



**Rzecznik Praw Pacjenta**  
rzecznikiem polskiej psychiatrii



**Rzecznik Praw Pacjenta**

**Raport o funkcjonowaniu  
psychiatrycznych  
zakładów opiekuńczo-leczniczych  
oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych.**

**Raport Rzecznika Praw Pacjenta**

Warszawa, listopad 2019

Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne stanowią ważny element aktualnego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Główny Urząd Statystyczny podaje, że w 2017 roku w Polsce funkcjonowało 56 zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych (5489 łóżek) i 6 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych (441 łóżek). Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych stanowiły 17,2% łóżek stacjonarnej opieki psychiatrycznej, to jest 5929 łóżek. Łóżka na leczenie szpitalne stanowiły zaś 71,1% stacjonarnej opieki psychiatrycznej. Średnia długość pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym wynosiła 270 dni, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym psychiatrycznym 246 dni. Dla porównania warto podać, że w szpitalu psychiatrycznym średnia długość pobytu pacjenta wynosiła 30,5 dnia (29 dni w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych)<sup>1</sup>. Dla jasności rozważań, te dwa rodzaje zakładów określamy dalej krótko: **zakładami opiekuńczymi psychiatrycznymi**.

Raport powstał w celu określenia obecnych trudności w funkcjonowaniu zakładów opiekuńczych psychiatrycznych. Nadchodzące zmiany w psychiatrii, koncentrujące się na rozpowszechnieniu modelu psychiatrii środowiskowej, wymagają nie tylko dobrego zdiagnozowania aktualnych problemów, ale i wskazania miejsca, jakie zakłady te mogą zająć w ochronie zdrowia psychicznego w przyszłości. W raporcie uwzględniona została także wizja możliwej przyszłości tych placówek.

Rzecznik Praw Pacjenta, poprzez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, zwrócił się z prośbą do kierowników zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, w których Rzecznicy pełnią swoją funkcję, o przekazanie informacji dotyczących problemów prawnych, finansowych i organizacyjnych w tych placówkach. Otrzymano odpowiedzi od 35 kierowników tych zakładów, co pozwoliło na rozeznanie trudności w 56% tego typu miejsc spośród wskazanych przez GUS. W raporcie zebrano nadesłane informacje i przedstawiono analizę opisanych trudności. Odpowiedzi różniły się objętością i ostrością krytycznego spojrzenia na funkcjonowanie zarządzanych placówek.

---

<sup>1</sup> Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r., ss. 55-56 oraz Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r. – aneks, tabela 37, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018 r

## Uwagi wstępne

Nim zostaną przedstawione i omówione otrzymane od kierownictw zakładów opiekuńczych psychiatrycznych odpowiedzi, konieczne wydaje się wskazanie na podstawowy problem w funkcjonowaniu tych zakładów, jakim jest **brak jasnego określenia zasad kierowania do nich pacjentów, zasad ich przyjmowania oraz zasad ustalania odpłatności za pobyt**. Problem ten jest wspólnym mianownikiem wszystkich nadesłanych uwag.

Od początku istnienia ustawy o działalności leczniczej, to jest od 15 kwietnia 2011 r.; po najnowszej jej wersji, z 9 listopada 2018 r., wśród różnorodnych form opieki stacjonarnej i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, wyróżnia się dwa, interesujące z punktu widzenia zawartego w tym raporcie, rodzaje zakładów leczniczych: zakład opiekuńczo–leczniczy i zakład pielęgnacyjno–opiekuńczy<sup>2</sup>. W ustawie zakłady różnią się zakresem udzielanej pacjentom pomocy<sup>3</sup>. W art. 2 ust. 12 tej ustawy przedstawiono definicję stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenie szpitalne. W definicji tej wymieniono (między innymi) świadczenia: opiekuńcze i pielęgnacyjne, opieki długoterminowej, leczenie uzależnień, psychiatryczną opiekę zdrowotną. Świadczenia udzielane mają być pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach. Omawiana definicja jest ogólna i nie pozwala na ustalenie, w jakim miejscu systemu ochrony zdrowia znajdują się zakłady opiekuńcze psychiatryczne. W ustaleniu tego miejsca pomocna jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>4</sup>. W art. 15 ust. 2 tej ustawy określono świadczenia gwarantowane przysługujące świadczeniobiorcy. W wykazie świadczeń, świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne połączono ze świadczeniami opieki długoterminowej, tworząc jedno

<sup>2</sup> Por. art. 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w wersjach opublikowanych w Dzienniku Ustaw: z 2011 r. nr 112, poz. 654; z 2013 r. poz. 217; z 2015 r. poz. 618; z 2016 r. poz. 1638; z 2018 r. poz. 160; z 2018 r. poz. 2190.

<sup>3</sup> Por. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 2190) w art. 9 ust 1, w związku z art. 12 ust. 1 wyznacza tym podmiotom następujące zadania:

zakład opiekuńczo–leczniczy: udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;

zakład pielęgnacyjno–opiekuńczy: udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

<sup>4</sup> Dz. U. 2019 poz. 1373

świadczenie gwarantowane. Utworzono też oddzielne od niego świadczenie gwarantowane: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W wykazie świadczeń w tej ustawie nie zostały wydzielone odrębnie świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze psychiatryczne. Brak tego wyróżnienia spowodował niejasności, do jakiej grupy, spośród wymienionych dwóch świadczeń, miałyby one należeć.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej<sup>5</sup> nie wymieniono zakładów opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. Rozporządzenie o świadczeniach opieki długoterminowej nie dotyczy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych. Świadczenia gwarantowane udzielane w zakładach opiekuńczych psychiatrycznych znalazły się w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>6</sup>. Choć w tym rozporządzeniu wymieniono oddzielnie zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne, to określono dla nich identyczne warunki realizacji świadczenia i identyczne kody Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, odpowiadające świadczeniom gwarantowanym. W aktualnych zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wyznaczono tym podmiotom identyczne zadania i określono identyczne zasady finansowania<sup>7</sup>.

Rozporządzenie o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień jest jedynym aktem prawnym, w którym wymieniono te dwa rodzaje zakładów opiekuńczych, stawiając po nazwie zakładu określenie: „psychiatryczne”. Omawiane przepisy wskazują, że należy dokonywać dychotomicznego podziału zakładów opiekuńczych na psychiatryczne i nie-psychiatryczne. W przedstawionych powyżej aktach prawnych, dotyczących świadczeń gwarantowanych, zakłady opiekuńcze psychiatryczne są ujmowane jako podmioty innego rodzaju, niż pozostałe zakłady opiekuńcze, także w tym sensie, że są wyłączone ze świadczeń opieki długoterminowej. Rozróżnia się więc dwa rodzaje zakładów opiekuńczych: zakłady opiekuńcze psychiatryczne i zakłady opieki długoterminowej.

