

# **MINISTER ZDROWIA**

Program zdrowotny pn.:

## **„PSYCHIATRYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NA LATA 2009-2013”**

**Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki  
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).**

**Aktualizacja 2012 r.**

## **II. STRESZCZENIE.**

### **1) Skrótowy opis celów i podstawowych elementów programu na lata 2009-2012**

Celem niniejszej edycji programu - tj. na lata 2009-2013 - jest zapewnienie niezakłóconego wykonywania orzeczeń sądowych o zastosowaniu środka zabezpieczającego, poprzez zwiększenie dostępności populacji osób niepełnosprawnych, wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej oraz uzależnionych od substancji psychoaktywnych, wobec których wydane zostały postanowienia o zastosowaniu izolacyjnego środka zabezpieczającego, do specjalistycznego leczenia psychiatrycznego. Osoby te, z uwagi na fakt, iż na odpowiednią terapię zostały skierowane na mocy orzeczenia sądu, wydanego w związku z popełnionym czynem zabronionym, wymagają specjalnych warunków leczenia w odpowiednio przystosowanych i wyposażonych oddziałach psychiatrycznych i zakładach ambulatoryjnych.

W postępowaniu dotyczącym wykonania środków zabezpieczających właściwy jest sąd, który wydał orzeczenie w pierwszej instancji, a środki zabezpieczające związane z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym, przewidziane w Kodeksie karnym wykonawczym, wykonuje się w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej. W związku z powyższym, zaistniała konieczność powołania komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. Podstawą prawną działania komisji jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. 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. Nr 179, poz.1854, z późn. zm.) - wydane na podstawie art. 201 § 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.). Zgodnie z przedmiotowym zapisem - w celu zapewnienia właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających. W skład komisji, wchodzi przedstawiciele: Ministra Zdrowia, Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Regionalnych Ośrodków Psychiatrii Sądowej, szpitala psychiatrycznego, w którym wykonywany jest środek zabezpieczający, wskazanego przez Komisję Szpitalnictwa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Do zadań komisji należy m.in. 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 i zakładach leczenia odwykowego. Komisja w swojej opinii, wskazując miejsce wykonywania środka zabezpieczającego, uwzględnia:

- 1) rodzaj czynów zabronionych, których dopuścił się sprawca w przeszłości;
- 2) rodzaj, częstość i skutki zachowań agresywnych lub uciezkowych w przeszłości;
- 3) aktualny stan zdrowia psychicznego i fizycznego oraz choroby współistniejące;
- 4) uzależnienie od alkoholu lub innego środka odurzającego;
- 5) związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a zachowaniami niebezpiecznymi;
- 6) ogólną sprawność fizyczną;
- 7) szczególne wskazania do postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i resocjalizacyjnego;
- 8) przebieg i wyniki dotychczasowego leczenia, rehabilitacji i resocjalizacji.

**2) Określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji**

Rok	2009	2010	2011	2012	2013
Planowane środki w zł	3 000 000	6 500 000	2 450 000	2 137 000	2 218 206

Wysokość środków w poszczególnych latach może ulec zmianie, gdyż budżet na programy zdrowotne finansowane z rozdziału 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej, planowany jest na okres jednego roku. Wobec powyższego wysokość środków finansowych przewidzianych do wydatkowania w ramach programu w roku 2013 uzależniona będzie od decyzji Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

**3) Spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określenie głównych mierzalnych/niemierzalnych korzyści i kosztów**

