkowane przeważającymi stanami psychotycznymi wymagającymi leczenia w oparciu o obowiązujące standardy leczenia schizofrenii, innych psychoz urojeniowych , zaburzeń uwarunkowanych organicznym uszkodzeniem mózgu i będących następstwem nadużywania alkoholu.

Szczegółową charakterystykę rozpoznań psychiatrycznych u osób, wobec których zastosowano środek zabezpieczający (wg. niepublikowanych danych Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia uzyskanych w 2012 roku na podstawie 957 informacji o rozpoznanych będących w dyspozycji Komisji , przy całkowitej liczbie osób przebywających w systemie wynoszącej 2127) przedstawia tabela 1.

Tabela 1.

Lp.	Rozpoznanie główne	Kod rozpoznania	Liczba pacjentów
1.	Schizofrenia	F- 20	445 46,5%
2.	Uporczywe utrwalone zaburzenia urojeniowe	F-22	128 13,4%
3.	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną	F- 06	100 10,5%
4.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu	F- 10	66 6,9%
5.	Zaburzenia schizoafektywne	F- 25	47
6.	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	F-31	30
7.	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu.	F- 71	27

8.	Upośledzenie umysłowe umiarkowane	F- 71	26
9.	Nieokreślona psychoza nieorganiczna	F- 29	21
10.	Upośledzenie umysłowe lekkie	F- 70	9
11.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kilku substancji lub używaniem innych substancji psychoaktywnych.	F- 19	9
12.	Specyficzne zaburzenia osobowości	F- 60	8
13.	Zaburzenia typu schizofrenii schizotypowe)	F- 21	6
14.	Epizod maniakalny	F- 30	6
15.	Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe.	F- 09	5
16.	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne	F- 28	3
17.	Ostre przemijające zaburzenia psychotyczne	F- 23	2
18.	Zaburzenia depresyjne, nawracające	F- 32	2
19.	Zaburzenia osobowości mieszane i inne.	F- 61	2
20.	Upośledzenie umysłowe znaczne	F- 72	2
21.	Majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi subst. psychotropowymi	F- 05	1
22.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów.	F- 11	1
23.	Epizod depresyjny	F- 32	1
24.	Uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju (afektywne)	F- 34	1
25.	Zaburzenia nastroju (afektywne) nieokr.	F- 39	1
			957

Procedury terapeutyczne. Standardowe dla całodobowego oddziału psychiatrycznego.

Leki (o istotnej wartości). Przykładowo są podane środki farmaceutyczne zlecane chorym w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu. Przy założeniu, że znacząca liczba chorych w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia trafia do nich z poziomu wzmocnionego, leczenie wymagające kontynuacji jest prowadzone lekami z identycznych grup. Leczenie stomatologiczne wobec ustawowo nieograniczonego czasu pobytu w oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia obliuguje do jego prowadzenia w ramach stosowanego środka zabezpieczającego. Zgodnie z przeważającymi w systemie rozpoznaniem i dostosowanie do nich terapii w oparciu o standardy terapeutyczne jest adekwatne.

- Apm. Zypadhera 300 mg.
- Amp. Rispolet const. 50 mg
- Amp. Rispolet const. 25 mg
- Amp. Clopixol depot 200 mg
- Abilify 15 mg
- Solian
- Olanzapine
- Clopixol
- Kłozapol
- Chlorprotixen
- Amitriptylina
- Pernazyna
- Lamotrygina
- Karbamazepina
- amid kwasu walproinowego (Depakine chrono)
- Rispolet
- Kwetiapina
- Enareneal
- Polprazol
- Tertensiv
- Prestarium
- Xarelto

wyroby medyczne (o istotnej wartości)

- zaopatrzenie stomatologiczne (protetyka)

Procedury pielęgniarские i pielęgnacyjne. Standardowe dla całodobowego oddziału psychiatrycznego.

Procedury dodatkowe: ponadstandardowa (dla chorych z postanowienia sądu) obserwacja indywidualna i monitoring chorego na sali (opcjonalnie tv), obowiązkowa kontrola po odwiedzinach.