---

<sup>5</sup> Dz. U. 2015 poz. 1658

<sup>6</sup> Dz. U. 2019 poz. 1285

<sup>7</sup> Zarządzenie Nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z późniejszymi zmianami.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na delegację dla Ministra Zdrowia, zawartą w art. 33a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Delegacja nakłada na Ministra Zdrowia obowiązek określenia sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, dokumentacji wymaganej przy kierowaniu osób do tych zakładów (wzory skierowań, wniosku o wydanie skierowania do zakładu, zaświadczenia lekarskiego oraz wywiadu pielęgniarzkiego), sposobu ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach opiekuńczych. Minister ma działać: „uwzględniając konieczność ujednoczenia trybu kierowania do zakładów oraz możliwość weryfikacji celowości skierowania”. W ustępie 1 artykułu 33a wskazano rzecz niezwykle istotną dla dalszych wniosków. Określono, że „świadczeniobiorcy przysługują świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego”. Tym samym stwierdzono, że artykuł 33a odnosi się do świadczeń udzielanych w ramach opieki długoterminowej. Przywołane wcześniej rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych, które powstały w wyniku delegacji zawartej w tej ustawie, zostały stworzone po przyjęciu (co najmniej w domyśle) takiej interpretacji ustawy, w której uznano, że zakłady opiekuńcze psychiatryczne nie należą do zakładów opieki długoterminowej, ale stanowią odrębne zakłady, w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Czy zatem art. 33a, wraz z jego delegacją dla Ministra Zdrowia, nie dotyczy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych? Jeśli uzna się, że przepis ten nie dotyczy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych, tym samym należy przyjąć, że w obecnym systemie prawnym brak jest podstaw do wydania rozporządzenia regulującego działanie tych zakładów.

Odpowiedzią na delegację artykułu 33a ust. 2 jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.<sup>8</sup> Postępując konsekwentnie należałoby uznać, że rozporządzenie to nie dotyczy zakładów opiekuńczych-psychiatrycznych, albowiem nie udziela się w nich świadczeń gwarantowanych opieki długoterminowej – określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W uzasadnieniu do projektu tego rozporządzenia odnaleźć można zachętę do takiego rozumienia przepisów. Czytamy tam: „Ze względu na brzmienie delegacji ustawowej zawartej w art. 33a ust. 1 ustawy niniejszy projekt rozporządzenia odnosi się wyłącznie do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej i nie dotyczy zakładów opiekuńczych

---

<sup>8</sup> Dz.U. 2012 poz. 731

psychiatrycznych”<sup>9</sup>. Przyjmując, że rozporządzenie w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjnych nie dotyczy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych należy uznać, że nie istnieją przepisy wymienione w art. 33a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, określające (jak tam wymieniono): (1) sposób i tryb kierowania osób do zakładów o opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, (2) dokumentację wymaganą przy kierowaniu osób do tych zakładów (wzory skierowań, wniosku o wydanie skierowania do zakładu, zaświadczenia lekarskiego oraz wywiadu pielęgniarzkiego, (3) sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładach opiekuńczych psychiatrycznych.

W każdej odpowiedzi przysłanej przez kierowników zakładów opiekuńczych-psychiatrycznych ich autorzy zauważyli, że przepisy dotyczące zakładów opieki długoterminowej, zarówno wskazane powyżej, jak i inne, o których będzie jeszcze mowa, nie są dostosowane do zakładów opiekuńczych psychiatrycznych. Część kierowników opowiedziała się przeciwko stosowaniu uregulowań dotyczących opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczych-psychiatrycznych. Inni kierownicy zgodzili się na konieczność wybiórczego stosowania istniejących uregulowań. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na praktyczną stronę udzielanych w zakładach opiekuńczych psychiatrycznych świadczeń. Nawet jeśli uzna się, że z formalnego punktu widzenia przepisy dotyczące zakładów opieki długoterminowej nie dotyczą zakładów opiekuńczych psychiatrycznych, to należy się zgodzić co do faktu, że opieka nad pacjentem sprawowana w zakładach opiekuńczych psychiatrycznych, to w praktyce opieka długoterminowa.

### **Problemy prawne, dotyczące przyjmowania pacjentów do zakładów opiekuńczych psychiatrycznych i ich wypisywania**

Kierownicy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych wskazali, że przyjęcie pacjenta do zakładu opiekuńczego psychiatrycznego dokonuje się (1) za jego zgodą, (2) na podstawie postanowienia sądowego wbrew woli lub (3) na podstawie postanowienia sądu, gdy pacjent nie jest zdolny do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia i leczenia. Postanowienia sądowe dotyczą zarówno pacjentów ubezwłasnowolnionych, jak i formalnie zdolnych do czynności prawnych.

<sup>9</sup> [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/pielęgnacopiek\\_20120626.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pielęgnacopiek_20120626.pdf) - dostęp 02.10.20118 r.

W przypadku przyjęcia pacjenta za zgodą jako podstawę przyjęcia wskazano art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego<sup>10</sup>. Zgodnie z dyspozycją tego przepisu pacjenci przyjmowani są na zasadach obowiązujących przy przyjęciach do szpitala psychiatrycznego za pisemną zgodą i na podstawie ważnego skierowania. W jednym piśmie pojawił się wątek sugerujący przyjmowanie pacjentów na zasadach wzorowanych na przepisach dotyczących przyjęcia do domu pomocy społecznej (art. 38 ust. 1 ww. ustawy).

W dwóch pismach kierowników znalazło się stwierdzenie, że do ich zakładów opiekuńczych-psychiatrycznych przyjmowani są tylko pacjenci wyrażający zgodę na przyjęcie. Oświadczenie to budzi niepokój o los pacjentów pochodzących z regionu, w którym znajduje się zakład, wymagających pobytu w zakładzie, ale niezdolnych do wyrażenia zgody lub odmawiających zgody na przyjęcie, a posiadających postanowienie sądu o umieszczeniu w zakładzie. Za deklaracją o przyjmowaniu wyłącznie pacjentów wyrażających zgodę może kryć się ograniczanie dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentom niezdolnym lub niechętnym do jej wyrażenia. W jednym przypadku spotykamy się w piśmie z jednoznacznym stwierdzeniem, że pacjentów nie wyrażających zgody na pobyt do zakładu nie przyjmuje się. Stwierdzenie to uzupełnia wyjaśnienie, że właśnie problemy prawne, wynikające z przyjmowania pacjentów wbrew ich woli, spowodowały konieczność wprowadzenia takiego ograniczenia.