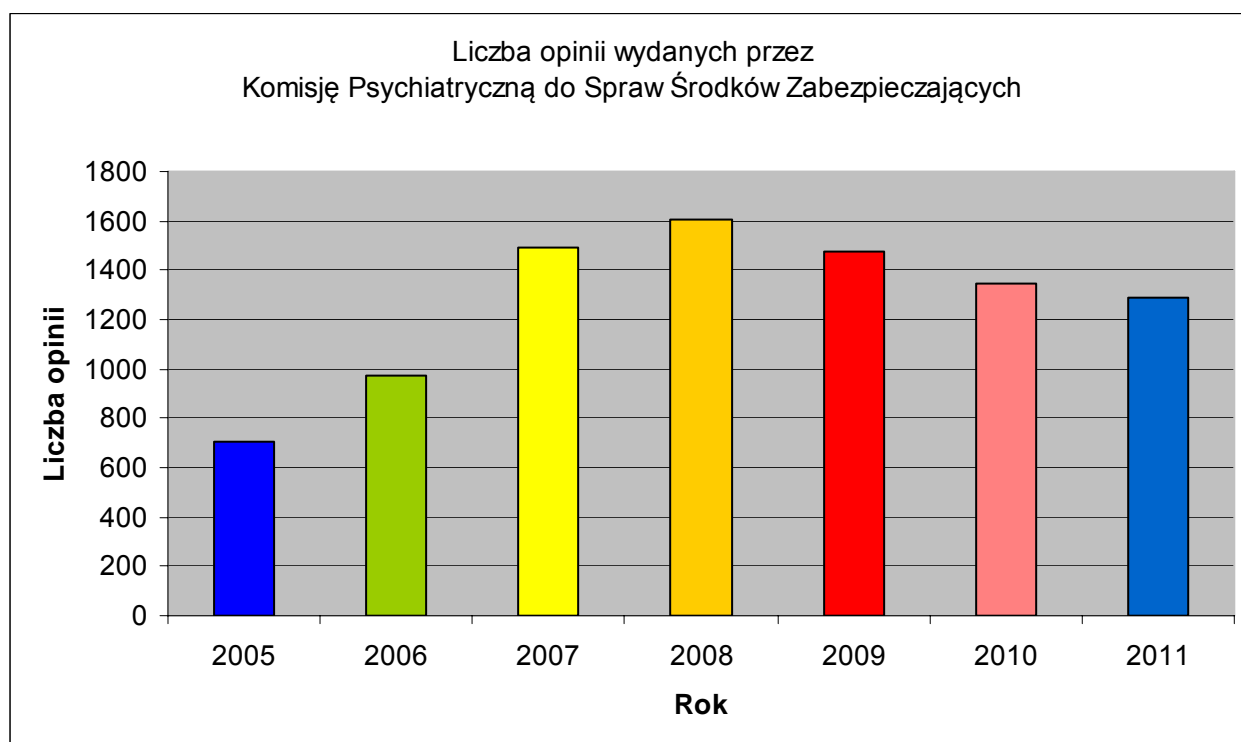
Spodziewanym efektem realizacji programu pn.: „Psychiatryczna opieka zdrowotna na lata 2009-2013” będzie możliwość zapewnienia izolacji w odpowiednich warunkach osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych od substancji psychoaktywnych, które dopuściły się czynów zabronionych o znacznej społecznej szkodliwości. Tworzenie w zakładach psychiatrycznych miejsc umożliwiających wykonanie środka zabezpieczającego zapewni wzrost dostępności populacji osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych od substancji psychoaktywnych do specjalistycznego leczenia, przyczyniając się do poprawy stanu zdrowia tej populacji i umożliwiając zmniejszenie ryzyka ponownego popełnienia przez te osoby czynów zabronionych – a tym samym zwiększenie bezpieczeństwa obywateli.

**III. ZDEFINIOWANIE PROBLEMU, OKREŚLENIE POTRZEBY**

**1) Opis problemu**

W 2003 roku została znowelizowana ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.). Na skutek zmiany w Rozdziale XIII, dotyczącym realizacji środków zabezpieczających, a w szczególności zmian w art. 200

i art. 201 przedmiotowej ustawy, wprowadzony został nowy trójstopniowy system zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, jak również powołana została komisja psychiatryczna do spraw środków zabezpieczających, jako organ wydający opinie w przedmiocie wyboru odpowiedniego dla sprawcy zakładu. Liczba opinii komisji wydana w latach 2005 – 2011<sup>1</sup> przedstawiała się następująco: rok 2005 – 705, rok 2006 – 969, rok 2007 – 1490, rok 2008 – 1607, rok 2009 – 1473, rok 2010 – 1344, rok 2011 – 1287. Łącznie w latach 2005-2011 wydanych zostało 8875 opinii o zastosowaniu odpowiedniego rodzaju środka zabezpieczającego.



Poniższe zestawienie obrazuje decyzje komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, kierujące pacjentów do zakładów psychiatrycznych, z uwzględnieniem rodzaju środka zabezpieczającego jaki powinien być zastosowany.