Procedury rehabilitacyjne. Standardowe dla całodobowego oddziału psychiatrycznego.

Procedury resocjalizacyjne.

Procedury dodatkowe:

- aktywizacja (terapia oparta o wartości),
- poradnictwo resocjalizacyjne, edukacyjno-resocjalizacyjne spotkania z rodziną, opiekunami, kuratorem, sędzią sądu rodzinnego.

Procedury sądowe.

Procedury dodatkowe:

- przy przyjęciu : kompletowanie dokumentacji(postanowienie Sądu, nakaz przyjęcia, założenie dokumentacji indywidualnej)
- przy wypisie : dokumentacja dla Sądu postanowienie Sądu nakaz wydania i transportu
- obowiązkowa opinia okresowa dla Sądu o postępach w terapii i prognozie co 6 miesięcy
- cotygodniowe sprawozdanie dla Komisji ds. Środków Zab. M.Z. dot. ruchu chorych
- prowadzenie indywidualnej dokumentacji sądowej.
- od 01.07.2015- (znowelizowany kodeks karny) dowiezienie pacjenta do oddziału własnym transportem ratownictwa medycznego.
- **Procedury administracyjne.** Standardowe dla całodobowego oddziału psychiatrycznego.

Uwagi końcowe:

Wyliczenie rzeczywiste liczby, częstości i czasu trwania procedur w ramach świadczenia medycznego realizowanego w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień w oddziałach psychiatrycznych o podstawowym poziomie zabezpieczenia może być dokonane w oparciu o przygotowaną tabelę (arkusz kalkulacyjny) załączony w formie elektronicznej do niniejszej ekspertyzy wraz z instrukcją wypełnienia. Wypełnienie tabeli – zdaniem eksperta, winno być przeprowadzone w oparciu o dane z typowego oddziału psychiatrycznego realizującego świadczenia z zakresu psychiatrii sądowej na poziomie podstawowego zabezpieczenia. Zebrane dane na przykładzie uśrednionej obserwacji trzech standardowych pacjentów pozwolą na oszacowanie stosowanych procedur w ciągu jednego miesiąca co pozwoli również na określenie zaangażowania proceduralnego i personelu na osobodzień i dalej na wymiary etatowego zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych, co będzie również zależne od pojemności oddziału (liczby łóżek).

Tabela (arkusz referencyjny do wypełnienia – **Załącznik nr 10** wyłącznie w wersji elektronicznej ekspertyzy.

2. Referencyjny przebieg świadczenia z psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (Kod świadczenia: 04.4732.021.02).

Miejsce realizacji świadczenia. Świadczenie jest realizowane w wyodrębnionym oddziale psychiatrycznym o wzmocnionym zabezpieczeniu w szpitalu psychiatrycznym. Wymogi specjalne dotyczące takiego oddziału są następujące:

- zapewniają stały nadzór nad sprawcami przebywającymi w oddziale;
- posiadają okna i drzwi wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie oddziału;
- są wyposażone w:
 - system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwacje drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek i korytarzy,
 - elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien,
- mają możliwość wydzielenia od 10–łóżkowych do 20–łóżkowych pododdziałów;
- mają bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego;
- zapewniają stałą obecność personelu, w tym personelu ochrony, na terenie zakładu albo – w przypadku dysponowania warunkami wzmocnionego zabezpieczenia w części zakładu – w tej części zakładu, w godzinach dziennych (od godziny 7⁰⁰ do 22⁰⁰) w liczbie nie mniejszej niż 1/3 pojemności odpowiedniego zakładu albo części zakładu i w godzinach nocnych (od godziny 22⁰⁰ do 7⁰⁰) w liczbie nie mniejszej niż 1/6 pojemności odpowiednio zakładu albo części zakładu.