Przejdźmy teraz do trudności, jakie pojawiają się, gdy do zakładów opiekuńczych psychiatrycznych przyjmowani są pacjenci niezdolni do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia i leczenia z powodu zaawansowanej choroby (np. pacjenci z zaawansowanym otępieniem). Kierownicy zakładów zwracają uwagę, że zwykle pacjenci ci nie posiadają wymaganej w ustawie uprzedniej zgody sądu na przyjęcie (art. 22 ust. 2 ww. ustawy). Ich zdaniem przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie określają kto może wystąpić z wnioskiem do sądu o wydanie takiej zgody. W takich wypadkach, w zakładach stosuje się przepisy o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia i leczenia w trybie nagłym (art. 22 ust. 2a tej ustawy). Oznacza to, że dopiero po przyjęciu pacjenta do zakładu kierownik występuje z wnioskiem do sądu o uzyskanie zgody na pobyt (art. 22 ust. 2b ustawy).

---

<sup>10</sup> Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 z póź. zm.

W tym miejscu należy zauważyć, że przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wbrew opinii wyrażonej powyżej, określają osobę, która może wystąpić z wnioskiem do sądu o wydanie takiej zgody. Odpowiednie zapisy znajdujemy w art. 25 ust. 2, gdzie czytamy, że w przypadku osób wymienianych w art. 22-24 (a więc także 22 ust. 2) „sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu”.

Postanowienie sądowe staje się także podstawą przyjęcia osób małoletnich powyżej 16 roku życia i niepozostających pod władzą rodzicielską lub ubezwłasnowolnionych całkowicie, zdolnych do wyrażenia zgody i zgadzających się na przyjęcie (zgoda sądu na przyjęcie wymagana od przedstawiciela ustawowego – art. 22 ust. 3 w związku z art. 22 ust. 5). Gdy osoba małoletnia powyżej 16 roku życia lub osoba pełnoletnia całkowicie ubezwłasnowolniona sprzeciwia się przyjęciu, również konieczne jest wyrażenie przez sąd opiekuńczy zgody na przyjęcie (art. 22 ust. 4).

Do zakładów opiekuńczych psychiatrycznych przyjmowane są także osoby posiadające postanowienie sądowe wydane na podstawie art. 29 ww. ustawy – tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby wbrew woli, by zapobiec znacznemu pogorszeniu stanu zdrowia, bądź osoby niezdolnej do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, lecz rokującej poprawę w wyniku leczenia. Komentując praktykę wydawania tego rodzaju postanowień należy podkreślić, że pobyt w zakładzie opiekuńczym psychiatrycznym nie ma na celu leczenia w kierunku poprawy stanu zdrowia, w tym samym sensie jak w szpitalu psychiatrycznym. Stosowanie trybu wnioskowego o leczenie bez zgody w zakładzie opiekuńczym psychiatrycznym jest rozwiązaniem przyjętym w praktyce sądowej, uwzględniającej sytuację życiową osoby kierowanej do zakładu, wydaje się być jednak nieadekwatnym do przesłanek wskazanych w tymże artykule.

Kierownicy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych poinformowali o istnieniu postanowień sądowych, w których nie wskazano podstawy przyjęcia pacjenta wbrew woli. Niekiedy w takich wypadkach sądy rozpoznające sprawę, przed wydaniem postanowienia domagały się przedłożenia, oprócz wniosku, także skali Barthel. Na tej podstawie można domniemywać, że w tym wypadku stosowane były przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo leczniczych i pielęgnacyjno opiekuńczych. Jak już wspomniano, istnieją wątpliwości, czy rozporządzenie to dotyczy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych.



Choć w żadnym z otrzymanych pism nie odnajdujemy wprost zawartej informacji, że postanowienia sądowe wydawane są na podstawie art. 38 ust. 2, art. 38 ust. 3, art. 38 ust. 4 ww. ustawy, to kierownicy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych zwrócili uwagę, że sądy rozpatrujące sprawę o przyjęcie wbrew woli domagają się określenia (doprecyzowania) we wniosku o wydanie postanowienia czy docelowym miejscem ma być dom pomocy społecznej, czy zakład opiekuńczy psychiatryczny, a sposób procedowania sądu nad wnioskiem (to jest: ustalenia jakich sąd dokonuje w sprawie, nim wyda postanowienie) jest zgodny z dyspozycjami zawartymi w przepisach o przyjęciu do domu pomocy społecznej.

W niektórych sądach, po rozpatrzeniu wniosku o przyjęcie do zakładu opiekuńczego psychiatrycznego wydaje się postanowienie, zawierające jedynie klauzulę o ustanowieniu kuratora, działającego w celu umieszczenia pacjenta w zakładzie wbrew woli. Kurator organizuje przyjazd pacjenta do zakładu i w jego imieniu podpisuje stosowne dokumenty. Procedura ta jest stosowana wobec pacjentów formalnie zdolnych do czynności prawnych.

Przedstawiając problemy związane z przyjmowaniem pacjentów do zakładów opiekuńczych psychiatrycznych należy zasygnalizować istnienie trudności również w sytuacji, gdy należy powtórnie przyjąć pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody lub sprzeciwiającego się przyjęciu (przyjęcie wbrew ich woli), po uprzednim wypisaniu go. **Kierownicy zakładów zwrócili uwagę na nieuchronną konieczność wypisania pacjenta z zakładu opiekuńczego psychiatrycznego, by mógł on pobierać niezbędne świadczenia zdrowotne w szpitalu i konieczność przyjęcia go na nowo, po zakończeniu tej hospitalizacji.** Gdy leczenia szpitalnego wymaga pacjent przyjęty do zakładu jako niezdolny do wyrażenia zgody lub wbrew woli, ponowne przyjęcie wymaga kolejnej decyzji sądu, której w takiej sytuacji brakuje. Niekiedy zakład opiekuńczy występuje do sądu o zatwierdzenie tego ponownego przyjęcia, niekiedy uznaje się, że wciąż ważne jest postanowienie, dotyczące pierwszego przyjęcia do zakładu. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych, nieposiadających opiekuna prawnego, albo których opiekun prawny nie współpracuje z zakładem, trudności komplikują się jeszcze bardziej, bo do przyjęcia konieczna jest także zgoda opiekuna prawnego. Jednym z formalnych sposobów rozwiązania owego problemu mogłoby być wprowadzenie przepisu, umożliwiającego kontynuowanie rozpoczętej w zakładzie dokumentacji medycznej, mimo okresowego pobytu pacjenta na hospitalizacji w innym podmiocie – nawet powyżej 30 dni. Fakt kontynuowania wcześniej rozpoczętej dokumentacji stanowiłby argument, że nie doszło do ponownej hospitalizacji, ale

jedynie do przerwy w hospitalizacji już trwającej – więc wydanie nowego postanowienia sądu nie jest niezbędne.