**Liczba spraw rozpatrzonych w 2011r. przez komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających dotyczących umieszczenia sprawców czynów zabronionych w zakładzie realizującym środek zabezpieczający.**

Decyzje komisji		Razem
Pacjenci, wobec których komisja podjęła decyzję po raz pierwszy	podstawowe zabezpieczenie	429
	wzmocnione zabezpieczenie	132
	maksymalne zabezpieczenie	45

<sup>1</sup> Dane Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia

	oddział odwykowy	67
Pacjenci, wobec których komisja podjęła decyzję po raz kolejny	z maksymalnego do wzmocnionego	67
	z maksymalnego do podstawowego	0
	ze wzmocnionego do podstawowego	140
	ze wzmocnionego do maksymalnego	8
	z podstawowego do wzmocnionego	25
	z podstawowego do maksymalnego	2
	nadal podstawowy	102
	nadal wzmocniony	68
	nadal maksymalny	4
Zwolnienie z realizacji środka zabezpieczającego		0
Ponownie zasądzony środek zabezpieczający, po zwolnieniu z wcześniejszego leczenia		31
Ponownie wydane opinie w związku z brakiem miejsca w zakładzie wskazanym ostatnio przez komisję		38
Inne odpowiedzi komisji sporządzane w formie pism, informacyjne itp.		120
Wnioski pozostające bez odpowiedzi komisji – pisma przesłane do wiadomości komisji		7
<b>Razem</b>		<b>1287</b>

Z powyższego zestawienia wynika, iż największa liczba opinii (z ogólnej liczby 1287 wydanych przez komisję w roku 2011) dotyczy skierowania po raz pierwszy sprawców czynów zabronionych do zakładów zamkniętych o podstawowym stopniu zabezpieczenia (429), następnie o wzmocnionym zabezpieczeniu (132), a najmniej skierowań orzeczono do podmiotów o maksymalnym stopniu zabezpieczenia (45).

## 2) Przyczyny istnienia problemu

Na koniec grudnia 2011 r. w zakładach psychiatrycznych realizujących środek zabezpieczający (dysponujących wszystkimi rodzajami zabezpieczenia, z maksymalnym włącznie) przebywało 2129 osób. Ogólny poziom obłożenia poszczególnych typów zakładów wynosił:

1. w zakładach psychiatrycznych o podstawowym zabezpieczeniu - ponad 106 %, przy liczbie osób oczekujących równej 5 % pojemności tych zakładów;
2. w zakładach psychiatrycznych o wzmocnionym zabezpieczeniu - ponad 92 %, przy liczbie oczekujących równej 3 % pojemności tych zakładów;
3. w zakładach psychiatrycznych o maksymalnym zabezpieczeniu - około 70 %, przy liczbie oczekujących równej 2 %.

Poniższe zestawienie opracowano na podstawie szczegółowych wykazów pacjentów przebywających na leczeniu, które pozyskano od zakładów psychiatrycznych o przyjęciach, wypisach i przeniesieniach - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. 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.

<b>Liczba osób chorych psychicznie przebywających w zakładach realizujących środek zabezpieczający – według stanu na dzień 31.12.2011r.</b>			
		<b>Łączna liczba łóżek</b>	<b>Obłożenie</b>
1	Zakłady psychiatryczne dysponujące podstawowymi warunkami zabezpieczenia	1162	<b>1237</b>
2	Zakłady psychiatryczne dysponujące wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia dla mężczyzn	690	<b>638</b>
3	Zakłady psychiatryczne dysponujące wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia dla kobiet	47	<b>40</b>
4	Zakłady psychiatryczne dysponujące maksymalnymi warunkami zabezpieczenia	195	<b>138</b>
5	Zakłady psychiatryczne leczenia odwykowego, dysponujące wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia dla mężczyzn	118	<b>76</b>
6	Zakłady psychiatryczne leczenia odwykowego, dysponujące wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia dla kobiet	14	<b>0</b>
	Razem	<b>2226</b>	<b>2129</b>

### **3) Waga problemu dla społeczeństwa**

Na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) wobec osób, które dopuściły się czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości, znajdując się w stanie niepoczytalności lub wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych, które popełniły przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej oraz osób, które popełniły wykroczenie pozostające w związku z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, sądy mogą orzec zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie zamkniętym (psychiatrycznym lub leczenia odwykowego) lub ambulatoryjnym. W zależności od charakteru popełnionego czynu i warunków osobistych (skłonność do agresji i zachowań ucieczkowych), sprawcy kierowani są do zakładów psychiatrycznych dysponujących warunkami podstawowego, wzmocnionego,

maksymalnego zabezpieczenia albo zakładów ambulatoryjnych. Zakłady odwykowe dysponują wyłącznie warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, podobnie jak zakłady zamknięte dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej.