Uwaga. Narastające zagrożenie aktami przemocy, agresji w stosunku do innych chorych jak i zachowaniami autoagresywnymi w szpitalnych całodobowych oddziałach psychiatrycznych jest przesłanką do podejmowania działań zwiększających bezpieczeństwo. Sposoby zapewnienia bezpieczeństwa, poprzez skuteczny nadzór bezpośredni wiążą się z koniecznością zwiększenia zatrudnienia personelu dozoru: pielęgniarskiego i sanitariuszy. Podobny charakter ma uruchomienie w takich oddziałach monitoringu telewizyjnego obejmującego sale dziennego pobytu, ciągi komunikacyjne, sale chorych, sanitariaty (z zachowaniem ochrony strefy intymnej). W oddziałach psychiatrycznych w całości przeznaczonych na realizację środka zabezpieczającego w stopniu podstawowym jak i w tych oddziałach gdzie na realizację świadczenia tego typu przeznaczone jest jedynie kilka

łóżek, prowadzenie monitoringu telewizyjnego lub nadzoru bezpośredniego jest uzasadnioną przesłanką do koniecznego zwiększenia wyceny procedury bezpieczeństwa.

Pacjenci przebywający w oddziale niedobrowolnie, przez teoretycznie nieograniczony czas, bez możliwości zastosowania czasowego urlopowania (regulacje ustawowe wprowadzają z dniem 1.07.2015 r. możliwość czasowego urlopowania **wyłącznie na poziomie podstawowego zabezpieczenia**) wymagają zastosowania wobec nich procedur resocjalizacyjnych, procedur sądowych objętych kontraktowaniem w ramach udzielanego świadczenia medycznego oraz wdrożenia procedur socjalnych. Te procedury są dodatkowymi w stosunku do standardowych w oddziale zamkniętym szpitala psychiatrycznego. Wymagają też stosownej taryfikacji.

Osoby objęte świadczeniem. Sprawcy umieszczani na mocy postanowienia sądu w zakładzie psychiatrycznym o podstawowym stopniu zabezpieczenia realizują ten środek z uwagi na stan zdrowia wymagający leczenia i konieczność prowadzenia izolacji z powodu dalszego wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia podobnego czynu zabronionego o dużej społecznej szkodliwości. Fakt niedobrowolności w realizacji świadczenia jest dodatkowym czynnikiem wpływającym na konieczność realizacji świadczenia w stosunku do tych osób w formie uwzględniającej konieczność dodatkowego zaangażowania terapeutycznego, resocjalizacyjnego i rehabilitacyjnego zarówno w zakresie zatrudnienia personelu jak i stosowania określonych procedur wynikających z powodu nie tyle stanu zdrowia psychicznego co bycia sprawcą czynu zabronionego. Osoby poddane leczeniu i zabezpieczeniu w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia, albo trafiają do nich bezpośrednio z uwagi na brak konieczności zabezpieczania ich w warunkach oddziałów o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia, albo byli oni wcześniej leczeni i zabezpieczani w tego typu oddziałach a ich stan zdrowia jak i prawdopodobieństwo stwarzania zagrożenia (agresją, ucieczką) na tyle się poprawił, że mogą środek zabezpieczający dalej realizować na oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu. Osoby objęte świadczeniem na poziomie wzmocnionego zabezpieczenia charakteryzują się poziomem agresji i zagrożeniem samowolnym opuszczeniem oddziału w stopniu większym niż osoby realizujące środek na poziomie podstawowym. Przewiduje to rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 roku. Tekst jednolity zawiera *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2014 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do*

wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. Dz.U. z dn.13 maja 2014 r. Poz. 599.

[Załącznik nr 2], wprowadzające większe zabezpieczenia techniczne oddziału, wynikające z tego dodatkowe procedury bezpieczeństwa i zatrudnienie personelu ochrony.

Procedury diagnostyczne. Wynikające z diagnoz przeważających u pacjentów kierowanych do zakładu o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia są one standardowe dla całodobowego oddziału psychiatrycznego oraz z uwagi na specyfikę pacjentów – sprawców poszerzone o procedury diagnostyczne identyfikujące możliwe wystąpienie stanów i zachowań niebezpiecznych stwarzających zagrożenie dla zdrowia i życia innych osób jak i samej osoby przyjętej.