**Inny problem, to brak jasności jak należy postępować, gdy pacjent, który przebywa w zakładzie za wyrażoną przez siebie zgodą, zmienia zdanie i chce wrócić do domu, lecz rodzina nie jest zainteresowana powrotem pacjenta i sprawowaniem nad nim opieki.** Niektórzy pacjenci domagają się wypisania, choć nie mają bliskich, na których ciążyłby obowiązek sprawowania nad nimi opieki. Inni nie mają domów, do których mogliby powrócić. Rozwiązanie tego problemu jest jeszcze trudniejsze, gdy lekarz stwierdza, że stan zdrowia pacjenta nie zagraża bezpośrednio jego życiu, ale nasuwają się wątpliwości czy będzie on zdolny bez kłopotów samodzielnie odbyć podróż do domu, czy nie. A jeśli powrót będzie wiązał się z pogorszeniem stanu zdrowia?

Streszczone w tej części raportu informacje uzyskane od kierowników podmiotów leczniczych i przedstawione analizy dotyczą jednego z podstawowych praw człowieka, jakim jest prawo do wolności. Brak jednoznacznych przepisów prawnych regulujących przyjmowanie pacjentów do zakładów opiekuńczych psychiatrycznych prowadzi do szeregu problemów, mogących skutkować naruszeniem tego prawa. Brak tych przepisów powoduje niejasność przesłanek, które należy uwzględnić we wniosku o umieszczenie pacjenta w zakładzie opiekuńczym psychiatrycznym wbrew woli. Niejasność przesłanek przyjęcia wbrew woli uniemożliwia osobie, której wniosek dotyczy, skuteczną obronę w sądzie. Niejasność tych przesłanek uniemożliwia skuteczne domaganie się zmiany wcześniej wydanego postanowienia sądowego. Brakuje też przepisów regulujących wypisywanie pacjentów z zakładów – do tego zagadnienia jeszcze powrócimy. Ponadto, brak jasnych przesłanek przyjęcia powoduje wątpliwości dotyczące stosowania w zakładach opiekuńczych psychiatrycznych przepisów regulujących zasady leczenia, zastosowania przymusu bezpośredniego oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (art. 33 ust. 1, art. 34 oraz art. 35 ust. 1 ww. ustawy).

### **Problemy finansowe**

**Niemal każde pismo od kierowników zakładów opiekuńczych psychiatrycznych zawiera informację o niedostatecznym finansowaniu tych placówek.** Poziom finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia uważany jest za nieadekwatny do ponoszonych kosztów. Nieadekwatne do rzeczywistych wydatków jest też finansowanie zakwaterowania i wyżywienia w zakładzie.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, waga punktowa produktów rozliczeniowych: osobodzień w zakładzie /oddziale opiekuńczo leczniczym i w zakładzie/oddziale opiekuńczo pielęgnacyjnym wynosi 10,40 pkt (zarówno dla dorosłych jak i dla dzieci i młodzieży). Cena punktu jest w województwach różna. Kierownicy zakładów informują o wycenie osobodnia na poziomie: 92,5 zł, 108,16 zł, 114 zł, 111 zł. Jak wyglądają koszty rzeczywiste? Informację tę zawiera tylko jedno pismo: koszt osobodnia w tym podmiocie wynosi 163 zł. W innym piśmie odnajdujemy stwierdzenie, że rzeczywiste koszty świadczenia zdrowotnego są wyższe o około 20 % od stawki osobodnia ustalonej przez NFZ. W kolejnym została zawarta informacja, że koszt działalności zakładu (oddziału) opiekuńczego psychiatrycznego pokrywany jest w 67% z przychodów z kontraktu z NFZ, w 11% z opłat pacjentów za wyżywienie i zakwaterowanie, brakujące 22% pokrywa szpital z kredytu bankowego.

Ocena informacji o zbyt niskiej wycenie osobodnia w zakładach opiekuńczych psychiatrycznych - poniżej kosztów rzeczywistych - wymaga bardziej pogłębionych analiz. W badaniach tych należałoby uwzględnić takie czynniki jak: jakość zarządzania, sposób powiązania zakładu ze szpitalem, stan techniczny infrastruktury, wpływ koniecznych podwyżek wynagrodzeń personelu. Problemy finansowe dotyczą poszczególnych zakładów opiekuńczych psychiatrycznych w nierównym stopniu. Zakłady znajdujące się na terenie szpitali, będące oddziałami tych szpitali, mogą zapewnić swym pacjentom opiekę lekarską, diagnostykę i konsultacje oraz rehabilitację przy mniejszych nakładach finansowych. Zakłady samodzielne, zwłaszcza mieszczące się z dala od ośrodków wielkomiejskich, mają duże trudności w zatrudnieniu personelu o odpowiednich kwalifikacjach przy proponowanych stawkach wynagrodzenia i muszą ponosić większe koszty całościowej opieki nad pacjentem. W jednym z pism czytamy, że koszty osobowe realizacji świadczenia w zakładzie stanowią 72% kosztów całkowitych funkcjonowania podmiotu. W gorszej kondycji finansowej są zakłady umieszczone w budynkach zabytkowych. Koszty koniecznych remontów i adaptacji tych budynków są bardzo duże, a pacjenci niekiedy w tych miejscach przebywają w warunkach fachowych i sanitarnych niezgodnych z obowiązującymi przepisami. Największe trudności finansowe przeżywają małe zakłady opiekuńcze psychiatryczne, w których przebywa zaledwie kilkanaście osób. Koszty zatrudniania personelu, koszty wyżywienia i zakwaterowania, koszty leków są w nich bardzo duże.

W pismach odnajdujemy informację, że zakłady opieki długoterminowej otrzymują wyższe finansowanie, niż zakłady opiekuńcze psychiatryczne. I w tym obszarze problemowym konieczne są dalsze badania. Przeprowadzenie analizy zarządzeń Prezesa NFZ, dotyczących finansowania opieki długoterminowej oraz porównanie finansowania zakładów opieki psychiatrycznej z finansowaniem zakładów opieki długoterminowej jest skomplikowane. Tabele określające wagę punktową świadczeń opieki długoterminowej zawierają informacje o finansowaniu różnych rodzajów tej opieki. Wycena opieki nad pacjentami jest zróżnicowana w zależności do ich stanu zdrowia wyrażonego w skali Barthel, w skali Glasgow, czy są to pacjenci wentylovani mechanicznie, żywieni pozajelitowo itd. Nie istnieje jedna waga punktowa produktów rozliczeniowych: osobodzień w zakładzie/oddziale opiekuńczo leczniczym i w zakładzie/oddziale opiekuńczo pielęgnacyjnym opieki długoterminowej. Tymczasem finansowanie w zakładach opiekuńczych psychiatrycznych opiera się wyłącznie na wadze punktowej osobodnia w tym zakładzie, niezależnej od stanu zdrowia pacjenta.