Uwzględniając fakt, że większość (ponad 50 %) ze skazanych kierowana jest do zakładów o podstawowym zabezpieczeniu, a pobyt trwa od 1 roku do kilkunastu lat, należy stwierdzić, iż zakłady psychiatryczne powinny dysponować liczbą minimum 1240, a aktualnie liczba tego rodzaju miejsc wynosi 1162 (dane wg stanu na koniec grudnia 2011 r.).

#### **4) Dotychczasowe próby rozwiązania problemu**

Spośród zakładów psychiatrycznych, w tym odwykowych, wyłoniono grupę posiadających możliwość adaptacji istniejących już oddziałów psychiatrii sądowej do potrzeb wykonywania środka zabezpieczającego, w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia.

Oddziały te wymagają dokonania gruntownych remontów, a następnie dostosowania pod kątem zapewnienia stałego nadzoru nad obserwowanymi przebywającymi w zakładzie zamkniętym.

Dostosowanie to polega m.in. na zabezpieczeniu:

- a) drzwi i okien wyposażonych w urządzenia uniemożliwiające obserwowanym samowolne opuszczenie zakładu;
- b) systemu telewizji wewnętrznej umożliwiającego obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal dziennego pobytu, izolatek i korytarzy;
- c) elektronicznego systemu sygnalizującego niekontrolowane otwarcie drzwi i okien.

#### **Realizatorzy programu w latach 2009-2011**

<b>Rok</b>	<b>Zadanie</b>	<b>Realizator</b>
<b>2009</b>	<b>utworzenie oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu</b>	Samodzielny Wojewódzki Szpital Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa J. Nathana w Branicach, ul. Szpitalna 18, 48-140 Branice
	<b>utworzenie oddziału odwykowego o wzmocnionym zabezpieczeniu</b>	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp., ul. Walczaka 42, 66-400 Gorzów Wlkp.
<b>2010</b>	<b>utworzenie ambulatorium dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej</b>	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp., ul. Walczaka 42, 66-400 Gorzów Wlkp.
		Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy, Pl. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz;
		Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie, ul. Sieradzka 3, 98-290 Warta
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gryficach, ul. Niechorska 27, 72-300 Gryfice
	<b>utworzenie zakładu zamkniętego o wzmocnionym</b>	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300

	<b>zabezpieczeniu dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej</b>	Kłodzko
		Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim, ul. Skarszewska 7, 83-200 Starogard Gdański
		Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy, Pl. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz
	<b>utworzenie oddziału leczenia odwykowego o wzmocnionym zabezpieczeniu</b>	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy, Pl. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz
	<b>utworzenie oddziału psychiatrycznego o podstawowym zabezpieczeniu.</b>	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy, Pl. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz
<b>2011</b>	<b>utworzenie oddziału psychiatrycznego o podstawowym stopniu zabezpieczenia</b>	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko
		Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy, Pl. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku, ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik
	<b>utworzenie ambulatorium dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej</b>	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko

#### **5) Przedstawienie trudności w uzyskaniu świadczeń**

Analiza informacji o poziomie obłożenia i liczbie osób oczekujących w poszczególnych typach zakładów psychiatrycznych pozwala stwierdzić, iż priorytetowym działaniem w roku 2012 powinno być zwiększenie: liczby miejsc w zakładach psychiatrycznych dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia, do których kierowana jest większość sprawców, a także liczby zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających wobec sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej.

