



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Kompleksowe ambulatoryjne oraz dzienne świadczenie opieki zdrowotnej obejmujące diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej

Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej art. 31c ust. 1 ustawy

DMiOSZ.420.1.2025

Data ukończenia: 28.01.2026 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: osoba fizyczna.

Wykaz wybranych skrótów

ACT	ang. <i>Assertive Community Treatment</i>
ACT	model asertywnej opieki środowiskowej / asertywnego wsparcia środowiskowego (ang. <i>Assertive Community Treatment</i>)
ADHD	zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ang. <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>)
AGREE II	narzędzie oceny wytycznych (ang. <i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>)
AHMC	ang. <i>Australian Health Ministers' Advisory Council</i>
AMHP	pracownicy socjalni ds. zdrowia psychicznego (ang. <i>Approved Mental Health Professional</i>)
AOTMIT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BAG-FORAS	de. <i>Bundesarbeitsgemeinschaft der forensischen Ambulanzen des Strafvollzug</i>
CAPL	ang. <i>Canadian Academy of Psychiatry and the Law</i>
CBT	terapia poznawczo-behawioralna (ang. <i>Cognitive Behavioral Therapy</i>)
CDZ-OL	Centra Zdrowia Psychicznego dla osób z orzeczoną ochroną (cz. <i>Centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením</i>)
CPA	opieka oparta na ocenie i planowaniu leczenia (ang. <i>Care Programming Approach</i>)
CTO	nakaz leczenia środowiskowego (ang. <i>Community Treatment Orders</i>)
CZK	korona czeska (cz. <i>Czech korun</i>)
DALY	lata życia skorygowane niesprawnością (ang. <i>disability-adjusted life year</i>)
DBT	terapia dialektyczno-behawioralna (ang. <i>Dialectical Behavior Therapy</i>)
DSM-5	klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, piąta edycja (ang. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i>)
DUNDRUM	zestaw ustrukturyzowanych narzędzi oceny potrzeby zabezpieczenia, pilności przyjęcia, postępów leczenia oraz poziomu zdrowienia pacjentów
EBM	medycyna oparta na dowodach naukowych (ang. <i>Evidence-Based Medicine</i>)
EPA	ang. <i>European Psychiatric Association</i>
ForFACT	ang. <i>Forensic Flexible Assertive Community Treatment</i>
GBD	ang. <i>Global Burden of Disease</i>
GLM	Model Dobrego Życia (ang. <i>Good Lives Model</i>)
GP	lekarz pierwszego kontaktu (ang. <i>general practitioner</i>)
HCR-20 V3	ang. <i>Historical-Clinical-Risk</i>
HTA	ocena technologii medycznych (ang. <i>Health Technology Assessment</i>)
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Rewizja Dziesiąta (ang. <i>International Classification of Diseases, 10th Revision</i>)
ICD-11	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Rewizja Jedenasta (ang. <i>International Classification of Diseases, 11th Revision</i>)
IMHA	niezależny rzecznik zdrowia psychicznego (ang. <i>independent mental health advocate</i>);
k.k.	Kodeks karny
k.k.w.	Kodeks karny wykonawczy
KOZZD	ustawa o Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjacyjnym
KŚOZ	Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej
LSI-R	ang. <i>Level of Service Inventory – Revised</i>
MDO	sprawcy z zaburzeniami psychicznymi (ang. <i>mentally disordered offenders</i>)
MTDZ	zespół multidyscyplinarny zdrowia psychicznego (cz. <i>Multidisciplinární týmy duševního zdraví</i>)
MZ	Ministerstwo Zdrowia / Minister Zdrowia
NAKOL	Narodowa Koncepcja Leczenia Ochronnego (cz. <i>Národní koncepce ochranného léčení</i>)
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	ang. <i>National Health Service</i>
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
RCPSYCH	ang. <i>Royal College of Psychiatrists</i>
RCT	randomizowane kontrolowane badanie kliniczne (ang. <i>randomized controlled trial</i>)

REMS	miejsce zamieszkania w celu wykonania środka zabezpieczającego (it. <i>Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza</i>)
RNR	leczenie oparte na zasadzie ryzyko –potrzeby – responsywność (ang. <i>Risk-Need-Responsivity</i>)
RSVP	ang. <i>Risk for Sexual Violence Protocol</i>
SAPROF	ang. <i>Structured Assessment of Protective Factors</i>
SARA	ang. <i>Spousal Assault Risk Assessment Guide</i>
SPJ	ustrukturyzowana profesjonalna ocena (ang. <i>Structured Professional Judgement</i>)
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
START	ang. <i>Short-Term Assessment of Risk and Treatability</i>
STATIC-99 / STATIC-99R	aktuarialne narzędzie oceny ryzyka recydywy seksualnej
StGB	niemiecki Kodeks karny (de. <i>Strafgesetzbuch</i>)
SUP	szw. <i>Särskild Utskrivningsprövning</i>
SVR-20	ang. <i>Sexual Violence Risk 20</i>
TBS	nl. <i>Terbeschikkingstelling</i>
USA	Stany Zjednoczone Ameryki (ang. <i>United States of America</i>)
VRAG/VRAG-R	ang. <i>Violence Risk Appraisal Guide / Violence Risk Appraisal Guide-Revised</i>
WHO	ang. <i>World Health Organization</i>
YLD	lata życia utracone z powodu niepełnosprawności (ang. <i>years of life with disability</i>)
YLL	lata życia utracone z powodu przedwczesnego zgonu (ang. <i>years of life lost</i>)
ZOZ	Zakład Opieki Zdrowotnej

Spis treści

Wykaz wybranych skrótów	3
Spis treści.....	5
1. Podstawowe informacje o zleceniu	7
2. Streszczenie wykonawcze	8
3. Przedmiot i historia zlecenia	24
4. Analiza problemu decyzyjnego	25
4.1. Problem zdrowotny	25
4.1.1. Definicja problemu zdrowotnego	25
4.1.2. Etiologia i patogenezę	26
4.1.3. Rozpoznanie	27
4.1.4. Obraz kliniczny, przebieg naturalny, powikłania i rokowanie	29
4.1.5. Epidemiologia i obciążenie chorobą	31
4.1.6. Aktualne postępowanie medyczne	34
4.2. Aktualne uwarunkowania w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego	36
4.2.1. Stan prawny	36
4.2.2. Ocena ryzyka przemocy	54
4.3. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej	60
4.3.1. Metodyka	60
4.3.2. Opis	61
4.3.3. Podsumowanie	76
4.4. Opis świadczenia opieki zdrowotnej – na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej	80
4.5. Wcześniejsze oceny AOTMiT związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem	85
4.1. Alternatywne świadczenia	85
5. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa	86
6. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach	87
6.1. Metodyka	87
6.2. Rozwiązania międzynarodowe	87
6.3. Podsumowanie	118
7. Opinie ekspertów klinicznych	120
7.1. Informacje ogólne	120
7.2. Podsumowanie	120
8. Przegląd analiz ekonomicznych	123
9. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia	124
9.1. Stan finansowania ze środków publicznych w Polsce	124

9.2.	Analiza danych Ministerstwa Sprawiedliwości z wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych na podstawie art. 93a kk	139
9.3.	Analiza dostępnych zasobów	141
9.3.1.	Personel	141
9.3.2.	Świadczeniodawcy	144
9.3.3.	Czas oczekiwania na świadczenia	151
9.4.	Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia	152
9.5.	Oszacowanie wydatków płatnika publicznego na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej	154
9.6.	Analiza wpływu na budżet – oszacowanie własne Agencji	154
9.6.1.	Metodyka analizy	154
9.6.2.	Założenia analizy	155
9.6.3.	Liczba pacjentów – oba scenariusze	160
9.6.4.	Wyniki analizy	160
9.6.5.	Ograniczenia analizy	162
9.6.6.	Podsumowanie	163
10.	Proponowane warunki realizacji świadczenia	165
11.	Podsumowanie i kluczowe wnioski	168
12.	Piśmiennictwo	171
13.	Spis tabel	179
14.	Spis rysunków	182
	Załączniki	183

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (25-08-2025) i znak pisma zlecającego:

Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2025 r. (znak: ZPP.0210.10.2025.DJZ)

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego) / przedmiot zlecenia:

Na podstawie art. 31c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) przygotowanie rekomendacji odnośnie zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej.

Tryb zlecenia:

- ☒ zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
- ☐ usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
- ☐ realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- ☐ podstawowej opieki zdrowotnej
- ☐ ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- ☐ leczenia szpitalnego
- ☒ opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- ☐ rehabilitacji leczniczej
- ☐ świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- ☐ leczenia stomatologicznego
- ☐ lecznictwa uzdrowiskowego
- ☐ ratownictwa medycznego
- ☐ opieki paliatywnej i hospicyjnej
- ☐ świadczeń wysokospecjalistycznych
- ☐ programów zdrowotnych

Wnioskodawca (pierwotny):

Ministerstwo Zdrowia

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia: nie dotyczy

2. Streszczenie wykonawcze

Cel i zakres opracowania analitycznego

Celem opracowania analitycznego była ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej.

Świadczenie przeznaczone jest dla pełnoletnich pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (F00–F99), wobec których został orzeczony środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 oraz na podstawie art. 93 c pkt 1-5 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (dalej: k.k.) (Dz. U. z 2025 r. poz. 383).

Analiza problemu decyzyjnego

Problem zdrowotny

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

Definicja problemu zdrowotnego

Zaburzenie psychiczne to zespół objawów prowadzący do klinicznie istotnych zakłóceń w zakresie poznania, regulacji emocji lub zachowania, wynikających z dysfunkcji procesów psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych. Zwykle wiąże się z istotnym cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych kluczowych obszarach.

Zaburzenie zachowania charakteryzuje się utrwalonym, powtarzalnym wzorcem naruszania praw innych osób lub podstawowych norm społecznych, przejawiającym się m.in. agresją, niszczeniem mienia, oszustwami, kradzieżami czy poważnym łamaniem zasad. Wzorzec ten prowadzi do znacznego upośledzenia funkcjonowania jednostki w różnych obszarach życia i musi utrzymywać się przez dłuższy okres (np. co najmniej 12 miesięcy).

Zarówno zaburzenia psychiczne jak i zaburzenia zachowania mogą wpływać na zachowanie, ocenę sytuacji, impulsywność, kontrolę i zdolność przewidywania konsekwencji oraz zmieniają sposób postrzegania rzeczywistości. Ryzyko popełnienia czynu zabronionego u osób z ww. zaburzeniami może wzrastać. Zrozumienie uwarunkowań tych chorób oraz wdrożenie środków, które jednocześnie chronią społeczeństwo i zabezpieczają zdrowie oraz funkcjonowanie osoby z zaburzeniami jest kluczową rolą zarówno opieki zdrowotnej jaki wymiaru sprawiedliwości oraz pomocy społecznej.

Etiologia i patogeneza

Etiologia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania jest złożona i wieloczynnikowa. Obejmuje czynniki biologiczne, psychologiczne oraz społeczne i środowiskowe. Grupa ta stanowi szerokie spektrum jednostek klinicznych, różniących się obrazem klinicznym i mechanizmami powstawania, a patogeneza poszczególnych zaburzeń jest specyficzna dla danej grupy ICD-10.

Rozpoznanie

Rozpoznanie zaburzeń psychicznych opiera się na kompleksowym badaniu stanu psychicznego, obejmującym obserwację, wywiad z pacjentem i otoczeniem oraz badania pomocnicze. Ocenie podlega ryzyko samobójcze i agresywne, obecność objawów psychopatologicznych oraz ewentualny związek objawów ze stanem somatycznym, działaniem leków, zatruciami lub abstynencją. W sytuacjach nagłych konieczne może być podjęcie interwencji terapeutycznej zapewniającej bezpieczeństwo pacjenta i otoczenia.

Kryteria diagnostyczne w ICD-10 (F00–F99) są specyficzne dla każdej grupy zaburzeń i uwzględniają charakter objawów, czas ich trwania, nasilenie oraz wpływ na funkcjonowanie. W Polsce obowiązuje

klasyfikacja ICD-10 (docelowo ICD-11), a DSM-5 stanowi narzędzie pomocnicze. Diagnoza powinna mieć użyteczność kliniczną, lecz nie jest równoznaczna z koniecznością leczenia, które zależy od nasilenia objawów, dystresu, niepełnosprawności i bilansu korzyści.

W psychiatrii sądowej DSM-5 bywa wykorzystywany, jednak diagnoza kliniczna nie przesądza o spełnieniu kryteriów prawnych; konieczne są dodatkowe informacje o funkcjonowaniu i stopniu ograniczeń, które mogą znacząco różnić się między osobami z tym samym rozpoznaniem.

Epidemiologia i obciążenie chorobą

Zaburzenia psychiczne stanowią istotny problem zdrowia publicznego: wg WHO w 2021 r. dotyczyły prawie 1 na 7 osób na świecie, najczęściej w postaci zaburzeń lękowych i depresyjnych. Mimo dostępności skutecznych form leczenia większość pacjentów pozostaje bez odpowiedniej opieki, a dodatkowym obciążeniem są stygmatyzacja i naruszenia praw człowieka.

Dane GBD z lat 2020–2023 wskazują, że współczynnik zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zachowania pozostawał we wszystkich regionach bardzo niski, bez istotnych różnic między światem, Europą Środkową i Polską. Jednocześnie chorobowość systematycznie wzrastała, osiągając w 2023 roku najwyższe wartości globalnie, nieco niższe w Europie Środkowej i Polsce. Zapadalność malała we wszystkich regionach, natomiast DALY rosły, z przewagą wartości globalnych nad europejskimi i polskimi.

W przypadku zaburzeń spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych występowały wyraźne różnice regionalne: Polska miała najwyższy współczynnik zgonów, chorobowość, zapadalność oraz DALY w porównaniu ze średnimi dla Europy Środkowej i świata.

Z badania EZOP II wynika, że 26,5% Polaków doświadczyło w ciągu życia co najmniej jednego zaburzenia psychicznego (7,9% w ostatnich 12 miesiącach, 3,5% w ostatnim miesiącu). Najczęstsze były zaburzenia lękowe, następnie zaburzenia eksternalizacyjne (w tym uzależnienia) oraz zaburzenia afektywne. Wyniki te podkreślają duże obciążenie populacji potrzebami w zakresie opieki psychiatrycznej i psychologicznej.

Aktualne postępowanie medyczne

Postępowanie terapeutyczne w zaburzeniach psychicznych z grupy ICD-10 F00–F99 musi być dostosowane do rodzaju zaburzenia, nasilenia objawów i indywidualnych potrzeb pacjenta, zgodnie z aktualnymi standardami leczenia. Podstawą terapii pozostaje **farmakoterapia** (leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, stabilizatory nastroju), niezbędna zarówno w epizodach ostrych, jak i w profilaktyce nawrotów.

Leczenie uzupełniają **psychoterapia** (m.in. poznawczo-behawioralna, psychodynamiczna, interpersonalna) oraz **psychoedukacja** pacjenta i jego rodziny, które poprawiają funkcjonowanie, zmniejszają ryzyko nawrotów i zwiększają adherencję do leczenia. Stosuje się także **terapię grupową**, trening umiejętności społecznych, zajęcia aktywizujące i wsparcie psychospołeczne. Rodzina odgrywa istotną rolę w stabilizacji stanu psychicznego i utrzymaniu regularnego leczenia. W wybranych przypadkach wykorzystuje się **fototerapię** lub **elektrowstrząsy** zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

W psychiatrii sądowej leczenie ambulatoryjne ma na celu stabilizację stanu psychicznego osób objętych środkiem zabezpieczającym oraz redukcję ryzyka ponownego naruszenia porządku prawnego. Skuteczność opieki zależy od połączenia standardowych interwencji psychiatrycznych z działaniami wzmacniającymi funkcjonowanie społeczne i sieć wsparcia. Kluczowe dla zmniejszenia ryzyka recydywy są: utrzymanie abstynencji, stabilne warunki życia, regularny kontakt terapeutyczny oraz monitoring funkcjonowania w środowisku.

Aktualne uwarunkowania w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego

Stan prawny

Środki zabezpieczające to grupa „środków prawnokarnej reakcji na czyn zabroniony”. Mają na celu zabezpieczenie społeczeństwa przed zagrożeniem porządku prawnego, powodowanym przez sprawcę czynu zabronionego. **Zastosowanie środków zabezpieczających ma charakter prewencyjny**, ukierunkowany na zapobieganie zagrożeniom jakie sprawca może stwarzać w przyszłości. Katalog środków zabezpieczających określonych w art. 93a § 1 k.k. obejmuje:

- 1) elektroniczną kontrolę miejsca pobytu;
- 2) terapię;
- 3) terapię uzależnień;
- 4) pobyt w zakładzie psychiatrycznym.

Środki zabezpieczające przewidziane w k.k. orzekane są przez sąd karny, w procedurze karnej. Orzeczenie środka zabezpieczającego wymaga opinii pisemnej, a następnie ustnej wydanej przez dwóch psychiatrów i psychologa – w niektórych przypadkach także lekarza seksuologa. Przy orzekaniu środków o charakterze wolnościowym (w tym terapia i terapia uzależnień) ustawa nie definiuje stopnia społecznej szkodliwości popełnionego przez sprawcę czynu. Nie jest również określony rodzaj kary, na który został skazany sprawca.

Co do zasady **środki zabezpieczające orzeczone wobec sprawców odbywających karę pozbawienia wolności** (bez warunkowego zawieszenia jej wykonania lub karę dożywotniego pozbawienia wolności) **mają charakter postpenalny** i stosowane są po odbyciu kary lub warunkowym zwolnieniu z zakładu karnego. W przypadku, gdy środek zabezpieczający orzeczony jest obok kary lub środka karnego o charakterze nieizolacyjnym (np. kara grzywny lub ograniczenia wolności), wykonywany jest w trakcie wykonywania tej kary lub środka karnego. **Sąd wobec sprawcy może orzec jeden lub więcej środków zabezpieczających.**

Czas obowiązywania środka zabezpieczającego nie jest określany z góry a konieczność stosowania środka zabezpieczającego podlega okresowej weryfikacji. W przedmiocie dalszego stosowania środka zapobiegawczego w postaci terapii lub terapii uzależnień sąd orzeka nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

Miejsce wykonywania terapii i terapii uzależnień (placówka/placówka leczenia odwykowego) wskazywane jest przez sąd. Leczenie pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego w postaci terapii i terapii uzależnień odbywa się w warunkach psychiatrii ogólnej (miejscem wykonywania terapii są podmioty udzielające świadczenia ambulatoryjne z zakresu psychiatrii dla dorosłych finansowane ze środków płatnika publicznego NFZ).

Leczenie w ramach środków zabezpieczających obejmujących terapię i terapię uzależnień nie jest leczeniem przymusowym w rozumieniu fizycznego przymusu bezpośredniego. Leczenie ma charakter obowiązkowy i jest egzekwowane środkami prawnymi.

Ocena ryzyka przemocy

Ocena ryzyka przemocy to proces szacowania i ograniczania prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanego zdarzenia. W prognozowaniu i zarządzaniu ryzykiem przemocy wyróżnia się trzy podejścia: uznaniowe – oparte na intuicji i doświadczeniu, aktuarialne – bazujące na algorytmach i ustrukturyzowaną profesjonalną ocenę (ang. *Structured Professional Judgement*, SPJ) – stanowiąca ustrukturyzowany osąd kliniczny, uważane za najbardziej praktyczne. Dostępne są narzędzia, które poddają ocenie czynniki ryzyka wystąpienia przemocy, jak również narzędzia uwzględniające zarówno czynniki ryzyka, jak i czynniki ochronne. Połączenie to pozwala to na indywidualne podejście, lepsze monitorowanie efektów terapii i tworzenie spersonalizowanych planów. Analizie podlegają czynniki statyczne (niezmienne) i dynamiczne (zmienne).

U osób dorosłych, w zakresie oceny ryzyka przemocy ogólnej do najczęściej stosowanych narzędzi należą:

- HCR-20 V3 – jedno z najbardziej uznanych narzędzi SPJ do oceny ryzyka przemocy, możliwość stosowania u kobiet i mężczyzn, dostępna polska adaptacja narzędzia;
- START – narzędzie SPJ, do oceny krótkoterminowego ryzyka wystąpienia negatywnych zachowań oraz możliwości leczenia, możliwość stosowania u kobiet i mężczyzn;
- VRAG i VRAG-R – narzędzie aktuarialne, szacowanie prawdopodobieństwa popełnienia przestępstwa w tym seksualnego, możliwość stosowania u mężczyzn;
- SARA – narzędzie SPJ, szacujące ryzyko wystąpienia przemocy małżeńskiej / partnerskiej.

Wobec osób, które popełniły przestępstwa seksualne, stosuje się narzędzia:

- SVR-20 – najczęściej stosowane narzędzie SPJ do oceny ryzyka przemocy seksualnej u dorosłych sprawców, gł. mężczyzn;
- STATIC-99 i STATIC-99R – narzędzie aktuarialne, stosowane u mężczyzn, dostępna polska adaptacja narzędzia;
- VRAG i VRAG-R – narzędzie aktuarialne, do oceny prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa, w tym seksualnego u mężczyzn;
- RSVP – powszechnie stosowane narzędzie SPJ.

Ważnym narzędziem jest narzędzie do oceny czynników ochronnych, takie jak SAPROF stanowiące uzupełnienie narzędzi SPJ, oceniające występowanie czynników/zasobów mających działanie chroniące przed dopuszczaniem się aktów przemocy. Ponadto, istnieją narzędzia integrujące ocenę zarówno czynników ryzyka, jak i ochronnych, m.in. HCR-20V3 oraz START.

Wytyczne praktyki klinicznej

W ramach analizy zidentyfikowano 6 wytycznych praktyki klinicznej oraz standardów postępowania z lat 2006–2025, które znajdują zastosowanie w przypadku organizacji diagnostyki i leczenia sprawców przestępstw, prowadzonych w warunkach wolnościowych. Dokumenty te obejmują zarówno standardy krajowe, jak i rekomendacje towarzystw naukowych o zasięgu krajowym lub europejskim: NHS Scotland 2014 (Szkocja); RCPSYCH 2021, RCPSYCH 2025 (Wielka Brytania); EPA 2018 (Europa); CAPL 2021 (Kanada); AHMC 2006 (Australia).

Analizowane wytyczne dotyczą przede wszystkim osób z zaburzeniami psychicznymi lub chorobami psychicznymi, które weszły w konflikt z prawem. Obejmują one sprawców lub domniemych sprawców przestępstw wymagających oceny psychiatrycznej bądź leczenia w warunkach bezpiecznych, a także więźniów z chorobami psychicznymi oraz osoby uznawane za wysokiego ryzyka. Dokumenty te odnoszą się nie tylko do pacjentów przebywających w placówkach stacjonarnych, lecz również do tych pozostających w warunkach wolnościowych. Uwzględnienie klinicznych wytycznych odnoszących się do szerszej populacji jest uzasadnione z kilku powodów. Po pierwsze, nie odnaleziono wytycznych zawierających rekomendacje dotyczących diagnostyki, leczenia i organizacji opieki nad osobami z orzeczoną środkiem zabezpieczającym lub instytucją prawną o porównywalnym charakterze. Po drugie, liczne zalecenia kierowane do populacji ogólnej mają zastosowanie także do populacji objętej analizą, w tym w szczególności rekomendacje dotyczące narzędzi oceny ryzyka zachowań przemocowych. Po trzecie, organizacja opieki nad pacjentami objętymi środkiem zabezpieczającym w postaci terapii lub terapii uzależnień w trybie ambulatoryjnym wymaga uwzględnienia zasad i mechanizmów regulujących leczenie pacjentów detencjonowanych.

Ocena i kwalifikacja pacjentów

W wytycznych podkreśla się konieczność kompleksowej oceny obejmującej czynniki kliniczne i kryminogenne. Zgodnie z RCPSYCH 2025 ocena powinna być prowadzona przez zespół wielodyscyplinarny i obejmować stan zdrowia psychicznego, farmakoterapię, potrzeby

psychospołeczne oraz mocne strony i obszary wymagające rozwoju. Po ocenie należy niezwłocznie wdrożyć interwencje oparte na dowodach naukowych. Uwzględnia się również inne problemy zdrowotne, w tym choroby przewlekłe. Wytyczne NHS Scotland 2014 i EPA 2018 wskazują, że identyfikacja potrzeb psychologicznych powinna być zintegrowana z procesem oceny i zarządzania ryzykiem.

Leczenie

Zgodnie z RCPSYCH 2021 leczenie powinno opierać na interwencjach psychologicznych o potwierdzonej skuteczności, ukierunkowanych zarówno na poprawę zdrowia psychicznego, jak i redukcję zachowań przestępczych lub ryzykownych. Leczenie jest planowane indywidualnie, powiązane z planem działań terapeutycznych, a jego efekty są formalnie oceniane co sześć miesięcy lub wcześniej w razie potrzeby. NHS Scotland 2014 określa, że interwencje psychologiczne dla pacjentów będących sprawcami czynów zabronionych mają charakter specjalistyczny i są dostosowane do złożoności ich potrzeb klinicznych, obejmując różne poziomy intensywności – od niskointensywnych po wysokospecjalistyczne. Wśród rekomendowanych podejść wymieniane są m.in. terapia poznawczo-behawioralna w zarządzaniu gniewem (siła zalecenia: A) oraz w przeciwdziałaniu zachowaniom przemocowym (przemoc ogólna) i przestępstwom seksualnym (siła zalecenia: B). Efektywność leczenia zależy od pracy zespołów wielodyscyplinarnych, superwizji, oceny gotowości pacjenta do zmiany oraz podejść opartych na jego mocnych stronach, takich jak „Model Dobrego Życia”. Wytyczne EPA 2018 rekomendują podejście wieloskładnikowe, obejmujące terapię poznawczo-behawioralną, trening umiejętności interpersonalnych, programy psychoedukacyjne oraz terapię dialektyczno-behawioralną, z wykorzystaniem modeli teoretycznych takich jak Ryzyko – Potrzeby – Responsywność. W leczeniu środowiskowym pacjenci powinni mieć dostęp do świadczeń równoważnych z populacją ogólną, przy czym niektóre elementy mogą być obowiązkowe. Ze względu na złożone potrzeby tej grupy stosuje się modele asertywnej opieki środowiskowej oraz w razie konieczności formy leczenia przymusowego w środowisku. Zgodnie z CAPL 2021 leczenie i opieka nad sprawcami niebezpiecznymi po zwolnieniu z zakładu karnego wymaga ścisłego nadzoru w ramach systemu warunkowego zwolnienia, przy jednoczesnym zapewnieniu ciągłości terapii (w tym terapii zaburzeń seksualnych, uzależnień, złości i umiejętności interpersonalnych) oraz stabilnych warunków społecznych, mieszkaniowych i zawodowych. Brak szczegółowych informacji o zakresie świadczeń w ramach opieki ambulatoryjnej i dziennej.

Bezpieczeństwo

Wytyczne podkreślają konieczność zapewnienia bezpieczeństwa w procesie diagnostyki i leczenia sprawców przestępstw, przy czym bezpieczeństwo rozumiane jest jako ochrona pacjentów, personelu oraz otoczenia przed zachowaniami stwarzającymi ryzyko. Zgodnie z AHMC 2006 świadczenia muszą być udzielane w warunkach umożliwiających kontrolę ryzyka, przy czym stosowane środki powinny być proporcjonalne do poziomu zagrożenia. Standardy RCPSYCH 2021 / RCPSYCH 2025 precyzują wymagania dotyczące środowiska terapeutycznego, w tym konieczność stosowania systemów alarmowych i eliminacji elementów mogących sprzyjać autoagresji lub agresji wobec innych. Choć zalecenia odnoszą się głównie do opieki stacjonarnej, mają znaczenie również w opiece ambulatoryjnej. Dokumenty podkreślają także obowiązek systematycznego dokumentowania oceny ryzyka oraz stosowania procedur wczesnego reagowania w przypadku eskalacji zagrożenia.

Personel i kompetencje

Skuteczność opieki nad sprawcami przestępstw wymaga zaangażowania wielodyscyplinarnego i odpowiednio przeszkolonego zespołu. W wytycznych RCPSYCH 2021/RCPSYCH 2025 określono, że wielodyscyplinarny zespół pozwala zapewnić pełen zakres świadczeń odpowiednich dla danej grupy pacjentów. W skład zespołu wchodzi psychiatry, pielęgniarki (w tym podstawowej opieki zdrowotnej), asystenci medyczni, psycholodzy, terapeuci zajęciowi, farmaceuci, inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, pracownicy socjalni i pedagodzy. W AHMC 2006 wskazano, że świadczenia powinny być udzielane przez kadrę o udokumentowanych kompetencjach w zakresie zdrowia psychicznego dostosowanych do specyfiki psychiatrii sądowej.

Koordinacja opieki i ciągłość leczenia

Wytyczne podkreślają, że skuteczna opieka nad sprawcami przestępstw z zaburzeniami psychicznymi wymaga ciągłości leczenia oraz sprawnej koordynacji między wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces terapeutyczny. Zaleca się zapewnienie płynnego przepływu informacji i utrzymanie nadzoru terapeutycznego po zakończeniu leczenia stacjonarnego lub intensywnej interwencji. Wytyczne AHMC 2006 wskazują na konieczność współpracy z podmiotami świadczącymi interwencje związane z bezdomnością, uzależnieniami oraz agresją, a także stosowania uzgodnionych procedur wymiany informacji. Standardy RCPSYCH 2021 oraz RCPSYCH 2025 zalecają wyznaczenie koordynatora opieki odpowiedzialnego za plan, dokumentację i przegląd celów terapeutycznych oraz organizację regularnych spotkań zespołu. W CAPL 2021 podkreślono konieczność kontynuacji programów terapeutycznych po zwolnieniu z zakładu karnego.

Opis świadczenia opieki zdrowotnej wg Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ)

Nazwa świadczenia opieki zdrowotnej

Wnioskowane świadczenie to „Kompleksowe ambulatoryjne oraz dzienne świadczenie opieki zdrowotnej obejmujące diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej – na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)”.

Populacja

Populacja docelowa obejmuje pełnoletnich pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (F00-F99), wobec których został orzeczonek środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 oraz art. 93 c pkt 1-5 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383).

W KŚOZ oszacowano, że w pierwszym roku funkcjonowania świadczenia liczba pacjentów kwalifikujących się do leczenia mogłaby wynieść **około 5 tysięcy osób**. Szacunki te oparto na analizie statystyk dotyczących liczby orzeczeń wydawanych przez sądy w zakresie stosowania środka zabezpieczającego w postaci terapii ambulatoryjnej, zgodnie z art. 93a § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Opis proponowanego świadczenia

Celem proponowanego świadczenia jest efektywne zapobieżenie ponownemu popełnieniu czynu zabronionego przez sprawcę i ograniczenie ryzyka zagrożenia, jakie sprawca może stwarzać w przyszłości wobec siebie i społeczeństwa poprzez poprawę kondycji psychicznej osób objętych terapią oraz wsparcie ich funkcjonowania w środowisku społecznym.

Oddziaływania terapeutyczne obejmują działania zespołu specjalistów, mające na celu zarówno poprawę stanu zdrowia pacjenta (np. poprzez terapię indywidualną, grupową i inne formy wsparcia), jak i ograniczenie ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego, wynikającego ze stwierdzonych zaburzeń.

Proponowane warunki realizacji świadczenia

W KŚOZ wskazano, że „należy przyjąć warunki realizacji świadczenia zbliżone dla aktualnie dostępnych świadczeń dotyczących leczenia psychiatrycznego, zgodnie z warunkami określonymi w załącznikach nr 1-7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.)”.

Aktualne i opcjonalne świadczenia

Wskazane w KŚOZ, obecnie gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień świadczenia realizowane u dorosłych pacjentów i przeznaczone dla pacjentów, w przypadku których sąd orzekł środek zabezpieczający obejmują:

- Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi w warunkach podstawowego oraz wzmocnionego zabezpieczenia oraz świadczenie odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (załącznik nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.));
- Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych – program leczenia zaburzeń preferencji seksualnych obejmujący poradnictwo i terapię osób, o których mowa w art. 93c pkt 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny realizowany w ramach poradni seksuologicznej i patologii współżycia;
- Świadczenia ambulatoryjne określone zarządzeniem nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (NFZ z 2025 r. poz. 18) obejmujące produkty jednostkowe przeznaczone do rozliczania przedmiotowej populacji.

Wpływ proponowanego rozwiązania na sytuację świadczeniobiorców, świadczeniodawców i płatnika

Zdefiniowane w KŚOZ skutki wprowadzenia wnioskowanego świadczenia obejmują:

- Perspektywa świadczeniobiorców – realizację świadczeń bliżej miejsca zamieszkania zredukowanie orzekania izolacyjnego środka zabezpieczającego tylko do sprawców najpoważniejszych czynów zabronionych, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie, skrócenie pobytu osób chorych psychicznie w warunkach tymczasowego aresztowania.
- Perspektywa świadczeniodawców – poprawa „gwarancji, że pacjent podejmie kontynuację leczenia po wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego lub opuszczeniu zakładu karnego, co przełoży się na mniejsze ryzyko popełnienia czynu zabronionego i w efekcie nieorzeczenie stacjonarnego środka zabezpieczającego”. Dodatkowo również przesunięcie części świadczeń realizowanych w trybie stacjonarnym na świadczenia udzielane w trybie ambulatoryjnym.
- Perspektywa płatnika – niższe koszty dla płatnika publicznego z uwagi na formę udzielania świadczeń – niższe całkowite koszty leczenia w warunkach stacjonarnych w dłuższym horyzoncie czasowym.

Skutek prawny

Procedura będzie wymagała nowelizacji aktualnego Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Wcześniejsze postępowanie administracyjne

W ramach realizowanych przez AOTMiT zleceń nie prowadzono dotychczas prac związanych z oceną świadczeń obejmujących opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej orzeczonych na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k. (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383).

Alternatywne świadczenia

Alternatywne świadczenie dla świadczenia wnioskowanego stanowi aktualna praktyka. Opieka psychiatryczna w ramach środka zabezpieczającego realizowana jest obecnie w systemie psychiatrii ogólnej, z wyodrębnieniem wybranych, produktów przeznaczonych do rozliczania przedmiotowych świadczeń przy zachowaniu warunków realizacji produktów tożsamy jak w przypadku świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień gwarantowanych wszystkim pacjentom.

Należy podkreślić, że oceniane świadczenie opieki zdrowotnej odnosi się do nowego rozwiązania organizacyjnego i obejmuje interwencje, które aktualnie stanowią świadczenia gwarantowane.

Analiza skuteczności i bezpieczeństwa

Proponowane KŚOZ procedury/świadczenia jednostkowe składające się na świadczenie kompleksowe są świadczeniami gwarantowanymi z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, finansowanymi w ramach NFZ. W związku z powyższym odstąpiono od przeprowadzenia pełnej analizy klinicznej w przedmiotowym zleceniu. Ocenę zasadności proponowanych warunków realizacji świadczenia oparto na przeglądzie wytycznych klinicznych, rozwiązań międzynarodowych, analizie uwarunkowań prawnych oraz opinii ekspertów klinicznych.

Przegląd rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych

W wyniku przeprowadzonego przeglądu rozwiązań międzynarodowych odnaleziono informacje z zakresu organizacji udzielania i finansowania świadczeń obejmujących ambulatoryjną opiekę psychiatryczną sprawców przestępstw dla 10 krajów: Szwajcarii, Niemiec, Królestwa Niderlandów, Czech, Słowenii, Włoch, Rumunii, Serbii, Wielkiej Brytanii oraz Szwecji.

Systemy karne analizowanych krajów, mimo zróżnicowania, w różnych formach zapewniają sprawcom przestępstw celowaną opiekę. Ambulatoryjne środki zabezpieczające stanowią istotny komponent prewencji kryminalnej i ochrony zdrowia psychicznego. We wszystkich analizowanych krajach ambulatoryjnym środkiem zabezpieczającym objęte są przede wszystkim osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, uzależnione od substancji psychoaktywnych lub wykazujące inne uzależnienia, które dopuściły się czynu zabronionego i są potencjalnie niebezpieczne dla siebie lub społeczeństwa. W Niemczech i Serbii mogą to być również osoby warunkowo zwolnione z odbywania kary, a w Czechach także samoidentyfikujący się pacjenci oraz osoby oczekujące na objęcie leczeniem. Systemy różnią się czasem trwania środka (od 6 miesięcy do 5 lat, z możliwością przedłużenia), zakresem świadczeń, stopniem centralizacji oraz dostępnością infrastruktury. W części państw funkcjonują wyspecjalizowane struktury ambulatoryjne, np. niemieckie *forensische Ambulanzen* działające w sieci BAG-FORAS, holenderski system TBS i środowiskowe wsparcie zespołów ForFACT, a także czeskie Centra Zdrowia Psychicznego dla osób z orzeczoną opieką ochronną (CDZ-OL) oraz włoska sieć środowiskowych ośrodków REMS. W Wielkiej Brytanii, Słowenii, Rumunii i Serbii leczenie odbywa się w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Świadczenia finansowane są głównie ze środków publicznych. W analizowanych systemach opieki zdrowotnej (np. Szwajcarii, Czechach, Rumunii) występują trudności w pokrywaniu kosztów dodatkowych procedur administracyjnych związanych z leczeniem sprawców przestępstw w ramach środków zabezpieczających i współpracy z wymiarem sprawiedliwości. W większości krajów leczenie prowadzą zespoły wielodyscyplinarne, a świadczenia udzielane są w oparciu o ustalony plan leczenia, obejmują terapię psychiatryczną, psychologiczną, działania socjalne i ocenę ryzyka zachowań przemocowych. Brak jest jednolitego standardu oceny ryzyka zachowań agresywnych – stosowane narzędzia różnią się między państwami; np. w Niemczech stosowane są narzędzia LSI-R, HCR-20 V3, SVR-20, START, a w Czechach SAPROF, HCR-20 V3, SVR-20, SAVRY. Wskazuje to na silne uzależnienie praktyki od poziomu rozwoju psychiatrii sądowej w danym kraju.

Opinie ekspertów klinicznych

Otrzymano dwie opinie eksperckie (spośród dziewięciu wysłanych pism) dotyczące kompleksowego i dziennego świadczenia w psychiatrii sądowej.

- **Wszyscy eksperci (2/2) uznali za zasadne finansowanie świadczenia ze środków publicznych**, wskazując m.in. na możliwość realizacji celów środka zabezpieczającego w warunkach ambulatoryjnych, konieczność zapewnienia ciągłości leczenia po opuszczeniu oddziałów psychiatrii sądowej, znaczenie wsparcia w reintegracji społecznej oraz korzyści

systemowe (zmniejszenie presji na oddziały, obniżenie kosztów i zapewnienie specjalistycznej opieki wymagającej współpracy z sądami).

- Największą korzyść z realizacji świadczenia odnieść mogą pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi po zastosowaniu środka zabezpieczającego w warunkach izolacji, którzy osiągnęli remisję, lecz wymagają kontynuacji terapii, a także osoby uzależnione, z podwójną diagnozą, zaburzeniami preferencji seksualnych i osobowości oraz pacjenci kierowani od początku do nieizolacyjnych środków zabezpieczających. Wskazano na szczególne potrzeby osób opuszczających oddziały psychiatrii sądowej po długotrwałej hospitalizacji.
- **Szacunkowa liczba pacjentów** kwalifikujących się do świadczenia ambulatoryjnego może wynosić **ok. 3 000 w zakresie terapii** oraz **ok. 2 000 w zakresie terapii uzależnień rocznie**, na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości. Nie oszacowano populacji dla świadczeń w warunkach dziennych.
- Obecna opieka nad pacjentami objętymi środkiem zabezpieczającym w postaci terapii lub terapii uzależnień jest obciążona licznymi trudnościami organizacyjnymi, systemowymi i finansowymi. Brak wyodrębnionego świadczenia i osobnej kolejki w poradniach prowadzi do opóźnień, niewystarczającego nadzoru nad realizacją środka oraz dezorganizacji pracy. W opinii ekspertów system nie zapewnia odpowiednich procedur współpracy z sądami ani właściwego przygotowania personelu, a obowiązujące przepisy i finansowanie nie odpowiadają potrzebom klinicznym – nie obejmują opiniowania dla sądu ani kosztów zespołów specjalistycznych. Skutkuje to ryzykiem przerwania terapii, nawrotów choroby i zwiększonego zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego.
- Eksperti (2/2) zgodnie stwierdzili, że ze względu na specyfikę pacjentów sądowych, wymagających kompleksowej opieki, monitorowania postępów leczenia, oceny ryzyka oraz współpracy z sądami, koszt realizacji świadczenia powinien być istotnie wyższy niż w psychiatrii ogólnej – wskazali stawkę zwiększoną o 100% względem kosztu przypadającego na jednego pacjenta w Poradni Zdrowia Psychicznego, co w ich opinii uzasadnia szerszy zakres obowiązków, dodatkowe czynności administracyjne oraz potrzebę pozyskania wykwalifikowanego personelu gotowego do pracy z pacjentami objętymi przymusem sądowym.
- Eksperti podkreślają konieczność realizacji świadczenia w wyspecjalizowanych jednostkach wyposażonych w odpowiednie zasoby i kompetencje z zakresu psychiatrii sądowej, z możliwością utworzenia osobnych kolejek i stosowania wystandaryzowanych narzędzi oceny ryzyka.

Przegląd analiz ekonomicznych

Proponowane KŚOZ procedury/świadczenia jednostkowe składające się na świadczenie kompleksowe są świadczeniami gwarantowanymi z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W związku z powyższym odstąpiono od przeprowadzenia przeglądu analiz ekonomicznych w przedmiotowym zleceniu.

Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Stan finansowania ze środków publicznych

Diagnostyka i leczenie psychiatryczne pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej – na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) **realizowane jest zgodnie z rozporządzeniem** Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.). Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określono w zarządzeniu nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (NFZ z 2025 r. poz. 18).

W przypadku świadczeń gwarantowanych w zakresie: **świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych** oraz **świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia**, udzielanych świadczeniobiorcom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (terapia lub terapia uzależnień) zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 164/2022/DSOZ zostały wyszczególnione odrębne produkty rozliczeniowe. Wprowadzenie przedmiotowych produktów miało na celu **monitorowanie realizacji świadczeń** w przedmiotowej populacji. Zarówno warunki realizacji świadczeń jak i waga punktowa produktów pozostają niezmienione względem analogicznych świadczeń. Przepisy zarządzenia obowiązują do rozliczania świadczeń udzielanych od **1 listopada 2022**.

Pacjenci, wobec których został orzeczony środek zabezpieczający w związku z art. 93 c pkt 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (sprawcy przestępstw popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych) leczeni są w ramach **programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych**.

Realizacja świadczeń udzielanych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego

Analiza danych sprawozdawczych NFZ w zakresie aktualnego stanu realizacji świadczeń udzielanych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego w trybie ambulatoryjnym objęła świadczenia:

- świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) – za lata 2022–2024 (**produkty przeznaczone do rozliczania świadczeń udzielanych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.**),
- świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) – za lata 2022–2024 (**produkty przeznaczone do rozliczania świadczeń udzielanych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.**),
- program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) – za lata 2020–2024 r.

Zgodnie z danymi sprawozdawczymi NFZ, w analizowanym okresie najwięcej pacjentów otrzymało świadczenia z zakresu świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, tj. **1 523** pacjentów, na łączną wartość rozliczonych świadczeń w wysokości **891 401,10 zł**. Natomiast największe obciążenie finansowe, tj. **2 534 532,44 zł**, stanowiły świadczenia udzielane w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych, które w analizowanym okresie otrzymało **235** pacjentów. Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia, w latach 2022–2024, zostały rozliczone u łącznie **54** pacjentów na wartość **40 921,44 zł**.

Analiza średniej krotności sprawozdawanych świadczeń wskazuje, że przy obserwowanym w latach 2023–2024 spadku liczby rozliczonych świadczeniobiorców wzrasta krotność następujących świadczeń przypadających na jedną osobę w danym roku kalendarzowym: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych – porada lekarska terapeutyczna, porada lekarska kontrolna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej oraz świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia – sesja psychoterapii indywidualnej. Średnia realizacja świadczeń w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych wskazuje na niską realizację produktów: diagnostyka i kontrola laboratoryjna oraz wydawanie dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych.

Dokonano również analizy w zakresie liczby pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym (pacjenci z orzeczeniem środka zabezpieczającego obejmującego pobyt w zakładzie psychiatrycznym na podstawie art. 93a § 1 pkt 4 k.k.) oraz długości pobytu wraz z określeniem poziomu zabezpieczenia, celem oceny skali pobytów stacjonarnych i ich wpływu na dalsze planowanie opieki, w tym wdrożenie środka wolnościowego. W latach 2020–2024 w warunkach stacjonarnych świadczenia w ramach psychiatrii sądowej oraz odwykowe w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia otrzymywało **6 735** pacjentów. Średnia długość hospitalizacji w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia wynosiła **774 dni**, w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia – **586 dni**, a dla świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia – **418 dni**.

Charakterystyka populacji leczonej

Analiza danych sprawozdawczych NFZ z lat 2022–2024 wskazuje na wyraźną dominację zaburzeń psychotycznych w populacji pacjentów objętych środkiem zabezpieczającym. W obu trybach realizacji świadczeń, tj. zarówno ambulatoryjnie jak i stacjonarnie, dominującym rozpoznaniem wśród pacjentów była **schizofrenia (F20)**. W zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych rozpoznanie to dotyczyło 26% pacjentów, natomiast w warunkach podstawowego zabezpieczenia 62%, a wzmocnionego zabezpieczenia niemal 60%. Pozostałe rozpoznania występowały rzadko.

W przypadku świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dominowali natomiast pacjenci z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, tj. pacjenci z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (F19) – **69,2%** pacjentów oraz pacjenci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (F10) – **19,2%**.

W zakresie świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia oraz programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) najczęściej diagnozowanym zaburzeniem w obu grupach było **zaburzenie preferencji seksualnych (F65)**.

Rozkład płci wskazuje, że pacjentami psychiatrii sądowej są głównie mężczyźni. Wyjątek stanowi świadczenie psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, z którego korzystali w równym stopniu mężczyźni i kobiety (792 vs 731 pacjentów).

Z uwagi na zidentyfikowane ograniczenia wskazujące na niskie wykorzystanie przez świadczeniobiorców produktów przeznaczonych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (dotyczy świadczeń sprawozdawanych w ramach produktów kontraktowych: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) oraz świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)) nie należy interpretować prezentowanych w tym zakresie danych jako pełnej informacji o realizacji środków zabezpieczających w systemie.

Analiza danych z wykonywania orzeczeń w przedmiocie środków zabezpieczających

Analiza danych ze sprawozdań z sądowego wykonywania orzeczeń wskazuje, na wzrastającą w latach 2020–2024 liczbę sprawców, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający orzeczone na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k. oraz liczbę sprawców, wobec których środki podlegają wykonaniu **przy jednocześnie wzrastającej liczbie sprawców, wobec których środki nie są wykonywane**. W 2024 r. (stan w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego) liczba sprawców w stosunku do których podlegają wykonaniu orzeczenia terapii wynosiła 7 904 (orzeczenia sądów rejonowych) oraz 600 (orzeczenia sądów okręgowych), z kolei orzeczenia terapii uzależnień – 4049 (orzeczenia sądów rejonowych) oraz 458 (orzeczenia sądów okręgowych). W tym samym roku liczba sprawców, wobec których środki nie były wykonywane obejmowała odpowiednio w odniesieniu do orzeczeń sądów rejonowych i okręgowych – 1439 oraz 111 osób z orzeczeniem środka zabezpieczającego obejmującego terapię oraz 1094 oraz 176 osób z orzeczeniem środka obejmującego terapię uzależnień. Z uwagi na sposób raportowania danych w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej nie jest możliwa jednoznaczna weryfikacja liczby sprawców, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający obejmujący terapię i terapię uzależnień. Ponadto w systemie opieki zdrowotnej nie funkcjonuje odrębny rejestr pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k. leczonych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Monitorowanie realizacji świadczeń w tej grupie pacjentów pośrednio możliwe jest z wykorzystaniem wprowadzonych w 2022 r. produktów rozliczeniowych (produkty rozliczeniowe wprowadzone w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych oraz świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia). Analiza porównawcza danych z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających ze sposobu raportowania i pozyskiwania danych w obu systemach **wskazuje na znaczącą dysproporcję pomiędzy raportowaną liczbą sprawców, w stosunku do których środki podlegają wykonaniu** (na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości), **a raportowaną**

liczbą pacjentów z przedmiotowym orzeczeniem w warunkach ambulatoryjnych (na podstawie danych sprawozdawczych NFZ dotyczących realizacji świadczeń przeznaczonych dla świadczeniobiorców z orzeczeniem środka zabezpieczającego). W związku z powyższym nie należy interpretować danych sprawozdawczo-rozliczeniowych dla produktów jednostkowych wskazanych w zarządzeniu prezesa NFZ jako pełnej informacji o realizacji środków zabezpieczających w systemie. Analiza uwarunkowań prawnych oraz danych sprawozdawczych wskazuje, na brak szczegółowych uregulowań dotyczących wzajemnych powiązań i aspektów organizacyjnych w zakresie ww. świadczeń realizowanych wobec populacji analizowanej pomiędzy płatnikiem – NFZ a Ministerstwem Sprawiedliwości.

Analiza dostępnych zasobów

Świadczeniodawcy

Analiza danych sprawozdawczych NFZ z lat 2020–2024 dotyczących realizacji świadczeń rozliczanych z zastosowaniem produktów przeznaczonych dla pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego wskazuje na niskie ich wykorzystanie przez świadczeniodawców (niska i zmienna w czasie liczba świadczeniodawców). W 2020 r. świadczenia psychiatryczne dla dorosłych (rozliczane z zastosowaniem przedmiotowych produktów) realizowano wyłącznie w 6 województwach (lubuskim, łódzkim, mazowieckim, podlaskim, śląskim, zachodniopomorskim), natomiast w kolejnych latach w każdym województwie działał przynajmniej jeden świadczeniodawca. Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia w latach 2020–2024 rozliczyło 4 świadczeniodawców zlokalizowanych w województwach dolnośląskim, lubelskim, łódzkim i śląskim, przy czym nieprzerwanie realizowano je wyłącznie w woj. śląskim. Analogiczną sytuację obserwowano w odniesieniu do świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych, tj. w latach 2020–2024 świadczenia były rozliczane przez 5 świadczeniodawców z 5 województw.

Personel

Analiza dostępnych danych wskazuje, że wiarygodne określenie liczebności poszczególnych grup zawodowych wymienionych w KŚOZ jest możliwe jedynie w odniesieniu do wybranych kategorii specjalistów w Polsce. Dotyczy to w szczególności lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii (w tym specjalistów I stopnia) oraz lekarzy specjalistów w dziedzinie seksuologii. Ponadto dostępne są dane dotyczące liczby specjalistów w zakresie psychologii klinicznej oraz szacunkowe, uznawane za wiarygodne, dotyczące liczby psychoterapeutów uzależnień oraz psychoterapeutów. W przypadku psychologów klinicznych oraz psychoseksuologów brak jest kompletnych, oficjalnych rejestrów lub innych źródeł umożliwiających precyzyjne oszacowanie ich liczebności.

Próby określenia łącznej liczby specjalistów, obejmującej zarówno osoby posiadające pełne kwalifikacje, jak i osoby będące w trakcie specjalizacji, osoby z udokumentowanym doświadczeniem klinicznym czy ubiegające się o certyfikaty zawodowe, napotykają istotne ograniczenia. Wynika to przede wszystkim z braku urzędowych rejestrów obejmujących wszystkie wymienione grupy, a także z faktu, że część specjalistów znajduje się w procesie kształcenia lub dysponuje jedynie udokumentowanym doświadczeniem. W konsekwencji wszelkie próby przedstawienia pełnej liczby tych specjalistów obarczone są znaczną niepewnością i mogą stanowić jedynie przybliżone oszacowanie dla wybranych grup zawodowych. Dodatkowo, dostępne dane nie uwzględniają faktu, że specjaliści realizujący opiekę nad pacjentami z orzeczeniem środków zabezpieczających powinni dysponować dodatkowymi kompetencjami, wiedzą i doświadczeniem, w tym w zakresie oceny ryzyka zachowań przemocowych.

Poniżej zaprezentowano zestawienie wszystkich zidentyfikowanych danych liczbowych:

- lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii (w tym lekarze posiadający specjalizację I stopnia): 5 036 (ogółem), 4 805 (wykonujący zawód);
- lekarze specjaliści w dziedzinie seksuologii: 232 (ogółem), 227 (wykonujący zawód);
- specjaliści psychologii klinicznej: 1 258;

- psychoterapeuci uzależnień: ok. 5 200 (w tym 137 z PES);
- psychoterapeuci: ok. 22 000;
- psycholodzy kliniczni: brak danych;
- psychoseksuolodzy: brak danych.

Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Prezes NFZ w swojej opinii wskazał, że „z uwagi na fakt, że nie został wskazany poziom finansowania w sposób kwotowy albo procentowy, nie jest możliwe sporządzenie opinii w zakresie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych”.

Dodatkowo Prezes NFZ przedstawił uwagi do treści KŚOZ:

- Definicja zakresowa zaproponowanego w KŚOZ świadczenia zawiera obecne świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Tym samym zachodzi wątpliwość, czy KŚOZ dotyczy nowego świadczenia gwarantowanego, czy jedynie grupuje istniejące świadczenia gwarantowane wpisane do rozporządzenia pod inną ogólną nazwą.
- Zachodzi wątpliwość czy NFZ jest uprawniony do pokrywania kosztów działań zleconych przez sąd karny.
- Jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych osobie z zaburzeniami psychicznymi nie zależy (lub nie powinna zależeć) od okoliczności wyrażenia zgody na leczenie, tj., gdy pacjent zgłasza się na leczenie z własnej czy też jest leczony przymusowo na podstawie orzeczenia sądu.
- Obniżenie kosztów leczenia pacjentów, wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający, nastąpiło od 8 czerwca 2010 r., wraz z wprowadzeniem do kodeksu karnego możliwości zasądzenia środka zabezpieczającego, polegającego na skierowaniu sprawcy na leczenie ambulatoryjne.
- NFZ wielokrotnie sygnalizował niską dostępność programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych. Pomimo wielokrotnych postępowań ogłaszanych przez OW NFZ, brak jest podmiotów leczniczych zainteresowanych realizacją tych świadczeń.
- Analiza wprowadzonych w 2022 r. odrębnych produktów rozliczeniowych przeznaczonych do rozliczania świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych i świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia pacjentom wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający w postaci terapii wskazuje, że w 2024 r. leczono 831 pacjentów, którym udzielono łącznie 2 494 porad lekarskich (średnio 3 na pacjenta), 767 porad psychologicznych (ok. 1 na pacjenta) oraz 1 096 sesji psychoterapii (średnio 1,32 na pacjenta). Zrealizowano także 10 porad domowych lub środowiskowych, co daje łącznie średnio 5,25 świadczenia w trybie ambulatoryjnym na pacjenta w ciągu roku.

Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie na podstawie KŚOZ

W KŚOZ do przedmiotowego zlecenia nie przedstawiono oszacowania wydatków płatnika publicznego w związku z wprowadzeniem wnioskowanego świadczenia. W Karcie nie wskazano również proponowanej wyceny/sposobu finansowania przedmiotowego świadczenia.

Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowania AOTMiT

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z perspektywy płatnika publicznego w 3-letnim horyzoncie czasowym (lata 2026–2028). W jej ramach oszacowano koszty w scenariuszu „istniejącym” związane z diagnostyką i leczeniem psychiatrycznym pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej – na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) na dotychczasowych zasadach ogólnych

i scenariuszu „nowym” związane z objęciem finansowaniem ze środków publicznych analizowanego świadczenia tj. kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej.

W obu scenariuszach dokonano oszacowania kosztów w trzech wariantach, uwzględniających najbardziej prawdopodobne wartości parametrów wykorzystanych w analizie: podstawowym oraz minimalnym i maksymalnym. Elementem różnicującym poszczególne warianty w obu scenariuszach jest oszacowanie dotyczące prognozowanej liczebności populacji.

Populacja

- Szacowana liczba pacjentów w latach 2026–2028 w obu scenariuszach jest identyczna i w wariancie podstawowym analizy wynosi:
 - łącznie dla terapii i terapii uzależnień – 1. rok: 13 079, 2. rok: 14 480, 3. rok: 15 882;
- W latach 2026–2028 w wariancie minimalnym łączna populacja wynosi od 11 800 do 13 384 pacjentów rocznie, natomiast w wariancie maksymalnym od 15 908 do 23 662 pacjentów rocznie.

Koszty inkrementalne

Wprowadzenie ocenianych zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wiąże się z dodatkowymi kosztami dla płatnika publicznego (NFZ) we wszystkich latach analizy w ramach wariantu podstawowego.

Koszty inkrementalne w latach 2026–2028 wariantu podstawowego wynoszą odpowiednio:

- łącznie dla terapii i terapii uzależnień – **1. rok:** 31 667 273 zł, **2. rok:** 35 058 669 zł, **3. rok:** 38 452 185 zł.

Wyniki inkrementalne analizy wrażliwości, zarówno w wariancie minimalnym, jak i maksymalnym, również wskazują, że wprowadzenie ocenianych zmian w rozporządzeniu MZ wiąże się z dodatkowymi kosztami dla płatnika publicznego w każdym roku analizy. Koszty inkrementalne wynoszą odpowiednio (łącznie dla terapii i terapii uzależnień):

- wariant minimalny: **1. rok:** 28 555 836 zł, **2. rok:** 30 529 522 zł, **3. rok:** 32 383 678 zł.
- wariant maksymalny: **1. rok:** 38 503 425 zł, **2. rok:** 46 955 298 zł, **3. rok:** 57 259 523 zł.

Wzrost ten wynika zarówno ze zwiększającej się prognozowanej liczby pacjentów, jak i z wyższego szacowanego kosztu produktów jednostkowych rozliczanych u pacjentów psychiatrii sądowej z orzeczoną pomocą prawną.

Podsumowanie i kluczowe wnioski

- Leczenie w ramach środków zabezpieczających obejmujących terapię i terapię uzależnień nie jest leczeniem przymusowym, jednak ma charakter obowiązkowy i jest egzekwowane środkami prawnymi.
- Aktualny system opieki nie zapewnia skoordynowanej i ustrukturyzowanej opieki ambulatoryjnej i dziennej dla populacji dorosłych pacjentów z orzeczoną pomocą prawną w postaci terapii i terapii uzależnień, a ich leczenie odbywa się w warunkach psychiatrii ogólnej.
- Obecnie nie istnieje system monitorowania pacjentów z orzeczeniem ambulatoryjnego środka zabezpieczającego integrujący dane sprawozdawczo-rozliczeniowe z danymi pozyskiwanymi w ramach systemu sądowego. Świadczenia udzielane tej grupie pacjentów monitorowane są w sposób pośredni z zastosowaniem wybranych przeznaczonych do tego produktów jednostkowych. Aktualnie nie jest również możliwe ustalenie wskaźnika ponownych czynów zabronionych.

- Analiza świadczeń rozliczanych z wykorzystaniem produktów wprowadzonych w 2022 roku, przeznaczonych dla świadczeniobiorców z orzeczoną pomocą prawną, wskazuje na niskie ich wykorzystanie przez świadczeniodawców. Wprowadzenie tych produktów miało na celu umożliwienie monitorowania realizacji świadczeń, przy czym wymagania oraz wycena świadczeń pozostają tożsame z tymi obowiązującymi dla produktów przeznaczonych do rozliczania świadczeń udzielanych pozostałym świadczeniobiorcom.
- Dostęp do wybranych świadczeń wprowadzonych w systemie, przeznaczonych dla pacjentów z orzeczoną pomocą prawną (odrębne wymagania realizacji oraz wycena świadczenia), tj. program terapii zaburzeń preferencji seksualnych, pozostaje ograniczony.
- Brak jest możliwości jednoznacznej identyfikacji świadczeniodawców realizujących świadczenia, w szczególności w odniesieniu do trybu przyjęcia pacjenta (wspólny kod określający tryb przyjęcia dla pacjentów w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu na podstawie odmiennych podstaw prawnych).
- Dostępność danych na temat pacjentów z orzeczeniem pomocy prawnej w postaci terapii i terapii uzależnień leczonych w publicznym systemie ochrony zdrowia jest ograniczona — dane obejmują jedynie okres od 2022 roku, a dodatkowo brak jest centralnego rejestru, co utrudnia pełną analizę i planowanie systemowe.
- Jak wskazują opinie ekspertów w Polsce brakuje jednolitych, wdrożonych systemowo, standardów oceny ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych, co prowadzi do znacznej heterogeniczności stosowanych praktyk, opartych zarówno na subiektywnej ocenie klinicznej jak i wybranych narzędziach. Dostępne są polskie adaptacje narzędzi: HCRV-20 V3 – wskazane w wytycznych klinicznych, oraz Static-99/Static 99R i SAPROF. Ich prawidłowe stosowanie i wdrożenie wymagają jednak nakładów organizacyjnych i finansowych (specjalistycznego szkolenia, pozyskanie licencji).
- Analiza wytycznych oraz rozwiązań międzynarodowych wskazuje na brak jednolitego, powszechnie rekomendowanego modelu leczenia środowiskowego dla sprawców z zaburzeniami psychicznymi, który byłby uznawany za najbardziej efektywny.
- Wytyczne kliniczne podkreślają, że leczenie psychiatryczne sprawców czynów zabronionych, w tym realizowane w warunkach wolnościowych, wymaga zindywidualizowanego oraz wielodyscyplinarnego podejścia, prowadzonego w oparciu o ustalony plan leczenia, dostosowany do specyficznych potrzeb klinicznych pacjenta. Proces ten obejmuje systematyczne monitorowanie efektów terapii, stały nadzór nad jej przebiegiem oraz sporządzanie cyklicznych opinii na potrzeby sądu.
- Czas trwania pomocy prawnej powinien być ustalany w oparciu o systematycznie prowadzoną ocenę kliniczną pacjenta, uwzględniającą dynamikę jego funkcjonowania, poziom ryzyka i efekty stosowanych oddziaływań terapeutycznych.
- Jak wskazują standardy organizacyjne przyjęte w rozwiązaniach organizacyjnych innych krajów opieka psychiatryczna sprawców przestępstw jest wspólną odpowiedzialnością systemów zdrowia, wymiaru sprawiedliwości (w tym policji i sądów), pomocy społecznej oraz systemów penitencjarnych i powinno być realizowane w partnerstwie.
- Podkreśla się, że osoby z przeszłością przestępczą i zaburzeniami psychicznymi powinny mieć dostęp do tych samych świadczeń zdrowotnych co pacjenci niebędący sprawcami przestępstw. Jednocześnie specyfika pracy z pacjentami psychiatrii sądowej różni się od specyfiki pracy z pacjentami psychiatrii ogólnej z uwagi na konieczność integracji działań terapeutycznych z oceną ryzyka oraz współpracą z wymiarem sprawiedliwości. Aktualny system finansowania opieki w tej grupie pacjentów nie uwzględnia zwiększonych obciążeń wynikających z dodatkowych czynności administracyjnych i wymogów interdyscyplinarnej pracy.
- Wytyczne kliniczne wskazują również na celowość wdrożenia w opiece wystandaryzowanych metod oceny i zarządzania ryzykiem przemocy.

- W związku z ograniczeniami dostępnych w systemie danych na temat pacjentów, u których realizowany jest wolnościowy środek zabezpieczający w postaci terapii lub terapii uzależnień nie jest możliwa obecnie ocena czasu oczekiwania na świadczenia w tej grupie świadczeniobiorców.
- Analiza uwarunkowań prawnych oraz danych sprawozdawczych wskazuje, na brak szczegółowych uregulowań dotyczących wzajemnych powiązań i aspektów organizacyjnych w zakresie ww. świadczeń realizowanych wobec pacjentów z orzeczoną pomocą prawną w postaci terapii i terapii uzależnień pomiędzy płatnikiem – NFZ a Ministerstwem Sprawiedliwości.
- Rozwiązania organizacyjne przyjmowane w innych krajach obejmują działania mające na celu ułatwienie świadczeniobiorcom dostęp do narzędzi oceny ryzyka oraz ujednolicenie praktyk poprzez standaryzację procesu opieki nad pacjentem oraz podniesienia jakości realizowanych świadczeń.
- Wprowadzenie ocenianego świadczenia do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wiąże się z dodatkowymi kosztami dla płatnika publicznego (NFZ) we wszystkich latach analizy.
- W analizie wpływu na budżet płatnika publicznego wykorzystano wstępną wycenę wnioskowanego świadczenia przygotowaną w ramach zlecenia. Proponowana wycena uwzględnia dodatkowe nakłady jakie ponosiłby świadczeniodawca w związku z realizacją procesu diagnostyczno-terapeutycznego i oceną ryzyka przemocy u pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego, zgodnie z przepisami regulującymi udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wycena nie uwzględnia nakładów ponoszonych przez świadczeniodawców w związku z realizacją zadań wynikających z przepisów odrębnych. Wprowadzenie wnioskowanego świadczenia będzie wymagało przeprowadzenia pełnej wyceny, w szczególności po zakończeniu pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego oraz po utworzeniu świadczeń specjalistycznych dla II poziomu referencyjnego.
- Dla skutecznej realizacji zakładanych celów środków zabezpieczających (w szczególności w związku ze zidentyfikowanymi problemami systemowymi, organizacyjnymi i finansowymi) należy rozważyć wdrożenie działań międzyresortowych wspomagających skuteczną realizację ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień sprawców przestępstw.

3. Przedmiot i historia zlecenia

Podstawa prawna i historia zlecenia

Na podstawie art. 31c ust. 1 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), pismem znak ZPP.0210.10.2025.DJZ, z dnia 24 sierpnia 2025 r. Minister Zdrowia zlecił przygotowanie rekomendacji odnośnie zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej. Wraz ze zleceniem przekazano Kartę Świadczenia Opieki Zdrowotnej.

Historia korespondencji oraz spotkań z interesariuszami

Data	Przedmiot korespondencji
Spotkania i korespondencja z interesariuszami	
07.10.2025 r.	Agencja wystosowała 8 pism z prośbą o opinię w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania <i>kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej</i>, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień do następujących ekspertów zewnętrznych: prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grzegorz Teresiński (Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny sądowej), prof. dr hab. Piotr Gałęcki (Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii), dr hab. prof. UJ Barbara Jolanta Bętkowska-Korpala (Konsultant krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień), dr n. med. Łukasz Müldner-Nieckowski (Konsultant krajowy w dziedzinie psychoterapii), [REDACTED] W porozumieniu z Konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii, prof. dr hab. Piotrem Gałęckim, Agencja w dniu 1.12.2025 r. wystosowała pismo z prośbą o opinię do [REDACTED] Do dnia 28 stycznia 2026 r. otrzymano dwie opinie spełniające wymogi formalne. Opinie eksperckie przesłali: [REDACTED]
27.11.2025 r.	W godz. 10:00–11:20 odbyło się spotkanie analityków Agencji z Konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii, prof. dr hab. Piotrem Gałęckim, oraz ekspertami: [REDACTED] Podczas spotkania poruszono szereg aspektów związanych z realizacją psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień u pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego, w tym kwestie dotyczące ścieżki pacjenta w systemie, realizacji świadczeń obecnie funkcjonujących w systemie, ocenę ryzyka zachowań agresywnych oraz współpracy międzysektorowej.
09.12.2025 r.	Agencja wystosowała pismo do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o udostępnienie danych dotyczących wykonywania orzeczeń w przedmiocie środków zabezpieczających.
15.12.2025 r.	Agencja wystosowała pismo do Prezesa NFZ (znak pisma: DMiOSZ.420.1.2025) z prośbą o przedstawienie opinii dotyczącej skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych – zgodnie art. 31c ust. 3 pkt. 2 ustawy wraz z podaniem metodyki tych oszacowań.
22.12.2025 r.	Agencja otrzymała odpowiedź od Ministra Sprawiedliwości (znak sprawy: DAiS-II.0820.310.2025) obejmującą dane statystyczne ze sprawozdań z sądowego wykonywania orzeczeń, w tym z wykonywania orzeczeń w przedmiocie środków zabezpieczających.
31.12.2025 r.	Agencja otrzymała odpowiedź od Prezesa NFZ (znak sprawy: NFZ-DSOZ-SOPiLU.4010.2.2025, 2025.622352.CANP) dotyczącą oceny skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w przypadku zakwalifikowania <i>kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej</i>, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

4. Analiza problemu decyzyjnego

4.1. Problem zdrowotny

Problem zdrowotny obejmuje następujące wskazania wg kodów ICD-10:

ICD-10: F00–F99 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania:

- F00–F09 Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi;
- F10–F19 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych;
- F20–F29 Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe;
- F30–F39 Zaburzenia nastroju [afektywne];
- F40–F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną;
- F50–F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi;
- F60–F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych;
- F70–F79 Upośledzenie umysłowe;
- F80–F89 Zaburzenia rozwoju psychologicznego;
- F90–F98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym;
- F99–F99 Nieokreślone zaburzenia psychiczne.

4.1.1. Definicja problemu zdrowotnego

Zgodnie z KŚOZ dołączoną do zlecenia MZ, populację w niniejszym zleceniu stanowią pełnoletnie osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD-10: F00–F99), wobec których został orzeczony środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. oraz na podstawie art. 93 c pkt 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) (z późn. zm.). Kwestie dotyczące środka zabezpieczającego zostały opisane w odrębnym rozdziale (rozdział 4.2.1).

Zaburzenie psychiczne jest zespołem objawów charakteryzującym się klinicznie istotnym zakłócaniem w zakresie poznania, regulacji emocji lub zachowania jednostki, które odzwierciedlają dysfunkcje procesów psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych leżących u podstaw funkcjonowania psychicznego. Zaburzenia psychiczne są zazwyczaj związane ze znacznym cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach aktywności. Przewidywana lub kulturowo akceptowana reakcja na powszechny czynnik stresogenny lub stratę, taką jak śmierć bliskiej osoby, nie stanowi zaburzenia psychicznego. Zachowania społeczne dewiacyjne (odbiegające od norm społecznych), np. polityczne, religijne lub seksualne oraz konflikty występujące głównie między jednostką a społeczeństwem nie są zaburzeniami psychicznymi, chyba, że odbiegające od normy zachowania lub konflikty wynikają z dysfunkcji jednostki¹. Badania epidemiologiczne prowadzone w Polsce i na świecie wskazują, że najczęściej rozpoznawane zaburzenia psychiczne obejmują zaburzenia nastroju (afektywne), zaburzenia lękowe oraz zaburzenia związane z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych^{2,3}.

¹ American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

² Wciórka, J. (2021). *EZOP II: rozpowszechnienie zaburzeń (kiedykolwiek w życiu, ostatnie 12 miesięcy, ostatni miesiąc)*. Pozyskano z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rozpowszechnienie.pdf, dostęp z 20.11.2025 r.

³ World Health Organization. (2025). *Mental disorders*. Pozyskano z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, dostęp z 20.11.2025 r.

Zaburzenie zachowania charakteryzuje się powtarzającym się i utrwalonym wzorcem zachowań, w którym naruszane są podstawowe prawa innych osób lub istotne normy, zasady lub przepisy prawne odpowiednie dla danego wieku, takie jak agresja wobec ludzi lub zwierząt, niszczenie mienia, oszustwa lub kradzieże oraz poważne naruszenia zasad. Wzorzec zachowań jest na tyle poważny, że powoduje znaczne upośledzenie funkcjonowania osobistego, rodzinnego, społecznego, edukacyjnego, zawodowego lub innych ważnych obszarów życia. Aby postawić diagnozę, wzorzec zachowań musi utrzymywać się przez dłuższy czas (np. 12 miesięcy lub dłużej). Pojedyncze akty antyspołeczne lub przestępcze nie stanowią zatem same w sobie podstawy do postawienia diagnozy⁴.

4.1.2. Etiologia i patogeneza

Grupa zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowań jest zbiorem różnorodnych pod względem obrazu klinicznego zaburzeń, prawdopodobnie znacznie różniących się też etiologią. Jest ona złożona i wieloczynnikowa – obejmuje kwestie czynników biologicznych (genetyka, neuroprzekazniki, stany somatyczne), psychologicznych (stresujące wydarzenia życiowe, problemy z radzeniem sobie, traumy z przeszłości) oraz społecznych i środowiskowych (samotność, przewlekły stres, przemoc, konflikty rodzinne, używanie substancji psychoaktywnych czy brak wsparcia społecznego). Patogeneza specyficznych zaburzeń różni się w zależności od grupy ICD-10^{5,6,7}.