W odniesieniu do sposobu finansowania przez NFZ świadczeń psychiatrycznych<sup>11</sup>, w pismach zwrócono uwagę na konieczność ponoszenia przez zakłady opiekuńcze psychiatryczne kosztów nierefundowanych. Są to koszty konsultacji, diagnostyki, zabiegów i leczenia farmakologicznego schorzeń somatycznych, w szczególności: schorzeń wieku podeszłego, kardiologicznych, onkologicznych, chirurgicznych, stomatologicznych (w tym, w znieczuleniu ogólnym), protetyki, okulistycznych. Zakłady muszą także samodzielnie finansować transport pacjentów do podmiotów medycznych na konsultacje ambulatoryjne, zabiegi i inne świadczenia.

Zgodnie z przepisami NFZ zakład opiekuńczy psychiatryczny nie ponosi kosztów świadczeń niepsychiatrycznych, udzielanych pacjentowi podczas przepustek<sup>12</sup>. Udzielając pacjentowi przepustkę, można uniknąć kosztów wyżej wymienionych konsultacji i hospitalizacji. Ilość przepustek jest jednak przez NFZ limitowana. Jeśli nie ma możliwości wypisania pacjenta (np.: bo jest przyjęty bez zgody) lub wyczerpany został limit jego przepustek, zakład musi ponieść koszty leczenia niepsychiatrycznego.

<sup>11</sup> Jak już wspomniano, omawiane w tej części przepisy NFZ, dotyczące zakładów opieki psychiatrycznej, zawarte są w zarządzeniu nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

<sup>12</sup> Tamże § 15 ust. 2. Stwierdzenie: „Fundusz nie finansuje świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, udzielonych świadczeniobiorcy przebywającemu na przepustce” należy odczytywać, że tylko tych nie finansuje, ale inne finansuje.

Udzielenie przepustki pacjentowi na czas pobierania niepsychiatrycznych świadczeń zdrowotnych po to, by uniknąć opłat za te świadczenia, nie jest dobrym rozwiązaniem. Przepustka udzielona w takim celu nie zwalnia zakładu z konieczności opieki nad pacjentem podczas niej. Pacjent zakładu opiekuńczego psychiatrycznego zwykle nie jest w stanie samodzielnie udać się poradni, czy na specjalistyczny zabieg ambulatoryjny udzielany poza terenem zakładu. Pacjent potrzebujący wizyty u stomatologa, protetyka lub wymagający przyjęcia kolejnej dawki chemioterapii, choć jest na przepustce, w rzeczywistości pozostaje pod opieką pracowników zakładu: jest zawożony do specjalisty, pracownicy towarzyszą mu podczas zabiegu, w końcu jest przywożony na powrót do zakładu. Po powrocie spożywa posiłki, wymaga pielęgnacji, a to generuje dalsze koszty. Tymczasem refundacja kosztów pobytu w zakładzie podczas przepustki pacjenta zmniejsza się do 70%. Zakład wykonuje wobec takiego pacjenta w tym dniu więcej czynności opiekuńczych niż zwykle. Innym rozwiązaniem, pozwalającym uniknąć opłat za świadczenia niepsychiatryczne jest wypisanie z zakładu pacjenta na dzień pobierania tych świadczeń. I w tym wypadku jest to działanie formalne, gdyż pacjent wypisany, by się leczyć, także pozostaje pod opieką zakładu.

Udzielenie przepustki może, w niektórych sytuacjach, stać się przyczyną narastania kosztów działania podmiotu. Pacjenci przebywający na dłuższych przepustkach, w miejscowościach oddalonych od zakładu opiekuńczego, w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia korzystają z pomocy najbliższej poradni zdrowia psychicznego, a to obciąża kosztami zakład. Zakład musi bowiem ponosić koszty świadczeń psychiatrycznych udzielonych pacjentowi podczas przepustek.

Pacjent, który podczas przepustki doznał pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, powinien mieć możliwość skorzystania z porady najbliższego psychiatry. Pogorszenie stanu zdrowia psychicznego to zdarzenie losowe, nagłe i zakład opiekuńczy psychiatryczny nie powinien finansować udzielonej w takiej sytuacji porady. Zachorowanie powstaje w tym wypadku niezależnie od leczenia i opieki otrzymywanej w zakładzie. Kierownicy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych informują, że przestrzegają pacjentów, by podczas przepustki nie udawali się na wizytę do psychiatry, gdyż obciążą to zakład. Jeśli pacjent zastosuje się do takiej prośby, a jego stan zdrowia psychicznego ulegnie pogorszeniu, skutki nieotrzymania właściwej pomocy mogą być droższe, niż koszty finansowe porady. Porady udzielone pacjentom na przepustkach w trybie nagłym powinny być finansowane przez NFZ.

Doświadczenie zawodowe jednego z Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pokazuje, że pacjenci podczas przepustek korzystają z możliwości wizyty u

innego psychiatry, niż dostępny w zakładzie tylko po to, by skonsultować poprawność otrzymywanego leczenia lub uzyskać zmianę tego leczenia. Wydaje się, że pacjent winien mieć możliwość skorzystania z takiej konsultacji, bo dostępność do konsultacji u innego psychiatry na terenie zakładu opiekuńczego psychiatrycznego jest ograniczona. Zwykle zakłady zatrudniają tylko jednego lub dwóch psychiatrów. Niestety, wprowadzenie możliwości odbywania takich konsultacji może mieć też niekorzystne konsekwencje dla zdrowia pacjenta. Jeżeli uda się on do lekarza, który go nie zna i nie powie, że przebywa w zakładzie, że bierze leki, może uzyskać niewłaściwą poradę. Pacjenci często nie mają dobrego wglądu we własną chorobę, są mało krytyczni wobec objawów zaburzeń psychicznych a otrzymywane leczenie oceniają jako uciążliwe (skutki uboczne leków psychotropowych). Z tych powodów od lekarza, u którego skorzystają z konsultacji, oczekiwać mogą potwierdzenia, że są w dobrej formie i nie ma obecnie konieczności zażywania leków. Skutki takiej konsultacji mogą być katastrofalne: pacjent nabierze podejrzeń wobec lekarzy w zakładzie, będzie odmawiał leczenia i domagał się wypisania, mimo bezwzględnych wskazań do leczenia.