#### **IV. UZASADNIENIE**

##### **1) Dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana (dofinansowana) przez ministra właściwego do spraw zdrowia**

W zależności od charakteru popełnionego czynu oraz stopnia zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego, w tym prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu zabronionego, sprawcy umieszczani są w placówkach dysponujących zróżnicowanymi warunkami zabezpieczenia (podstawowe, wzmocnione i maksymalne). Znaczna liczba osób (1344 w roku 2010 i 1287 w roku 2011), w stosunku do których wydawane są orzeczenia o zastosowaniu izolacyjnych



środków zabezpieczających, oraz fakt, iż pobyt tych osób w odpowiednich zakładach ma charakter długotrwały (często wieloletni), powoduje powstanie istotnych utrudnień, polegających przede wszystkim na braku możliwości niezwłocznego skierowania sprawcy czynu zabronionego do zakładu o odpowiednim stopniu zabezpieczenia. W chwili obecnej przyjęcie do części zakładów psychiatrycznych poprzedzone jest długotrwałym (liczonym w miesiącach) oczekiwaniem, co stoi w sprzeczności z istotą środka zabezpieczającego jako działania zapewniającego odpowiednie leczenie sprawcy czynu zabronionego i ochronę społeczeństwa (poprzez izolację sprawcy) przed bardzo prawdopodobnymi dalszymi zachowaniami niebezpiecznymi sprawcy.

## **2) Zdefiniowanie potrzeby społecznej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu**

Według danych za rok 2009 zawartych w opracowaniu pn.: „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej” część I Lecznictwo Psychiatryczne, opracowanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w ogólnej strukturze rozpoznań dominują zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (37 %), schizofrenia (16 %), zaburzenia organiczne (zaburzenia psychiczne i emocjonalne wynikające z zaburzenia struktury narządów odpowiedzialnych za życie psychiczne - przede wszystkim z najrozmaitszych uszkodzeń mózgu jako organu - 15,5 %), zaburzenia afektywne (grupa zaburzeń endogennych, w których okresowo występują zaburzenia nastroju, emocji i aktywności. Zaburzenia te mogą się przejawiać występowaniem zespołów depresyjnych, hipomaniakalnych i maniakalnych oraz stanów mieszanych - 9 %), nerwice (7 %), psychozy schizotopowe i urojeniowe (zaburzenia, które cechuje długotrwały przebieg o trudnym do uchwycenia początku - 5 %), zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (6 %). Wskaźnik rozpowszechnienia (wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wyrażony ilorazem wszystkich osób leczonych z powodu tych zaburzeń w określonym czasie do średniej populacji w danym okresie) wszystkich hospitalizowanych osób w placówkach psychiatrycznych w 2009 r. wyniósł 555 na 100 tys. ludności i był wyższy niż w roku poprzednim (551 na 100 tys.). Przytoczone dane dotyczą roku 2009, z uwagi na brak takich danych za lata 2010 i 2011, które nie zostały jeszcze opublikowane w rocznikach opracowywanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

## **3) Efektywność ekonomiczna**

Realizowany w latach poprzednich program zdrowotny pn.: „Psychiatryczna opieka zdrowotna na lata 2006-2008”, umożliwił proces tworzenia i modernizacji psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających. Natomiast liczbę miejsc utworzonych w wyniku realizacji programu w latach 2009-2011, z podziałem na poszczególne rodzaje środka zabezpieczającego obrazuje poniższe zestawienie.

<b>Rok</b>	<b>Rodzaj zadania</b>	<b>Liczba miejsc przystosowanych do wykonywania środka zabezpieczającego, sfinansowanych z programu zdrowotnego pn.: „Psychiatryczna opieka zdrowotna w latach 2009-2013” w latach 2009-2011</b>
<b>2009</b>	utworzenie oddziału o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia	8
	utworzenie oddziału odwykowego o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia	25
	<b>Razem</b>	<b>33 miejsca w zakładach zamkniętych</b>
<b>2010</b>	utworzenie ambulatorium dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej	4
	utworzenie zakładu zamkniętego o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej	50
	utworzenie oddziału leczenia odwykowego o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia	40
	utworzenie oddziału o podstawowym stopniu zabezpieczenia	70
	<b>Razem</b>	<b>160 miejsc w zakładach zamkniętych i 4 zakłady ambulatoryjne</b>
	<b>2011</b>	utworzenie oddziału o podstawowym zabezpieczeniu
	utworzenie ambulatorium dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej	1
	<b>Razem</b>	<b>132 miejsca i 1 zakład ambulatoryjny</b>
<b>Razem w latach 2009-2011</b>		<b>325 miejsc w zakładach zamkniętych i 5 zakładów ambulatoryjnych</b>