W niniejszym opracowaniu przedstawiono etiologię oraz obraz kliniczny wybranych grup zaburzeń (schizofrenii, zaburzeń afektywnych, lękowych oraz związanych z używaniem substancji psychoaktywnych) ze względu na ich częstość występowania w populacji docelowej świadczenia; analiza nie obejmuje wszystkich jednostek chorobowych według ICD-10: F00–F99.

Schizofrenia

Przyczyny schizofrenii są złożone i nie w pełni poznane. Obecnie obowiązuje tzw. model biopsychospołeczny rozwoju schizofrenii, który uwzględnia m.in. czynniki biologiczne (w tym genetyczne), psychologiczne, społeczne i środowiskowe, które zgodnie z obecną wiedzą medyczną mogą wpływać na wystąpienie tej choroby i jej obraz kliniczny. Ryzyko zachorowania jest większe w rodzinach, w których u krewnych pierwszego stopnia (np. rodzice, rodzeństwo, dzieci), rozpoznano schizofrenię. Natomiast w zależności od tego, który z członków najbliższej rodziny jest chory, ryzyko jest bardzo zróżnicowane⁸.

Zaburzenia afektywne

Etiologia zaburzeń afektywnych jest złożona i wieloczynnikowa, obejmując uwarunkowania genetyczne, neurobiologiczne oraz środowiskowe. Badania rodzinne wskazują na istotny komponent dziedziczny, szczególnie w przypadku zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, co podkreśla rolę predyspozycji genetycznych. Neurobiologiczne podstawy zaburzeń afektywnych obejmują dysfunkcje struktur mózgowych odpowiedzialnych za regulację nastroju, takich jak hipokamp, ciało migdałowate oraz sieć limbiczna, a także zaburzenia w przewodnictwie neurotransmiterów, w tym serotoniny i noradrenaliny. Czynniki środowiskowe, w tym stres w okresie dzieciństwa, traumy i trudności rodzinne, istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia tych zaburzeń. Analizy genetyczne i epidemiologiczne sugerują również częściową współzależność zaburzeń afektywnych i psychotycznych, wskazując na wspólne mechanizmy ryzyka. Wyniki badań etiologicznych są kluczowe dla rozwoju strategii prewencji,

⁴ World Health Organization. (2022). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th rev.). Pozyskano z: <https://icd.who.int>, dostęp z 17.11.2025 r.

⁵ Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nature reviews. Genetics*, 13(8), 537–551. <https://doi.org/10.1038/nrg3240>.

⁶ Insel T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187–193. <https://doi.org/10.1038/nature09552>.

⁷ Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*, 49(12), 1023–1039. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01157-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01157-x).

⁸ Kluza-Borowiecka, J. (2014). Schizofrenia. Pozyskano z: https://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/95860,schizofrenia, dostęp z 20.11.2025 r.

diagnostyki oraz leczenia, a dalsze badania są niezbędne dla wdrażania bardziej spersonalizowanych i skutecznych terapii⁹.

Zaburzenia lękowe

Patofizjologia zaburzeń lękowych pozostaje słabo poznana. Przyjmuje się, że uogólnianie warunkowej reakcji strachu oraz deficyty w wygaszaniu strachu warunkowego mogą przyczyniać się do rozwoju zaburzeń lękowych. Badania neuroobrazowe, w tym z użyciem funkcjonalnego MRI, sugerują nadaktywność regionów limbicznych podczas przetwarzania bodźców emocjonalnych, a także nieprawidłową łączność funkcjonalną między tymi obszarami, a także pomiędzy nimi, a innymi, potencjalnie hamującymi strukturami mózgu, takimi jak przyśrodkowa kora przedczołowa. Ponadto wskazuje się, że zaniedbanie w dzieciństwie (np. wykorzystanie seksualne), stosowanie kar fizycznych, wywiad rodzinny w kierunku zaburzeń psychicznych, niski status socjoekonomiczny oraz nadopiekuńczy lub nadmiernie surowy styl wychowania wiążą się ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń lękowych. Czynniki te są nieswoiste, ponieważ zwiększają ryzyko wielu zaburzeń psychicznych¹⁰.

Zaburzenia związane ze spożywaniem substancji psychoaktywnych

Etiologia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych jest zróżnicowana i wieloczynnikowa, obejmująca interakcję czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych. Badania epidemiologiczne i neurobiologiczne wskazują, że podatność na rozwój tych zaburzeń wynika w dużej mierze z uwarunkowań genetycznych, które odpowiadają za około 40–60% ryzyka. Geny modulują m.in. wrażliwość układu nagrody, metabolizm substancji oraz podatność na impulsywność i poszukiwanie nowości. Kluczową rolę odgrywają zmiany neuroadaptacyjne zachodzące w strukturach mózgowych zaangażowanych w kontrolę impulsów, motywację i przetwarzanie nagrody. Powtarzana ekspozycja na substancje psychoaktywne prowadzi do trwałych zaburzeń plastyczności synaptycznej oraz deregulacji układów neuroprzekaźnikowych, zwłaszcza dopaminergicznego, glutaminergicznego i endogennych układów opioidowych. Istotne są również czynniki środowiskowe, takie jak wczesne doświadczenia traumatyczne, zaniedbanie, stres przewlekły, niestabilne środowisko rodzinne oraz niski status socjoekonomiczny, które zwiększają ryzyko inicjacji używania substancji i pogłębiają podatność na ich nadużywanie. Szczególnie narażone są osoby z zaburzeniami psychicznymi, między innymi depresyjnymi, lękowymi lub z zaburzeniami zachowania, co wynika zarówno z mechanizmów neurobiologicznych (wspólne szlaki neuronalne), jak i z tendencji do używania substancji jako formy samoleczenia. Dodatkowo znaczenie mają czynniki psychospołeczne, takie jak presja rówieśnicza, dostępność substancji oraz normy kulturowe sprzyjające ich używaniu. Aktualne modele etiologiczne podkreślają, że zaburzenia związane z używaniem substancji wynikają z połączenia predyspozycji genetyczno-neurobiologicznych z doświadczeniami środowiskowymi i wzorcami zachowania¹¹.

4.1.3. Rozpoznanie

Badanie stanu psychicznego obejmuje: obserwację pacjenta, wywiad od pacjenta, wywiad od osób z jego otoczenia oraz wyniki badań pomocniczych. Wymagają oceny:

- Zagrożenia samobójstwem oraz zachowaniami agresywnymi względem siebie i otoczenia;
- Objawy i zespoły objawów psychopatologicznych;
- Związek zaburzeń psychicznych ze stanem somatycznym, z działaniami niepożądanymi leków, zatruciami i objawami abstynencyjnymi.

⁹ Strona internetowa CBT Centrum. Zaburzenia afektywne: źródła cierpienia i wyzwania terapeutyczne. Pozyskano z: <https://cbt.pl/baza-wiedzy/terapia-srodowiskowa/zaburzenia-afektywne-zrodla-cierpienia-i-wyzwania-terapeutyczne/>, dostęp z 20.11.2025 r.

¹⁰ Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *Lancet* (London, England), 388(10063), 3048–3059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6).

¹¹ HHS. (2016). U.S. Department of Health and Human Services. *Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General.

Konieczne bywa podjęcie interwencji terapeutycznych oraz zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta i innych osób, ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego włącznie.

Ze względu na nagłe wskazania, celem badania stanu psychicznego, jest ustalenie, dlaczego określony pacjent (w tym jego wcześniejsze zaburzenia psychiczne, jego osobowość i sytuacja życiowa) z określonymi objawami (głównymi dolegliwościami zgłaszanymi przez pacjenta oraz stwierdzanymi przez lekarza) zgłasza się w określonym momencie (w tym czynniki wyzwalające: psychologiczne, społeczne, interpersonalne, somatyczne, zażywanie substancji psychoaktywnych).

Zakres podstawowej oceny stanu psychicznego obejmuje:

- Stan świadomości, w tym zaburzenia ilościowe i jakościowe;
- Ogólny wygląd i zachowanie, w tym ocena napędu psychomotorycznego i funkcjonowania woli;
- Stosunek do własnego stanu psychicznego;
- Stan emocjonalny, w tym ocena:
 - lęku, strachu, niepokoju, napięcia;
 - nastroju;
 - adekwatności emocji do sytuacji.
- Myślenie:
 - zaburzenia formy myślenia, w tym przyspieszenie lub zwolnienie jego tempa, otamowanie¹², rozkojarzenie,
 - zaburzenia treści myślenia (urojenia, natrętne myśli).
- Spostrzeganie (omamy, złudzenia);
- Wyższe funkcje poznawcze takie jak pamięć, zdolność skupienia uwagi, zdolność do adekwatnej oceny rzeczywistości, abstrakcyjnego myślenia, samorefleksji oraz do kontroli własnych impulsów (agresywnych, seksualnych).
- Stwierdzenie lub wykluczenie zaburzeń psychotycznych¹³.

Każda z grup zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ujętych w ramach ICD-10: F00–F99 posiada odrębne kryteria diagnostyczne, dostosowane do specyfiki obrazu klinicznego danej kategorii. Kryteria te obejmują zarówno charakterystyczne objawy, jak i czas ich utrzymywania się, stopień nasilenia oraz wpływ na funkcjonowanie jednostki w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym. W przypadku zaburzeń organicznych uwzględnia się obecność zmian uchwytnych w ośrodkowym układzie nerwowym, w zaburzeniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych – bezpośredni związek między objawami a przyjmowaniem substancji, natomiast w zaburzeniach nastroju czy lękowych – utrwalone wzorce emocjonalne i poznawcze, które przekraczają granice zwykłych reakcji na stres. Ważnym elementem klasyfikacji jest to, że kryteria diagnostyczne nie są uniwersalne, lecz precyzyjnie dostosowane do rodzaju zaburzenia. W Polsce urzędowo obowiązującą klasyfikacją zaburzeń i chorób jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 (a wkrótce ICD-11), natomiast powszechnie używanym systemem pomocniczym w praktyce klinicznej i badawczej są Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5 (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text*, DSM-5). Zgodnie z nimi, diagnoza zaburzenia psychicznego powinna mieć użyteczność kliniczną: powinna pomagać klinicyście w określaniu rokowania, planów leczenia oraz potencjalnych wyników terapii u innych pacjentów. Jednakże diagnoza zaburzenia psychicznego nie jest równoznaczna z koniecznością leczenia. Konieczność podjęcia leczenia stanowi złożoną decyzję kliniczną, która uwzględnia nasilenie objawów, ich znaczenie kliniczne (np. obecność myśli samobójczych), doświadczany przez jednostkę dystres związany z objawami, niepełnosprawność wynikająca z objawów, ryzyko i korzyści związane z dostępnymi metodami leczenia oraz inne czynniki (np. objawy psychiatryczne komplikujące przebieg innych chorób). W związku z tym klinicyści mogą

¹² Nagłe utrudnienie przepływu myśli.

¹³ Kokoszka, A. (2025). Ocena stanu psychicznego. W A. Szczeklik & P. Gajewski (Red.), *Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna*. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.21.1>, dostęp z 17.11.2025 r.

mieć do czynienia z osobami, u których objawy nie spełniają pełnych kryteriów rozpoznania zaburzenia psychicznego, lecz które wykazują wyraźną potrzebę leczenia lub opieki¹⁴.

Diagnoza w kontekście psychiatrii sądowej

W dokumencie kryteriów DSM-5 podkreślono, że pomimo, że kryteria diagnostyczne i treści zawarte w nim zostały zaprojektowane głównie w celu wspierania klinicystów w prowadzeniu oceny klinicznej, opracowaniu przypadku¹⁵ oraz planowaniu leczenia, są one również wykorzystywane jako punkt odniesienia przez sądy i prawników przy ocenie konsekwencji prawnych u pacjentów z zaburzeniem psychicznym. Zastosowanie DSM-5 w kontekście psychiatrii sądowej powinno uwzględniać ryzyko i ograniczenia związane z ich użyciem. Główne zagrożenia wynikają z niedoskonałego dopasowania pomiędzy pytaniami istotnymi z perspektywy prawa a informacjami zawartymi w diagnozie klinicznej. W większości sytuacji, kliniczna diagnoza zaburzenia psychicznego wg DSM-5, takiego jak zaburzenia rozwoju intelektualnego, schizofrenia, poważne zaburzenie neurokognitywne, zaburzenie związane z hazardem czy zaburzenie pedofilskie, nie implikuje, że osoba z takim rozpoznaniem spełnia kryteria prawne dotyczące obecności zaburzenia psychicznego lub choroby psychicznej w rozumieniu prawa ani określonego standardu prawnego (np. kompetencji procesowej, odpowiedzialności karnej czy niezdolności do pracy). Do spełnienia tych kryteriów wymagane są zazwyczaj dodatkowe informacje wykraczające poza to, co zawiera diagnoza kliniczna. Mogą to być ograniczenia funkcjonalne jednostki oraz ich wpływ na konkretne zdolności, które podlegają ocenie. W związku z tym, że stopień zaburzeń, zdolności oraz niepełnosprawności znacząco różni się w obrębie każdej kategorii diagnostycznej, samo przypisanie diagnozy nie oznacza określonego poziomu ryzyka, upośledzenia czy niepełnosprawności¹⁶.

4.1.4. Obraz kliniczny, przebieg naturalny, powikłania i rokowanie

Zaburzenia psychiczne i zachowania obejmują grupę heterogennych jednostek chorobowych, których obraz kliniczny obejmuje deficyty funkcji poznawczych, zaburzenia nastroju dysfunkcje w zakresie regulacji emocji oraz nieprawidłowości w zachowaniu. Cechą wspólną zaburzeń są upośledzenie funkcjonowania społecznego i zawodowego, zmienność nasilenia objawów oraz skłonność do nawrotów. Powikłania zaburzeń psychicznych i zachowania obejmują zarówno konsekwencje somatyczne, jak i psychospołeczne. Do najczęściej obserwowanych należą: pogorszenie stanu zdrowia somatycznego, w tym choroby sercowo-naczyniowe i metaboliczne, upośledzenie funkcjonowania społecznego i zawodowego, zachowania autodestrukcyjne, ryzyko zachowań agresywnych, a także rozwój współistniejących zaburzeń psychicznych. Rokowanie jest uzależnione od rodzaju zaburzenia, czasu trwania choroby, nasilenia objawów oraz dostępu do leczenia. Zaburzenia psychotyczne cechuje niekorzystne rokowanie w zakresie funkcji poznawczych i społecznych, natomiast zaburzenia afektywne wykazują stosunkowo korzystne rokowanie w okresach remisji, pomimo częstych nawrotów. Zaburzenia zachowania i osobowości mają charakter przewlekły, z ograniczoną podatnością na całkowitą remisję, przy jednoczesnej możliwości poprawy funkcjonowania w wyniku zastosowania interwencji psychospołecznych i farmakologicznych^{17,18,19,20}.

¹⁴ American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

¹⁵ Narzędzie terapeutyczne, które pomaga terapeutce zbudować lepsze rozmielenie sytuacji pacjenta.

¹⁶ American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

¹⁷ Kluza-Borowiecka, J. (2014). Schizofrenia. Pozyskano z: https://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/95860,schizofrenia, dostęp z 20.11.2025 r.

¹⁸ Borowiecka-Kluza, J., Siwek, M. (2021). Zaburzenia afektywne. Pozyskano z: https://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/97857,zaburzenia-afektywne, dostęp z 21.11.2025 r.

¹⁹ Nitka-Siemińska, A. (2014). Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8(1), 37–43.

²⁰ Habrat, B. (2010). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia. *Psychiatria*, 7(2), 75–81. Pozyskano z: <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29121/>, dostęp z 21.11.2025 r.

Schizofrenia

Początek schizofrenii może być nagły (choroba rozwija się w ciągu kilku dni), szybki (kilka tygodni) lub też stopniowy, z objawami narastającymi powoli przez kilka miesięcy (a nawet lat). Pierwsze dwa jednoznacznie sugerują i pacjentowi i jego otoczeniu, że dzieje się coś niepokojącego. Rodzina zazwyczaj chce szukać pomocy lekarskiej jak najszybciej, sam chory natomiast nie zawsze jest przekonany o swojej chorobie, niekiedy fałszywie ocenia rzeczywistość i unika wizyty u specjalisty. Początek schizofrenii może przebiegać stopniowo, a rozwój choroby rozciąga się często na kilka lat. Wczesne zmiany w zachowaniu i funkcjonowaniu społecznym są często niezauważone lub tłumaczone czynnikami zewnętrznymi, podczas gdy ich istotą jest „załamanie linii życiowej” pacjenta – znaczne upośledzenie funkcjonowania społecznego, ograniczenie aktywności edukacyjnej i zawodowej oraz zubożenie życia emocjonalnego. Obserwuje się wycofanie społeczne, podejrzliwość, zamknięcie w sobie, utratę zainteresowania światem zewnętrznym oraz nieadekwatne zachowania i wypowiedzi.

Przebieg choroby może mieć charakter liniowy: ciągły i powoli postępujący lub falujący, z epizodami nasilenia objawów przeplatany okresami remisji pełnej lub niepełnej. Remisja pełna oznacza brak objawów, natomiast remisja niepełna – ich minimalne nasilenie.

Obraz kliniczny schizofrenii obejmuje pięć podstawowych grup objawów: pozytywne, negatywne, poznawcze, afektu oraz dezorganizacji psychicznej. Objawy pozytywne (wytwórcze) to przede wszystkim urojenia (ksobne²¹, prześladowcze, odsłonięcia²², oddziaływania²³) oraz omamy i pseudohalucynacje. Urojenia zniekształcają rzeczywistość i są odporne na korektę, omamy obejmują wszystkie zmysły, najczęściej słuchowe i wzrokowe, często wzmacniane urojeniowo, co prowadzi do lęku psychotycznego. Pseudohalucynacje polegają na słyszeniu głosów wewnątrz głowy lub ciała. Objawy negatywne przejawiają się wycofaniem społecznym, zubożeniem uczuciowym, spłyceniem afektu, ograniczeniem komunikacji niewerbalnej, abulią²⁴, anhedonią²⁵, aspontanicznością, apatią, awolicją²⁶, spowolnieniem ruchowym i zaniedbaniem siebie, co może prowadzić do załamania linii życiowej. Zaburzenia poznawcze obejmują trudności w koncentracji, pamięci, planowaniu i organizacji działań. Zaburzenia afektu wiążą się z przeżyciami psychotycznymi i objawami negatywnymi, manifestują się smutkiem, utratą radości życia, nieadekwatnymi reakcjami emocjonalnymi, a także depresją popsychotyczną, wymagającą czujnej obserwacji ze względu na ryzyko samobójcze. Objawy dezorganizacji dotyczą chaotycznego myślenia i zachowania, nieadekwatnego do sytuacji. Wyróżnia się postaci schizofrenii: paranoidalną (dominacja urojeń i omamów), hebefreniczną (dezorganizacja myślenia, afektu i zachowania), katatoniczną (osłupienie lub pobudzenie katatoniczne), prostą (narastanie objawów negatywnych bez objawów wytwórczych), rezydualną (utrzymywanie się przewlekłych objawów resztkowych z przewagą negatywnych) oraz nie zróżnicowaną (zmienny obraz bez dominacji określonego typu objawów)²⁷.

Zaburzenia afektywne

Zaburzenia afektywne obejmują zaburzenia psychiczne, w których dominują zaburzenia nastroju: najczęściej jest to depresja, charakteryzująca się jego obniżeniem, lub mania i hipomania, cechujące się jego podwyższeniem. Towarzyszą im zmiany aktywności, myślenia, zachowania oraz rytmów biologicznych. Do głównych jednostek zalicza się epizod depresji, zaburzenie depresyjne nawracające, w którym występują co najmniej dwa epizody depresyjne przedzielone okresami pełnej lub niepełnej remisji, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, obejmujące epizody depresyjne,

²¹ Urojenia ksobne lokują osobę chorą w centrum wydarzeń. Jest ona przekonana, że otaczające ją osoby myślą i mówią o niej.

²² Istotą urojeń odsłonięcia jest przekonanie pacjenta, że osoby trzecie znają lub słyszą jego myśli.

²³ Urojenia oddziaływania (wpływu) polegają na przekonaniu pacjenta, że jego myśli, uczucia, ciało i zachowanie ulegają wpływowi innych osób, postaci lub rzeczy.

²⁴ Abulia to stan psychiczny, który objawia się znacznym brakiem motywacji, co prowadzi do trudności w podejmowaniu działań oraz decyzji.

²⁵ Anhedonia to mniejsza zdolność do doświadczania przyjemności lub zupełny jej brak.

²⁶ Awolicja to stan charakteryzujący się brakiem zdolności do inicjowania i podtrzymywania celowych działań, co często prowadzi do zaniedbywania rutynowych czynności, takich jak praca, hobby czy kontakty społeczne.

²⁷ Kluza-Borowiecka, J. (2014). Schizofrenia. Pozyskano z: https://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/95860,schizofrenia, dostęp z 20.11.2025 r.

maniakalne/hipomaniakalne lub mieszane, a także przewlekłe zaburzenia nastroju, takie jak dystymia i cyklotymia. W przebiegu depresji obserwuje się obniżony nastrój, utratę radości życia, spadek energii, zaburzenia koncentracji i podejmowania decyzji, zmiany łaknienia i snu oraz myśli samobójcze i urojenia depresyjne. W manii i hipomanii dominują podwyższony lub drażliwy nastrój, wzmożona aktywność psychoruchowa, przyspieszenie myślenia, gonitwa myśli, skłonność do zachowań ryzykownych i podejmowania nieadekwatnych decyzji oraz w nasilonych przypadkach występowanie urojeń wielkościowych. Remisja stanowi okres poprawy nastroju, stabilizacji rytmów biologicznych oraz powrotu funkcjonowania społecznego i zawodowego²⁸.

Zaburzenia lękowe

Zaburzenia lękowe stanowią grupę zaburzeń psychicznych, charakteryzujących się przewlekłym lub napadowym występowaniem lęku o różnym nasileniu i obrazie klinicznym. W klasyfikacji ICD-10 obejmują fobie (agorafobia, fobia społeczna, fobie swoiste) oraz inne postacie, takie jak epizodyczny lęk napadowy i zaburzenia lękowe uogólnione. Obraz kliniczny jest zróżnicowany: w fobiach lęk pojawia się w określonych sytuacjach lub przy kontakcie z bodźcem, w agorafobii dominuje lęk przed otwartą przestrzenią i miejscami, z których trudno się wydostać, w fobii społecznej – lęk przed ekspozycją społeczną i oceną innych, w lęku napadowym – nagłe, intensywne ataki z objawami somatycznymi, a w lęku uogólnionym – przewlekłe poczucie napięcia i zagrożenia, niezależne od sytuacji zewnętrznych. Zaburzeniom tym często towarzyszą objawy somatyczne (kołatanie serca, duszność, pocenie się, drżenie), zaburzenia snu, koncentracji oraz funkcjonowania społecznego i zawodowego. Przebieg zaburzeń lękowych jest przewlekły, z tendencją do nawrotów, a nieleczone mogą prowadzić do znacznej inwalidyzacji pacjenta²⁹. Rokowanie zależy od właściwej diagnostyki różnicowej i wdrożenia odpowiedniego leczenia³⁰.

Zaburzenia związane ze spożywaniem substancji psychoaktywnych

Zaburzenia te rozwijają się od fazy ryzykownego używania, przez szkodliwe używanie, aż do pełnoobjawowego uzależnienia, które ma charakter przewlekły i nawrotowy. Uzależnienie cechuje się silnym pragnieniem przyjmowania substancji, utratą kontroli, zmianą tolerancji, objawami abstynencyjnymi oraz kontynuowaniem używania mimo szkód zdrowotnych. W obrazie klinicznym występują zespoły abstynencyjne z objawami przeciwnymi do działania substancji, powikłania psychiatryczne (schizofreniopodobne, urojeniowe, omamowe, depresyjno-maniakalne), a także zespół amnestyczny i encefalopatie prowadzące do zaburzeń poznawczych. Rokowanie zależy od rodzaju substancji, czasu używania i powikłań; jest poważne w przypadku encefalopatii i zespołów amnestycznych, natomiast wczesna interwencja w fazie ryzykownego używania znacząco poprawia efekty leczenia³¹.

4.1.5. Epidemiologia i obciążenie chorobą

Wg WHO w 2021 r. prawie 1 na 7 osób (1,1 miliarda) na świecie cierpiało na zaburzenia psychiczne, przy czym najczęściej występowały zaburzenia lękowe i depresyjne. Pomimo, że istnieją skuteczne metody zapobiegania i leczenia, większość osób z zaburzeniami psychicznymi nie ma dostępu

²⁸ Borowiecka-Kluza, J., Siwek, M. (2021). Zaburzenia afektywne. Pozyskano z: https://www.mp.pl/psychiatria/inne_zaburzenia/97857,zaburzenia-afektywne, dostęp z 21.11.2025 r.

²⁹ Trwałe lub długotrwałe naruszenie sprawności organizmu, które prowadzi do niezdolności do pracy lub ograniczenia w pełnieniu ról społecznych.

³⁰ Nitka-Siemńska, A. (2014). Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8(1), 37–43.

³¹ Habrat, B. (2010). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia. *Psychiatria*, 7(2), 75–81. Pozyskano z: <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29121/>, dostęp z 21.11.2025 r.

do skutecznej opieki. Wiele osób doświadcza również stygmatyzacji, dyskryminacji i naruszeń praw człowieka³².

Obciążenie zaburzeniami psychicznymi (w tym zaburzeniami zachowania) oraz zaburzeniami spowodowanymi stosowaniem substancji psychoaktywnych w latach 2020–2023, w podziale na Polskę, Europę Środkową i świat, przedstawiono w poniższej tabeli. Dane pozyskano z zasobów *Global Burden of Disease* (GBD). Zgodnie z metodyką GBD do zaburzeń psychicznych zaliczono schizofrenię, zaburzenia depresyjne, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, spektrum autyzmu, ADHD, zaburzenia zachowania, idiopatyczną niepełnosprawność intelektualną oraz inne zaburzenia psychiczne, natomiast do zaburzeń spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych – zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu i zaburzenia wynikające ze stosowania narkotyków.

³² World Health Organization. (2025). *Mental disorders*. Pozyskano z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, dostęp z 20.11.2025 r.

Tabela 1. Dane epidemiologiczne dla świata, Europy Środkowej i Polski dotyczące zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych w latach 2020–2023 r.

Wskaźnik na 100 000 populacji	Wartość wskaźnika											
	Świat				Europa Środkowa				Polska			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Zaburzenia psychiczne (w tym zaburzenia zachowania)												
Zgony	0,0029	0,0029	0,0029	0,0029	0,0055	0,0055	0,0047	0,0046	0,0067	0,0062	0,0048	0,0046
Chorobowość	13 492,9	13 626,9	13 793,5	14 526,0	12 787,6	12 942,2	12 952,9	13 630,5	12 142,5	12 262,6	12 302,5	12 844,4
Zapadalność	7 423,2	7 507,5	6 074,1	4 964,3	5 591,4	5 950,3	4 632,7	3 564,8	5 488,1	5 733,9	4 561,6	3 502,7
DALY	1 985,0	2 001,7	2 020,0	2 123,4	1 842,2	1 864,8	1 860,7	1 951,8	1 760,6	1 777,7	1 779,4	1 851,1
YLD	1 984,9	2 001,6	2 019,8	2 123,2	1 841,9	1 864,5	1 860,4	1 951,6	1 760,2	1 777,4	1 779,1	1 850,8
YLL	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3
Zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych												
Zgony	4,0	4,2	4,3	4,3	9,3	9,4	9,7	9,3	16,5	16,5	17,0	16,2
Chorobowość	2 079,1	2 084,2	2 090,6	2 109,7	3 514,0	3 480,3	3 463,7	3 689,2	4 559,8	4 498,6	4 443,2	4 708,6
Zapadalność	892,2	893,1	894,9	907,8	1 685,4	1 655,6	1 632,3	1 747,7	2 163,6	2 102,5	2 042,3	2 183,7
DALY	424,9	437,4	441,2	441,5	688,2	688,1	695,5	703,4	1 043,4	1 041,2	1 050,2	1 043,9
YLD	258,2	259,7	261,2	262,7	359,1	354,9	353,2	374,3	449,3	442,7	436,9	462,2
YLL	166,7	177,7	180,0	178,9	329,1	333,2	342,3	329,0	594,1	598,6	613,3	581,6

DALY – Utracone lata życia skorygowane o niepełnosprawność (ang. *disability-adjusted life years*); **YLD** – Lata życia utracone z powodu niepełnosprawności (ang. *years of life with disability*); **YLL** – Lata życia utracone z powodu przedwczesnego zgonu (ang. *years of life lost*).

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie *Global Burden of Disease 2023*³³]

³³ GBD. *Global Burden of Disease Collaborative Network. (2024). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) results. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).* <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

Zgodnie z danymi GBD w latach 2020–2023 współczynnik zgonów na 100 tys. populacji z powodu zaburzeń psychicznych (w tym zaburzeń zachowania) utrzymywał się na bardzo niskim poziomie we wszystkich analizowanych regionach, bez istotnych różnic pomiędzy nimi (wartości rzędu 0,003/100 tys. na świecie i 0,005–0,007/100 tys. w Europie Środkowej i w Polsce). Odnotowane różnice między regionami dotyczyły przede wszystkim chorobowości i zapadalności. Chorobowość zwiększała się we wszystkich obszarach, osiągając w 2023 roku 14 526,0/100 tys. na świecie, 13 630,5/100 tys. w Europie Środkowej i 12 844,4/100 tys. w Polsce. Jednocześnie zapadalność systematycznie malała: z 7 423,2 do 4 964,3/100 tys. globalnie, z 5 591,4 do 3 564,8/100 tys. w Europie Środkowej oraz z 5 488,1 do 3 502,7/100 tys. w Polsce. Wzrost wartości DALY obserwowano we wszystkich regionach, przy czym w 2023 wartość globalna (2 123,4/100 tys.) przewyższała zarówno Europę Środkową (1 951,8/100 tys.), jak i Polskę (1 851,1/100 tys.).

W zakresie analizy obciążenia wynikającego z zaburzeń spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych występowały istotne różnice regionalne. W 2023 r. wskaźnik zgonów w Polsce osiągał 16,2/100 tys., podczas gdy w Europie Środkowej wynosił 9,3/100 tys., a globalnie 4,3/100 tys. Chorobowość i zapadalność były również najwyższe w Polsce (odpowiednio 4 708,6 i 2 183,7/100 tys. w 2023 roku) i przewyższały wartości odnotowane w Europie Środkowej (3 689,2 i 1 747,7/100 tys.) oraz na świecie (2 109,7 i 907,8/100 tys.). Obciążenie wyrażone w DALY utrzymywało się w Polsce na poziomie około 1 043/100 tys., znacznie powyżej wartości europejskich i globalnych.

Zgodnie z wynikami badania EZOP II³⁴ **26,5% Polaków w ciągu życia doświadczyło co najmniej jednego zaburzenia psychicznego, z czego 7,9% w ostatnich 12 miesiącach i 3,5% w ostatnim miesiącu.** Najczęstsze stanowiły zaburzenia lękowe (16,1% kiedykolwiek w życiu), zaburzenia eksternalizacyjne³⁵ w tym uzależnienia (11,6%), zaburzenia afektywne (4,7%) oraz myśli samobójcze (1,4%). Zaburzenia lękowe obejmowały m.in. lęk napadowy (7%) i fobie swoiste (4,9%). Depresja epizodyczna występowała u 3,85% badanych. Objawy bliskie psychotycznym dotyczyły 0,95% populacji. Badanie dostarcza kompleksowego obrazu stanu zdrowia psychicznego dorosłych Polaków i wskazuje na znaczną liczbę osób wymagających wsparcia psychiatrycznego lub psychologicznego³⁶.

4.1.6. Aktualne postępowanie medyczne

Zaburzenia psychiczne klasyfikowane w grupie ICD-10 F00–F99 obejmują szeroki wachlarz zaburzeń, różniących się pod względem obrazu klinicznego, mechanizmów patofizjologicznych i przebiegu. Ze względu na zróżnicowany charakter tych jednostek, postępowanie terapeutyczne musi być dostosowane do rodzaju zaburzenia, nasilenia objawów oraz indywidualnych potrzeb pacjenta, przy uwzględnieniu aktualnych standardów o udokumentowanej skuteczności.

Podstawowym elementem leczenia jest **farmakoterapia**, obejmująca stosowanie leków odpowiednich do danej jednostki chorobowej, w tym stabilizatorów nastroju, leków przeciwpsychotycznych, przeciwdepresyjnych czy leków przeciwlękowych. W wielu przypadkach farmakoterapia stanowi niezbędny fundament leczenia, zarówno w epizodach ostrych, jak i w profilaktyce nawrotów. Należy podkreślić, że u części pacjentów zaburzenia psychiczne takie jak schizofrenia czy zaburzenia afektywne, same w sobie mogą prowadzić do ograniczonej świadomości choroby i potrzeby przyjmowania leków (anozognozja³⁷). W konsekwencji pacjenci często nie przestrzegają zaleceń dotyczących farmakoterapii, szczególnie w okresach poprawy samopoczucia, co zwiększa ryzyko

³⁴ EZOP II ogólnopolskie badanie epidemiologiczne przeprowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, które ma na celu oszacowanie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce oraz zbadanie czynników społeczno-demograficznych wpływających na zdrowie psychiczne.

³⁵ Stanowią grupę problemów psychologicznych, które wyrażają się poprzez zachowania manifestujące się „na zewnątrz”. Obejmują problemy z zachowaniem, agresją lub zachowania słabo kontrolowane o charakterze antyspołecznym, opozycyjno-buntowniczym, wykraczające poza przyjęte reguły współżycia społecznego.

³⁶ Wciórka, J. (2021). EZOP II: rozpowszechnienie zaburzeń (kiedykolwiek w życiu, ostatnie 12 miesięcy, ostatni miesiąc). Pozyskano z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rozpowszechnienie.pdf, dostęp z 20.11.2025 r.

³⁷ Anozognozja to niemożność rozpoznania lub dostrzeżenia własnej choroby i związanych z nią ograniczeń.

zaostrzeń i nawrotów objawów. Zjawisko to należy traktować jako integralną część choroby, a nie jako brak współpracy lub niewłaściwą motywację pacjenta³⁸.

Równolegle stosuje się **psychoterapię**, w tym psychoterapię poznawczo-behawioralną, psychodynamiczną lub interpersonalną, w zależności od wskazań klinicznych. Psychoterapia wspomaga leczenie farmakologiczne, poprawia funkcjonowanie społeczne pacjenta oraz redukuje ryzyko nawrotu objawów.

Istotną rolę odgrywa **psychoedukacja**, obejmująca przekazywanie pacjentowi i jego rodzinie informacji na temat choroby, mechanizmów leczenia, czynników ryzyka nawrotów oraz zasad samopomocy i monitorowania objawów. Psychoedukacja zwiększa adherencję do leczenia, poprawia rozumienie choroby i wspiera funkcjonowanie w codziennym życiu.

W uzupełnieniu stosuje się **inne formy zajęć terapeutycznych**, takie jak terapia grupowa, trening umiejętności społecznych, zajęcia aktywizujące, a także wsparcie psychospołeczne w placówkach dziennych lub rehabilitacyjnych.

Znaczącą rolę w leczeniu odgrywa **zaangażowanie rodziny**, która wspiera pacjenta w przyjmowaniu leków, uczestnictwie w terapii i utrzymaniu regularnego trybu życia. Obecność rodziny i wsparcie bliskich sprzyja stabilizacji stanu psychicznego i zmniejsza ryzyko nawrotu objawów.

W wybranych przypadkach, szczególnie w zaburzeniach afektywnych sezonowych, rozważa się **fototerapię** jako element leczenia wspomagającego. Natomiast w ciężkich, opornych na leczenie epizodach depresyjnych lub psychotycznych może być wskazane zastosowanie elektrowstrząsów, prowadzonych zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i przy pełnej ocenie korzyści oraz potencjalnych ryzyk^{39,40,41,42,43}.

Leczenie w kontekście psychiatrii sądowej w trybie ambulatoryjnym

Ambulatoryjne leczenie osób objętych środkiem zabezpieczającym w psychiatrii sądowej stanowi istotny element systemu opieki, którego celem jest stabilizacja stanu psychicznego oraz ograniczanie ryzyka ponownego naruszenia porządku prawnego. Badania prowadzone w populacji pacjentów sądowych podkreślają, że skuteczna opieka ambulatoryjna wymaga nie tylko standardowych interwencji psychiatrycznych, lecz także działań wzmacniających funkcjonowanie społeczne. Zapewnienie sieci wsparcia społecznego, i uwzględnienie tych działań w ramach opieki nad pacjentem, może sprzyjać lepszemu utrzymywaniu stabilizacji klinicznej oraz redukcji czynników ryzyka zachowań przestępczych. W literaturze zwraca się uwagę, że mimo dostępności leczenia ambulatoryjnego, odsetek ponownych zachowań przestępczych w tej grupie pozostaje istotny, co wskazuje na konieczność dalszego doskonalenia modeli opieki. Kluczowe znaczenie mają czynniki środowiskowe po wypisie, w szczególności utrzymanie abstynencji od substancji psychoaktywnych, stabilne warunki mieszkaniowe oraz zapewnienie ciągłości kontaktu z zespołem terapeutycznym. Zaburzenia tych elementów, zwłaszcza nieregularne uczestnictwo w terapii lub brak stabilności socjalnej, wiążą się z większym ryzykiem recydywy. Wyniki badań wskazują również, że działania ukierunkowane na poprawę integracji społecznej oraz monitorowanie funkcjonowania w środowisku mogą stanowić istotny

³⁸ American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

³⁹ American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

⁴⁰ Kluza-Borowiecka, J. (2014). Schizofrenia. Pozyskano z: https://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/95860,schizofrenia, dostęp z 20.11.2025 r.

⁴¹ Borowiecka-Kluza, J., Siwek, M. (2021). Zaburzenia afektywne. Pozyskano z: https://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/97857,zaburzenia-afektywne, dostęp z 21.11.2025 r.

⁴² Nitka-Siemińska, A. (2014). Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8(1), 37–43.

⁴³ Habrat, B. (2010). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia. *Psychiatria*, 7(2), 75–81. Pozyskano z: <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29121/>, dostęp z 21.11.2025 r.

element profilaktyki nawrotów zachowań przestępczych w grupie pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych^{44,45}.

4.2. Aktualne uwarunkowania w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego

4.2.1. Stan prawny

4.2.1.1 Środki zabezpieczające

Środki zabezpieczające to grupa „środków prawnokarnej reakcji na czyn zabroniony”⁴⁶. Zgodnie z treścią uzasadnienia rządowego projektu ustawy z 20.02.2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny (k.k.) oraz niektórych innych ustaw: „**służą one zabezpieczeniu społeczeństwa przed zagrożeniem porządku prawnego, powodowanym przez sprawcę**. Z tego też powodu środki zabezpieczające stosowane są tradycyjnie wobec szczególnych kategorii sprawców – osób, których nie można ukarać (gdyż z powodu niepoczytalności nie ponoszą winy), osób, wobec których zachodzi uzasadniona obawa, że pomimo ukarania w dalszym ciągu będą popełniać przestępstwa, czy w końcu osób, których nie można ukarać dostatecznie surowo ze względu na granicę stopnia winy, a zachodzi potrzeba realizacji względów izolacyjnych lub prewencyjnych”⁴⁷. Zastosowanie środków zabezpieczających ma zatem charakter prewencyjny, ukierunkowany na zapobieganie zagrożeniom jakie sprawca może stwarzać w przyszłości.

Katalog środków zabezpieczających określonych w art. 93a § 1 k.k.⁴⁸ obejmuje:

- 1) elektroniczną kontrolę miejsca pobytu;
- 2) terapię;
- 3) terapię uzależnień;
- 4) pobyt w zakładzie psychiatrycznym.

Ponadto, na mocy art. 93a § 2 k.k., jeżeli ustawa tak stanowi, tytułem środka zabezpieczającego można orzec inne, wybrane nakazy i zakazy określone w art. 39 pkt 2–3 k.k. (środki karne orzekane tytułem środka zabezpieczającego).

Środki zabezpieczające wymienione w art. 93a § 1 k.k. obejmują zarówno środki o charakterze nielecniczym (elektroniczna kontrola miejsca pobytu), jak i leczniczym (pozostałe). Terapia oraz terapia uzależnień są środkami o charakterze wolnościowym, z kolei pobyt w zakładzie psychiatrycznym – izolacyjnym (tzw. detencja psychiatryczna / internacja w zakładzie psychiatrycznym)⁴⁹.

⁴⁴ Swinkels, L. T. A., van der Pol, T. M., Popma, A., Ter Harmsel, J. F., & Dekker, J. J. M. (2020). Improving mental wellbeing of forensic psychiatric outpatients through the addition of an informal social network intervention to treatment as usual: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 20(1), 418. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02819-2>.

⁴⁵ Bali, P., Chatzinikolaou, F., Karachaliou, E., Lickiewicz, J., Lantta, T., Tasios, K., Efstathiou, V., & Douzenis, A. (2025). Recidivism among forensic psychiatric patients undergoing outpatient treatment for mental health disorders - A meta-analysis. *International journal of law and psychiatry*, 104, 102155. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2025.102155>.

⁴⁶ Ławicki, J. (2017). Środki zabezpieczające w kodeksie karnym. Pozyskano z: <https://www.adwokatlawicki.pl/2022/05/25/srodki-zabezpieczajace-w-kodeksie-karnym/>, dostęp z 01.09.2025 r.

⁴⁷ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy z 20.02.2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, VII kadencja, druk sejm. nr 2393, Pozyskano z: <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/druk.xsp?nr=2393>, dostęp z 01.09.2025 r.

⁴⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383).

⁴⁹ Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabezpe_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

Rodzaj orzeczonego przez sąd środka zabezpieczającego jest uzależniony od stopnia ograniczenia poczytalności w trakcie dokonania czynu, diagnozy medycznej sprawcy, stopnia prawdopodobieństwa ponownego popełnienia podobnego czynu zabronionego oraz jest powiązany ze stopniem szkodliwości społecznej dokonanego przez sprawcę czynu⁵⁰.

Zakres podmiotowy

Sąd może orzec środek zabezpieczający (art. 93c k.k.) w następujących przypadkach przewidzianych w kodeksie karnym:

- 1) wobec sprawcy 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, 3 lub 4, 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.

Populację docelową proponowanego świadczenia stanowią pełnoletnie osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (F00–F99), wobec których został orzeczony środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. oraz na podstawie art. 93 c pkt 1-4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383).

Tym same są to osoby, wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający w postaci **terapii lub terapii uzależnień** oraz które:

- Nie zostały skazane za popełnione przestępstwa w związku z popełnieniem czynu zabronionego w stanie niepoczytalności lub w stanie ograniczonej poczytalności – katalog czynów zabronionych nie jest ograniczony;
- Zostały skazane za następujące przestępstwa związane z zaburzeniami preferencji seksualnych:
 - Zabójstwo (art. 148);
 - Spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156);
 - Zgwałcenie i wymuszenie czynności seksualnej (art. 197);
 - Seksualne wykorzystanie bezradności lub ograniczonej poczytalności (art. 198);
 - Nadużycie zależności dla dokonania czynności seksualnej wobec małoletniego (art. 199 § 2);
 - Seksualne wykorzystanie małoletniego – obcowanie płciowe z małoletnim poniżej lat 15 (art. 200 § 1), prezentowanie małoletniemu poniżej lat 15 treści pornograficznych lub udostępnianie mu przedmiotów mających taki charakter albo rozpowszechnia treści pornograficzne w sposób umożliwiający takiemu małoletniemu zapoznanie się z nimi (art. 200 § 3) prezentowanie małoletniemu poniżej lat 15 wykonanie czynności

⁵⁰ Badura-Brzoza, K., Błachut, M., & Dębski, P. (2024). *Psychiatria sądowa dla studentów medycyny, lekarzy specjalizujących się w dziedzinie psychiatrii oraz psychologów. Postępowanie karne* (Wyd. I). Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Pozyskano z: [https://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/980518/BJ_Oz_008933%20\(1\).pdf](https://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/980518/BJ_Oz_008933%20(1).pdf), dostęp z 02.10.2025 r.

seksualnej celem własnego zaspokojenia seksualnego lub zaspokojenia seksualnego innej osoby (art. 200 § 4);

- Zostały skazane na karę pozbawienia wolności **bez warunkowego jej zawieszenia** (czasowego wstrzymania wykonania orzeczonej kary) 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**. Przestępstwa określone w przedmiotowych rozdziałach k.k. obejmują:
 - Rozdział XIX (Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu):
 - Zabójstwo (art. 148);
 - Przyjęcie zlecenia zabójstwa (art. 148a);
 - Zabójstwo noworodka (art. 149);
 - Zabójstwo eutanatyczne (art. 150);
 - Doprowadzenie do samobójstwa (art. 151);
 - Aborcja za zgodą kobiety (art. 152);
 - Wymuszona aborcja (art. 153);
 - Śmierć kobiety jako następstwo aborcji (art. 154);
 - Nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155);
 - Ciężki uszczerbek na zdrowiu (art. 156);
 - Nakłanianie lub zmuszanie innej osoby do spowodowania u niej ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156a);
 - Średni i lekki uszczerbek na zdrowiu (art. 157);
 - Uszczerbek na zdrowiu dziecka poczętego (art. 157a);
 - Bójka i pobicie (art. 158);
 - Użycie w bójce i pobiciu niebezpiecznego narzędzia (art. 159);
 - Narażenie człowieka na niebezpieczeństwo (art. 160);
 - Narażenie człowieka na zarażenie (art. 161);
 - Nieudzielenie pomocy (art. 162);
 - Rozdział XXIII (Przestępstwa przeciwko wolności)
 - Bezprawne pozbawienie wolności (art. 189);
 - Handel ludźmi (art. 189a);
 - Groźba karalna (art. 190);
 - Uporczywe nękanie. Kradzież tożsamości (art. 190a);
 - Zmuszanie do określonego zachowania. Utrudnianie korzystania z lokalu mieszkalnego (art. 191);
 - Naruszenie intymności seksualnej (art. 191a);
 - Zmuszanie do zawarcia małżeństwa; nakłanianie do opuszczenia kraju w celu zmuszenia do zawarcia małżeństwa (art. 191b);
 - Zabieg leczniczy bez wymaganej zgody (art. 192);
 - Zakłócenie miru domowego (art. 193);

- Rozdział XXV (Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności)
 - Zgwałcenie i wymuszenie czynności seksualnej (art. 197);
 - Seksualne wykorzystanie bezradności lub ograniczonej poczytalności (art. 198);
 - Seksualne wykorzystanie stosunku zależności lub krytycznego położenia (art. 199);
 - Seksualne wykorzystanie małoletniego (art. 200);
 - Elektroniczna korupcja seksualna małoletniego (art. 200a);
 - Propagowanie pedofilii (art. 200b);
 - Kazirodztwo (art. 201);
 - Publiczne prezentowanie treści pornograficznych (art. 202);
 - Zmuszenie do uprawiania prostytucji (art. 203);
 - Stręczycielstwo, sutenerstwo i kuplerstwo (art. 204);
- Rozdział XXVI (Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece)
 - Bigamia (art. 206);
 - Znęcanie się (art. 207);
 - Rozpijanie małoletniego (art. 208);
 - Niealimentacja (art. 209);
 - Porzucenie małoletniego lub osoby nieporadnej (art. 210);
 - Uprowadzenie małoletniego lub osoby nieporadnej (art. 211);
 - Nielegalna adopcja (art. 211a).
- Zostały skazane za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka – katalog czynów zabronionych nie został wyszczególniony.

W oparciu o artykuł 93b § 1 k.k. sąd może orzec środek zabezpieczający, **gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego**, a inne środki prawne określone w kodeksie karnym lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Orzeczony środek zabezpieczający i sposób jego wykonywania powinien być **odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego⁵¹, który sprawca może popełnić oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia**, a także uwzględniać **potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień**.

Orzeczenie detencji psychiatrycznej (pobyt w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym) możliwe jest jedynie w określonych ustawowo przypadkach („gdy ustawa tak stanowi” – art. 93b § 5 k.k.). Oprócz spełnienia ogólnych przesłanek stosowania środków zabezpieczających (art. 93b k.k.) w odniesieniu do pobytu w zakładzie psychiatrycznym konieczne jest stwierdzenie realizacji również przesłanek szczegółowych. Środek ten zastrzeżony jest do przypadków, w których:

- wobec sprawcy umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności oraz istnieje **wysokie ryzyko ponownego popełnienia przez niego czynu**

⁵¹ Jedną z podstawowych zasad orzekania środków zabezpieczających jest zasada proporcjonalności. Zgodnie z tą zasadą orzekane środki powinny być adekwatne zarówno do stopnia społecznej szkodliwości czynu jaki może popełnić sprawca jak i prawdopodobieństwa jego popełnienia. Na podstawie: Grzywińska-Aleksandrowicz, K. (2020). Oddziaływania terapeutyczne wobec sprawców przestępstw seksualnych z diagnozą zaburzeń preferencji seksualnych oraz sprawców bez takiej diagnozy, [w:] S. Grzesiak (red.). Psychopedagogiczne konteksty wykonywania kary pozbawienia wolności, 23. Pozyskano z: <https://aws.edu.pl/wp-content/uploads/2021/05/13.-Psychopedagogiczne.pdf#page=23>, dostęp z 02.10.2025 r.

o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym (art. 93g § 1 k.k.);

- sprawcę skazano na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania lub karę dożywotniego pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności oraz istnieje **wysokie ryzyko ponownego popełnienia przez niego czynu o znacznej społecznej szkodliwości** w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym (art. 93g § 2 k.k.);
- sprawcę skazano za przestępstwo popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania lub karę dożywotniego pozbawienia wolności oraz istnieje **wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej** w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych (art. 93g § 2 k.k.).

Przy orzekaniu środków o charakterze wolnościowym (w tym terapia i terapia uzależnień) ustawa nie definiuje zastrzeżeń dotyczących wysokiego stopnia społecznej szkodliwości popełnionego przez sprawcę czynu. Nie jest również określony rodzaj kary, na który został skazany sprawca (wyjątek stanowi art. 93c pkt 4 k.k. dotyczący sprawców z zaburzeniami osobowości – „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”). Środki o charakterze nieizolacyjnym mogą zostać orzeczone (w większości przypadków) u skazanych wobec których orzeczono grzywny, ograniczenia wolności czy pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jego wykonania⁵².

Orzeczenie środka zabezpieczającego

Środki zabezpieczające przewidziane w k.k. orzekane są przez sąd karny, w procedurze karnej. Orzeczenie środka zabezpieczającego wymaga opinii pisemnej, a następnie ustnej wydanej przez dwóch psychiatrów i psychologa – w niektórych przypadkach także lekarza seksuologa⁵³.

Aktualne przepisy prawne przewidują dwie ścieżki orzekania środków zabezpieczających:

- przez sąd karny w wyroku karnym; oraz
- na etapie postępowania wykonawczego wobec sprawcy, który odbywa karę pozbawienia wolności – nie wcześniej niż na 6 mies. przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności (art. 93 d § 4 k.k.).

Orzeczenie środka zabezpieczającego na etapie postępowania wykonawczego dotyczy wyłącznie środków o charakterze wolnościowym.

Z uwagi na art. 93d § 2 k.k. przyjmuje się, że nie jest dopuszczalne jednoczesne (kumulatywne) orzeczenie środka izolacyjnego (umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym) i wolnościowego. Jednocześnie sytuacja taka może mieć miejsce w przypadku orzeczenia środków zabezpieczających (wolnościowego i izolacyjnego) w postępowaniach dotyczących różnych, następujących po sobie czynów zabronionych⁵⁴. Jak wskazuje K. Klaczak, umieszczenie sprawcy w zakładzie psychiatrycznym jako forma środka zabezpieczającego powinna wiązać się z uchyleniem uprzednio stosowanych środków o charakterze wolnościowym. Ich stosowanie bowiem nie jest konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego. Jednocześnie w przypadku środków

⁵² Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). *Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe*. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_rodki_zabezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

⁵³ Badura-Brzoza, K., Błachut, M., & Dębski, P. (2024). *Psychiatria sądowa dla studentów medycyny, lekarzy specjalizujących się w dziedzinie psychiatrii oraz psychologów. Postępowanie karne* (Wyd. I). Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Pozyskano z: [https://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/980518/BJ_Oz_008933%20\(1\).pdf](https://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/980518/BJ_Oz_008933%20(1).pdf), dostęp z 02.10.2025 r.

⁵⁴ Klaczak, K. (2023). Wykonywanie wolnościowego środka zabezpieczającego wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym na podstawie orzeczenia w odrębnej sprawie. *PRAWO i WIĘŹ*, (3 (46)), 413-429. Pozyskano z: <https://www.prawoiwiez.edu.pl/index.php/piw/article/download/488/497>, dostęp z 02.10.2025 r.

zabezpieczających w formie terapii i terapii uzależnień istnieje możliwość ich realizacji w zakładzie psychiatrycznym⁵⁵.

Tym samym wolnościowe środki zabezpieczające (w tym terapia i terapia uzależnień) mogą zostać orzeczone wobec:

- osoby niepoczytalnej lub przestępcy poczytalnego (wymienionego w art. 93c pkt 2–3 k.k.), podczas pobytu takiej osoby w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, w treści orzeczenia uchylającego detencję w tej placówce (art. 93d § 2 k.k.);
- sprawcy poczytalnego odbywającego karę pozbawienia wolności bez możliwości warunkowego zawieszenia, podczas pobytu skazanego w zakładzie karnym (nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności);
- sprawcy (uznanego w czasie popełnienia przestępstwa za niepoczytalnego oraz osoby poczytalnej), jeżeli sąd zgodnie z art. 93b § 3 k.k. uznał, że poprzednio orzeczony środek zabezpieczający o charakterze wolnościowym stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe;
- wobec osoby (zarówno poczytalnej, jak i niepoczytalnej), która przed upływem 3 lat od wydania przez sąd postanowienia o uchyleniu wolnościowego środka zabezpieczającego spełnia kryteria ponownego orzeczenia środka zabezpieczającego (tego samego lub innego o charakterze wolnościowym) zgodnie z art. 93d § 6 k.k.⁵⁶.

Stosowanie orzeczonego środka zabezpieczającego

Środki zabezpieczające, ze względu na ich związek z zasądzoną sprawcy karą, można podzielić na: środki zabezpieczające stosowane zamiast kary (np. w przypadku osób wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności i orzeczono środek zabezpieczający w postaci pobytu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym), środki zabezpieczające stosowane obok kary (np. kary o charakterze wolnościowym) i środki zabezpieczające stosowane po odbyciu kary (postpenalne)⁵⁷.

Co do zasady środki zabezpieczające orzeczone wobec sprawców odbywających karę pozbawienia wolności (bez warunkowego zawieszenia jej wykonania lub karę dożywotniego pozbawienia wolności) mają charakter postpenalny i stosowane są po odbyciu kary lub warunkowym zwolnieniu z zakładu karnego^{58,59}. Zgodnie z art. 93d § 3 k.k. „sąd ustala potrzebę i możliwości wykonania orzeczonego środka zabezpieczającego nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności”. Tym samym sąd zobowiązany jest przed końcem kary do weryfikacji dalszej potrzeby oraz możliwości stosowania uprzednio zasądanego środka zabezpieczającego. Wyjątek stanowi środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym orzeczony wobec **skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności**. W tym przypadku Kodeks karny wykonawczy (k.k.w.) wskazuje, że detencją psychiatryczną można objąć skazanego również przed wykonaniem kary pozbawienia wolności, podczas przerwy w wykonywaniu tej kary lub po jej wykonaniu (art. 202a k.k.w.). O zwolnieniu z zakładu psychiatrycznego rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia.

⁵⁵ Klaczak, K. (2023). Wykonywanie wolnościowego środka zabezpieczającego wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym na podstawie orzeczenia w odrębnej sprawie. *PRAWO i WIĘŹ*, (3 (46)), 413-429. Pozyskano z: <https://www.prawoiwiedz.edu.pl/index.php/piw/article/download/488/497>, dostęp z 02.10.2025 r.

⁵⁶ Góralski, P. (2019). Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 kk). *Prokuratura i Prawo*, (2), s. 5-23.

⁵⁷ Szczechowicz, K. J. (2022). Postępowanie w przedmiocie przedłużenia stosowania, uchylenia lub zmiany środka zabezpieczającego—wybrane zagadnienia procesowe. *Studia Prawnoustrojowe*, (56), 281-294. Pozyskano z: <https://czasopisma.uwm.edu.pl/index.php/sp/article/download/7588/6060>, dostęp z 03.09.2025 r.

⁵⁸ Klaczak, K. (2023). Wykonywanie wolnościowego środka zabezpieczającego wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym na podstawie orzeczenia w odrębnej sprawie. *PRAWO i WIĘŹ*, (3 (46)), 413-429. Pozyskano z: <https://www.prawoiwiedz.edu.pl/index.php/piw/article/download/488/497>, dostęp z 02.10.2025 r.

⁵⁹ Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). *Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe*. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

W przypadku, gdy środek zabezpieczający orzeczony jest obok kary lub środka karnego o charakterze nieizolacyjnym (np. kara grzywny lub ograniczenia wolności), wykonywany jest w trakcie wykonywania tej kary lub środka karnego^{60,61}.

Czas stosowania środka zabezpieczającego

Zgodnie z art. 93d § 1 k.k. czas obowiązywania środka zabezpieczającego **nie jest określany z góry** (środki zabezpieczające orzekane są na czas nieokreślony – w chwili wydania postanowienia nie można przewidzieć, kiedy stan pacjenta poprawi się na tyle, by nie stanowił już zagrożenia społecznego). Ponadto, wobec tego samego sprawcy można orzec więcej niż jeden środek zabezpieczający (art. 93b § 4 k.k.). W przypadku uchylenia środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, sąd może orzec jeden lub więcej środków o charakterze wolnościowym.

Konieczność stosowania środka zabezpieczającego podlega okresowej weryfikacji. Zgodnie z art. 204 § 1 k.k.w.: „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 przedmiocie dalszego stosowania środka zapobiegawczego w postaci terapii lub terapii uzależnień sąd orzeka nie rzadziej niż co 12 miesięcy (art. 204 § 4 k.k.w.).

Zmiana i uchylenie środka zabezpieczającego

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 (art. 93b § 3 k.k.). Sąd uchyła orzeczony środek w momencie, gdy ustaną przesłanki materialnoprawne jego orzeczenia, tj. dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne (art. 93b § 2 k.k.).

Ponowne orzeczenie środka zabezpieczającego

W sytuacji, gdy po uchyleniu uprzednio zastosowanego środka zabezpieczającego zachowanie sprawcy wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia czynu zabronionego sąd może ponownie orzec ten sam środek zabezpieczający lub inny środek w postaci kontroli miejsca pobytu, terapii i terapii uzależnień, z tym, że jest to możliwe nie później niż w ciągu 3 lat od uchylenia środka (art. 93d § 6 k.k.). Orzeczony ponownie środek zabezpieczający nie musi być tożsamy z uprzednio stosowanym (z wyjątkiem pobytu w zakładzie psychiatrycznym, który może być orzeczony tylko wówczas, gdy był wcześniej stosowany).

Izolacyjne środki zabezpieczające o charakterze terapeutycznym

Izolacyjny środek zabezpieczający o charakterze leczniczym obejmuje pobyt w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Zakład psychiatryczny, w rozumieniu art. 200 k.k.w., to podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej. Zakłady psychiatryczne mogą być zorganizowane jako zakłady dysponujące zabezpieczeniami na poziomie podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym (art. 200 k.k.). Zakłady o maksymalnym zabezpieczeniu podlegają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (art. 200 § 5 k.k.w.).

Środek zabezpieczający orzeczony wobec sprawców przestępstw wymienionych w art. 93c pkt 3 k.k. w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych realizowany jest w zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia (art. 200 § 3a k.k.w.).

Rodzaj zakładu oraz miejsce realizacji środka wskazuje sąd w postanowieniu, po uzyskaniu opinii Komisji Psychiatrycznej ds. spraw środków zabezpieczających (art. 201 k.k.w.). Lista zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego w postaci detencji

⁶⁰ Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). *Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe*. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabiezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

⁶¹ Góralski, P. (2019). *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 kk)*. Prokuratura i Prawo, (2), s. 5-23.

psychiatrycznej określa Minister właściwy do spraw zdrowia i ogłasza, w drodze obwieszczenia⁶² – załącznik nr 1 do obwieszczenia: „Wykaz zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 1–3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny, 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 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny wykonawczy, wraz z podaniem liczby łóżek”. Obwieszczenie to definiuje również w załączniku nr 2 „Wykaz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny w zakresie działalności stacjonarnej, wraz z podaniem liczby łóżek”.

Zwolnienie z detencji psychiatrycznej

Do zwolnienia sprawcy przebywającego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym nie jest konieczne jego całkowite wyleczenie. Powody zakończenia stosowania izolacyjnego środka zabezpieczającego mogą wynikać z innych okoliczności niż stan psychiczny sprawcy – na przykład ze względu na pogorszenie zdrowia fizycznego lub osiągnięcie wieku, który wyklucza możliwość ponownego popełnienia przestępstwa⁶³. Zakończenie detencji następuje najczęściej z poziomu oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu. Pacjenci objęci opieką na tych oddziałach to głównie osoby niepełnosprawne, które dopuściły się czynów karanych łagodniejszymi sankcjami takimi jak grzywna lub ograniczenie wolności⁶⁴. Z uwagi na bezterminowy charakter orzekania środków zabezpieczających w przypadku uchylenia detencji procedura przygotowania pacjenta do zwolnienia może być utrudniona⁶⁵.

Nieizolacyjnie środki zabezpieczające o charakterze terapeutycznym

Zdefiniowane w Kodeksie karnym obowiązki sprawcy, wobec którego orzeczono środek zabezpieczający w postaci terapii lub terapii uzależnień obejmują odpowiednio:

- środek zabezpieczający w postaci **terapii** – 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 (art. 93f § 1 k.k.);
- środek zabezpieczający w postaci **terapii uzależnień** – 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. 93f § 2 k.k.).

Powyższe artykuły definiują również przedmiot obu środków zabezpieczających, przy czym w odniesieniu do środka zabezpieczającego w postaci terapii, budzi wątpliwość sformułowanie obejmujące terapię farmakologiczną wyłącznie w formie „terapii farmakologicznej zmierzającej do osłabienia popędu seksualnego”, tj. kastrację chemiczną.

Przepisy nie określają sposobu wykonywania obu tych środków⁶⁶. Jak wskazuje Pyrcak-Górowska „przez psychoterapię należy rozumieć zbiór różnego rodzaju interwencji psychologicznych, mających

⁶² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1-3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej (M. P. z 2023 r. poz. 515).

⁶³ Pyrcak-Górowska, M. (2011). Orzekanie oraz wykonywanie detencji psychiatrycznej (art. 94 k.k.) w praktyce sądów rejonowych: Sprawozdanie z przeprowadzonych badań. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*, 15(1), 99–136. ISSN 1506-1817.

⁶⁴ Heitzman, J., & Markiewicz, I. (2017). Finansowanie psychiatrii sądowej a jakość leczenia i zagrożenie bezpieczeństwa publicznego. *Psychiatria Polska*, 51(4), 599–608.

⁶⁵ Pyrcak-Górowska, M. (2011). Orzekanie oraz wykonywanie detencji psychiatrycznej (art. 94 k.k.) w praktyce sądów rejonowych: Sprawozdanie z przeprowadzonych badań. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*, 15(1), 99–136. ISSN 1506-1817.

⁶⁶ Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). *Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe*. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

na celu zmianę zachowań i postaw sprawcy oraz rozwój jego kompetencji emocjonalnych”, z kolei „poprzez psychoedukację należy rozumieć korzystanie z metod, technik i programów edukacyjnych, w celu ułatwienia powrotu do zdrowia lub minimalizowania skutków choroby lub niepełnosprawności”⁶⁷. Forma realizacji środka zabezpieczającego w postaci terapii i terapii uzależnień nie jest również określana w orzeczeniu wydawanym przez sąd (nie należy do kompetencji sądu)⁶⁸. Decyzję w tym zakresie podejmuje lekarz psychiatra, seksuolog lub terapeuta, który również ustala sposób jej realizacji.

Ponadto zgodnie z art. 202 k.k.w. „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”. Przepisy nie definiują szczegółowo przedmiotu wymienionych działań.

Miejscem wykonywania środka zabezpieczającego w postaci terapii i terapii uzależnień są odpowiednio „**placówka**” oraz „**placówka leczenia odwykowego**” (art. 93f § 1 k.k. oraz art. 93f § 2 k.k.). Dodatkowo przepisy kodeksu karnego wykonawczego (art. 200 § 3b k.k.w.) w odniesieniu do sprawców, którzy popełnili czyn zabroniony w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych (art. 93c pkt 3 k.k.) wskazują na realizację środka zabezpieczającego w postaci terapii w „podmiotach leczniczych”.

Miejsce wykonywania terapii i terapii uzależnień (placówka/placówka leczenia odwykowego) wskazywane jest przez sąd^{69,70}. Przed określeniem miejsca wykonywania terapii nie zasięga się, jak w przypadku środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, opinii Komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających⁷¹. Art. 201 § 2b k.k.w. wskazuje: „w przypadku skierowania sprawcy na terapię lub terapię uzależnień sąd przesyła odpis orzeczenia kierownikowi podmiotu leczniczego”. Leczenie pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego w postaci terapii i terapii uzależnień odbywa się w warunkach psychiatrii ogólnej (miejscem wykonywania terapii są podmioty udzielające świadczenia ambulatoryjne z zakresu psychiatrii dla dorosłych finansowane ze środków płatnika publicznego NFZ)⁷². Środek zabezpieczający w postaci terapii może być również realizowany w placówkach niepublicznych wskazanych przez sąd pod warunkiem, że osoba leczona pokryje koszty leczenia⁷³.

⁶⁷ Pyrcak-Górowska, M. (2016). Komentarz do art. 93f k.k. W W. Wróbel & A. Zoll (Red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Komentarz do art. 53–116* (cz. 2). Warszawa: Wolters Kluwer Polska SA

⁶⁸ Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). *Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe*. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabiezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

⁶⁹ Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). *Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe*. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabiezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

⁷⁰ Jekiel, P. (2024). Czy możliwe jest wykonanie środka zabezpieczającego w postaci terapii równolegle do środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym? Pozyskano z: <https://slp.lex.pl/#/question-and-answer/623455669>, dostęp z 26.09.2025 r.

⁷¹ Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). *Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe*. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabiezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

⁷² Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). *Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe*. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabiezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

⁷³ Gutkowska, A., Włodarczyk-Madejska, J., Klimczak, J., & Sidor, P. (2020). *Stosowanie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób a orzekanie wybranych środków zabezpieczających. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych*. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. Pozyskano z: https://www.researchgate.net/profile/Paulina-Sidor-Borek/publication/366634891_Stosowanie_ustawy_o_postepowaniu_wobec_osob_z_zaburzeniami_psychicznymi_stwarzajacych_zagrozenie_zycia_zdrowia_lub_wolnosci_seksualnej_innych_osob_a_orzekanie_wybranych_srodkow_zabezpieczajacych_Anali/links/63ac1b3bc3c99660ebaf3768/Stosowanie-ustawy-o-postepowaniu-wobec-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi-stwarzajacych-zagrozenie-zycia-zdrowia-lub-wolnosci-seksualnej-innych-osob-a-orzekanie-wybranych-srodkow-zabezpieczajacych-Anal.pdf, dostęp z 29.09.2025 r.

Treść art. 93f § 1 k.k. oraz 93f § 2 k.k. sugeruje również tryb realizacji przedmiotowych środków – ambulatoryjny (stawiennictwo w „terminach wyznaczonych”). Kwestia wykonywania środków zabezpieczających w postaci terapii lub terapii uzależnień w warunkach innych niż ambulatoryjne pozostaje niejednoznaczna^{74,75,76,77,78,79}. Szczególnie z uwagi na treść art. 201 § 5 k.k.w. zgodnie z którym „Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" wykazy: (...) podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania **terapii** wobec sprawców określonych w art. 93c k.k. **w zakresie działalności stacjonarnej**, wraz z podaniem liczby łóżek”⁸⁰. Powyższy przepis odnosi się wyłącznie do środka zabezpieczającego w postaci terapii. Żaden akt prawny nie wskazuje placówek przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego w formie terapii uzależnień w trybie stacjonarnym⁸¹.

W związku z powyższymi niejednoznacznymi zapisami ustawowymi oraz wątpliwościami dotyczącymi miejsca i trybu realizacji środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień, na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Rzecznika Praw Obywatelskich wskazuje się na następujące kwestie wymagające zmian legislacyjnych w przedmiotowym temacie:

- „Art. 201 § 5 k.k.w. powinien zostać rozbudowany o **delegację ustawową dla ministra właściwego ds. zdrowia i Ministra Sprawiedliwości** działających w porozumieniu, aby byli oni zobowiązani do wydania w formie rozporządzenia wykazu podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c k.k. **w zakresie działalności stacjonarnej**, a także wykazu podmiotów leczniczych wykonujących terapię **w warunkach ambulatoryjnych** z uwzględnieniem terapii specjalistycznych”.
- „Zachodzi również potrzeba stworzenia przez ministra właściwego ds. zdrowia wykazu podmiotów, w których możliwe jest **wykonywanie ambulatoryjnych środków zabezpieczających w postaci terapii określonej w art. 93 § 1 pkt 2 k.k. oraz terapii uzależnień określonej w art. 93 § 1 pkt 3 k.k.**”⁸²

⁷⁴ Kłaczk, K. (2023). Wykonywanie wolnościowego środka zabezpieczającego wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym na podstawie orzeczenia w odrębnej sprawie. *PRAWO i WIĘŹ*, (3 (46)), 413-429. Pozyskano z: <https://www.prawoiwiez.edu.pl/index.php/piw/article/download/488/497>, dostęp z 02.10.2025 r.

⁷⁵ Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

⁷⁶ Gutkowska, A., Włodarczyk-Madejska, J., Klimczak, J., & Sidor, P. (2020). Stosowanie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób a orzekanie wybranych środków zabezpieczających. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. Pozyskano z: https://www.researchgate.net/profile/Paulina-Sidor-Borek/publication/366634891_Stosowanie_ustawy_o_postepowaniu_wobec_osob_z_zaburzeniami_psychicznymi_stwarzajacych_zagrozenie_zycia_zdrowia_lub_wolnosci_seksualnej_innych_osob_a_orzekanie_wybranych_srodkow_zabezpieczajacych_Analiza_porownawcza_rozwiazan_prawnych, dostęp z 29.09.2025 r.

⁷⁷ Góralski, P. (2018). „Podstawowe problemy wykładni przepisów poświęconych środkowi zabezpieczającemu w postaci terapii uzależnień (art. 93a § 1 pkt 3 kk)” *Przegląd Sądowy*, nr 7-8 (2018): 50-62.

⁷⁸ Góralski, P. (2019). *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego* (art. 93a § 1 pkt 2 kk). *Prokuratura i Prawo*, (2), s. 5-23.

⁷⁹ Muszyńska, A. (2017). O zmianach w zakresie leczniczych środków zabezpieczających na tle nowelizacji kodeksu karnego z 2015 roku. Pozyskano z: https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/118407/PDF/24_Muszyńska_A_O_zmianach_w_zakresie_leczniczych_srodkow_zabezpieczajacych_na_tle_nowelizacji_kodeksu_karnego_z_2015_roku.pdf

⁸⁰ Realizację powyższego art. stanowi Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1-3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej (M. P. z 2023 r. poz. 515).

⁸¹ Kłaczk, K. (2023). Wykonywanie wolnościowego środka zabezpieczającego wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym na podstawie orzeczenia w odrębnej sprawie. *PRAWO i WIĘŹ*, (3 (46)), 413-429. Pozyskano z: <https://www.prawoiwiez.edu.pl/index.php/piw/article/download/488/497>, dostęp z 02.10.2025 r.

⁸² Starzewski, Ł. (2023). Usprawnić system środków zabezpieczających - RPO pisał o tym do MS w 2020 r. Dostał odpowiedź w 2023 r. *Biuletyn Informacji Publicznej Rzecznika Praw Obywatelskich*. Pozyskano z: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-usprawnic-system-srodkow-zabezpieczajacych-odpowiedz>, dostęp z 26.09.2025 r.

Obowiązek poddania się terapii i terapii uzależnień w ramach środka zabezpieczającego

Leczenie w ramach środków zabezpieczających obejmujących terapię i terapię uzależnień nie jest leczeniem przymusowym w rozumieniu fizycznego przymusu bezpośredniego⁸³. Leczenie natomiast ma charakter obowiązkowy i jest egzekwowane środkami prawnymi (art. 244b §1 k.k.). Sprawca, wobec którego orzeczono środek zabezpieczający musi poddać się terapii pod rygorem sankcji karnej (przymus w znaczeniu obowiązku prawnego) a terapia/terapii uzależnień może być orzeczona niezależnie od woli sprawcy^{84,85,86}.