Przyjęte do oszacowania pod względem faktycznego zastosowania procedury, przypisanie ich grupom personelu, określenie czasowego (godzinowego) i ilościowego (liczbowego) wystąpienia, wykorzystania sprzętu i materiałów zostało uwzględnione w sporządzonym arkuszu kalkulacyjnym **[Załącznik Nr 9]**.

Procedury diagnostyczne i terapeutyczne obejmują konieczność zapewnienia przeprowadzenia procedur diagnostycznych i terapeutycznych w trakcie bezterminowej realizacji środka zabezpieczającego na wzmocnionym poziomie zabezpieczenia przez lekarzy specjalistów z innych dyscyplin medycznych niż psychiatria. Szacunkowo w arkuszu kalkulacyjnym **[Załącznik nr 9]**, na przykładzie średniej z trzech standardowych pacjentów wykazano zaangażowanie osobowe, czasowe i ilościowe związane z obowiązkiem wykonania procedur pozapsychiatrycznych.

Procedury diagnostyczne w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia

- diagnoza psychiatryczna
- testy i kwestionariusze psychologiczne
- diagnoza psychologiczna inna
- badania pomocnicze np. badanie EEG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa
- badania pomocnicze np. morfologia, inne parametry biochemiczne
- diagnoza lekarska specjalizacji pozapsychiatrycznych (w zależności od potrzeb, przy uśrednieniu w grupach liczby przeprowadzanych konsultacji zewnętrznych i

wynikającego z nich koniecznego zastosowania pozapsychiatrycznych procedur terapeutycznych)

Procedury terapeutyczne w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia

- terapia psychiatryczna
- psychoterapia indywidualna
- psychoterapia grupowa
- trening funkcji poznawczych
- terapia uzależnień
- terapia psychoseksualna
- przygotowanie zajęć
- omówienie zajęć w zespole psychologów
- omówienie terapii w pełnym zespole terapeutycznym
- terapia medyczna ze wskazań pozapsychiatrycznych (w zależności od potrzeb, przy uśrednieniu w grupach liczby przeprowadzanych konsultacji zewnętrznych i wynikającego z nich koniecznego zastosowania pozapsychiatrycznych procedur terapeutycznych).

Wykaz leków stosowanych w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia w oparciu o średnie zużycie jakościowe i ilościowe na 60 łóżkowym oddziale (w arkuszu kalkulacyjnym wykazano możliwość przeliczenia zużycia na średniego statystycznego pacjenta w okresie 30 dniowego pobytu)

Leki (o istotnej wartości)

- Apm. Zypadhera 300 mg.
- Amp. Rispolept consta. 50 mg
- Amp. Rispolept consta. 25 mg
- Amp. Clopixol depot 200 mg
- Abilify 15 mg
- Solian
- Olanzapine
- Clopixol
- Klozapol
- Chlorprotixen

- Amitriptylina
- Pernazyna
- Lamotrygina
- Karbamazepina
- amid kwasu walproinowego (Depakine chrono)
- Rispolept
- Kwetiapina
- Enarenal
- Polprazol
- Tertensiv
- Prestarium
- Xarelto

wyroby medyczne (o istotnej wartości)

- zaopatrzenie stomatologiczne (protetyka). Leczenie stomatologiczne wobec ustawowo nieograniczonego czasu pobytu w oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia obliuguje do jego prowadzenia w ramach stosowanego środka zabezpieczającego.

Uwaga. Podobnie jak w całym systemie środków zabezpieczających, pacjenci przebywający w oddziale psychiatrycznym w ramach środka zabezpieczającego o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia, zostali uznani w czasie dokonywania czynu zabronionego za niepoczytalnych czyli niezdolnych do rozpoznania znaczenia czynu i/lub pokierowania swoim postępowaniem. Diagnoza psychiatryczna pacjentów wobec których realizowany jest środek to: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99).

Najczęstszą przyczyną stanu niepoczytalności wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych realizujących środek zabezpieczający są:

psychozy z kręgu schizofrenii F-20

uporczywe utrwalone zaburzenia urojeniowe F22

Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną F06

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu F 10.