#### **4) Nowatorstwo zaproponowanych rozwiązań**

W związku z wejściem w życie w dniu 8 czerwca 2010 r. ustawy z dnia 5 listopada 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy, ustawy – Kodeks karny skarbowy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 206, poz. 1589), zaistniała potrzeba wydania rozporządzeń określających wykaz i pojemność zakładów zamkniętych i ambulatoryjnych, przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających wobec sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej. W związku z powyższym, w latach 2010-2011 jednym z zadań realizowanych w ramach programu było tworzenie miejsc w zakładach zamkniętych i ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego wobec sprawców przestępstw

skierowanych przeciwko wolności seksualnej. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia zaburzeń preferencji seksualnych, w tym sposób realizacji środka zabezpieczającego wobec osób, które popełniły przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej i wobec których sąd orzekł po odbyciu kary przymusowe leczenie, został uregulowany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie wykazu zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej (Dz. U. Nr 230, poz. 1519). W załączniku do przedmiotowego rozporządzenia wymienione zostały zakłady, w których realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach ambulatoryjnych.

#### **5) Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń**

Analiza informacji o poziomie obłożenia i kolejkach oczekujących w poszczególnych typach zakładów pozwala stwierdzić, iż konieczne jest podjęcie działań zmierzających do:

- a) utworzenia odpowiedniej liczby zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających wobec sprawców przestępstw skierowanych przeciwko skierowanych przeciwko wolności seksualnej. Dotychczas utworzono 5 takich zakładów, a docelowo zakłada się funkcjonowanie 1 w województwie;
- b) zwiększenia w roku 2012 liczby miejsc w zakładach dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia z liczby 1162 do ok. 1240 tj. o 78 (liczba osób oczekujących według stanu na 31.12.2011 r. wynosiła 59).

#### **6) wykorzystanie istniejących środków**

Dzięki realizacji poprzedniej edycji programu zapewniono stały nadzór nad przebywającymi w zakładach sprawcami czynów zabronionych, umożliwiając dostęp do specjalistycznego leczenia psychiatrycznego. Należy również zaznaczyć, iż dzięki zapewnieniu środków finansowych na adaptację oddziałów, możliwe będzie pozyskanie wystarczającej liczby zakładów psychiatrycznych, w których będą wykonywane orzeczenia sądowe o zastosowaniu środka zabezpieczającego, a tym samym skrócenie czasu oczekiwania na miejsce.

#### **7) Promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami**

Potrzeba zwiększenia liczby miejsc w zakładach psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających była przedmiotem obrad Międzyresortowego Zespołu do Spraw Poprawy Skuteczności Wykonywania Orzeczeń Sądowych w latach 2009-2011. Zespół został powołany Zarządzeniem nr 98 Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 września 2007 r. w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu do Spraw Poprawy Skuteczności Wykonania Orzeczeń Sądowych. W skład Zespołu wchodzi: przewodniczący - przedstawiciel Ministra Sprawiedliwości; członkowie przedstawiciele: Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,

Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Zdrowia. Zadaniem Zespołu jest opracowanie projektu działań międzyresortowych zmierzających do poprawy skuteczności wykonania orzeczeń sądowych, analiza ewentualnych potrzeb zmian legislacyjnych w tym zakresie oraz rozważenie możliwości powołania stałej jednostki koordynującej wykonywanie orzeczeń sądowych.

#### **8) Możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki**

Miejsca przystosowane do wykonywania środka zabezpieczającego w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia są wykorzystywane, dają też możliwość objęcia specjalistyczną opieką pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

### **V. OPIS PROGRAMU**

#### **1) Określenie, czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych**

Dokument programu stanowi kontynuację zadań poprzedniej jego edycji realizowanej w latach 2006-2008, dotyczących adaptacji oddziałów psychiatrycznych do wykonywania środka leczniczego i środka zabezpieczającego w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia.

#### **2) Cele główne i szczegółowe**

##### **Cel główny:**

Zasadniczym celem niniejszego programu jest zapewnienie odpowiedniej liczby miejsc w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, aby możliwe było sprawne wykonywanie orzeczeń sądowych o zastosowaniu izolacji.

##### **Cele szczegółowe:**

- a) utworzenie odpowiedniej liczby zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej;
- b) zwiększenie liczby miejsc w zakładach dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia;

Kwestię umieszczania dorosłych sprawców czynów zabronionych w zakładach psychiatrycznych, dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia, reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. 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. Nr 179, poz.1854, z późn. zm.), wydane na podstawie art. 201 § 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz.