W tabeli poniżej przedstawiono najważniejsze informacje dotyczące orzekania środków zabezpieczających o charakterze leczniczym, w tym zakres podmiotowy i przedmiotowy oraz miejsce i warunki realizacji.

⁸³ Barczak-Oplustil, A., Pyrczak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). *Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe*. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_srodki_zabezp_R14.pdf, dostęp z 26.09.2025 r.

⁸⁴ Jankowska-Prochot, I. (2024). *Środki zabezpieczające i metody postępowania ze sprawcą o charakterze ochronnym w polskim i irlandzkim prawie karnym*. Rozprawa doktorska. Pozyskano z: https://bip.ur.edu.pl/storage/file/core_files/2024/10/15/8d686e3d22ad0619711cf508ebc2cb6c/Doktorat%20IJP%20PDF.pdf#:~:text=charakter%20obowi%C4%85zkowy,w%20przypadku%2C%20gdy%20owych%20narusze%C5%84, dostęp z 09.01.2026 r.

⁸⁵ Góralski, P. (2019). *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 kk)*. *Prokuratura i Prawo*, (2), s. 5-23.

⁸⁶ Zontek, W. (2015). *Kara za brak poddania się terapii? Konsekwencje wprowadzenia art. 244b k.k.* *Palestra* 2015, nr 7–8, s. 126. Pozyskano z: <https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/7-8-2015/artykul/kara-za-brak-poddania-sie-terapii-konsekwencje-wprowadzenia-art.-244b-k.k>, dostęp z 23.09.2025 r.

Tabela 2. Podsumowanie najważniejszych informacji dotyczących leczniczych środków zabezpieczających orzekanych na podstawie art. 93a § 1 pkt 2–4 k.k.

	Detencyjne	Wolnościowe	
	pobyt w zakładzie psychiatrycznym <i>[art. 93a. § 1 pkt 4 k.k.]</i>	terapia <i>[art. 93a. § 1 pkt 2 k.k.]</i>	terapia uzależnień <i>[art. 93a. § 1 pkt 3 k.k.]</i>
Orzeczenie środka zabezpieczającego	Zgodne z zasadą subsydiarności stosowania (środek zapobiegawczy orzekany jest, gdy inne środki prawne określone w kodeksie karnym lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie okażą się wystarczające)⁸⁷ <i>„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. (...)” [art. 93b . § 1. k.k.]</i>		
	Zależne od stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego popełnionego przez sprawcę <i>„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.” [art. 93b . § 1. k.k.]</i> <i>„Sąd orzeka pobyt w zakładzie psychiatrycznym tylko wtedy, gdy ustawa tak stanowi.” [art. 93b . § 5. k.k.]</i>	Niezależne od stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego popełnionego przez sprawcę	
	Możliwość orzeczenia więcej niż jednego środka zabezpieczającego, wobec tego samego sprawcy <i>„Wobec tego samego sprawcy można orzec więcej niż jeden środek zabezpieczający (...)”[art. 93b . § 4. k.k.]</i>		
	Zmiana środka zabezpieczającego <i>„ (...) 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.” [art. 93b . § 3. k.k.]</i>		
Uchylenie środka zabezpieczającego	<i>„Sąd uchyla środek zabezpieczający, gdy dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne.” [art. 93b . § 2. k.k.]</i>		
Czas stosowania środka zabezpieczającego	Bezterminowo, do momentu orzeczenia o braku konieczności jego stosowania <i>„Czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry.” [art. 93d . § 1]</i>		
Ocena zasadności realizacji orzeczonego środka zabezpieczającego – terminy ustawowe	Co 6 mies. <i>„Jeżeli wobec sprawcy orzeczono pobyt w zakładzie psychiatrycznym, sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka, a w</i>	Co 12 mies. <i>„Przepis § 1 [art. 204 k.k.w.] 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. 204 § 4 k.k.w.]</i>	

⁸⁷ Góralski, P. (2019). *Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego* (art. 93a § 1 pkt 2 kk). *Prokuratura i Prawo*, (2), s. 5-23.

	Detencyjne	Wolnościowe	
	pobyt w zakładzie psychiatrycznym [art. 93a. § 1 pkt 4 k.k.]	terapia [art. 93a. § 1 pkt 2 k.k.]	terapia uzależnień [art. 93a. § 1 pkt 3 k.k.]
	wypadku uzyskania opinii, że dalsze pozostawianie sprawcy w zakładzie nie jest konieczne - bezzwłocznie. W razie potrzeby sąd zasięga opinii innych biegłych." [art. 204 § 1 k.k.w.]		
Ponowne orzeczenie środka zabezpieczającego	- W ciągu 3 lat od uchylecia środka zabezpieczającego - Ten sam lub inny o charakterze wolnościowym (elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień) – brak możliwości orzeczenia środka zabezpieczającego obejmującego pobyt w zakładzie psychiatrycznym u skazanych wobec których uchylono środek zabezpieczający o charakterze wolnościowym „Jeżeli zachowanie sprawcy po uchyleniu środka zabezpieczającego wskazuje, że zachodzi konieczność stosowania środków zabezpieczających, sąd, nie później niż w ciągu 3 lat od uchylecia środka, może ponownie orzec ten sam środek zabezpieczający lub inny środek, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3." [art. art. 93d § 6 k.k.]		
Podmiot orzeczenia	Podstawa ustawowa orzekania pobytu w zakładzie psychiatrycznym „Sąd orzeka pobyt w zakładzie psychiatrycznym tylko wtedy, gdy ustawa tak stanowi." [art. 93b . § 5. k.k.] - Sprawca, wobec którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności oraz jeśli istnieje <u>wysokie</u> ryzyko ponownego popełnienia czynu o <u>znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym</u> „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." [art. 93g § 1 k.k.] - Sprawca, którego skazano na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania lub karę dożywotniego pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności oraz istnieje <u>wysokie</u> ryzyko o <u>znacznej społecznej</u> Możliwość orzeczenia środka wobec sprawców: - wobec których umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności; - skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności; - skazanych za przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych; - skazanych na karę pozbawienia wolności za przestępstwa popełnione przeciwko życiu i zdrowiu, wolności, wolności seksualnej i obyczajności oraz przeciwko rodzinie i opiece popełnione w związku z zaburzeniem osobowości; - skazanych za przestępstwa popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. „Środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy: - co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1; - w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2; - w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, 3 lub 4, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych; - 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; - w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka." [art. 93c k.k.]		

	Detencyjne	Wolnościowe	
	pobyt w zakładzie psychiatrycznym [art. 93a. § 1 pkt 4 k.k.]	terapia [art. 93a. § 1 pkt 2 k.k.]	terapia uzależnień [art. 93a. § 1 pkt 3 k.k.]
	<u>szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym</u> „Skazując sprawcę określonego w art. 93c pkt 2 na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania 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.” [art. 93g § 2 k.k.] Sprawca, którego skazano za przestępstwo popełnione <u>w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych</u> na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania lub karę dożywotniego pozbawienia wolności oraz istnieć wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych „Skazując sprawcę określonego w art. 93c pkt 3 na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania 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. [art. 93g § 3 k.k.]”		
Orzeczenie środka zabezpieczającego	Niekumulatywne względem środków o charakterze wolnościowym „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.” [art. 93d § 2 k.k.]”	Możliwość orzeczenia środka zabezpieczającego w ramach postępowania wykonawczego „ 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. ” [art. 93d § 4 k.k.]	

	Detencyjne	Wolnościowe	
	pobyt w zakładzie psychiatrycznym [art. 93a. § 1 pkt 4 k.k.]	terapia [art. 93a. § 1 pkt 2 k.k.]	terapia uzależnień [art. 93a. § 1 pkt 3 k.k.]
Stosowanie środka zabezpieczającego	Realizacja środka wobec skazanych za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności – przed, podczas przerwy lub po wykonaniu kary pozbawienia wolności „Pobyt w zakładzie psychiatrycznym orzeczony wobec sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 2 k.k., 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.” [art. 202a § 1 k.k.w.]	- Weryfikacja zasadności stosowania orzeczonego w wyroku bezwzględnego pozbawienia wolności środka zabezpieczającego „Sąd ustala potrzebę i możliwości wykonania orzeczonego środka zabezpieczającego nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności.” [art. 93d § 3 k.k.] - Realizacja postpenalna (charakter postizolacyjny) „Jeżeli sprawca został skazany na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, orzeczony środek zabezpieczający stosuje się po odbyciu kary lub warunkowym zwolnieniu, chyba że ustawa stanowi inaczej.” [art. 93d § 5 k.k.]	
Przedmiot środka zabezpieczającego	Wynikający wprost z celu wykonywania środka zabezpieczającego – postępowanie lecznicze, psychoterapeutyczne, rehabilitacyjne lub resocjalizacyjne „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. 202 k.k.w.]	<u>Terapia farmakologiczna zmierzająca do osłabienia popędu seksualnego,</u> - Psychoterapia lub - Psychoedukacja „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.” [93f § 1 k.k.] - Zgodnie z treścią art. terapia w postaci leczenia farmakologicznego ma zastosowanie wyłącznie wobec przestępców z zaburzeniami preferencji seksualnych i ma na celu osłabienie popędu seksualnego (farmakologiczna	Leczenie uzależnienia od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka „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” [93f § 2 k.k.]

	Detencyjne	Wolnościowe	
	pobyt w zakładzie psychiatrycznym [art. 93a. § 1 pkt 4 k.k.]	terapia [art. 93a. § 1 pkt 2 k.k.]	terapia uzależnień [art. 93a. § 1 pkt 3 k.k.]
		terapia obniżająca popęd płciowy (sprawcy).	
Tryb realizacji środka zabezpieczającego (warunki udzielania świadczeń)	W warunkach stacjonarnych	- W warunkach ambulatoryjnych – przesłanka na podstawie art. art. 93f. § 1 k.k. „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.” - Brak jednoznacznego stanowiska dotyczącego realizacji środków zabezpieczających w postaci terapii w warunkach stacjonarnych (leczenie stacjonarne o charakterze nieizolacyjnym).	- W warunkach ambulatoryjnych – przesłanka na podstawie art. art. 93f. § 2 k.k. „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.” - Brak jednoznacznego stanowiska dotyczącego realizacji środków zabezpieczających w postaci terapii uzależnień w warunkach stacjonarnych (leczenie stacjonarne o charakterze nieizolacyjnym).
Miejsce realizacji orzeczonego środka zabezpieczającego	- Zamknięty zakład psychiatryczny wskazany przez sąd po zasięgnięciu opinii komisji psychiatrycznej „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 (...)” [art. 201 § 2 k.k.w.] - Wykaz podmiotów określony obwieszczeniem MZ „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 k.k., w tym zakładów psychiatrycznych	- Placówka wskazana przez sąd „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.” [art. 93f. § 1 k.k.] - Wykaz podmiotów określony obwieszczeniem MZ „Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" wykazy: (...) 2) podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w	Placówka leczenia odwykowego wskazana przez sąd „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. 93f. § 2 k.k.]

	Detencyjne	Wolnościowe	
	pobyt w zakładzie psychiatrycznym [art. 93a. § 1 pkt 4 k.k.]	terapia [art. 93a. § 1 pkt 2 k.k.]	terapia uzależnień [art. 93a. § 1 pkt 3 k.k.]
	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 (...)” [art. 201 § 5 k.k.w.].	art. 93c k.k. w zakresie działalności stacjonarnej, wraz z podaniem liczby łóżek.” [art. 201 § 5 k.k.w.]	

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

4.2.1.2 Ustawa o KOZZD

Ustawą z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1689) zwaną ustawą o Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjacyjnym (ustawa o KOZZD) wprowadzono do systemu postępowania z osobami stwarzającymi zagrożenie środki postpenalne o charakterze cywilnym takie jak **nadzór prewencyjny** oraz **umieszczenie w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjacyjnym**⁸⁸. Nadzór prewencyjny stanowi środek o charakterze wolnościowym, z kolei pobyt w KOZZD – izolacyjnym. Środki definiowane ustawą o KOZZD orzekane są w odróżnieniu od środków zabezpieczających określonych art. 93a § 1 k.k. przez sądy cywilne w procedurze cywilnej (zastosowanie mają przepisy o postępowaniu nieprocesowym).

O ile środki zabezpieczające nie są tożsame ze środkami postpenalnymi wprowadzonymi ustawą o KOZZD i mogą być stosowane wobec różnych kategorii skazanych, to w pewnym zakresie podmiotowym mogą się one pokrywać. W praktyce również proponowane w ramach prawa karnego i cywilnego rozwiązania dla tych środków oraz ich funkcje mogą się dublować⁸⁹. Poniżej przedstawiono najważniejsze zagadnienie związane z problemem krzyżowania się zakresu stosowania środków zapobiegawczych oraz środków postpenalnych wprowadzonych ustawą o KOZZD:

- Ustawa o KOZZD ma zastosowanie do osób z zaburzeniami psychicznymi obejmującymi zamknięty katalog, tj. zaburzenia osobowości, zaburzenia preferencji seksualnych lub upośledzenie umysłowe. Katalog ten nie obejmuje chorych psychicznie i uzależnionych.
- KOZZD nie jest placówką medyczną⁹⁰, w której można prowadzić leczenie, w tym farmakologiczne, osób chorych psychicznie.
- W ramach nadzoru prewencyjnego sąd może nałożyć obowiązek poddania się postępowaniu terapeutycznemu (w przypadku orzeczenia terapii sąd zobowiązany jest wskazać podmiot leczniczy w którym skazany będzie leczony).
- W przypadku orzekania o zastosowaniu środków postpenalnych ustawy o KOZZD i środków zabezpieczających stosowana jest zasada „*ultima ratio*” (łac. ostateczny środek)⁹¹. W związku z problemami wynikającymi ze stosowania ustawy o KOZZD pojawia się wątpliwość, czy w praktyce środki postpenalne przewidziane w tej ustawie są mniej dotkliwe niż środki zabezpieczające.

⁸⁸ Gutkowska, A., Włodarczyk-Madejska, J., Klimczak, J., & Sidor, P. (2020). Stosowanie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób a orzekanie wybranych środków zabezpieczających. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. Pozyskano z: https://www.researchgate.net/profile/Paulina-Sidor-Borek/publication/366634891_Stosowanie_ustawy_o_postepowaniu_wobec_osob_z_zaburzeniami_psychicznymi_stwarzajacych_zagrozenie_zycia_zdrowia_lub_wolnosci_seksualnej_innych_osob_a_orzekanie_wybranych_srodkow_zabezpieczajacych_Anali/links/63ac1b3bc3c99660ebaf3768/Stosowanie-ustawy-o-postepowaniu-wobec-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi-stwarzajacych-zagrozenie-zycia-zdrowia-lub-wolnosci-seksualnej-innych-osob-a-orzekanie-wybranych-srodkow-zabezpieczajacych-Anal.pdf, dostęp z 29.09.2025 r.

⁸⁹ Gutkowska, A., Włodarczyk-Madejska, J., Klimczak, J., & Sidor, P. (2020). Stosowanie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób a orzekanie wybranych środków zabezpieczających. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. Pozyskano z: https://www.researchgate.net/profile/Paulina-Sidor-Borek/publication/366634891_Stosowanie_ustawy_o_postepowaniu_wobec_osob_z_zaburzeniami_psychicznymi_stwarzajacych_zagrozenie_zycia_zdrowia_lub_wolnosci_seksualnej_innych_osob_a_orzekanie_wybranych_srodkow_zabezpieczajacych_Anali/links/63ac1b3bc3c99660ebaf3768/Stosowanie-ustawy-o-postepowaniu-wobec-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi-stwarzajacych-zagrozenie-zycia-zdrowia-lub-wolnosci-seksualnej-innych-osob-a-orzekanie-wybranych-srodkow-zabezpieczajacych-Anal.pdf, dostęp z 29.09.2025 r.

⁹⁰ Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1689) ust. „1. Ośrodek jest jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.” oraz ust. 2. „Ośrodek jest podmiotem leczniczym, niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”.

⁹¹ Zgodnie z tą zasadą środek dotkliwszy należy zastosować jedynie w sytuacji gdy postępowanie łagodniejsze nie byłoby skuteczne.

- Istnieje ryzyko „konkurowania” postpenalnych (określony ustawą o KOZZD) i wolnościowych środków zabezpieczających, co wynika z szerszego zakresu przesłanek podmiotowych umożliwiających orzekanie tych ostatnich, a także z faktu, że mogą być one orzekane nie tylko w wyroku karnym, lecz również na etapie postępowania wykonawczego (np. wobec osoby już przebywającej w ośrodku).
- Ustawa o KOZZD ma zastosowanie wobec czynów popełnionych przed 1.07.2015 r. (przed dniem wejście w życie nowelizacji k.k.).⁹²

4.2.2. Ocena ryzyka przemocy

Przemoc, w ujęciu ogólnym, zgodnie z definicją WHO „to celowe użycie siły fizycznej lub władzy, sformułowane jako groźba lub rzeczywiście użyte, skierowane wobec siebie, innej osobie, grupie lub społeczności, które powoduje lub z dużym prawdopodobieństwem spowoduje obrażenia cieleśne śmierć, szkody psychiczne, zaburzenia rozwoju lub depryzację”⁹³. Definicja ta obejmuje każdy rodzaj przemocy interpersonalnej, w tym m.in.: przemoc wobec dzieci, przemoc partnerską, przemoc seksualną.

Proces szacowania i ograniczania prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanego zdarzenia to ocena ryzyka przemocy. W ostatnich latach coraz większą uwagę poświęca się metodologii prognozowania i zarządzania ryzykiem przemocy, które cechują się większą rzetelnością i trafnością niż oceny oparte na intuicji czy doświadczeniu zawodowym. W prognozowaniu i zarządzaniu ryzykiem przemocy wyróżnia się trzy podejścia: uznaniowe (dyskrecjonalne/kliniczne) – oparte na intuicji i doświadczeniu specjalisty, aktuarialne – bazujące na algorytmach i wskaźnikach statystycznych oraz ustrukturyzowaną profesjonalną ocenę (ang. *Structured Professional Judgement*, SPJ) – łączącą elementy obu powyższych metod, stanowi ustrukturyzowany osąd kliniczny. SPJ uznawane jest za najbardziej zrównoważony i praktyczny model⁹⁴. Ocena ryzyka przemocy często przeprowadzana jest przez personel medyczny (psychiatrów, psychologów, pielęgniarki), służby sądowe i penitencjarne. Obecnie na świecie używa się wielu narzędzi bazujących na podejściu SPJ. Większość z nich opiera się głównie na ocenie czynników ryzyka, które korelują ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia zachowań związanych z przemocą w przyszłości. Zauważono jednak potrzebę uwzględniania również czynników chroniących daną osobę przed wystąpieniem aktów przemocy. W związku z tym powstały narzędzia umożliwiające równoległe uwzględnianie czynników ryzyka i czynników ochronnych. Łączne ich zastosowanie pozwala na bardziej zindywidualizowaną ocenę, dokładniejsze monitorowanie zmian powstałych w wyniku stosowania interwencji terapeutycznych oraz opracowywanie precyzyjnych, spersonalizowanych planów postępowania⁹⁵. W zależności od narzędzia ocenie podlegają czynniki statyczne (niezmienne), których nie można zmienić oraz dynamiczne (zmienne), których obecność jest względnie trwała lub kombinacja tych czynników.

Zestawienie wybranych narzędzi oceny ryzyka przemocy wraz z ich przeznaczeniem zamieszczono poniżej.

⁹² Gutkowska, A., Włodarczyk-Madejska, J., Klimczak, J., & Sidor, P. (2020). Stosowanie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób a orzekanie wybranych środków zabezpieczających. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. Pozyskano z: https://www.researchgate.net/profile/Paulina-Sidor-Borek/publication/366634891_Stosowanie_ustawy_o_postepowaniu_wobec_osob_z_zaburzeniami_psyicznymi_stwarzajacy_ch_zagrozenie_zycia_zdrowia_lub_wolnosci_seksualnej_innych_osob_a_orzekanie_wybranych_srodkow_zabezpieczajacych_Anali/links/63ac1b3bc3c99660ebaf3768/Stosowanie-ustawy-o-postepowaniu-wobec-osob-z-zaburzeniami-psyicznymi-stwarzajacych-zagrozenie-zycia-zdrowia-lub-wolnosci-seksualnej-innych-osob-a-orzekanie-wybranych-srodkow-zabezpieczajacych-Anal.pdf, dostęp z 29.09.2025 r.

⁹³ World Health Organization. Violence. Pozyskano z: <http://emro.who.int/violence-injuries-disabilities/violence/>, dostęp z 21.10.2025 r.

⁹⁴ Nowopolski, M. (2024). Osobowość sprawcy i inne aspekty kształtujące ocenę ryzyka przemocy u pacjentów internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej. Praca doktorska.

⁹⁵ Welento-Nowacka, A. (2017a). Zastosowanie oraz założenia teoretyczne narzędzi opartych na modelu ustrukturyzowanej oceny ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą w praktyce klinicznej. *Psychiatria*, 14(1), 21-27.

Tabela 3. Narzędzia oceniające poziom ryzyka / poziom ochrony wystąpienia bądź ponowienia przemocy w przyszłości u dorosłych

Narzędzie	Obszar zastosowania	Dodatkowe informacje
HCR-20 V3 <i>Historical-Clinical-Risk</i>	Każdy rodzaj przemocy u dorosłych (kobiet i mężczyzn)	- narzędzie SPJ, ocena ryzyka przemocy oraz ocena czynników ochronnych; dostępna polska adaptacja narzędzia; - narzędzie wskazane w KŚOZ.
START <i>Short-Term Assessment of Risk and Treatability</i>	Krótkoterminowa ocena przemocy u dorosłych	- narzędzie SPJ; - ocena ryzyka przemocy oraz ocena czynników ochronnych.
VRAG <i>Violence Risk Appraisal Guide</i> VRAG-R <i>Violence Risk Appraisal Guide-Revised</i>	Każdy rodzaj przemocy, w tym przemoc seksualna, u dorosłych mężczyzn	narzędzie aktuarialne
SARA <i>Spousal Assault Risk Assessment Guide</i>	Przemoc partnerska/domowa u dorosłych	narzędzie SPJ
SVR-20 <i>Sexual Violence Risk 20</i>	Przemoc seksualna u dorosłych mężczyzn	- narzędzie SPJ; - wskazane w KŚOZ.
Static-99 Static-99R – zrewidowana wersja	Przemoc seksualna u dorosłych mężczyzn	- narzędzie aktuarialne; dostępna polska adaptacja narzędzia; - wskazane w KŚOZ.
RSVP <i>Risk for Sexual Violence Protocol</i>	Przemoc seksualna u dorosłych mężczyzn z historią przemocy seksualnej	narzędzie SPJ
SAPROF <i>Structured Assessment of Protective Factors</i>	Każdy rodzaj przemocy u dorosłych – ocena czynników ochronnych	- narzędzie SPJ; - narzędzie oceniające poziom ochrony przed wystąpieniem bądź ponowieniem przemocy; dostępna polska adaptacja narzędzia (adaptacja narzędzia dla dorosłych od 2016 r.); - wskazane w KŚOZ.

HCR-20 V3 – ang. *Historical-Clinical-Risk*; **KŚOZ** – Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej; **RSVP** – ang. *Risk for Sexual Violence Protocol*; **SAPROF** – ang. *Structured Assessment of Protective Factors* **SARA** – ang. *Spousal Assault Risk Assessment Guide*; **SPJ** – ustrukturyzowana profesjonalna ocena (ang. *Structured Professional Judgement*); **START** – ang. *Short-Term Assessment of Risk and Treatability*; **SVR-20** – ang. *Sexual Violence Risk 20* **VRAG** – ang. *Violence Risk Appraisal Guide*; **VRAG-R** – ang. *Violence Risk Appraisal Guide-Revised*;

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

Opis wybranych metod oceniających poziom ryzyka wystąpienia przemocy oraz poziom ochrony przed wystąpieniem bądź ponowieniem przemocy w przyszłości u dorosłych przedstawiono poniżej.

HCR-20 v3 (ang. *Historical-Clinical-Risk Management*)

To wiodące narzędzie do oceny ryzyka przemocy na świecie, w Polsce wykorzystywane od 2016 r. Wersja 3 formularza HCR-20 jest najnowszą wersją kompleksowego zestawu wytycznych do oceny i zarządzania ryzykiem przemocy, opracowanych w oparciu o SPJ. Zaktualizowana procedura obejmuje siedem etapów: 1) zbieranie informacji, 2) ocena obecności czynników ryzyka, 3) ocena istotności czynników ryzyka, 4) konceptualizacja ryzyka przemocy, 5) planowanie z użyciem scenariuszy, 6) metody zarządzania ryzykiem, 7) wnioski końcowe. Narzędzie składa się z 20 pozycji podzielonych na trzy kategorie, pozwalając na ocenę indywidualnego ryzyka przemocy w trzech wymiarach czasowych: przeszłości (10 pozycji), teraźniejszości (5 pozycji) i przyszłości (5 pozycji). Skala odwołująca się do czynników historycznych (H) odnosi się do wcześniejszego funkcjonowania psychospołecznego osoby badanej, porządkując istotne elementy ryzyka, które mogły wystąpić w jej

przeszłości. Skala czynników klinicznych (C) skupia się na bieżących cechach związanych z przystosowaniem psychospołecznym obejmując stan obecny oraz okres najbliższych kilku miesięcy. Czynniki zarządzania ryzykiem (skala R) dotyczą natomiast przewidywanego funkcjonowania psychospołecznego danej osoby (w przyszłości), w oparciu o jej plany na przyszłość, w perspektywie najbliższych tygodni/miesięcy po dokonaniu oceny. Każdy z 20 czynników oceniany jest w dwóch aspektach tj. obecność czynnika (brak, częściowo obecny, obecny) i poziomu istotności w danym przypadku (niski, umiarkowany, wysoki). Ostatecznym etapem oceny jest opracowanie i przedstawienie całościowej analizy ryzyka przemocy u badanego, wykorzystując 3-stopniową skalę ogólnej oceny ryzyka (ang. *Summary Risk Ratings*, RSS) wykorzystując klasyfikację ryzyka: niskie, umiarkowane oraz wysokie ryzyko. Kategorie te odzwierciedlają kliniczną ocenę ryzyka, opartą na profesjonalnym osądzie, który integruje wyniki uzyskane dla poszczególnych czynników ryzyka^{96,97}. Kategorie ryzyka oznaczają:

- wysokie ryzyko (ang. *high*) – wskazuje na konieczność niezwłocznego wdrożenia kompleksowego planu zarządzania ryzykiem. Działania mogą obejmować poinformowanie odpowiedniego personelu o występowaniu ryzyka, zwiększenie intensywności i/lub częstotliwości monitorowania osoby badanej, ustalenie priorytetów w zakresie leczenia i wsparcia, zaplanowanie regularnych lub dodatkowych ocen oraz wdrożenie działań interwencyjnych w trybie pilnym (np. hospitalizacja, areszt);
- umiarkowane ryzyko (ang. *moderate*) – poziom ten wskazuje na potrzebę wdrożenia ukierunkowanych strategii zarządzania ryzykiem, obejmujących co najmniej wzmożony i/lub częstszy nadzór (monitorowanie) osoby badanej;
- niskie ryzyko (ang. *low*) – osoba badana aktualnie nie wymaga podejmowania specjalnych interwencji ani strategii nadzoru w celu zarządzania ryzykiem przemocy i nie wymaga ścisłego monitorowania zmian w zakresie jej stanu⁹⁸.

START (ang. *Short-Term Assessment of Risk and Treatability*)

Narzędzie START to 20-elementowe ustrukturyzowane narzędzie oceny, powstałe w oparciu o SPJ. Narzędzie służy do oceny krótkoterminowego ryzyka wystąpienia negatywnych zachowań oraz możliwości leczenia (ocena czynników chroniących) u dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (uzależnionych). START ma na celu ocenę ryzyka w perspektywie krótkoterminowej (ok. 3 mies.) w odniesieniu do różnych rodzajów negatywnych zachowań, m.in.: agresywnych (przemoc wobec innych osób); samookaleczeń; prób samobójczych; ucieczek; nadużywania środków odurzających; zachowań destrukcyjnych; znęcania się, prześladowania (ang. *victimization*).

Każdy z 20 czynników dotyczących funkcjonowania emocjonalnego, behawioralnego, poznawczego i sytuacyjnego jest oceniany pod kątem występowania słabych i mocnych stron osoby badanej, przy użyciu 3-stopniowej skali (0–2). Następnie identyfikowane są kluczowe i krytyczne obszary istotne dla planowania terapii i zarządzania ryzykiem.

Narzędzie START umożliwia opracowanie planu postępowania, obejmującego diagnozę, ryzyko wystąpienia negatywnych zachowań oraz działania terapeutyczne i ukierunkowane na zarządzanie ryzykiem⁹⁹.

⁹⁶ Nowopolski, M. (2024). Osobowość sprawcy i inne aspekty kształtujące ocenę ryzyka przemocy u pacjentów internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej. Praca doktorska. Uniwersytet SWPS; s. 46–54.

⁹⁷ Cheng, J., Haag, A. M., & Olver, M. E. (2019). Predictors of Historical Clinical Risk Management-20 Version 3 (HCR-20:V3) summary risk ratings. *Psychiatry, psychology, and law: an interdisciplinary journal of the Australian and New Zealand Association of Psychiatry, Psychology and Law*, 26(4), 682–692. <https://doi.org/10.1080/13218719.2019.1618753>.

⁹⁸ Borum, R., Scalora, M., Otto, R., Schneider, K., Kennedy, K., Vanberschot, J., ... & Jaros, S. (2022). Structured professional judgment (SPJ) tools: A reference guide for Counter-Insider Threat (C-InT) hubs.

⁹⁹ Borum, R., Scalora, M., Otto, R., Schneider, K., Kennedy, K., Vanberschot, J., ... & Jaros, S. (2022). Structured professional judgment (SPJ) tools: A reference guide for Counter-Insider Threat (C-InT) hubs. Defense Personnel and Security Research Center (PERSEREC).

VRAG (ang. *Violence Risk Appraisal Guide*) i VRAG-R (ang. *Violence Risk Appraisal Guide – Revised*)

VRAG i jego zrewidowana wersja VRAG-R to narzędzia aktuarialne służące do szacowania prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa, w tym seksualnego, z użyciem przemocy przez sprawców przestępstw lub pacjentów psychiatrii sądowej, w okresie 7 lub 10 lat od momentu ponownego funkcjonowania sprawcy w społeczeństwie. Narzędzie określa prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia w przyszłości poprzez zestawienie częstotliwości występowania zdarzenia w przeszłości wśród osób z podobnej populacji. VRAG-R został opracowany w celu uproszczenia systemu punktacji VRAG, jednak silnie z nim koreluje. Zalecane jest używanie zrewidowanej wersji narzędzia. VRAG-R składa się z 12 pozycji, odnoszących się do czynników statycznych (historycznych), które oceniane są w zależności od stopnia ich związku z ryzykiem ponownego popełnienia przestępstwa z użyciem przemocy, w tym seksualnego. VRAG i VRAG-R ma ograniczone zastosowanie wśród kobiet, jego stosowanie wśród płci żeńskiej nie zostało dostatecznie sprawdzone¹⁰⁰.

SARA (ang. *Spousal Assault Risk Assessment Guide*)

To narzędzie szacowania ryzyka ponownego wystąpienia przemocy małżeńskiej/partnerskiej opracowane w nurcie SPJ. Obejmuje ocenę czynników związanych z historią kryminalną, funkcjonowaniem psychicznym oraz aktualnym funkcjonowaniem społecznym danej osoby. Narzędzie SARA stanowi połączenie oceny statycznych (stałych i stosunkowo niezmiennych) oraz dynamicznych (zmiennych, charakterystycznych dla różnych etapów rozwoju przemocy) czynników związanych z konkretnym przypadkiem ryzyka ponownego wystąpienia przemocy. Narzędzie zawiera 20 pozycji, które umożliwiają dokonanie zarówno ilościowej oceny poziomu ryzyka, jak również oceny klinicznej poprzez identyfikację tzw. momentów krytycznych i dostarczenie subiektywnego wskaźnika ryzyka popełnienia czynu przez sprawcę wobec partnera lub byłego partnera¹⁰¹. Aktualnie dostępna jest najnowsza wersja – 3 narzędzia, która zawiera 24 pozycje podzielone na 3 główne domeny: charakter przemocy w związku, czynniki ryzyka sprawcy, czynniki podatności ofiary. Każda pozycja oceniana jest wg 3-stopniowej skali: czynnik obecny, czynnik możliwy lub częściowo obecny, czynnik nieobecny. Po dokonaniu oceny wszystkich czynników, oceniający opracowuje koncepcję przypadku, określa najbardziej prawdopodobne scenariusze ryzyka oraz opracowuje plan zarządzania ryzykiem, który obejmuje m.in.: monitorowanie, leczenie, nadzór i/lub działania mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa ofiary. Na koniec oceniający sporządza dokumentację, w której określa priorytet sprawy, rodzaj możliwych szkód lub zagrożeń oraz wskazuje termin kolejnej oceny ryzyka. Dostępne są ograniczone dane mówiące o trafności predykcyjnej narzędzia SARA-V3. Literatura naukowa sugeruje, że wcześniejsze wersje narzędzia były pomocne w ustrukturyzowaniu oceny ryzyka przemocy ze strony partnera jak również w opracowaniu i wdrażaniu strategii ograniczania / zarządzania ryzykiem¹⁰².

SVR-20 (ang. *Sexual Violence Risk 20*)

Kwestionariusz SVR-20 jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi SPJ do oceny ryzyka przemocy seksualnej u dorosłych sprawców przestępstw seksualnych. To ustrukturyzowane narzędzie kliniczne opracowane przez specjalistów z zakresu psychiatrii sądowej. Narzędzie SVR-20 obejmuje 20 czynników pogrupowanych w trzy obszary (domeny):

- funkcjonowanie psychologiczne (ang. *psychological adjustment*) – odnosi się do ogólnego funkcjonowania psychicznego i społecznego sprawcy, obejmuje czynniki, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia przemocy seksualnej lub utrudniać zachowanie kontroli nad sobą.

¹⁰⁰ Quinsey, V. N., (2019). *Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) and the Violence Risk Appraisal Guide–Revised (VRAG-R)*. The SAGE Encyclopedia of Criminal Psychology. SAGE reference. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781483392240.n531>.

¹⁰¹ Przeperski, J. (2019). Diagnostowanie zjawiska przemocy domowej – konteksty teoretyczne i praktyczne. In *Family Forum* (No. 9, pp. 33-51). Uniwersytet Opolski. DOI: 10.25167/FF/1508.

¹⁰² Borum, R., Scalora, M., Otto, R., Schneider, K., Kennedy, K., Vanberschot, J., ... & Jaros, S. (2022). *Structured professional judgment (SPJ) tools: A reference guide for Counter-Insider Threat (C-InT) hubs*. Defense Personnel and Security Research Center (PERSEREC).

Uwzględnia m.in. obecność zaburzeń psychicznych, uzależnień oraz trudności w relacjach interpersonalnych;

- historia przestępstw seksualnych (ang. *history of sexual offenses*) – ocenie podlega m.in. częstość i rodzaj stosowanej przemocy seksualnej, stosowanie przemocy fizycznej użycie broni lub gróźb, eskalacja częstości lub nasilenia przestępstw seksualnych, bagatelizowanie lub akceptacja przestępstw seksualnych;
- plany na przyszłość (ang. *future plans*) – ocenia perspektywę i nastawienie sprawcy do swojej przyszłości.

Procedura oceny przy użyciu SVR-20 obejmuje trzy etapy. W pierwszym doświadczony klinicysta sądowy ocenia wskazane 20 czynników oraz dodatkowe, specyficzne dla danej osoby czynniki ryzyka, wg skali: obecny, częściowo obecny/możliwy lub nieobecny. W drugim etapie oceniający określa, czy nastąpiła zmiana w zakresie ocenianych czynników (pogorszenie, bez zmian, poprawa). W ostatnim etapie dokonuje się ostatecznej oceny ryzyka wystąpienia przemocy seksualnej w przyszłości, określając je jako: niskie, umiarkowane lub wysokie. Poziom ryzyka odzwierciedla również stopień koniecznej interwencji. Zaleca się wykorzystywanie narzędzia SVR-20 w przypadku mężczyzn w wieku ≥ 18 lat, u których stwierdzono lub podejrzewa się historię przemocy seksualnej. Użycie narzędzia w odniesieniu do nieletnich mężczyzn lub kobiet wymaga ostrożności. Narzędzie SVR-20 wykazuje co najmniej umiarkowaną trafność predykcyjną¹⁰³.

STATIC-99

To narzędzie aktuarialne opracowane w celu oceny ryzyka recydywy przestępstw seksualnych związanych z przemocą, dostępne w polskim tłumaczeniu. Dotyczy dorosłych mężczyzn, którzy zostali skazani lub oskarżeni o co najmniej jedno przestępstwo seksualne wobec dziecka lub osoby dorosłej, która nie wyraziła zgody na kontakt seksualny. Narzędzie opiera się na ocenie czynników statycznych, które wykazują istotną korelację z ryzykiem ponownego popełnienia przestępstw seksualnych. STATIC-99 składa się z 10 pozycji, zawierających pytania demograficzne, dotyczące wcześniejszej karalności oraz dotyczące ofiary. Ostateczna ocena w STATIC-99 jest sumą punktów przydzielonych za poszczególne 10 kategorii ocenianych czynników ryzyka. Każdej pozycji można przypisać wartość 0 lub 1 pkt., a w niektórych przypadkach 2 pkt., w zależności od obecności lub intensywności danego czynnika. Łączna liczba punktów, jaką można uzyskać wynosi od 0 do 12 pkt. Wartości od 6 pkt. wzwyż są uważane za związane z występowaniem wysokiego ryzyka przemocy. Ocena ryzyka recydywy uzyskana przy użyciu narzędzia STATIC-99 opiera się na danych grupowych, tj. bazując na analizie osób o podobnych cechach i historii przestępstw. Należy mieć na uwadze, że wyniki nie pokazują dokładnego poziomu ryzyka dla konkretnego sprawcy, mogą być wyższe lub niższe, zależnie od czynników, które nie zostały uwzględnione w STATIC-99. Nie zaleca się stosowania tego narzędzia wobec młodych przestępców (<18 lat w przewidywanym terminie zwolnienia) i kobiet¹⁰⁴. W nowszej, zrewidowanej wersji narzędzia STATIC-99R, wprowadzono zmodyfikowany system oceny wieku sprawcy, oparty na zróżnicowanych kategoriach wiekowych, który uwzględnia stopniowy spadek ryzyka wraz ze wzrostem wieku. Łączna liczba punktów jaką można uzyskać po ocenie dokonanej narzędziem STATIC-99R wynosi od -3 do 12 pkt¹⁰⁵. Narzędzie STATIC-99 opiera się na czynnikach ryzyka, których związek z recydywą seksualną został wcześniej empirycznie wskazany i stworzono wprost określone reguły łączenia tych czynników w jeden obrazujący poziom ryzyka wynik. Dostarcza informacji o oszacowaniach prawdopodobieństwa ponownego skazania za przestępstwo seksualne. Słabą stroną narzędzia jest umiarkowana trafność predykcyjna i brak uwzględniania wszystkich czynników mogących mieć znaczenie w szeroko rozumianej ocenie ryzyka¹⁰⁶.

RSVP (ang. *Risk for Sexual Violence Protocol*)

¹⁰³ Rettenberger, M., Hucker, S. J., Boer, D. P., & Eher, R. (2009). *The reliability and validity of the Sexual Violence Risk-20 (SVR-20): An international review.* (1–4).

¹⁰⁴ Harris, A., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). *Zasady kodowania STATIC-99 Poprawione–2003.*

¹⁰⁵ Washington Association of Sheriffs and Police Chiefs. (2015). *Sex offender risk assessment.* Pozyskano z: <https://www.waspc.org/assets/SexOffenders/static%20-99r%20training%20november%202015.pdf?utm>, dostęp z 07.10.2025 r.

¹⁰⁶ Harris, A., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). *Zasady kodowania STATIC-99 Poprawione–2003.*

RSVP to powszechnie stosowane, ustrukturyzowane narzędzie SPJ, które ma na celu pomoc w kompleksowej, zorientowanej na zarządzanie, ocenie ryzyka przemocy seksualnej. Obejmuje sześć etapów, które ułatwiają analizę ryzyka oraz zawierają wskazówki dotyczące opracowania interwencji w zakresie zarządzania ryzykiem. Etapy obejmują:

- gromadzenie danych;
- ocenę obecności czynników ryzyka;
- ocenę istotności czynników ryzyka;
- identyfikację i opis najbardziej prawdopodobnych scenariuszy przyszłego ryzyka;
- opracowanie rekomendacji dotyczących zarządzania przypadkiem;
- podsumowanie oceny.

Narzędzie RSVP obejmuje 22 podstawowe czynniki ryzyka przemocy seksualnej, pogrupowane w 5 domen, tj.: historia przemocy seksualnej, funkcjonowanie psychologiczne, zaburzenia psychiczne, przystosowanie społeczne, możliwość zarządzania ryzykiem. Narzędzie RSVP wywodzi się z narzędzia SVR-20 i jest do niego podobne, jednak ocena ryzyka przy użyciu tego narzędzia jest bardziej ukierunkowana na zarządzanie ryzykiem, w tym wskazanie konkretnych planów zarządzania ryzykiem. RSVP jest zalecany do stosowania w sytuacjach, w których wskazana jest dogłębna, zorientowana na zarządzanie ocena, zwłaszcza, gdy osoba oceniająca posiada większą wiedzę specjalistyczną w zakresie zaburzeń psychicznych i przemocy seksualnej. Narzędzie może być używane samodzielnie, bez konieczności łączenia z innymi narzędziami oceny ryzyka przemocy¹⁰⁷.

SAPROF (ang. *Structured Assessment of Protective Factors*)

Narzędzie SAPROF zostało opracowane zgodnie z podejściem SPJ i jest przeznaczone do stosowania w połączeniu z narzędziami oceny ryzyka SPJ, takimi jak HCR-20 lub SVR-20. Celem narzędzia SAPROF jest uzupełnienie oceny ryzyka wystąpienia przemocy w przyszłości u sprawców przemocy (w tym przemocy seksualnej) oraz pacjentów psychiatrii sądowej. Ocena obecności lub braku czynników ochronnych umożliwia uzyskanie pełniejszego obrazu funkcjonowania jednostki i może stanowić istotne źródło informacji przy planowaniu leczenia i strategii zarządzania ryzykiem. Uwzględnianie czynników ochronnych, sprzyja podejściu zorientowanemu na zasoby pacjenta może mieć pozytywny wpływ na pacjenta i stanowić część procesu terapeutycznego. Narzędzie SAPROF zawiera trzy grupy czynników:

- wewnętrzne – odnoszą się do zasobów badanego, indywidualnych cech osobowościowych, np. inteligencja, empatia, samokontrola;
- motywacyjne – obejmujące czynniki ochronne, które skłaniają jednostkę do uczestnictwa w społeczeństwie w pozytywny sposób, np. zaangażowanie pacjenta w pracę, zajęcia rekreacyjne, postawa wobec autorytetów, cele życiowe;
- zewnętrzne – dotyczą warunków środowiskowych, nie zawsze zależne od pacjenta, np. kontakty społeczne, relacja intymna, warunki mieszkaniowe, nadzór zewnętrzny.

Czynniki oceniane są na 3-stopniowej skali (0–2), gdzie 0 – oznacza brak danego czynnika ochronnego, 1 – częściową obecność, 2 – zdecydowanie obecny czynnik. Oceniający oprócz wskazania występowania danego czynnika ma za zadanie zidentyfikować „pozycje krytyczne”, czyli czynniki ochronne, które są niezbędne do zapobiegania zrachowaniom agresywnym. Następnie oceniający określa poziom ochrony (niska, umiarkowana, wysoka), w kontekście konkretnego zdarzenia i dla określonego przedziału czasowego. Ocena czynników ochronnych nie powinna być traktowana jako

¹⁰⁷ Vargen, L. M., Jackson, K. J., & Hart, S. D. (2020). Interrater reliability, concurrent validity, and predictive validity of the risk for sexual violence protocol. *Running head: risk for sexual violence protocol*, 9–10. Pozyskano z: <https://www.sfu.ca/psyc/faculty/hart/vargen-et-al-in-press-lhb.pdf>, dostęp z 10.10.2025 r.

samodzielna metoda oceny ryzyka przemocy, lecz jako uzupełnienie narzędzi oceniających czynniki ryzyka np. narzędzia HCR-20¹⁰⁸. Od 2016 r. dostępna jest polska wersja narzędzia SAPROF¹⁰⁹.

Podsumowanie

Szacowanie ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą opiera się na identyfikacji czynników ryzyka, czyli takich cech lub okoliczności, dla których istnieją empiryczne dowody potwierdzające związek z podwyższonym prawdopodobieństwem popełnienia kolejnego przestępstwa. Zrozumienie predyspozycji badanej osoby do zachowań związanych z przemocą wymaga analizy czynników związanych z jego przeszłością, deficytami oraz obecnej sytuacji życiowej i społecznej. Ocena tych czynników może zostać dokonana w ramach jednego z trzech podejść: klinicznego, aktuarialnego oraz ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny (SPJ). Dobór narzędzia stosowanego celem oceny ryzyka przemocy powinien być uzależniony od kontekstu klinicznego i charakteru przemocy (ogólnej lub seksualnej), adekwatnie do przestępstwa, za które osoba skazana wcześniej odbywała karę. W praktyce klinicznej i sądowej stosuje się szereg narzędzi oceniających ryzyko zachowań związanych z przemocą lub oceniających czynniki chroniące przed wystąpieniem takich zachowań.

Wśród narzędzi stosowanych do oceny ryzyka zachowań związanych z przemocą szczególną rolę pełnią narzędzia do oceny czynników ochronnych, takie jak SAPROF. Narzędzie to stanowi uzupełnienie narzędzi SPJ oceniających ryzyko wystąpienia przemocy (np. HCR-20). Narzędzie skupia się na identyfikacji czynników/zasobów mających działanie chroniące przed dopuszczeniem się aktów przemocy. Dostępne są również narzędzia, które oprócz oceny ryzyka wystąpienia przemocy poddają ocenie także czynniki ochronne, należą do nich: HCRV-20V3 oraz START.

Ustrukturyzowane oceny ryzyka przemocy stały się ważnym aspektem rutynowej praktyki psychiatrii sądowej. W podejściu SPJ duże znaczenie mają aspekty związane z zapobieganiem przemocą, a nie wyłączenie określenie ryzyka jego wystąpienia, tak jak ma to miejsce w podejściu aktuarialnym. Zastosowanie ww. narzędzi pozwala na dokonanie systematycznej i kompleksowej oceny ryzyka przemocy, z uwzględnieniem zarówno zagrożeń jak i zasobów jednostki, co jest kluczowe w procesie planowania bezpiecznych i skutecznych strategii zarządzania ryzykiem.

4.3. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej

4.3.1. Metodyka

W dniach 11–16.09.2025 r., w celu odnalezienia wytycznych praktyki klinicznej, przeszukano strony polskich oraz zagranicznych towarzystw naukowych, organizacji i instytucji.

Przeszukano także strony wybranych organizacji HTA i EBM. Wyszukanie przeprowadzono z zastosowaniem następujących słów kluczowych: *precautionary measures, forensic psychiatric measure, forensic psychiatric patient, preventive measure, security measure, secure forensic psychiatry unit, forensic mental health, forensic mental health services*.

Wyszukiwanie przeprowadzono na stronach następujących agencji HTA oraz instytucji działających w ochronie zdrowia:

1. US Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/>,
2. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>,
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), <https://www.ahrq.gov/>,
4. The Community Guide, <https://www.thecommunityguide.org/>,

¹⁰⁸ de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y. A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *International journal of forensic mental health*, 10(3), 171-177.

¹⁰⁹ Welento-Nowacka, A. (2017a). Zastosowanie oraz założenia teoretyczne narzędzi opartych na modelu ustrukturyzowanej oceny ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą w praktyce klinicznej. *Psychiatria*, 14(1), 21-27.

5. National Institute for Health Research, <https://www.nihr.ac.uk>,
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, <https://www.sign.ac.uk/>,
7. NHS Education for Scotland, <https://www.knowledge.scot.nhs.uk/home>,
8. National Institute for Health and Care Excellence, <https://www.nice.org.uk/guidance>,
9. East Lancashire, <https://www.lancashireandsouthcumbriaformulary.nhs.uk/>,
10. NHS Wales, <https://www.nhs.wales/>,
11. HSE Ireland, <https://www.hse.ie/>, <https://www.gov.ie/en/department-of-health/collections/national-clinical-guidelines/>,
12. National Health and Medical Research Council, www.nhmrc.gov.au/guidelines,
13. Belgian Federal Health Care Knowledge Centre, <http://kce.fgov.be>,
14. Danish Health Authority, <http://www.irf.dk>,
15. the Swedish National Board of Health and Welfare, <http://www.socialstyrelsen.se/nationalguidelines>,
16. the Istituto Superiore di Sanità (ISS), <https://snlg.iss.it/>,
17. National Guideline Clearinghouse, www.guideline.gov,
18. Trip Data Base, www.tripdatabase.com,
19. The Royal Australian College of General Practitioners Ltd., <http://www.racgp.org.au/yourpractice/guidelines/>,
20. National Health and Medical Research Council (NHMRC), <https://www.nhmrc.gov.au/>,
21. Department of Health, Australia, <http://www.health.gov.au/cdnasongs>,
22. Ministry of Health, Nowa Zelandia, <https://www.health.govt.nz/>,
23. New Zealand Guidelines Group, <https://anz-guideline-network.webnode.page/anz-guidelines/>,
24. Government of Canada, <https://www.canada.ca/en.html>,
25. The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), <https://rnao.ca/>,
26. Canadian Task Force for Preventive Health Care (CTFPHC), <http://canadiantaskforce.ca/?content=pcp>,
27. Critical Care Services Ontario, <https://www.criticalcareontario.ca/EN/Pages/default.aspx>,
28. World Health Organization, <https://www.who.int/publications/who-guidelines>,
29. European Psychiatric Association, <https://www.europsy.net/>,
30. International Association of Forensic Mental Health Services, <https://iafmhs.wildapricot.org/>,
31. American Academy of Psychiatry and the Law, <https://www.aapl.org/>,
32. Polskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej, <https://ptps.com.pl/>,
33. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, <https://psychiatria.org.pl/>,
34. Guidelines International Network, <https://g-i-n.net/>,
35. Medycyna Praktyczna, www.mp.pl,
36. Medline, <https://ovidsp.ovid.com/>,
37. Embase, <https://ovidsp.ovid.com/>,
38. Google Scholar, <https://scholar.google.com/>,
39. UpToDate, <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/uptodate>.

Przeprowadzono także wyszukiwanie wolnotekstowe w wyszukiwarce google.pl.

4.3.2. Opis

Do analizy włączono 6 wytycznych praktyki klinicznej, które znajdują zastosowanie w przypadku organizacji diagnostyki i leczenia sprawców przestępstw, prowadzonych w warunkach wolnościowych.

W tabeli poniżej zamieszczono szczegółowy opis rekomendacji z uwzględnieniem siły poszczególnych zaleceń wraz z poziomem dowodów naukowych i siłą zaleceń – jeśli zdefiniowano (definicje dostępne w Załączniku nr 1).

Tabela 4. Opis wytycznych klinicznych

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
NHS Scotland 2014¹¹⁰ <i>National Health Service Scotland</i> Szkocja	Wytyczne odnoszą się do pacjentów, którzy stwarzają ryzyko ciężkiego zagrożenia dla innych osób i w związku z tym wymagają specjalistycznej opieki w zakresie psychiatrii sądowej. „Pacjenci sądowi” (ang. <i>forensic patients</i>) określani są niekiedy jako sprawcy z zaburzeniami psychicznymi, choć nie wszyscy posiadają wyroki skazujące. Opieka nad tą grupą pacjentów może być realizowana w warunkach szpitali o wzmocnionym zabezpieczeniu lub przez środowiskowe świadczenia zdrowia psychicznego (ang. <i>community mental health services</i>). Większość pacjentów sądowych wykazuje również zaburzenia osobowości, często współistniejące z chorobami psychicznymi, nadużywaniem substancji psychoaktywnych i/lub deficytami poznawczymi. Tak złożone i trwałe problemy wymagają wysoce specjalistycznych, indywidualnie dopasowanych interwencji psychologicznych, realizowanych przez specjalistów o najwyższym poziomie kwalifikacji. Niemniej jednak pacjenci sądowi mogą również mieć mniej złożone problemy podstawowe lub towarzyszące, w przypadku których mogą reagować na mniej intensywne interwencje. Możliwe jest zatem zastosowanie modelu dopasowanej opieki stopniowanej (ang. <i>matched stepped care</i>), a w przypadku braku dowodów naukowych dotyczących konkretnie pacjentów sądowych, tabele zawarte w pozostałej części dokumentu mogą służyć jako wskazówki do planowania leczenia (np. w przypadku nadużywania substancji lub psychoz). Tabele zawarte w dokumencie odnoszą się do zachowań przestępczych i interwencji stosowanych w przypadku danych zachowań, dla których istnieje baza dowodowa odnosząca się do pacjentów sądowych. W przypadku niektórych zachowań przestępczych lub problemów powiązanych, dowody naukowe dotyczące sprawców z zaburzeniami psychicznymi pozostają w fazie początkowej, dlatego nie przedstawiono żadnej tabeli (np. w zakresie podpalenia, przemocy wobec partnera, prześladowania oraz poważnego zaburzenia osobowości). W sytuacji, gdy brak jest standardowego lub jednego odpowiedniego sposobu leczenia, właściwym podejściem jest próba zrozumienia i leczenia problemów leżących u podstaw zachowania. W takich przypadkach wysoko wyspecjalizowani psycholodzy powinni wykorzystać dostępne dowody naukowe do wyboru, modyfikacji, adaptacji oraz oceny interwencji psychologicznych tak, aby odpowiadały one indywidualnym ryzykom i potrzebom pacjenta, uwzględniały jego konkretne style uczenia się oraz ewentualne deficyty poznawcze. Należy również uwzględnić szereg czynników, aby zapewnić bezpieczne i skuteczne prowadzenie terapii psychologicznych w ramach świadczeń psychiatrii sądowej: 1. Identyfikacja i opracowanie potrzeb psychologicznych muszą odbywać się w ramach procesu oceny i zarządzania ryzykiem. Proces ten obejmuje identyfikację i adresowanie pełnego zakresu ryzyka oraz potrzeb pacjenta. Umożliwia on ustalenie odpowiedniej sekwencji interwencji w odniesieniu do innych elementów planu leczenia lub planu zdrowienia, a także ich regularną ewaluację w świetle postępów pacjenta. Niezbędny jest udział specjalistów o najwyższych kompetencjach w zakresie oceny ryzyka wyrządzenia krzywdy sobie lub innym, którzy powinni dokonywać przeglądu postępów pacjentów w terapii psychologicznej pod kątem ich wpływu na poziom ryzyka. 2. Większość sprawców przestępstw seksualnych i z użyciem przemocy cierpi na zaburzenia osobowości, szczególnie ci, którzy wyrządzają ciężkie szkody i/lub dopuszczają się przestępstw wielokrotnie. Gdy pacjenci obejmowani są świadczeniami zdrowia psychicznego z powodu współwystępującej choroby psychicznej lub niepełnosprawności intelektualnej, należy również ocenić rodzaj i zakres trudności osobowościowych. Mogą one obejmować od prostego zaburzenia osobowości (jedna diagnoza w ramach danej osi diagnostycznej DSM-IV), poprzez złożone i poważne zaburzenia osobowości (spełniające kryteria kilku zaburzeń obejmujących więcej niż jedną oś diagnostyczną), aż po psychopatię. Chociaż zaburzenie osobowości rzadko jest głównym powodem, dla którego ktoś trafia do specjalistów zdrowia psychicznego, zrozumienie jego skutków odgrywa kluczową rolę w pracy nad zachowaniami przestępczymi, w prowadzeniu leczenia innych schorzeń oraz w ocenie zaburzonego funkcjonowania emocjonalnego, interpersonalnego i behawioralnego, które może znacząco wpływać na proces leczenia i zarządzania. Interwencje psychologiczne dla osób z zaburzeniami osobowości powinny mieć na celu: 1) Pomoc personelowi w formułowaniu podejścia, interakcji i zarządzania pacjentem. 2) Poprawę funkcjonowania osobowości poprzez specyficzne terapie.

¹¹⁰ NHS Scotland. (2014). *The Matrix Evidence Tables Forensic Services*. Pozyskano z: https://www.nes.scot.nhs.uk/media/emqfyteu/matrix_-_forensicservicestables.pdf, dostęp z 18.09.2025 r.

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	3) Zmniejszenie ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa dzięki odpowiednio dostosowanym programom pracy nad zachowaniami przestępczymi. 3. Wszyscy pacjenci sądowi powinni być objęci opieką opartą na ocenie i planowaniu leczenia, tzw. <i>Care Programming Approach</i>, CPA¹¹¹. Gwarantuje to przestrzeganie odpowiednią ocenę i zarządzanie ryzykiem, w tym odnoszące się do potrzeb psychologicznych. 4. Motywacja do podjęcia leczenia, znana jako „gotowość do zmiany”, wydaje się wpływać na reakcję sprawcy na oddziaływania psychologiczne. Choć strategie motywacyjne stosowane wobec poszczególnych pacjentów mogą być pomocne, pozytywna atmosfera terapeutyczna jest również niezbędna dla osiągnięcia gotowości. Ważnymi czynnikami w tym zakresie są: skuteczna praca wielodyscyplinarna, intensywna superwizja i systemy praktyki refleksyjnej¹¹², personel z kompetencjami psychologicznymi oraz zwracanie szczególnej uwagi na środowisko organizacyjne, fizyczne, społeczne i psychologiczne. 5. Podejścia oparte na mocnych stronach, takie jak „Model Dobrego Życia” (ang. <i>Good Lives Model</i>)¹¹³, dają obiecujące rezultaty w pracy ze sprawcami i są zgodne z filozofią „zdrowienia” z zaburzeń psychicznych. Zgodnie z tym założeniem interwencje powinny być projektowane w taki sposób, aby umożliwiały jednostkom dokonywanie pozytywnych wyborów i zmian w ich życiu oraz wykorzystywanie naturalnych okazji do rozwoju stylu życia wolnego od przestępczości i sprzyjającego zdrowiu psychicznemu. Kluczowym elementem tego procesu są możliwości zawodowe, społeczne, twórcze i edukacyjne, a także promowanie aktywności fizycznej i dobrostanu. 6. Prawa pacjenta muszą być starannie wyważone wobec prawa społeczeństwa do ochrony przed szkodą. 7. Świadczeniodawcy zdrowia psychicznego mają obowiązek współpracować z innymi instytucjami (np. <i>Mental Health Tribunal Service, Multi-Agency Public Protection Arrangements, the Parole Board for Scotland, Scottish Government, Scottish Courts, Risk Management Authority and the Scottish Prison Service</i>)¹¹⁴. Może to wymagać udostępnienia informacji dotyczących potrzeb psychologicznych pacjentów lub postępów w terapii, które są istotne dla zarządzania ryzykiem. Podczas interpretacji zaleceń należy zwrócić uwagę na to, że: • Tabele są podzielone na sekcje dotyczące głównych problemów klinicznych i behawioralnych, ale ważne jest, aby uznać, że te podziały są w pewnym stopniu arbitralne, ponieważ większość pacjentów sądowych ma liczne i powiązane ze sobą problemy. • Badania nad sprawcami bez zaburzeń psychicznych są na ogół bardziej rozpowszechnione i zasługują na wspomnienie w modelu macierzy zdrowia psychicznego w kontekście sądowym, ponieważ jest wysoce prawdopodobne, że przynajmniej część pacjentów sądowych (zwłaszcza tych z zaburzeniami osobowości) pojawi się w badaniach, które nie obejmowały sprawców. Jednakże wiele badań ma określone kryteria wykluczenia, w tym również nieuwzględnianie w badaniu sprawców z problemami zdrowia psychicznego. • Badania populacji sprawców, w których nie przeprowadzono formalnej oceny zaburzeń psychicznych, ale które mimo to są szczególnie wysokiej jakości (RCT, metaanalizy lub przeglądy systematyczne), mają w tabelach siłę zalecenia B. • Źródła podane w tabelach stanowią przykład najlepszego obecnie poziomu dowodów naukowych w odniesieniu do każdego leczenia.

¹¹¹ *Care Programming Approach* – system dostarczania świadczeń zdrowia psychicznego w środowisku lokalnym. Został wprowadzony w Anglii w 1991 roku, a do 1996 roku stał się kluczowym elementem systemu opieki psychiatrycznej w tym kraju. Podejście to zakłada, że instytucje opieki zdrowotnej i opieki społecznej dokonują oceny potrzeb pacjenta, opracowują pisemny plan opieki, wyznaczają koordynatora opieki, a następnie dokonują regularnej weryfikacji opracowanego planu z udziałem kluczowych interesariuszy – zgodnie z ustawą o *National Health Service and Community Care Act 1990*.

¹¹² Proces refleksyjnej praktyki polega na poddawaniu ciągłej analizie działań i wyciąganiu wniosków na przyszłość. Źródło: Janczukowicz, J., Schofield, S. J. (2013). *Altruizm to za mało Część 6: Profesjonalizm a refleksyjna praktyka*. Pozyskano z: https://podyplomie.pl/medycyna/15171,altruizm-to-za-malo-czesc-6-profesjonalizm-a-refleksyjna-praktyka?srsltid=AfmBOoqnsF_7M_zZaktiDVtiwmBKY2VCnGemKcR_SWicAiUBdY4I_nLD, dostęp z: 22.10.2025 r.) Termin odnoszący się do praktyki zawodowej i edukacji opartej na krytycznej analizie własnych działań, która ma na celu modyfikację i poprawę działania. Na podstawie: Perkowska-Klejman, A. (2024). *Refleksyjność w kontekście uczenia się. Poszukiwanie pojęć, modeli i metod. Przegląd literatury*. Pozyskano z: https://www.researchgate.net/profile/Anna-Perkowska-Klejman/publication/330168715_Refleksyjnosc_w_kontekście_uczenia_sie_Poszukiwanie_pojec_modeli_i_metod/links/5c30b63892851c22a35c84f5/Refleksyjnosc-w-kontekście-uczenia-sie-Poszukiwanie-pojec-modeli-i-metod.pdf, dostęp z 22.10.2025 r.

¹¹³ „Model Dobrego Życia” (ang. *Good Lives Model*, GLM) – model organizacji terapii przestępców seksualnych opracowany przez Timothy Warda z Victoria University of Wellington w Nowej Zelandii jako propozycja poszerzenia funkcjonującego modelu Ryzyko – Potrzeby – Odpowiedzialność (ang. *Risk – Need – Responsivity*, RNR). Źródło: Niewęglowski, J. (2024). *Terapia przestępców seksualnych. Przesłanki teoretyczne, diagnoza i organizacja*. In *Forum Pedagogiczne/Pedagogical Forum* (Vol. 14).

¹¹⁴ Organizacje publiczne działające w Szkocji w obszarze wymiaru sprawiedliwości, ochrony zdrowia psychicznego, bezpieczeństwa publicznego i zarządzania ryzykiem.

Towarzystwo naukowe	Zalecenia			
	- Interwencje o niskiej intensywności to krótkie interwencje ukierunkowane na obecne lub przemijające cierpienie bądź łagodne problemy zdrowia psychicznego, ale mogą one mieć ograniczony wpływ na ogólne funkcjonowanie lub ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa. - Interwencje o wysokiej intensywności oznaczają znormalizowaną terapię psychologiczną prowadzoną wg formalnego protokołu lub modelu, stosowaną w przypadku problemów zdrowia psychicznego, która ma istotny wpływ na funkcjonowanie oraz znaczący wpływ na ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa i przyszłe ryzyko wyrządzenia szkody. - Interwencje specjalistyczne to znormalizowane terapie psychologiczne o wysokiej intensywności, opracowane i zmodyfikowane dla określonych grup pacjentów. Są one ukierunkowane na umiarkowane/ciężkie problemy zdrowia psychicznego, które mogą być zaczerpnięte z różnych modeli psychologicznych i są dostosowane do problemów zdrowia psychicznego danego pacjenta, a kluczową rolę w realizacji terapii odgrywa ocena i zarządzanie ryzykiem.			
Agresja związana z gniewem				
Tabela przedstawiająca najwyższy poziom dowodów z interwencji stosowanych u dorosłych pacjentów płci męskiej, u których zaburzenia kontroli gniewu są główną przyczyną agresywnego i brutalnego zachowania. Niektóre inne podejścia wykazują obiecujące wyniki, ale brak jest badań z grupą kontrolną. Rutynowe kierowanie sprawców przemocy na interwencje związane z gniewem może być nieskuteczne lub przynosić efekt odwrotny, dlatego obecność gniewu jako problemu musi być formalnie stwierdzona.				
Poziom nasilenia	Poziom świadczenia	Intensywność interwencji	Interwencja	Siła zalecenia
Łagodny–umiarkowany	Świadczenia specjalistyczne drugiego stopnia referencyjnego ¹¹⁵ lub świadczenia ambulatoryjne lub świadczenia psychiatrii sądowej trzeciego stopnia referencyjnego w szpitalu zamkniętym, więzieniu lub społeczności	Wysoka intensywność	Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) zarządzanie gniewem	A
Złożony	Świadczenia specjalistyczne drugiego stopnia referencyjnego lub świadczenia ambulatoryjne lub świadczenia psychiatrii sądowej trzeciego stopnia referencyjnego w szpitalu zamkniętym, więzieniu lub społeczności	Specjalistyczna–wysokospecjalistyczna	Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) zarządzanie gniewem	A B
Przemoc ogólna				
Tabela przedstawiająca najwyższy poziom dowodów dla szerokich interwencji stosowanych u dorosłych mężczyzn w celu przeciwdziałania zachowaniom przemocowym, które mają charakter bardziej celowy/rozważny lub instrumentalny, w przeciwieństwie do zachowań wynikających głównie z braku kontroli gniewu. Przemoc jest tutaj definiowana jako „rzeczywista, usiłowana lub grożąca szkodą wobec osoby lub osób (...) przemoc to zachowanie, które ewidentnie prawdopodobnie spowoduje szkodę innej osobie lub osobom”. Ze względu na liczne czynniki przyczyniające się do przemocy oraz zróżnicowany charakter populacji pacjentów, nie istnieje jeden model koncepcyjny, jakie należy stosować interwencje.				
Poziom nasilenia	Poziom świadczenia	Intensywność interwencji	Interwencja	Siła zalecenia
Umiarkowany–poważny	Świadczenia psychiatrii sądowej trzeciego stopnia	Wysoka intensywność	Terapia poznawczo-	B

¹¹⁵ Opieka zdrowotna w Szkocji, w tym opieka psychologiczna i psychiatryczna, zorganizowana jest w ramach trzech poziomów referencyjnych (oraz dodatkowo w ramach świadczeń profilaktycznych): I poziom referencyjny (podstawowa opieka zdrowotna) – wizyty lekarza (ang. general practitioner, GP) i pozostałego personelu podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia NHS 24 Mental Health Hub, niektóre terapie psychologiczne, świadczenia programu „Distress Brief Interventions”; II poziom referencyjny – świadczenia skierowane do osób z długotrwałymi lub złożonymi zaburzeniami psychicznymi, które nie mogą być skutecznie prowadzone przez lekarza rodzinnego ani inne usługi opieki podstawowej obejmujące świadczenia psychiatryczne, psychologiczne, stacjonarną opiekę psychiatryczną, środowiskowe świadczenia zdrowia psychicznego i świadczenia interwencji kryzysowej (ang. crisis resolution services); III poziom referencyjny – wysoce specjalistyczne leczenie dla osób ze złożonymi zaburzeniami psychicznymi, które nie mogą być skutecznie leczone w ramach niższych poziomów opieki obejmujące: psychiatrię sądową, specjalistyczne usługi zdrowia psychicznego w okresie okoloporodowym, poradnie specjalistyczne leczenia zaburzeń takich jak zaburzenia odżywiania, zaburzenia nastroju i zaburzenia osobowości. Źródło: https://audit.scot/uploads/docs/report/2023/nr_230913_adult_mental_health.pdf, dostęp z 22.10.2025 r.

Towarzystwo naukowe	Zalecenia				
		referencyjnego w szpitalu zamkniętym, więzieniu lub społeczności		behawioralna (CBT)	
	Przestępstwa seksualne				
	Zaleca się następujące interwencje dla dorosłych mężczyzn ocenianych jako stwarzających ryzyko popełnienia przestępstw seksualnych. Mogą to być osoby, które dopuścili się przestępstw seksualnych, osoby, które były seksualnie agresywne bez postawienia im zarzutów karnych, lub osoby przejawiające popędy, fantazje czy zachowania wskazujące na ryzyko popełnienia przestępstwa seksualnego. Tabela przedstawia podstawowe zalecenia dotyczące leczenia psychologicznego w ramach świadczeń psychiatrii sądowej. Badania były zazwyczaj prowadzone w grupach mężczyzn sprawców przestępstw seksualnych, którzy dopuścili się gwałtu i wykorzystywania seksualnego dzieci. Istnieje niewiele dowodów naukowych wskazujących, czy sprawcy przestępstw wobec dzieci i dorosłych powinni być leczeni oddzielnie. Opracowano specjalne programy dla sprawców przestępstw internetowych, ale badania nad ich skutecznością są nadal oczekiwane. Podobnie, istnieje ograniczona liczba dowodów naukowych dotyczących wyników leczenia kobiet sprawczyń, sprawców zabójstw na tle seksualnym oraz sprawców przestępstw seksualnych, którzy nie zostali skazani. Zaprzeczanie winy nie ma związku z ryzykiem recydywy (z wyjątkiem sprawców kazirodztwa o niższym ryzyku), a leczenie można dostosować do potrzeb osób zaprzeczających.				
	Poziom nasilenia	Poziom świadczenia	Intensywność interwencji	Interwencja	Siła zalecenia
	Średnie do wysokiego ryzyko recydywy seksualnej	Świadczenia psychiatrii sądowej trzeciego stopnia referencyjnego	Wysoka intensywność	Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)	B
Osoby parafiliami (dewiacyjne zainteresowania seksualne)	Świadczenia psychiatrii sądowej trzeciego stopnia referencyjnego	Wysoka intensywność – wysokospecjalistyczna	Modyfikacja zachowania	C	
Ogólne zachowania przestępcze					
	Poziom nasilenia	Poziom świadczenia	Intensywność interwencji	Interwencja	Siła zalecenia
	Wszystkie poziomy nasilenia	Świadczenia drugiego stopnia referencyjnego / specjalistyczne ambulatoryjne lub sądowe świadczenia zdrowia z zakresu psychicznego trzeciego stopnia referencyjnego	Wysoka intensywność do wysokospecjalistycznej	Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)	B
EPA 2018¹¹⁶ <i>European Psychiatric Association</i>	Ocena i leczenie sprawców z zaburzeniami psychicznymi oparte na dowodach naukowych. <i>W opisie uwzględniono wybrane kwestie dotyczące niniejszego zlecenia.</i>				
Europa	Ocena ryzyka - Dokładna ocena czynników ryzyka i czynników ochronnych ma kluczowe znaczenie dla szacowania ryzyka oraz zapobiegania recydywie. - Ocena ryzyka jest wymagana zarówno w kontekście opiniowania na potrzeby sądowe, jak i przy planowaniu interwencji wobec sprawców z zaburzeniami psychicznymi (ang. <i>mentally disordered offenders</i>, MDO). - Zasada ryzyka w modelu Ryzyko – Potrzeby – Responsywność (ang. <i>Risk-Needs-Responsivity</i>) wymaga stosowania rzetelnych i trafnych narzędzi oceny ryzyka, aby przypisywać osoby do odpowiednich programów terapeutycznych w zależności od poziomu ryzyka. - Ryzyko można oceniać za pomocą nieustrukturyzowanej oceny klinicznej, aktuarialnych narzędzi oceny ryzyka oraz ustrukturyzowanych ocen eksperckich. - Nieustrukturyzowane oceny mają charakter subiektywny i wykazują niską trafność predykcyjną.				

¹¹⁶ Völlm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 51, 58–73. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.007>.