Łącznie w/w diagnozy stanowią ok. 80% wszystkich rozpoznań. Można przyjąć, że odpowiadające im procedury terapeutyczne są uwarunkowane przeważającymi stanami psychotycznymi wymagającymi leczenia w oparciu o obowiązujące standardy leczenia

schizofrenii, innych psychoz urojeniowych , zaburzeń uwarunkowanych organicznym uszkodzeniem mózgu i będących następstwem nadużywania alkoholu.

Szczegółową charakterystykę rozpoznań psychiatrycznych u osób, wobec których zastosowano środek zabezpieczający (wg. niepublikowanych danych Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia uzyskanych w 2012 roku na podstawie 957 informacji o rozpoznanych będących w dyspozycji Komisji , przy całkowitej liczbie osób przebywających w systemie wynoszącej 2127) przedstawia tabela 1.

Tabela 1.

Lp.	Rozpoznanie główne	Kod rozpoznania	Liczba pacjentów
1.	Schizofrenia	F- 20	445 46,5%
2.	Uporczywe utrwalone zaburzenia urojeniowe	F-22	128 13,4%
3.	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną	F- 06	100 10,5%
4.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu	F- 10	66 6,9%
5.	Zaburzenia schizoafektywne	F- 25	47
6.	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	F-31	30
7.	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu.	F- 71	27
8.	Upośledzenie umysłowe umiarkowane	F- 71	26
9.	Nieokreślona psychoza nieorganiczna	F- 29	21
10.	Upośledzenie umysłowe lekkie	F- 70	9
11.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kilku substancji lub używaniem innych substancji psychoaktywnych.	F- 19	9
12.	Specyficzne zaburzenia osobowości	F- 60	8
13.	Zaburzenia typu schizofrenii schizotypowe)	F- 21	6
14.	Epizod maniakalny	F- 30	6
15.	Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe.	F- 09	5
16.	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne	F- 28	3
17.	Ostre przemijające zaburzenia psychotyczne	F- 23	2

18.	Zaburzenia depresyjne, nawracające	F- 32	2
19.	Zaburzenia osobowości mieszane i inne.	F- 61	2
20.	Upośledzenie umysłowe znaczne	F- 72	2
21.	Majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi subst. psychotropowymi	F- 05	1
22.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów.	F- 11	1
23.	Epizod depresyjny	F- 32	1
24.	Uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju (afektywne)	F- 34	1
25.	Zaburzenia nastroju (afektywne) nieokr.	F- 39	1
			957

Procedury pielęgniarские i pielęgnacyjne w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia

- przy przyjęciu: założenie dokumentacji medycznej, kontrola rzeczy osobistych, ewidencja rzeczy wartościowych, pomiary parametrów życiowych, ocena stanu somatycznego i higienicznego,
- zapoznanie z regulaminem oddziału
- obserwacja indywidualna i monitoring chorego na sali (tv)
- codzienna, indywidualna rozmowa z pacjentem
- rozkładanie leków/kruszenie leków
- podanie leku, kontrola i obserwacja przyjęcia
- podanie leku w iniekcji
- pomiary parametrów życiowych
- wykonanie wkłucia dożylnego
- pobranie krwi (i innych próbek do badań)
- podawanie i kontrola spożycia posiłków
- obowiązkowa kontrola po odwiedzinach
- okresowa kontrola osobista i rzeczy chorego w sali
- uczestniczenie w wybranych zajęciach terapeutycznych
- aktywizacja pacjenta (udział w spacer i grach zespołowych)
- przygotowanie do planowych badań diagnostycznych
- pomoc w przeprowadzaniu czynności higienicznych (kąpiel, mycie , strzyżenie, golenie, obcinanie paznokci)
- udział w konsultacjach diagnostycznych zewnętrznych