557, z późn. zm.). W myśl zapisów cytowanego rozporządzenia, zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami podstawowego zabezpieczenia:

- 1) zapewniają stały nadzór nad sprawcami przebywającymi w zakładzie;
- 2) posiadają drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie zakładu.

Zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia:

- 1) są wyposażone w:
  - a) system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatek oraz korytarzy,
  - b) elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien;
- 2) mają możliwość wydzielenia od 10-lóżkowych do 20-lóżkowych pododdziałów;
- 3) mają bezpośredni dostęp do ogrodzonego terenu rekreacyjnego;
- 4) zatrudniają personel w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu.

### **3) Plan działań – opis działań, które mają doprowadzić do osiągnięcia celów**

Mając na uwadze, iż podstawą kierowania skazanych do poszczególnych rodzajów zakładów jest umieszczenie tych zakładów w wykazie stanowiącym załącznik do: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. 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. Nr 179, poz.1854, z późn. zm.), a także do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie wykazu zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej (Dz. U. Nr 230, poz. 1519), a środki finansowe na tworzenie nowych miejsc są przyznawane osobno w każdym roku realizacji programu, konieczne będzie sukcesywne dokonywanie nowelizacji przedmiotowych rozporządzeń, w celu włączenia do zawartych w nim wykazów nowopowstałych zakładów. Po wyłonieniu w drodze konkursu ofert realizatorów programu na dany rok i po określeniu terminu zakończenia procesu adaptacyjnego, przygotowany będzie projekt nowelizacji rozporządzeń zawierający wykaz zakładów przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, a informacja o planowanej dacie rozpoczęcia działalności przez nowy zakład psychiatryczny będzie przesyłana do Narodowego Funduszu Zdrowia (w celu uwzględnienia w planie finansowym na następny rok).

### **4) Sposób realizacji zadań**

Podstawą do oceny skuteczności programu będą:

1. stopień realizacji założeń programu w zakresie zwiększenia liczby miejsc w poszczególnych rodzajach podmiotów. Miejsc o podstawowym stopniu zabezpieczenia w 2009 r. było 992, w 2010 – 1162, w 2011 – 1294, o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia w 2009 r. było 752, w roku 2010 – 777, w 2011 – 777;
2. zmniejszenie się liczby osób oczekujących na przyjęcie do poszczególnych typów zakładów. W roku 2009 na wykonanie środka zabezpieczającego o podstawowym stopniu zabezpieczenia oczekiwało 257 osób, w roku 2010 – 135 osób, w roku 2011 (według stanu na 31.12.2012 r.) - 59. Na wykonanie środka zabezpieczającego o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia w 2009 r. oczekiwały – 63 osoby, w roku 2010 – 32 osoby, a w 2011 r. - 23.

## **5) Źródła finansowania:**

### **a) budżet ministra właściwego do spraw zdrowia**

Podstawowym źródłem finansowania jest budżet Ministra Zdrowia będącego dysponentem środków budżetowych zarezerwowanych na realizację programów zdrowotnych w części 46 – Zdrowie, dziale 851 – Ochrona Zdrowia, rozdziale 85149 – Programy polityki zdrowotnej.

### **b) udział własny realizatorów**

brak, z zastrzeżeniem art. 114-116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654);

### **c) inne**

brak

## **6) Szczegółowy harmonogram działań wynikający z formy opisowej**

Na rok 2012 planowane są następujące zadania mające na celu zwiększenie liczby:

1. zakładów ambulatoryjnych realizujących środek zabezpieczający wobec sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej których dotychczas utworzono 5 (docelowo 1 poradnia w województwie);
2. miejsc w zakładach zamkniętych o podstawowym stopniu zabezpieczenia z 1162 do 1240 w roku 2012 tj. o ok. 7 %.

## **7) Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów**

Monitorowanie programu będzie prowadzić Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia we współpracy z Departamentem Zdrowia Publicznego. Zgodnie z postanowieniami umów zawartych przez Ministra Zdrowia na realizację programu, realizatorzy będą zobowiązani do przedstawiania sprawozdań z realizacji zadań objętych umową. Do 10 grudnia każdego roku realizatorzy będą zobowiązani do przedstawienia końcowego (za dany rok) sprawozdania finansowego i merytorycznego z realizacji zadań, w którym określony zostanie rodzaj wykonanych prac, zastosowany tryb postępowania o zamówienie publiczne na ich wykonanie,

miejsce i datę odbioru prac. Ponadto, począwszy od 2011 roku, realizatorzy zostali zobowiązani przez okres trzech lat od daty zawarcia umowy, do dnia 31 stycznia każdego roku, do przekazywania do Departamentu Polityki Zdrowotnej informacji dotyczących wykorzystania zaadaptowanego oddziału psychiatrii sądowej do warunków wykonywania środka zabezpieczającego.