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	- Aktuarialne narzędzia oceny ryzyka oraz ustrukturyzowane oceny profesjonalne (ang. <i>Structured Professional Judgement</i>, SPJ) zostały opracowane w celu zwiększenia trafności predykcyjnej pomiarów ryzyka. - W aktuarialnych narzędziach oceny ryzyka wynik liczbowy określa prawdopodobieństwo np. wystąpienia przemocy w przyszłości. - Podejście ustrukturyzowanych ocen profesjonalnych odchodzi od wyłącznego uwzględniania zmiennych statycznych, obejmując również zmienne dynamiczne i umożliwiając ekspertom elastyczne modyfikowanie ogólnego poziomu ryzyka. Czynniki dynamiczne mogą podlegać modyfikacjom terapeutycznym, dlatego ta ocena może służyć do identyfikacji i określania celów leczenia. Dane empiryczne wskazują, że oba te podejścia wykazują podobną trafność predykcyjną. - Przykłady: Skala Ryzyka Przemocy (ang. <i>Violence Risk Scale</i>) obejmuje 6 czynników statycznych i 20 dynamicznych. Narzędzie HCR-20 (obecnie wersja 3) obejmuje 10 czynników statycznych oraz 10 dynamicznych – pięć dotyczących aktualnego funkcjonowania klinicznego oraz pięć związanych z przyszłym zarządzaniem ryzykiem. - Badania naukowe wskazują, że w przypadku mężczyzn metody aktuarialne przewyższają ustrukturyzowane oceny profesjonalne w przewidywaniu wystąpienia ponownych czynów związanych z przemocą. - Oceny czynników dynamicznych przed leczeniem mogą posłużyć do określania celów terapeutycznych, a oceny tych czynników po leczeniu – do monitorowania postępów, ale tylko pod warunkiem, że czynniki te mają nie tylko wartość predykcyjną, lecz także odzwierciedlają mechanizmy sprawcze zachowań przestępczych i ich zmiany przekładają się na zmianę zachowania. - W praktyce zarządzania ryzykiem klinicznym należy preferować modele przyczynowe zamiast wyłącznie predykcyjnych. - Wskazuje się na konieczność ostrożnego stosowania narzędzi oceny ryzyka w indywidualnych decyzjach klinicznych w specyficznych populacjach, takich jak kobiety czy osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Miejsca/warunki leczenia sprawców z zaburzeniami psychicznymi - Leczenie sprawców z zaburzeniami psychicznymi realizowane jest w różnych trybach – w warunkach środowiskowych, zarówno jako alternatywa dla kary pozbawienia wolności, jak i po zwolnieniu, w szpitalach psychiatrycznych o różnym stopniu zabezpieczenia, a także w zakładach karnych. Leczenie środowiskowe W warunkach środowiskowych osoby z przeszłością przestępczą powinny mieć dostęp do tych samych świadczeń, co pacjenci niebędący sprawcami przestępstw, choć niektóre aspekty tego leczenia mogą mieć charakter obowiązkowy. Przykładowo, osoby mogą odbywać karę ograniczenia wolności z obowiązkiem uczestnictwa w leczeniu psychiatrycznym lub terapii uzależnień. Podobnie, osoby warunkowo zwolnione z odbywania kary mogą być zobowiązane w ramach warunków zwolnienia do uczestnictwa w określonych formach leczenia. - Znaczenie świadczeń środowiskowych dla sprawców z zaburzeniami psychicznymi potwierdzają badania dotyczące częstości występowania zaburzeń psychicznych u sprawców przestępstw w warunkach środowiskowych. - Istnieją wyzwania związane ze świadczeniami psychiatrycznymi dla sprawców z zaburzeniami psychicznymi. Po pierwsze, wielu z nich doświadcza złożonych problemów społecznych i psychiatrycznych, i podobnie jak inne populacje w trudnej sytuacji społecznej i zdrowotnej, nie korzystają z dostępnych świadczeń lub czynią to sporadycznie i głównie w sytuacjach kryzysowych, np. po przedawkowaniu czy urazach odniesionych w bójce. Po drugie, w krajach, gdzie dostęp do świadczeń jest określany na podstawie diagnozy, sprawcy z zaburzeniami psychicznymi mogą być w gorszej sytuacji, ponieważ często prezentują spektrum zaburzeń poniżej progu diagnostycznego, które nie spełniają kryteriów kwalifikacji do poszczególnych świadczeń. Na przykład, osoby mogą doświadczać krótkotrwałych epizodów psychotycznych, ale nie spełniają kryteriów rozpoznania schizofrenii, przez co nie zostaną przyjęte pod opiekę zespołu środowiskowego zdrowia psychicznego. Podobnie, osoby z inteligencją z „pogranicza normy” (ang. <i>borderline intelligence</i>)¹¹⁷ lub lekką niepełnosprawnością intelektualną mogą nie kwalifikować się do specjalistycznych usług, jeśli ich problemy nie są wystarczająco poważne. Podobnie jest w przypadku nadużywania substancji – sprawcy z zaburzeniami psychicznymi mogą używać różnych substancji bez rozwinięcia uzależnienia od którejkolwiek z nich, co uniemożliwia im dostęp do usług leczenia uzależnień.

¹¹⁷ Termin odnosi się do osób z poziomem inteligencji niższym niż przeciętny, tj. pomiędzy -1,01 a -2,00 odchyleniem standardowym. Na podstawie: <https://prototo.pl/wp-content/uploads/2012/09/Inteligencja-borderline7.pdf>, dostęp z: 22.10.2025 r.

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	• Nie jest jasne, który model leczenia środowiskowego dla sprawców z zaburzeniami psychicznymi jest najbardziej efektywny oraz czy zastosowanie przymusu daje lepsze rezultaty. Ze względu na złożone potrzeby wobec tej grupy pacjentów stosuje się model asertywnej opieki środowiskowej/asertywnego wsparcia środowiskowego (ang. <i>Assertive Community Treatment, ACT</i>). Nakazy leczenia środowiskowego (ang. <i>Community Treatment Orders</i>) umożliwiają stosowanie leczenia przymusowego w środowisku, zwykle po wypisie ze szpitala. • Autorzy badań naukowych zalecają zapewnienie dłuższego leczenia stacjonarnego, ukierunkowanego na rozwój umiejętności życiowych i ciągłość terapii, przed wdrożeniem modelu ACT. Co działa w przypadku sprawców z zaburzeniami psychicznymi [uwaga Analityka: opis wytycznych ograniczono do interwencji psychologicznych] Opieka nad sprawcami z zaburzeniami psychicznymi wymaga równoczesnego uwzględnienia: a) potrzeb leczenia wynikających ze specyficznych elementów zaburzenia psychicznego oraz b) potrzeb leczenia związanych z czynnikami sprzyjającymi zachowaniom kryminogennym. Dlatego programy leczenia muszą mieć wieloskładnikową strukturę, aby sprostać ich złożonym potrzebom. Ponadto pacjenci ci są narażeni na różne czynniki terapeutyczne i środowiskowe, co utrudnia przeprowadzanie rygorystycznych badań z grupą kontrolną oceniającą skuteczność konkretnych metod leczenia. • Model Ryzyko – Potrzeby – Responsywność jest jednym z najbardziej wpływowych modeli w zakresie oceny i rehabilitacji sprawców przestępstw. Opiera się na trzech zasadach: 1) Ryzyko – zachowania przestępcze można przewidywać, a interwencje należy kierować do sprawców wysokiego ryzyka; 2) Potrzeby – terapia powinna koncentrować się na potrzebach kryminogennych; 3) Responsywność – interwencje muszą być dostosowane do możliwości i stylu uczenia się jednostki. • Model Dobrego Życia (ang. <i>Good Lives Model</i>) opiera się na podejściu zasobowym. Koncentruje się na wzmacnianiu zdolności sprawców do osiągnięcia podstawowych dóbr ludzkich (np. relacji, autonomii, poczucia sensu) w sposób prosocjalny. • Interwencje psychologiczne, takie jak terapia poznawczo-behawioralna (CBT), <i>Reasoning and Rehabilitation</i> oraz trening rozwiązywania problemów i umiejętności interpersonalnych, wykazują skuteczność w redukcji agresji i przemocy. Zaangażowanie i ukończenie terapii są kluczowe dla efektywności. • Terapeutyczne programy poprawiające zaangażowanie i komunikację, takie jak remediacja poznawcza i terapia muzyką, mogą wspierać uczestnictwo w programach związanych z przestępczością. • W przypadku kobiet, które dokonały przestępstwa, najskuteczniejsze są interwencje dotyczące wczesnych traum i nadużywania substancji psychoaktywnych, z naciskiem na pracę skoncentrowaną na traumie i działania w warunkach opieki środowiskowej. • Programy dla sprawców przestępstw seksualnych dają mieszane wyniki; skuteczność wzrasta, gdy uczestnicy osiągają cele terapeutyczne, jednak ogólne dowody naukowe są ograniczone i potrzebne są dalsze badania wysokiej jakości. • Interwencje dla osób z zaburzeniami osobowości (w tym osobowość borderline i osobowość dyssocjalna) wykazują pewną skuteczność przy zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej CBT, terapii dialektyczno-behawioralnej DBT, psychoedukacji oraz krótkoterminowej psychoterapii dynamicznej, jednak wyniki zależą od ukończenia terapii i zróżnicowania pacjentów. Kluczowe znaczenie ma relacja terapeutyczna. • Leczenie psychopatii pozostaje niejednoznaczne; interwencje powinny być starannie oceniane, szczególnie w nowych świadczeniach. • Sprawcy z zaburzeniami psychicznymi wymagają długoterminowej, ciągłej, wieloskładnikowej opieki, uwzględniającej potrzeby psychiatryczne, funkcjonowanie społeczne i ryzyko recydywy. Skuteczne programy łączą interwencje psychologiczne, farmakologiczne i społeczne oraz ułatwiają przejście z opieki zamkniętej do środowiska społecznego. Wnioski: • Baza dowodowa dla psychiatrii sądowej jest niskiej jakości, a w tej złożonej i podwójnie stygmatyzowanej grupie pacjentów pilnie potrzebne są przyszłe wysokiej jakości badania. Pomimo tego można sformułować pewne wnioski dotyczące praktyki psychiatrii sądowej w Europie. • Opieka sądowo-psychiatryczna (ang. <i>forensic-psychiatric care</i>) daje lepsze wyniki niż wyłączenie osadzenia w więzieniu i powinna być preferowaną formą interwencji. • Organizacja świadczeń różni się znacznie w Europie, w tym miejsce ich świadczenia (więzienia, ogólne lub sądowe szpitale psychiatryczne), sposób organizacji (np. poziomy bezpieczeństwa), kto decyduje o dostępie do świadczeń i wypisie (organy rządowe, wymiar sprawiedliwości, personel medyczny) oraz

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	kryteria przyjęcia (np. wykluczenie określonych typów osób). Obecnie brak jest wystarczających dowodów naukowych, aby preferować jeden model opieki nad innym, ale generalnie preferowane są modele minimalizujące czas pobytu i ograniczenia oraz umożliwiające płynne przejścia. W zakresie nadzoru istotne jest, aby profesjonaliści pracujący w psychiatrii sądowej mogli podejmować decyzje w najlepszym interesie pacjentów i nie byli nadmiernie zależni od względów politycznych. • Ocena ryzyka stanowi istotny element psychiatrii sądowej. Do tego zadania należy stosować narzędzia strukturalne. Preferowane są narzędzia oparte na ustrukturyzowanej ocenie profesjonalnej, ponieważ pozwalają one na identyfikację celów leczenia i planów zarządzania ryzykiem, a nie tylko opis i przewidywanie przyszłych zdarzeń. Ze względu na co najwyżej umiarkowaną skuteczność w przewidywaniu ryzyka, praktycy powinni być świadomi ograniczeń dostępnych narzędzi i nie stosować ich jako jedyne kryterium podejmowania decyzji. Należy uwzględniać czynniki ochronne. • Osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny być kierowane do opieki psychiatrycznej jak najwcześniej w procesie sądowym, gdzie tylko jest to możliwe. • Obecnie nie można rekomendować stosowania nakazów leczenia środowiskowego jako podejścia do zarządzania sprawcami z zaburzeniami psychicznymi na podstawie dostępnych dowodów naukowych. • Osoby z zaburzeniami psychicznymi mają szereg złożonych potrzeb, a dowody naukowe dotyczące skuteczności poszczególnych interwencji są często ograniczone, szczególnie w przypadku współwystępowania zaburzeń, takich jak uzależnienia od substancji. Projektując interwencje dla sprawców z zaburzeniami psychicznymi, praktycy powinni korzystać z literatury dotyczącej pacjentów psychiatrycznych niepełniających przestępstw, jak również populacji przestępczych. • Model Ryzyko – Potrzeby – Responsywność oraz Model Dobrego Życia to kluczowe ramy teoretyczne wykorzystywane przy planowaniu opieki i programów terapeutycznych dla sprawców z zaburzeniami psychicznymi. • Ogólne elementy środowiska terapeutycznego obejmują terapeutyczne wykorzystanie bezpieczeństwa, pracę zespołową wielodyscyplinarną, zaangażowanie pacjentów, sensowne aktywności oraz jakość życia. Interwencje mające na celu zwiększenie motywacji i zaangażowania są szczególnie istotne dla sprawców z zaburzeniami psychicznymi. • Podejścia oparte na terapii poznawczo-behawioralnej CBT, terapii grupowej i indywidualnej, koncentrujące się na rozwiązywaniu problemów i umiejętnościach interpersonalnych, mają najlepszą bazę dowodową w leczeniu sprawców z zaburzeniami psychicznymi i powinny być preferowane nad innymi modelami. • Baza dowodowa dla interwencji wobec sprawców przestępstw seksualnych jest niskiej jakości i na jej podstawie nie można obecnie rekomendować żadnych interwencji psychospołecznych dla tej grupy. Pilnie potrzebne są badania identyfikujące skuteczne interwencje psychologiczne i psychospołeczne dla tych sprawców. • Zapobieganie samobójstwom jest kluczowe w każdym środowisku, w którym sprawcy z zaburzeniami psychicznymi są osadzeni lub leczeni.
RCPSYCH 2021¹¹⁸ <i>Royal College of Psychiatrists</i> Wielka Brytania	Standardy dotyczące świadczeń psychiatrii sądowej: opieka o niskim i średnim poziomie zabezpieczenia <i>W opisie uwzględniono wybrane kwestie dotyczące niniejszego zlecenia.</i> Typy standardów: Typ 1: Podstawowe standardy. Nieprzestrzeganie tych standardów stanowiłoby znaczące zagrożenie dla bezpieczeństwa, praw lub godności pacjentów i/lub naruszałoby prawo. Typ 2: Oczekiwane standardy, które powinny spełniać wszystkie świadczenia. Typ 3: Pożądane standardy, które powinny spełniać świadczenia o wysokiej efektywności. Przyjęcie i ocena 1. Pacjenci zostaną poddani wielodyscyplinarnej ocenie potrzeb i ryzyka przed przyjęciem, która zapewni, że przyjęcie do placówki jest właściwe, a potrzeby pacjentów są jasno określone (typ: 2; temat: planowanie opieki). 2. Wielodyscyplinarny zespół podejmuje decyzje dotyczące przyjęcia lub przeniesienia pacjenta. Może odmówić przyjęcia pacjenta, jeśli przewiduje, że obecność innych pacjentów zagrazi bezpieczeństwu i/lub skuteczności leczenia (typ: 2; temat: bezpieczeństwo).

¹¹⁸ Royal College of Psychiatrists. (2021). *Standards for Forensic Mental Health Services: Low and Medium Secure Care – Fourth Edition Quality Network for Forensic Mental Health Services*. Pozyskano z: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-standards-qnmhs/quality-network-for-forensic-mental-health-services---fourth-edition-standards.pdf?sfvrsn=fdcee87c_2, dostęp z 29.09.2025 r.

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	Opieka zdrowotna 3. W ciągu 72h od przyjęcia pacjenci przechodzą ocenę stanu zdrowia fizycznego, która jest powtarzana co sześć miesięcy lub częściej, jeśli jest to konieczne. Pacjenci są informowani o wynikach oceny stanu zdrowia fizycznego, które są zapisywane w ich dokumentacji medycznej (typ: 1; temat: planowanie opieki, zdrowy styl życia). 4. Wielodyscyplinarny zespół opracowuje plan opieki we współpracy z pacjentem i jego opiekunem (typ: 2; temat: planowanie opieki, zaangażowanie pacjenta i opiekuna). 5. Wielodyscyplinarny zespół co najmniej raz w miesiącu lub częściej, w zależności od potrzeb klinicznych, dokonuje przeglądu i aktualizacji planów opieki (typ: 2; temat: planowanie opieki). 6. Pacjent i jego opiekun biorą udział w rozmowach dotyczących opieki nad pacjentem i planowania leczenia. Otrzymują oni kopię planu opieki i możliwość zapoznania się z nim (typ: 2; temat: planowanie opieki, zaangażowanie pacjenta i opiekuna). 7. Pacjentom oferuje się oparte na dowodach naukowych interwencje psychologiczne mające na celu poprawę zdrowia psychicznego i ograniczenie zachowań przestępczych/ryzykownych, a wszelkie wyjątki są dokumentowane w notatkach dotyczących danego przypadku (typ: 2; temat: planowanie opieki). 8. Pacjenci mają spersonalizowany plan działań terapeutycznych i rozwijających umiejętności, który jest bezpośrednio powiązany z ich planem wyników. 9. Pacjenci przechodzą formalną ocenę swojej opieki (np. w ramach programu opieki lub jego odpowiednika) w ciągu pierwszych trzech miesięcy, a następnie co najmniej co sześć miesięcy, aby ocenić bieżące wyniki i postępy (typ: 1; temat: planowanie opieki, zaangażowanie pacjenta i opiekuna). 10. Świadczeniodawca identyfikuje i zajmuje się pilnymi potrzebami i obawami pacjenta związanymi z przejściem do innych placówek lub do społeczności (typ: 2; temat: planowanie opieki, zaangażowanie pacjenta i opiekuna). Pacjenci i ich opiekunowie są zapraszani na spotkania dotyczące wypisu ze szpitala i uczestniczą w podejmowaniu decyzji dotyczących planów wypisu (typ: 2; temat: planowanie opieki, zaangażowanie pacjenta i opiekuna). 11. Świadczeniodawca aktywnie współpracuje z koordynatorem opieki domowej i kolejnym punktem opieki (w tym innymi placówkami stacjonarnymi, zespołami ds. pomocy psychiatrycznej, zespołami zdrowia psychicznego w społeczności lub więzieniu), w celu opracowania solidnych ustaleń dotyczących wypisu/przeniesienia i zminimalizowania opóźnień w uzyskaniu wsparcia w sytuacjach kryzysowych (typ: 2; temat: planowanie opieki, bezpieczeństwo). Wskazówki: plany wypisania pacjenta zawierają czynniki wyzwalające i ustalenia dotyczące „powrotu” do placówki w przypadku nawrotu choroby. Podczas przenoszenia pacjentów między placówkami następuje przekazanie, które zapewnia, że nowy zespół dysponuje aktualnym planem opieki i oceną ryzyka. Środowisko oddziału: 12. Przyciski alarmowe/osobiste alarmy są dostępne dla wszystkich pracowników, pacjentów i odwiedzających w obrębie zabezpieczonego obszaru (typ: 1; temat: bezpieczeństwo, ogólne otoczenie). 13. Pracownicy dbają o to, aby żadne poufne dane nie były widoczne ani dostępne poza zespołem (typ: 1; temat: bezpieczeństwo, ogólne otoczenie, polityka i procedury). 14. Środowisko spełnia potrzeby osób z niepełnosprawnością fizyczną (typ: 1; temat: bezpieczeństwo, ogólne otoczenie). 15. Pacjenci mogą dostosować otoczenie na oddziale i swoje pokoje do własnych potrzeb, we współpracy z personelem i w odpowiednich przypadkach (typ: 2; temat: dobrostan, ogólne otoczenie). 16. Wyposażenie minimalizuje ryzyko wykorzystania elementów wyposażenia jako broni, barier lub punktów mocowania (typ: 1; temat: bezpieczeństwo, ogólne otoczenie). Bezpieczeństwo fizyczne: 17. Świadczeniodawca zarządza bezpieczeństwem fizycznym zgodnie ze standardami określonymi w wytycznych <i>The Quality Network for Forensic Mental Health Services</i> dotyczących bezpieczeństwa fizycznego w opiece medycznej. Bezpieczeństwo proceduralne: W odniesieniu do następujących standardów istnieją sformalizowane polityki, procedury i wytyczne, które w miarę możliwości zostały opracowane wspólnie, dotyczące: • Przeciwdziałaniu znęcania się (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, polityka i procedury). • Przeprowadzania kontroli pacjentów i ich rzeczy osobistych, pracowników, odwiedzających oraz otoczenia (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, polityka i procedury). • Skutecznej współpracy z lokalną policją w sprawach dotyczących przestępstw/nękania/przemocy oraz, w stosownych przypadkach, z innymi organami wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, polityka i procedury). • Zarządzania sytuacjami, w których pacjenci są nieobecni bez usprawiedliwienia (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, polityka i procedury).

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	• Zapobiegania samobójstwom i postępowania w przypadku samookaleczeń (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, polityka i procedury). • Minimalizowania praktyk ograniczających (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, polityka i procedury). 18. Zasady i procedury dotyczące świadczeń są opracowywane, wdrażane i weryfikowane w porozumieniu z pacjentami, ich opiekunami i pracownikami. Istnieje procedura umożliwiająca pacjentom i ich przedstawicielom zapoznanie się z zasadami mającymi kluczowe znaczenie dla ich opieki (typ: 2; temat: zaangażowanie pacjenta i opiekuna, polityka i procedury). 19. Polityki, procedury i plany awaryjne są weryfikowane i w razie potrzeby aktualizowane w momencie istotnych zmian w świadczeniach, w przypadku wystąpienia incydentu oraz co najmniej raz na trzy lata (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, polityka i procedury). 20. Istnieją systemy służące do oceny wiedzy pracowników na temat zasad mających kluczowe znaczenie dla pełnionej przez nich funkcji (typ: 2; temat: szkolenia i kompetencje, polityka i procedury). Personel: 21. Wielodyscyplinarny zespół składa się z pracowników lub ma dostęp do pracowników z różnych środowisk zawodowych, co pozwala mu zapewnić pełen zakres zabiegów/terapii odpowiednich dla danej grupy pacjentów (typ: 2; temat: planowanie opieki, bezpieczeństwo, szkolenia i kompetencje). Wskazówki: w skład zespołu wchodzi psychiatrzy, pielęgniarki (w tym podstawowej opieki zdrowotnej), asystenci medyczni, dyplomowani psychologowie, inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia ¹¹⁹, pracownicy socjalni i pedagodzy. 22. Wszyscy członkowie personelu klinicznego podlegają indywidualnemu nadzorowi klinicznemu co najmniej raz w miesiącu lub zgodnie z innymi wytycznymi określonymi przez ich organizację zawodową (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, dobrostan, szkolenia i kompetencje, polityka i procedury). 23. Wszyscy pracownicy podlegają indywidualnemu nadzorowi kierownictwa liniowego w cyklu miesięcznym (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, dobrostan, szkolenia i kompetencje, polityka i procedury). 24. Wszyscy pracownicy przechodzą coroczną ocenę i plan rozwoju osobistego (lub jego odpowiednik) (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, dobrostan, polityka i procedury). 25. Wszyscy pracownicy mają dostęp do comiesięcznych formalnych sesji refleksyjnych (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, dobrostan, polityka i procedury). 26. Nowi pracownicy przechodzą szkolenie wprowadzające oparte na uzgodnionej liście kluczowych kompetencji (typ: 1; temat: bezpieczeństwo, dobrostan, szkolenia i kompetencje, polityka i procedury). 27. Pracownicy przechodzą szkolenia dostosowane do pełnionej funkcji i zgodne z wymogami ich organizacji zawodowej. Informacje na ten temat są zapisywane w ich indywidualnych planach rozwoju i aktualizowane zgodnie z lokalnymi wytycznymi. 28. Zespół przechodzi szkolenie z zakresu oceny ryzyka i zarządzania ryzykiem. Szkolenie to jest aktualizowane zgodnie z lokalnymi wytycznymi. 29. Zespół skutecznie radzi sobie z przemocą i agresją w placówce (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, szkolenia i kompetencje, polityka i procedury). 30. Pacjenci i opiekunowie są zaangażowani w opracowywanie i realizację szkoleń bezpośrednich (typ: 2; temat: bezpieczeństwo, zaangażowanie pacjenta i opiekuna, polityka i procedury).
RCPSYCH 2025¹²⁰ <i>Royal College of Psychiatrists</i> Wielka Brytania	Standardy dotyczące świadczeń psychiatrii sądowej <i>Dokument odnosi się do opieki w trybie stacjonarnym. W opisie uwzględniono wybrane kwestie dotyczące niniejszego zlecenia.</i> Typy standardów: Typ 1: Podstawowe standardy. Nieprzestrzeganie tych standardów stanowiłoby znaczące zagrożenie dla bezpieczeństwa, praw lub godności pacjentów i/lub naruszałoby prawo. Typ 2: Oczekiwane standardy, które powinny spełniać wszystkie świadczenia. Typ 3: Pożądane standardy, które powinny spełniać świadczenia o wysokiej efektywności. Przyjęcie i ocena:

¹¹⁹ Inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia (ang. allied health professions) – istnieje 14 możliwych do zarejestrowania tytułów innych zawodów medycznych mających zastosowanie w ochronie zdrowia, do których należą między innymi: terapeuci muzyczni, terapeuci zajęciowi, osteopaci, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, logopedzi, protetycy czy podiatrzy. Na podstawie: <https://www.england.nhs.uk/ahp/role/>.

¹²⁰ Royal College of Psychiatrists. (2025). *Standards for Forensic Mental Health Services. Sixth Edition.* Pozyskano z: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-standards-qnmhs/quality-network-for-forensic-mental-health-services---sixth-edition-standards.pdf?sfvrsn=b74daff9_6, dostęp z 09.10.2025 r.

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	1. Pacjenci przechodzą kompleksową ocenę stanu zdrowia psychicznego, która rozpoczyna się w ciągu czterech godzin od przyjęcia. Ocenę tę przeprowadza wielodyscyplinarny zespół i obejmuje ona następujące aspekty: • stan z zdrowia psychicznego i przyjmowane leki; • potrzeby psychospołeczne i psychologiczne; • mocne strony i obszary wymagające rozwoju (typ: 1). 2. W momencie przyjęcia pacjenta należy dokonać wszelkich niezbędnych ustaleń dotyczących następujących kwestii i poinformować o nich pacjenta: • bezpieczeństwo domu pacjenta; • ustalenia dotyczące osób pozostających na utrzymaniu (dzieci, osoby, którymi się opiekuje); • ustalenia dotyczące zwierząt domowych) (typ: 1). 3. Po przeprowadzeniu oceny pacjenci niezwłocznie rozpoczynają oparte na dowodach naukowych interwencje terapeutyczne, które są dostosowane do ich potrzeb biopsychospołecznych (typ: 1). Planowanie opieki i leczenie: 4. Każdy pacjent ma pisemny plan opieki, który odzwierciedla jego indywidualne potrzeby. Pracownicy współpracują z pacjentami i ich opiekunami (za zgodą pacjenta) przy opracowywaniu planu opieki, a następnie otrzymują jego kopię (typ: 1). 5. Pacjenci mają ocenę ryzyka i plan bezpieczeństwa, który jest tworzony wspólnie (jeśli pacjent jest w stanie w tym uczestniczyć), regularnie aktualizowany i w razie potrzeby udostępniany odpowiednim agencjom (z uwzględnieniem poufności) (typ: 1). 6. Na początku leczenia, w trakcie spotkań klinicznych i przy wypisie ze szpitala członkowie personelu wspólnie z pacjentem oceniają postępy pacjenta w realizacji wyznaczonych przez niego celów (typ: 2). 7. Każdy pacjent ma zapewnioną co najmniej raz w tygodniu godzinę spotkania z wyznaczonym członkiem zespołu opiekuńczego, aby omówić postępy, plany opieki i wszelkie wątpliwości (typ: 1). 8. Każdy pacjent ma wspólnie opracowany, spersonalizowany harmonogram zajęć terapeutycznych/rekreacyjnych, dostosowany do jego indywidualnych potrzeb, do którego realizacji zachęca go wielodyscyplinarny zespół (typ: 2). 9. Pacjenci są aktywnie zaangażowani w formalną wielodyscyplinarną ocenę, a ich opinie są jasno dokumentowane (typ: 1). Wypisanie i przeniesienie: 10. Pacjenci i opiekunowie są zaangażowani w proces planowania wypisu ze szpitala. Obejmuje to zapraszanie ich na spotkania dotyczące planowania wypisu oraz angażowanie w podejmowanie decyzji dotyczących planów wypisu (typ: 2). Wskazówki: opiekunami mogą być członkowie rodziny, przyjaciele lub inne osoby odgrywające istotną rolę w sieci społecznościowej pacjenta. 11. Specjaliści ds. zdrowia psychicznego przeprowadzają dokładną ocenę potrzeb osobistych, społecznych, bezpieczeństwa i praktycznych danej osoby, aby zmniejszyć ryzyko samobójstwa po wypisaniu ze szpitala (typ: 1). 12. W ciągu 24 godzin od wypisania pacjenta z placówki zespół przesyła kopię planu opieki nad pacjentem lub tymczasowe podsumowanie wypisowe wszystkim osobom wymienionym w planie jako zaangażowane w bieżącą opiekę nad pacjentem (typ: 1). Wskazówki: plan zawiera szczegółowe informacje dotyczące: • opieki w społeczności/postępowania po zakończeniu leczenia; • postępowania w sytuacjach kryzysowych i awaryjnych, w tym dane kontaktowe osób, z którymi należy się skontaktować; • leków, w tym monitorowania ich stosowania; • szczegółowych informacji dotyczących terminu, miejsca i osoby odpowiedzialnej za dalszą opiekę nad pacjentem. 13. W ciągu tygodnia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i innych zainteresowanych osób (za zgodą pacjenta) wysyłane jest podsumowanie wypisowe. Podsumowanie zawiera informacje o przyczynie przyjęcia pacjenta do szpitala i zmianach w jego stanie zdrowia, a także diagnozę, ocenę ryzyka i wskaźniki, leki i recepty (typ: 2). 14. Zespoły zapewniają wsparcie pacjentom, gdy ich opieka jest przenoszona do innego oddziału lub do zespołu ds. zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej (typ: 3). 15. Zespół dba o to, aby pacjenci wypisywani ze szpitala mieli zapewnioną opiekę kontrolną w ciągu 72 godzin od wypisania (typ: 1). 16. Świadczeniodawca działa proaktywnie we współpracy z koordynatorem opieki domowej, kolejnym punktem opieki i szerszą ścieżką opieki, aby zapewnić odpowiednią identyfikację opóźnień w wypisywaniu pacjentów gotowych do opuszczenia szpitala oraz podjęcie kroków w celu przyspieszenia tego procesu (typ: 2). Wskazówki: wszelkie zastrzeżenia należy zgłaszać do zespołu ds. współpracy ze świadczeniodawcami.

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	Środowisko oddziału: 17. Pracownicy, pacjenci i odwiedzający mogą włączać alarmy za pomocą przycisków alarmowych, pasków alarmowych lub osobistych alarmów. Istnieje uzgodniona procedura reagowania w przypadku włączenia alarmu (typ: 1). 18. Wyposażenie minimalizuje ryzyko wykorzystania elementów wyposażenia jako broni, barier lub punktów mocowania (typ: 1). 19. Oddział/jednostka posiada wyznaczone pomieszczenie do badań fizykalnych i drobnych zabiegów medycznych (typ: 2). Bezpieczeństwo fizyczne: 20. Świadczeniodawca zarządza bezpieczeństwem fizycznym zgodnie ze standardami określonymi w wytycznych <i>The Quality Network for Forensic Mental Health Services</i> dotyczących bezpieczeństwa fizycznego w opiece medycznej. Bezpieczeństwo proceduralne: 21. Istnieją ustalenia dotyczące współpracy z lokalną policją w sprawie incydentów, np. działalności przestępczej, nękania, przemocy wobec innych osób, w tym pracowników. Ustalenia te powinny być zgodne z szerszym protokołem ustaleń (typ: 2). 22. Ścieżka opieki uwzględnia problemy i zagrożenia ofiar i jest opracowywana we współpracy z odpowiednimi agencjami, np. funkcjonariuszami ds. kontaktów z ofiarami, kuratorami (typ: 2). Bezpieczeństwo relacyjne: 23. Świadczeniodawcy wykorzystują model „Zobacz, pomyśl, działaj” jako sposób myślenia o bezpieczeństwie relacji. Jest on uwzględniony w programie wprowadzającym, corocznie aktualizowanym i włączonym do możliwości uczenia się na poziomie świadczeń oraz poprawy jakości (typ: 1). Ochrona: 24. Istnieje wyznaczona osoba odpowiedzialna za bezpieczeństwo, która może doradzać i zapewniać, że wszystkie kwestie związane z bezpieczeństwem są odpowiednio eskalowane (typ: 1). Personel: 25. Istnieje zespół podstawowy złożony z wykwalifikowanych pracowników różnych specjalności, którzy współpracują w celu przeprowadzania ocen oraz zapewnienia bezpiecznej i skutecznej opieki opartej na dowodach naukowych. W skład zespołu wchodzi: a. psychiatra konsultant (typ: 1); b. psycholog (typ: 1); c. terapeuta zajęciowy (typ: 1); d. farmaceuta (typ: 2). 26. Oddział ma dostęp do tzw. „zawodów pokrewnych w ochronie zdrowia”, którzy zaspokajają różnorodne potrzeby pacjentów określone w planie leczenia przyjętych pacjentów. Istnieje wystarczająca ilość czasu na sesje i/lub ustalenia dotyczące ścieżki leczenia, aby w razie potrzeby skorzystać z pomocy tych pracowników (typ: 2).
AHMC 2006¹²¹ <i>Australian Health Ministers' Advisory Council</i> Australia	Krajowe wytyczne w psychiatrii sądowej <i>W opisie uwzględniono wybrane kwestie dotyczące niniejszego zlecenia.</i> Grupa docelowa: • Sprawcy lub domniemani sprawcy skierowani przez policję, sądy, prawników lub niezależne organy ustawowe do oceny psychiatrycznej i/lub leczenia. • Domniemani sprawcy zatrzymani lub objęci warunkowym zwolnieniem z powodu niezdolności do składania wyjaśnień lub uznania za niewinnych z powodu zaburzeń psychicznych. • Sprawcy lub domniemani sprawcy z chorobą psychiczną, których sądy lub niezależne organy ustawowe nakazały hospitalizację w bezpiecznej jednostce psychiatrii sądowej. • Więźniowie/młodociani sprawcy z chorobą psychiczną wymagający leczenia szpitalnego w warunkach bezpiecznych. • Wybrani sprawcy wysokiego ryzyka z chorobą psychiczną, kierowani przez organy zwalniające. • Więźniowie/młodociani sprawcy z chorobą psychiczną wymagający specjalistycznej oceny psychiatrycznej i/lub leczenia w zakładzie karnym. • Osoby z chorobą psychiczną w ogólnych świadczeniach zdrowia psychicznego, stanowiące istotne zagrożenie dla swoich opiekunów lub społeczności, wymagające zaangażowania specjalistycznej opieki z zakresu psychiatrii sądowej.

¹²¹ *Australian Health Ministers' Advisory Council. (2006). National Statement of Principles for Forensic Mental Health. Pozyskano z: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/e615a500-d412-4b0b-84f7-fe0b7fb00f5f/national-forensic-mental-health-principles.pdf.aspx>, dostęp z 14.10.2025 r.*

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	• Zasady te nie mają zastosowania do osób cierpiących wyłącznie na niepełnosprawność intelektualną lub zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, bez współistniejącej choroby psychicznej. Zasada 1: Równość wobec osób niebędących sprawcami przestępstw Więźniowie oraz osoby przebywające w społeczności pod nadzorem lub kontrolą systemu wymiaru sprawiedliwości mają takie same prawa do dostępu i jakości opieki zdrowia psychicznego jak ogólna populacja. Świadczenia powinny zapewniać równość w dostępie do usług bez względu na wiek, płeć, kulturę, orientację seksualną, status społeczno-ekonomiczny, wyznanie, wcześniejsze schorzenia, status sądowy oraz niepełnosprawność fizyczną lub inną. Zasada równoważności odnosi się zarówno do podstawowej, jak i specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Więźniowie oraz osoby w społeczności pod nadzorem systemu sprawiedliwości, korzystający ze świadczeń psychiatrycznych, powinni mieć równe prawa i zapewnioną ochronę prawną. Nie powinni być poddawani dłuższemu okresowi pozbawienia wolności niż ich odpowiednicy niebędący sprawcami przestępstw wyłącznie z powodu obecności choroby psychicznej. Równość wobec osób niebędących sprawcami powinna obejmować także osoby przeniesione z jednostek penitencjarnych pod opiekę powszechnego systemu opieki zdrowotnej. Zasada 2: Bezpieczne i chronione leczenie Leczenie i opieka powinny być zapewniane w odpowiednim środowisku, zgodnym zarówno z potrzebami terapeutycznymi i rehabilitacyjnymi jednostki, jak i potrzebą bezpieczeństwa społeczności. Osoby z chorobą psychiczną często wyrządzają sobie krzywdę lub stają się ofiarami przemocy. Decyzje terapeutyczne muszą uwzględniać: • Uzasadnione potrzeby społeczności w zakresie zapewnienia rozsądnego poziomu ochrony przed niebezpiecznym lub poważnie zakłócającym zachowaniem. • Ochronę pacjenta przed niedopuszczalnym ryzykiem poważnych uszkodzeń ciała lub istotnego pogorszenia stanu zdrowia. • Kulturowe znaczenie i skutki stosowania praktyk izolacyjnych wobec sprawców przestępstw. • Potrzeby bezpieczeństwa jednostki, innych pacjentów/więźniów oraz personelu. Zasada 3: Odpowiedzialność systemów zdrowia, wymiaru sprawiedliwości i penitencjarnych Świadczenie opieki psychiatrycznej dla sprawców przestępstw jest wspólną odpowiedzialnością systemów zdrowia, wymiaru sprawiedliwości (w tym policji i sądów) oraz systemów penitencjarnych i powinno być realizowane w partnerstwie. Zakresy odpowiedzialności i wkład poszczególnych instytucji powinny być planowane, uzgadniane, dokumentowane i udostępniane w sposób jawny. Skuteczna komunikacja między systemami zdrowia, wymiaru sprawiedliwości i penitencjarnymi (oraz wszelkimi zewnętrznymi agencjami lub grupami zawodowymi współpracującymi z nimi) jest niezbędna do realizacji tych wspólnych obowiązków. Świadczenia psychiatryczne powinny być w pierwszej kolejności świadczone przez personel zatrudniony w systemie ochrony zdrowia (preferowanego świadczeniodawcę z zakresu oceny i leczenia psychiatrycznego), a nie przez agencje penitencjarne. W sytuacji, gdy model zakładu zatrudnienie zarówno personelu psychiatrycznego, jak i penitencjarnego przez jedną agencję, istotne jest zapewnienie rozdziału zarządzania w celu zachowania integralności dokumentacji klinicznej oraz odpowiedzialności zawodowej. Zasada 4: Kompleksowe świadczenie psychiatrii sądowej Kompleksowe świadczenie psychiatrii sądowej to specjalistyczna usługa z zakresu zdrowia psychicznego, zapewniająca zintegrowane świadczenia: stacjonarne, więzienne, powiązane z obsługą sądową oraz w społeczności, w ramach skoordynowanego procesu klinicznego i administracyjnego. Charakterystyczną cechą tych świadczeń są silne powiązania i partnerstwa z ogólnymi świadczeniami zdrowia psychicznego oraz organizacjami reprezentującymi pacjentów i opiekunów. Świadczenia te powinny zapewniać opiekę opartą na dowodach naukowych, wielodyscyplinarną i ciągłą, zgodną ze standardami ogólnych usług zdrowia psychicznego. Należy również rozważyć najskuteczniejsze sposoby współpracy z podmiotami świadczącymi interwencje związane z bezdomnością, używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz zachowaniami agresywnymi. Powinien istnieć uzgodniony proces wymiany informacji i uczestnictwa wszystkich odpowiednich agencji w zarządzaniu przypadkiem sprawcy. W szerokim ujęciu kompleksowe świadczenie psychiatrii sądowej powinno realizować następujące główne funkcje: • promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka; • ocena stanu zdrowia psychicznego; • zarządzanie, w tym leczenie i rehabilitacja; • koordynacja opieki w różnych środowiskach, w tym planowanie przed zwolnieniem i łączenie pacjentów z ogólnymi oraz prywatnymi świadczeniami zdrowia psychicznego;

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	• świadczenie opieki w środowisku wrażliwym kulturowo; • ułatwianie skierowania pacjentów do odpowiednich placówek leczniczych; • konsultacje, współpraca i wsparcie dla ogólnych świadczeń zdrowia psychicznego, służb penitencjarnych oraz innych podmiotów; • udzielanie ekspertyz i sporządzanie raportów zgodnie z wymaganiami poszczególnych państw i władz federalnych; • inne funkcje, takie jak administracja, badania naukowe, edukacja i szkolenia. Zasada 5: Integracja i powiązania Świadczenia psychiatrii sądowej obejmują: świadczenia stacjonarne, świadczenia psychiatrii więziennej, obsługę sądową, świadczenia środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz powiązania z ogólnymi świadczeniami zdrowia psychicznego i organizacjami reprezentującymi pacjentów i opiekunów. Integracja tych elementów usług psychiatrii sądowej jest niezbędna, aby minimalizować bariery w leczeniu pacjentów w najbardziej odpowiednim klinicznie środowisku. Konieczna jest także ścisła współpraca z służbami penitencjarnymi i organami nadzoru nad zwolnieniami warunkowymi. Obowiązek opieki, zapewniający bezpieczeństwo więźniów/młodocianych sprawców, personelu oraz odwiedzających w jednostkach penitencjarnych, a także w społeczności, wymaga skoordynowanego i zintegrowanego podejścia do zarządzania przypadkami osadzonych. Świadczenia psychiatrii sądowej muszą być powiązane z innymi odpowiednimi świadczeniami, aby leczenie odbywało się w najbardziej odpowiedni klinicznie sposób i środowisku. Pacjenci korzystający z opieki z zakresu psychiatrii sądowej często potrzebują również innych świadczeń, w szczególności związanych z leczeniem uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz wsparciem osób z niepełnosprawnością; należy zapewnić odpowiednie powiązania między tymi świadczeniami a psychiatrią sądową. Podobne powiązania są konieczne między psychiatrią a ogólnymi świadczeniami oraz usługami społecznymi, takimi jak mieszkalnictwo i wsparcie dochodowe, które są niezbędne do maksymalizacji pozytywnych efektów klinicznych dla pacjentów psychiatrii sądowej. Skuteczne planowanie przedzwolnieniowe, z udziałem różnych agencji, jest kluczowe dla pomyślnej reintegracji pacjentów w społeczności po opuszczeniu jednostki penitencjarnej. Zasada 6: Standardy etyczne Prawo wszystkich pacjentów do poszanowania indywidualnej wartości człowieka, godności i prywatności nie może być uchylone w żadnych okolicznościach, niezależnie od historii popełnionych przestępstw ani od statusu pacjenta jako osoby objętej opieką psychiatrii sądowej lub więźnia/młodocianego sprawcy. Zdolność lub prawo do wyrażenia zgody na leczenie nie może być odebrane z powodu historii przestępczej ani statusu osoby pozbawionej wolności. Sprzeczne potrzeby pacjenta, systemu więziennego i wymiaru sprawiedliwości wymagają od profesjonalistów pracujących w psychiatrii sądowej najwyższych standardów etycznych. Należy jednak oczekiwać, że w praktyce mogą pojawić się poważne dylematy etyczne. W takich sytuacjach należy kierować się zawodowymi kodeksami etyki, które dostarczają właściwych wskazówek i powinny być bezwzględnie przestrzegane. Poufność informacji o pacjencie musi być zawsze respektowana, z wyjątkiem sytuacji wyjątkowych. Wymiana informacji pomiędzy służbami penitencjarnymi a ochroną zdrowia może odbywać się wyłącznie w zakresie niezbędnym do zapewnienia leczenia i opieki lub za zgodą pacjenta. Dokumentacja medyczna i akta zdrowotne powinny być prowadzone i przechowywane oddzielnie od dokumentacji penitencjarnej, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi dotyczącymi prywatności w ochronie zdrowia. Leczenie psychiatryczne powinno być zawsze udzielane wyłącznie za wyraźną, świadomą zgodą pacjenta, z wyjątkiem sytuacji, w których pacjent nie jest zdolny do jej wyrażenia z powodu choroby psychicznej lub niepełnosprawności intelektualnej. W takich przypadkach leczenie może być prowadzone jedynie w oparciu o mechanizmy zgody zastępczej określone w odpowiednich przepisach o podejmowaniu decyzji w imieniu pacjenta i/lub w ustawie o zdrowiu psychicznym, bądź zgodnie z warunkami orzeczonymi przez sąd na mocy właściwego ustawodawstwa. Zasada 7: Personel – wiedza, postawy i umiejętności Personel psychiatrii sądowej powinien charakteryzować się wysokim poziomem profesjonalizmu oraz silnym przywództwem klinicznym. Z uwagi na specjalistyczny i często wymagający charakter świadczeń w obszarze psychiatrii sądowej, uznaje się konieczność zapewnienia odpowiedniego szkolenia i wsparcia, aby utrzymać wysoko wykwalifikowaną kadrę. Informacje i szkolenia powinny być dostępne dla wszystkich osób mających kontakt z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi lub odpowiedzialnych za ich opiekę. Szkolenia te powinny obejmować zagadnienia dotyczące prezentacji klinicznej oraz zasad leczenia i opieki, tak aby umożliwić dostarczanie świadczeń odpowiedniej jakości. Personelowi należy zapewnić możliwości rozwoju zawodowego, utrzymywania i doskonalenia umiejętności niezbędnych do świadczenia wysokiej jakości świadczeń profesjonalnych, w tym szkoleń z zakresu różnorodności kulturowej. Ponadto w miejscu pracy należy wdrażać strategie zapewniające odpowiedni poziom nadzoru, wsparcia i bezpieczeństwa dla wszystkich pracowników, w tym zgodność z wymogami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Zasada 8: Indywidualizacja opieki

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	Świadczenia psychiatrii sądowej powinny odpowiadać na zmieniające się potrzeby każdej osoby, uwzględniając całość jej kontekstu biologicznego, psychologicznego, społecznego, kulturowego i duchowego. Indywidualizacja opieki oznacza zapewnienie ułatwionego dostępu do świadczeń, kompleksowej oceny, niezakłóconego procesu leczenia, regularnej oceny postępów oraz uznania człowieczeństwa pacjenta poprzez włączanie bliskich osób w proces leczenia, wsparcia i opieki. Niezbędne jest również wspólne uzgodnienie ról i zakresu odpowiedzialności wszystkich zaangażowanych instytucji. Historycznie istnieją grupy populacyjne, wobec których szczególnie trudno było zapewnić indywidualne podejście w ramach systemu psychiatrii sądowej, dlatego konieczne są dodatkowe wysiłki w celu zagwarantowania im adekwatnej opieki. Do grup tych należą: • społeczności Aborygenów i mieszkańców Wysp w Cieśninie Torresa; • osoby z odmiennych środowisk kulturowych i językowych; • dzieci i młodzież; • osoby z niepełnosprawnością intelektualną; • kobiety. Zasada 9: Jakość i skuteczność Świadczenia psychiatrii sądowej muszą posiadać wdrożony proces doskonalenia jakości, który – poprzez analizę wyników funkcjonowania – identyfikuje możliwości poprawy w zakresie świadczenia usług oraz obejmuje działania naprawcze w obszarach wymagających interwencji. Proces ten powinien angażować zarówno pacjentów, jak i ich opiekunów. Skuteczne leczenie i rehabilitacja wymagają możliwie pełnego włączania pacjentów objętych opieką psychiatrii sądowej w proces podejmowania decyzji dotyczących ich terapii. Wysokiej jakości świadczenia zdrowia psychicznego przyczyniają się do ograniczenia ryzyka ponownego popełnienia czynów zabronionych przez osoby, których zachowania wynikały z choroby psychicznej. Opieka terapeutyczna i zabezpieczająca powinna być realizowana w sposób efektywny kosztowo i organizacyjnie. Badania naukowe i ewaluacja stanowią istotny element wysokiej jakości świadczeń psychiatrii sądowej. Regularne gromadzenie i analiza rutynowych wskaźników efektów leczenia są niezbędne dla właściwej oceny skuteczności i jakości świadczeń. Zasada 10: Przejrzystość i odpowiedzialność Istnieje ryzyko, że świadczenia psychiatrii sądowej mogą nie utrzymać standardów oczekiwanych od wyspecjalizowanych usług zdrowotnych i rozwinąć niestandardowe, niejednolite praktyki. Ryzyko to można zminimalizować poprzez poddawanie świadczeń procesom akredytacji zgodnym z krajowymi standardami obowiązującymi w systemie powszechnych świadczeń zdrowotnych oraz poprzez zewnętrzne i partnerskie przeglądy jakości. Krajowe standardy opieki psychiatrycznej stanowią właściwy punkt odniesienia dla oceny jakości świadczeń psychiatrii sądowej. Osoby pozbawione wolności – w tym więźniowie i młodociani sprawcy – które są zatrzymane na podstawie przepisów o zdrowiu psychicznym i poddawane leczeniu bez swojej zgody, powinny mieć dostęp do tych samych mechanizmów zewnętrznego przeglądu decyzji oraz praw odwoławczych, jakie przysługują osobom przymusowo leczonym w trybie cywilnym. Powinien istnieć dostęp do niezależnych procedur składania skarg oraz dostęp do instytucji zewnętrznych, takich jak rzecznik praw obywatelskich. Podmiot odpowiedzialny za prowadzenie jednostki penitencjarnej powinien aktywnie wspierać zewnętrznego nadzór, m.in. poprzez współpracę z organizacjami społecznymi i wizytatorami wspólnotowymi. Zasada 11: Sądowe orzekanie o zatrzymaniu i zwolnieniu Decyzje dotyczące zatrzymania, zwolnienia lub przeniesienia osób chorych psychicznie, które zostały uznane za niepozytalne lub niezdolne do udziału w postępowaniu sądowym z powodu choroby psychicznej lub niepełnosprawności intelektualnej, powinny być podejmowane przez sądy lub niezależne organy ustawowe o właściwych kompetencjach – a nie w drodze decyzji politycznych ani przez Gubernatora/Administradora działającego z Radą. W przypadkach, w których decyzje o przeniesieniu pomiędzy zakładem karnym a szpitalem psychiatrycznym pozostają w gestii władzy wykonawczej, powinny one być podejmowane w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Wszystkie takie decyzje muszą być zgodne z właściwym ustawodawstwem oraz zasadami prawa, podejmowane na podstawie opinii odpowiednio wykwalifikowanych specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego i zgodnie z najlepszymi praktykami określonymi w niniejszym dokumencie. Zasada 12: Reforma prawna Ustawodawstwo musi uznawać szczególne potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi, które są zaangażowane w system wymiaru sprawiedliwości, oraz pozostawać w zgodzie z Międzynarodowym Paktem Praw Obywatelskich i Politycznych, a także z Zasadami ONZ dotyczącymi ochrony osób z zaburzeniami psychicznymi i poprawy opieki psychiatrycznej. Osoby z chorobą psychiczną, które weszły w konflikt z prawem, muszą mieć zapewniony taki sam poziom ochrony prawnej, jaki system wymiaru sprawiedliwości gwarantuje wszystkim innym pacjentom.

Towarzystwo naukowe	Zalecenia
	Formalne postępowanie prawne powinno określać rodzaj rozstrzygnięcia, przy jednoczesnym zachowaniu elastyczności umożliwiającej osobom odpowiedzialnym za opiekę zdrowotną zapewnienie właściwego leczenia. Sądy lub niezależne organy ustawowe powinny brać pod uwagę eksperckie opinie medyczne dotyczące stanu zdrowia psychicznego danej osoby. Mogą one również rozważyć informacje pochodzące od osób niebędących stroną postępowania (np. ofiar), jeżeli są one istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. Decyzje dotyczące zwolnienia powinny być podejmowane wyłącznie przez właściwy sąd lub niezależny organ ustawowy, a nie w ramach procesu politycznego. Ustawodawstwo powinno umożliwiać powiadamianie bliskich, opiekunów oraz ofiar o decyzjach dotyczących zatrzymania, zwolnienia lub przeniesienia danej osoby. Ustawodawstwo nie może dopuszczać zatrzymania osoby w placówce psychiatrycznej wyłącznie na podstawie niepełnosprawności intelektualnej, zachowań antyspołecznych lub nielegalnych, orientacji seksualnej czy przekonań politycznych lub religijnych. Prawo nie powinno zezwalać na przymusowe leczenie psychiatryczne w jednostkach penitencjarnych. W sytuacjach, gdy brak jest alternatywnego miejsca leczenia, przymusowe leczenie może być stosowane wyłącznie w oparciu o ściśle określone kryteria, z zapewnieniem odpowiedniego nadzoru nad procesem decyzyjnym, zewnętrznej kontroli oraz zgodnie z odpowiednimi przepisami i zasadami etyki.
CAPL 2021¹²² <i>Canadian Academy of Psychiatry and the Law</i> Kanada	Kanadyjskie wytyczne dotyczące psychiatrii sądowej: ocena i opracowywanie opinii – sprawca niebezpieczny / sprawca długoterminowy <i>W opisie uwzględniono wybrane kwestie dotyczące niniejszego zlecenia.</i> Monitorowanie w społeczności: Po zwolnieniu do społeczności z pobytu w zakładzie karnym zwraca się uwagę na: Nadzór i monitoring • Bliski nadzór oraz wsparcie w ramach systemu warunkowego zwolnienia wspiera stabilizację w społeczności i zmniejsza ryzyko zagrożenia osób wrażliwych. • Opiekunowie lub doradcy powinni być poinformowani o historii jednostki. • Stabilność i postępy nie mogą opierać się wyłącznie na samoocenie sprawcy. • Należy zachęcać do otwartej komunikacji o trudnościach i stresorach, podkreślając konieczność szczerości ze strony sprawcy. Kontynuacja programów terapeutycznych • Kontynuacja terapii w zakresie zachowań seksualnych, terapii uzależnień, terapii złości oraz rozwijania umiejętności interpersonalnych. Stabilność mieszkaniową i zawodową • Stabilne miejsce zamieszkania i zatrudnienie wspierają stabilizację jednostki w społeczności. Wsparcie psychospołeczne i rodzinne • Bliski kontakt z rodziną oraz wsparcie psychospołeczne zapewniają stabilność i zmniejszają ryzyko nawrotów.

ACT – model asertywnej opieki środowiskowej/asertywnego wsparcia środowiskowego, ang. *Assertive Community Treatment*, **AHMC** – ang. *Australian Health Ministers' Advisory Council*, **CAPL** – ang. *Canadian Academy of Psychiatry and the Law*, **CBT** – terapia poznawczo-behawioralna, ang. *Cognitive behavioral therapy*, **CPA** – opieka oparta na ocenie i planowaniu leczenia, ang. *Care Programming Approach*, **DBT** – terapia dialektyczno-behawioralna, ang. *Dialectical Behavior Therapy*, **EPA** – ang. *European Psychiatric Association*, **GLM** – Model Dobrego Życia, ang. *Good Lives Model*, **GP** – lekarz pierwszego kontaktu, ang. *general practitioner*, **MDO** – sprawcy z zaburzeniami psychicznymi, ang. *mentally disordered offenders*, **NHS** – ang. *National Health Service*, **RCPSYCH** – ang. *Royal College of Psychiatrists*, **SPJ** – ustrukturyzowane oceny profesjonalne, ang. *Structured Professional Judgement*

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

4.3.3. Podsumowanie

W ramach analizy zidentyfikowano 6 wytycznych praktyki klinicznej oraz standardów postępowania z lat 2006–2025, które znajdują zastosowanie w przypadku organizacji diagnostyki i leczenia sprawców przestępstw, prowadzonych w warunkach wolnościowych. Dokumenty te obejmują zarówno standardy krajowe, jak i rekomendacje towarzystw naukowych o zasięgu krajowym lub europejskim:

¹²² Ramshaw, L., Wilkie, T., Chatterjee, S., & Glancy, G. (2021). *Canadian guidelines for forensic psychiatry assessment and report writing: Dangerous offender/long-term offender*. *Canadian Academy of Psychiatry and the Law (CAPL)*. Pozyskano z: <https://www.capl-acpd.org/wp-content/uploads/2023/05/05-Dangerous-Offender-Long-Term-Offender-Guidelines-EN-Web.pdf>, dostęp z 14.10.2025 r.

- NHS Scotland 2014 (Szkocja);
- RCPSYCH 2021, RCPSYCH 2025 (Wielka Brytania);
- EPA 2018 (Europa);
- CAPL 2021 (Kanada);
- AHMC 2006 (Australia).

Analizowane dokumenty obejmują zagadnienia związane z kwalifikacją pacjentów, kompleksową oceną biopsychospołeczną, planowaniem i realizacją opieki wielodyscyplinarnej, procedurami bezpieczeństwa, wsparciem psychospołecznym, etyką zawodową, a także nadzorem leczenia w społeczności. W wytycznych zidentyfikowano szereg wspólnych komponentów funkcjonalnych i strukturalnych, które stanowią podstawę planowania i realizacji opieki sądowo-psychiatrycznej. Jakość wytycznych oceniono za pomocą narzędzia AGREE II w zakresie poprawności metodyki opracowania poszczególnych dokumentów wg Domeny 3 (Rygor metodologiczny)¹²³ przez dwóch analityków. Wyniki oceny mieścił się w zakresie od 6,3% (RCPSYCH 2021) do 53,1% (EPA 2018). Niska wartość punktowa wynikała głównie z faktu, że wytyczne w większości były opracowywane w odniesieniu do obowiązujących regulacji i przepisów prawnych oraz na podstawie doświadczenia ekspertów, w mniejszym zakresie na podstawie przeglądu dowodów naukowych. Szczegółowe wyniki przedstawiono w Załączniku nr 2.

Populacja

Analizowane wytyczne koncentrują się przede wszystkim na osobach z zaburzeniem psychicznym/chorobą psychiczną, które weszły w konflikt z prawem. Obejmują sprawców lub domniemyanych sprawców przestępstw wymagających oceny psychiatrycznej lub leczenia w warunkach bezpiecznych, więźniów z chorobą psychiczną czy osoby wysokiego ryzyka. Wytyczne nie ograniczają się wyłącznie do pacjentów umieszczonych w placówkach stacjonarnych – uwzględniono dokumenty, które znajdują zastosowanie również u pacjentów w warunkach wolnościowych. Włączenie wytycznych klinicznych odnoszących się do szerszej populacji uzasadnione jest z uwagi na następujące kwestie:

- Nie odnaleziono wytycznych klinicznych obejmujących zalecenia i rekomendacje dotyczące diagnostyki, leczenia i organizacji opieki nad pacjentami z orzeczeniem środka zabezpieczającego, lub instytucji pod względem prawnym zbliżonej.
- Znaczna część zaleceń odnosząca się do szerszej populacji znajduje zastosowanie w populacji docelowej świadczenia, w tym zalecenia odnoszące się do narzędzi oceny ryzyka zachowań przemocowych.
- Organizacja opieki nad pacjentami z orzeczeniem środka zabezpieczającego w postaci terapii i terapii uzależnień w ramach opieki ambulatoryjnej wymaga poznania mechanizmów/zaleceń regulujących leczenie pacjentów detencjonowanych.

Ocena i kwalifikacja pacjentów

Wytyczne wskazują, że ocena prowadzona w ramach opieki powinna obejmować zarówno czynniki kliniczne, jak i kryminogenne. Przykładowo, standardy RCPSYCH 2025 precyzują, że pacjenci powinni przejść kompleksową ocenę stanu zdrowia psychicznego, przeprowadzoną przez wielodyscyplinarny zespół. Obejmuje ona m.in. stan zdrowia psychicznego i przyjmowane leki, potrzeby psychospołeczne i psychologiczne, a także mocne strony i obszary wymagające rozwoju. Po przeprowadzeniu oceny pacjenci niezwłocznie powinni otrzymać oparte na dowodach naukowych interwencje terapeutyczne, które są dostosowane do potrzeb biopsychospołecznych. Ocena powinna również obejmować inne kwestie zdrowotne pacjenta (takie jak leczenie chorób przewlekłych). Wytyczne (NHS Scotland 2014, EPA 2018) podkreślają również, że identyfikacja i opracowanie potrzeb psychologicznych powinny odbywać się w ramach procesu oceny i zarządzania ryzykiem, który jest przedmiotem opisu w rozdziale 4.2.2.

Leczenie

¹²³ Strona internetowa AGREE. Pozyskano z: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>, dostęp z 30.10.2025 r.

Zgodnie ze standardami RCPSYCH 2021 pacjentom oferowane są interwencje psychologiczne oparte na dowodach naukowych, mające na celu poprawę zdrowia psychicznego i ograniczenie zachowań przestępczych lub ryzykownych. Leczenie jest planowane indywidualnie i powiązane z planem działań terapeutycznych oraz rozwijaniem umiejętności pacjenta, a jego skuteczność oceniana jest formalnie co sześć miesięcy lub wcześniej, jeśli jest to konieczne.

Wg NHS Scotland 2014 leczenie pacjentów sądowych koncentruje się na indywidualnie dopasowanych interwencjach psychologicznych realizowanych przez wysoko wyspecjalizowany personel medyczny. Interwencje te mogą obejmować mniej intensywne działania w przypadku mniej złożonych problemów zdrowotnych lub wysokospecjalistyczne terapie w złożonych sytuacjach klinicznych. **Kluczowym elementem jest powiązanie oceny potrzeb psychologicznych i zarządzania ryzykiem z planowaniem leczenia**, uwzględniające zarówno choroby psychiczne, jak i zaburzenia osobowości, nadużywanie substancji czy deficyty poznawcze. Wśród stosowanych podejść wymieniane są terapie poznawczo-behawioralne (CBT) w zarządzaniu gniewem (siła zalecenia: A), w przeciwdziałaniu zachowaniom przemocowym (przemoc ogólna) i przestępstwom seksualnym (siła zalecenia: B). Interwencje są klasyfikowane według intensywności: od krótkich, niskointensywnych dla łagodnych problemów, przez wysoką intensywność w przypadku problemów zdrowia psychicznego istotnie wpływających na ryzyko przestępstw, aż po specjalistyczne terapie wysokiej intensywności dostosowane do konkretnych grup pacjentów. Zgodnie z dokumentem, skuteczność leczenia zależy od wielodyscyplinarnej pracy, intensywnej superwizji, oceny motywacji pacjenta („gotowości do zmiany”), bezpiecznego środowiska terapeutycznego oraz podejścia opartego na mocnych stronach pacjenta, jak „Model Dobrego Życia”, które umożliwia pozytywnie zmiany stylu życia i promuje dobrostan psychiczny. Wytyczne wskazują, że w terapii zawsze należy uwzględniać balans między prawami pacjenta a bezpieczeństwem społeczeństwa oraz współpracę z innymi instytucjami odpowiedzialnymi za zarządzanie ryzykiem i nadzór.

Wytyczne EPA 2018 podkreślają, że leczenie sprawców z zaburzeniami psychicznymi powinno opierać się na podejściu wieloskładnikowym. W terapii stosuje się interwencje psychologiczne, takie jak CBT, trening rozwiązywania problemów, rozwijanie umiejętności interpersonalnych, programy psychoedukacyjne i terapie dialektyczno-behawioralne w przypadku zaburzeń osobowości. Efektywność leczenia zależy od zaangażowania pacjenta, zakończenia udziału w przewidzianych formach leczenia i jakości relacji terapeutycznej. Zastosowanie modeli teoretycznych, takich jak Ryzyko – Potrzeby – Responsywność oraz Model Dobrego Życia, umożliwiają dopasowanie interwencji do poziomu ryzyka, potrzeb kryminogennych i stylu uczenia się jednostki, a także wspieranie rozwoju pozytywnego stylu życia. **W przypadku leczenia środowiskowego, osoby z przeszłością przestępczą powinny mieć dostęp do tych samych świadczeń, co pacjenci niebędący sprawcami przestępstw**, choć niektóre aspekty tego leczenia mogą mieć charakter obowiązkowy. Przykładowo, osoby mogą odbywać karę ograniczenia wolności z obowiązkiem uczestnictwa w leczeniu psychiatrycznym lub terapii uzależnień. Podobnie, osoby warunkowo zwolnione z odbywania kary mogą być zobowiązane w ramach warunków zwolnienia do uczestnictwa w określonych formach leczenia. **Nie jest jasne, który model leczenia środowiskowego dla sprawców z zaburzeniami psychicznymi jest najbardziej efektywny oraz czy zastosowanie przymusu daje lepsze rezultaty**. Ze względu na złożone potrzeby wobec tej grupy pacjentów stosuje się model asertywnej opieki środowiskowej/asertywnego wsparcia środowiskowego (ang. *Assertive Community Treatment*, ACT). Nakazy leczenia środowiskowego (ang. *Community Treatment Orders*) umożliwiają stosowanie leczenia przymusowego w środowisku, zwykle po wypisie ze szpitala. Autorzy badań naukowych zalecają zapewnienie dłuższego leczenia stacjonarnego, ukierunkowanego na rozwój umiejętności życiowych i ciągłość terapii, przed wdrożeniem modelu ACT.

Zgodnie z CAPL 2021 w przypadku sprawców niebezpiecznych / długoterminowych ważne jest, aby po zwolnieniu z pobytu w zakładzie karnym zapewnić ścisły nadzór oraz wsparcie w ramach systemu warunkowego zwolnienia w celu wspierania stabilizacji w społeczności oraz zmniejszenia ryzyka zagrożenia osób wrażliwych. Ponadto podkreśla się kwestię:

- kontynuacji terapii w zakresie zachowań seksualnych, terapii uzależnień, terapii złości oraz rozwijania umiejętności interpersonalnych;
- stabilnego miejsca zamieszkania i zatrudnienia;

- bliskiego kontaktu z rodziną oraz wsparcia psychospołecznego.

Bezpieczeństwo

Wytyczne podkreślają konieczność zapewnienia bezpieczeństwa w procesie diagnostyki i leczenia sprawców przestępstw, przy czym bezpieczeństwo rozumiane jest jako ochrona pacjentów, personelu oraz otoczenia przed zachowaniami stwarzającymi ryzyko. W wytycznych AHMC 2006 bezpieczeństwo zostało wskazane jako jedna z zasad organizacji opieki, wymagając, aby świadczenia były udzielane w warunkach umożliwiających kontrolę ryzyka dla pacjentów, pracowników i społeczeństwa. Jednocześnie podkreślono, że stosowane środki bezpieczeństwa powinny być proporcjonalne do poziomu zagrożenia. Standardy RCPSYCH 2021/RCPSYCH 2025 określają konkretne wymagania dotyczące środowiska, wskazując m.in. na konieczność wyposażenia pomieszczeń w przyciski alarmowe i systemy przywoławcze oraz ograniczenia występowania elementów wyposażenia, które mogłyby zostać wykorzystane do samookaleczenia lub okaleczenia innych osób. Choć zalecenia te odnoszą się bezpośrednio do warunków opieki stacjonarnej, poruszane w nich zagadnienia dotyczące bezpieczeństwa środowiska terapeutycznego pozostają istotne również w kontekście opieki ambulatoryjnej. Dokumenty te wskazują też kwestię dokumentowania oceny ryzyka jako elementu planu opieki oraz stosowania procedur wczesnego reagowania w przypadku eskalacji zagrożenia.

Personel i kompetencje

Analizowane wytyczne podkreślają, że skuteczność opieki nad sprawcami przestępstw wymaga zaangażowania wielodyscyplinarnego i odpowiednio przeszkolonego zespołu. W AHMC 2006 wskazano, że świadczenia powinny być udzielane przez kadrę o udokumentowanych kompetencjach w zakresie zdrowia psychicznego dostosowanych do specyfiki psychiatrii sądowej.

W wytycznych RCPSYCH 2021/RCPSYCH 2025 określono, że personel stanowi wielodyscyplinarny zespół, który składa się z pracowników z różnych środowisk zawodowych, co pozwala zapewnić pełen zakres świadczeń odpowiednich dla danej grupy pacjentów. W skład zespołu wchodzi psychiatrzy, pielęgniarki (w tym podstawowej opieki zdrowotnej), asystenci medyczni, psycholodzy, terapeuci zajęciowi, farmaceuci, inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, pracownicy socjalni i pedagodzy.

Równość w dostępie do opieki zdrowotnej

W wytycznych podkreślono, że organizacja udzielania świadczeń powinna zapewniać równość w dostępie bez względu na cechy osobnicze takie jak wiek, płeć, orientację seksualną, status społeczno-ekonomiczny, wyznanie, wcześniejsze schorzenia, status sądowy czy niepełnosprawność fizyczną (AHMC 2006). W przypadku leczenia środowiskowego, osoby z przeszłością przestępczą powinny mieć dostęp do tych samych świadczeń, co pacjenci niebędący sprawcami przestępstw, choć niektóre aspekty tego leczenia mogą mieć charakter obowiązkowy (CAPL 2021).

Poszanowanie praw pacjenta i standardy etyczne

W analizowanych wytycznych kwestie etyki i ochrony praw pacjenta stanowią ważny element w organizacji i realizacji opieki psychiatrycznej nad sprawcami przestępstw. W dokumentach podkreślano obowiązek respektowania godności, prywatności i autonomii osób objętych postępowaniem leczniczym, niezależnie od ich statusu prawnego czy historii kryminalnej. Wskazano również na konieczność zgodności działań klinicznych z obowiązującymi przepisami prawnymi, standardami zawodowymi i zasadami etyki praktyki psychiatrycznej (AHMC 2006). Natomiast zgodnie z NHS Scotland 2014 prawa pacjenta muszą być starannie wyważone wobec prawa społeczeństwa do ochrony przed szkodą.

Koordinacja opieki i ciągłość leczenia

W wytycznych wskazywano, że koordynacja i ciągłość opieki uznawane są za kluczowe elementy skutecznego postępowania wobec sprawców przestępstw z zaburzeniami psychicznymi. Podkreślono konieczność zapewnienia płynnego przepływu informacji między podmiotami zaangażowanymi w leczenie oraz utrzymania nadzoru terapeutycznego po opuszczeniu placówki zamkniętej lub zakończeniu intensywnej interwencji. Zgodnie z AHMC 2006 należy rozważyć najskuteczniejsze sposoby współpracy z podmiotami świadczącymi interwencje związane zbezdomnością, używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz zachowaniami agresywnymi. Powinien istnieć uzgodniony proces wymiany informacji i uczestnictwa wszystkich odpowiednich agencji

w zarządzaniu przypadkiem sprawcy. Zgodnie z dokumentem świadczenia psychiatrii sądowej obejmują: świadczenia stacjonarne, świadczenia psychiatrii więziennej, obsługę sądową, świadczenia psychiatrii w społeczności oraz powiązania z ogólnymi świadczeniami zdrowia psychicznego i organizacjami reprezentującymi pacjentów i opiekunów. Integracja tych elementów usług psychiatrii sądowej jest niezbędna, aby minimalizować bariery w leczeniu pacjentów w najbardziej odpowiednim klinicznie środowisku. Konieczna jest także ścisła współpraca z służbami penitencjarnymi i organami nadzoru nad zwolnieniami warunkowymi. Standardy RCPSYCH 2021 oraz RCPSYCH 2025 precyzują mechanizmy zapewnienia koordynacji. Wskazują one, że **każdy pacjent powinien mieć wyznaczonego głównego koordynatora opieki odpowiedzialnego za planowanie, dokumentowanie i przegląd celów terapeutycznych. Standardy wymagają regularnych spotkań zespołu wielodyscyplinarnego, wymiany informacji pomiędzy wszystkimi członkami zespołu oraz bieżącej aktualizacji planu opieki.** Wytyczne CAPL 2021, które odnoszą się do koordynacji w kontekście nadzoru środowiskowego wskazują na konieczność kontynuacji programów terapeutycznych po zwolnieniu z pobytu w zakładzie karnym.