Drugi z problemów finansowych, wymieniany we wstępie do tej części raportu, dotyczy opłat za wyżywienie i zakwaterowanie. W art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czytamy: „Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów

o pomocy społecznej”. W tym miejscu należy przypomnieć wcześniejsze uwagi o wliczeniu w tej ustawie świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych do opieki długoterminowej. Skoro doszło w ustawie do złączenia świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych ze świadczeniami opieki długoterminowej, czy art. 18 ust. 1, w którym jest mowa o zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym, odnosi się do zakładów opiekuńczych psychiatrycznych? Zdaniem kilku kierowników zakładów przepis ten nie powinien mieć zastosowania w zakładach o profilu psychiatrycznym. Ich zdaniem pacjent z zaburzeniami psychicznymi nie powinien płacić za wyżywienie i zakwaterowanie. Argumentują, że zakłady opiekuńcze psychiatryczne nie są zakładami opieki długoterminowej, lecz zakładami opieki psychiatrycznej. Argumentację tę wspierają zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego,

mówiące o niepobieraniu opłat od pacjenta za świadczenia w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej (art. 10 tej ustawy). Skoro wobec pacjentów zakładu opiekuńczego psychiatrycznego w szerokim zakresie stosuje się przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, czy nie powinny w tych zakładach mieć zastosowanie także zapisy tej ustawy zwalniające pacjenta z wydatków za świadczenia zdrowotne towarzyszące (art. 5 ust 38 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), jakimi są wyżywienie i zakwaterowanie? Zapis art. 15 ust. 2 pkt 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie jest jasny i powstaje wątpliwość, jak rozumieć zawarte w nim słowa o świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych przysługujących „w ramach opieki długoterminowej”. Czy zapis ten powinien prowadzić do wniosku, że przepisy o finansowaniu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych powinny dotyczyć także zakładów opiekuńczych psychiatrycznych, funkcjonujących poza ramami opieki długoterminowej?

Koszty zakwaterowania i wyżywienia w zakładach opiekuńczych ponosi pacjent. W zakładach opiekuńczych psychiatrycznych przebywają w znacznej większości pacjenci o bardzo niskich dochodach (najniższa renta, zasiłek stały). Niekiedy nawet tak niskie dochody pacjentów obniżane są zajęciami komorniczymi. W opinii kierowników zakładów rzeczywiste koszty wyżywienia i zakwaterowania przekraczają znacznie uzyskiwane od pacjentów finansowanie. Budząca wątpliwości jest także praktyka wliczania do dochodu zasiłku pielęgnacyjnego, a więc świadczenia przyznawanego się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji<sup>13</sup>. Zakład opiekuńczy wielu pacjentom właśnie taką opiekę zapewnia. Należy przy tym dodać, że zdaniem kierownictw zakładów opiekuńczych psychiatrycznych, aktualne przepisy nie przewidują procedur kontroli dochodów pacjenta, co uniemożliwia otrzymywanie większej ilości pieniędzy na wyżywienie i zakwaterowanie, gdy dochody pacjenta z jakiegoś powodu wzrosły. Jeden z respondentów określił rzeczywiste koszty zakwaterowania i pobytu jako wyższe średnio o 30% od kwot uzyskiwanych z dochodów pacjentów.

### **Współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia**

Kierownicy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych wskazali również na wielorakie kwestie pojawiające się podczas współpracy z NFZ.

<sup>13</sup> Art. 16. 1. ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2018 poz. 2220).

Zacznijmy tę część raportu od obowiązków sprawozdawczych względem płatnika. W opinii zarządzających zakładami NFZ bezpodstawnie domaga się cotygodniowego raportowania o długości list oczekujących. Działanie to określają jako bezpodstawne albowiem art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych takiego obowiązku nie nakłada na zakłady opiekuńcze. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że – w związku z ostatnią nowelizacją tej ustawy - art. 20 będzie miał od 1 stycznia 2020 nowe brzmienie i świadczeniodawca udzielający świadczeń stacjonarnych i całodobowych innych niż szpitalne, będzie zobowiązany prowadzić listy oczekujących na przyjęcie.

Długie kolejki oczekujących mogłyby być zmniejszone dzięki zakontraktowaniu większej ilości łóżek i finansowaniu wykonania świadczeń ponad limit zawarty w umowie z NFZ. Wielu kierujących zakładami opiekuńczymi psychiatrycznymi zwróciło uwagę na możliwości techniczne i organizacyjne zwiększenia liczby przyjęć do swoich placówek. Podkreślili przy tym, że NFZ nie wyraża zgody na zwiększenie kontraktowania i nie finansuje świadczeń wykonanych ponad limit. Kierownik jednego z dużych zakładów poinformował, że na terenie podległej mu placówki przebywa przynajmniej sto osób ponad limit. W przeciwieństwie do swoich koleżanek i kolegów stwierdził, że uzyskuje finansowanie nadwykonań, lecz utrudniająca funkcjonowanie zakładu jest niepewność, czy tym razem uzyska się środki. Należy przy tym wskazać, że brak jest alternatywnych, wobec umieszczenia w zakładzie, form stacjonarnej pomocy pacjentom, brakuje też miejsc w domach pomocy społecznej o profilu psychiatrycznym. Ponadto, jak wcześniej sygnalizowano, przepisy nie ułatwiają wypisywania pacjentów z zakładów opiekuńczych psychiatrycznych, co w oczywisty sposób blokuje przyjmowanie nowych osób.

Kierownicy zakładów oczekują działań mających na celu doprowadzenie do zlikwidowania obniżonej do 70% stawki za osobodzień pacjenta przebywającego na przepustce, zwiększenia limitu przepustek dla pacjenta i umożliwienie wystawiania pacjentom recept na leki zażywane podczas przepustki (zlikwidowania konieczności wydawania leków pacjentom idącym na przepustkę). Działania te obniżyłyby obciążenia finansowe podmiotów. Nasuwają się jednak wątpliwości, czy wszystkie proponowane zmiany przyniosłyby korzyść pacjentom. Obecnie pacjenci mogą otrzymywać przepustkę na okres do 30 dni, niemniej łączny czas przebywania na przepustce nie może przekraczać 10% (36 dni) okresu rozliczeniowego (rok kalendarzowy). Wydaje się, że taka ilość przepustek będzie całkowicie wystarczająca dla pacjentów, jeśli możliwe stanie się zawieranie umów z NFZ na rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie (o czym już wyżej wspomniano).



Większa ilość przepustek może osłabiać intensywność procesu terapeutycznego otrzymywanego przez pensjonariuszy.

Zgodnie z treścią zarządzeń NFZ za przepustkę uważa się także okresowe przebywanie osoby z zaburzeniami psychicznymi poza zakładem w związku z jego samowolnym opuszczeniem, wynikającym ze stanu zdrowia psychicznego. Przepisy te dotyczą postępowania w sytuacji, gdy pacjent uciekł z zakładu opiekuńczego psychiatrycznego. Pracownicy zakładów powiadamiają o ucieczce policję, a także na własną rękę poszukują chorego (usiłują nawiązać kontakt z rodziną, bliskimi, osobami w dawnym miejscu zamieszkania). Przepisy nie określają chwili, w której można zakończyć okres przepustkowy. Czy można zakończyć przepustkę i wypisać pacjenta, gdy w ciągu kilku dni nie zostanie odnaleziony? Czy można wypisać pacjenta, który po odnalezieniu nie wyraża zgody na powrót do zakładu, a był do niego przyjęty za zgodą, czy należy go zmusić do powrotu?