Skuteczność podejmowanych działań i wykorzystywanych metod będzie oceniana na podstawie: dostępnych danych dotyczących liczby pacjentów poddanych terapii; zaadaptowanych w ramach programu oddziałów psychiatrycznych; liczby uruchomionych łóżek w szpitalach psychiatrycznych.

## **VI. KOSZTORYS**

Na rok 2012 na realizację programu przyznano środki finansowe w wysokości 2 137 000 zł. W ramach programu finansowane są prace remontowo-budowlane polegające na modernizacji, budynków, wyposażeniu obiektów w infrastrukturę techniczną stanowiącą zabezpieczenia przed nieuprawnionym otwarciem drzwi i okien. Prace te mają na celu zwiększenie liczby łóżek w podmiotach już wykonujących środki zabezpieczające lub rozpoczynających ich wykonywanie oraz utworzenie odpowiedniej liczby zakładów ambulatoryjnych. Koszt dostosowania zakładów do warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. 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. Nr 179, poz. 1854, z późn. zm.) – ze względu na konieczność wykonania wymaganych zabezpieczeń – jest znacznie wyższy niż w przypadku podmiotów o podstawowym stopniu zabezpieczenia.

W roku 2010 średni koszt adaptacji 1 miejsca do warunków wykonywania środka zabezpieczającego wyniósł 19.118 zł., natomiast w roku 2011 średni koszt utworzenia 1 miejsca w zakładach psychiatrycznych o podstawowym i wzmocnionym zabezpieczeniu oraz koszt utworzenia 1 miejsca w zakładzie ambulatoryjnym wyniósł 11 904,7 zł (łącznie liczba miejsc proponowanych przez oferentów do utworzenia w ramach programu w roku 2011 wynosiła 152). W roku 2012 średni koszt utworzenia 1 miejsca w nowopowstałych zakładach uzależniony będzie od treści złożonych w postępowaniu konkursowym ofert, w tym od wysokości środków finansowych zawartych w planach rzeczowo-finansowych. Projektowane wydatki nie obejmują późniejszych kosztów świadczeń zdrowotnych, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## **VII. REALIZATORZY PROGRAMU**

Przepisy właściwe dotyczące wyboru realizatorów programu określa art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Realizatorzy programu finansowanego z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia będą wyłaniani w trybie przepisów zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 4, poz. 32), tj. w drodze postępowania konkursowego na podstawie kryteriów określonych w ogłoszeniu konkursowym. Informacja o postępowaniu konkursowym zostanie ogłoszona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ministerstwa Zdrowia.

### **Główne kryteria wyboru realizatorów programu**

Spośród ofert, w których łączny koszt utworzenia (powiększenia) zakładu (oddziału) różni się o nie więcej niż 15% niższej z kwot, wybrana zostanie oferta utworzenia (powiększenia) zakładu (oddziału) z terenu województwa, w którym nie funkcjonuje zakład (oddział) danego rodzaju, lub w którym liczba mieszkańców przypadających na 1 łóżko w zakładzie (oddziale) danego rodzaju jest niższa. W przypadku braku możliwości wyboru oferty w opisany powyżej sposób wybrana zostanie oferta, która zakłada wcześniejszy termin zakończenia inwestycji.

## **VIII. KONTYNUACJA DZIAŁAŃ PODJĘTYCH W PROGRAMIE**

Po planowanym zakończeniu realizacji programu, ze względu na zapewnienie wystarczającej liczby miejsc w zakładach psychiatrycznych przystosowanych do warunków wykonywania środka zabezpieczającego o podstawowym stopniu zabezpieczenia, a także w zakładach ambulatoryjnych przystosowanych do wykonywania środka zabezpieczającego wobec osób chorych psychicznie, które popełniły przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej, możliwe będzie zwiększenie poziomu bezpieczeństwa publicznego.