4.4. Opis świadczenia opieki zdrowotnej – na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej

Nazwa świadczenia opieki zdrowotnej

W KŚOZ zaproponowano utworzenie nowego świadczenia w ramach wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień: **Kompleksowe ambulatoryjne oraz dzienne świadczenie opieki zdrowotnej obejmujące diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej – na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383).**

W ramach świadczenia przewidziano realizację następujących procedur:

- Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych – świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia:
 - porada lekarska diagnostyczna;
 - porada lekarska terapeutyczna;
 - porada lekarska kontrolna;
 - porada psychologiczna diagnostyczna;
 - porada psychologiczna;
 - sesja psychoterapii indywidualnej grupowej i rodzinnej;
 - wizyta, porada domowa lub środowiskowa;
- Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych – leczenia uzależnień:
 - porada lub wizyta diagnostyczna;
 - porada lub wizyta terapeutyczna;
 - porada lub wizyta lekarska;
 - wizyta instruktora terapii uzależnień;
 - sesja psychoedukacyjna;
 - turnus rehabilitacyjny dla osób uzależnionych;
- Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach dziennych psychiatrycznych:
 - świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych;
 - świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych.

Populacja

Populacja docelowa zdefiniowana w KŚOZ to pełnoletni pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (F00–F99), wobec których został orzeczony środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. oraz na podstawie art. 93 c pkt 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383).

Komentarz Agencji

Mailem z dnia 22 października 2025 r. Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z ekspertem opracowującym Kartę Świadczenia Opieki Zdrowotnej doprecyzowało, że świadczenie powinno obejmować wszystkich sprawców, którzy zostali wymienieni w art. 93c pkt 1–5 k.k. (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383).

Wielkość populacji

W KŚOZ oszacowano, że w pierwszym roku funkcjonowania świadczenia liczba pacjentów kwalifikujących się do leczenia mogłaby wynieść około **5 tysięcy osób**.

Szacunki te oparto na analizie statystyk dotyczących liczby orzeczeń wydawanych przez sądy w zakresie stosowania środka zabezpieczającego w postaci terapii ambulatoryjnej, zgodnie z art. 93a § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 – Kodeks karny. Zgodnie z informacjami zawartymi w KŚOZ, dane pochodzące z sądów rejonowych i okręgowych **wskazują na systematyczny wzrost liczby sprawców**, wobec których orzekano ten środek w latach 2020–2021 oraz 2023–2024, co potwierdza rosnące zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenie. Liczba sprawców, wobec których skierowano do wykonania środka zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym (stacjonarnym), corocznie wynosi **ponad 2 tys. osób**.

Zgodnie z KŚOZ populacja docelowa świadczenia to pacjenci wymagający adekwatnego i celowego podejścia terapeutycznego. W wielu przypadkach osoby te charakteryzują się brakiem motywacji do leczenia z uwagi na fakt, że udział w terapii nie wynika z ich świadomego wyboru. Często obserwuje się u nich postawę obronną oraz minimalizowanie problemu, co wynika z braku poczucia winy i konieczności zmiany. Dodatkowo, charakterystyczna dla tej grupy jest niska refleksyjność, wynikająca z trudności w rozumieniu mechanizmów własnych działań i ich konsekwencji. Często występują również zaburzenia osobowości, które stanowią istotne wyzwanie terapeutyczne. Osoby kierowane na terapię w ramach środka zabezpieczającego mają często trudności w nawiązywaniu relacji społecznych oraz współwystępują u tych pacjentów czynniki takie jak uzależnienia i deficyty emocjonalne.

W KŚOZ wskazano, że (na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych) osoby przebywające w oddziałach psychiatrii sądowej w 2023 r. najczęściej miały następujące rozpoznania:

- schizofrenia (2 415 pacjentów);
- zaburzenia organiczne (390);
- psychozy inne niż schizofrenia (318);
- uzależnienia (278);
- zaburzenia nastroju (207);
- niepełnosprawność intelektualna (181).

Zgodnie z informacjami zawartymi w KŚOZ „w szpitalu psychiatrycznym w większości nie umieszcza się sprawców czynów wyjątkowo poważnych i brutalnych, ale raczej sprawców uciążliwych, którzy dopuścili się stosunkowo „mało poważnego” czynu, niezwiązanego z przemocą wobec osoby”. Jak wskazano „w ostatnich latach najczęściej podstawę orzeczenia środka zabezpieczającego w postaci pobytu w szpitalu psychiatrycznym stanowiły: czyny zabronione przeciwko rodzinie i opiece (ok. 27–28% przypadków), przeciwko wolności (ok. 20–21% przypadków), życiu i zdrowiu (ok. 18–20% przypadków), mieniu (ok. 16%–19% przypadków) i przeciwko funkcjonowaniu instytucji państwowych i samorządowych (ok. 5–6%)”.

Opis proponowanego świadczenia opieki zdrowotnej

Zlecenie dotyczy zakwalifikowania świadczenia jako świadczenia gwarantowanego w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Celem wskazanym w KŚOZ proponowanego świadczenia jest poprawa kondycji psychicznej osób objętych terapią oraz wsparcie ich funkcjonowania w środowisku społecznym.

Podstawowym założeniem świadczenia jest **zapewnienie leczenia w trybie ambulatoryjnym pacjentom, wobec których zastosowanie środka zabezpieczającego w warunkach stacjonarnych nie jest zasadne z uwagi na obiektywne przesłanki.**

Wdrożenie świadczenia ma umożliwić kompleksowe oddziaływania terapeutyczne, ukierunkowane na wspieranie procesów sprzyjających poprawie stanu zdrowia psychicznego osób kierowanych przez sąd na leczenie psychiatryczne lub seksuologiczne w trybie ambulatoryjnym, zgodnie z orzeczonym środkiem zabezpieczającym.

Oddziaływania terapeutyczne obejmują działania zespołu specjalistów, mające na celu zarówno **poprawę stanu zdrowia pacjenta** (np. poprzez terapię indywidualną, grupową i inne formy wsparcia), jak i **ograniczenie ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego**, wynikającego ze stwierdzonych zaburzeń.

Sposób finansowania

W KŚOZ nie określono propozycji finansowania wnioskowanego świadczenia. Wskazano, że obecnie w Polsce gwarantowane są analogiczne świadczenia tj. porada lekarska. Rozliczanie świadczeń w poradni zdrowia psychicznego odbywa się poprzez płatność za usługę (ang. *fee-for-service*). Do rozliczenia pobytu w oddziałach dziennych psychiatrycznych i leczenia uzależnień wykazuje się liczbę osobodni.

Proponowane warunki realizacji

W KŚOZ wskazano, że „należy przyjąć warunki realizacji świadczenia zbliżone dla aktualnie dostępnych świadczeń dotyczących leczenia psychiatrycznego, zgodnie z warunkami określonymi w załącznikach nr 1–7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.)”.

Szczegóły dotyczące proponowanych warunków realizacji świadczenia opracowane w oparciu o propozycje KŚOZ i opinie ekspertów przedstawiono w rozdziale 10.

Aktualne i opcjonalne świadczenia

Wskazane w KŚOZ, obecnie gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień świadczenia realizowane u dorosłych pacjentów i przeznaczone dla pacjentów, w przypadku których sąd orzekł środek zabezpieczający w postaci terapii lub terapii uzależnień obejmują:

- Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych (załącznik nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.)):
 - świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 2–4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny;
 - świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 2–4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. –Kodeks karny (w tym świadczenia seksualne w wybranych zakładach);

- świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.
- Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych – program leczenia zaburzeń preferencji seksualnych obejmujący poradnictwo i terapię osób, o których mowa w art. 93c pkt 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny realizowany w ramach poradni seksuologicznej i patologii współżycia. (załącznik nr 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.)).
- Świadczenia określone zarządzeniem nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (NFZ z 2025 r. poz. 18):
 - 5.00.04.0000029 – osobodzień w oddziale psychiatrii sądowej;
 - 5.00.04.0000030 – osobodzień w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu;
 - 5.00.04.0000094 – porada lekarska diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000096 – porada lekarska terapeutyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000098 – porada lekarska kontrolna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000100 – porada psychologiczna diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000102 – porada psychologiczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000104 – sesja psychoterapii indywidualnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000106 – sesja psychoterapii rodzinnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000108 – sesja psychoterapii grupowej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000110 – sesja wsparcia psychospołecznego (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000112 – wizyta, porada domowa lub środowiskowa (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000114 – turnus rehabilitacyjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000094 – porada lekarska diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000096 – porada lekarska terapeutyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000098 – porada lekarska kontrolna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000100 – porada psychologiczna diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000102 – porada psychologiczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000104 – sesja psychoterapii indywidualnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000106 – sesja psychoterapii rodzinnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000108 – sesja psychoterapii grupowej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000110 – sesja wsparcia psychospołecznego (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.);
 - 5.00.04.0000072 – wydawanie dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych;
 - 5.00.04.0000011 – porada lekarska terapeutyczna;
 - 5.00.04.000 0003 – sesja psychoterapii indywidualnej;
 - 5.00.04.0000005 – sesja psychoterapii grupowej;
 - 5.00.04.0000073 – diagnostyka i kontrola laboratoryjna.

Wpływ proponowanego rozwiązania na sytuację świadczeniobiorców, świadczeniodawców i płatnika

Perspektywa świadczeniobiorców

Uwzględnione w KŚOZ korzyści z wprowadzenia przedmiotowego świadczenia z perspektywy świadczeniobiorców obejmują: realizację [świadczeń] bliżej miejsca zamieszkania tj.: rodziny i bliskich osób, zredukowanie orzekania izolacyjnego środka zabezpieczającego tylko do sprawców najpoważniejszych czynów zabronionych, popełnionych z użyciem przemocy, stwarzających ryzyko ponownego popełnienia czynów podobnych, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie, skrócenie pobytu osób chorych psychicznie w warunkach tymczasowego aresztowania.

Perspektywa świadczeniodawców

Zgodnie z zapisami KŚOZ wprowadzenie świadczenia o charakterze kompleksowym „przyczyni się do lepszej gwarancji, że pacjent podejmie kontynuację leczenia po wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego lub opuszczeniu zakładu karnego, co przełoży się na mniejsze ryzyko popełnienia czynu zabronionego i w efekcie nieorzeczenie stacjonarnego środka zabezpieczającego”. Dodatkowo wskazano, że „świadczeniodawcy realizujący świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia w formie opieki stacjonarnej, często nie mają wolnych łóżek z uwagi na liczbę kierowanych osób (podmiot ten nie może odmówić przyjęcia)”, tym samym wprowadzenie omawianego świadczenia przyczyni się do przesunięcia części świadczeń realizowanych w trybie stacjonarnym na świadczenia udzielane w trybie ambulatoryjnym oraz poprawę sytuacji w zakresie przeludnienia i braku miejsc w szpitalach psychiatrycznych, w oddziałach sądowych o różnych stopniach zabezpieczenia.

Perspektywa płatnika

W KŚOZ wskazano, że wprowadzenie przedmiotowego świadczenia będzie wiązało się z niższymi kosztami dla płatnika publicznego z uwagi na formę udzielania świadczeń – niższe całkowite koszty leczenia w warunkach stacjonarnych w dłuższym horyzoncie czasowym.

Skutek prawny

Procedura będzie wymagała zmiany aktualnego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz odpowiadającego mu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

4.5. Wcześniejsze oceny AOTMiT związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem

W ramach realizowanych przez AOTMiT zleceń nie prowadzono dotychczas prac związanych z oceną świadczeń obejmujących opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej orzeczonych na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k. (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383).

4.1. Alternatywne świadczenia

Przedmiotowe zlecenie Ministra Zdrowia odnosi się do oceny kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej. Proponowane w KŚOZ procedury/świadczenia jednostkowe składające się na świadczenie kompleksowe są świadczeniami gwarantowanymi z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, finansowanymi w ramach NFZ. W związku z powyższym w przedmiotowym rozdziale nie został uwzględniony opis alternatywnych technologii medycznych *per se* dla składowych świadczenia. Alternatywne świadczenie dla świadczenia wnioskowanego stanowi aktualna praktyka. Opieka psychiatryczna w ramach środka zabezpieczającego realizowana jest obecnie w systemie psychiatrii ogólnej, z wyodrębnieniem wybranych produktów przeznaczonych do rozliczania przedmiotowych świadczeń przy zachowaniu warunków realizacji produktów tożsamy jak w przypadku świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień gwarantowanych wszystkim pacjentom. Produkty te mają na celu rozliczanie i monitorowanie świadczeń udzielanych w tej grupie pacjentów.

5. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa

Przedmiotowe zlecenie Ministra Zdrowia odnosi się do oceny świadczenia kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej. Proponowane w KŚOZ procedury/świadczenia jednostkowe składające się na świadczenie kompleksowe są świadczeniami gwarantowanymi z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, finansowanymi w ramach NFZ. W związku z powyższym odstąpiono od przeprowadzenia pełnej analizy klinicznej w przedmiotowym zleceniu. Ocenę zasadności proponowanych warunków realizacji świadczenia oparto na przeglądzie wytycznych klinicznych oraz opinii ekspertów klinicznych.

6. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

6.1. Metodyka

W dniach od 24 października do 26 listopada 2025 r. dokonano wyszukiwania rozwiązań międzynarodowych organizacyjnych i finansowych dotyczących leczenia psychiatrycznego oraz leczenia uzależnień sprawców przestępstw. Wyszukiwanie ukierunkowane było przede wszystkim na rozwiązania stosowane w krajach o zbliżonym do polskiego systemie prawa karnego, w których funkcjonują środki zabezpieczające obejmujące różne formy nakazu leczenia sprawców przestępstw w trybie innym niż stacjonarny.

Zastosowano następujące słowa kluczowe: *precautionary measures, forensic psychiatric measure, forensic psychiatric patient, preventive measure, security measure, secure forensic psychiatry unit, forensic mental health, forensic mental health services*.

Z uwagi na ograniczony dostęp do materiałów w języku angielskim, w ramach opracowywania rozdziału dotyczącego rozwiązań międzynarodowych wykorzystano tłumaczenia materiałów źródłowych z języków ojczystych, realizowane przy użyciu narzędzi opartych na sztucznej inteligencji (ang. *Artificial Intelligence, AI*) – Microsoft 365 Copilot Chat.

6.2. Rozwiązania międzynarodowe

Na podstawie przeglądu rozwiązań międzynarodowych opisano zastosowane podejścia w opiece psychiatrycznej i terapii uzależnień przyjęte w 10 krajach: Szwajcarii, Niemczech, Królestwie Niderlandów (Holandia), Czechach, Słowenii, Włoszech, Rumunii, Serbii, Wielkiej Brytanii oraz Szwecji.

Podsumowanie najważniejszych informacji przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 5. Opis rozwiązań międzynarodowych organizacyjnych i finansowych

Rozwiązania międzynarodowe	
Szwajcaria	
Środek zabezpieczający	Podstawa prawna: szwajcarski kodeks karny¹²⁴; ogólne zasady stosowania środka zabezpieczającego określono w art. 56 i 56a, zasady dotyczące środka zabezpieczającego stosowanego w trybie ambulatoryjnym określono w art. 63. Czas stosowania: - okres leczenia ambulatoryjnego nie może, co do zasady, przekraczać 5 lat. Jeżeli po upływie 5 lat kontynuacja leczenia jest konieczna w celu zmniejszenia ryzyka popełnienia kolejnych przestępstw i wykroczeń, mających związek z występowaniem zaburzeń psychicznych, sąd może przedłużyć leczenie ambulatoryjne na wniosek organu wykonawczego na okres od roku do 5 lat (art. 63 ust. 4). - ocena zasadności kontynuowania leczenia ambulatoryjnego lub jego przerwania dokonywana jest co najmniej raz w roku przez właściwy organ na podstawie rozmowy ze sprawcą i opinii terapeutów (art. 63a); - leczenie ambulatoryjne może zostać przerwane, jeśli zostało skutecznie zakończone, jego kontynuacja nie daje nadziei na powodzenie lub upłynął ustawowy maksymalny czas trwania leczenia osoby uzależnionej od alkoholu, narkotyków lub środków terapeutycznych (art. 63a ust. 2); Kryteria orzecznicze: środek zabezpieczający zostaje zarządzony jeżeli: - sama kara nie jest wystarczająca, aby przeciwdziałać ryzyku dalszego popełniania przestępstwa przez sprawcę; - sprawca przestępstwa wymaga leczenia lub leczenie jest wymagane z uwagi na bezpieczeństwo publiczne; - spełnione są szczególne warunki prawne:

¹²⁴ Swiss federal authorities. Pozyskano z: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/en, dostęp 16.10.2025 r.

	○ art. 59: sprawca cierpi na poważne zaburzenia psychiczne, sąd może zarządzić leczenie stacjonarne, jeśli zaburzenia psychiczne sprawcy były czynnikiem mającym wpływ na popełnienie przez niego przestępstwa lub wykroczenia i oczekuje się, że środek ten zmniejszy ryzyko popełniania kolejnych przestępstw, w których czynnikiem ryzyka są zaburzenia psychiczne sprawcy; ○ art. 60: sprawca jest uzależniony od substancji uzależniających lub uzależniony w inny sposób, sąd może zarządzić leczenie stacjonarne, jeśli uzależnienie to miało wpływ na popełnienie przez niego przestępstwa oraz oczekuje się, że leczenie zmniejszy ryzyko popełniania kolejnych przestępstw, w których uzależnienie sprawcy stanowi kluczowy czynnik; ○ art. 61: sprawca przestępstwa miał mniej niż 25 lat w chwili popełnienia przestępstwa i cierpi na poważne zaburzenia rozwojowe, sąd może umieścić go w zakładzie poprawczym dla młodych dorosłych jeśli zaburzenia te były czynnikiem mającym wpływ na popełnianie przestępstwa i oczekuje się, że środek zmniejszy ryzyko popełniania kolejnych przestępstw; ○ art. 63: sprawca cierpi na poważne zaburzenia psychiczne lub jest uzależniony od substancji psychoaktywnych lub wykazuje inne formy uzależnień, sąd może zarządzić leczenie ambulatoryjne zamiast leczenia stacjonarnego, jeżeli sprawca dopuszcza się przestępstwa, w którym czynnikiem mającym znaczenie jest jego stan zdrowia i oczekuje się, że środek ten zmniejszy ryzyko popełniania kolejnych przestępstw, w których kluczową rolę odgrywa stan zdrowia sprawcy; • zastosowanie środka zabezpieczającego jest dopuszczalne jedynie, gdy stopień ingerencji w prawa i wolność sprawcy pozostaje proporcjonalny do prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa oraz jego potencjalnej wagi; • przy orzekaniu środka zabezpieczającego na podstawie art. 59-61, 63 i 64 oraz przy zmianie kary sąd opiera swoje rozstrzygnięcie bazując na opinii biegłego, która powinna zawierać informacje na temat: konieczności wdrożenia i szansy powodzenia leczenia sprawcy przestępstwa, charakteru i prawdopodobieństwa wystąpienia dodatkowych przestępstw oraz sposobów wdrożenia środka; • sąd wydaje nakaz stosowania środka zapobiegawczego wyłącznie w przypadku dostępności odpowiednich instytucji; • jeśli wymagania dotyczące środka zapobiegawczego nie są już spełniane, środek ten zostaje uchylony; • jeśli odpowiednie jest stosowanie dwóch lub więcej środków zabezpieczających, ale możliwe jest zastosowanie tylko jednego, sąd orzeka środek, który jest dla sprawcy korzystniejszy; • jeśli konieczne jest zastosowanie dwóch lub więcej środków, sąd może orzec ich jednoczesne stosowanie.
Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: opieka z zakresu psychiatrii sądowej, w tym ambulatoryjna, jest zdecentralizowana, organizowana w każdym kantonie odrębnie. Jednak nie w każdym kantonie dostęp do tej opieki jest zapewniony. W wielu przypadkach konieczna jest współpraca międzykantonalna, co wiąże się z długim czasem oczekiwania. Brak uregulowań prawnych w zakresie współpracy między kantonami. Świadczenia powinny być udzielane wg zasady „opieka ambulatoryjna przed stacjonarną” (de. „<i>ambulant vor stationär</i>”), jednak w praktyce nie jest ona realizowana¹²⁵. Źródło finansowania: finansowanie świadczeń z zakresu psychiatrii sądowej ambulatoryjnej jest problematyczne, z uwagi na dodatkowy nakład pracy wynikający z konieczności współpracy z organami wymiaru sprawiedliwości. Koszty wynikające z dodatkowej współpracy nie są pokrywane przez ubezpieczenie zdrowotne. Kantony wprowadzają częściowe rozwiązania, w tym również nieformalne (ustne). Np. w kantonie Basel-Stadt dodatkowe koszty psychiatrii więziennej są refundowane przez Urząd Służby Więziennej w formie ryczałtu na podstawie umowy. Natomiast w kantonie Basel-Landschaft dodatkowe koszty w zakresie ambulatoryjnych terapii o charakterze prewencji przestępstw są pokrywane na podstawie ustnego porozumienia z Urzędem ds. Wykonywania Kar¹²⁶.

¹²⁵ Aeschbach, S., Hänggi, S., Hachtel, H., (2022). *Fachkonzept Forensik 2022*. Pozyskano z: <https://media.bs.ch/dynamic/noop/26807e6f96ddc0e97b8fe7ee5aa1d827710f3c1a/0d3de6a1-e0d9-419c-ba72-6e9081544fef.pdf>, dostęp z 21.11.2025 r.

¹²⁶ Aeschbach, S., Hänggi, S., Hachtel, H., (2022). *Fachkonzept Forensik 2022*. Pozyskano z: <https://media.bs.ch/dynamic/noop/26807e6f96ddc0e97b8fe7ee5aa1d827710f3c1a/0d3de6a1-e0d9-419c-ba72-6e9081544fef.pdf>, dostęp z 20.11.2025 r.

	Inne: psychiatria sądowa stanowi część systemu opieki zdrowotnej ¹²⁷ .
Populacja	• sprawcy z poważnymi zaburzeniami psychicznymi; • sprawcy uzależnieni od substancji psychoaktywnych lub przejawiający inne formy uzależnienia;
Zakres świadczeń	Nie odnaleziono informacji.
Miejsce realizacji	• w szwajcarskim kodeksie karnym nie odniesiono się do placówek udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym – nie określono wytycznych dla tych placówek; • środki zabezpieczające mogą być wykonywane w zakładzie zamkniętym lub otwartym, w zakładzie karnym lub w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym. Miejsce wykonania kary zależy od rodzaju środka zarządnego przez sąd oraz ryzyka ucieczki lub recydywy skazanego¹²⁸.
Personel	Leczenie prowadzą terapeuci sądowi ¹²⁹ . Nie odnaleziono szczegółowych informacji na temat pozostałego personelu uczestniczącego w procesie. Wskazuje się na braki kadrowe, zwłaszcza w obszarze leczenia ambulatoryjnego ¹³⁰ .
Organizacja opieki i leczenia	Koordinacja leczenia: • środek zabezpieczający w trybie ambulatoryjnym może zostać przyznany przed wykonaniem kary pozbawienia wolności (odroczenie wykonania kary) uzależniając jej ostateczne wykonanie od wyników leczenia ambulatoryjnego. Może również nałożyć na sprawcę, na czas odbywania leczenia, odpowiednie obowiązki oraz pomoc (art. 63 ust.2); • właściwy organ może skierować sprawcę na tymczasowe leczenie w warunkach stacjonarnych, na okres nie dłuższy niż 2 miesiące, jeśli jest ono niezbędne przed rozpoczęciem leczenia w warunkach ambulatoryjnych (art. 63 ust. 3)¹³¹; • leczenie ambulatoryjne ciężkich zaburzeń psychicznych lub uzależnień od substancji psychoaktywnych (lub innych uzależnień) odbywa się w odpowiednich przychodniach lub w zakładach karnych¹³². Monitorowanie jakości opieki: Szwajcarskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej (de. <i>Die Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie</i>, SGFP) m.in. opracowuje standardy jakości dotyczące sporządzania opinii sądowo-psychiatrycznych oraz prowadzenia terapii w obszarze psychiatrii sądowej¹³³. SGFP przygotowało zalecenia dotyczące egzekwowania środków stosowanych w warunkach szpitalnych zgodnie z art. 59 szwajcarskiego kodeksu karnego w klinikach psychiatrii sądowej¹³⁴. Nie odnaleziono zaleceń w zakresie egzekwowania środków stosowanych w warunkach ambulatoryjnych.
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	W postępowaniu karnym kluczowy punkt dla decyzji stanowi opinia biegłych psychiatrów/psychologów. Ocena kliniczna dokonana przez biegłych zawiera: • przedstawienie szczegółowej diagnozy psychiatrycznej (wyniki badań psychopatologicznych, klasyfikację wg ICD, diagnozę różnicową, badanie somatyczne); • ocenę ryzyka recydywy – z uwzględnieniem standardowych narzędzi;

¹²⁷ Aeschbach, S., Hänggi, S., Hachtel, H., (2022). *Fachkonzept Forensik 2022*. Pozyskano z: <https://media.bs.ch/dynamic/noop/26807e6f96ddc0e97b8fe7ee5aa1d827710f3c1a/0d3de6a1-e0d9-419c-ba72-6e9081544fef.pdf>, dostęp z 14.11.2025 r.

¹²⁸ Kanton Bern Canton de Berne. Amt für Justizvollzug. *Therapeutische Massnahmen*. Pozyskano z: <https://www.avj.sid.be.ch/de/start/themen/bewaehrungs--und-vollzugsdienste--bvd-/vollzug-von-straftun-und-massnahmen/therapeutische-massnahmen.html>, dostęp z 14.11.2025 r.

¹²⁹ Kanton Zürich. Pozyskano z: <https://www.zh.ch/de/sicherheit-justiz/strafvollzug-und-straftunliche-massnahmen/nach-einem-urteil/strafrechtliche-massnahmen.html>, dostęp z 14.11.2025 r.

¹³⁰ Aeschbach, S., Hänggi, S., Hachtel, H., (2022). *Fachkonzept Forensik 2022*. Pozyskano z: <https://media.bs.ch/dynamic/noop/26807e6f96ddc0e97b8fe7ee5aa1d827710f3c1a/0d3de6a1-e0d9-419c-ba72-6e9081544fef.pdf>, dostęp z 21.11.2025 r.

¹³¹ Bevilacqua, L., Caffisch, A., Endrass, J., Rossegger, A., Hachtel, H., & Graf, M. (2023). *Expert opinions on criminal law cases in Switzerland - an empirical pilot study*. *Swiss medical weekly*, 153, 40073. <https://doi.org/10.57187/smw.2023.40073>. Pozyskano z: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3333/5676>, dostęp 16.10.2025 r.

¹³² Höfer, F., Caffisch, C., Herdener, M., & Habermeyer, E. (2019). *Ambulante Suchtmaßnahmen in der Schweiz: eine Alternative zum deutschen geschlossenen Maßregelvollzug nach § 64?*. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 13(3), 272-281.

¹³³ Die Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie. Pozyskano z: <https://www.swissforensic.ch/ueber-uns/kurzportraet>, dostęp 21.11.2025 r.

¹³⁴ Hachtel, H., Brackmann, N., Ege, G. et al. (2025). *Empfehlungen für den Vollzug stationärer Maßnahmen nach Art. 59 StGB in forensisch-psychiatrischen Kliniken*. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 19, 113–136 (2025). <https://doi.org/10.1007/s11757-025-00876-5>.

	- przedstawienie możliwości leczenia, aby sąd mógł nałożyć odpowiedni środek zapobiegawczy (terapeutyczny); - określenie zdolności sprawcy do kontrolowania i rozumienia¹³⁵;
Inne	- wykonanie środka zabezpieczającego przed odbyciem kary daje możliwość zwolnienia z odbycia kary (art. 63b ust.1); - przerwanie leczenia ambulatoryjnego wynikające z braku szans na powodzenie lub braku skuteczności tego działania lub osiągnięcia maksymalnego czasu trwania przewidzianego na to leczenie powoduje, że kara pozbawienia wolności w zawieszeniu zostaje wykonana (art. 63b, ust. 2); - środek zabezpieczający w trybie ambulatoryjnym może być realizowany równolegle z karą, jeśli stan zdrowia pacjenta na to pozwala (art. 63b ust. 3); - osobie zwolnionej warunkowo oprócz zobowiązania do poddania się leczeniu ambulatoryjnemu może również zostać przydzielony dozór kuratora¹³⁶; - Kantony szwajcarskie, celem wywiązania się z odpowiedzialności za wykonywanie wyroków i środków karnych orzeczonych przez sąd osobom dorosłym, utworzyły trzy regionalne konkordaty, tj.: Konkordat Szwajcarii Łacińskiej, Konkordat Szwajcarii Północno-Zachodniej i Centralnej oraz Konkordat Szwajcarii Wschodniej. Ich celem jest zagwarantowanie wykonywania kar i środków karnych zgodnie z konstytucją i prawem. Podział kantonów na trzy regiony egzekwowania prawa prowadzi do jednolitego zrozumienia i rozwiązywania ważnych kwestii w codziennym życiu więziennym oraz ułatwia wymianę doświadczeń i informacji między kantonami członkowskimi w ramach konkordatu¹³⁷.
Niemcy	
Środek zabezpieczający	Podstawa prawna: art. 68 ust.1 niemieckiego kodeksu karnego (StGB) wskazuje nadzór jako nieizolacyjny środek zabezpieczający, w ramach którego można nakazać skazanemu skorzystanie z opieki i leczenia psychiatrycznego, psychoterapeutycznego lub socjoterapeutycznego. Opieka lub leczenie może być zapewnione przez ambulatoryjne poradnie (kliniki) medycyny sądowej (art. 68b ust. 2); w ramach nadzoru sąd przydziela skazanemu kuratora sądowego, który wspiera skazanego w okresie nadzoru (art. 68a ust. 1); Czas stosowania: okres nadzoru wynosi nie mniej niż 2 lata i nie więcej niż 5 lat. Sąd może jednak skrócić maksymalny okres nadzoru, może też wydać nakaz nadzoru na czas nieokreślony, jeśli m.in. skazany nie stosuje się do nakazu poddania się leczeniu, terapii uzależnień lub zaleceń terapii oraz jeżeli występują podstawy, by sądzić, że istnieje niebezpieczeństwo dla ogółu społeczeństwa z powodu popełnienia przez tę osobę dalszych poważnych przestępstw (art. 68 c, ust.1–3)¹³⁸; Kryteria orzecznicze: - pozbawienie wolności na okres nie krótszy niż 6 mies. za przestępstwo, w przypadku którego ustawa przewiduje nadzór, sąd dodatkowo do kary może orzec nadzór, jeśli istnieje niebezpieczeństwo popełnienia dalszych przestępstw przez skazanego (art. 68); - sąd może nakazać przestępcy poddanie się leczeniu psychiatrycznemu, psychoterapeutycznemu lub socjoterapeutycznemu (art. 68b ust. 2)¹³⁹. 3Zgodnie z kryteriami jakościowymi dla poradni medycyny sądowej w systemie penitencjarnym przygotowanymi przez Federalne Stowarzyszenie Klinik Sądowo-Ambulatoryjnych Systemu Więziennego (de. <i>Bundesarbeitsgemeinschaft der forensischen Ambulanzen des Strafvollzug</i>, BAG-FORAS) wspólnym obszarem działalności tych jednostek jest praca z osobami uznanymi za winnych popełnienia czynów karalnych i podlegających nadzorowi kuratora sądowego lub zwolnienia warunkowego. Zakres przestępstw obejmuje przede wszystkim przestępstwa przeciwko wolności seksualnej oraz inne poważne przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. W zależności od profilu poradni, leczeniem mogą być również objęte osoby: - obawiające się popełnienia przestępstwa na tle seksualnym lub z użyciem przemocy, - które popełniły przestępstwo w tzw. obszarze nieujawnionym (bez zgłoszenia do organów ścigania); - sprawcy przemocy domowej,

¹³⁵ Bevilacqua, L., Cafilisch, A., Endrass, J., Rossegger, A., Hachtel, H., & Graf, M. (2023). Expert opinions on criminal law cases in Switzerland - an empirical pilot study. *Swiss medical weekly*, 153, 40073. <https://doi.org/10.57187/smw.2023.40073>. Pozyskano z: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3333/5676>, dostęp 16.10.2025 r.

¹³⁶ Swiss federal authorities. Pozyskano z: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/en, dostęp 16.10.2025 r.

¹³⁷ Pozyskano z: <https://www.konkordate.ch/>, dostęp z 21.11.2025 r.

¹³⁸ Pozyskano z: https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html, dostęp z 20.10.2025 r.

¹³⁹ Pozyskano z: https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html, dostęp z 20.10.2025 r.

	- osoby wcześniej przebywające w zamkniętych zakładach psychiatrii sądowej, - sprawcy innych poważnych przestępstw¹⁴⁰.
Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: kraje związkowe stosują różne podejścia w zakresie rozwoju odpowiednich instytucji i struktur. Dla przykładu w kraju związkowym w Nadrenia-Palatynat ambulatoryjne kliniki medycyny sądowej działają jako podmioty wymiaru sprawiedliwości. W innych krajach związkowych kliniki prowadzą niezależni świadczeniodawcy (np. Badenia-Wirtembergia, Szlezwik-Holsztyn) lub Diakonie (Bawaria). W Berlinie lub Hamburgu są to uniwersyteckie wydziały medycyny sądowej¹⁴¹. Źródło finansowania: istnieją różne modele finansowania ambulatoryjnych ośrodków psychiatryczno-sądowych. Niektóre kraje związkowe określają wymogi finansowe w ramach ustalonego, zaplanowanego budżetu, inne współpracują z towarzystwami ubezpieczeniowymi w celu pokrycia kosztów leczenia z systemu ubezpieczeń społecznych lub koszty leczenia pokrywane są w ramach systemu penitencjarnego¹⁴². Inne: BAG-FORAS opracowało kryteria jakości, które, mimo zróżnicowanej specyfiki poszczególnych krajów i świadczeniodawców, koncentrują się na wspólnych aspektach merytorycznych i formalnych skutecznego leczenia ambulatoryjnego w zapobieganiu przestępczości, w tym: - każda poradnia psychiatrii sądowej realizująca opiekę ambulatoryjną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi zwalnianymi z zakładów karnych obejmuje swoim działaniem określony obszar terytorialny, w ramach którego prowadzona jest ścisła współpraca z kuratorską służbą sądową oraz, w razie potrzeby, z innymi podmiotami funkcjonującymi w sieci instytucji pomocy postpenitencjarnej i społecznej. Sieć wsparcia organizuje zarówno regularne, jak i doraźne spotkania w formie wielostronnych konsultacji w których uczestniczą przedstawiciele wszystkich kluczowych instytucji zaangażowanych w proces opieki oraz – w miarę możliwości – sami pacjenci. Spotkania te służą koordynacji działań, wymianie informacji oraz wspólnemu podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego przebiegu terapii i strategii reintegracji społecznej; - poradnie medycyny sądowej świadczące usługi w trybie ambulatoryjnym muszą współpracować z regionalnym oddziałem psychiatrii (w tym oddziałem ostrym), aby w przypadku wystąpienia kryzysu psychicznego możliwe było podjęcie adekwatnej interwencji, w tym, jeśli zajdzie potrzeba, poprzez leczenie stacjonarne¹⁴³. Istnieją różne koncepcje organizacyjne określające czy przestępcy zwalniani z więzienia powinni być ściśle oddzieleni od osób wypisanych ze szpitala psychiatrycznego o profilu sądowym. Tylko w dwóch krajach związkowych pacjenci z zakładów psychiatrycznych o profilu sądowym i byli więźniowie są leczeni w jednym ośrodku (Berlin, Saksonia-Anhalt)¹⁴⁴;
Populacja	Osoby po odbyciu kary lub zwolnione warunkowo z odbywania kary za przestępstwo lub po pobycie w areszcie psychiatrycznym z: - chorobami psychicznymi; - uzależnione od substancji psychoaktywnych¹⁴⁵.
Zakres świadczeń	Każdy kraj wchodzący w skład Republiki Federalnej Niemiec definiuje własne ramy organizacyjne i zakres leczenia ambulatoryjnego¹⁴⁶. Jednak zgodnie z kryteriami jakości BAG-FORAS dla poradni medycyny sądowej w systemie penitencjarnym, leczenie powinno opierać się na zasadzie <i>Risk-Need-Responsivity</i>, tj. powinno uwzględniać trzy aspekty: 1) poziom ryzyka, stwarzanego przez pacjenta; 2) indywidualne czynniki sprzyjające popełnieniu przestępstwa; 3) zdolności i sposoby reagowania pacjenta na zastosowane oddziaływania terapeutyczne.

¹⁴⁰ Schwarze, C., Voß, T., Kliesch, O., Bauer, A., Braunisch, S., Feil, M. G., ... & Zisterer-Schick, M. (2018). Qualitätskriterien forensischer Ambulanzen des Strafvollzugs. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12(4), 369-379.

¹⁴¹ Feil, M., G. (2016). Forensic follow-up care for outpatients in Germany. *Psychoanalytic Psychotherapy*, DOI: 10.1080/02668734.2016.1183345.

¹⁴² Konrad, N., & Lau, S. (2010). Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International journal of law and psychiatry*, 33(4), 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.005>.

¹⁴³ Voß, T., Hausam, J. & Sauter. (2024). Die Forensisch-Therapeutische Ambulanz für Gewalt- und Sexualstraftäter in Berlin: Übersicht über 20 Jahre Behandlung und Forschung. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 18, 397–404 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11757-024-00846-3>.

¹⁴⁴ Konrad, N., & Lau, S. (2010). Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International journal of law and psychiatry*, 33(4), 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.005>.

¹⁴⁵ Konrad, N., & Lau, S. (2010). Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International journal of law and psychiatry*, 33(4), 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.005>.

¹⁴⁶ Konrad, N., & Lau, S. (2010). Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International journal of law and psychiatry*, 33(4), 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.005>.

	Zgodnie z zasadą RNR poradnie medycyny sądowej świadczą usługi wspomagające, sądowo-terapeutyczne. Pacjenci w pełni muszą znać plan leczenia. Praca poradni medycyny sądowej obejmuje ciągłą ocenę ryzyka pacjenta z wykorzystaniem adekwatnych narzędzi oceny ryzyka oraz opracowanie indywidualnego planu leczenia. Plany te opierają się na indywidualnych hipotezach oraz zidentyfikowanych czynnikach ryzyka. Prognoza ryzyka stawiana jest również na podstawie aktualnego wyciągu z Federalnego Rejestru Centralnego (rejestr zawiera wpisy dotyczące m.in. wyroków skazujących wydanych przez sądy niemieckie, niektórych orzeczeń organów administracyjnych, wpisy o niezdolności do czynności prawnych oraz szczególnych ustaleniach sądowych) ^{147,148} .
Miejsce realizacji	Ambulatoryjne poradnie (kliniki) sądowe (de. <i>Forensische Ambulanzen</i>); To zarówno nowe miejsca, jak i instytucje z wieloletnim doświadczeniem, które rozszerzyły swoją działalność o leczenie i wsparcie sprawowane nad przestępcami objętymi nadzorem kuratora. Te heterogeniczne placówki świadczące opiekę ambulatoryjną utworzyły sieć federalną (BAG-FORAS) ukierunkowaną na wymianę doświadczeń zawodowych, porównanie podobieństw, rozbieżności i odmiennych cechy w realizacji prawnego nakazu środka zabezpieczającego. Wymiana doświadczeń odbywa się w sposób ciągły, w tym poprzez coroczne spotkania ¹⁴⁹ .
Personel	W przypadku tworzenia nowych ambulatoryjnych klinik psychiatrii sądowej ich struktura organizacyjna i kadrowa odpowiadała strukturze standardowych klinik psychiatrycznych. Placówki ambulatoryjne z uwagi na różne ramy organizacyjne w różnych krajach związkowych różnią się pod względem kadry ¹⁵⁰ . Zgodnie z kryteriami jakości dla poradni medycyny sądowej w systemie penitencjarnym, określonymi, przez BAG-FORAS, leczenie powinno być prowadzone przez zespół wielodyscyplinarny , w którego skład muszą wchodzić co najmniej następujące grupy zawodowe: • lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii i psychoterapii; • pracownik socjalny; • pielęgniarz/pielęgniarka; • psycholog. Udział ww. grup zawodowych w zespole wielodyscyplinarnym może być różny, jednak przy zachowaniu proporcji etatowych tj.: 1:7 (zgodnie z zaleceniami dotyczącymi minimalnych standardów opieki postpenitencjarnej). Oznacza to, że dla 20 pacjentów należy zapewnić ok. 3 pełne etaty personelu, w tym ok. 2 etaty dla personelu terapeutycznego (lekarz psychiatra, psychoterapeuta, psycholog) oraz 1 etat dla innego personelu (pracownik socjalny, pielęgniarz). Ponadto, udział etatowy stanowiska kierowniczego powinien wynosić dodatkowo 0,5 etatu na 20 pacjentów, a obsługa administracyjna w wymiarze 0,25 etatu na 20 pacjentów ¹⁵¹ .
Organizacja opieki i leczenia	Każdy kraj wchodzący w skład Republiki Federalnej Niemiec definiuje własne ramy organizacyjne i zakres leczenia ambulatoryjnego ¹⁵² . Koordinacja leczenia: zwykle pacjenci są nadzorowani przez dwóch pracowników z różnych grup zawodowych. Schemat pracy pracowników z pacjentem: • 1/3 czasu – zaplanowany, bezpośredni kontakt z pacjentem; • 1/3 czasu – działania pośrednio związane z pacjentem, np. analiza akt, dokumentacji, omówienie przypadków; • 1/3 czasu – działania związane z podnoszeniem kwalifikacji, współpraca międzyinstytucjonalna

¹⁴⁷ BAG-FORAS. (2024). *Anlage zur AV Qualitätskriterien für Forensische Ambulanzen*. Pozyskano z: <https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-01/Anlage%20zur%20AV%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20Forensische%20Ambulanzen.pdf>, dostęp z 20.11.2025 r.

¹⁴⁸ Bundeszentralregistergesetz (BZRG). Pozyskano z: https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/ZentraleRegister/Bundeszentralregister/Bundeszentralregister_node.html, dostęp z 20.11.2025 r.

¹⁴⁹ Voß, T., Hausamm J., Sauter, J. (2024). *Die Forensisch-Therapeutische Ambulanz für Gewalt- und Sexualstraftäter in Berlin: Übersicht über 20 Jahre Behandlung und Forschung*. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 18, 397–404 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11757-024-00846-3>.

¹⁵⁰ Feil, M., G. (2016). *Forensic follow-up care for outpatients in Germany*. *Psychoanalytic Psychotherapy*, DOI: 10.1080/02668734.2016.1183345.

¹⁵¹ BAG-FORAS. (2024). *Anlage zur AV Qualitätskriterien für Forensische Ambulanzen*. Pozyskano z: <https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-01/Anlage%20zur%20AV%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20Forensische%20Ambulanzen.pdf>, dostęp z 18.11.2025 r.

¹⁵² Konrad, N., & Lau, S. (2010). *Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany*. *International journal of law and psychiatry*, 33(4), 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.005>.

	W zależności od struktury poradni oraz stopnia responsywności pacjentów możliwe są następujące formy realizacji terapii: • wsparcie środowiskowe w formie wizyt domowych lub spotkań w naturalnym środowisku pacjenta; • spotkania w przestrzeni instytucjonalnej, tj. w pomieszczeniach współpracujących jednostek organizacyjnych wymiaru sprawiedliwości, takich jak kuratorska służba sądowa lub inne instytucje realizujące zadania z zakresu pomocy postpenitencjarnej; • w uzasadnionych przypadkach spotkania mogą odbywać się w pomieszczeniach poradni sądowno-lekarskiej. W przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności pacjenta na umówionej wizycie, poradnia podejmuje aktywne działania w celu nawiązania kontaktu z pacjentem, a w razie potrzeby informuje właściwy organ nadzoru kuratorskiego¹⁵³. W ramach leczenia ambulatoryjnego konieczne jest sporządzenie pisemnego planu leczenia, który umożliwi pracę zgodnie z wytycznymi. Schemat terapii • początek terapii lub sytuacje wymagające intensyfikacji wsparcia (np. okresy kryzysowe): spotkania odbywają się regularnie 1 raz w tygodniu, w razie potrzeby nawet kilka razy w tygodniu, w uzasadnionych przypadkach możliwe odstępstwa od tej reguły; • dalszy przebieg terapii: zmienna częstotliwość spotkań, z tendencją do zmniejszania liczby spotkań do 1 spotkania 1 raz w miesiącu; Wszelkie odstępstwa od schematu terapii wymagają uzasadnienia i muszą zostać udokumentowane¹⁵⁴. Monitorowanie jakości opieki: wymaga się, aby placówki spełniały określone kryteria jakości w trzech zasadniczych obszarach: struktury, procesu oraz wyników leczenia. Kryteria te obejmują zarówno zapewnienie odpowiednich zasobów kadrowych i organizacyjnych, jak wdrożenie procedur diagnostyczno-terapeutycznych zgodnych z aktualnymi standardami opieki psychiatrycznej. Celem tych działań jest poprawa stanu zdrowia psychicznego oraz sytuacji życiowej osób objętych nadzorem kuratorskim, a także zwiększenie poziomu bezpieczeństwa publicznego poprzez minimalizację ryzyka ponownego popełnienia czynów zabronionych. Zgodnie z kryteriami jakości dla poradni medycyny sądowej w systemie penitencjarnym wydanymi przez BAG-FORAS istotny element standardów jakości stanowi gotowość do systematycznej refleksji nad własną praktyką zawodową w ramach superwizji, a także do reprezentowania jej w grupach doradczych, zespołach psychospołecznych. Regularny udział w działaniach ukierunkowanych na zapewnienie jakości i ewaluację na poziomie ponadlokalnym jest integralną częścią standardów jakości. Proces weryfikacji zezwoleń na prowadzenie poradni, pod kątem spełniania kryteriów, odbywa się w cyklach pięcioletnich. Przy zatwierdzaniu nowych poradni medycyny sądowej (procedura uzyskania zgody na działalność poradni) konieczne jest spełnianie określonych kryteriów jakości: • sporządzony w formie pisemnej dokument określający podstawowe zasady i procedury funkcjonowania poradni zgodny z ogólnymi wymogami jakościowymi BAG-FORAS dla poradni medycyny sądowej (de: „Konzept”); • minimalna wymagana liczba personelu z odpowiednimi kwalifikacjami; • dostępne obiekty/sprzęt pozwalające na realizację zadań jednostki; • jasno określony obszar świadczenia usług wraz z udokumentowaną zasadami współpracy z innymi jednostkami; • wdrożenie adekwatnych środków w zakresie zapewnienia jakości, oceny, szkoleń i nadzoru. W przypadku otwarcia nowych poradni medycyny sądowej w kolejnych lokalizacjach, należy zapewnić, że koncepcja przyjęta w innej poradni nie ulegnie zmianom¹⁵⁵. Kryteria jakości wyników: Aby określić skuteczność interwencji, przy ocenie należy uwzględnić kryteria bezpośrednio jak i pośrednio związane z przestępstwem:
--	---

¹⁵³ BAG-FORAS. (2024). Anlage zur AV Qualitätskriterien für Forensische Ambulanzen. Pozyskano z: <https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-01/Anlage%20zur%20AV%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20Forensische%20Ambulanzen.pdf>, dostęp z 18.11.2025 r.

¹⁵⁴ BAG-FORAS. (2024). Anlage zur AV Qualitätskriterien für Forensische Ambulanzen.. Pozyskano z: <https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-01/Anlage%20zur%20AV%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20Forensische%20Ambulanzen.pdf>, dostęp z 18.11.2025 r.

¹⁵⁵ BAG-FORAS. (2024). Anlage zur AV Qualitätskriterien für Forensische Ambulanzen.. Pozyskano z: <https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-01/Anlage%20zur%20AV%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20Forensische%20Ambulanzen.pdf>, dostęp z 18.11.2025 r.

	Kryteria oceny bezpośrednio związane z przestępstwem: • unikanie przemocy – pełny sukces zostaje osiągnięty, jeśli popełnianie przestępstw (zarówno powiązanych z przemocą jak i innych) oraz zachowań antyspołecznych zostaną wyeliminowane. Częściowy sukces oznacza spadek częstotliwości przestępstw, brak czynów związanych z przemocą lub ich mniejszą powagę; • obniżenie kategorii ryzyka i wyników oceny ryzyka – dotyczy redukcji wartości w narzędziach prognostycznych, takich jak LSI-R lub innych instrumentach oceny ryzyka; • redukcja czynników ryzyka istotnych dla przestępstwa – np. poprzez stosowanie farmakoterapii w przypadku występowania psychozy, zgodnie z zapisami w planie leczenia; • utrzymanie w terapii: pacjenci wykazują ciągłość uczestnictwa w procesie terapeutycznym. Ocena opiera się na zgodności z ustaleniami wynikającymi z potrzeb, a nie na częstotliwości kontaktów. Przykładowo, osoby o ograniczonej liczbie spotkań mogą być uznane za utrzymujące się w terapii, jeśli w sytuacjach kryzysowych reagują zgodnie z ustalonymi zasadami; • przerwanie terapii: każdy przypadek przerwania procesu terapeutycznego wymaga pisemnego udokumentowania oraz przekazania informacji do odpowiednich podmiotów w sieci wsparcia. Obowiązek ten dotyczy zarówno sytuacji, w których decyzję o zakończeniu terapii podejmuje pacjent, jak i przypadków, gdy zespół terapeutyczny uznaje dalsze leczenie za niezasadne; • wygaśnięcie lub zakończenie nadzoru kuratorskiego – okres nadzoru został pomyślnie zrealizowany przez pacjenta, a fakt ten został odnotowany w dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi procedurami; • zakończenie leczenia – proces terapeutyczny zostaje zakończony na podstawie wspólnej decyzji pacjenta oraz zespołu sądowej opieki ambulatoryjnej. Decyzja ta może wynikać z osiągnięcia celów terapii lub braku dalszej potrzeby wsparcia, również w sytuacjach, gdy okres nadzoru kuratorskiego nie dobiegł jeszcze końca. Kryteria oceny pośrednio związane z przestępstwem: • subiektywna satysfakcja z leczenia – pomimo nadrzędnego celu redukcji ryzyka, proces terapeutyczny jest ukierunkowany na potrzeby pacjentów. Pacjenci deklarują poczucie wsparcia i wysłuchania, co potwierdzają poprzez adekwatne zachowania. Ocena dokonywana jest na podstawie obserwacji, dokumentacji oraz zapisów w planie leczenia; • gotowość do współpracy – postawa wobec wsparcia, motywacja oraz otwartość na zmiany, w tym redukcja uprzedzeń kulturowych, ulegają poprawie w trakcie terapii. Zmiany te są monitorowane za pomocą wybranych narzędzi diagnostycznych oraz planu leczenia; • przestrzeganie zaleceń – obejmuje rzetelność, punktualność, utrzymywanie kontaktu, stosowanie się do zaleceń, otwartość na rekomendacje zespołu terapeutycznego, a w razie potrzeby regularne przyjmowanie leków. Ocena opiera się na obserwacji zachowań, dokumentacji i planie leczenia; • ogólna satysfakcja z życia pacjentów – pacjenci zgłaszają zmniejszenie obciążenia psychopatologicznego; • zmniejszenie potrzeby intensywnej opieki – w miarę postępów terapii zmniejsza się konieczność częstych spotkań, a odstępy między wizytami wydłużają się. Dane są odnotowywane w dokumentacji i planie leczenia; • kryzysy – częstotliwość występowania kryzysów spada w trakcie terapii, a umiejętności zarządzania sytuacjami kryzysowymi ulegają poprawie. Informacje są rejestrowane w dokumentacji i planie leczenia; • integracja społeczna – obejmuje włączenie w aktywności zawodowe lub edukacyjne, udział w hobby i organizacjach, stabilne warunki mieszkaniowe oraz bezpieczeństwo finansowe. Ocena dokonywana jest na podstawie testów oraz planu leczenia; • zespół terapeutyczny – zespół charakteryzuje się stabilnym składem (niska rotacja), odpowiednimi warunkami zatrudnienia (umowa o pracę na czas nieokreślony/określony) i wynagrodzenia, niskim poziomem absencji chorobowej, wysoką motywacją oraz satysfakcją z osiągnięć pacjentów. Istotna jest również możliwość rozwoju poprzez dostęp do szkoleń, liczba odbytych kursów, konstruktywna informacja zwrotna od przełożonych oraz kultura wzajemnego szacunku. Skuteczne leczenie zależy w znacznym
--	---

	stopniu od efektywności, satysfakcji zawodowej personelu oraz stabilności zespołu ¹⁵⁶ .
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	Zgodnie z kryteriami jakości dla poradni medycyny sądowej w systemie penitencjarnym, określonymi, przez <i>Bundesarbeitsgruppe für forensisch-ambulante Kliniken im Justizvollzug</i>, w celu rozpoczęcia leczenia niezbędne jest wykonanie wstępnej oceny ryzyka, która jest regularnie aktualizowana, przez poradnię medycyny sądowej. Dokonanie oceny może wiązać się z koniecznością doboru terapeutów pod względem płci, a w razie konieczności przeprowadzenie oceny przez dwie osoby. Ocena ryzyka odbywa się z wykorzystaniem narzędzi: • LSI-R, • HCR-20 V3, • SVR 20, • START¹⁵⁷.
Inne	• ambulatoryjne ośrodki medycyny sądowej pełnią podwójną funkcję: leczenie i monitorowanie pacjentów; • ambulatoryjne ośrodki medycyny sądowej powinny współpracować z kuratorem sądowym i organem sądowym; • konieczna jest wymiana informacji między wszystkimi stronami zaangażowanymi w zarządzanie ryzykiem recydywy. Pracownicy ośrodków sądowych mają obowiązek ujawniania informacji, w tym uzyskanych w ramach rozmów poufnych, jeśli jest to konieczne celem uniknięcia popełnienia kolejnego przestępstwa¹⁵⁸; • pracownicy poradni mogą, w porozumieniu z zakładem karnym, uczestniczyć w posiedzeniach dotyczących pacjentów, w szczególności w celu przygotowania się do pracy z pacjentem i ustalenia sposobu leczenia; • decyzja o przyjęciu i wdrożeniu terapii podejmowana jest przez poradnię ambulatoryjną, zgodnie z dostępnymi wytycznymi; • w ramach terapii prowadzona jest dokumentacja zawierająca podstawowe dane pacjenta, podlegająca ciągłej aktualizacji. Dokumentacja zawiera co najmniej następujące informacje: data przyjęcia, data rozpoczęcia leczenia, dane kontaktowe pacjenta, jednostki penitencjarnej dokonującej zwolnienia oraz instytucji współpracujących, dane nt. czynu będącego podstawą interwencji oraz informacje o wcześniejszych wyrokach skazujących, przewidywana data zakończenia nadzoru, kod rozpoznania (ICD lub DSM) oraz informacja o przyjmowanych lekach¹⁵⁹; • obecnie prawie wszystkie kraje związkowe Niemiec (z wyjątkiem Saary i Dolnej Saksonii) oferują zinstytucjonalizowaną formę leczenia ambulatoryjnego dla określonych osób (np. skazanych za przestępstwa seksualne) opuszczających więzienia¹⁶⁰.
Królestwo Niderlandów (Holandia)	
Środek zabezpieczający	Podstawa prawna: niderlandzki kodeks karny¹⁶¹, ogólne zasady stosowania środka zabezpieczającego w postaci opieki wolnościowej określono w art. 37, 38 (w ramach szerszej kategorii środków, tzw. <i>Maatregelen</i>). Czas stosowania: • opieka wolnościowa (terapia w warunkach wolnościowych połączona z dozorem) – do 2 lat, jednakże istnieje możliwość przedłużenia jej o rok lub 2 lata, jeżeli wymaga tego bezpieczeństwo innych osób lub ogólne

¹⁵⁶ BAG-FORAS. (2024). *Anlage zur AV Qualitätskriterien für Forensische Ambulanzen..* Pozyskano z: <https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-01/Anlage%20zur%20AV%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20Forensische%20Ambulanzen.pdf>, dostęp z 18.11.2025 r.

¹⁵⁷ BAG-FORAS. (2024). *Anlage zur AV Qualitätskriterien für Forensische Ambulanzen..* Pozyskano z: <https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-01/Anlage%20zur%20AV%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20Forensische%20Ambulanzen.pdf>, dostęp z 18.11.2025 r.

¹⁵⁸ Konrad, N., & Lau, S. (2010). *Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. International journal of law and psychiatry*, 33(4), 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.005>

BAG-FORAS. (2024). *Anlage zur AV Qualitätskriterien für Forensische Ambulanzen.* Pozyskano z: <https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-01/Anlage%20zur%20AV%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20Forensische%20Ambulanzen.pdf>, dostęp z 18.11.2025 r.

¹⁶⁰ Schwarze, C., Voß, T., Kliesch, O. et al. (2018). *Qualitätskriterien forensischer Ambulanzen des Strafvollzugs. Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 12, 369–379, <https://doi.org/10.1007/s11757-018-0476-1>.

¹⁶¹ Niderlandzki kodeks karny (Wetboek van Strafrecht) BWBR0001854. Pozyskano z: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2025-07-01>, dostęp z 17.10.2025 r.

	bezpieczeństwo osób i mienia. Maksymalny okres trwania nie może być dłuższy niż 4 lata (art. 38d). Kryteria orzecznicze: sąd może zalecić odpowiedniej instytucji państwowej objęcie sprawcy opieką wolnościową, która może polegać na terapii w warunkach wolnościowych połączonej z dozorem, jeżeli jest to konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa innym osobom lub ogólnego bezpieczeństwa osób i mienia. Warunki opieki mogą określać, że osoba poddana środkowi zabezpieczającemu podda się umieszczeniu w instytucji wyznaczonej przez sąd, podda się leczeniu u biegłego wskazanego w orzeczeniu lub przyjmie leki przepisane przez lekarza prowadzącego bądź zgadza się na ich podawanie przez lekarza prowadzącego (art.38a).
Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: Ministerstwo Sprawiedliwości i Bezpieczeństwa (nl. <i>Ministerie van Justitie en Veiligheid</i>) oraz podległa Agencja ds. placówek więziennych (nl. <i>Dienst Justitiële Inrichtingen</i>)¹⁶². Źródło finansowania: nakaz opieki sądowej stanowi podstawę refundacji przez Ministerstwo Sprawiedliwości i Bezpieczeństwa¹⁶³. Zgodnie z dokumentem Komisji Europejskiej finansowanie sądowej opieki psychiatrycznej leży po stronie Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Sprawiedliwości i Bezpieczeństwa¹⁶⁴. Inne: brak informacji w zakresie opieki wolnościowej.
Populacja	Pacjent, który popełnił czyn zabroniony w wyniku upośledzenia umysłowego lub patologicznego zaburzenia zdolności psychicznych i jest on niebezpieczny dla siebie lub innych osób oraz nie może używać alkoholu ani narkotyków. Jeśli pacjent nie będzie spełniał warunków opieki wolnościowej sąd może skierować go na formę opieki z nakazem przymusowego leczenia w klinice. Sędzia nakłada opiekę wolnościową tylko wtedy, gdy możliwe jest zmniejszenie ryzyka recydywy za pomocą leczenia ambulatoryjnego^{165, 166}.
Zakres świadczeń	Brak szczegółowych informacji.
Miejsce realizacji	System TBS (nl. <i>Terbeschikkingstelling</i>) odpowiada za pełen zakres świadczeń dotyczących skutecznej reintegracji pacjenta: od oddziałów o wysokim poziomie zabezpieczenia, przez oddziały o niższym poziomie zabezpieczenia aż po opiekę lub nadzór środowiskowy¹⁶⁷. Opieka wolnościowa może być organizowana w ramach opieki ambulatoryjnej. Pacjent może (ale nie musi) przebywać w klinice stanowiącej ośrodek psychiatrii sądowej. Na terenie kraju istnieje 7 Centrów Psychiatrii Sądowej oraz 4 Kliniki Psychiatrii Sądowej (kliniki świadczą opiekę ambulatoryjną). Centra Psychiatrii to instytucje z wysokim poziomem zabezpieczenia, natomiast kliniki charakteryzują się niższym poziomem zabezpieczenia w placówkach¹⁶⁸.
Personel	Brak szczegółowych informacji.
Organizacja opieki i leczenia	Wykonywanie wyroków i środków orzeczonych przez sędziów należy do obowiązków Ministerstwa Sprawiedliwości i Bezpieczeństwa. Sędziowie nie są w to zaangażowani. Nadzór sprawuje kurator sądowy¹⁶⁹.
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	Brak szczegółowych informacji.
Inne	W Holandii ambulatoryjna opieka z zakresu psychiatrii sądowej funkcjonuje w oparciu o lokalną adaptację modelu <i>Assertive Community Treatment</i> (ACT). Model koncentruje się na wspieraniu i leczeniu pacjentów z długotrwałą potrzebą opieki psychiatrycznej. Umożliwia on elastyczne przełączanie się między dwoma rodzajami opieki (stacjonarna

¹⁶² Dienst Justitiële Inrichtingen. Pozyskano z: <https://www.dji.nl/justitiabelen/forensische-zorg/straffen-en-maatregelen>, dostęp z 20.10.2025 r.

¹⁶³ Dienst Justitiële Inrichtingen. Pozyskano z: <https://www.dji.nl/justitiabelen/forensische-zorg/straffen-en-maatregelen>, dostęp z 20.10.2025 r.

¹⁶⁴ Salize, H. J., Dreßing, H. (2005). Placement and treatment of mentally ill offenders – Legislation and practice in EU Member States (Research Project – Grant Agreement SPC.2002448). Central Institute of Mental Health, Mannheim; European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General. Pozyskano z: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_15_en.pdf, dostęp z 21.10.2025 r.

¹⁶⁵ Nederlandse codeks karny (Wetboek van Strafrecht) BWBR0001854. Pozyskano z: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2025-07-01>, dostęp z 17.10.2025 r.

¹⁶⁶ Dienst Justitiële Inrichtingen. Pozyskano z: <https://www.dji.nl/justitiabelen/forensische-zorg/straffen-en-maatregelen>, dostęp z 20.10.2025 r.

¹⁶⁷ TBS Nederland. (2023). Over tbs. Pozyskano z: <https://tbsnederland.nl/over-tbs/>, dostęp z 24.11.2025 r.

¹⁶⁸ Dienst Justitiële Inrichtingen. Pozyskano z: <https://www.dji.nl/justitiabelen/forensische-zorg/straffen-en-maatregelen>, dostęp z 20.10.2025 r.

¹⁶⁹ Dienst Justitiële Inrichtingen. Pozyskano z: <https://www.dji.nl/justitiabelen/forensische-zorg/straffen-en-maatregelen>, dostęp z 20.10.2025 r.

	i ambulatoryjną), w zależności od zmieniających się potrzeb, okoliczności i stanu pacjenta. W ramach modelu ACT funkcjonują zespoły <i>Forensic Flexible Assertive Community Treatment</i> (ForFACT), stanowiące specjalistyczną formę intensywnego leczenia ambulatoryjnego. Zespoły te podlegają Holenderskiemu Centrum Certyfikacji Zespołów za pomocą skali ForFact, w ramach czego oceniane są między innymi pod kątem stosunku liczby świadczeniodawców do liczby świadczeniobiorców, składu personelu, wiedzy specjalistycznej w zakresie problemów somatycznych/uzależnień/niepełnosprawności intelektualnej oraz poziomu zaangażowania¹⁷⁰. Opieka uzupełniana jest o działania różnych organizacji wspomagających reintegrację pacjentów¹⁷¹.
Czechy	
Środek zabezpieczający	Leczenie ochronne (cz. <i>ochranné léčení</i>) – leczenie w zakładzie zamkniętym oraz leczenie ambulatoryjne (obejmuje leczenie psychiatryczne, terapię psychologiczną, terapię uzależnień) Podstawa prawna: § 98 ust.1 ustawy z dnia 8 stycznia 2009 r. – Kodeks karny (Dz.U. Rep. Czeskiej z 2009 r. poz. 40 z późn. zm.)¹⁷² Czas stosowania: nie dłużej niż 2 lata z możliwością kilkukrotnego przedłużenia (§ 99 ust. 6 ustawy nr 40/2009 Dz.U. Rep. Czeskiej. z późn. zm.) Kryteria orzecznicze – na podstawie § 99 ust. 1 ustawy nr 40/2009 Dz.U. Rep. Czeskiej. z późn. zm.): • Sąd nakłada leczenie ochronne gdy: ○ sprawca popełnił przestępstwo w stanie ograniczonej poczytalności, albo w stanie wywołanym zaburzeniem psychicznym, a sąd uzna, że środek zabezpieczający w postaci leczenia, zapewni poprawę sprawcy i ochronę społeczeństwa, ○ w sytuacji, gdy sprawca czynu zabronionego nie ponosi odpowiedzialności karnej z powodu niepoczytalności, a jego przebywanie na wolności stanowi zagrożenie. • Sąd może nałożyć leczenie ochronne również w przypadku, gdy: a) sprawca popełnił przestępstwo w stanie wywołanym zaburzeniem psychicznym, a jego przebywanie na wolności jest niebezpieczne lub b) sprawca nadużywający substancji uzależniających popełnił przestępstwo pod ich wpływem lub w związku z ich nadużywaniem; leczenie ochronne nie zostanie jednak nałożone, jeżeli z uwagi na osobę sprawcy jest oczywiste, że cel leczenia nie może zostać osiągnięty. • Leczenie ochronne może zostać przez sąd nałożone obok kary albo w przypadku odstąpienia od wymierzenia kary.
Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: Zakłady Ubezpieczeń Zdrowotnych (cz. <i>Zdravotní pojišťovny</i>)¹⁷³, Ministerstwo Zdrowia (cz. <i>Ministerstvo zdravotnictví</i>) Podmioty świadczące usługi w ramach leczenia ochronnego powoływane są przez wiele różnych organów: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Sprawiedliwości, władze regionalne, itp.¹⁷⁴. Źródło finansowania: świadczenia zdrowotne w ramach leczenia ochronnego finansowane są <u>ze środków zakładów ubezpieczeń zdrowotnych</u>. Koszty związane z ochronnym leczeniem osób, które nie są objęte publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym w Czechach, pokrywa państwo z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Państwo ma prawo dochodzić zwrotu kosztów (w całości lub części) od pacjenta — za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia (§ 89 ustawy nr 373/2011 Dz.U. Rep. Czeskiej. z późn. zm.). Leczenie ochronne, wiąże się ze specyficznymi procedurami administracyjnymi i dokumentacyjnymi, komunikacją z sądami oraz obowiązkiem personelu medycznego obejmującym uczestniczenie w rozprawach sądowych. Te czynności nie są objęte finansowaniem z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego i nie są rozliczane w ramach

¹⁷⁰ Smeekens, M. V., Sappelli, F., de Vries, M. G., & Bulten, B. H. (2021). Dutch Forensic Flexible Assertive Community Treatment: Operating on the Interface Between General Mental Health Care and Forensic Psychiatric Care. *Frontiers in psychology*, 12, 708722. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708722>.

¹⁷¹ De Kok, M. (2020). *Probation in Europe. The Netherlands*. Pozyskano z: <https://www.cep-probation.org/wp-content/uploads/2020/09/Probation-in-Europe-the-Netherlands.pdf>, dostęp z 24.11.2025 r.

¹⁷² *Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů*. Pozyskano z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>, dostęp z 24.10.2025 r.

¹⁷³ Obecnie w Republice Czeskiej funkcjonuje siedem niezależnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, które oferują publiczne ubezpieczenie zdrowotne. Pozyskano z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-pojistovny>, dostęp z 27.10.2025 r.

¹⁷⁴ Páv, M., & Švarc, J. (2018). *Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení. Reforma péče o duševní zdraví—Analýza realizovaná v rámci projektu Deinstitutionalizace*, 97. Pozyskano z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40103/11_Priloha%20a%20ozvoj%20site%20OL.pdf, dostęp z: 24.10.2025 r.

	udzielanych świadczeń. W przyszłości przewiduje się ich finansowanie w ramach współpracy międzyresortowej¹⁷⁵. Inne: Podobnie jak inne kraje europejskie, Czechy przechodzą proces deinstytucjonalizacji w obszarze stacjonarnej opieki psychiatrycznej, który odbywa się pod patronatem projektu „Deinstytucjonalizacja usług dla osób chorych psychicznie”, w ramach Strategii Reformy Opieki Psychiatrycznej, i jest jednym z kluczowych projektów Reformy Opieki Psychiatrycznej¹⁷⁶. Prowadzone są programy mające na celu poprawę systemu opieki psychiatrycznej również w odniesieniu do realizacji środka zabezpieczającego w postaci leczenia ochronnego (patrz sekcja „Inne”). W trakcie opracowywania (planowany uprzednio termin ukończenia prac obejmował początek 2025 r.) nadal jest Narodowa Koncepcja Leczenia Ochronnego (cz. <i>Národní koncepce ochranného léčení</i>, NAKOL). W jej przygotowaniu uczestniczą Ministerstwo Zdrowia, Sprawiedliwości, Pracy i Spraw Społecznych, Spraw Wewnętrznych, Rzecznik Praw Obywatelskich, Sekcja Praw Człowieka przy Urzędzie Rady Ministrów, Towarzystwo Psychiatryczne JEP^{177,178}. Koncepcje reformy opieki nad pacjentami z orzeczeniem leczenia ochronnego obejmują między innymi stworzenie sieci świadczeniodawców specjalizujących się w opiece nad pacjentami z orzeczeniem leczenia ochronnego¹⁷⁹, tzw. Centra Zdrowia Psychicznego dla osób z orzeczonym leczeniem ochronnym (cz. <i>Centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením</i>, CDZ-OL). W ramach projektu „Wsparcie nowych usług w opiece nad osobami chorymi psychicznie”, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Zatrudnienie, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, opracowany został standard usług świadczonych w przedmiotowych centrach¹⁸⁰. Standardy określają zalecenia dotyczące świadczenia usług dla osób objętych leczeniem zabezpieczającym. Celem CDZ-OL jest zapewnienie usług środowiskowych i multidyscyplinarnych (cz. <i>Multidisciplinární týmy duševního zdraví</i>, MTDZ), ukierunkowanych na zapobieganie hospitalizacji lub jej skracanie oraz wspieranie reintegracji osób z orzeczonym leczeniem ochronnym w społeczności. Usługi oferowane przez CDZ-OL oprócz świadczeń zdrowotnych obejmują również usługi społeczne mające na celu rehabilitację społeczną. Zgodnie z zaleceniami określonymi w Standardach CDZ-OL współpracuje również z innymi dostawcami usług społecznych, policją, instytucjami działającymi w obszarze zatrudnienia, edukacji, mieszkalnictwa, czasu wolnego (np. urzędy gmin, urzędy pracy)¹⁸¹. Rejestr orzeczonych środków zabezpieczających Obecnie w Republice Czeskiej nie prowadzi się scentralizowanego rejestru orzeczonych środków zabezpieczających w postaci leczenia ochronnego ani po stronie wymiaru sprawiedliwości, ani w systemie opieki zdrowotnej. Poszczególni świadczeniodawcy prowadzą własną dokumentację pacjentów wobec których orzeczono leczenie ochronne i przyjętych do wykonywania tego środka. Obecny system jest rozproszony i niekompletny^{182,183}.
Populacja	Grupę docelową CDZ-OL stanowią dorośli pacjenci/klienci (≥ 18 lat), którzy poddają się leczeniu ochronnemu (stacjonarnemu lub ambulatoryjnemu). Leczenie ochronne obejmuje leczenie psychiatryczne, seksuologiczne, przeciwalkoholowe, przeciwuależnieniowe (dot. uzależnienia od

¹⁷⁵ Ministerstwo Zdrowia Republiki Czeskiej. (2024). Uzasadnienie do wniosku dotyczącego kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej: OŠETŘOVACÍ DEN OCHRANNÉHO LÉČENÍ se střední mírou zabezpečení. Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/11/OD-00091-OŠETŘOVACÍ-DEN-OCHRANNEHO-LECENÍ-se-stredni-mirou-zabezpečení-Finalní.pdf>, dostęp z 27.10.2025 r.

¹⁷⁶ Páv, M., Vňuková, M., Papežová, S., & Toman, J. (2022). Inpatient forensic treatment in the Czech Republic 2018-2020. *Ceska a Slovenska Psychiatrie*, 118(1), 9-16. Pozyskano z: <https://web.archive.org/web/20250619094211/http://www.cspsychiatri.cz/detail.php?stat=1443>, dostęp z 19.06.2025 r.

¹⁷⁷ Papežová, S., Páv, M. (2024). Ochranné léčení z pohledu psychiatra - výzva nebo trest? Pozyskano z: <https://share.google/LhVi8vJlr7XvW03tb>, dostęp z 27.10.2025 r.

¹⁷⁸ Hobzová, I. (2025). Ke kauze Bohnice: Jak (ne)funguje ochranná léčba u duševně nemocných. Pozyskano z: <https://www.zdravotnickýdeník.cz/2025/10/ochranna-lecba-psychiatricky-pripad-bohnice/>, dostęp 27.10.2025 r.

¹⁷⁹ Papežová, S., Páv, M. (2024). Ochranné léčení z pohledu psychiatra - výzva nebo trest? Pozyskano z: <https://share.google/LhVi8vJlr7XvW03tb>, dostęp z 27.10.2025 r.