- wydawanie/przyjmowanie rzeczy zdeponowanych w dyż. piel. (tel. komórkowe, sprzęt multimed.)
- codzienne wypełnianie indywidualnej dokumentacji pielęgniarstwa
- bezpieczne unieruchamianie i prowadzenie karty przymusu bezpośredniego
- czynności przy wypisie pacjenta: wydawanie rzeczy zdeponowanych, pakowanie rzeczy)

Procedury rehabilitacyjne w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia

- psychoedukacja
- trening umiejętności społecznych
- trening w zakresie samoobsługi
- trening kulinarny
- trening zajęciowo-zadaniowy (porządkowy)
- trening preorientacji zawodowej
- terapia zajęciowa (rysunek, malarstwo, ceramika, tkactwo, zajęcia muzyczne, filmoterapia, techniki komputerowe)
- spacer (obowiązkowy)
- zajęcia sportowe (obowiązkowe)
- zebrania społeczności

Procedury resocjalizacyjne w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia

- akcjoterapia
- praktyki religijne
- poradnictwo resocjalizacyjne
- edukacyjno-resocjalizacyjne spotkania z rodziną, opiekunami, kuratorem, sędzią sądu rodzinnego

Procedury sądowe w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia

- przy przyjęciu : kompletowanie dokumentacji(postanowienie Sądu, nakaz przyjęcia, założenie dokumentacji indywidualnej)
- przy wypisie : dokumentacja dla Sądu postanowienie Sądu nakaz wydania i transportu
- obowiązkowa opinia okresowa dla Sądu o postępach w terapii i prognozie co 6 miesięcy
- cotygodniowe sprawozdanie dla Komisji ds.. Środków Zab. M.Z. dot. ruchu chorych
- prowadzenie indywidualnej dokumentacji Sądowej
- od 01.07.2015- (znowelizowany kodeks karny) dowiezienie pacjenta do oddziału własnym transportem ratownictwa medycznego

Procedury ochrony i bezpieczeństwa w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia

- prowadzenie stałego monitoringu TV pomieszczeń wspólnych i ogólnodostępnych wewnętrznych i zewnętrznych obiektu (pracownicy ochrony)
- prewencyjny nadzór bezpośredni w trakcie procedury przyjęcia w izbie przyjęć oddziału
- prowadzenie elektronicznego monitoringu niekontrolowanego otwarcia okien i drzwi
- kontrola indywidualna rzeczy pacjentów i pomieszczeń
- kontrola wstępu na teren wszystkich pomieszczeń oddziału
- kontrola osób odwiedzających, sprawdzanie wnoszonych przedmiotów wykrywaczem metali itp..
- sprawdzanie przedmiotów i produktów dostarczanych pacjentom
- obchody obiektu: kontrola systemów bezpieczeństwa i monitoringu
- nadzór prewencyjny podczas indywidualnych zajęć terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- nadzór prewencyjny podczas zajęć grupowych pacjentów (spacer, zajęcia sportowe, zajęcia terapeutyczne)
- konwojowanie pacjentów w trakcie zewnętrznych konsultacji medycznych
- obligatoryjny nadzór nad przebiegiem odwiedzin

Procedury socjalne w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia

- zabezpieczenie socjalne(ubezpieczenie, świadczenia socjalne (renty, emerytury, grupy niepełnosprawności, MOPS, GOPS)
- zakupy dla indywidualnych pacjentów podstawowych środków : higieniczno-sanitarnych, odzieżowych, spożywczych

Integralną częścią niniejszej ekspertyzy jest sporządzony arkusz kalkulacyjny (tabela) zawierający typowe zrealizowane procedury świadczenia oraz grupy personelu zaangażowane w ich realizację w wymiarze czasowym, i ilościowym [Załącznik nr 9].

Konstrukcja tabeli z instrukcją jej wypełniania jest autorskim projektem eksperckim, który pozwala na przykładowe oszacowanie procedur składających się na świadczenie w wybranym zakresie. Instrukcja wypełnienia tabeli zawarta jest w Załączniku nr 8.