Kończąc omawianie kwestii zgłaszanych przez kierowników zakładów, dotyczących współpracy z NFZ, należy zauważyć, że w szpitalach psychiatrycznych przebywają nie tylko pacjenci wymagający hospitalizacji, ale także oczekujący na miejsce w zakładzie opiekuńczym psychiatrycznym. Pobyt w szpitalu jest znacznie droższy od pobytu w zakładzie. Brak możliwości szybkiego przeniesienia pacjentów ze szpitala do zakładu z powodu braku miejsc w tych placówkach powoduje zwiększenie wydatków NFZ na leczenie psychiatryczne szpitalne.

### **Pozostałe problemy prawne i trudności organizacyjne**

W otrzymanych pismach wskazano, że obecnie stosowane przez lekarzy skierowania do zakładów opiekuńczych psychiatrycznych nie zawierają wielu informacji przydatnych w ocenie stanu zdrowia pacjenta i ocenie rzeczywistej możliwości korzystania przez niego z proponowanej w zakładzie opieki i rehabilitacji: informacji o chorobach somatycznych, problemach pielęgnacyjnych. W niektórych zakładach wprowadzono wewnętrzne przepisy, dotyczące skierowań i sposobu przyjmowania pacjentów. Obecny stan prawny pozwala na to, by zakłady opiekuńcze psychiatryczne samodzielnie podejmowały decyzje o przyjęciu danego pacjenta lub o odmowie przyjęcia. Zamieszczanie bardziej szczegółowych informacji o pacjencie, przy braku uregulowań prawnych dotyczących kryteriów przyjęcia, może obrócić się niekiedy przeciwko pacjentowi – osoby z licznymi dolegliwościami, kosztowne w leczeniu

i pielęgnacji, o niskim uposażeniu mogą spotkać się z odmową przyjęcia - by nie pogłębiały kłopotów finansowych zakładu.

Inna grupa problemów wynika z umieszczenia w jednym zakładzie zarówno osób chorych psychicznie, jak i z otępieniem lub upośledzonych umysłowo. Wzajemne współistnienie takich pacjentów bywa problematyczne – nie rozumieją się nawzajem, popadają w konflikty, czasem osoby chore psychicznie zabierają osobom upośledzonym słodycze, kawę, okradają z pieniędzy, aparatów telefonicznych. Każda z tych grup wymaga odmiennego podejścia terapeutycznego i odmiennych wymagań w zakresie leczenia oraz pielęgnacji. Dla osób z otępieniem konieczna jest nie tylko terapia zajęciowa i poznawcza, ale także fizykoterapia i kinezyterapia. Osoby z upośledzeniem umysłowym wymagają większej ilości opieki, niż pozostali pacjenci. W obowiązujących przepisach nie przewidziano refundacji kosztów wynikających z zatrudnienia opiekunów medycznych, sanitariuszy, fizykoterapeutów.

W zakładach opiekuńczych psychiatrycznych prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych reguluje art. 15 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych<sup>14</sup>. W zapisie ustawowym stwierdzono, że zajęcia rehabilitacyjne „nie mogą być podporządkowane celom gospodarczym”. Przepisy wykonawcze są zbieżne z tym zakazem. Kierownicy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych zwrócili się z prośbą o złagodzenie zakazu wykonywania przez pacjentów zajęć podporządkowanych celom gospodarczym. W ich opinii możliwość włączenia pacjentów w prace gospodarcze w zakładzie może być dobrą formą ergoterapii i służyć rehabilitacji. Z całą pewnością niektórzy pacjenci, wykonujący określone czynności gospodarcze, mogą czerpać z tego korzyść w postaci zyskiwania większej sprawności, samodzielności. Pracujący w ramach rehabilitacji dla dobra zakładu mogą mieć większą motywację do rehabilitacji, gdyż łatwiej dostrzegą jej znaczenie - zauważą wymierne skutki swojego wysiłku dla całej społeczności. Niestety, rozwiązanie to posiada także niebezpieczeństwa: łatwo o przekroczenie granicy między rehabilitacją pacjenta a wnikaniem go w mechanizmy gospodarcze funkcjonowania zakładu dla celów obniżenia kosztów jego funkcjonowania; łatwo o przekroczenie granicy między darmowymi przysługami a wyzyskiwaniem pacjenta do darmowej pracy.

W § 8 ust. 1 tego rozporządzenia wprowadzono możliwość nagradzania pacjentów aktywnie uczestniczących w zajęciach rehabilitacyjnych nagrodami rzeczowymi. Kierownicy

---

<sup>14</sup> Dz. U. 2014 poz. 522

zakładów prosili o umożliwienie im nagradzania pacjentów nie w formie rzeczowej, ale w formie finansowej. Uważają oni, że ta druga forma lepiej motywuje pacjentów, ponadto może stanowić element treningu finansowego. Pacjenci wolą otrzymywać pieniądze, bo za nie mogą kupić artykuły dla nich ważne (zwykle: artykuły spożywcze, papierosy). Umożliwienie takiej formy nagradzania nie może jednak powodować, że pacjenci w lepszym stanie zdrowia będą mogli zarabiać podczas pobytu w zakładzie.

Kilka osób zwróciło się z prośbą o podjęcie działań, które miałyby na celu zmianę przepisów w kierunku umożliwienia przyjmowania od pacjenta lub jego rodziny leków, którymi aktualnie apteka zakładu nie dysponuje, w formie darowizny. Także w tym wypadku należy zachować ostrożność, albowiem oczekiwane zmiany mogą doprowadzić do usankcjonowania praktyki nieformalnego nakłaniania pacjentów i członków ich rodzin do kupowania drogich leków i przekazywania ich pracownikom zakładu.