¹⁸⁰ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>, dostęp z 24.10.2025 r.

¹⁸¹ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>, dostęp z 24.10.2025 r.

¹⁸² Páv, M., Vňuková, M., Papežová, S., & Toman, J. (2022). Inpatient forensic treatment in the Czech Republic 2018-2020. *Ceska a Slovenska Psychiatrie*, 118(1), 9-16. Pozyskano z: <https://web.archive.org/web/20250619094211/http://www.cspsychiatri.cz/detail.php?stat=1443>, dostęp z 19.06.2025 r.

¹⁸³ Informacja prasowa Rzecznika Praw Obywatelskich Republiki Czeskiej. (2024). Ombudsman přináší první ucelenou analýzu dat zaměřených na zranitelné pacienty v ochranném léčení. Pozyskano z: https://www.ochrance.cz/aktualne/ombudsman_prinasi_prvni_ucelenou_analyzu_dat_zamerenych_na_zranitelne_pacienty_v_ochrannem_leceni/, dostęp z 27.10.2025 r.

	narkotyków) oraz ich kombinacje. Leczenie ochronne może być również stosowane z powodu patologicznego hazardu. - W CDZ-OL można przeprowadzić ocenę ekspercką zagrożenia społecznego (ang. <i>risk assessment</i>) u nieletnich (16+), jednak wyłącznie we współpracy z lekarzem w zakresie medycyny rodzinnej dla dzieci i młodzieży, który nie jest pracownikiem CDZ-OL. - CDZ-OL może świadczyć usługi zdrowotne i socjalne również dla pacjentów/klientów z podwyższonym ryzykiem zachowań przestępczych, którzy sami zgłaszają się po pomoc (samoidentyfikujący się pacjenci/klienci) oraz dla osób oczekujących na leczenie ochronne. - CDZ-OL może świadczyć usługi również dla ustabilizowanych pacjentów/klientów z podwójną diagnozą (tj. osób, które współpracowały z zespołem leczenia uzależnień i u których pierwotny problem uzależnienia został ustabilizowany), a na pierwszy plan wysuwa się potrzeba opieki psychiatrycznej, seksuologicznej lub psychologicznej¹⁸⁴.														
Zakres świadczeń	Leczenie ochronne obejmuje leczenie psychiatryczne, uzależnień (narkomania, alkoholizm), leczenie patologicznego hazardu oraz leczenie seksuologiczne¹⁸⁵. Pomoc osobom w ramach leczenia ochronnego obejmuje świadczenia zdrowotne określone w wykazie świadczeń gwarantowanych, a w przypadku osób objętych opieką CDZ-OL również inne usługi z zakresu opieki socjalnej¹⁸⁶. Wykaz świadczeń gwarantowanych Wykaz świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych (wykaz świadczeń zdrowotnych wraz z punktową wyceną) określa rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia (<i>Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb.</i>). E-koszyk świadczeń dostępny jest również na stronie https://szv.mzcr.cz/. Świadczenia udzielane pacjentom z orzeczeniem leczenia ochronnego w trybie stacjonarnym obejmują świadczenia: - dzień leczenia ochronnego o niskim stopniu zabezpieczenia (00090); - dzień leczenia ochronnego o średnim stopniu zabezpieczenia (00091). Świadczenia udzielane pacjentom z orzeczeniem leczenia ochronnego w trybie ambulatoryjnym finansowane są na zasadach ogólnych z wykorzystaniem świadczenia pomocniczego, w ramach którego finansowane są dodatkowe zadania świadczeniodawcy związane z opieką nad tą grupą pacjentów. Świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem leczenia ochronnego obejmują również realizowane w CDZ-OL świadczenia obejmujące ocenę ryzyka przemocy. Szczegóły dotyczące warunków realizacji świadczeń przeznaczonych dla pacjentów z orzeczeniem leczenia ochronnego (za wyłączeniem świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym) przedstawiono poniżej. <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Rozdział 305 – psychiatria</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35040¹⁸⁷</td><td> ŚWIADCZENIE POMOCNICZE – Pacjent skierowany przez sąd na ambulatoryjne leczenie ochronne Świadczenie pomocnicze jest rozliczane przy każdym klinicznym badaniu pacjenta w ramach sądowo nakazanego leczenia ochronnego. Stanowi ono koszty administracyjne związane z przyjęciem i badaniem pacjenta. Dodawane jest do kosztów klinicznego badania. <table border="1"> <tr> <td>Kategoria refundacyjna</td><td>P – pełna refundacja</td></tr> <tr> <td>Ograniczenie częstotliwości¹⁸⁸</td><td>1/1 dzień</td></tr> <tr> <td>Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego</td><td>A – tylko w trybie ambulatoryjnym</td></tr> <tr> <td>Czas realizacji (ČV)</td><td>12 min.</td></tr> <tr> <td>Wartość punktowa</td><td>54 CZK¹⁸⁹</td></tr> </table> </td></tr> </tbody> </table>	Rozdział 305 – psychiatria		35040 ¹⁸⁷	ŚWIADCZENIE POMOCNICZE – Pacjent skierowany przez sąd na ambulatoryjne leczenie ochronne Świadczenie pomocnicze jest rozliczane przy każdym klinicznym badaniu pacjenta w ramach sądowo nakazanego leczenia ochronnego. Stanowi ono koszty administracyjne związane z przyjęciem i badaniem pacjenta. Dodawane jest do kosztów klinicznego badania. <table border="1"> <tr> <td>Kategoria refundacyjna</td><td>P – pełna refundacja</td></tr> <tr> <td>Ograniczenie częstotliwości¹⁸⁸</td><td>1/1 dzień</td></tr> <tr> <td>Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego</td><td>A – tylko w trybie ambulatoryjnym</td></tr> <tr> <td>Czas realizacji (ČV)</td><td>12 min.</td></tr> <tr> <td>Wartość punktowa</td><td>54 CZK¹⁸⁹</td></tr> </table>	Kategoria refundacyjna	P – pełna refundacja	Ograniczenie częstotliwości ¹⁸⁸	1/1 dzień	Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego	A – tylko w trybie ambulatoryjnym	Czas realizacji (ČV)	12 min.	Wartość punktowa	54 CZK ¹⁸⁹
Rozdział 305 – psychiatria															
35040 ¹⁸⁷	ŚWIADCZENIE POMOCNICZE – Pacjent skierowany przez sąd na ambulatoryjne leczenie ochronne Świadczenie pomocnicze jest rozliczane przy każdym klinicznym badaniu pacjenta w ramach sądowo nakazanego leczenia ochronnego. Stanowi ono koszty administracyjne związane z przyjęciem i badaniem pacjenta. Dodawane jest do kosztów klinicznego badania. <table border="1"> <tr> <td>Kategoria refundacyjna</td><td>P – pełna refundacja</td></tr> <tr> <td>Ograniczenie częstotliwości¹⁸⁸</td><td>1/1 dzień</td></tr> <tr> <td>Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego</td><td>A – tylko w trybie ambulatoryjnym</td></tr> <tr> <td>Czas realizacji (ČV)</td><td>12 min.</td></tr> <tr> <td>Wartość punktowa</td><td>54 CZK¹⁸⁹</td></tr> </table>	Kategoria refundacyjna	P – pełna refundacja	Ograniczenie częstotliwości ¹⁸⁸	1/1 dzień	Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego	A – tylko w trybie ambulatoryjnym	Czas realizacji (ČV)	12 min.	Wartość punktowa	54 CZK ¹⁸⁹				
Kategoria refundacyjna	P – pełna refundacja														
Ograniczenie częstotliwości ¹⁸⁸	1/1 dzień														
Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego	A – tylko w trybie ambulatoryjnym														
Czas realizacji (ČV)	12 min.														
Wartość punktowa	54 CZK ¹⁸⁹														

¹⁸⁴ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>, dostęp z 24.10.2025 r.

¹⁸⁵ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>, dostęp z 24.10.2025 r.

¹⁸⁶ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>, dostęp z 24.10.2025 r.

¹⁸⁷ Z wykorzystaniem świadczenia 35040 od 1 stycznia 2017 roku czeszy świadczeniodawcy udzielający świadczeń z zakresu: 305 – psychiatria, 306 – psychiatria dzieci i młodzieży, 308 – leczenie uzależnień, 309 – seksuologia, są zobowiązani do raportowania świadczeń udzielanych pacjentom objętym leczeniem ochronnym w formie ambulatoryjnej.

¹⁸⁸ Maksymalna liczba możliwa do rozliczenia w danym okresie czasu – wskaźnik określa, jak często dane świadczenie może być rozliczane w odniesieniu do jednego pacjenta i w określonym przedziale czasowym – np. raz na dzień, raz na tydzień, raz na rok.

¹⁸⁹ Seznam zdravotních výkonů. Pozyskano z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35040>, dostęp z 30.10.2025 r.

		Materiał medyczny wspomagający realizację świadczenia	Nie
		Produkt leczniczy możliwy do zastosowania w celach medycznych	Nie
		Zakres świadczenia¹⁹⁰: Lekarz odróżnia pacjenta objętego leczeniem zabezpieczającym od innych pacjentów, stara się – w możliwym dla siebie zakresie – zidentyfikować ryzyka oraz ocenić, czy leczenie ochronne nadal jest wystarczające, czy też konieczna jest jego zmiana, uwzględniając poziom współpracy pacjenta (często są to pacjenci najtrudniejsi we współpracy). Rozważa się, czy leczenie powinno być kontynuowane w formie stacjonarnej, czy ambulatoryjnej, lub czy leczenie ochronne nie jest już wskazane i należy złożyć wniosek o jego zakończenie.	
		Rozdział 355 – Centrum zdrowia psychicznego dla osób z orzeczoną ochroną¹⁹¹	
		35551 OCENA RYZYKA PRZEMOCY (RISK ASSESSMENT) – KOMPLEKSOWA <i>Badanie określa ogólny poziom ryzyka pacjenta w zakresie popełnienia czynu przemocowego, uwarunkowanego obecnością choroby psychicznej lub zaburzenia. Identyfikuje czynniki ryzyka oraz czynniki ochronne. Wyniki oceny mogą służyć do ukierunkowania terapii na konkretne ryzyka u danego pacjenta, a także do monitorowania przebiegu leczenia.</i> <i>Badanie jest przeprowadzane jako badanie wstępne/końcowe przy przyjęciu do leczenia ochronnego / przy wypisie / zmianie formy leczenia ochronnego oraz w jego trakcie – w celu śledzenia rozwoju ryzyka w związku z prowadzonym leczeniem.</i> <i>Innym zastosowaniem jest kompleksowa ocena ryzyka u pacjentów, którzy nie mają jeszcze orzeczonego leczenia ochronnego, w celu zaplanowania interwencji terapeutycznych ukierunkowanych na ograniczenie ryzyka przemocy.</i> <i>Świadczenie składa się z oceny przy użyciu kombinacji narzędzi oceniających ryzyko (HCR-20, SVR-20) oraz narzędzia oceniającego czynniki ochronne (SAPROF).</i> <i>Może być rozliczane razem z badaniem klinicznym wykonanym przez psychiatrę (świadczenia nr 35021¹⁹² lub 35022¹⁹³) albo seksuologa (świadczenia nr 38021¹⁹⁴ lub 38022¹⁹⁵). Badanie jest kontynuacją badania klinicznego u wybranych pacjentów z ryzykiem zachowań przemocowych. Może być rozliczane ze świadczeniem nr 35117¹⁹⁶.</i>	
		Kategoria refundacyjna	P – pełna refundacja
		Ograniczenie częstotliwości	1/1 dzień, 1/1 pół roku, 2/1 rok
		Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego	S – tylko w specjalistycznej placówce
		Czas realizacji (CV)	120 min.
		Wartość punktowa	2 175 CZK ¹⁹⁷
		Materiał medyczny wspomagający realizację świadczenia	nie
		Produkt leczniczy możliwy do zastosowania w celach medycznych	nie
		Pracownik medyczny realizujący świadczenie ¹⁹⁸	Pracownicy medyczni inni niż lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu bez nadzoru po uzyskaniu kwalifikacji zawodowych
		Zakres świadczenia¹⁹⁹: 1. Zbieranie informacji dotyczących czynników ryzyka (opinie biegłych, akta sądowe, decyzje sądu, inne dostępne dokumenty, dokumentacja policyjna). Następnie analiza historii zachowań agresywnych dostępnej w dokumentacji medycznej oraz ukierunkowany, strukturalny, pogłębiony wywiad z pacjentem – wykraczający poza standardowe badanie kliniczne, które zazwyczaj je poprzedza lub następuje	

¹⁹⁰ Seznam zdravotních výkonů. Pozyskano z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35040>, dostęp z 30.10.2025 r.

¹⁹¹ Místem realizací świadczeń są Centra Zdrowia Psychicznego dla osób z orzeczoną ochroną (cz. Centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením, CDZ-OL)

¹⁹² Kompleksowe badanie psychiatryczne (cz. komplexní vyšetření psychiatrem)

¹⁹³ Ukierunkowane badanie psychiatryczne (cz. cílené vyšetření psychiatrem)

¹⁹⁴ Badanie przez specjalistę ds. uzależnień przy rozpoczęciu opieki w zakresie leczenia uzależnień (cz. vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče)

¹⁹⁵ Kontrolne badanie przez specjalistę ds. uzależnień (cz. vyšetření adiktologem kontrolní)

¹⁹⁶ Rozmowa psychiatry, psychiatry dziecięcego, psychologa klinicznego lub seksuologa z rodziną i innymi osobami (cz. rozhovor psychiatra, pedopsychiatra, klinického psychologa nebo sexuologa s rodinou a dalšími osobami)

¹⁹⁷ Seznam zdravotních výkonů. Pozyskano z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35551/>, dostęp z 30.10.2025 r.

¹⁹⁸ Cz. nositel výkonu – pracownik medyczny, który uczestniczy w realizacji świadczenia. Do świadczenia przypisane są koszty osobowe jednego pracownika, wyjątek stanowią świadczenia obejmujące np. zabiegi operacyjne. Jeżeli realizatorem świadczenia jest co najmniej jeden lekarz lub inny pracownik z wykształceniem wyższym, zasadniczo nie przypisuje się do świadczenia kosztów osobowych pracowników medycznych niebędących lekarzami (koszty te są uwzględnione w pokryciu kosztów pośrednich – w ramach kosztów ogólnych).

¹⁹⁹ Seznam zdravotních výkonů. Pozyskano z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35551/>, dostęp z 30.10.2025 r.

	bezpośrednio po nim. Przykłady danych nieuwzględnianych w standardowym badaniu: szczegółowa historia przemocy, postawy agresywne, bezpieczne więzi w dzieciństwie, empatia, samokontrola, cele życiowe. Dodatkowym źródłem informacji mogą być inne osoby, np. członkowie rodziny. 2. Ocena obecności (punktacja) każdego czynnika ryzyka zgodnie z instrukcją danego narzędzia (HCR-20, SVR-20, SAVRY lub inne dostępne w Czechach). Czynniki historyczne oceniane są na podstawie całej historii osobistej, czynniki kliniczne – na podstawie ostatnich 6 miesięcy. Ocena obejmuje 20 pozycji. Ocena czynników ochronnych zgodnie z instrukcją narzędzia (SAPROF lub SAVRY) – 17 pozycji SAPROF lub 6 pozycji SAVRY. 3. Ocena istotności każdego czynnika ryzyka w danym przypadku i w szerszym kontekście – zgodnie z instrukcją narzędzia. Ocenia się, czy dany czynnik wpływa na aktualną sytuację kliniczną i czy wymaga interwencji terapeutycznej. 4. Formułowanie scenariuszy dalszego rozwoju stanu zdrowia pacjenta na podstawie kombinacji czynników ryzyka, ich istotności oraz wiedzy klinicznej oceniającego. Scenariusze obejmują: - Scenariusz poprawy – jak prowadzić terapię, by zapobiec przemocy. - Scenariusz załamania – kiedy i jak interweniować, by nie doprowadzić do destabilizacji. - Scenariusz eskalacji – jak dobrać intensywność leczenia, by uniknąć poważnych konsekwencji. 5. Zastosowanie scenariuszy jako wskazówek przy wyborze strategii leczenia, taktyki i planowania terapii – czy kontynuować leczenie ochronne w formie stacjonarnej, ambulatoryjnej (np. w CDZ), czy możliwy jest powrót do zwykłej opieki psychiatrycznej, lub zakończenie leczenia. W przypadku wysokiego ryzyka i braku możliwości poprawy leczeniem – możliwe jest zakończenie leczenia w placówce medycznej i skierowanie pacjenta do ośrodka detencji zabezpieczającej (dotyczy pacjentów z różnymi rozpoznaniem, np. z osobowością dyssocjalną F60.2, którzy odmawiają leczenia).																
35552	OCENA RYZYKA PRZEMOCY (RISK ASSESSMENT) – KONTROLNA Kontrolne badanie pacjenta w celu oceny rozwoju wybranych czynników ryzyka oraz monitorowania leczenia ukierunkowanego na te ryzyka. Badanie jest przeprowadzane regularnie co 6 miesięcy, zawsze z odstępem 3 miesięcy od realizacji kompleksowej oceny ryzyka i na jego podstawie modyfikowany jest plan leczenia. Badanie stanowi kontynuację dla wybranych pacjentów z ryzykiem zachowań przemocowych po ukierunkowanym badaniu psychiatrycznym (świadczenie nr 35022) lub seksuologicznym (świadczenie nr 39022). Może być rozliczane równocześnie ze świadczeniem nr 35117. <table><tr><td>Kategoria refundacyjna</td><td>P – pełna refundacja</td></tr><tr><td>Ograniczenie częstotliwości</td><td>1/1 dzień, 1/1 pół roku, 2/1 rok</td></tr><tr><td>Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego</td><td>S – tylko w specjalistycznej placówce</td></tr><tr><td>Czas realizacji (ČV)</td><td>60 min.</td></tr><tr><td>Wartość punktowa</td><td>1 087 CZK²⁰⁰</td></tr><tr><td>Materiał medyczny wspomagający realizację świadczenia</td><td>nie</td></tr><tr><td>Produkt leczniczy możliwy do zastosowania w celach medycznych</td><td>nie</td></tr><tr><td>Pracownik medyczny realizujący świadczenie</td><td>Pracownicy medyczni inni niż lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu bez nadzoru po uzyskaniu kwalifikacji zawodowych</td></tr></table> Zakres świadczenia²⁰¹: 1. Analiza dokumentacji medycznej, przegląd bieżącej historii zachowań agresywnych, ukierunkowany i strukturalny wywiad z pacjentem skoncentrowany na wybranych obszarach ryzyka (odpowiadających istotnym pozycjom narzędzi HCR-20V3, SVR-V2, SAVRY, SAPROF, określonym w ramach kompleksowej oceny ryzyka), wykraczający poza standardowe badanie kliniczne, które zazwyczaj je poprzedza. Czas trwania: 30 minut 2. Ocena aktualnej istotności czynników ryzyka, które wcześniej zostały uznane za istotne lub nieistotne w ramach kompleksowej oceny. Ocena realizacji poszczególnych planów leczenia. Czas trwania: 15 minut 3. Wykorzystanie wyników jako wskazówek do aktualizacji strategii leczenia, taktyki i planowania terapii na kolejny trzymiesięczny okres. Przegląd planu leczenia, w szczególności decyzja, czy kontynuować leczenie zabezpieczające w formie stacjonarnej, ambulatoryjnej (np. w CDZ), czy możliwy jest powrót do opieki psychiatrycznej w poradni, lub zakończenie leczenia zabezpieczającego. W przypadku wysokiego ryzyka i braku możliwości poprawy poprzez leczenie – na podstawie oceny inicjowane jest zakończenie leczenia w placówce medycznej i skierowanie pacjenta do ośrodka detencji zabezpieczającej (dotyczy pacjentów z różnymi rozpoznaniem którzy odmawiają leczenia, np. osoby z dyssocjalnym zaburzeniem osobowości F60.2).	Kategoria refundacyjna	P – pełna refundacja	Ograniczenie częstotliwości	1/1 dzień, 1/1 pół roku, 2/1 rok	Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego	S – tylko w specjalistycznej placówce	Czas realizacji (ČV)	60 min.	Wartość punktowa	1 087 CZK ²⁰⁰	Materiał medyczny wspomagający realizację świadczenia	nie	Produkt leczniczy możliwy do zastosowania w celach medycznych	nie	Pracownik medyczny realizujący świadczenie	Pracownicy medyczni inni niż lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu bez nadzoru po uzyskaniu kwalifikacji zawodowych
Kategoria refundacyjna	P – pełna refundacja																
Ograniczenie częstotliwości	1/1 dzień, 1/1 pół roku, 2/1 rok																
Ograniczenie miejsca wykonywania świadczenia zdrowotnego	S – tylko w specjalistycznej placówce																
Czas realizacji (ČV)	60 min.																
Wartość punktowa	1 087 CZK ²⁰⁰																
Materiał medyczny wspomagający realizację świadczenia	nie																
Produkt leczniczy możliwy do zastosowania w celach medycznych	nie																
Pracownik medyczny realizujący świadczenie	Pracownicy medyczni inni niż lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu bez nadzoru po uzyskaniu kwalifikacji zawodowych																

²⁰⁰ Seznam zdravotních výkonů. Pozyskano z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35552/>, dostęp z 30.10.2025 r.

²⁰¹ Seznam zdravotních výkonů. Pozyskano z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35552/>, dostęp z 30.10.2025 r.

	Czas trwania: 15 minut [Na podstawie: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35040, https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35552/]
Miejsce realizacji	Poradnie specjalistyczne, Centra Zdrowia Psychicznego (cz. <i>Centrum duševního zdraví</i>, CDZ) lub poradnie dedykowane – Centra Zdrowia Psychicznego dla osób z orzecznym leczeniem ochronnym (cz. <i>Centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením</i>, CDZ-OL). Poradnie specjalistyczne i CDZ inne niż CDZ-OL mogą rozszerzyć zakres świadczonej opieki o opiekę nad pacjentami z orzecznym środkiem zabezpieczającym zgodnie z potrzebami regionu. Świadczenia udzielane w tym zakresie rozliczane są z zastosowaniem świadczenia pomocniczego 35040 (więcej w sekcji „Zakres świadczeń”). Dodatkowe zalecane wymogi²⁰² dla CDZ-OL określa „Standard usług świadczonych w Centrach Zdrowia Psychicznego dla osób z orzecznym leczeniem ochronnym (CDZ-OL)” – Standard CDZ-OL opublikowany w Biuletynie Ministerstwa Zdrowia Republiki Czeskiej nr 15/2022. Standard został opracowany w ramach projektu „Wsparcie nowych usług w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Zatrudnienie, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.²⁰³ Zgodnie z zaleceniami wyposażenie CDZ-OL powinno obejmować: 1. Podstawowe pomieszczenia a) gabinet psychiatrii; b) gabinet psychologa klinicznego; c) gabinet pielęgniarki psychiatrycznej; d) wspólny gabinet seksuologa /specjalisty ds. uzależnień; e) pokój dla pracownika socjalnego. 2. Fakultatywne pomieszczenia operacyjne a) pokój do terapii grupowej; b) zaplecze dla członków zespołu multidyscyplinarnego. 3. Pozostałe wyposażenie techniczne i rzeczowe w CDZ-OL a) meble do pracy dla pracowników CDZ-OL; b) alkomat; c) telefony komórkowe, komputery stacjonarne i przenośne lub tablety, drukarki, dostęp do publicznej sieci telefonicznej, centrala telefoniczna; d) samochód służbowy; e) autoryzowane metody psychodiagnostyczne do pracy psychologa klinicznego.
Personel	Zgodnie ze Standardem CDZ-OL wszystkie usługi zdrowotne i społeczne w ramach CDZ-OL są świadczone przez zespół multidyscyplinarny. Zespół ten składa się ze specjalistów z odpowiednich dziedzin, którzy ściśle ze sobą współpracują. Usługi zdrowotne i socjalne są realizowane i gwarantowane przez poszczególnych członków zespołu zgodnie z ich kompetencjami. Od wszystkich członków zespołu oczekuje się co najmniej minimalnego doświadczenia (pół roku) w pracy z osobami objętymi leczeniem ochronnym. Skład zespołu multidyscyplinarnego obejmuje: 1. Minimalne zabezpieczenie kadrowe zapewniające świadczenie usług zdrowotnych: • Psychiatra – 1 etat; • Psycholog kliniczny – 1 etat; • Pielęgniarka psychiatryczna – 2 etaty; • Specjalista ds. uzależnień – 0,5 etatu; • Seksuolog – 0,5 etatu. 2. Minimalne zabezpieczenie kadrowe zapewniające świadczenie usług społecznych: • Pracownik socjalny – 2 etaty. Zgodnie ze Standardem CDZ-OL superwizja zespołu będzie zapewniona przez specjalistę posiadającego pełne kwalifikacje psychoterapeutyczne (specjalizacja w psychoterapii systemowej)²⁰⁴.

²⁰² Podstawowe wymogi dotyczące wyposażenia placówek medycznych określa rozporządzenie: Vyhláška č. 92/2012 Sb.

²⁰³ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>, dostęp z 24.10.2025 r.

²⁰⁴ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>, dostęp z 24.10.2025 r.

Organizacja opieki i leczenia	Leczenie ochronne uregulowane jest w ustawie o szczególnych świadczeniach zdrowotnych (ustawa nr 373/2011 Dz.U. Rep. z późn. zm.²⁰⁵). Wykonywane jest na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu jako: - leczenie stacjonarne (w formie opieki łóżkowej), - leczenie ambulatoryjne (w formie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej). Leczenie ochronne może być również wykonywane w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności w placówkach medycznych Służby Więziennej (§ 83 ust. 1 i 2 ustawy nr 373/2011 Dz.U. Rep. Czeskiej. z późn. zm.) Świadczeniodawcy są zobowiązani do zapewnienia leczenia ochronnego poza zakładami karnymi, jeśli posiadają uprawnienia do świadczenia usług zdrowotnych w odpowiednim zakresie i mogą odmówić przyjęcia pacjenta tylko w sytuacji przekroczenia dopuszczalnego obciążenia pracą (§ 84 ustawy nr 373/2011 Dz.U. Rep. Czeskiej. z późn. zm.) O zastosowaniu leczenia ochronnego, jego przedłużeniu, zakończeniu z powodu braku zasadności, zmianie formy leczenia (z ambulatoryjnej na stacjonarną lub odwrotnie) decyduje właściwy sąd.²⁰⁶ Szczególną formę opieki nad pacjentami z orzeczeniem leczenia ochronnego realizują CDZ-OL. Ich celem jest zapewnienie kompleksowej, multidyscyplinarnej opieki środowiskowej. Zespół CDZ-OL pracuje w modelu case management i oferuje elastyczne, indywidualnie dopasowane usługi dla pacjentów/klientów, którzy korzystają zarówno z usług zdrowotnych, jak i społecznych (w ramach CDZ-OL usługi zdrowotne i społeczne są ze sobą powiązane). Część usług CDZ-OL jest świadczona w naturalnym środowisku pacjenta/klienta. W ramach swojej działalności CDZ-OL współpracuje z innymi świadczeniodawcami: oddziałami psychiatrycznymi (hospitalizacja), specjalistycznymi poradniami psychiatrycznymi, innymi Centrami Zdrowia Psychicznego, lekarzami rodzinnymi. CDZ-OL przejmuje z leczenia stacjonarnego najbardziej ryzykownych lub skomplikowanych pacjentów i obejmuje ich specjalistyczną ambulatoryjną opieką psychiatryczną.²⁰⁷
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	Narzędzia oceny ryzyka takie jak HCR-20, SVR-20, SAVRY SAPROF są już wykorzystywane w ramach świadczeń udzielanych w CDZ-OL. Ministerstwo Zdrowia Republiki Czeskiej (cz. <i>Ministerstvo zdravotnictví České republiky</i>) wydało do tej pory czeskie adaptacje trzech narzędzi oceny ryzyka: - Páv M, Vňuková M, Ptáček R, de Vogel V, de Ruiter C, Bouman YHA et al. SAPROF: strukturované posouzení protektivních faktorů při posuzování rizika násilného chování. 1.st Czech. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2020: 1-84. - Vňuková M, Ptáček R, Páv M, Vevera J. HCR-20 V3: hodnocení rizika násilí. Česká adaptace: Boer, Douglas P, HCR 20 – assessing for risk violence version 3. Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2020: 152. - Halouzková L, Sejblová P, Páv M, Vňuková M, Ptáček R. SVR-20, Česká adaptace: Boer, Douglas P, SVR 20 V2 manual for version 2 of the sexual violence risk-20. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR 2020: 96. Docelowa, planowana liczba adaptacji narzędzi oceny ryzyka do warunków czeskich to 5 narzędzi (patrz sekcja „Inne”).
Inne	Obecnie Ministerstwo Zdrowia Republiki Czeskiej (cz. <i>Ministerstvo zdravotnictví České republiky</i>) jest realizatorem projektu „Zmiana jako strategiczne narzędzie poprawy systemu leczenia ochronnego w Republice Czeskiej” (cz. <i>Změna jako strategický nástroj zlepšení systému ochranného léčení v ČR</i>) (CZ.03.02.02/00/22_031/0004590) w ramach Programu Operacyjnego „Zatrudnienie Plus”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.²⁰⁸ Projekt obejmuje wprowadzenie do systemu leczenia ochronnego narzędzi oceny ryzyka pacjenta zgodnie z zasadą <i>Risk-Need-Responsivity</i>, co znacząco pomoże wyrównać warunki realizacji środka zabezpieczającego w postaci leczenia ochronnego w poszczególnych placówkach. Zostanie również uporządkowany system świadczenia leczenia ochronnego oraz przeprowadzona standaryzacja procedur stosowanych w jego realizacji poprzez opracowanie i wdrożenie metodycznych wytycznych, w tym wprowadzenie niezbędnych szkoleń.

²⁰⁵ Zákon č. 373/2011 Sb., Zákon o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. Pozyskano z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>, dostęp z 24.10.2025 r.

²⁰⁶ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ–OL). Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>, dostęp z 24.10.2025 r.

²⁰⁷ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ–OL). Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>, dostęp z 24.10.2025 r.

²⁰⁸ Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2024). Změna jako strategický nástroj zlepšení systému ochranného léčení v ČR. Pozyskano z: <https://mzd.gov.cz/informace-o-projektu-zlepseni-systemu-ochranneho-leceni/>, dostęp z 20.10.2025 r.

	Częścią projektu będzie także stworzenie bazy danych, która umożliwi lepsze planowanie potrzeb systemu leczenia ochronnego. Celem projektu jest ustanowienie równych warunków dla realizacji leczenia ochronnego – zarówno w formie instytucjonalnej, jak i ambulatoryjnej – poprzez jego standaryzację oraz wdrożenie oceny ryzyka (czynników ryzyka) pacjenta. Cele szczegółowe programu obejmują opracowanie metodycznych wytycznych ukierunkowanych na podniesienie jakości opieki nad osobami z orzeczoną opieką ochronną, które będą koncentrować się na indywidualizacji opieki w oparciu o konkretne ryzyko obecne u danego pacjenta. Zgodnie z założeniami programu w ten sposób zostanie ustanowiona jednolita standaryzacja działań i procedur leczenia ochronnego w różnych typach placówek. Zakładanym efektem projektu jest opracowanie trzech typów metodycznych wytycznych – dla placówek stacjonarnych, placówek ambulatoryjnych oraz centrów zdrowia psychicznego leczenia ochronnego. • Standaryzacja i ujednolicenie narzędzi do pomiaru ryzyka i potrzeb dostosowanych do warunków czeskiego systemu ochrony zdrowia. Po zakończeniu projektu dostępnych będzie 5 narzędzi oceny ryzyka – trzy już istniejące (patrz wiersz „Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych”) i dwa nowe. • Stworzenie bazy edukacyjnej, mającej na celu szkolenie specjalistów z różnych dziedzin w zakresie zasady <i>Risk-Need-Responsivity</i> (sieć 16 wykładowców), oraz pilotażowe przeszkolenie 108 osób, które wdrożą narzędzia w praktyce. • Opracowanie metodycznego podejścia do zbierania i oceny „ścieżki pacjenta” z orzeczoną opieką ochronną, aby możliwe było śledzenie populacji pacjentów z perspektywy korzystania z usług zdrowotnych, porównanie świadczonej opieki w poszczególnych placówkach oraz ocena wpływu stosowanych metodycznych działań. Przewidywany czas realizacji programu obejmuje termin od 1 września 2024 r. do 31 sierpnia 2028 r.
Słownia	
Środek zabezpieczający	Podstawa prawna: art. 69, art. 70, Kodeks karny²⁰⁹, Rozporządzenie w sprawie wykonywania środków bezpieczeństwa obowiązkowego leczenia psychiatrycznego i opieki w zakładzie, obowiązkowego leczenia psychiatrycznego w warunkach wolności oraz obowiązkowego leczenia alkoholików i narkomanów²¹⁰. Czas stosowania: przymusowe leczenie psychiatryczne na wolności może trwać maksymalnie 2 lata. Po 6 miesiącach sąd ponownie decyduje, czy przymusowe leczenie na wolności jest nadal konieczne. Jeżeli sprawca odmawia leczenia lub samowolnie je przerywa lub leczenie nie przynosi oczekiwanych efektów, sąd może zarządzić umieszczenie go w placówce zamkniętej, jednak tylko pod warunkiem spełnienia przesłanek leczenia w placówce zamkniętej. Jednak wtedy pobyt w placówce zamkniętej nie może trwać dłużej niż 2 lata, a po upływie 6 miesięcy od umieszczenia sprawcy w placówce zamkniętej sąd podejmuje decyzję w sprawie konieczności dalszego stosowania środka, ewentualnej zamiany go na środek wolnościowy lub zrezygnowania z jego dalszego stosowania. Kryteria orzecznicze: • Wobec sprawców przestępstw mogą zostać zastosowane następujące środki zabezpieczające: przymusowe leczenie psychiatryczne i zamknięcie we właściwej instytucji, przymusowe leczenie psychiatryczne na wolności, zakaz wykonywania zawodu, zakaz zbliżania i komunikowania się z ofiarą, unieważnienie prawa jazdy, przepadek przedmiotów (art. 69). • Przymusowe leczenie psychiatryczne i zamknięcie we właściwej instytucji oraz na wolności orzeka się niezależnie wobec ubezwłasnowolnionego sprawcy czynu zabronionego, jeżeli nie ma możliwości zapewnienia bezpieczeństwa osobom w inny sposób (art. 70a). • Przymusowe leczenie psychiatryczne i zamknięcie we właściwej instytucji może zostać orzeczone przez sąd, jeżeli sprawca dopuścił się czynu zabronionego zagrożonego karą co najmniej 1 roku więzienia w stanie niepoczytalności lub poczytalności znacząco ograniczonej, gdy na podstawie wagi popełnionego czynu i stopnia zaburzeń intelektualnych sprawcy można przypuszczać, że pozostając na wolności, sprawca może dopuścić się ciężkiego przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, wolności seksualnej lub mieniu, a niebezpieczeństwo to może być zażegnane tylko przez zapewnienie, by sprawca otrzymał leczenie i opiekę w placówce leczenia psychiatrycznego, która spełnia szczególne wymogi bezpieczeństwa

²⁰⁹ Kodeks karny Słowenii. Pozyskano z: <https://zakonodaja.com/zakon/kz-1>, dostęp z 20.10.2025 r.

²¹⁰ Uradni list (2016). Pravilnik o izvrševanju varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu in obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti. Pozyskano z: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV12411>, dostęp z 21.10.2025 r.

	przewidziane prawem. Czas stosowania środka nie może być dłuższy niż 5 lat. Sąd może uchylić ten środek lub zastąpić go przymusowym leczeniem psychiatrycznym na wolności, jeżeli uzna, że dalsze wykonywanie go nie jest konieczne. Decyzję w sprawie zasadności dalszego stosowania tego środka sąd podejmuje co 6 miesięcy (art. 70a). • Przymusowe leczenie psychiatryczne na wolności: leczenie psychiatryczne na wolności sąd stosuje wówczas, kiedy sprawca dopuścił się czynu zabronionego w stanie niepoczytalności i jest to konieczne i właściwe, by zapobiec popełnieniu przez niego czynu zabronionego w przyszłości. Wyżej wskazano na możliwość zastosowania tego środka także w razie warunkowego zwolnienia sprawcy uprzednio leczonego w placówce zamkniętej, a także możliwość zamiany leczenia w warunkach zamkniętych na ten środek (art. 70b).
Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: Ministerstwo Sprawiedliwości, Ministerstwo Zdrowia. Źródło finansowania: Ministerstwo Zdrowia. Inne: brak informacji w zakresie opieki wolnościowej.
Populacja	Pacjent (sprawca), który dopuścił się czynu zabronionego w stanie niepoczytalności i jest to konieczne i właściwe, by zapobiec popełnieniu przez niego czynu zabronionego w przyszłości.
Zakres świadczeń	Brak szczegółowych informacji.
Miejsce realizacji	Środek zabezpieczający przymusowego leczenia psychiatrycznego na wolności stosuje się w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz innych jednostkach które prowadzą działalność psychiatryczną na podstawie koncesji i wdrażają środek bezpieczeństwa w postaci przymusowego leczenia psychiatrycznego na wolności ²¹¹ .
Personel	Na oddziałach psychiatrii sądowej, w których może być realizowane przymusowe leczenie psychiatryczne i detencja we właściwej instytucji, a także na wolności, opiekę sprawuje zespół wielodyscyplinarny, na który składają się: psychiatra, psycholog kliniczny, pielęgniarka dyplomowana, technik pielęgniarstwa, pracownik socjalny, pedagog specjalny, terapeuta zajęciowy oraz pracownik administracyjny. Skład zespołu wielodyscyplinarnego jest dostosowywany do potrzeb konkretnego pacjenta podczas wdrażania indywidualnego planu leczenia ²¹² . Brak szczegółowych informacji nt. rozróżnienia form opieki szpitalnej i ambulatoryjnej.
Organizacja opieki i leczenia	Wdrażanie środka zabezpieczającego w postaci przymusowego leczenia psychiatrycznego na wolności rozpoczyna się z chwilą powiadomienia placówki zdrowotnej przez sąd o leczeniu psychiatrycznym osoby przebywającej na wolności. Leczenie odbywa się w taki sposób, że psychiatra przepisuje pacjentowi leki, które pacjent musi przyjmować zgodnie z orzeczeniem sądu. Następnie psychiatra w określonym czasie kontroluje postępy leczenia i informuje sąd o swoich ustaleniach ²¹³ .
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	Brak szczegółowych informacji.
Inne	-
Włochy	
Środek zabezpieczający	Podstawa prawna: art. 199–240 Kodeksu karnego²¹⁴, ustawa z dnia 30 maja 2014 r., nr 81 zawierająca przepisy dotyczące likwidacji sądowych szpitali psychiatrycznych. (14G00093)²¹⁵ Czas stosowania: Środki zabezpieczające o charakterze izolacyjnym, tymczasowe lub ostateczne, w tym umieszczenie w miejscu zamieszkania w celu wykonania środka zabezpieczającego (it. <i>Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza</i>, REMS), nie mogą trwać dłużej niż czas przewidzianej kary pozbawienia wolności za popełnione przestępstwo, biorąc pod

²¹¹ Uradni list (2016). *Pravilnik o izvrševanju varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu in obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti*. Pozyskano z: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV12411>, dostęp z 21.10.2025 r.

²¹² Uradni list (2016). *Pravilnik o izvrševanju varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu in obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti*. Pozyskano z: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV12411>, dostęp z 21.10.2025 r.

²¹³ Ogrin, K. (2015). *Varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zavodu in na prostosti : primerjava z Nemčijo*. Pozyskano z: <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=53986&lang=slv>, dostęp z 21.10.2025 r.

²¹⁴ Kodeks karny Włoch – Codice Penale. (1930). *REGIO DECRETO 19 ottobre 1930, n. 1398 Approvazione del testo definitivo del Codice Penale. (030U1398) (Gazzetta Ufficiale n.251 del 26-10-1930)*. Pozyskano z: <https://www.gazzettaufficiale.it/sommario/codici/codicePenale>, dostęp z 28.10.2025 r.

²¹⁵ Dziennik Urzędowy Włoch (2014). *ustawa z dnia 30 maja 2014 r., nr 81 zawierająca pilne przepisy dotyczące likwidacji sądowych szpitali psychiatrycznych. (14G00093)*. Pozyskano z: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2014-05-30;81>, dostęp z 25.11.2025 r.

	uwagę maksymalne ustawowe zagrożenie karą. W przypadku zbrodni zagrożonych karą dożywotniego pozbawienia wolności postanowienie to nie ma zastosowania. Sędzia co pół roku ocenia tzw. społeczną niebezpieczność. Kryteria orzecznicze: Zgodnie z art. 202 Kodeksu karnego środki zabezpieczające mogą być stosowane wyłącznie wobec sprawców społecznie niebezpiecznych, którzy dopuścili się czynu uznawanego przez prawo za przestępstwo, przy czym przepisy prawa karnego mogą przewidywać wyjątki i dopuszczać stosowanie środków zabezpieczających wobec osób, które nie popełniły takiego czynu (art. 202). Za społecznie niebezpiecznego uważany jest człowiek, który dopuścił się czynu uznawanego przez prawo za przestępstwo, a istnieje niebezpieczeństwo, że będzie dopuszczał się takich czynów w przyszłości, o czym stanowi przepis art. 203 Kodeksu karnego. Ten sam przepis nakazuje przy ocenie stopnia społecznego niebezpieczeństwa sprawcy brać pod uwagę okoliczności wskazane w art. 133 Kodeksu karnego, który wymienia: • charakter, rodzaj, czas, miejsce, okoliczności popełnionego czynu; • wagę szkody lub zagrożenia szkodą; • postać zamiaru i stopień winy. Należy ponadto brać pod uwagę możliwości popełnienia nowego czynu zabronionego ujawnione w czasie popełnienia czynu podlegającego ocenie, a zatem: • motywy popełnienia czynu i charakter sprawcy; • zachowanie i życie sprawcy przed popełnieniem czynu; • postępowanie sprawcy po popełnieniu czynu; • okoliczności osobiste, rodzinne i bytowe sprawcy. W razie popełnienia przez jednego sprawcę, nawet w różnym czasie, więcej niż jednego czynu uzasadniającego zastosowanie środka, można orzec jeden środek z powodu wszystkich tych czynów (art. 209). Środkami zabezpieczającymi osobistymi są środki izolacyjne i nieizolacyjne. Izolacyjne to zgodnie z art. 215: • umieszczenie w kolonii rolnej lub domu pracy (art. 216–218); • umieszczenie w domu leczenia i opieki (art. 219–221); • umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym (art. 222); • umieszczenie nieletniego w reformatorium sądowym (art. 223–227). Obligatoryjnie dozór stosuje się w razie: • skazania na karę pozbawienia wolności w wymiarze co najmniej 10 lat; nie może on trwać krócej niż 3 lata; • przy warunkowym zwolnieniu z odbywania kary pozbawienia wolności; • w razie recydywy; • w innych przypadkach przewidzianych przez ustawę. Środkami nieizolacyjnymi zgodnie z art. 215 są: • dozór (art. 228–232); • zakaz pobytu w określonej miejscowości lub regionie (art. 233); • zakaz uczęszczania do miejsc publicznego wyszynku (art. 234); • wydalenie cudzoziemca z terytorium państwa (art. 235). Dozór: zgodnie z art. 228 wykonywanie dozoru jest powierzone organom bezpieczeństwa publicznego. Na sprawców, wobec których orzeczono dozór, nakładane są obowiązki mające zapobiec popełnianiu przez nich nowych czynów zabronionych. Obowiązki te mogą być zmieniane i modyfikowane w toku wykonywania środka. Celem nadzoru jest ułatwienie sprawcy przystosowania się do życia w społeczeństwie, w szczególności poprzez pracę. Czas jego wykonywania nie może być krótszy niż rok. Dozór można orzec w razie skazania na karę pozbawienia wolności nie dłuższą niż 1 rok, a także jeżeli kodeks zezwala na zastosowanie środka zabezpieczającego do czynów, które nie stanowią przestępstwa. Wymagania dozoru dla sprawców nie są sztywno ustalone, ich minimalna treść jest jednak w postaci: obowiązku noszenia przy sobie dokumentu wskazującego obowiązki (it. <i>carta precettiva</i>) i okazywania go na żądanie; obowiązku bycia zawsze dostępnym; zakazu zmiany miejsca zamieszkania z jednej gminy do innej bez zezwolenia Starosty Nadzorczonego i w obrębie tej samej gminy bez powiadomienia Policji i Ośrodka Pomocy Społecznej; obowiązku stawiania się według określonych procedur w jednostkach bezpieczeństwa publicznego. Na podstawie ustawy z dnia 30 maja 2014 r., nr 81 zawierającej przepisy dotyczące likwidacji sądowych szpitali psychiatrycznych, sędzia orzeka wobec osoby chorej psychicznie lub częściowo niepoczytalnej zastosowanie środka zabezpieczającego, także w trybie tymczasowym, innego niż umieszczenie w sądowym szpitalu psychiatrycznym lub w domu opieki i nadzoru, chyba że zgromadzono elementy wskazujące, że żaden inny środek nie jest odpowiedni do zapewnienia właściwej opieki i przeciwdziałania jej niebezpieczności społecznej, której ustalenie opiera się na cechach osobistych tej osoby.
--	--

Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: organy bezpieczeństwa publicznego, Ministerstwo Zdrowia, Ośrodek Pomocy Społecznej ²¹⁶ , Źródło finansowania: Servizio Sanitario Nazionale ²¹⁷ , Inne: -
Populacja	Sprawcy społecznie niebezpieczni, którzy dopuścili się czynu uznawanego przez prawo za przestępstwo. Obejmuje to sprawców nadużywający alkoholu i/lub środków odurzających oraz tzw. <i>Not Guilty by Reason of Insanity</i> – osoby, które nie są winne zarzucanego przestępstwa z powodu niepoczytalności ^{218,219} .
Zakres świadczeń	Opracowywanie indywidualnych programów terapeutyczno-rehabilitacyjnych, organizacja opieki w środowisku, zastąpienie detencji psychiatrycznej alternatywnymi formami opieki, monitorowanie, koordynacja i nadzór nad realizacją. Brak szczegółowych informacji nt. konkretnych świadczeń zdrowotnych.
Miejsce realizacji	REMS oraz ośrodki opieki społecznej (ang. <i>community residences</i>)
Personel	REMS jest ograniczony do maksymalnie 20 łóżek i musi zatrudniać wyłącznie personel kliniczny, przy proporcji personelu do pacjentów wynoszącej 0,9:1. Wymagane jest zatrudnienie co najmniej dwóch psychiatrów, jednego psychologa, dwóch terapeutów zajęciowych, jednego pracownika socjalnego, 16 pielęgniarek oraz 10 opiekunów medycznych ²²⁰ . Regiony, bez nowych lub większych obciążeń dla finansów publicznych, w ramach środków przeznaczonych na szkolenia, organizują kursy doszkalające dla pracowników sektora, w zakresie projektowania i organizacji terapeutyczno-rehabilitacyjnych ścieżek leczenia oraz potrzeb mediacji kulturowej ²²¹ .
Organizacja opieki i leczenia	Włochy w ostatnich latach całkowicie zreorganizowały świadczenie opieki psychiatrycznej w zakresie medycyny sądowej w szpitalach zamkniętych i społeczności. Opieka sądowo-psychiatryczna w dużej mierze została przeniesiona do REMS. Są to środowiskowe ośrodki psychiatryczne o średnim poziomie zabezpieczenia, przeznaczone głównie dla niepoczytalnych sprawców czynów zabronionych. Obecnie we Włoszech działa 32 REMS (ok. 600 miejsc). Średnia długość pobytu wynosi nieco ponad rok, a częściej stosuje się środki o niższym stopniu zabezpieczenia, np. probację ^{222,223} . Ponadto powstały ośrodki opieki społecznej odpowiadające niskim poziomom zabezpieczenia ²²⁴ .
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	Brak szczegółowych informacji.
Inne	-

²¹⁶ Dziennik Urzędowy Włoch (2014). ustawa z dnia 30 maja 2014 r., nr 81 zawierająca pilne przepisy dotyczące likwidacji sądowych szpitali psychiatrycznych. (14G00093). Pozyskano z: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2014-05-30;81>, dostęp z 25.11.2025 r.

²¹⁷ Di Lorito, C., Castelletti, L., Lega, I., Gualco, B., Scarpa, F., & Völlm, B. (2017). The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *International journal of law and psychiatry*, 55, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.004>.

²¹⁸ Carabellese, F. F., & Parente, L. (2025). The Italian general psychiatry and forensic psychiatry treatment model: a unique story. *CNS spectrums*, 30(1), e1. <https://doi.org/10.1017/S1092852924000646>.

²¹⁹ Kodeks karny Włoch – Codice Penale. (1930). REGIO DECRETO 19 ottobre 1930, n. 1398 Approvazione del testo definitivo del Codice Penale. (030U1398) (Gazzetta Ufficiale n.251 del 26-10-1930). Pozyskano z: <https://www.gazzettaufficiale.it/sommario/codici/codicePenale>, dostęp z 28.10.2025 r.

²²⁰ Di Lorito, C., Castelletti, L., Lega, I., Gualco, B., Scarpa, F., & Völlm, B. (2017). The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *International journal of law and psychiatry*, 55, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.004>.

²²¹ Dziennik Urzędowy Włoch (2014). ustawa z dnia 30 maja 2014 r., nr 81 zawierająca pilne przepisy dotyczące likwidacji sądowych szpitali psychiatrycznych. (14G00093). Pozyskano z: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2014-05-30;81>, dostęp z 25.11.2025 r.

²²² Probacja oznacza kontrolowaną wolność sprawcy przestępstwa, poddanego dozorowi kuratora lub innego organu w celu resocjalizacji i prewencji kryminalnej.

²²³ Carabellese, F. F., & Parente, L. (2025). The Italian general psychiatry and forensic psychiatry treatment model: a unique story. *CNS spectrums*, 30(1), e1. <https://doi.org/10.1017/S1092852924000646>.

²²⁴ Parente, L., Carabellese, F., Felthous, A., La Tegola, D., Davoren, M., Kennedy, H. G., & Carabellese, F. F. (2024). Italian Evaluation and Excellence in REMS (ITAL-EE-REMS): appropriate placement of forensic patients in REMS forensic facilities. *International journal of mental health systems*, 18(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00647-5>.

Rumunia	
Środek zabezpieczający	Podstawa prawna: art. 107–112 Kodeksu karnego²²⁵, art. 568 Kodeksu postępowania karnego²²⁶ Czas stosowania: zobowiązanie do poddania się leczeniu orzeka się na czas nieoznaczony i trwa on do czasu ustąpienia stanu zagrożenia lub uzyskania poprawy²²⁷. Kryteria orzecznicze: środki zabezpieczające mają na celu usunięcie stanu zagrożenia oraz zapobieżenie popełnieniu czynów przewidzianych przez prawo karne. Stosuje się je wobec osoby, która popełniła nieusprawiedliwiony czyn przewidziany przez prawo karne. Środki zabezpieczające mogą być również zastosowane w sytuacji, gdy sprawcy nie wymierza się kar (art. 107). Środki zabezpieczające to: • zobowiązanie do poddania się leczeniu; • umieszczenie w zakładzie leczniczym; • zakaz zajmowania stanowiska lub wykonywania zawodu; • przepadek szczególny (art. 108). Zobowiązanie do poddania się leczeniu: • Jeżeli sprawca, z powodu choroby, w tym spowodowanej uzależnieniem od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, stanowi zagrożenie dla społeczeństwa, może zostać zobowiązany do poddania się leczeniu medycznemu do czasu wyzdrowienia lub uzyskania poprawy, która usuwa stan zagrożenia. • Gdy osoba, wobec której zastosowano ten środek, nie przestrzega leczenia, można orzec wobec niej umieszczenie w zakładzie leczniczym. • Jeżeli osoba zobowiązana do leczenia została skazana na karę pozbawienia wolności, leczenie odbywa się również w czasie wykonywania kary (art. 109). W przypadku orzeczenia środka zabezpieczającego w postaci obowiązku poddania się leczeniu, któremu nie towarzyszy kara pozbawienia wolności, jego wykonanie nastąpi poprzez przekazanie kopii orzeczenia i kopii opinii sądowno-lekarskiej organowi ochrony zdrowia publicznego w powiecie (ro. <i>autorităţii de sănătate publică</i>), w którym zamieszkuje osoba, wobec której zastosowano ten środek. Organ ten niezwłocznie informuje osobę, wobec której zastosowano środek zabezpieczający w postaci obowiązku poddania się leczeniu, o jednostce ochrony zdrowia, do której jest ona zobowiązana niezwłocznie się zgłosić w celu przeprowadzenia leczenia, informując jednocześnie, że w przypadku niezastosowania się do tego środka, zostanie nałożona hospitalizacja. Zgodnie z art. 567 Kodeksu postępowania karnego, jednostka ochrony zdrowia, do której został skierowany sprawca na leczenie, jest zobowiązana poinformować sąd o tym, czy osoba zobowiązana do poddania się leczeniu zgłosiła się na leczenie; czy uchyła się od leczenia po zgłoszeniu się; czy hospitalizacja jest konieczna ze względu na pogorszenie stanu zdrowia; czy leczenie nie jest już konieczne ze względu na poprawę stanu zdrowia. W przypadku, gdy jednostka ochrony zdrowia nie znajduje się na obszarze właściwości sądu, który wydał nakaz wykonania kary, informacje te są przekazywane sądowi, w którego okręgu znajduje się jednostka²²⁸. Umieszczenie w zakładzie leczniczym: Jeżeli sprawca jest chory psychicznie, przewlekłe uzależniony od substancji psychoaktywnych lub cierpi na chorobę zakaźną i stanowi zagrożenie dla społeczeństwa, można zastosować środek w postaci umieszczenia w specjalistycznym zakładzie leczniczym do czasu wyzdrowienia lub uzyskania poprawy, która usuwa stan zagrożenia. Tego typu leczenie stosuje się wówczas, gdy leczenie w warunkach wolnościowych nie jest wystarczające (art. 110).
Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: Ministerstwo Sprawiedliwości, Ministerstwo Zdrowia Źródło finansowania: brak informacji Inne: wskazuje się na finansowanie opieki ze środków pochodzących z budżetu państwa jako część opieki psychiatrycznej w Rumunii²²⁹.

²²⁵ Kodeks karny Rumunii – Codul Penal (2009). Pozyskano z: <https://lege5.ro/Gratuit/gezdmnrzgi/codul-penal-din-2009>, dostęp z 03.11.2025 r.

²²⁶ Kodeks postępowania karnego Rumunii – Codul de procedură penală. Pozyskano z: <https://coduri.juridice.ro/codul-de-procedura-penala/index.php/textul-integral/>, dostęp z 04.11.2025 r.

²²⁷ Catoiu, E. (BD). Obligarea la tratament medical. Pozyskano z: <https://e-psihiatrie.ro/obligarea-la-tratament-medical/>, dostęp z 04.11.2025 r.

²²⁸ Catoiu, E. (BD). Obligarea la tratament medical. Pozyskano z: <https://e-psihiatrie.ro/obligarea-la-tratament-medical/>, dostęp z 04.11.2025 r.

²²⁹ Junjan, V., Micuța, I., Popescu, C., & Ghenea, D. (2009). The provision of psychiatric care in Romania – Need for change or change of needs? *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 26, 68–84.

Populacja	Pacjenci z każdą chorobą (o dowolnym stopniu nasilenia), którzy zagrażają bezpieczeństwu społeczności. Populacja obejmuje osoby uzależnione od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych.
Zakres świadczeń	Brak szczegółowych informacji.
Miejsce realizacji	Kliniki (leczenie ambulatoryjne) i szpitale (hospitalizacja)
Personel	Brak szczegółowych informacji.
Organizacja opieki i leczenia	Pacjenci są kierowani do klinik i szpitali przez powiatowe służby zdrowia, gdzie są leczeni w swoich regionach razem z innymi pacjentami, którzy nie popełnili przestępstw ²³⁰ .
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	Brak szczegółowych informacji.
Inne	-
Serbia	
Środek zabezpieczający	Podstawa prawna: art. 78 Kodeksu Karnego Serbii (Krivični Zakonik)²³¹ określa cel stosowania środków zabezpieczających, art. 79 wskazuje rodzaje środków zabezpieczających, w tym: Obowiązkowe leczenie psychiatryczne i umieszczenie w zakładzie leczniczym, obowiązkowe leczenie psychiatryczne na wolności; przymusowe leczenie narkomanów, obowiązkowe leczenie alkoholików, (...). Czas stosowania: przymusowe leczenie wolnościowe trwa do momentu istnienia potrzeby leczenia, jednak nie dłużej niż 3 lata (art. 82, ust. 5); Jeśli w przypadku leczenia psychiatrycznego na wolności sprawca nie poddaje się leczeniu albo samowolnie je porzuca lub jeśli mimo leczenia, ryzyko popełnienia czynu zabronionego określonego jako przestępstwo nadal występuje, wówczas sąd może orzec przymusowe leczenie psychiatryczne w warunkach stacjonarnych (art. 82, 83, 84). Kryteria orzecznicze: Sąd może zastosować jeden lubi więcej środków zabezpieczających jeśli występują przesłanki do ich zastosowania określone w serbskim Kodeksie Karnym. Środki te można zastosować wobec sprawcy przestępstwa, którego zdolności umysłowe są znacznie ograniczone, został skazany na grzywnę lub karę pozbawienia wolności w zawieszeniu (art. 80 ust. 1 i ust. 3f.): Przymusowe leczenie psychiatryczne na wolności (art. 82) (ust. 1) Sąd orzeka przymusowe leczenie psychiatryczne na wolności wobec sprawcy, który w stanie niepoczytalności popełnił czyn zabroniony pod groźbą kary i stwierdzi, że występuje duże ryzyko ponownego popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary, a zastosowanie leczenia po zwolnieniu jest wystarczające do usunięcia tego ryzyka; (ust. 2) Środek wolnościowy, o którym mowa w ust.1 można zastosować również wobec niepoczytalnego sprawcy przestępstwa, wobec którego orzeczono przymusowe leczenie psychiatryczne i umieszczenie w zakładzie opieki zdrowotnej, jednak jeżeli na podstawie wyników leczenia sąd stwierdzi, że leczenie w zakładzie nie jest już konieczne, a jedynie leczenie na wolności; (ust. 3) Sąd może orzec przymusowe leczenie psychiatryczne, o którym mowa ust. 1, także wobec sprawcy, którego zdolności umysłowe są znacznie ograniczone, jeżeli został skazany na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania albo został zwolniony warunkowo na podstawie art. 81 ust. 5 niniejszego kodeksu (tj. pomyślne leczenie skazanego, jego stan zdrowia, czas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej oraz pozostałą część kary, której skazany nie odbył). Obowiązkowe leczenie osób uzależnionych od narkotyków (art. 83) (ust. 1) Sąd orzeka przymusowe leczenie wobec sprawcy, który popełnił przestępstwo w związku z uzależnieniem od narkotyków i w związku z tym uzależnieniem znajduje się w poważnym niebezpieczeństwie dalszego popełniania przestępstw; (ust. 2) Środek, o którym mowa w ust. 1, wykonuje się w więzieniu albo w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej albo innym specjalistycznym zakładzie i trwa on tak długo, jak długo zachodzi potrzeba leczenia, nie dłużej jednak niż trzy lata; (5) Jeżeli środek, o którym mowa w ust. 1, został orzeczony w połączeniu z grzywną, karą pozbawienia wolności w zawieszeniu, upomnieniem

²³⁰ Bojur, C. (2023). TRATAMENTUL MEDICAL OBLIGATORIU CA MĂSURA DE SIGURANȚĂ. ȘI PROTECȚIE A DREPTURILOR OMULUI. Pozyskano z: <https://share.google/JRVacZm5lfUDeZH2k>, dostęp z 05.11.2025 r.

²³¹ Krivični Zakonik (2019). Sl. glasnik RS", br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016, 35/2019 i 94/2024. Pozyskano z: <https://www.paragraf.rs/propisi/krivnici-zakonik-2019.html>, dostęp z: 04.11.2025 r.

	sądowym lub zwolnieniem od kary, środek ten wykonuje się na wolności, nie dłużej jednak niż przez trzy lata; (ust. 6) Jeżeli sprawca bez uzasadnionej przyczyny nie poddaje się leczeniu na wolności albo samowolnie odstępuje od leczenia, sąd zarządza przymusowe wykonanie środka zapobiegawczego w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej albo innym zakładzie specjalistycznym. Obowiązkowe leczenie osób uzależnionych od alkoholu (art. 84) (ust. 1) Sąd orzeka przymusowe leczenie wobec sprawcy, który popełnił przestępstwo w związku z uzależnieniem od alkoholu i któremu grozi poważne niebezpieczeństwo dalszego popełniania przestępstw w związku z tym uzależnieniem; (ust. 2) Środek, o którym mowa w ust. 1, wykonuje się w więzieniu albo w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej albo innym zakładzie specjalistycznym i trwa on tak długo, jak długo zachodzi potrzeba leczenia, nie dłużej jednak niż okres orzeczonej kary pozbawienia wolności; (ust. 4) Jeżeli środek, o którym mowa w ust. 1, został orzeczony w połączeniu z grzywną, karą pozbawienia wolności w zawieszeniu, upomnieniem sądowym lub odroczeniem wykonania kary, środek ten odbywa się na wolności, nie dłużej jednak niż przez dwa lata. (ust. 5) Jeżeli sprawca bez uzasadnionej przyczyny nie poddaje się leczeniu na wolności albo samowolnie odstępuje od leczenia, sąd zarządza przymusowe środka zabezpieczającego w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej albo innym zakładzie specjalistycznym²³².
Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: nie odnaleziono informacji; Źródło finansowania: nie odnaleziono informacji; Inne: w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego w Republice Serbii na lata 2019–2026 wskazano ramy systemowe dla ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w ramach środka zabezpieczającego, opis znajduje się w dalszej części;²³³.
Populacja	Środek zabezpieczający stosuje się wobec (art.80): - sprawcy czynu zabronionego o charakterze nieumyślnym; - sprawcy przestępstwa, którego zdolności umysłowe są znacznie ograniczone, jeśli został skazany na grzywnę lub karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania; - środek zabezpieczający w postaci przymusowego leczenia narkomanów, przymusowego leczenia alkoholików (...) może być zastosowany, jeżeli sprawca został skazany na grzywnę, karę w zawieszeniu, karę upomnienia albo został uniewinniony po uiszczeniu grzywny.
Zakres świadczeń	Pacjenci psychiatryczni, którzy są objęci środkami zabezpieczającymi powinni otrzymywać leczenie, które nie różniłoby się istotnie od leczenia innych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi ²³⁴ .
Miejsce realizacji	Środek zabezpieczający wolnościowy wykonuje się w ośrodkach służby zdrowia wskazanych przez sąd. Brak szerszej informacji w tym zakresie ²³⁵ .
Personel	Nie odnaleziono informacji.
Organizacja opieki i leczenia	Koordinacja leczenia: wg informacji zawartych w programie Ochrony Zdrowia Psychicznego w Republice Serbii na lata 2019–2026, w części „Opis aktualnej sytuacji” wskazano na brak powiązania usług psychiatrii sądowej z innymi usługami psychiatrycznymi; Monitorowanie jakości opieki: nie odnaleziono informacji.
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	Wskazuje się na trudności z określeniem prawdopodobieństwa wystąpienia czynów przestępczych oraz czasu ich wystąpienia w przyszłości a także na brak wiarygodnych kryteriów określających zagrożenie, które mogłoby stanowić warunek ogólny, na podstawie którego należałoby przydzielić środek zabezpieczający. Brak określonych kryteriów, na podstawie których można wskazać kiedy konieczny jest środek wolnościowy, a kiedy w trybie leczenia zamkniętego.

²³² Krivični Zakonik. (2019). Sl. glasnik, RS"(br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016, 35/2019 i 94/2024. Pozyskano z: <https://www.paragraf.rs/propisi/krivnici-zakonik-2019.html>, dostęp z: 04.11.2025 r.

²³³ Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Republice Serbii na lata 2019–2026: 84/2019-201. Pozyskano z: <https://pravno-informacioni-sistem.rs/eli/rep/sgrs/vlada/drugiakt/2019/84/1>, dostęp z 06.11.2025 r.

²³⁴ Božić, V. (2023). Security measures of a medical nature in the criminal legislation of the Republic of Serbia. In Proceedings of the International Scientific Conference "Social Changes in the Global World" (Vol. 1, No. 10, pp. 59-71).

²³⁵ Božić, V. (2023). Security measures of a medical nature in the criminal legislation of the Republic of Serbia. In Proceedings of the International Scientific Conference "Social Changes in the Global World" (Vol. 1, No. 10, pp. 59-71).

	Sąd, z pomocą biegłych, ocenia indywidualne cechy sprawcy w każdym konkretnym przypadku ²³⁶ .
Inne	W programie Ochrony Zdrowia Psychicznego w Republice Serbii na lata 2019–2026 wskazano: • konieczność zapewniania świadczeń nie różniących się od tych, które są udzielane pacjentom z zaburzeniami psychicznymi; • konieczność utworzenia oddziałów psychiatrii sądowej we wszystkich specjalistycznych szpitalach psychiatrycznych; • połączenie oddziałów psychiatrii sądowej ze zorganizowanymi terytorialnie, środowiskowymi ośrodkami zdrowia psychicznego, tym samym zapewniając ciągłość terapii również w warunkach ambulatoryjnych; • wdrożenie ww. rozwiązań pozwoliłoby na ewentualne skrócenie okresu obowiązkowego leczenia psychiatrycznego i aresztu w zakładzie opieki zdrowotnej, poprzez wydanie orzeczenia sądowego o przekształceniu go w środek przymusowego leczenia psychiatrycznego na wolności (w uzasadnionych zawodowo warunkach), który byłby wdrażany w środowiskowych ośrodkach zdrowia psychicznego; • zgodnie z ww. programem, w leczeniu osób, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci przymusowego leczenia, konieczne jest przestrzeganie nowoczesnych standardów terapeutycznych zapewniających indywidualny program leczenia, intensywne oddziaływanie psychospołeczne i resocjalizację pacjentów; • leczenie osób objętych środkiem zabezpieczającym powinno opierać się na zasadzie terytorialności, tj. odbywać się najbliżej ich środowiska rodzinnego i społecznego. Jednym z podstawowych warunków rozwoju systemu opieki psychiatrycznej w środowisku lokalnym jest stworzenie efektywnej współpracy międzyresortowej i międzysektorowej pomiędzy właściwymi ministerstwami oraz pomiędzy właściwymi instytucjami na szczeblu samorządu terytorialnego; • program zakłada ustanowienie wielosektorowej współpracy, przede wszystkim pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Sprawiedliwości, w celu stworzenia protokołu o współpracy mającej na celu humanizację, poszanowanie praw człowieka i poprawę ochrony prawnej i zdrowotnej osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci obowiązkowego leczenia; • program finansowany jest z budżetu Republiki Serbii; W programie wskazano potrzebę: • pracy nad profilaktyką zaburzeń psychiatrycznych i poprawą zdrowia psychicznego wśród grup szczególnie wrażliwych, w tym pacjentów objętych środkami zabezpieczającymi. Działania z zakresu profilaktyki powinny obejmować rozwój sieci specjalistycznych usług, obejmować podejście interdyscyplinarne, jak również współpracę z różnymi ekspertami, organizacjami i instytucjami pośrednio zaangażowanymi w kwestie zdrowia psychicznego; • opracowania i wdrożenia procedur oraz oprogramowania komputerowego do rejestracji i monitorowania pacjentów we wszystkich ośrodkach zdrowia psychicznego, pozostających w bezpośredniej współpracy między placówkami, aby ulepszyć bazy danych, uniknąć dublowania się usług oraz zapewnić monitorowanie i ocenę usług i ich realizacji. Należy również utworzyć bazy danych dla szczególnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi, np. dla pacjentów objętych obowiązkowym leczeniem w ramach środka zabezpieczającego; • utworzenia krajowych rejestrów określonych zaburzeń psychicznych (zaburzeń psychotycznych, depresji, demencji, zaburzeń ze spektrum autyzmu itp.), co jest warunkiem monitorowania, kompleksowej analizy, planowania i oceny działań i procedur w zakresie ochrony i poprawy zdrowia psychicznego ludności²³⁷. W serbskiej Ustawie o ochronie osób z zaburzeniami psychicznymi, w art. 60 odniesiono się do leczenia psychiatrycznego na wolności osób z zaburzeniami psychicznymi,

²³⁶ Božić, V. (2023). Security measures of a medical nature in the criminal legislation of the Republic of Serbia. In *Proceedings of the International Scientific Conference "Social Changes in the Global World"* (Vol. 1, No. 10, pp. 59-71).

²³⁷ Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Republice Serbii na lata 2019–2026: 84/2019-201. Pozyskano z: <https://pravno-informacioni-sistem.rs/eli/rep/sgrs/vlada/drugiakt/2019/84/1>, dostęp: 06.11.2025 r.

	wskazując, że obowiązek ten stosuje się zgodnie z przepisami ustawy o wykonywaniu kar lub ustawą o postępowaniu w sprawach o wykroczenia ²³⁸ .
Wielka Brytania	
Środek zabezpieczający	Podstawa prawna: sekcja 17a, 37, 41, 45a <i>Mental Health Act 1983</i>²³⁹ Czas stosowania: nakaz leczenia środowiskowego (ang. <i>Community Treatment Orders</i>, CTO) obowiązuje przez 6 miesięcy od daty wydania polecenia. Można je jednak przedłużyć²⁴⁰. Kryteria orzecznicze: Uprawnienia sądów do skierowania na leczenie szpitalne lub do objęcia kuratelą (na podstawie sekcji 37) - Jeśli osoba zostaje skazana przez sąd koronny (ang. <i>Crown Court</i>) za przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności (inne niż przestępstwo, za które kara jest określona ustawowo) lub skazana przez sąd pokoju (ang. <i>magistrates' court</i>) za przestępstwo podlegające karze pozbawienia wolności w trybie uproszczonym, a spełnione są warunki określone w ustępie 2, sąd może w drodze orzeczenia: - nakazać przyjęcie tej osoby do wskazanego w orzeczeniu szpitala psychiatrycznego i jej przymusowe leczenie, lub - umieścić ją pod kuratelą lokalnego organu pomocy społecznej lub innej osoby zatwierdzonej przez ten organ. - Warunki, o których mowa w ustępie 1 są następujące: - sąd, na podstawie pisemnej lub ustnej opinii dwóch zarejestrowanych lekarzy, jest przekonany, że sprawca cierpi na zaburzenie psychiczne, oraz że: - zaburzenie to ma taki charakter lub stopień nasilenia, że uzasadnia umieszczenie go w szpitalu w celu leczenia, a odpowiednie leczenie jest dostępne, lub - w przypadku osoby, która ukończyła 16 lat, zaburzenie to jest na tyle poważne, że uzasadnia objęcie kuratelą na mocy niniejszej ustawy; oraz - sąd, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności, w tym charakter popełnionego przestępstwa, osobowość i dotychczasowe zachowanie sprawcy oraz inne dostępne środki postępowania, uznaje, że najbardziej właściwym sposobem rozstrzygnięcia sprawy jest wydanie orzeczenia na podstawie niniejszego artykułu. - Jeżeli osoba jest oskarżona przed sądem pokoju o czyn stanowiący przestępstwo, w związku z tym sąd, w razie skazania, miałby prawo wydać orzeczenie zgodnie z ustępem 1, to sąd może, jeśli uzna to za właściwe, wydać takie orzeczenie nawet bez formalnego skazania oskarżonego, o ile stwierdzi, że faktycznie dopuścił się on zarzucanego czynu lub zaniechania. - Orzeczenie nakazujące przyjęcie sprawcy do szpitala (zwane dalej „nakazem hospitalizacji” (ang. <i>hospital order</i>) nie może być wydane, dopóki sąd nie zostanie przekonany, na podstawie opinii zatwierdzonego lekarza, lub osoby reprezentującej dyrekcję szpitala, że zostały poczynione odpowiednie ustalenia dotyczące przyjęcia sprawcy do szpitala w ciągu 28 dni od daty wydania orzeczenia. Sąd może w tym czasie wydać dodatkowe zarządzenia dotyczące przewiezienia i tymczasowego umieszczenia tej osoby w bezpiecznym miejscu. - Jeżeli w ciągu wskazanego 28-dniowego okresu okaże się, że z powodu sytuacji nagłej lub innych szczególnych okoliczności nie jest możliwe przyjęcie osoby do określonego szpitala, Sekretarz Stanu może wydać polecenie, aby osoba ta została przyjęta do innego odpowiedniego szpitala. W takim przypadku: - osoba sprawująca opiekę nad skazanym zostanie poinformowana, a - nakaz hospitalizacji będzie obowiązywać tak, jakby wskazany w poleceniu szpital zastępował szpital pierwotnie określony w orzeczeniu. - Orzeczenie o objęciu sprawcy kuratelą lokalnego organu pomocy społecznej lub innej osoby (zwane dalej nakazem kurateli (ang. <i>guardianship order</i>)) nie może zostać wydane, dopóki sąd nie upewni się, że wskazany organ lub osoba wyraziła zgodę na przyjęcie sprawcy pod kuratelę. - W przypadku wydania orzeczenia na podstawie niniejszego artykułu sąd nie może jednocześnie: - wymierzyć kary pozbawienia wolności ani grzywny; - orzec środka probacyjnego lub resocjalizacyjnego;

²³⁸ *Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama (2013).* ("Sl. glasnik RS", br. 45/2013). Pozyskano z: <https://www.paragraf.rs/propisi/zakon-o-zastiti-lica-sa-mentalnim-smetnjama.html>, dostęp z 14.11.2025 r.