Dodatkowo w oparciu o zamieszczone w arkuszu (tabeli) dane sporządzono orientacyjną listę zaangażowania personelu w realizację świadczenia z wyszczególnieniem liczby etatów i czasu poświęcanego na jednego chorego w oddziale o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia w skali miesiąca, na podstawie zaangażowania proceduralnego

[Załącznik nr 12]. Zestawienie to nie obejmuje pracowników zarządu. Liczba etatów nie uwzględnia rezerwy związanej z absencją chorobową personelu, ustawowymi urlopami, ustawowymi oddelegowaniami szkoleniowymi itp.

Uwagi końcowe:

Wyliczenie rzeczywiste liczby, częstości i czasu trwania procedur w ramach świadczenia medycznego realizowanego w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień w oddziałach psychiatrycznych o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia może być dokonane w oparciu o przygotowaną tabelę (arkusz kalkulacyjny) załączony w formie elektronicznej do niniejszej ekspertyzy wraz z instrukcją wypełnienia [Załącznik]. Wypełnienie tabeli – zdaniem eksperta, zostało przeprowadzone w oparciu o dane z oddziału psychiatrycznego realizującego świadczenia z zakresu psychiatrii sądowej na poziomie wzmocnionego zabezpieczenia.

Zebrane dane na przykładzie uśrednionej obserwacji trzech standardowych pacjentów pozwolą na oszacowanie stosowanych procedur w ciągu jednego miesiąca co pozwoli również na określenie zaangażowania proceduralnego i personelu na osobodzień i dalej na wymiary etatowego zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych, co będzie również zależne od pojemności oddziału (liczby łóżek). Może się okazać, że zaangażowanie etatowe w poszczególnych grupach personelu jest niewystarczające do wymiaru czasu przeznaczonego na konieczne zrealizowanie zawartych w kalkulacji procedur. Aktualnie większość zakładów realizujących świadczenia w tej grupie posiada zatrudnienie na poziomie wymaganego minimum lub poniżej tego minimum. Wynika to często z konieczności wymuszonej oszczędności związanej z zadłużeniem placówek realizujących zadanie. Przeciwdziałanie tego typu sytuacjom grożącym naruszeniu procedur nieodzownych do zapewnienia bezpieczeństwa i przeciwdziałających zagrożeniu zdrowia i życia miało miejsce w Oddziale Psychiatrycznym o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia w Szpitalu im. J. Babińskiego w Krakowie, gdzie pod groźbą administracyjnego zamknięcia oddziału przez Marszałka Województwa doprowadzono do przestrzegania określonych ustawowo wymaganych minimalnych limitów zatrudnienia.

Przeprowadzany szacunek: realizacja zadania świadczenia medycznego w dziale „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” w oddziale psychiatrycznym o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia wymaga znaczącego zaangażowania w

wykonanie procedur zapewniających bezpieczeństwo. Związane to jest z koniecznością stworzenia odpowiedniej technicznej infrastruktury, jej obsługi, koniecznego wypełnienia zadań profilaktyki zdarzeń niepożądanych zagrażających życiu i zdrowiu wynikających ze szczególnego zagrożenia zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi, zatrudniania zasadniczo męskiego sprawnego fizycznie personelu. Zadania przewidziane ustawowo dla realizacji omawianego świadczenia medycznego obejmują również te, które wykraczają poza typowe procedury medyczne.

Są to:

- zadania rehabilitacyjne w zakresie profilaktyki zachowań agresywnych;
- zadania resocjalizacyjne związane z byciem (niepoczytalnym) sprawcą poważnych naruszeń prawa;
- zadania pedagogiczne i edukacyjne pozwalające na uzyskanie prawdopodobieństwa nie popełniania w przyszłości podobnych czynów o znacznej szkodliwości społecznej.

Zadania te należące do zakresu pedagogiki, pedagogiki specjalnej, resocjalizacji, aksjologii wymagają zaangażowania do ich realizacji pozamedycznego personelu, niezależnie od uczestniczenia w realizacji tych zadań psychologów i psychiatrów.