Źródłem wielu problemów stało się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>15</sup>. Określone w tym rozporządzeniu kryteria wyboru ofert w przedmiocie postępowania: świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne i świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne wskazują, że najwięcej punktów w postępowaniu konkursowym może uzyskać podmiot, który zadeklaruje zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń<sup>16</sup>. Aby taką opiekę zapewnić, należy zatrudnić lekarzy na kilku etatach. W zakładach opiekuńczych psychiatrycznych, będących oddziałami szpitala psychiatrycznego i znajdującymi się na jego terenie, nie jest trudno taką opiekę zorganizować. W zakładach działających samodzielnie, jest to niemożliwe – zarówno ze względów finansowych, jak i z powodu braku odpowiedniej ilości lekarzy w okolicy. Zarządzający zakładami opiekuńczymi psychiatrycznymi postulują, by postępowaniu konkursowym brano pod uwagę nie tylko zatrudnionych przez zakład lekarzy, ale także psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych. Powinno brać się także pod uwagę warunki udzielania świadczeń stworzone w zakładzie. Zakład posiadający zaplecze umożliwiające pacjentom komfortowy pobyt, różnorodne formy rehabilitacji, nowoczesne zajęcia terapeutyczne i zatrudniający osoby na co dzień służące pomocą chorym, ale nie będących lekarzami (fizjoterapeuci i opiekunowie), w obecnej sytuacji prawnej, może stracić

---

<sup>15</sup> Dz. U. 2016 poz. 1372

<sup>16</sup> Tamże s. 374 i 375.

kontrakt na udzielanie świadczeń, konkurując z zakładem posiadającym jedynie podstawowe wyposażenie, ale zatrudniającym dodatkowych lekarzy. Warto w tym miejscu przytoczyć opinię zawartą w jednym z nadesłanych pism: „Rzeczywistość i doświadczenie w pracy z pacjentem psychiatrycznym na oddziałach opiekuńczo leczniczych pokazuje, że dobrze prowadzona terapia przy udziale zróżnicowanego personelu i możliwości, dotychczas uznanych za mniej istotne, przynoszą równie ważną, jak nie większą korzyść, niż zaopatrzenie pacjenta w leki i obecność lekarzy w oddziale”. Opinie kierowników zakładów na temat dwudziestoczterogodzinnego pobytu lekarza w tych placówkach są podzielone. Jedni wskazują na bezzasadność prowadzenia całodobowych dyżurów, gdyż – ich zdaniem - pacjenci nie wymagają tak intensywnej opieki lekarskiej, inni widzą taką potrzebę i informują o obecności lekarza w ich podmiotach przez całą dobę.

### **Dobre praktyki**

W pismach Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zawarta została prośba o wskazanie przykładów dobrych praktyk, stosowanych w zakładach opiekuńczych psychiatrycznych. Kierownicy zakładów zachwalali prowadzone przez siebie placówki, wskazując, że realizowane są w nich wszystkie obowiązujące przepisy, że zapewniają pacjentom najwyższe standardy leczenia, pielęgnacji i opieki, że ich zakłady są wyposażone w nowoczesny sprzęt i zatrudniają kadrę zgodnie z wymaganiami, a także zapewniają obecność dodatkowych osób do pomocy pacjentom. Zagadnieniu temu Rzecznik Praw Pacjenta poświęci odrębną publikację.

### **Wnioski**

W zgodnej opinii kierowników zakładów opiekuńczych psychiatrycznych konieczne jest stworzenie przepisów adresowanych wyłącznie do tych zakładów, w których uregulowane zostałyby następujące kwestie:

- zasady kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów, zawierające precyzyjne określenie rodzaju zaburzeń psychicznych i innych chorób stanowiących wskazanie do przyjęcia i stanowiących przeciwwskazanie (np. choroba alkoholowa);

- zasady przyjmowania pacjentów, w szczególności ubezwłasnowolnionych, przyjmowanych bez zgody i przyjmowanych wbrew woli;
- rodzaje udzielanych w zakładach świadczeń;
- kryteria pobytu oraz czas pobytu pacjenta;
- zasady odpłatności za pobyt;
- zasady wypisywania pacjenta z zakładu, by umożliwić wypisanie pacjenta w przypadku ustabilizowania się jego stanu zdrowia (czy poprawy zdrowia) do miejsca stałego zamieszkania lub do domu pomocy społecznej.

Przepisy te powinny jasno różnicować kryteria przyjmowania pacjentów do zakładów opiekuńczych psychiatrycznych i kryteria przyjmowania od domów pomocy społecznej. W obecnej sytuacji brakuje takiego zróżnicowania, przez co decyzja o umieszczeniu pacjenta w zakładzie opiekuńczym, a nie w domu pomocy społecznej, wynika z oceny dostępności miejsc w danym regionie, oceny długości czasu jakiego potrzeba na załatwienie formalności dotyczących przyjęcia do tych placówek oraz kalkulacji finansowych (za pobyt w zakładzie opiekuńczym psychiatrycznym osoby zobowiązane do pomocy pacjentowi nie ponoszą kosztów, tymczasem za pobyt w DPS musiałyby płacić, zgodnie z orzeczeniem sądu o świadczeniach alimentacyjnych). Przepisy powinny też określać zasady współpracy zakładów opiekuńczych psychiatrycznych z domami pomocy społecznej, by pacjenci nie przebywali w zakładach przez wiele lat jedynie z tego powodu, że nie udaje się załatwić umieszczenia w domu pomocy społecznej.

## **Zakończenie**

Dane przedstawiane przez Główny Urząd Statystyczny w corocznych opracowaniach, noszących tytuł: „Zdrowie i ochrona zdrowia” (wydawane od 2011 r.) wskazują, że ilość łóżek zakładów opieki psychiatrycznej od 2011 do 2016 roku systematycznie wzrastała. W 2011 roku było ich 5,0 tysięcy, a w roku 2016 – 5,9 tysięcy.

Zgodnie z otrzymanymi informacjami, zakłady opiekuńcze psychiatryczne borykają się z wieloma problemami: prawnymi, finansowymi i organizacyjnymi. Brak właściwych regulacji prawnych powoduje, że panuje duża dowolność w przeprowadzaniu kwalifikacji pacjentów i w stosowaniu zasad ich przyjmowania. Brak jasnych przepisów, dotyczących zasad udzielanej w nich opieki i finansowania tych placówek, prowadzi do dużej różnorodności w zakresie udzielanych w nich świadczeń zdrowotnych. Brak właściwego umiejscowienia tych placówek

w systemie psychiatrycznej ochrony zdrowia i pomocy społecznej powoduje, że stały się one dla wielu pacjentów ostatnią przystanią w życiu, zamiast być miejscem okresowej opieki lub pielęgnacji, po zakończonym leczeniu szpitalnym.

Na zakończenie należy wyrazić wdzięczność Kierownikom zakładów opiekuńczych psychiatrycznych za przekazane informacje. Otrzymane listy w każdym wypadku ukazywały troskę zarządzających tymi zakładami o podopiecznych.

Raport został opracowany przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

dra hab. nauk hum. Andrzeja Nawrockiego

we współpracy z Rzecznikami Praw Pacjenta

Szpitala Psychiatrycznego ze wszystkich województw w Polsce



Rzecznik Praw Pacjenta

W przypadku pytań, wątpliwości lub sytuacji naruszenia praw pacjenta  
skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta

**ul. Młynarska 46  
01-171 Warszawa**

Telefoniczna Informacja Pacjenta

**800 190 590**

czynna pn. – pt. w godz. 8:00-18:00

**[kancelaria@rpp.gov.pl](mailto:kancelaria@rpp.gov.pl)  
[www.rpp.gov.pl](http://www.rpp.gov.pl)**