²³⁹ *Mental Health Act 1983.* Pozyskano z: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>, dostęp z 05.11.2025 r.

²⁴⁰ *Mind. Community treatment orders (CTOs).* Pozyskano z: <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/community-treatment-orders-ctos/about-ctos/>, dostęp z 07.11.2025 r.

	c) w przypadku nakazu hospitalizacji, wydać tzw. nakazu skierowania do programu naprawczego (ang. <i>referral order</i>); d) ani wydać w stosunku do sprawcy orzeczenia zobowiązującego rodzica lub opiekuna do należytej opieki i sprawowania właściwej kontroli nad dzieckiem (ang. <i>binding over of parent or guardian</i>)²⁴¹. Sąd może jednak zastosować inne środki, do których ma prawo niezależnie od tego przepisu. Na potrzeby tego ustępu „kara pozbawienia wolności” obejmuje również każdy inny środek skutkujący przymusowym zatrzymaniem. Uprawnienia sądów wyższej instancji do ograniczenia możliwości zwolnienia ze szpitala (na podstawie sekcji 41) 1. Jeżeli sąd koronny wydaje wobec sprawcy nakaz hospitalizacji i uzna, biorąc pod uwagę charakter przestępstwa, dotychczasowe zachowanie sprawcy oraz ryzyko ponownego popełnienia przez niego przestępstw po zwolnieniu, że dla ochrony społeczeństwa przed poważną krzywdą jest to konieczne, sąd może, z zastrzeżeniem dalszych postanowień niniejszego artykułu wydać dodatkowe orzeczenie, że sprawca będzie podlegał szczególnym ograniczeniom przewidzianym w niniejszym artykule. Takie orzeczenie nazywane jest nakazem ograniczającym (ang. <i>restriction order</i>). 2. Nakaz ograniczający nie może zostać wydany wobec żadnej osoby, chyba, że co najmniej jeden z lekarzy, których opinie sąd uwzględni zgodnie z sekcją 37, złożył swoje zeznanie ustne przed sądem. 3. Nakaz hospitalizacji nie przestaje obowiązywać na podstawie sekcji 50, jeżeli w tym czasie wobec pacjenta nadal obowiązuje nakaz ograniczający. 4. Tak długo, jak osoba podlega nakazowi ograniczającemu, klinicysta prowadzący (ang. <i>responsible clinician</i>) jest zobowiązany w odstępach nie dłuższych niż jeden rok, zgodnie z wytycznymi Sekretarza Stanu, do przeprowadzania badań pacjenta i przekazywania Sekretarzowi Stanu raportów zawierających wymagane przez niego informacje. Uprawnienia sądów wyższej instancji do ograniczenia możliwości zwolnienia ze szpitala (na podstawie sekcji 45a) 1. Niniejszy artykuł ma zastosowanie w sytuacji, gdy osoba została skazana przez sąd koronny za przestępstwo, za które kara nie jest określona ustawowo, i gdy: a) spełnione są warunki określone w ustępie 2 poniżej; oraz b) sąd, zanim zdecyduje się wymierzyć karę pozbawienia wolności, rozważa możliwość wydania wobec tej osoby nakazu hospitalizacji. 2. Warunki, o których mowa w ustępie 1, są następujące, sąd, na podstawie pisemnej lub ustnej opinii dwóch zarejestrowanych lekarzy, jest przekonany, że a) sprawca cierpi na zaburzenie psychiczne; b) zaburzenie ma taki charakter lub stopień nasilenia, że właściwe jest jego zatrzymanie w szpitalu psychiatrycznym w celu leczenia; oraz c) dostępne jest dla niego odpowiednie leczenie medyczne. 3. W takiej sytuacji sąd może wydać dwa zarządzenia: a) nakaz hospitalizacji, zgodnie z którym zamiast przewiezienia do więzienia, sprawca zostaje przewieziony i zatrzymany w określonym przez sąd szpitalu psychiatrycznym; oraz b) nakaz ograniczający, zgodnie z którym wobec sprawcy stosuje się specjalne ograniczenia, m.in. wymóg zgody Sekretarza Stanu na zwolnienie, przepustkę lub przeniesienie. 4. Nakaz hospitalizacji i nakaz ograniczający, nie mogą zostać wydane, jeśli co najmniej jeden z lekarzy, których opinie są brane pod uwagę zgodnie z ustępem 2, nie złożył zeznań ustnie przed sądem. 5. Nakazy te nie mogą zostać wydane, dopóki sąd nie upewni się, na podstawie opinii zatwierdzonego klinicysty (ang. <i>approved clinician</i>)²⁴² odpowiedzialnego za leczenie sprawcy lub przedstawiciela władz szpitala, że: a) zostały poczynione ustalenia dotyczące przyjęcia sprawcy do danego szpitala; oraz b) przyjęcie to nastąpi w ciągu 28 dni od wydania zarządzenia. W tym czasie sąd może wydać dodatkowe polecenia dotyczące przewiezienia i tymczasowego umieszczenia tej osoby w bezpiecznym miejscu.
--	---

²⁴¹ W brytyjskim systemie prawnym forma sądowego zobowiązania do określonego zachowania (ang. *binding over*). Na podstawie:

https://bip.ur.edu.pl/storage/file/core_files/2024/10/15/8d686e3d22ad0619711cf508ebc2cb6c/Doktorat%20IJP%20PDF.pdf, dostęp z 18.11.2025 r. oraz <https://yjlc.uk/resources/legal-terms-z-binding-over-parents-and-guardians>, dostęp z 18.11.2025 r.

²⁴² Zatwierdzony lekarz (ang. *approved clinician*) to uprawniony klinicysta, czyli specjalista zdrowia psychicznego zatwierdzony przez Sekretarza Stanu (lub odpowiedni organ działający w jego imieniu). Na podstawie: <https://www.hee.nhs.uk/our-work/mental-health/new-ways-working-mental-health/approved-clinicians-responsible-clinicians-acrc>.

	6. Jeżeli w ciągu wspomnianych 28 dni okaże się, że z powodu sytuacji nagłej lub innych wyjątkowych okoliczności nie jest możliwe przyjęcie sprawcy do wskazanego szpitala, Sekretarz Stanu może wydać polecenie przyjęcia tej osoby do innego, odpowiedniego szpitala psychiatrycznego. 7. W przypadku wydania takich poleceń: - Sekretarz Stanu powiadamia osobę, która sprawuje pieczę nad sprawcą, oraz - nakaz kierujący pacjenta do szpitala działa tak, jakby zmieniono w nim nazwę szpitala – zamiast pierwotnie wskazanego szpitala obowiązuje nowy, wskazany w instrukcjach. 8. Nakaz hospitalizacji i nakaz ograniczający wydane wobec sprawcy mają zastosowanie nie tylko do kary pozbawienia wolności za dane przestępstwo, ale również, w odpowiednim zakresie, do każdej innej kary pozbawienia wolności orzeczonej wobec tej osoby wcześniej lub jednocześnie. Nakazy leczenia środowiskowego (ang. <i>Community Treatment Orders, CTO</i>) (na podstawie sekcji 17a) - Klinicysta prowadzący może, w formie pisemnej decyzji, zwolnić pacjenta z przymusowego pobytu w szpitalu psychiatrycznym, z zastrzeżeniem możliwości ponownego wezwania go zgodnie z sekcją 17e. - Pacjent przymusowo zatrzymany to osoba, wobec której zastosowano przymusową hospitalizację na podstawie wniosku o przyjęcie na leczenie. - Decyzja wydana na mocy ust. 1 nazywana jest w niniejszej ustawie „nakazem leczenia środowiskowego”. - Klinicysta prowadzący nie może wydać nakazu leczenia środowiskowego, chyba że: - uzna, że spełnione są odpowiednie warunki, oraz - zatwierdzony specjalista zdrowia psychicznego potwierdzi na piśmie, że: - zgadza się z tą oceną, oraz - wydanie nakazu jest zasadne, - Warunki te są następujące: - pacjent cierpi na zaburzenie psychiczne o takim charakterze lub nasileniu, że wymaga leczenia medycznego; - leczenie to jest konieczne dla jego zdrowia lub bezpieczeństwa, bądź dla ochrony innych osób; - z zastrzeżeniem możliwości ponownego przyjęcia do szpitala (jak wskazano w poniższym punkcie), leczenie może być prowadzone bez dalszego przymusowego pobytu w szpitalu; - konieczne jest, aby klinicysta prowadzący miał możliwość skorzystania z uprawnienia określonego w sekcji 17e w celu ponownego przyjęcia pacjenta do szpitala; oraz - dostępne jest dla niego odpowiednie leczenie medyczne. - Przy ustalaniu, czy spełnione jest kryterium określone w ustępie 5d, klinicysta prowadzący powinien w szczególności rozważyć, biorąc pod uwagę historię zaburzeń psychicznych pacjenta i inne istotne czynniki, jakie istnieje ryzyko pogorszenia się stanu pacjenta, gdyby nie był on zatrzymany w szpitalu (na przykład w wyniku odmowy lub zaniedbania poddania się leczeniu niezbędnemu w przypadku jego zaburzeń psychicznych). - W rozumieniu niniejszej ustawy: - pacjent środowiskowy (ang. <i>community patient</i>) oznacza pacjenta, wobec którego obowiązuje nakaz leczenia środowiskowego; - nakaz leczenia środowiskowego w odniesieniu do takiego pacjenta oznacza obowiązujący wobec niego nakaz; - szpital macierzysty (ang. <i>responsible hospital</i>) oznacza szpital, w którym pacjent był przymusowo hospitalizowany bezpośrednio przed wydaniem nakazu leczenia środowiskowego, z zastrzeżeniem artykułu 19a.
Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: <i>Department of Health and Social Care, NHS England</i> Źródło finansowania: CTO są finansowane ze środków publicznych w ramach budżetu NHS²⁴³. Inne: –
Populacja	Dorośli pacjenci z zaburzeniem psychicznym o takim charakterze lub nasileniu, które wymaga leczenia medycznego. Leczenie to jest konieczne dla jego zdrowia lub bezpieczeństwa, bądź dla ochrony innych osób. Pacjent był wcześniej przymusowo hospitalizowany i w razie szczególnych okoliczności powinna istnieć możliwość ponownego przyjęcia do szpitala.

²⁴³ Weich, S., Duncan, C., Twigg, L., McBride, O., Parsons, H., Moon, G., Canaway, A., Madan, J., Crepez-Keay, D., Keown, P., Singh, S., & Bhui, K. (2020). Use of community treatment orders and their outcomes: an observational study. *NIHR Journals Library*. <https://doi.org/10.3310/hsdr08090>.

Zakres świadczeń	CTO upoważnia do przymusowego leczenia osoby mieszkającej w społeczności. Określa on warunki, na jakich dana osoba musi zaakceptować leki, terapię, poradnictwo, opiekę medyczną, rehabilitację i inne świadczenia. Nazywa się to planem leczenia. Osoba objęta CTO musi przestrzegać indywidualnego planu leczenia.
Miejsce realizacji	Opiekę zapewniają <i>Community Mental Health Teams</i> , czyli zespoły zdrowia psychicznego działające w ramach <i>NHS Trusts</i> .
Personel	Zespoły mogą składać się z: psychiatrów, pielęgniarek psychiatrycznych, pracowników socjalnych ds. zdrowia psychicznego (ang. <i>Approved Mental Health Professional</i>) ²⁴⁴ , terapeutów, niezależnych rzeczników zdrowia psychicznego ^{245, 246} . Leczenie w ramach CTO ma charakter opieki koordynowanej. Za przebieg leczenia i opiekę nad pacjentem odpowiedzialny jest tzw. „ <i>responsible clinician</i> ” – specjalista medyczny pełniący rolę koordynatora opieki. Tę funkcję pełni zazwyczaj lekarz psychiatra, ale mogą ją pełnić również pielęgniarki, psycholodzy, pracownicy socjalni lub terapeuci zajęciowi ²⁴⁷ .
Organizacja opieki i leczenia	CTO zazwyczaj są wdrażane przez zespoły zdrowia psychicznego działające lokalnie (ang. <i>Community Mental Health Teams</i>). Zespół musi zapewnić dostęp do odpowiedniego leczenia, monitorować przestrzeganie warunków CTO i reagować w razie pogorszenia stanu pacjenta ²⁴⁸ .
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	Brak szczegółowych informacji.
Inne	–
Szwecja	
Środek zabezpieczający	Podstawa prawna: rozdział 31, art. 3 Kodeksu karnego ²⁴⁹ ; § 10–13 ustawy o opiece sądowo-psychiatrycznej ²⁵⁰ ; Czas stosowania: leczenie trwa tak długo, jak jest konieczne dla zdrowia pacjenta lub bezpieczeństwa publicznego ²⁵¹ ; Kryteria orzecznicze: art. 3 Kodeksu karnego: Jeżeli osoba, która popełniła przestępstwo, za które nie grozi kara grzywny, cierpi na ciężkie zaburzenia psychiczne, sąd może skierować ją do zakładu opieki psychiatrycznej, jeżeli ze względu na jej stan psychiczny i inne okoliczności osobiste zachodzi konieczność umieszczenia jej w zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia psychiatrycznego, z którym wiąże się pozbawienie wolności i inne środki przymusu. Jeżeli osoba, która popełniła przestępstwo, za które nie grozi kara grzywny, cierpi na ciężkie zaburzenia psychiczne, sąd może skierować ją do zakładu opieki psychiatrycznej, jeżeli ze względu na jej stan psychiczny i inne okoliczności osobiste zachodzi konieczność umieszczenia jej w zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia psychiatrycznego, z którym wiąże się pozbawienie wolności i inne środki przymusu. Jeżeli przestępstwo popełniono pod wpływem poważnego zaburzenia psychicznego, sąd może postanowić o przeprowadzeniu w zakładzie specjalnej oceny wypisowej zgodnie

²⁴⁴ Funkcję AMHP pełnią pracownicy socjalni, pielęgniarki lub terapeuci będący ekspertami w dziedzinie zdrowia psychicznego, pracujący w służbach społecznych. Do ich zadań należy pomoc w decyzji o zastosowaniu CTO oraz ustalenie związanych z tym środków warunków. Rolą AMHP jest przedstawienie opinii o charakterze niemedycznej.

²⁴⁵ Niezależny rzecznik zdrowia psychicznego (ang. *independent mental health advocate, IMHA*) wspiera osoby w kwestiach związanych z opieką i leczeniem zdrowia psychicznego. Pomaga również rozumieć prawa przysługujące im na mocy *Mental Health Act*. Może on wspierać osoby w tym, aby ich poglądy i życzenia były brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji dotyczących ich opieki lub leczenia, a także aby poruszyć kwestię, która jest dla nich niezadowolająca w kontekście opieki lub leczenia.

²⁴⁶ Rethink.. Pozyskano z: <https://www.rethink.org/advice-and-information/rights-laws-and-criminal-justice/mental-health-laws/community-treatment-orders-ctos-made-under-the-mental-health-act-1983/>, dostęp z 7.11.2025 r.

²⁴⁷ Rethink. Pozyskano z: <https://www.rethink.org/advice-and-information/rights-laws-and-criminal-justice/mental-health-laws/community-treatment-orders-ctos-made-under-the-mental-health-act-1983/>, dostęp z 7.11.2025 r.

²⁴⁸ Care Quality Commision. (2022). *Mental Health Act community treatments orders (CTO) – focused visits report*. Pozyskano z: <https://www.cqc.org.uk/publication/cto-focused-visits/report>, dostęp z 7.11.2025 r.

²⁴⁹ Kodeks karny Szwecji (1965). *Brottsbalk (1962:700)* (z późn. zm.). Pozyskano z: <https://lagen.nu/1962:700#K31P3>, dostęp z 10.11.2025 r.

²⁵⁰ Ustawa o opiece sądowo-psychiatrycznej (1991). *Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård* (z późn. zm.) Pozyskano z: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911129-om-rattsspsykiatrisk-vard_sfs-1991-1129/, dostęp z 10.11. 2025 r.

²⁵¹ Ustawa o opiece sądowo-psychiatrycznej (1991). *Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård* (z późn. zm.) Pozyskano z: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911129-om-rattsspsykiatrisk-vard_sfs-1991-1129/, dostęp z 10.11. 2025 r.

	z Ustawą o opiece sądowo-psychiatrycznej, jeżeli w wyniku zaburzeń psychicznych istnieje ryzyko, że oskarżony powróci do poważnego przestępstwa. Jeżeli wymaga tego przeszłość kryminalna oskarżonego lub inne szczególne okoliczności, sąd może w związku z przeniesieniem do zakładu psychiatryczno-sądowego orzec inną karę, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności lub przeniesienia do innego zakładu specjalnego. § 10 ustawy o opiece sądowo-psychiatrycznej: w przypadku osoby, wobec której zastosowano opiekę sądowo-psychiatryczną na podstawie rozdziału 31 § 3 Kodeksu karnego, z postanowieniem o szczególnym rozpatrzeniu wniosku o wypis, kwestię zezwolenia na przebywanie poza terenem zakładu opieki zdrowotnej przez określoną część okresu leczenia rozpatruje sąd administracyjny na wniosek lekarza naczelnego lub pacjenta. W swojej ocenie sąd bierze pod uwagę w szczególności charakter przestępstwa, które stanowiło podstawę decyzji o wypisie ze szpitala, ryzyko powrotu do przestępstwa oraz skutki opieki i leczenia, którym poddano pacjenta. Zgoda może zostać udzielona na konkretną okazję lub na określone powtarzające się okazje. Zgoda może zostać udzielona wyłącznie pod warunkiem, że jest zgodna z planem opieki. Sąd administracyjny może, na wniosek lekarza prowadzącego, przekazać mu uprawnienie do wydawania zezwoleń na pobyt dla konkretnego pacjenta. W razie zaistnienia ku temu przesłanek, sąd administracyjny może uchylić to uprawnienie. Lekarz prowadzący może cofnąć zezwolenie na pobyt poza terenem zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli wymagają tego okoliczności.
Organizacja systemowa	Podmioty odpowiedzialne: Ministerstwo Sprawiedliwości, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej Źródło finansowania: zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia i opiece medycznej regiony są odpowiedzialne za zapewnienie mieszkańcom potrzebnej opieki zdrowotnej i pokrywają one koszty leczenia sądowo-psychiatrycznego ze środków publicznych²⁵² Inne: –
Populacja	Osoby, które popełniły przestępstwo i cierpią na poważne zaburzenie psychiczne.
Zakres świadczeń	Świadczenia mogą obejmować leczenie somatyczne, leczenie psychiatryczne, farmakoterapię, rehabilitację społeczną i wsparcie socjalne ²⁵³ .
Miejsce realizacji	Istnieją dwie formy opieki sądowo-psychiatrycznej: szpitalna i ambulatoryjna. Aby pacjent mógł korzystać z opieki ambulatoryjnej, nie musi istnieć konieczność zastosowania opieki przymusowej (leczenia lub opieki, które są stosowane wbrew woli pacjenta) ani hospitalizacji, niemniej jednak pacjent zobowiązany jest do uczęszczania na wizyty oraz przestrzegania określonych warunków dotyczących stylu życia, w przeciwnym wypadku opieka ta może zostać przekształcona w leczenie stacjonarne. Ta forma opieki ambulatoryjnej jest stosunkowo nowa i wykorzystywana dopiero od 2008 roku²⁵⁴. W Szwecji działa około 20 klinik zajmujących się pacjentami z sądowym orzeczeniem opieki psychiatrycznej²⁵⁵.
Personel	W szpitalach zatrudnieni są lekarz, psycholog, terapeuta, a niekiedy również terapeuta zajęciowy i fizjoterapeuta, którzy wraz z pielęgniarkami oraz sanitariuszami tworzą zespół opieki sądowo-psychiatrycznej. Brak szczegółowych informacji nt. zespołu w opiece ambulatoryjnej ²⁵⁶ .
Organizacja opieki i leczenia	Ambulatoryjna forma opieki świadczona jest po wypisie pacjenta ze szpitala²⁵⁷. Opieka może być prowadzona z lub bez specjalnych kryteriów wypisu, tzw. <i>Särskild Utskrivningsprövning</i> (SUP). Gdy opieka jest prowadzona bez SUP, główny psychiatra sądowy decyduje, kiedy nie ma już potrzeby dalszej opieki a tym samym kiedy pacjent może zostać wypisany. Natomiast, gdy opieka jest prowadzona z SUP, oprócz badania

²⁵² Ustawa o ochronie zdrowia i opiece medycznej (2017). *Hälsa- och sjukvårdslag* (2017:30) (z późn. zm.). Pozyskano z: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halsa-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/, dostęp z 12.11.2025 r.

²⁵³ Socialstyrelsen. (2022). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* (HSLF-FS 2022:62). Stockholm: Socialstyrelsen. Pozyskano z: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/hslf-fs-202262-socialstyrelsens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-psykiatrisk-tvangsvard-och-rattpsykiatrisk-var-d-2022-12-8277/>, dostęp z 13.11.2025 r.

²⁵⁴ Karlsson, M. (2023). *Mentally ill offenders and accountability in Sweden. (Version 2) [Degreeproject]. School of Medical Sciences, Örebro University, Örebro.* Pozyskano z: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1737075/FULLTEXT01.pdf>, dostęp z 12.11.2025 r.

²⁵⁵ Karlsson, M. (2023). *Mentally ill offenders and accountability in Sweden. (Version 2) [Degreeproject]. School of Medical Sciences, Örebro University, Örebro.* Pozyskano z: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1737075/FULLTEXT01.pdf>, dostęp z 12.11.2025 r.

²⁵⁶ Svenska Rättspsykiatriska Föreningen. Pozyskano z: <https://www.srfp.se/verksamheter/rpv/>, dostęp z 13.11.2025 r.

²⁵⁷ Karlsson, M. (2023). *Mentally ill offenders and accountability in Sweden. (Version 2) [Degreeproject]. School of Medical Sciences, Örebro University, Örebro.* Pozyskano z: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1737075/FULLTEXT01.pdf>, dostęp z 12.11.2025 r.

	przeprowadzanego przez głównego psychiatrę sądowego, który stwierdza, że dalsza opieka nie jest już konieczna, wymagana jest również decyzja sądu administracyjnego w sprawie wypisu pacjenta. W ogólnym ujęciu, czas odbywania kary jest znacząco dłuższy w przypadku skazania na opiekę sądowo-psychiatryczną (z SUP) w porównaniu z pobytem w więzieniu²⁵⁸. Do obowiązków głównego psychiatry sądowego należy również podejmowanie inicjatywy dotyczącej zmiany formy opieki na ambulatoryjną lub stacjonarną (poprzez wniosek składany do sądu administracyjnego)²⁵⁹. Do wniosku o kontynuację opieki w formie ambulatoryjnej dołączana jest aktualizacja planu opieki skoordynowanej pacjenta²⁶⁰.
Ocena ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych	Aby ustalić, czy sprawca cierpi na poważne zaburzenie psychiczne (w przypadku jego podejrzenia) i tym samym powinien otrzymać sankcję inną niż kara pozbawienia wolności, sąd może zarządzić wykonanie: • krótkiej oceny psychiatryczno-sądowej, lub • wstępne badanie psychiatryczno-sądowe. W większości przypadków sąd zaleca krótką ocenę, która polega na 1–2-godzinnej konsultacji ze sprawcą i jest przedstawiana w raporcie przesiewowym z zakresu psychiatrii sądowej, sporządzanym przez głównego psychiatrę sądowego. W przypadku, gdy istnieją wiarygodne dowody na to, że dana osoba popełniła przestępstwo lub sprawca przyznaje się do winy, przeprowadza się pełne wstępne badanie psychiatryczno-sądowe. Jeśli jego wyniki wskazują, że przestępstwo mogło zostać popełnione pod wpływem poważnego zaburzenia psychicznego oraz że spełnione są przesłanki do zastosowania leczenia w ramach psychiatrii sądowej, sprawca zostaje skierowany przez sąd na tę formę leczenia. Po uprawomocnieniu się wyroku leczenie zostaje rozpoczęte. Wstępne badanie psychiatryczno-sądowe jest prowadzone przez zespół składający się z psychiatry, psychologa, pracownika socjalnego zajmującego się kwestiami sądowymi oraz przedstawiciela personelu medycznego (często pielęgniarki). W większości przypadków osoba badana przebywa w jednostce diagnostycznej przez cztery tygodnie. Badanie obejmuje dane demograficzne i informacje dotyczące czynu, a także ocenę aktualnego stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Zawiera również dokładny wywiad dotyczący dzieciństwa i sytuacji rodzinnej oraz historii psychiatrycznej i kryminalnej. Celem badania jest wyjaśnienie stanu psychicznego sprawcy w chwili popełnienia czynu oraz ustalenie, czy stan ten jest na tyle poważny, aby spełnić kryteria prawne pojęcia poważnego zaburzenia psychicznego. Ponadto musi istnieć wskazanie do zastosowania przymusowego leczenia psychiatrycznego. Badania te są oferowane przez Krajową Radę Medycyny Sądowej i realizowane w oddziałach psychiatrii sądowej w Göteborgu lub Sztokholmie. Ponadto, badanie to obejmuje ocenę ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa. Jeśli ryzyko zostanie ocenione jako wysokie, sąd może zdecydować, że leczenie psychiatryczne zostanie połączone ze specjalnym nadzorem sądowym. Jeśli ryzyko jest niskie, sprawca zostaje skierowany na leczenie bez specjalnego nadzoru. Z punktu widzenia pacjenta różnice między tymi sankcjami są bardzo istotne: gdy leczenie odbywa się ze specjalnym nadzorem, wojewódzki (hrabski) sąd administracyjny musi zatwierdzić przepustki, urlopy warunkowe, przeniesienia do leczenia ambulatoryjnego oraz zwolnienia. Decyzje te opierają się na ocenie ryzyka nawrotu przemocy. Kiedy leczenie odbywa się bez specjalnego nadzoru, decyzje te podejmuje ordynator kliniki, co zazwyczaj usprawnia proces²⁶¹.
Inne	–

ACT – ang. Assertive Community Treatment; **AMHP** – pracownicy socjalni ds. zdrowia psychicznego (ang. Approved Mental Health Professional); **BAG-FORAS** – de. Bundesarbeitsgemeinschaft der forensischen Ambulanzen des Strafvollzug; **CDZ-OL** – Centra Zdrowia Psychicznego dla osób z orzecznym leczeniem ochronnym (cz. Centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením); **CTO** – nakaz leczenia środowiskowego (ang. Community Treatment Orders); **CZK** – korona czeska (cz. Czech korun); **DSM** – klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders); **ForFACT** – ang. Forensic Flexible Assertive Community Treatment; **HCR-20 V3** – ang. Historical-Clinical-Risk version 3; **ICD-10** – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Rewizja 10 (ang. International Classification of Diseases, 10th Revision); **IMHA** – niezależny rzecznik zdrowia psychicznego (ang. independent mental health advocate); **LSI-R** – ang. Level of Service Inventory – Revised; **MTDZ** – zespół multidyscyplinarny zdrowia psychicznego (cz. Multidisciplinární týmy duševního zdraví) **NAKOL** – Narodowa Koncepcja Leczenia Ochronnego (cz. Národní koncepce ochranného léčení); **NHS** – ang. National Health Service; **REMS** – miejsce zamieszkania w celu wykonania środka zabezpieczającego (it. Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza); **RNR** – leczenie oparte na zasadzie ryzyko –

²⁵⁸ Karlsson, M. (2023). *Mentally ill offenders and accountability in Sweden. (Version 2) [Degreeproject]. School of Medical Sciences, Örebro University, Örebro.* Pozyskano z: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1737075/FULLTEXT01.pdf>, dostęp z 12.11.2025 r.

²⁵⁹ Karlsson, M. (2023). *Mentally ill offenders and accountability in Sweden. (Version 2) [Degreeproject]. School of Medical Sciences, Örebro University, Örebro.* Pozyskano z: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1737075/FULLTEXT01.pdf>, dostęp z 12.11.2025 r.

²⁶⁰ § 12a, Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

²⁶¹ Nyman, M. (2022). *Risk assessments in forensic psychiatry: Consequences and experiences for patients and nurses. Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.* Pozyskano z: <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/72561/Thesis%20frame.pdf?sequence=1>, dostęp z 26.11.2025 r.

potrzeby – responsywność (ang. Risk-Need-Responsivity); SAPROF – ang. Structured Assessment of Protective Factors; SAVRY – ang. Structured Assessment of Violence Risk in Youth; START – ang. Short-Term Assessment of Risk and Treatability; StGB – niemiecki Kodeks karny (de. Strafgesetzbuch); SUP – szw. Särskild Utskrivningsprövning; SVR 20 – ang. Sexual Violence Risk 20; TBS – nl. Terbeschikkingstelling.

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT]

6.3. Podsumowanie

Na podstawie przeglądu rozwiązań międzynarodowych zidentyfikowano i opisano zastosowane podejścia w opiece psychiatrycznej i terapii uzależnień przyjęte w 10 krajach: Szwajcarii, Niemczech, Królestwie Holandii, Czechach, Słowenii, Włoszech, Rumunii, Serbii, Wielkiej Brytanii oraz Szwecji.

Obserwowane w analizowanych krajach zmiany w organizacji opieki psychiatrycznej, polegające na rozwoju usług środowiskowych i ograniczaniu roli leczenia zamkniętego, odzwierciedlają globalny trend deinstytucjonalizacji w opiece psychiatrycznej, którego celem jest zapewnienie bardziej zintegrowanej, dostępnej i opartej na prawach człowieka opieki realizowanej w modelu opieki środowiskowej. W większości krajów leczenie psychiatryczne i terapia uzależnień sprawców przestępstw również podlega wyżej opisanym zmianom. Systemy karne analizowanych krajów, mimo zróżnicowania, w różnych formach zapewniają sprawcom przestępstw przeznaczoną ich potrzebom opiekę. Ambulatoryjne środki zabezpieczające stanowią istotny element systemów prawnych i opieki psychiatrycznej, umożliwiając realizację celów prewencji kryminalnej oraz ochrony zdrowia psychicznego poza warunkami izolacyjnymi. Analiza rozwiązań przyjętych w wybranych państwach wskazuje na różnorodność w zakresie czasu trwania ambulatoryjnego środka zabezpieczającego, populacji objętej leczeniem, zakresu świadczeń oraz stosowania oceny i wykorzystywanych narzędzi oceny ryzyka.

Populacja objęta ambulatoryjnym środkiem zabezpieczającym we wszystkich analizowanych państwach to przede wszystkim osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, uzależnione od substancji psychoaktywnych lub wykazujące inne uzależnienia, które dopuściły się czynu zabronionego i są potencjalnie niebezpieczne dla siebie lub społeczeństwa. Niebezpieczeństwo to wynika z ryzyka popełnienia kolejnego przestępstwa. Dodatkowo w Niemczech wskazano, że ambulatoryjnym środkiem zabezpieczającym mogą zostać objęte osoby po odbyciu kary lub zwolnione warunkowo z odbywania kary lub po pobycie w areszcie psychiatrycznym. W Serbii podkreślono, że mogą to być osoby ze znacznym ograniczeniem zdolności umysłowych, wobec których orzeczono karę grzywny lub karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania lub karę upomnienia. Natomiast w Czechach wskazano, że w Centrach Zdrowia Psychicznego dla osób z orzeczonym leczeniem ochronnym środkiem ambulatoryjnym mogą zostać objęte również osoby, które same zgłaszają się po pomoc (samoidentyfikujący się pacjenci) oraz osoby oczekujące na objęcie leczeniem.

W większości krajów obowiązują ograniczenia czasowe dla ambulatoryjnych środków zabezpieczających, których maksymalny czas mieści się w zakresie od 6 mies. do 5 lat. W Wielkiej Brytanii nakaz leczenia wydawany jest na okres 6 mies., w Czechach i Słowenii maksymalnie do 2 lat, w Serbii maksymalnie do 3 lat, w Holandii maksymalnie do 4 lat, a w Szwajcarii i Niemczech – do 5 lat. W Niemczech, Czechach oraz Wielkiej Brytanii istnieje możliwość przedłużenia okresu leczenia, jeśli ryzyko recydywy utrzymuje się. W wybranych krajach określono dolną granicę okresu nadzoru, wynoszącą: nie mniej niż 1 rok we Włoszech oraz nie mniej niż 2 lata w Niemczech. W Rumunii i Szwecji leczenie może być prowadzone bezterminowo, aż do ustąpienia stanu zagrożenia.

W wymiarze organizacyjnym systemy różnią się stopniem centralizacji – od w pełni zdecentralizowanych modeli szwajcarskich i niemieckich, w których struktura opieki zależy od kantonu/landu, po bardziej scentralizowane systemy nadzorowane przez ministerstwa lub instytucje publiczne (Niderlandy, Czechy, Słowenia, Włochy, Rumunia, Wielka Brytania, Szwecja). Część państw wskazuje na problemy związane z dostępnością opieki ambulatoryjnej (Szwajcaria, Serbia) bądź brakiem pełnej infrastruktury umożliwiającej równomierne świadczenie usług (część landów niemieckich). Finansowanie świadczeń odbywa się głównie ze środków publicznych, jednak w niektórych krajach pojawiają się problemy

z pokrywaniem kosztów związanych z dodatkowymi czynnościami administracyjnymi, koniecznością współpracy z wymiarem sprawiedliwości (Szwajcaria, Czechy, Rumunia).

Miejsca realizacji ambulatoryjnych środków zabezpieczających różnią się istotnie pomiędzy krajami, odzwierciedlając zróżnicowanie systemów ochrony zdrowia, stopień specjalizacji psychiatrii sądowej oraz poziom integracji środowiskowej opieki psychicznej. W części państw funkcjonują wyspecjalizowane, specjalnie do tego przeznaczone struktury ambulatoryjne, takie jak niemieckie *forensische Ambulanzen* działające w sieci BAG-FORAS, ukierunkowanej na wymianę doświadczeń pomiędzy jednostkami. W Holandii opieka ambulatoryjna jest realizowana przede wszystkim w ramach systemu TBS oraz przez kliniki i centra psychiatrii sądowej, natomiast wsparcie środowiskowe zapewniają zespoły ForFACT. W Czechach obok poradni specjalistycznych czy Centrów Zdrowia Psychicznego, funkcjonują Centra Zdrowia Psychicznego dla osób z orzeczonym leczeniem ochronnym (CDZ-OL). Włochy stworzyły sieć środowiskowych ośrodków REMS. Natomiast w Słowenii, Rumunii i Serbii leczenie odbywa się w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W Wielkiej Brytanii leczenie ambulatoryjne w ramach nakazu leczenia środowiskowego jest wykonywane przez zespoły zdrowia psychicznego działające w strukturach NHS Trusts.

W większości krajów, tj. w Niemczech, Czechach, Holandii, Słowenii, Włoszech, leczenie prowadzi zespół wielodyscyplinarny, w którego skład wchodzi m.in.: lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, pracownik socjalny, pielęgniarz/pielęgniarka, psycholog, specjalista ds. uzależnień, seksuolog, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy. W Słowenii dodatkowo został uwzględniony pracownik administracyjny. W Królestwie Niderlandów, Rumunii, Serbii i Szwajcarii brak szczegółowych informacji na temat personelu świadczącego usługi w ramach ambulatoryjnego środka zabezpieczającego. Dodatkowo w Niemczech i Czechach zostały określone minimalne normy etatowe dla zespołów. Natomiast w Szwajcarii wskazuje się na niedobory kadrowe w obszarze leczenia ambulatoryjnego.

Pacjenci otrzymują świadczenia w oparciu o ustalony plan leczenia w Niemczech, Włoszech, Wielkiej Brytanii. W Niemczech, pacjenci otrzymują świadczenia w oparciu o zasadę *Risk-Need-Responsivity*, tj. z uwzględnieniem: poziomu ryzyka stwarzanego przez pacjenta, jego indywidualnych predyspozycji oraz zdolności i sposobów reagowania na zastosowane oddziaływania terapeutyczne. Zakres świadczeń obejmuje m.in. terapię psychiatryczną i psychologiczną, wizyty środowiskowe, działania socjalne, ciągłą ocenę ryzyka i monitorowanie terapii. W Rumunii wskazano, że pacjenci objęci środkami zabezpieczającymi powinni otrzymywać leczenie, które nie różni się istotnie od leczenia innych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. W Wielkiej Brytanii oraz Szwecji nie wskazano szczegółowych informacji z zakresu udzielnych świadczeń, a wyłącznie ogólne informacje, tj. wskazując farmakoterapię, terapię, poradnictwo, opiekę medyczną, rehabilitację i inne świadczenia. Dla Szwajcarii, Holandii, Słowenii i Rumunii brak szczegółowych informacji o zakresie świadczeń.

Informacje z zakresu oceny ryzyka zachowań agresywnych i czynników ochronnych odnaleziono dla nielicznych krajów. Analiza dostępnych informacji wskazuje, na zróżnicowane podejście. Wskazuje to na brak jednolitego standardu międzynarodowego oraz na silne uzależnienie praktyki od poziomu rozwoju psychiatrii sądowej w danym państwie. Różnice między krajami dotyczą stopnia formalizacji tego procesu, liczby wykorzystywanych narzędzi oraz ich adaptacji narodowych. W Niemczech wskazano na wykorzystanie LSRI-R, HCR-20 V3, SVR 20, START, natomiast w Czechach wykorzystuje się SAPROF, HCR-20 V3, SVR-20, SAVRY. Ministerstwo Zdrowia Republiki Czeskiej mając na celu wspomaganie świadczeniodawców wydało czeską adaptację trzech narzędzi, tj. SAPROF, HCR-20 V3 oraz SVR-20. W Szwajcarii wskazano na ocenę kliniczną połączoną z oceną przy użyciu standardowych narzędzi, jednak literalnie ich nie wskazano. W Serbii oraz Szwecji ocena opiera się wyłącznie na klasycznej ocenie klinicznej. W Holandii, Słowenii, Włoszech, Rumunii, Wielkiej Brytanii, nie odnaleziono informacji w tym zakresie.

7. Opinie ekspertów klinicznych

7.1. Informacje ogólne

Opinie ekspertów klinicznych przedstawione w niniejszym rozdziale zostały przygotowane bezpłatnie, zgodnie z aktualnymi przepisami dotyczącymi oceny technologii medycznych przez Agencję na zlecenie Ministra Zdrowia.

Dnia 7 października 2025 r. zostały przesłane formularze opinii do 8 ekspertów, w tym do 4 konsultantów krajowych w następujących dziedzinach:

- medycyna sądowa – prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grzegorz Teresiński,
- psychiatria – prof. dr hab. Piotr Gałęcki,
- psychoterapia uzależnień – dr hab. Barbara Jolanta Bętkowska-Korpała,
- psychoterapia – dr n. med. Łukasz Müldner-Nieckowski.

O opinię zwrócono się także do następujących ekspertów klinicznych:

- [REDAKTOWANE] – [REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE]
- [REDAKTOWANE] – [REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE]
- [REDAKTOWANE] – [REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE]
- [REDAKTOWANE] – [REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE]

Ponadto, zgodnie ze wskazaniem konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, dnia 1 grudnia 2025 r. wysłano formularz z prośbą o opinię do [REDAKTOWANE] – [REDAKTOWANE].

Otrzymano łącznie dwie opinie spełniające wymogi formalne. Nie uzyskano opinii od konsultantów krajowych.

7.2. Podsumowanie

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z nadesłanych opinii. Pełną treść opinii przekazanych przez ekspertów klinicznych zawiera Załącznik nr 3 do przedmiotowego raportu.

- Wszyscy eksperci (2/2) wskazują na zasadność finansowania wnioskowanego świadczenia ze środków publicznych. Eksperti przytaczają szereg argumentów za finansowaniem świadczenia, do których należą m.in.:
 - możliwość realizacji celów środka zabezpieczającego w warunkach ambulatoryjnych, bez konieczności izolacji, co jest zgodne z aktualnymi trendami deinstytucjonalizacji w psychiatrii;
 - zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom opuszczającym oddziały psychiatrii sądowej, często po wieloletniej hospitalizacji;
 - zwiększenie szans na reintegrację społeczną, odbudowę więzi rodzinnych oraz powrót do ról zawodowych, co stanowi istotny czynnik redukujący ryzyko recydywy;
 - poprawa sytuacji systemowej poprzez zmniejszenie presji na oddziały psychiatrii sądowej, ograniczenie przedłużania hospitalizacji wynikającej z braku opieki po wypisie

- oraz obniżenie kosztów leczenia w porównaniu ze stawkami osobodnia w oddziałach detencyjnych;
- konieczność zapewnienia specjalistycznej opieki wymagającej współpracy z sądami, sporządzania opinii, oceny ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego oraz prowadzenia rozszerzonej dokumentacji, co wykracza poza standardowe procedury w poradniach ogólnopsychiatrycznych;
 - usprawnienie dotychczasowych rozwiązań w systemie opieki psychiatrycznej i zwiększenie bezpieczeństwa społecznego.
- Zgodnie z opinią ekspertów (2/2) największą korzyść z realizacji świadczenia w warunkach ambulatoryjnych i dziennych mogą odnieść pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi po zastosowaniu środka zabezpieczającego w warunkach izolacji, którzy osiągnęli remisję, lecz wymagają kontynuacji terapii. Istotną grupę stanowią również osoby uzależnione, z podwójną diagnozą, zaburzeniami preferencji seksualnych oraz zaburzeniami osobowości (zwłaszcza organicznymi i dys socjalnymi), a także pacjenci, wobec których pierwotnie zastosowano nieizolacyjny środek zabezpieczający. Szczególne znaczenie ma wsparcie osób opuszczających oddziały psychiatrii sądowej po długotrwałej hospitalizacji, które wymagają adaptacji do warunków wolnościowych, kontynuacji farmakoterapii i terapii podtrzymującej, co redukuje ryzyko recydywy i wspiera reintegrację społeczną.
 - Szacowana przez ekspertów liczba pacjentów w skali roku, kwalifikująca się do świadczenia w warunkach ambulatoryjnych wynika ze statystyk Ministerstwa Sprawiedliwości z sądowego wykonywania orzeczeń. Wg jednego z ekspertów może ona wynosić ok. 3 000 pacjentów w przypadku terapii oraz ok. 2 000 pacjentów w przypadku terapii uzależnień (oszacowanie oparte na liczbie sprawców, wobec których skierowano do wykonania środka zabezpieczającego w postaci terapii i terapii uzależnień w 2024 r., uwzględniające tendencję wzrostową). Ekspersi nie oszacowali liczebności populacji, która miałaby zostać objęta świadczeniami w warunkach dziennych.
 - Obecnie opieka nad pacjentami, wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający w postaci terapii lub terapii uzależnień, obarczona jest licznymi problemami organizacyjnymi, systemowymi i finansowymi. Zgodnie z opinią ekspertów brak specjalnie wyodrębnionego świadczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego, a także osobnej kolejki dla pacjentów sądowych, często skutkuje opóźnieniami w leczeniu, niedostatecznym nadzorem nad realizacją środka zabezpieczającego, a także „chaosem” organizacyjnym. System nie zapewnia odpowiednich procedur dotyczących współpracy z sądami, kompleksowego podejścia ani przygotowania personelu do pracy z pacjentami sądowymi. Ponadto eksperci podkreślają, że przepisy prawa bywają niedostosowane do praktyki klinicznej, a finansowanie świadczeń jest niewystarczające – nie obejmuje dodatkowych czynności, takich jak opiniowanie dla sądu, ani kosztów tworzenia wyspecjalizowanych zespołów. W konsekwencji istnieje ryzyko przerwania terapii, nawrotu choroby i zwiększenia zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego.
 - Ekspersi zgodnie stwierdzili, że ze względu na specyfikę pacjentów sądowych, wymagających kompleksowej opieki, monitorowania postępów leczenia, oceny ryzyka oraz współpracy z sądami, koszt realizacji świadczenia powinien być istotnie wyższy niż w psychiatrii ogólnej. Obydwój eksperci kliniczni wskazali stawkę zwiększoną o 100% względem kosztu przypadającego na jednego pacjenta w Poradni Zdrowia Psychicznego, co w ich opinii uzasadnia szerszy zakres obowiązków, dodatkowe czynności administracyjne oraz potrzebę pozyskania wykwalifikowanego personelu gotowego do pracy z pacjentami objętymi przymusem sądowym. Do oszacowań nie podano metodyki (oszacowania własne).
 - Zgodnie z literaturą naukową przedstawioną przez jednego z ekspertów, leczenie psychiatryczne sprawców czynów zabronionych w warunkach wolnościowych (terapia ambulatoryjna, terapia w warunkach oddziału dziennego) znajduje uzasadnienie w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ang. *European Psychiatric Association*, EPA). Na ich podstawie sporządzono także wytyczne ogólnopolskie.

- Eksperci wskazują, że w wielu krajach, takich jak np. Niemcy, Holandia, Szwecja, Anglia, Szwajcaria, Stany Zjednoczone, Japonia i Nowa Zelandia, funkcjonują rozwiązania umożliwiające realizację leczenia psychiatrycznego sprawców przestępstw w warunkach wolnościowych. Stosowane są zarówno środki izolacyjne, jak i nieizolacyjne, obejmujące leczenie psychiatryczne, terapię uzależnień oraz dozór. Systemy te różnią się zakresem regulacji, kryteriami orzekania oraz czasowymi ograniczeniami stosowania środków zabezpieczających, a w niektórych państwach wprowadzono dodatkowe środki administracyjne. Wspólnym celem jest zapewnienie ciągłości terapii i redukcja ryzyka recydywy przy jednoczesnym respektowaniu zasad bezpieczeństwa publicznego.
- Eksperci zgadzają się z przedstawioną propozycją projektu świadczenia. Pojedyncze uwagi dotyczą m.in. propozycji uwzględnienia zmian w zakresie:
 - **personelu:** propozycja dodania „psychologa-seksuologa”, czyli magistra psychologii, który ukończył dodatkowo studia podyplomowe z zakresu seksuologii, asystenta socjalnego do realizacji zadań administracyjno-organizacyjnych, a także personelu pielęgniarstwa w ramach realizacji świadczenia w zakresie opieki środowiskowej. Jeden z ekspertów zaproponował zmianę określenia „osoba prowadząca psychoterapię” na „psychoterapeuta”;
 - **organizacji udzielania świadczeń:** propozycja uwzględnienia personelu pielęgniarstwa w zakresie organizacji wizyt środowiskowych, podkreślenie potrzeby współpracy z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, a także problemów organizacyjnych związanych ze stosowaniem narzędzia HCR 20;
 - **pozostałych wymagań:** propozycja zmiany adresata informacji z sędziego penitencjarnego na sędziego sądu karnego, zachowanie zgodnego ze wskazanym w Kodeksie Karnym okresu nie rzadszego niż 12 miesięcy (zamiast 6 miesięcy w projekcie świadczenia) na przesłanie opinii okresowej dotyczącej stanu zdrowia oraz postępów w leczeniu i terapii.
- Eksperci podkreślają, że realizacja świadczenia powinna odbywać się w wyspecjalizowanych jednostkach – oddziałach dziennych lub w warunkach ambulatoryjnych – z personelem posiadającym kompetencje w zakresie psychiatrii sądowej. Ze względu na ograniczone zasoby finansowe, eksperci wskazują na możliwość wprowadzenia nowego świadczenia w istniejących podmiotach spełniających określone wymogi. Sugerują również utworzenie osobnych kolejek dla pacjentów sądowych (2/2 ekspertów) oraz określenie maksymalnego czasu oczekiwania na pierwszą wizytę (1/2 ekspertów). Wskazują również na potrzebę wdrożenia wystandaryzowanych narzędzi oceny ryzyka (np. HCR-20 V3, SAPROF, DUNDRUM), jednocześnie zwracając uwagę na potencjalne problemy i ograniczenia organizacyjne w trakcie takiego wdrażania. Eksperci podnoszą również kwestię potrzeby ujednolicenia procedur opiniowania dla sądów, wprowadzenie koordynatora terapii oraz rozwój opieki środowiskowej. Zgodnie z przedstawionymi opiniami transformacja opieki nad pacjentami psychiatrii sądowej w duchu deinstytucjonalizacji wymaga ostrożności, odpowiednio wykwalifikowanego personelu i spójnych mechanizmów współpracy między podmiotami leczniczymi, sądami i kuratorami.

8. Przegląd analiz ekonomicznych

Przedmiotowe zlecenie Ministra Zdrowia odnosi się do oceny świadczenia kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej. Proponowane KŚOZ procedury/świadczenia jednostkowe składające się na świadczenie kompleksowe są świadczeniami gwarantowanymi z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, finansowanymi w ramach NFZ. W związku z powyższym odstąpiono od przeprowadzenia przeglądu analiz ekonomicznych w przedmiotowym zleceniu.

9. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

9.1. Stan finansowania ze środków publicznych w Polsce

Diagnostyka i leczenie psychiatryczne pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej – na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) realizowane jest na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.). Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określono w zarządzeniu nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (NFZ z 2025 r. poz. 18).

W wykazie świadczeń gwarantowanych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wyodrębniono następujące świadczenia przeznaczone pacjentom, wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383):

- **Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia** obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 2, 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.).
- **Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia** obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 2, 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.
- **Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia** obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.
- **Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych** – program leczenia zaburzeń preferencji seksualnych obejmujący poradnictwo i terapię osób, o których mowa w art. 93 c pkt 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Szczegółowe warunki realizacji powyższych świadczeń przedstawiono w Załączniku nr 4 w tabeli nr 51. W tabeli przedstawiono również warunki realizacji świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) zawartych w załączniku nr 6 do przedmiotowego rozporządzenia, tj.:

- **Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych** – porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii;
- **Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia** – porady lub sesje psychoterapii.

Warunki realizacji powyższych świadczeń określają wymagania dla świadczeń określonych w zarządzeniu nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Zgodnie z §18 ust. 21 pkt 53 powyższego zarządzenia: „w przypadku świadczeń gwarantowanych w zakresie: **świadczenia psychiatryczne**

ambulatoryjne dla dorosłych oraz świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia, udzielonych świadczeniobiorcy, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17, 1228, 1907 i 1965) oraz udzielonych osobie, o której mowa w art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2022 r. poz. 1689), rozliczenia tych świadczeń dokonywane są za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach odpowiednio: 5.00.04.0000094, 5.00.04.0000096, 5.00.04.0000098, 5.00.04.0000100, 5.00.04.0000102, 5.00.04.0000104, 5.00.04.0000106, 5.00.04.0000108, 5.00.04.0000110, 5.00.04.0000112, 5.00.04.0000114 oraz 5.00.04.0000095, 5.00.04.0000097, 5.00.04.0000099, 5.00.04.0000101, 5.00.04.0000103, 5.00.04.0000105, 5.00.04.0000107, 5.00.04.0000109, 5.00.04.0000111, 5.00.04.0000113 oraz 5.00.04.0000115". Spośród wymienionych w cytowanym fragmencie produktów przeznaczonych do rozliczania pacjentów z orzeczeniem terapii i terapii uzależnień w ramach środka zabezpieczającego są następujące produkty: **5.00.04.0000094, 5.00.04.0000096, 5.00.04.0000098, 5.00.04.0000100, 5.00.04.0000102, 5.00.04.0000104, 5.00.04.0000106, 5.00.04.0000108, 5.00.04.0000110, 5.00.04.0000112, 5.00.04.0000114.**

Tym samym zapisy zarządzenia Prezesa NFZ wskazują (dla świadczeń w zakresie: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych oraz świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia) **dodatkowe produkty, przeznaczone do rozliczania pacjentów, wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający w postaci terapii lub terapii uzależnień.** Szczegóły dotyczące przedmiotowych produktów rozliczeniowych oraz produktów rozliczeniowych w ramach, których kontraktowane są i rozliczane wymienione wcześniej świadczenia przedstawiono w Załączniku nr 4 w tabeli 52.

W ramach analizy dokonano również porównania wymagań dotyczących warunków realizacji świadczeń oraz taryfy produktów rozliczeniowych pomiędzy świadczeniami przeznaczonymi pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k. a świadczeniami analogicznymi gwarantowanymi w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Powyższe możliwe było w odniesieniu do dwóch zakresów świadczeń:

- 04.1700.001.02 świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych;
- 04.1780.007.02 świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia.

Zarówno warunki realizacji świadczeń jak i waga punktowa produktów rozliczeniowych nie różnią się pomiędzy tymi dwoma grupami. **Wprowadzenie przedmiotowych produktów przeznaczonych do rozliczania pacjentów z orzeczeniem środków zabezpieczających miało na celu monitorowanie realizacji tych świadczeń w analizowanej populacji pacjentów.**

Ponadto przepisy zarządzenia Prezesa NFZ (18/2025/DSOZ) nie określają odrębnych, dla pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego w postaci terapii lub terapii uzależnień, produktów realizowanych w warunkach dziennych, w warunkach dziennych leczenia uzależnień oraz warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień.

Obecnie opieka nad pacjentami z orzeczeniem środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej sprawowana jest **w warunkach stacjonarnych oraz ambulatoryjnych. Z uwagi na zakres zlecenia w niniejszym rozdziale uwzględniono aktualny stan realizacji świadczeń przeznaczonych do rozliczania pacjentów z orzeczeniem środkiem zabezpieczającym w postaci terapii i terapii uzależnień z pominięciem świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych.** W analizie uwzględniono dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ dla następujących zakresów:

- świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) – za lata 2022–2024²⁶²;

²⁶² Analizowane w przedmiotowym zakresie produkty jednostkowe przeznaczone do rozliczenia świadczeń u świadczeniobiorców, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj.: Dz. U. z 2025 r. poz. 383) wprowadzone zostały zarządzeniem Nr 164/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 grudnia 2022 r. (zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i

- świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) – za lata 2022–2024²⁶³;
- program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) – za lata 2020–2024 r.

W tabelach przedstawiono liczbę pacjentów, krotność oraz wartość sprawozdanych/rozliczonych świadczeń. Analizowane zakresy świadczeń, tj. świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia oraz program terapii zaburzeń preferencji seksualnych realizowane są **w warunkach ambulatoryjnych**.

Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych

Poniżej w tabeli zestawiono świadczenia udzielone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego w zakresie *świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych* (04.1700.001.02).

Tabela 6. Liczba unikalnych pacjentów, krotność sprawozdana oraz rozliczona, wartość sprawozdana oraz rozliczona świadczeń, w podziale na poszczególne produkty rozliczeniowe w latach 2022–2024 – świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)

Zakres świadczenia	Rok	Liczba unikalnych pacjentów	Krotność sprawozdana	Wartość sprawozdana świadczeń [zł]	Krotność rozliczona	Wartość rozliczona świadczeń [zł]
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)	5.00.04.0000094 Porada lekarska diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	1	1	121,62	1	121,62
	2023	246	268	34 244,14	266	33 991,13
	2024	193	205	27 710,68	204	27 116,09
	Razem	432	474	62 076,45	471	61 228,84
	5.00.04.0000096 Porada lekarska terapeutyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	13	14	1 102,94	14	1 102,94
	2023	457	821	70 101,11	820	70 020,03
	2024	393	1 092	100 337,60	1 092	98 381,68
	Razem	723	1 927	171 541,65	1 926	169 504,64
	5.00.04.0000098 Porada lekarska kontrolna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	11	12	461,22	11	421,09
	2023	305	1 344	56 500,19	1 344	56 500,19
	2024	221	1 177	53 085,95	1 177	52 903,20
	Razem	375	2 533	110 047,36	2 532	109 824,48
	5.00.04.0000100 Porada psychologiczna diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	135	177	21 763,56	174	21 429,50
	2024	66	75	10 418,70	75	10 271,51
	Razem	193	252	32 182,26	249	31 701,01
	5.00.04.0000102 Porada psychologiczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	1	1	102,73	1	102,73
	2023	210	758	84 028,19	757	83 917,77
	2024	163	692	82 930,02	692	82 860,16
	Razem	262	1 451	167 060,94	1 450	166 880,67
	5.00.04.0000104 Sesja psychoterapii indywidualnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	2	2	355,74	2	355,74
	2023	152	721	141 006,12	721	141 006,12

realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień). Zgodnie z § 3 przepisy ww. zarządzenia obowiązują do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 listopada 2022.

²⁶³ Jw.

Zakres świadczenia	Rok	Liczba unikalnych pacjentów	Krotność sprawozdana	Wartość sprawozdana świadczeń [zł]	Krotność rozliczona	Wartość rozliczona świadczeń [zł]
	2024	144	973	206 019,06	973	204 711,07
	Razem	218	1 696	347 380,92	1 696	346 072,93
	5.00.04.0000106 Sesja psychoterapii rodzinnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	0	0	0	0	0
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	0	0	0	0	0
	5.00.04.0000108 Sesja psychoterapii grupowej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	0	0	0	0	0
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	0	0	0	0	0
	5.00.04.0000110 Sesja wsparcia psychospołecznego (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	1	1	21,97	1	21,97
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	1	1	21,97	1	21,97
	5.00.04.0000112 Wizyta, porada domowa lub środowiskowa (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	19	20	4 090,56	19	3 912,81
	2024	10	10	2 211,00	10	2 211,00
	Razem	29	30	6 301,56	29	6 123,81
	5.00.04.0000114 Turnus rehabilitacyjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	0	0	0	0	0
	2024	1	1	42,76	1	42,76
	Razem	1	1	42,76	1	42,76
	Razem	1 523	–	896 655,85	–	891 401,10

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Na podstawie dostępnych danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2022–2024, łączna wartość rozliczonych świadczeń z zakresu świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) wynosiła 891 401,10 zł. W analizowanym okresie świadczenia otrzymało łącznie 1 523 pacjentów. W 2022 r. odnotowano pojedynczych pacjentów, u których rozliczono analizowane świadczenia z zauważalnym wzrostem w kolejnych latach. Powyższe wynika z terminu wprowadzenia produktów przeznaczonych do rozliczania świadczeń w przedmiotowej populacji – koniec 2022 r. W analizowanym okresie najwięcej pacjentów otrzymało *poradę lekarską terapeutyczną* (5.00.04.0000096) tj. 723 pacjentów, z wartością rozliczoną świadczeń wynoszącą 169 504,64 zł. Największe obciążenie finansowe, którego wartość rozliczona wynosiła 346 072,93 zł stanowiło świadczenie *sesja psychoterapii indywidualnej* (5.00.04.0000104), rozliczone łącznie u 218 pacjentów. W analizowanym okresie nie sprawozdano świadczenia *sesja psychoterapii rodzinnej* (5.00.04.0000106), *sesja psychoterapii grupowej* (5.00.04.0000108), natomiast świadczenie *turnus rehabilitacyjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi* (5.00.04.0000114) sprawozdano u jednego pacjenta z wartością rozliczonego świadczenia w wysokości 42,76 zł.

Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia

W tabeli poniżej zaprezentowano świadczenia udzielone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego w zakresie *świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia* (04.1780.007.02).

Tabela 7. Liczba unikalnych pacjentów, krotność sprawozdana oraz rozliczona, wartość sprawozdana oraz rozliczona świadczeń, w podziale na poszczególne produkty rozliczeniowe w latach 2022–2024 – świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)

Zakres świadczenia	Rok	Liczba unikalnych pacjentów	Krotność sprawozdana	Wartość sprawozdana świadczeń [zł]	Krotność rozliczona	Wartość rozliczona świadczeń [zł]
Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)	5.00.04.0000094 Porada lekarska diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	1	1	113,59	0	0
	2023	1	1	126,82	1	126,82
	2024	3	4	620,37	4	620,37
	Razem	5	6	860,78	5	747,19
	5.00.04.0000096 Porada lekarska terapeutyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	1	1	75,73	0	0
	2023	0	0	0	0	0
	2024	11	13	1 344,14	13	1 344,14
	Razem	12	14	1 419,87	13	1 344,14
	5.00.04.0000098 Porada lekarska kontrolna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	0	0	0	0	0
	2024	1	1	51,70	1	51,70
	Razem	1	1	51,70	1	51,70
	5.00.04.0000100 Porada psychologiczna diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	1	1	128,27	1	128,27
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	1	1	128,27	1	128,27
	5.00.04.0000102 Porada psychologiczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	3	3	324,32	3	324,32
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	3	3	324,32	3	324,32
	5.00.04.0000104 Sesja psychoterapii indywidualnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	4	12	2 120,33	0	0
	2023	26	107	21 303,98	107	21 303,98
	2024	18	82	17 764,04	82	17 021,84
	Razem	38	201	41 188,34	189	38 325,81
	5.00.04.0000106 Sesja psychoterapii rodzinnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	0	0	0	0	0
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	0	0	0	0	0
	5.00.04.0000108 Sesja psychoterapii grupowej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					
	2022	0	0	0	0	0
	2023	0	0	0	0	0
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	0	0	0	0	0
	5.00.04.0000110 Sesja wsparcia psychospołecznego (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)					

Zakres świadczenia	Rok	Liczba unikalnych pacjentów	Krotność sprawozdana	Wartość sprawozdana świadczeń [zł]	Krotność rozliczona	Wartość rozliczona świadczeń [zł]
	2022	0	0	0	0	0
	2023	0	0	0	0	0
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	0	0	0	0	0
Razem		54	–	43 973,29	–	40 921,44

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W zakresie: świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) w latach 2022–2024, wg danych sprawozdawczych NFZ, łączna wartość rozliczonych świadczeń wynosiła 40 921,44 zł. W analizowanym okresie świadczenia udzielone zostały łącznie 54 pacjentom. Na podstawie danych z lat 2022–2024 największy koszt i jednocześnie największą liczbę beneficjentów odnotowano w przypadku świadczenia 5.00.04.0000104 – *sesja psychoterapii indywidualnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)*. Otrzymało je 38 pacjentów, a łączna wartość rozliczonych świadczeń wynosiła 38 325,81 zł. (93,7% zakresu świadczeń 04.1780.007.02). Natomiast *porada lekarska terapeutyczna* – 5.00.04.0000096 została sprawozdana wyłącznie w 2024 r. dla 12 pacjentów, łączna kwota rozliczonych świadczeń wynosiła 1 344,14 zł. Pozostałe świadczenia tj. *porada lekarska diagnostyczna* (5.00.04.0000094), *porada lekarska kontrolna* (5.00.04.0000098), *porada psychologiczna diagnostyczna* (5.00.04.0000100) oraz *porada psychologiczna* (5.00.04.0000102), udzielone w związku z wykonywaniem środka zabezpieczającego, zgodnie z art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k., były wykonywane u pojedynczych pacjentów. W analizowanym okresie nie sprawozdano wykonania świadczenia *sesja psychoterapii rodzinnej* (5.00.04.0000106), *sesja psychoterapii grupowej* (5.00.04.0000108) oraz *sesja wsparcia psychospołecznego* (5.00.04.0000110) u żadnego pacjenta, wobec którego sąd orzekł środek zabezpieczający zgodnie z art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.

Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych

Świadczenia udzielone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego w zakresie *terapia zaburzeń preferencji seksualnych* (04.1780.008.02) przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 8. Liczba unikalnych pacjentów,rotność sprawozdana oraz rozliczona, wartość sprawozdana oraz rozliczona świadczeń, w podziale na poszczególne produkty rozliczeniowe w latach 2020–2024 – Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)

Zakres świadczenia	Rok	Liczba unikalnych pacjentów	Krotność sprawozdana	Wartość sprawozdana świadczeń [zł]	Krotność rozliczona	Wartość rozliczona świadczeń [zł]
Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)	5.00.04.0000011 Porada lekarska terapeutyczna					
	2020	85	938	64 959,74	927	64 197,44
	2021	93	1 038	71 889,74	1 035	71 681,84
	2022	107	1 078	87 577,60	1 078	87 577,60
	2023	128	861	78 997,01	861	78 997,01
	2024	149	769	76 083,78	769	75 182,88
	Razem	212	4 684	379 507,87	4 670	377 636,77
	5.00.04.0000003 Sesja psychoterapii indywidualnej					
	2020	93	1 244	198 739,00	1 215	194 049,70
	2021	108	1 660	265 686,04	1 652	264 392,44
	2022	120	2 125	401 844,55	2 125	401 844,55
	2023	141	2 819	608 682,46	2 819	608 682,46
	2024	163	3 108	722 076,52	3 108	687 881,83
	Razem	217	10 956	2 197 028,57	10 919	2 156 850,97
	5.00.04.0000005 Sesja psychoterapii grupowej					

Zakres świadczenia	Rok	Liczba unikalnych pacjentów	Krotność sprawozdana	Wartość sprawozdana świadczeń [zł]	Krotność rozliczona	Wartość rozliczona świadczeń [zł]
	2020	6	6	623,70	0	0
	2021	0	0	0	0	0
	2022	0	0	0	0	0
	2023	0	0	0	0	0
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	6	6	623,70	0	0
	5.00.04.0000072 Wydawanie dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych					
	2020	0	0	0	0	0
	2021	1	1	2,75	1	2,75
	2022	2	6	18,73	6	18,73
	2023	1	5	17,89	5	17,89
	2024	0	0	0	0	0
	Razem	3	12	39,37	12	39,37
	5.00.04.0000073 Diagnostyka i kontrola laboratoryjna					
	2020	0	0	0	0	0
	2021	0	0	0	0	0
	2022	1	1	1,00	1	1,00
	2023	0	0	0	0	0
	2024	4	4	4,33	4	4,33
	Razem	5	5	5,33	5	5,33
	Razem	235	–	2 577 204,84	–	2 534 532,44

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W zakresie: program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) pozyskano dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2020–2024. W analizowanym okresie łączna liczba pacjentów, która otrzymała świadczenia wynosiła 235, a łączna wartość rozliczonych świadczeń – 2 534 532,44 zł. Największe obciążenie finansowe i liczba pacjentów dotyczyła *sesji psychoterapii indywidualnej* (5.00.04.0000003) o łącznej wartości 2 156 850,97 zł (85,1% wartości ogółem) u 217 pacjentów. Wartość tych świadczeń systematycznie rosła – od nieco ponad 194 tys. zł w roku 2020 do niemal 688 tys. zł w 2024 roku, co wskazuje na wyraźny trend wzrostowy zarówno pod względem liczby pacjentów jak i kosztów. Podobny trend zauważalny jest w przypadku świadczenia *porada lekarska terapeutyczna* (5.00.04.0000011). Łączna wartość świadczeń rozliczonych w ramach 5.00.04.0000011 w analizowanym okresie wynosiła 377 636,77 zł u 212 pacjentów (14,9% wartości ogółem). W analizowanym 5-letnim okresie leki stosowane w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych (5.00.04.0000072) rozliczono u 3 pacjentów na łączną wartość 39,37 zł, natomiast *świadczenia diagnostyczne i kontrola laboratoryjna* (5.00.04.0000073) została rozliczona u 5 pacjentów na łączną kwotę 5,33 zł.

Świadczenia psychiatryczne stacjonarne dla dorosłych

Środki zabezpieczające w psychiatrii sądowej są powszechnie realizowane w warunkach stacjonarnych. Analiza liczby pacjentów i długości hospitalizacji w ramach świadczeń psychiatrii sądowej oraz odwykowych w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia pozwoli zrozumieć skalę i charakter pobytów stacjonarnych, które często poprzedzają lub zastępują realizację środka zabezpieczającego w warunkach ambulatoryjnych. Zróżnicowany czas hospitalizacji, zależny od rodzaju świadczenia i poziomu zabezpieczenia, ma istotny wpływ na planowanie dalszej opieki, w tym wdrożenie środka wolnościowego. W zakresie leczenia stacjonarnego zestawiono liczbę unikatowych pacjentów, długości hospitalizacji oraz długości hospitalizacji w ramach danego produktu w latach 2020–2024. Analizie poddano trzy grupy świadczeń:

- świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02);
- świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02);
- świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4736.021.02).

Tabela 9. Liczba unikatowych pacjentów, długość hospitalizacji oraz długość hospitalizacji w ramach danego produktu, w zakresie świadczeń w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02), w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02) oraz świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4736.021.02), w latach 2020–2024

Liczba unikatowych pacjentów	Długość hospitalizacji ²⁶⁴ [dni]		
	Średnia	Zakres min.–max.	Mediana
Łączna liczba unikatowych pacjentów w warunkach stacjonarnych: 6 735, w tym:			
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02)			
5 390	774	2–14 682	520
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02)			
3 315	586	2–10 795	433
Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4736.021.02)			
52	418	30–1 654	429

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W latach 2020–2024 w warunkach stacjonarnych świadczenia w ramach psychiatrii sądowej oraz odwykowe w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia otrzymywało **6 735 pacjentów**. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci korzystający ze świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02), tj. 5 390 osób, natomiast najmniej licznie, pacjenci w terapii odwykowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4736.021.02) – 52 osoby.

Analiza długości hospitalizacji, wyrażona całkowitym czasem hospitalizacji (od przyjęcia do wypisu pacjenta), wskazuje na długie okresy pozostawania pacjenta w leczeniu szpitalnym w badanych grupach świadczeń. Średnia długość pobytu w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia wynosiła 774 dni, co odpowiada ponad dwóm latom, natomiast w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia – 586 dni. W przypadku świadczeń odwykowych średnia długość hospitalizacji była nieco krótsza i wynosiła 418 dni. Zakres wartości jest bardzo szeroki – od kilku dni do kilkunastu tysięcy dni – co wskazuje na występowanie przypadków wieloletnich hospitalizacji, sięgających nawet ponad 40 lat w warunkach podstawowego zabezpieczenia. Wartości mediany (520 dni dla podstawowego zabezpieczenia, 433 dni dla wzmocnionego oraz 429 dni dla świadczeń odwykowych) potwierdzają, że przeciętny czas pobytu pacjenta przekracza jeden rok, co podkreśla długoterminowy charakter opieki w tych placówkach.

W latach 2020–2024 w ramach leczenia stacjonarnego świadczenia w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia otrzymywało **6 735 pacjentów**. Hospitalizacje mają charakter długoterminowy, średnio trwając dłużej niż rok, a często nawet kilka lub kilkadziesiąt lat. Największą liczbę pacjentów, którzy otrzymują terapię w warunkach stacjonarnych stanowią pacjenci przebywający w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02) tj. 5 390 pacjentów. Nieco mniej pacjentów przebywa w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02), tj. 3 315 pacjentów, natomiast świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4736.021.02) są zdecydowanie rzadsze, w analizowanym okresie świadczenia te otrzymywało łącznie 52 pacjentów.

Średnia liczba świadczeń udzielanych w roku sprawozdawczym przypadających na jednego pacjenta

²⁶⁴ Średnia długość hospitalizacji – czas od przyjęcia do wypisu pacjenta

Na podstawie danych sprawozdawczych NFZ obejmujących realizację świadczeń rozliczonych produktami przeznaczonymi dla pacjentów z orzeczeniem ambulatoryjnego środka zabezpieczającego oszacowano średnią liczbę świadczeń/produktów jednostkowych przypadających na jednego pacjenta w danym roku sprawozdawczym. Analiza danych wskazuje, że przy obserwowanym w latach 2023–2024 spadku liczby unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń wzrasta ich średnia krotność przypadająca na jedną osobę. Powyższą zależność odnotowaną w odniesieniu do następujących świadczeń:

- świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych: porada lekarska terapeutyczna, porada lekarska kontrolna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej;
- świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia: sesja psychoterapii indywidualnej (przy ogólnej, niskiej liczbie unikatowych pacjentów wykazywanych dla poszczególnych produktów w danym roku sprawozdawczym, nie przekraczającej 26 pacjentów).