Fakt, że zdecydowana większość pacjentów oddziałów realizujących psychiatryczny środek zabezpieczający jest:

- nie opuszczająca oddziału w perspektywie lat;
- somatycznie nie obłożna (nie wymagająca leżenia);
- narażona na zagrożenie chorobami metabolicznymi (otyłość, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca);
- o wysokim poziomie uzewnętrzniania czynnej fizycznej agresji,

wymaga ciągłego organizowania procedur zajęciowych wypełniających większość czasu dnia (włącznie z dniami ustawowo wolnymi od pracy), terapii zajęciowej, zajęć sportowych, praktyk religijnych itp. poza procedurami terapeutycznymi.

Zaangażowanie personelu i środków materialnych w wykonanie wymienionych zadań znacząco zwiększa koszty realizacji świadczenia.

Świadczenia z zakresu psychiatrii sądowej są proporcjonalnie kosztowo zrównoważone w zakresie realizacji zadań medycznych jak i tych wynikających z zadań wymaganych przez prawo karne.

Szacunek kosztowy realizacji środka zabezpieczającego przedstawiony w niniejszej ekspertyzie nie obejmuje kosztów pośrednich związanych z utrzymaniem infrastruktury

szpitala, administracji, kosztami energii, tzw. kosztami hotelowymi, żywienia chorych itp.

3. Referencyjny przebieg świadczenia z psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich (Kod świadczenia: 04.4733.021.02).

Procedury świadczenia medycznego w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w warunkach oddziału psychiatrycznego o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia dla nieletnich wymagają dostosowania przygotowanego arkusza kalkulacyjnego (tabeli) **[Załącznik w wersji elektronicznej]** do rzeczywistych uśrednionych procedur w realnym oddziale o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia dla nieletnich. Różnice pomiędzy procedurami i zaangażowanym w ich realizację personelem, pomiędzy oddziałem o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia dla dorosłych i dla nieletnich będą wynikały z odmiennego jakościowo charakteru zachowań sprzecznych z prawem w obu grupach oraz zróżnicowaniem diagnostycznym (zdaniem eksperta, w oddziałach psychiatrycznych o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia dla nieletnich dominujące będą zaburzenia zachowania uwarunkowane: społecznie, organicznym uszkodzeniem OUN, obniżeniem poziomu intelektualnego i uzależnieniami, przy znacząco mniejszej liczbie zdiagnozowanych psychoz).

Procedury rehabilitacyjne, resocjalizacyjne, pielęgniarstwa, bezpieczeństwa, sądowe, administracyjne w oddziałach psychiatrycznych o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia dla nieletnich są zasadniczo analogiczne jak w oddziałach dla dorosłych. Dodatkowe świadczenia oświatowe (szkoła) nie wchodzi w skład świadczeń medycznych i są wynikiem odrębnego porozumienia szpitala z placówką oświatową (w ramach budżetu marszałka województwa).

Piśmiennictwo

- 1/ Nowe kodeksy karne – 1997 r., z uzasadnieniami. Kodeks karny, Kodeks postępowania karnego, Kodeks karny wykonawczy. Wyd. Praw. Sp. z o. o.. Warszawa; 1997.
- 2/ Hajdukiewicz D.: Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich. IPiN. Warszawa; 2001 .
- 3/ Buchała K, Zoll A: Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1 – 116 kodeksu karnego. T I. Zakamycze. Kraków; 1998.
- 4/ Kodeks karny oraz przepisy wprowadzające. Wyd. Praw.. Warszawa; 1969.
- 5/ Hołda Z. Postulski K.: Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Gdańsk; 1998.

Załączniki:

Załącznik 1

Załącznik 2

Załącznik 3

Załącznik 4

Załącznik 5

Załącznik 6

Załącznik 7

Załącznik 8

Załącznik 9

Załącznik 10 (wyłącznie w wersji elektronicznej)

Załącznik 11 (wyłącznie w wersji elektronicznej)

Załącznik 12

Załącznik 13 załączniki zawiera arkusz przewidziany dla świadczeń ambulatoryjnych (po 01.07.2015)

Ekspertyzę opracował

[Redacted signature block]