Średnia realizacja świadczeń w przeliczeniu na pacjenta leczonego w danym roku sprawozdawczym w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych wskazuje na:

- niską realizację świadczeń: diagnostyka i kontrola laboratoryjna oraz wydawanie dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.) wydawanie leków następuje wyłącznie w uzasadnionych przypadkach, kiedy nie ma innej możliwości zapewnienia leczenia farmakologicznego, jednakże odnotowane średnie wartości budzą wątpliwość dotyczącą sprawozdawania przedmiotowego świadczenia;
- wzrastającą w latach 2020–2024 liczbę pacjentów u których rozliczono poradę lekarską terapeutyczną przy jednoczesnym spadku średniej liczby porad przypadającej na pacjenta w poszczególnych latach,
- wzrastającą liczbę pacjentów u których rozliczono sesję psychoterapii indywidualnej przy jednoczesnym wzroście średniej liczby sprawozdawanych świadczeń przypadających na jednego pacjenta.

Szczegółowe dane dotyczące liczby pacjentów oraz średniej krotności sprawozdawanych świadczeń przypadających na jednego pacjenta w danym roku kalendarzowym przedstawiono w tabelach poniżej.

Tabela 10. Liczba unikalnych pacjentów oraz średnia krotność sprawozdana świadczeń przypadająca na jednego pacjenta w latach 2022–2024 – Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) oraz Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)

Świadczenie określone produktem jednostkowym	Rok	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)		Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)	
		Liczba unikalnych pacjentów	Średnia krotność sprawozdana na jednego pacjenta	Liczba unikalnych pacjentów	Średnia krotność sprawozdana na jednego pacjenta
5.00.04.0000094 Porada lekarska diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	1	1,0	1	1,0
	2023	246	1,1	1	1,0
	2024	193	1,1	3	1,3
5.00.04.0000096 Porada lekarska terapeutyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	13	1,1	1	1,0
	2023	457	1,8	0	nd
	2024	393	2,8	11	1,2
5.00.04.0000098 Porada lekarska kontrolna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	11	1,1	0	nd
	2023	305	4,4	0	nd
	2024	221	5,3	1	1,0
	2022	0	nd	0	nd

5.00.04.0000100 Porada psychologiczna diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2023	135	1,3	1	1,0
	2024	66	1,1	0	nd
5.00.04.0000102 Porada psychologiczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	1	1,0	0	nd
	2023	210	3,6	3	1,0
	2024	163	4,2	0	nd
5.00.04.0000104 Sesja psychoterapii indywidualnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	2	1,0	4	3,0
	2023	152	4,7	26	4,1
	2024	144	6,8	18	4,6
5.00.04.0000106 Sesja psychoterapii rodzinnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	0	nd	0	nd
	2023	0	nd	0	nd
	2024	0	nd	0	nd
5.00.04.0000108 Sesja psychoterapii grupowej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	0	nd	0	nd
	2023	0	nd	0	nd
	2024	0	nd	0	nd
5.00.04.0000110 Sesja wsparcia psychospołecznego (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	0	nd	0	nd
	2023	1	1,0	0	nd
	2024	0	nd	0	nd
5.00.04.0000112 Wizyta, porada domowa lub środowiskowa (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	0	nd	-	-
	2023	19	1,1	-	-
	2024	10	1,0	-	-
5.00.04.0000114 Turnus rehabilitacyjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	2022	0	nd	-	-
	2023	0	nd	-	-
	2024	1	1,0	-	-

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Tabela 11. Liczba unikalnych pacjentów oraz średnia krotność sprawozdana świadczeń przypadająca na jednego pacjenta w latach 2020–2024 – Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)

Świadczenie określone produktem jednostkowym	Rok	Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)	
		Liczba unikalnych pacjentów	Średnia krotność sprawozdana na jednego pacjenta
5.00.04.0000011 Porada lekarska terapeutyczna	2020	85	11,0
	2021	93	11,2
	2022	107	10,1
	2023	128	6,7
	2024	149	5,2
5.00.04.0000003 Sesja psychoterapii indywidualnej	2020	93	13,4
	2021	108	15,4
	2022	120	17,7
	2023	141	20,0
	2024	163	19,1
5.00.04.0000005 Sesja psychoterapii grupowej	2020	6	1,0
	2021	0	nd
	2022	0	nd
	2023	0	nd
	2024	0	nd
5.00.04.0000072 Wydawanie dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych	2020	0	nd
	2021	1	1,0
	2022	2	3,0
	2023	1	5,0

	2024	0	nd
5.00.04.0000073 Diagnostyka i kontrola laboratoryjna	2020	0	nd
	2021	0	nd
	2022	1	1,0
	2023	0	nd
	2024	4	1,0

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Najczęstsze rozpoznania stawiane u pacjentów wobec których orzeczono środek zabezpieczający

Struktura diagnoz pacjentów, wobec których orzeczono środek zabezpieczający odzwierciedla zarówno charakter zaburzeń psychicznych związanych z zachowaniami przestępczymi, jak i specyfikę interwencji prawno-medycznych. Wyodrębnienie jednostek chorobowych najczęściej występujących jest kluczowe dla planowania adekwatnych strategii terapeutycznych, oceny ryzyka oraz optymalizacji zasobów systemu opieki zdrowotnej. Z uwagi na powyższe analizie poddano rozpoznania ICD-10 w dwóch trybach realizacji świadczeń: ambulatoryjnym i stacjonarnym, w podziale na płeć, w latach 2020–2024. Wyodrębniono najczęściej występujące kody ICD-10, które stanowią główne rozpoznanie u pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach psychiatrii sądowej.

Analiza danych z lat 2022–2024, z zakresu świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych (04.1700.001.02) wskazuje, że wśród pacjentów objętych środkiem zabezpieczającym dominują rozpoznania związane z zaburzeniami psychotycznymi oraz zaburzeniami reaktywnymi. Najczęściej stawianym rozpoznaniem była schizofrenia (F20), która występowała u 396 pacjentów (26% rozpoznań), przy czym znacząco częściej diagnozowana była u mężczyzn (296 przypadków) niż u kobiet (100 przypadków). Drugą co do częstości grupą rozpoznań były inne zaburzenia lękowe (F41) – 183 przypadki (12%), z przewagą kobiet (141 przypadków). Kolejnym, co do częstości, rozpoznaniem były inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (F06) – 171 (11,2%). W analizowanym okresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) otrzymywała porównywalna liczba kobiet i mężczyzn.

Tabela 12. Najczęstsze rozpoznania u pacjentów otrzymujących świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) w podziale na płeć, w latach 2022–2024

Zakres świadczenia	Rozpoznanie główne wg kodu ICD-10	Liczba unikatowych pacjentów		Razem liczba unikatowych pacjentów	Odsetek rozpoznań [%] ²⁶⁵
		Kobieta	Mężczyzna		
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)	F06 <i>Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną</i>	88	83	171	11,2
	F20 <i>Schizofrenia</i>	100	296	396	26,0
	F31 <i>Zaburzenia afektywne dwubiegunowe</i>	30	70	100	6,6
	F41 <i>Inne zaburzenia lękowe</i>	141	42	183	12,0
	F43 <i>Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne</i>	102	36	138	9,1

²⁶⁵ Odsetek rozpoznań został obliczony dla unikatowych pacjentów, u których mogło występować więcej niż 1 rozpoznanie główne, z uwagi na to, odstąpiono od sumowania odsetka rozpoznań.

Zakres świadczenia	Rozpoznanie główne wg kodu ICD-10	Liczba unikatowych pacjentów		Razem liczba unikatowych pacjentów	Odsetek rozpoznań [%] ²⁶⁵
		Kobieta	Mężczyzna		
	Pozostałe kody ICD-10 z zakresu F00–F99	278	292	570	37,4
	Łączna liczba unikatowych pacjentów	731	792	1 523	–

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Analiza danych z lat 2022–2024 z zakresu świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) wskazuje, że beneficjentami świadczeń są głównie mężczyźni (44 mężczyzn vs 10 kobiet). Najczęściej występującym rozpoznaniem były zaburzenia preferencji seksualnych (F65), które dotyczyły wyłącznie mężczyzn (22 mężczyzn, 40,7% pacjentów). Kolejnym co do częstości występowania rozpoznaniem była reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 13 osób (24,1%), z niewielką przewagą mężczyzn (7 vs 6 przypadków), natomiast zaburzenia nawyków i popędów (11 przypadków, 20,4%) odnotowano wyłącznie wśród mężczyzn.

Natomiast analiza danych dla programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) uwzględniała lata 2020–2024. W analizowanym okresie świadczenia zostały udzielone łącznie 235 pacjentom, w tym przede wszystkim mężczyznom, kobiety stanowiły marginalny odsetek (232 mężczyzn vs 3 kobiety). Wśród pacjentów dominującym rozpoznaniem było zaburzenie preferencji seksualnych (F65), które stanowiło 98,3% wszystkich rozpoznań.

Tabela 13. Najczęstsze rozpoznania u pacjentów otrzymujących świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) w latach 2022–2024 oraz świadczenia w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02), w latach 2020–2024, w podziale na płeć

Zakres świadczenia	Rozpoznanie główne wg kodu ICD-10	Liczba		Razem liczba unikatowych pacjentów	Odsetek rozpoznań [%] ²⁶⁶
		Kobieta	Mężczyzna		
Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)	F43 <i>Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne</i>	6	7	13	24,1
	F63 <i>Zaburzenia nawyków i popędów</i>	0	11	11	20,4
	F65 <i>Zaburzenia preferencji seksualnych</i>	0	22	22	40,7
	Pozostałe kody ICD-10	4	6	10	18,5
	Łączna liczba pacjentów	10	44	54	–
Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)	F65 <i>Zaburzenia preferencji seksualnych</i>	2	229	231	98,3
	Pozostałe kody ICD-10	1	11	12	5,1
	Łączna liczba pacjentów	3	232	235	–

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W latach 2020–2024 świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02) zostały udzielone łącznie 5 390 pacjentom, w tym głównie mężczyznom (5 004).

²⁶⁶ Odsetek rozpoznań został obliczony dla unikatowych pacjentów, u których mogło występować więcej niż 1 rozpoznanie główne, z uwagi na to, odstąpiono od sumowania odsetka rozpoznań.

Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z rozpoznaną schizofrenią (F20), tj. łącznie 3341 pacjentów (62%), w tym 3 096 mężczyzn i 245 kobiet. Diagnoza pozostałych pacjentów przebywających w warunkach podstawowego zabezpieczenia to: inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (F06) – 9,6%, uporczywe zaburzenia urojeniowe (F22) – 9,5%, zaburzenia afektywne dwubiegunowe (F31) – 5,6%, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (F19) – 5,1%.

Tabela 14. Najczęstsze rozpoznania u pacjentów otrzymujących świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02), w podziale na płeć, w latach 2020–2024

Zakres świadczenia	Rozpoznanie główne wg kodu ICD-10	Liczba unikatowych pacjentów		Razem liczba unikatowych pacjentów	Odsetek rozpoznań [%] ²⁶⁷
		Kobiety	Mężczyźni		
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02)	F06 <i>Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną</i>	29	490	519	9,6
	F19 <i>Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych</i>	8	269	277	5,1
	F20 <i>Schizofrenia</i>	245	3 096	3 341	62,0
	F22 <i>Uporczywe zaburzenia urojeniowe</i>	60	454	514	9,5
	F31 <i>Zaburzenia afektywne dwubiegunowe</i>	23	279	302	5,6
	Pozostałe kody ICD-10	52	814	866	16,1
	Łącznie	386	5 004	5 390	–

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W latach 2020–2024 ze świadczeń z zakresu psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02) skorzystało łącznie 3 315 pacjentów, w tym głównie mężczyźni (3 067 mężczyzn). Najliczniejszą grupą byli pacjenci ze schizofrenią (F20), stanowiąc niemal 60% rozpoznań (1 985 pacjentów). Pacjenci z innymi diagnozami w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia byli osadzani zdecydowanie rzadziej.

Tabela 15. Najczęstsze rozpoznania u pacjentów otrzymujących świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02), w podziale na płeć, w latach 2020–2024

Zakres świadczenia	Rozpoznanie główne wg kodu ICD-10	Liczba unikatowych pacjentów		Razem	Odsetek rozpoznań [%] ²⁶⁸
		Kobiety	Mężczyźni		
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02)	F06 <i>Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną</i>	14	202	216	6,5

²⁶⁷ Odsetek rozpoznań został obliczony dla unikatowych pacjentów, u których mogło występować więcej niż 1 rozpoznanie główne, z uwagi na to, odstąpiono od sumowania odsetka rozpoznań.

²⁶⁸ Odsetek rozpoznań został obliczony dla unikatowych pacjentów, u których mogło występować więcej niż 1 rozpoznanie główne, z uwagi na to, odstąpiono od sumowania odsetka rozpoznań.

Zakres świadczenia	Rozpoznanie główne wg kodu ICD-10	Liczba unikatowych pacjentów		Razem	Odsetek rozpoznań [%] ²⁶⁸
		Kobiety	Mężczyźni		
	F19 <i>Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych</i>	6	233	239	7,2
	F20 <i>Schizofrenia</i>	133	1 852	1 985	59,9
	F22 <i>Uporczywe zaburzenia urojeniowe</i>	23	205	228	6,9
	Pozostałe kody ICD-10	89	805	894	27,0
	Łącznie	248	3 067	3 315	–

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Ze świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4736.021.02) w latach 2020–2024 korzystali wyłącznie mężczyźni (52 pacjentów). Wśród pacjentów dominowało rozpoznanie F19 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych, sprawozdane u 69,2% pacjentów. Kolejną co do częstości grupą byli pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem alkoholu, jednak był to zdecydowanie mniejszy odsetek pacjentów (19,2%).

Tabela 16. Rozpoznania u pacjentów otrzymujących świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02), w podziale na płeć, w latach 2020–2024

Zakres świadczenia	Rozpoznanie główne wg kodu ICD-10	Liczba unikatowych pacjentów		Razem	Odsetek rozpoznań [%] ²⁶⁹
		Kobiety	Mężczyźni		
Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02)	F10 <i>Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu</i>	0	10	10	19,2
	F19 <i>Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych</i>	0	36	36	69,2
	F20 <i>Schizofrenia</i>	0	4	4	7,7
	Pozostałe	0	5	5	9,6
	Łącznie liczba pacjentów	0	52	52	–

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Analiza danych z lat 2020–2024 wskazuje na wyraźną dominację zaburzeń psychotycznych w populacji pacjentów objętych środkiem zabezpieczającym. W obu trybach realizacji świadczeń, tj. zarówno ambulatoryjnie jak i stacjonarnie, dominującym rozpoznaniem wśród pacjentów była schizofrenia (F20). W zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych (04.1700.001.02) rozpoznanie to dotyczyło 26% pacjentów, natomiast w warunkach podstawowego zabezpieczenia 62%, a wzmocnionego zabezpieczenia niemal 60%. Pozostałe rozpoznania występowały zdecydowanie rzadziej, zarówno w trybie ambulatoryjnym jak i stacjonarnym. W przypadku świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4736.021.02) struktura rozpoznań była odmienna,

²⁶⁹ Odsetek rozpoznań został obliczony dla unikatowych pacjentów, u których mogło występować więcej niż 1 rozpoznanie główne, z uwagi na to, odstąpiono od sumowania odsetka rozpoznań.

dominowali pacjenci z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Najczęściej byli to pacjenci z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (F19), stanowiąc 69,2% pacjentów oraz pacjenci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (F10) – 19,2%. Pacjenci ze schizofrenią (F20) występowali rzadko (7,7% pacjentów). We wszystkich analizowanych grupach świadczeń realizowanych w trybie stacjonarnym zauważalna jest przewaga mężczyzn. W psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia mężczyźni stanowili niemal 93% wszystkich pacjentów (5 004/5 390 pacjentów), natomiast w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia 92,5% (3 067/3 315 pacjentów). Ze świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia w analizowanym okresie korzystali wyłącznie mężczyźni. Natomiast w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych różnice w rozkładzie między płciami były niewielkie (792 mężczyzn vs 731 kobiet). W zakresie świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia (04.1780.007.02) oraz programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) dane wskazują na znaczną przewagę mężczyzn w obu zakresach świadczeń, szczególnie w programie terapii zaburzeń preferencji seksualnych (232 mężczyzn vs 3 kobiety). Najczęściej diagnozowanym zaburzeniem w obu grupach było zaburzenie preferencji seksualnych (F65), co sugeruje, że jest to główny powód korzystania z analizowanych świadczeń.

Podsumowanie

W powyższej analizie uwzględniono świadczenia przeznaczone pacjentom, wobec których orzeczono środek zabezpieczający zgodnie z art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k., w trybie ambulatoryjnym, z zakresu: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02), świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) udzielone w latach 2022–2024 oraz świadczenia w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) w latach 2020–2024. Najwięcej pacjentów otrzymało świadczenia z zakresu: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, tj. 1 523 na łączną wartość rozliczonych świadczeń w wysokości 891 401,10 zł. Natomiast największe obciążenie finansowe tj. 2 534 532,44 zł, stanowiły świadczenia udzielane w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych, które w analizowanym okresie otrzymało 235 pacjentów. W analizowanym okresie (2022-2024) nie rozliczono świadczeń: 5.00.04.0000106 – sesja psychoterapii rodzinnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) oraz 5.00.04.0000108 – sesja psychoterapii grupowej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) zarówno w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) jak i świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02).

Przy obserwowanym w latach 2023–2024 spadku liczby rozliczonych świadczeniobiorców zauważalny jest wzrost średniej krotności następujących świadczeń przypadających na jedną osobę w danym roku kalendarzowym: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych – porada lekarska terapeutyczna, porada lekarska kontrolna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej oraz świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia – sesja psychoterapii indywidualnej. Średnia realizacja świadczeń w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych wskazuje na niską realizację produktów: diagnostyka i kontrola laboratoryjna oraz wydawanie dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych.

Analiza danych sprawozdawczych NFZ z lat 2022–2024, obejmująca ocenę struktury najczęściej raportowanych rozpoznań, wskazuje na wyraźną dominację zaburzeń psychotycznych w populacji pacjentów objętych środkiem zabezpieczającym. W obu trybach realizacji świadczeń, tj. zarówno ambulatoryjnie jak i stacjonarnie, dominującym rozpoznaniem wśród pacjentów była schizofrenia (F20). W zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych rozpoznanie to dotyczyło 26% pacjentów, natomiast w warunkach podstawowego zabezpieczenia 62%, a wzmocnionego zabezpieczenia niemal 60%. Pozostałe rozpoznania występowały rzadko.

W przypadku świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia struktura rozpoznań była odmienna, tj. schizofrenia (F20) występowała rzadko (7,7% pacjentów). Dominowali natomiast pacjenci z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, tj. pacjenci z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem

wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (F19) – 69,2% pacjentów oraz pacjenci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (F10) – 19,2%.

W zakresie świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia oraz programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) najczęściej diagnozowanym zaburzeniem w obu grupach było zaburzenie preferencji seksualnych (F65), co sugeruje, że jest to główny powód korzystania z analizowanych świadczeń.

Rozkład płci wskazuje, że pacjentami psychiatrii sądowej są głównie mężczyźni. Wyjątek stanowi świadczenie psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, z którego korzystali w równym stopniu mężczyźni i kobiety (792 vs 731).

Z uwagi na zidentyfikowane ograniczenia wskazujące na niskie wykorzystanie przez świadczeniobiorców produktów przeznaczonych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (dotyczy świadczeń sprawozdawanych w ramach produktów kontraktowych: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) oraz świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)) nie należy interpretować prezentowanych w tym zakresie danych jako pełnej informacji o realizacji środków zabezpieczających w systemie.

9.2. Analiza danych Ministerstwa Sprawiedliwości z wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych na podstawie art. 93a kk

Na potrzeby przedmiotowego zlecenia zwrócono się do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o udostępnienie danych sprawozdawczych z wykonywania orzeczeń w przedmiocie środków zabezpieczających. W tabeli poniżej zestawiono pozyskane dane dotyczące liczby sprawców, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający orzeczonych na podstawie art. 93a k.k., liczby sprawców w stosunku do których środki podlegają wykonaniu w tym, wobec których środki nie są wykonywane oraz liczbę unikatowych pacjentów, u których sprawozdano wykonanie świadczeń z zastosowaniem produktów przeznaczonych do rozliczania świadczeniobiorców wobec których orzeczono terapię lub terapię uzależnień w ramach psychiatrii sądowej.

Z uwagi na sposób raportowania danych (np. możliwość orzeczenia wobec sprawcy więcej niż jednego środka zabezpieczającego, brak produktów przeznaczonych do rozliczania świadczeń udzielonych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego w zakresie „leczenie uzależnień”) przedstawione zestawienie nie pozwala na jednoznaczną weryfikację liczby pacjentów, wobec których orzeczono środek zabezpieczający leczonych w publicznym systemie opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnym. Z zastrzeżeniem powyższego możliwe jest wskazanie znaczącej dysproporcji pomiędzy liczbą sprawców w stosunku do których środki podlegają wykonaniu (stan na ostatni dzień okresu sprawozdawczego) a liczbą unikalnych pacjentów otrzymujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych rozliczanych produktami przeznaczonymi dla świadczeniobiorców wobec których orzeczono środek zabezpieczający. Przykładowo, w roku 2024 liczba sprawców w stosunku do których podlegają wykonaniu środki zabezpieczające obejmujące terapię orzeczoną przez sądy rejonowe wynosiła 7 904 osób, przy czym liczba sprawców wobec których środki w postaci terapii nie są wykonywane wynosiła 1 439. Jednocześnie w tym samym roku łączna liczba unikatowych pacjentów, u których sprawozdano wykonanie świadczeń rozliczanych z zastosowaniem produktów przeznaczonych dla pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego w zakresach: „świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)”, „świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)”, „program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)” wynosiła 1 788 pacjentów. Szczegółowe dane dotyczące liczby sprawców w stosunku do których podlegają wykonaniu orzeczenia o zastosowaniu środków zabezpieczających w postaci terapii i terapii uzależnień oraz liczby świadczeniobiorców otrzymujących świadczenia rozliczane produktami przeznaczonymi dla pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 17. Liczba sprawców z orzeczonym wyrokiem oraz liczba świadczeniobiorców korzystająca z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach psychiatrii sądowej w warunkach ambulatoryjnych, w latach 2020–2024

Rok	Liczba sprawców w stosunku do których środki podlegają wykonaniu (stan w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego)				Liczba sprawców, wobec których środki nie są wykonywane*				Liczba unikatowych pacjentów otrzymujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych – produkty przeznaczone do rozliczania pacjentów psychiatrii sądowej				
	Terapia		Terapia uzależnień		Terapia		Terapia uzależnień		Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)	Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)	Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)	Leczenie uzależnień (04.1740.007.02)	Łącznie
	Orzeczenie sądu rejonowego	Orzeczenie sądu okręgowego	Orzeczenie sądu rejonowego	Orzeczenie sądu okręgowego	Orzeczenie sądu rejonowego	Orzeczenie sądu okręgowego	Orzeczenie sądu rejonowego	Orzeczenie sądu okręgowego					
2020	3638	210	1936	152	721	30	608	59	x	x	97	x	97
2021	4784	313	2562	238	846	50	727	83	x	x	114	x	114
2022	5899	394	3025	304	1031	57	809	103	28	4	126	x	155
2023	6868	485	3475	371	1228	74	914	127	1 015	31	150	x	1 178
2024	7904	600	4049	458	1439	111	1094	176	799	29	179	x	998
Łącznie	x	x	x	x	x	x	x	x	1 523	54	235	x	1 788

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.) oraz danych Ministerstwa Sprawiedliwości z sądowego wykonywania orzeczeń (według właściwości rzeczowej)]

* Kategoria „Liczba sprawców, wobec których środki nie są wykonywane” zawiera się w kategorii „Liczba sprawców w stosunku do których środki podlegają wykonaniu”.

9.3. Analiza dostępnych zasobów

9.3.1. Personel

W KŚOZ, dołączonej do niniejszego zlecenia, w ramach warunków realizacji świadczenia wskazano personel niezbędny do wykonania ocenianego świadczenia. Zgodnie z dokumentem są to:

1. „lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub
2. lekarz specjalista w dziedzinie seksuologii, lub
3. specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej, lub
4. osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień, lub
5. osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii, lub
6. psychoseksuolog.”

Na podstawie powyższego przeprowadzono analizę dostępnych zasobów, uwzględniając liczbę przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych w Polsce.

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. 2023, poz. 975)²⁷⁰ system kształcenia lekarzy w zakresie psychiatrii funkcjonuje obecnie w modelu specjalizacji modułowej jednolitej, co oznacza, że szkolenie prowadzi bezpośrednio do uzyskania tytułu specjalisty bez podziału na stopnie. Jednocześnie w systemie nadal funkcjonują lekarze, którzy uzyskali uprawnienia w ramach wcześniejszego, dwustopniowego trybu specjalizacji (I stopień oraz II stopień), obowiązującego przed reformami systemu szkolenia. Specjalizacja z seksuologii może być podejmowana wyłącznie przez lekarzy, którzy posiadają już specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w jednej z następujących dziedzin: choroby wewnętrzne, neurologia, położnictwo i ginekologia, psychiatria lub psychiatria dzieci i młodzieży. W poniższej tabeli przedstawiono liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii i seksuologii w Polsce (stan na 31.10.2025 r.).

Tabela 18. Zestawienie liczbowe lekarzy wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu (stan na 31.10.2025 r.)

Dziedzina specjalizacji	Liczba specjalistów		Liczba specjalistów I st.		Razem	
	Wszyscy	Wyk. zawód	Wszyscy	Wyk. Zawód	Wszyscy	Wyk. zawód
Psychiatria	4 495	4 352	541	453	5 036	4 805
Seksuologia	232	227	0	0	232	227

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej²⁷¹]

W poniższej tabeli przedstawiono liczebność poszczególnych specjalistów w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty, związanych

²⁷⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. 2023 poz. 975).

²⁷¹ Naczelna Izba Lekarska. (2025). Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji. Pozyskano z: https://nil.org.pl/uploaded_files/1762166493_31102025-zestawienie-nr-4.pdf, dostęp z 28.11.2025 r.

z psychologią i psychoterapią, zgodnie z danymi Departamentu Zdrowia Publicznego MZ (odpowiedź na petycję z dnia 20 grudnia 2024 roku²⁷²).

Tabela 19. Liczba specjalistów z zakresu psychologii/psychoterapii wraz profilem kandydatów

Dziedzina	Liczebność	Profil kandydata specjalisty
Specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej	1 258	Do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychologii klinicznej może przystąpić osoba, która posiada tytuł zawodowy magistra lub magistra inżyniera lub równorzędny uzyskany na kierunku studiów w zakresie: psychologii.
Psychoterapia uzależnień	137	Do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień może przystąpić osoba, która posiada tytuł zawodowy magistra lub magistra inżyniera lub równorzędny uzyskany na kierunku studiów w zakresie: lekarskim, pielęgniarstwa, położnictwa, pracy socjalnej, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, socjologii, resocjalizacji, zdrowia publicznego, nauko o rodzinie.
Psychoterapia	Brak informacji	Obecnie do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii mogą przystąpić osoby, które posiadają tytuł zawodowy magistra lub magistra inżyniera lub równorzędny uzyskany na kierunku: lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwo, położnictwo, psychologia, pedagogika, praca socjalna, socjologia, resocjalizacja, nauki o rodzinie.

[Źródło: opracowanie na podstawie danych Departamentu Zdrowia Publicznego MZ²⁷³]

Specjalizacja w dziedzinie psychoterapii uzależnień została wprowadzona na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 744) – data wejścia w życie nowelizacji: 6 kwietnia 2022 r. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez przewodniczącego Komisji Krajowej Związku Zawodowego Pracowników Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień, liczba specjalistów psychoterapii uzależnień w Polsce podawana przez Ministerstwo Zdrowia, wynosząca 137 osób, odnosi się wyłącznie do tych specjalistów, którzy przystąpili i zdali Państwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES) w tej dziedzinie. Dane te są jednak niepełne, gdyż nie obejmują wszystkich osób posiadających kwalifikacje do prowadzenia psychoterapii uzależnień. W rzeczywistości, w kraju funkcjonuje obecnie około **5 200 specjalistów psychoterapii uzależnień**, którzy wcześniej uzyskali certyfikat Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii lub Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. **Posiadanie takiego certyfikatu uprawnia do prowadzenia psychoterapii osób uzależnionych oraz ich rodzin finansowanej ze środków publicznych.** Zgodnie z przepisami wprowadzonymi w latach 2022–2023, osoby posiadające certyfikat mogą przystępować do PES, jednak udział w egzaminie nie jest obowiązkowy, a jego zdanie stanowi jedynie dodatkową kwalifikację²⁷⁴.

Na stronie internetowej Konsultanta krajowego i Konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychologii klinicznej dostępna jest lista **specjalistów psychologów klinicznych oraz psychologów klinicznych** (osób z pierwszym stopniem specjalizacji) (stan na dzień 10.04.2025 r.). Należy nadmienić, że lista jest „otwartym rejestrem”, wpis na nią jest dobrowolny, co oznacza, że nie obejmuje wszystkich psychologów klinicznych w Polsce, a tylko tych, którzy zdecydowali się na deklarację²⁷⁵. Podobna lista została opublikowana na stronie Konsultanta krajowego i Konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychoterapii uzależnień, na której dostępna jest **lista specjalistów w dziedzinie psychoterapii**

²⁷² Departament Zdrowia Publicznego MZ. (BD). Odpowiedź na petycję złożoną dnia 20 grudnia 2024 r. w sprawie dostępu do psychologów/psychoterapeutów. Pozyskano z: <https://share.google/6EMXhbcQdH7NCluQI>, dostęp z 02.12.2025 r.

²⁷³ Departament Zdrowia Publicznego MZ. (BD). Odpowiedź na petycję złożoną dnia 20 grudnia 2024 r. w sprawie dostępu do psychologów/psychoterapeutów. Pozyskano z: <https://share.google/6EMXhbcQdH7NCluQI>, dostęp z 02.12.2025 r.

²⁷⁴ Rynek Zdrowia. 1258 psychologów klinicznych w Polsce. Ma być 100 proc. więcej specjalistów. Padł krótki termin. Pozyskano z: <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/1258-psychologow-klinicznych-w-Polsce-Ma-byc-100-proc-wiecej-specjalistow-Padl-krotki-termin,267986,16.html>, dostęp z 02.12.2025 r.

²⁷⁵ Psychologia kliniczna. Strona internetowa Konsultanta Krajowego i Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie Psychologii Klinicznej. Lista psychologów klinicznych. Pozyskano z: <https://psychologia-konsultanci.pl/lista-psychologow-klinicznych/>, dostęp z 02.12.2025 r.

uzależnień, którzy wyrazili zgodę na zamieszczenie ich danych (lista aktualna na dzień 16.05.2023 r.)²⁷⁶.

Istniejące oszacowania wskazują, że w Polsce funkcjonuje około **22 000 osób** pracujących jako **psychoterapeuci**. Grupa ta wykazuje znaczne zróżnicowanie pod względem wykształcenia – obejmuje psychologów, pedagogów, lekarzy, a także osoby z wykształceniem humanistycznym (np. teologów, filozofów, socjologów). W 2023 r. wraz z wejściem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia wprowadzono specjalizację w dziedzinie psychoterapii, do którego mogą przystąpić osoby wymienione w Tabeli 19Tabela 6²⁷⁷. Jednakże osoby, które uzyskały uprawnienia do udzielania świadczeń z zakresu psychoterapii na wcześniejszych zasadach, mogą przystąpić, po spełnieniu określonych warunków, do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii i uzyskać tytuł specjalisty. Obecnie trwają prace legislacyjne dotyczące zawodu psychoterapeuty, natomiast zgodnie ze stanem obecnym (stan na dzień 02.12.2025 r.) projekt ustawy nie został przyjęty ani nie wszedł w życie – znajduje się w fazie prac komisji / podkomisji²⁷⁸. Natomiast 9.01.2026 r. Sejm uchwalił ustawę o zawodzie psychologa, zgodnie z którą usunięto psychoterapię z wykazu świadczeń psychologicznych. Zgodnie z ustawą psycholog będzie mógł prowadzić psychoterapię na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Tym samym ustawa rozdziela status prawny psychologów i psychoterapeutów oraz wskazuje na potrzebę odrębnego uregulowania wykonywania psychoterapii²⁷⁹.

Psychoseksuolog jest specjalistą posiadającym tytuł zawodowy magistra psychologii oraz ukończone czteroletnie szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychoseksuologii. Program kształcenia specjalizacyjnego został uruchomiony dopiero w 2019 roku, co sprawia, że liczba specjalistów w tej dziedzinie pozostaje obecnie ograniczona. Nie są dostępne oficjalne, ogólnokrajowe dane pozwalające na precyzyjne oszacowanie liczebności tej grupy zawodowej. Na stronie Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego znajduje się lista członków legitymujących się tytułem psychoseksuologa, obejmująca 36 osób (stan na 02.12.2025 r.); należy jednak podkreślić, że wykaz ten ma charakter organizacyjny i nie musi odzwierciedlać pełnej liczby specjalistów posiadających kwalifikacje w zakresie psychoseksuologii²⁸⁰.

Podsumowanie

Analiza dostępnych danych wskazuje, że wiarygodne określenie liczebności poszczególnych grup zawodowych wymienionych w KŚOZ jest możliwe jedynie w odniesieniu do wybranych kategorii specjalistów w Polsce. Dotyczy to w szczególności lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii (w tym specjalistów I stopnia) oraz lekarzy specjalistów w dziedzinie seksuologii. Ponadto dostępne są dane dotyczące liczby specjalistów w zakresie psychologii klinicznej oraz szacunkowe, uznawane za wiarygodne, dane dotyczące liczby psychoterapeutów uzależnień oraz psychoterapeutów.

W przypadku psychologów klinicznych oraz psychoseksuologów brak jest kompletnych, oficjalnych rejestrów lub innych źródeł umożliwiających precyzyjne oszacowanie ich liczebności.

Próby określenia łącznej liczby specjalistów, obejmującej zarówno osoby posiadające pełne kwalifikacje, jak i osoby będące w trakcie specjalizacji, osoby z udokumentowanym doświadczeniem klinicznym czy ubiegające się o certyfikaty zawodowe, napotykają istotne ograniczenia. Wynika

²⁷⁶ Psychologia kliniczna. Strona internetowa Konsultanta Krajowego i Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie Psychoterapii Uzależnień. Lista specjalistów w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Pozyskano z: <https://konsultantkrajowy-psychoterapiauzaleznienn.pl/specjalisci/>, dostęp z 02.12.2025 r.

²⁷⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U.2023.1187).

²⁷⁸ Rzecznik Praw Obywatelskich. (2025). *Opinia do poselskiego projektu ustawy o zawodzie psychoterapeuty oraz samorządzie zawodowym (VII.7016.7.2025.BK/AMB)*. Biuletyn Informacji Publicznej. https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2025-07/Do_Sejmu_psychoterapeuci_ustawa_projekt_opinia_10_07_2025.pdf.

²⁷⁹ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. (2026). *Ustawa o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym przyjęta przez Sejm*. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/ustawa-o-zawodzie-psychologa-oraz-samorzadz-zawodowym-przyjeta-przez-sejm>, dostęp z 12.01.2026 r.

²⁸⁰ Polskie Towarzystwo Seksuologiczne. *Lista psychoseksuologów*. Pozyskano z: <https://pts-seksuologia.pl/sites/strona/145/lista-psychoseksuologow>, dostęp z 02.12.2025 r.

to przede wszystkim z braku urzędowych rejestrów obejmujących wszystkie wymienione grupy, a także z faktu, że część specjalistów znajduje się w procesie kształcenia lub dysponuje jedynie udokumentowanym doświadczeniem. W konsekwencji wszelkie próby przedstawienia pełnej liczby tych specjalistów obciążone są znaczną niepewnością i mogą stanowić jedynie przybliżone oszacowanie dla wybranych grup zawodowych.

W poniższej tabeli zaprezentowano zestawienie wszystkich zidentyfikowanych danych liczbowych, z uwzględnieniem ograniczonej pewności poszczególnych oszacowań.

Tabela 20. Dostępność kadr medycznych w obszarze zdrowia psychicznego – liczebność i wskaźnik na 100 tys. populacji Polski

Grupa zawodowa	Liczebność	Źródło	Wskaźnik na 100 tys. populacji Polski ^{281,282}
Lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii (w tym lekarze posiadający specjalizację I stopnia)	Wszyscy: 5 036 Wykonujący zawód: 4 805	Naczelna Izba Lekarska	Wszyscy: 13,5 Wykonujący zawód: 12,9
Lekarze specjaliści w dziedzinie seksuologii	Wszyscy: 232 Wykonujący zawód: 227	Naczelna Izba Lekarska	Wszyscy: 0,6 Wykonujący zawód: 0,6
Specjaliści psychologii klinicznej	1 258	Departament Zdrowia Psychicznego	3,4
Psychoterapeuci uzależnień	Ok. 5200 (w tym 137 z PES)	Departament Zdrowia Psychicznego, Komisja Krajowa Związku Zawodowego Pracowników Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień	Wszyscy: 13,9 Z PES: 0,4
Psychoterapeuci	Ok. 22 000	Rzecznik Praw Obywatelskich	58,9
Psycholodzy kliniczni	bd	bd	bd
Psychoseksuolodzy	bd	bd	bd

Bd – brak danych

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

9.3.2. Świadczeniodawcy

Na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.) zidentyfikowano placówki medyczne w Polsce, które w okresie 2020–2024 sprawozdały wykonanie świadczeń przeznaczonych do rozliczania świadczeniobiorców wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383) z zakresu: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02), świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) oraz program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02). Łącznie w analizowanym okresie świadczenia z ww. zakresów były udzielane przez **188 świadczeniodawców**.

²⁸¹ Liczba ludności w Polsce na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego; stan na wrzesień 2025 r.: 37 376 000.

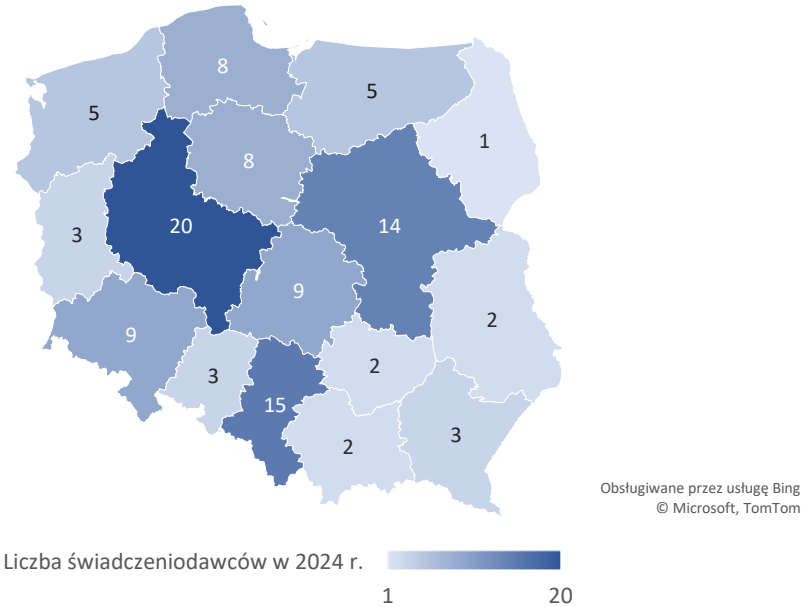
²⁸² Główny Urząd Statystyczny. Pozyskano z: <https://stat.gov.pl/podstawowe-dane/>, dostęp z 8.12.2025 r.

Tabela 21. Liczba świadczeniodawców, którzy w latach 2020–2024 rozliczyli świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) w ramach następujących zakresów: 04.1700.001.02, 04.1780.007.02, 04.1780.008.02

	2020	2021	2022	2023	2024	Suma końcowa ²⁸³
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) ²⁸⁴	0	0	10	134	105	184
Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) ²⁸⁵	0	0	1	3	3	4
Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)	3	3	3	4	4	5
Łącznie*	3	3	13	138	109	188

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Poniżej przedstawiono graficzny rozkład świadczeniodawców realizujących ww. świadczenia na terenie Polski w 2024 r.



Rysunek 1. Liczba świadczeniodawców, realizujących świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu 04.1700.001.02, 04.1780.007.02 04.1780.008.02 w 2024 r.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych

Tabela poniżej przedstawia liczbę świadczeniodawców realizujących w latach 2022–2024 świadczenia pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego w zakresie: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) wg województw.

²⁸³ Liczba unikatowych świadczeniodawców

²⁸⁴ Produkty przeznaczone do rozliczania świadczeń udzielonych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) zostały wprowadzone zarządzeniem Nr 164/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 grudnia 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

²⁸⁵ Jw.

Tabela 22. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) wg województw, w latach 2022–2024

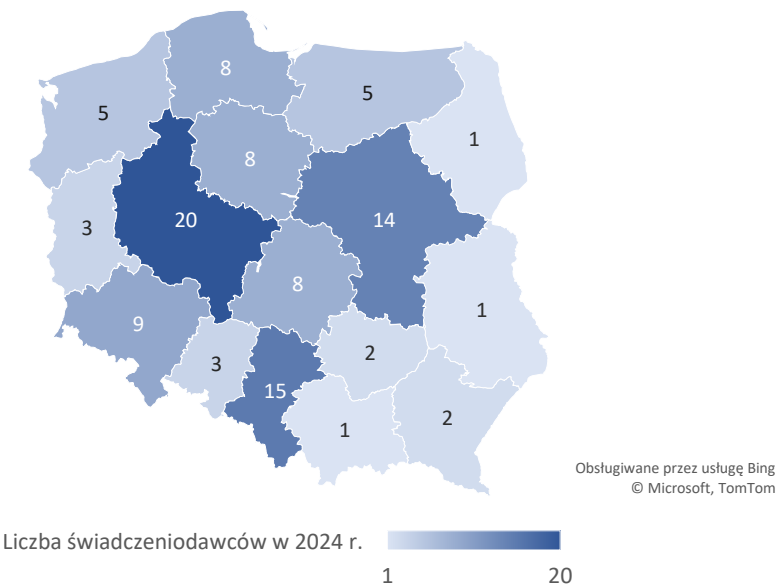
Województwo	Suma końcowa			
	2022	2023	2024	Suma końcowa ²⁸⁶
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)				
Dolnośląskie	0	10	9	15
Kujawsko-pomorskie	0	10	8	14
Lubelskie	0	4	1	4
Lubuskie	1	5	3	5
Łódzkie	1	10	8	14
Małopolskie	0	6	1	6
Mazowieckie	4	20	14	25
Opolskie	0	2	3	5
Podkarpackie	0	5	2	6
Podlaskie	1	2	1	4
Pomorskie	0	7	8	12
Śląskie	2	19	15	29
Świętokrzyskie	0	3	2	3
Warmińsko-mazurskie	0	5	5	7
Wielkopolskie	0	18	20	25
Zachodniopomorskie	1	8	5	10
Łącznie*	10	134	105	184

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W okresie 2022–2024 świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) wg danych sprawozdawczych NFZ wykonywało łącznie 184 świadczeniodawców. W analizowanym okresie odnotowano istotne zmiany w liczbie świadczeniodawców udzielających świadczeń z ww. zakresu. W 2023 r. nastąpił znaczny wzrost liczby świadczeniodawców w skali kraju, w porównaniu z 2022 r. (odpowiednio 134 vs 10), po czym w 2024 r. odnotowano ponowne zmniejszenie liczby świadczeniodawców (do 105 świadczeniodawców). W 2022 r. świadczenia z ww. zakresu były realizowane w 6 województwach (lubuskim, łódzkim, mazowieckim, podlaskim, śląskim, zachodniopomorskim), natomiast w roku 2023 oraz 2024 w każdym województwie znajdował się przynajmniej jeden świadczeniodawca realizujący świadczenia z ww. zakresu. W latach 2022–2024 największą liczbę świadczeniodawców odnotowano w województwach: śląskim (29), mazowieckim (25) oraz wielkopolskim (25). Najmniejszą liczbę świadczeniodawców realizujących świadczenia w tym zakresie odnotowano w województwach: świętokrzyskim (3), lubelskim (4), podlaskim (4), lubuskim (5), opolskim (5).

Poniżej przedstawiono graficzny rozkład świadczeniodawców realizujących świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na terenie Polski w 2024 r.

²⁸⁶ Liczba unikatowych świadczeniodawców



Rysunek 2. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) wg województw, w 2024 r.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia

Poniżej zestawiono liczbę świadczeniodawców realizujących w latach 2022–2024 świadczenia pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego w zakresie: świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) wg województw.

Tabela 23. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) wg województw, w latach 2022–2024

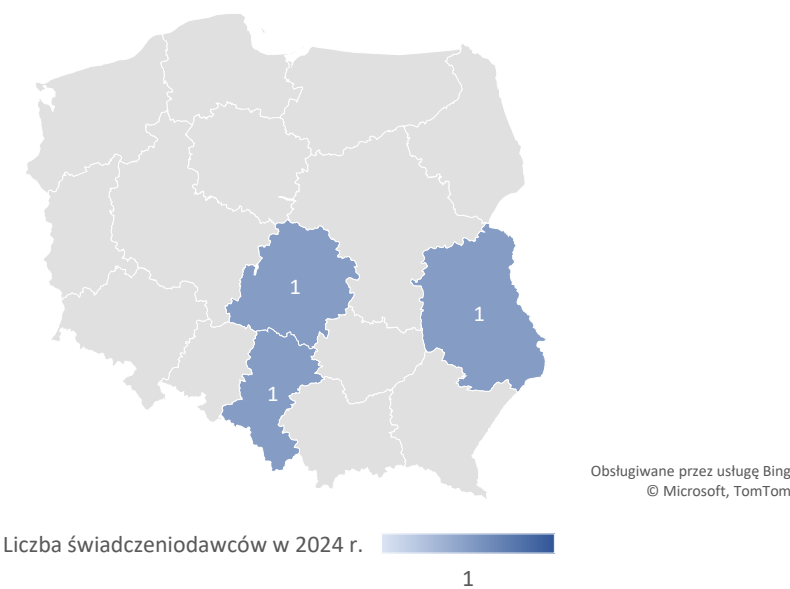
Województwo	Suma końcowa			
	2022	2023	2024	Suma końcowa ²⁸⁷
Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)				
Dolnośląskie	0	1	0	1
Lubelskie	0	1	1	1
Łódzkie	0	0	1	1
Śląskie	1	1	1	1
Łącznie*	1	3	3	4

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) w latach 2022–2024 były realizowane łącznie przez 4 świadczeniodawców w województwach dolnośląskim, lubelskim, łódzkim oraz śląskim, co wskazuje na bardzo ograniczoną dostępność usług w tym zakresie. Warto zaznaczyć, że w województwie śląskim świadczenia były rozliczane nieprzerwanie przez cały analizowany okres. W województwie lubelskim świadczenia były rozliczane w latach 2023 oraz 2024, natomiast w województwach dolnośląskim i łódzkim świadczenia były rozliczane wyłącznie przez rok, odpowiednio w roku 2023 oraz 2024, świadczenia były realizowane przez jednego świadczeniodawcę.

²⁸⁷ Liczba unikatowych świadczeniodawców

Poniżej przedstawiono graficzny rozkład świadczeniodawców realizujących świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia na terenie Polski w 2024 r.



Rysunek 3. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) wg województw, w 2024 r.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W poniższej tabeli przedstawiono charakterystykę świadczeniodawców realizujących świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) w latach 2022–2024.

Tabela 24. Charakterystyka świadczeniodawców udzielających świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02), przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.), wg województw, w latach 2022–2024 wraz z liczbą pacjentów, którym udzielono świadczenia

Lokalizacja	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba unikatowych pacjentów
Dolnośląskie (Wrocław)	Centrum Neuropsychiatrii "Neuromed" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	1
Lubelskie (Chełm)	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Zdrowia Psychicznego Małgorzata Prystupa	10
Łódzkie (Łódź)	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi	13
Śląskie (Zabrze)	Centrum Psychiatrii Środowiskowej Feniks Karel i Wspólnicy spółka jawna	30

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W latach 2022–2024 świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) udzielane były w 4 ośrodkach w kraju. Największą liczbę pacjentów, którzy otrzymali ww. świadczenia sprawozdano w woj. śląskim, tj. 30 pacjentów otrzymało świadczenia w ośrodku w Zabrze.

Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych

Poniższa tabela przedstawia liczbę świadczeniodawców realizujących w latach 2020–2024 świadczenia pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego w zakresie: program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) wg województw.

Tabela 25. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia z zakresu program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) wg województw, w latach 2020–2024

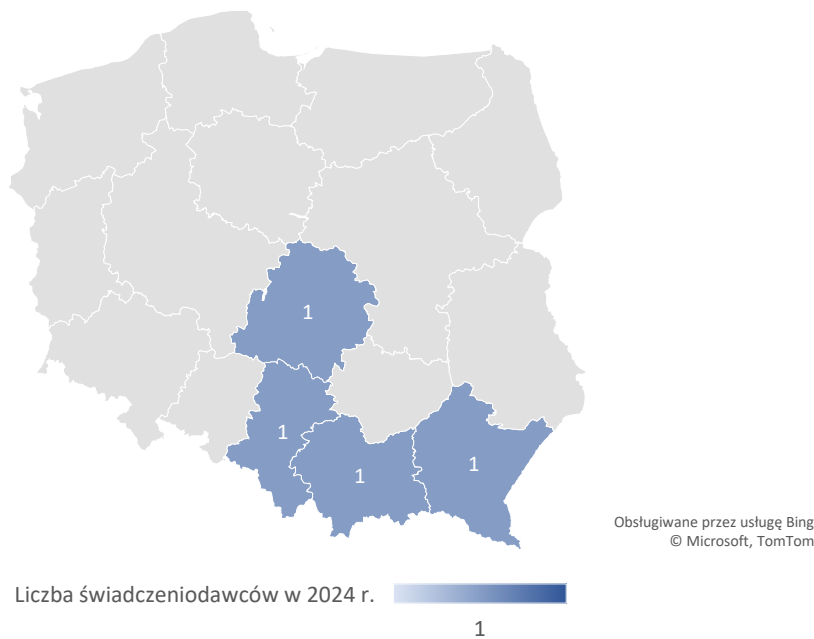
Województwo	Suma końcowa					
	2020	2021	2022	2023	2024	Suma końcowa ²⁸⁸
Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)						
Lubelskie	0	0	0	1	0	1
Łódzkie	0	0	0	0	1	1
Małopolskie	1	1	1	1	1	1
Podkarpackie	1	1	1	1	1	1
Śląskie	1	1	1	1	1	1
Łącznie*	3	3	3	4	4	5

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

Dostępność do świadczeń realizowanych w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) w latach 2020–2024 była ograniczona. W analizowanym okresie świadczenia były realizowane przez 5 świadczeniodawców w kraju w pięciu województwach: lubelskim, łódzkim, małopolskim, podkarpackim oraz śląskim. W trzech województwach – małopolskim, podkarpackim i śląskim – świadczenia były realizowane nieprzerwanie w całym analizowanym okresie. Oznacza to, że w tych regionach funkcjonowały stabilne struktury organizacyjne umożliwiające ciągłość terapii. W województwie lubelskim świadczenia rozliczono wyłącznie w 2023 r. u jednego świadczeniodawcy, co nie zapewnia ciągłości terapii, natomiast w łódzkim po raz pierwszy sprawozdano je w 2024 r. (również u jednego świadczeniodawcy) W analizowanym okresie świadczenia w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) realizowało pięć różnych podmiotów, jednak w żadnym analizowanym okresie świadczenia nie były oferowane przez więcej niż 3/4 świadczeniodawców jednocześnie w skali kraju. Biorąc pod uwagę schemat realizacji programu i konieczność wizyt nawet kilka razy w tyg., realizacja świadczeń wyłącznie przez jednego świadczeniodawcę w obrębie województwa oraz realizacja programu wyłącznie w kilku województwach, uniemożliwia zaspokojenie potrzeb.

Poniżej przedstawiono graficzny rozkład świadczeniodawców realizujących program terapii zaburzeń preferencji seksualnych na terenie Polski w 2024 r.

²⁸⁸ Liczba unikatowych świadczeniodawców



Rysunek 4. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia z zakresu program terapii zaburzeń preferencji seksualnych wg województw, w 2024 r.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W poniższej tabeli przedstawiono charakterystykę świadczeniodawców realizujących program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) w latach 2020–2024.

Tabela 26. Charakterystyka świadczeniodawców udzielających świadczenia z zakresu program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) wg województw, w latach 2020–2024 wraz z liczbą pacjentów, którym udzielono świadczenia

Lokalizacja	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba unikatowych pacjentów
Lubelskie (Chełm)	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Zdrowia Psychicznego Małgorzata Prystupa	1
Łódzkie (Łódź)	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi	14
Małopolskie (Kraków)	"Pro Vita" Centrum Zdrowia Psychicznego i Terapii Uzależnień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków – Śródmieście – Wojciech Śledziński	118
Podkarpackie (Rzeszów)	Podkarpacki Ośrodek Seksuologii i Psychoterapii	25
Śląskie (Zabrze)	Centrum Psychiatrii Środowiskowej Feniks Karel i wspólnicy spółka jawna	77

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych NFZ (stan na dzień 14.10.2025 r.)]

W latach 2022–2024 realizację świadczeń z zakresu: program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) sprawozdało 5 ośrodków w kraju. Największa liczba pacjentów otrzymała świadczenia w Małopolsce – 118 pacjentów w ośrodku w Krakowie. Natomiast w woj. lubelskim tylko 1 pacjent otrzymał świadczenia z zakresu programu w ośrodku w Chełmie.

W województwach: lubelskim, łódzkim i śląskim świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia oraz świadczenia z zakresu programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych, zgodnie z danymi NFZ, były udzielane pacjentom w ramach tych samych ośrodków, z zauważalną przewagą pacjentów, którzy otrzymali świadczenia w ramach realizowanego programu.

Podsumowanie

Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (rozliczane z zastosowaniem produktów przeznaczonych dla pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego) w 2022 r. były realizowane wyłącznie w 6 województwach (lubuskim, łódzkim, mazowieckim, podlaskim, śląskim, zachodniopomorskim), natomiast w kolejnych latach w każdym województwie dostępny był przynajmniej jeden świadczeniodawca realizujący świadczenia z ww. zakresu. W analizowanym okresie (w latach 2022–2024) łącznie 4 świadczeniodawców w województwach dolnośląskim, lubelskim, łódzkim i śląskim rozliczyło świadczenia z zakresu świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia. Należy zauważyć, że nieprzerwanie, przez cały analizowany okres, świadczenia były rozliczane wyłącznie w województwie śląskim. Natomiast w 2024 r. świadczenia były udzielane wyłącznie w 3 województwach przez 1 świadczeniodawcę w każdym województwie. W zdecydowanej większości województw w analizowanym okresie nie rozliczono świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia u pacjentów z orzecznym środkiem zabezpieczającym (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.). Analogiczna sytuacja obserwowana była w odniesieniu do świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu program terapii zaburzeń preferencji seksualnych. W latach 2020–2024 świadczenia były realizowane w 5 województwach przez 5 świadczeniodawców. Nieprzerwany dostęp do świadczeń był zapewniony wyłącznie w 3 województwach – małopolskim, podkarpackim i śląskim.

Z uwagi na zidentyfikowane ograniczenia wskazujące na niskie wykorzystanie przez świadczeniobiorców produktów przeznaczonych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (dotyczy świadczeń sprawozdawanych w ramach produktów kontraktowych: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) oraz świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)) nie należy interpretować prezentowanych w tym zakresie danych jako pełnej informacji o realizacji środków zabezpieczających w systemie.

9.3.3. Czas oczekiwania na świadczenia

Jedną z kwestii wskazywanych przez ekspertów klinicznych w ramach opinii eksperckich jest ustalenie pierwszeństwa dla pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 w dostępie do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Proponowany przez ekspertów maksymalny czasu oczekiwania na świadczenie określono na 30 dni. Jak wskazują eksperci, okres ten w psychiatrii uznawany jest za czas, w którym możliwe jest stosunkowo stabilne określenie stanu psychicznego pacjenta. Zapewnienie odrębnej „kolejki oczekujących” jest rozwiązaniem mającym na celu zagwarantowanie pacjentowi z orzeczeniem środka zabezpieczającego ciągłość leczenia, zwłaszcza u pacjentów którzy kontynuują leczenie po zakończeniu terapii w ramach środka zabezpieczającego obejmującego leczenie stacjonarne. W opinii ekspertów klinicznych obecny czas oczekiwania na pierwszą wizytę wynosi 4 mies. Dane pozyskane z Map potrzeb zdrowotnych nie pozwalają na ocenę czasu oczekiwania populacji docelowej świadczenia. Mediana czasu oczekiwania na świadczenia udzielane w poradniach udzielających świadczeń ambulatoryjnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na grudzień 2024 r. dla przypadków pilnych wynosiła 0 dni, średnia od 0 dni dla komórki „Poradnia psychosomatyczna” do 11 dni dla komórki „Poradnia psychologiczna”. Należy zaznaczyć, że najnowsze prezentowane w ramach Map potrzeb zdrowotnych dane obejmują 2024 r. Jednocześnie prezentowane są dla wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień tym samym na obecnym etapie nie można wykluczyć, że nie odzwierciedlają sytuacji świadczeniodawców sprawujących opiekę nad pacjentami z orzeczeniem środka zabezpieczającego (zwłaszcza, że maksymalne czasy oczekiwania na świadczenia w analizowanych komórkach mieszczą się w zakresie od 0 do 299 dni). Należy podkreślić, że na obecnym etapie, z uwagi na ograniczone raportowanie przez świadczeniodawców realizacji świadczeń z zastosowaniem produktów do tego wskazanych w zarządzeniu Prezesa NFZ **nie jest możliwe jednoznaczne zidentyfikowanie tychże świadczeniodawców tym samym pogłębiona analiza i realna ocena skali problemu.**

W tabeli poniżej zestawiono dostępne w ramach analizy Map potrzeb zdrowotnych dane dotyczące mediany i średniego czasu oczekiwania na świadczenia ambulatoryjne w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wraz z liczbą oczekujących oraz liczbą świadczeniodawców.

Tabela 27. Kolejki oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej – przypadki pilne, stan na grudzień 2024 r.

Kolejka – przypadki pilne, stan na grudzień 2024 r.	Czas oczekiwania w dniach			Liczba oczekujących	Liczba świadczeniodawców
	Mediana	Średnia	Maksimum		
1700 – Poradnia zdrowia psychicznego lub	0	9	299	1339	687
1706 – Poradnia leczenia nerwic, lub	0	7	69	10	22
1710 – Poradnia psychosomatyczna, lub	0	0	0	0	1
1740 – Poradnia leczenia uzależnień, lub	0	1	169	10	253
1744 – Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, lub	0	1	104	13	276
1746 – Poradnia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, lub	0	1	77	3	84
1780 – Poradnia seksuologiczna i patologii współżycia, lub	0	7	64	5	12
1790 – Poradnia psychologiczna, lub	0	11	269	513	178

[Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych, pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>, dostęp z 13.01.2026 r.]

9.4. Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Pismem z dnia 31 grudnia 2025 r. (znak: NFZ-DSOZ-SOPiLU.4010.2.2025 2025.622352.CANP) Prezes NFZ przekazał do AOTMiT opinię dotyczącą skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia w przypadku zakwalifikowania przedmiotowego świadczenia. Prezes NFZ wskazał, że „z uwagi na fakt, że nie został wskazany poziom finansowania w sposób kwotowy albo procentowy, nie jest możliwe sporządzenie opinii w zakresie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych”.

Niezależnie od powyższego, w piśmie poruszono kilka kwestii, będących uwagami do treści przedstawionych w KŚOZ, które przedstawiono poniżej.

Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego

W KŚOZ zaproponowano nową nazwę świadczenia gwarantowanego, której definicja zakresowa zawiera obecne świadczenia gwarantowane określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień:

- świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych,
- świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia,
- świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych,
- świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych.

Z związku z tym, w opinii NFZ, zachodzi wątpliwość, czy Karta dotyczy nowego świadczenia gwarantowanego, czy jedynie grupuje istniejące świadczenia gwarantowane wpisane

do rozporządzenia pod inną ogólną nazwą. Zwrócono uwagę, że proponowane świadczenie obejmuje realizację w różnych warunkach (ambulatoryjnych i dziennych).

Czynności związane z obowiązkami wynikającymi z przepisów regulujących postępowanie karne realizowane przez sądy karne

Zgodnie z informacjami przekazanymi w piśmie, sporządzanie co 6 miesięcy przez personel medyczny informacji dla sędziego penitencjarnego o postępach w terapii lub ich braku czy innych zachowań pacjenta, z uwzględnieniem informacji zbieranych m.in. od właściwego kuratora czy innych podmiotów biorących udział w opiece nad pacjentem, następuje na polecenie sądu karnego, który jednocześnie pokrywa koszty sporządzenia takiej opinii przez personel medyczny. Zgodnie z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.), koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, na zlecenie prokuratury albo sądu, w związku z postępowaniem prowadzonym na podstawie odrębnych ustaw, są pokrywane z części budżetu państwa, której dysponentem jest, odpowiednio, Minister Sprawiedliwości, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego albo Prezes Naczelnego Sądu Administracyjnego. W związku z tym, w opinii NFZ, zachodzi wątpliwość, czy NFZ jest uprawniony do pokrywania kosztów działań zleconych przez sąd karne.

Komentarz Agencji

W odniesieniu do powyższego Analitycy Agencji zwracają uwagę, że w odniesieniu do okresowych opinii o stanie zdrowia sprawcy wobec którego orzekany jest środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym przesyłanych do sądu nie rzadziej niż co 6 miesięcy na podstawie art. 203 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 911 z późn. zm.) tenże kodeks wskazuje w § 3, że za sporządzenie przedmiotowej opinii wynagrodzenie nie przysługuje. Przepisy k.k. w. nie regulują kwestii wynagrodzenia za sporządzenie okresowej opinii dotyczącej stanu zdrowia sprawcy wobec którego orzeczono środek zabezpieczający w postaci terapii lub terapii uzależnień.

Organizacja udzielania świadczeń

NFZ wskazuje, że czynności wymienione w projekcie świadczenia zaproponowanym w KŚOZ (monitorowanie sytuacji życiowej, rodzinnej, prawnej i zdrowotnej pacjenta oraz przebiegu jego terapii (psychologicznej, seksuologicznej, odwykowej), w tym współpracy z rodziną, instytucjami i organami ścigania) co do zasady powinny być podejmowane wobec wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi, niezależnie od podstawy prawnej leczenia, tj. za zgodą pacjenta czy na podstawie wydanego przez sąd orzeczenia zobowiązującego pacjenta i podmiot leczniczy do leczenia bez zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi. Jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych osobie z zaburzeniami psychicznymi nie zależy (lub nie powinna zależeć) od okoliczności wyrażenia zgody na leczenie, tj. gdy pacjent zgłasza się na leczenie z własnej inicjatywy czy też jest leczony przymusowo na podstawie orzeczenia sądu.

Koszty leczenia

W opinii odniesiono się do stwierdzenia z KŚOZ: „Niższe koszty z uwagi na formę udzielonych świadczeń. Niższe całkowite koszty leczenia w warunkach stacjonarnych w dłuższym horyzoncie czasowym”. Wg NFZ obniżenie kosztów leczenia pacjentów, wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający, nastąpiło od 8 czerwca 2010 r., kiedy ustawodawca wprowadził do kodeksu karnego możliwość zasądzenia środka zabezpieczającego, polegającego na skierowaniu sprawcy na leczenie ambulatoryjne. Zgodnie z tym w opinii NFZ należy podejrzewać, że niższe koszty leczenia osób objętych środkami zabezpieczającymi, wynikające z leczenia w warunkach ambulatoryjnych zamiast w szpitalnych, stanowią konsekwencję sposobu ich orzekania przez sąd karne.

Dostępność do programu zaburzeń seksualnych

W opinii wskazano, że płatnik wielokrotnie sygnalizował niską dostępność programu dotyczącego zaburzeń seksualnych, m.in. poprzez uwagi do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027–2030. Podkreślono potrzebę upowszechnienia programu oraz konieczność wzmocnienia kadry w tym zakresie

(specjalizacja z seksuologii), ponieważ pomimo wielokrotnych postępowań ogłaszanych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ, brak jest podmiotów leczniczych zainteresowanych realizacją tych świadczeń.

Analiza świadczeń dla pacjentów z orzeczoną pomocą w 2024 r.

NFZ przeprowadził analizę za 2024 r. dotyczącą leczenia osób, wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający w postaci terapii w zakresie opieki psychiatrycznej w zakresie wskazanym w KŚOZ. Analiza świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych i świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia objęła: poradę lekarską diagnostyczną, poradę lekarską terapeutyczną, poradę lekarską kontrolną, poradę psychologiczną diagnostyczną, poradę psychologiczną, sesję psychoterapii indywidualnej grupowej i rodzinnej oraz wizytę, poradę domową lub środowiskową. W 2022 r. w zarządzeniu Prezesa NFZ wprowadzono w tych zakresach odrębne produkty rozliczeniowe, co umożliwiło przeprowadzenie analizy. Wynika z niej, że w 2024 r. leczono 831 pacjentów, którym udzielono łącznie 2 494 porad lekarskich (średnio 3 na pacjenta), 767 porad psychologicznych (ok. 1 na pacjenta) oraz 1 096 sesji psychoterapii (średnio 1,32 na pacjenta). Zrealizowano także 10 porad domowych lub środowiskowych, co daje łącznie średnio 5,25 świadczenia w trybie ambulatoryjnym na pacjenta w ciągu roku.

9.5. Oszacowanie wydatków płatnika publicznego na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej

W KŚOZ do przedmiotowego zlecenia nie przedstawiono oszacowania wydatków płatnika publicznego w związku z wprowadzeniem wnioskowanego świadczenia. W Karcie nie wskazano również proponowanej wyceny/sposobu finansowania przedmiotowego świadczenia.

9.6. Analiza wpływu na budżet – oszacowanie własne Agencji

9.6.1. Metodyka analizy

Analiza dotyczy konsekwencji finansowych z perspektywy płatnika publicznego (NFZ) w przypadku wprowadzenia zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (t.j.: Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.) dotyczących finansowania kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej.

Przedstawione w niniejszej analizie konsekwencje finansowe wprowadzenia proponowanych zmian stanowią koszt inkrementalny, czyli różnicę w kosztach pomiędzy scenariuszem „nowym” a „istniejącym”. W analizie wpływu na budżet płatnika (ang. *Budget Impact Analysis*, BIA) zastosowano podejście przyjęte w obowiązujących Wytycznych AOTMiT²⁸⁹, zgodnie z którym analiza przedstawia przepływ środków finansowych w czasie, a przedstawiane koszty nie są dyskontowane. Analiza oceny konsekwencji finansowych została przeprowadzona w 3-letnim horyzoncie czasowym (lata 2026–2028). Dane kosztowe odzwierciedlają szacunkowe koszty poniesione przez płatnika publicznego związane z udzielaniem świadczeń uwzględnionych w analizie.

Scenariusz „istniejący” – przedstawia szacowane koszty NFZ w perspektywie 3-letniej związane z diagnostyką i leczeniem psychiatrycznym pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego

²⁸⁹ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. (2016). *Wytyczne oceny technologii medycznych. Wersja 3.0. Pozyskano z: https://www.aotm.gov.pl/media/2020/07/20160913_Wytyczne_AOTMiT-1.pdf, dostęp 21.01.2026 r.*

psychiatrii sądowej – na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) na dotychczasowych zasadach.

Scenariusz „nowy” – przedstawia szacowane koszty NFZ w perspektywie 3-letniej związane z objęciem finansowaniem ze środków publicznych analizowanego świadczenia tj. kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej.

Oszacowania kosztów w ramach analizy wpływu na budżet płatnika dokonano przy uwzględnieniu najbardziej prawdopodobnych wartości parametrów wejściowych – analiza podstawowa oraz wariant minimalny i maksymalny w ramach analizy wrażliwości.

9.6.2. Założenia analizy

9.6.2.1 Szacowana liczebność populacji

Szacowaną populację w okresie analizy określono na podstawie danych sprawozdawczych Ministerstwa Sprawiedliwości dotyczących wykonywania orzeczeń w przedmiocie środków zabezpieczających. Dane te uzyskano poprzez zsumowanie informacji przekazywanych przez sądy rejonowe i okręgowe, odrębnie dla środka w postaci terapii oraz terapii uzależnień. Wielkość populacji w poszczególnych kategoriach ustalono poprzez obliczenie różnicy między ogólną liczbą sprawców, wobec których środki zabezpieczające podlegają wykonaniu, a liczbą sprawców, wobec których środki te nie są wykonywane.

Zgromadzony w ten sposób zbiór danych stanowił podstawę do przeprowadzenia analiz prognostycznych z wykorzystaniem modeli regresyjnych. W wariancie minimalnym zastosowano model regresji potęgowej, w wariancie podstawowym – regresję liniową, natomiast w wariancie maksymalnym wykorzystano model regresji wykładniczej.

Tabela 28. Porównanie wykorzystanych modeli regresyjnych

	Funkcja potęgowa	Funkcja liniowa	Funkcja wykładnicza
Wariant analizy	Minimalny	Podstawowy	Maksymalny
Wzór funkcji	$y = b \cdot x^a$	$y = ax + b$	$y = b \cdot m^x$
Opis zmiennych	y – przewidywana wartość zmiennej (prognozowana liczebność populacji) a – wykładnik potęgi (określa tempo wzrostu funkcji) x – zmienna niezależna (numer kolejnego roku) b – współczynnik proporcjonalności (wartość funkcji dla x = 1)	y – przewidywana wartość zmiennej (prognozowana liczebność populacji) a – współczynnik kierunkowy (nachylenie prostej) x – zmienna niezależna (numer kolejnego roku) b – wyraz wolny	y – przewidywana wartość zmiennej (prognozowana liczebność populacji) x – zmienna niezależna (numer kolejnego roku) m – podstawa wykładnika (parametr wzrostu) b – wartość początkowa (wartość funkcji dla x = 0)

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

Obliczoną wartość współczynników modeli przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 29. Prognoza liczebności populacji w analizie wpływu na budżet płatnika – wartość współczynników regresji

	Funkcja potęgowa		Funkcja liniowa		Funkcja wykładnicza	
	Terapia	Terapia uzależnień	Terapia	Terapia uzależnień	Terapia	Terapia uzależnień
Wartość współczynnika a	0,5	0,5	956,4	444,7	-	-
Wartość współczynnika b	3042,1	1409,2	2232,4	1039,9	2707,9	1256,9
Wartość współczynnika m	-	-	-	-	1,2	1,2

	Funkcja potęgowa		Funkcja liniowa		Funkcja wykładnicza	
	Terapia	Terapia uzależnień	Terapia	Terapia uzależnień	Terapia	Terapia uzależnień
Współczynnik determinacji R ² (miara jakości dopasowania modelu)	0,9791	0,9798	0,9995	0,9991	0,9507	0,9499

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

Bazowa liczba pacjentów przyjęta w ramach scenariusza „istniejącego” oraz „nowego” jest identyczna oraz została zaokrąglona do 0 miejsc po przecinku z wykorzystaniem funkcji ZAOKR.DO.CAŁK programu Excel.

9.6.2.1 Pozostałe założenia analizy

W ramach analizy wpływu na budżet płatnika publicznego przyjęto założenia oparte na analizie danych sprawozdawczych NFZ oraz danych kosztowych przekazanych przez Wydział Taryfikacji AOTMiT. Dane te umożliwiły oszacowanie kosztów końcowych dla scenariusza „istniejącego” oraz „nowego” w analizie podstawowej, a także w wariantach minimalnym i maksymalnym.

W niniejszej analizie przyjęto następujące parametry:

- średnią liczbę produktów jednostkowych przypadających na pacjenta, właściwą dla terapii oraz terapii uzależnień, z rozróżnieniem na leczenie w trybie ambulatoryjnym i dziennym;
- odsetek pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym i trybie dziennym;
- odsetek rozpoznań głównych pacjentów wg ICD-10 (realizacja środka zabezpieczającego obejmującego terapię w trybie ambulatoryjnym);
- średnią wartość punktów rozliczeniowych w psychiatrii w scenariuszu „istniejącym”;
- wagę punktową produktów jednostkowych w scenariuszu „istniejącym” (na podstawie obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ);
- wstępną wycenę nowego zakresu świadczeń w podziale na produkty jednostkowe w scenariuszu „nowym”.

Wszystkie założenia związane z kalkulacją liczby pacjentów i kosztów wraz z podaniem źródeł danych przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 30. Założenia przyjęte w analizie wpływu na budżet płatnika publicznego

Zmienna	Wartość	Źródło danych																																																															
Liczba pacjentów w analizie podstawowej oraz wariancie minimalnym i maksymalnym – scenariusz „istniejący” i „nowy”	Szczegółowe dane: podpunkt 9.6.2.1	Analiza regresji liniowej, potęgowej oraz wykładniczej na podstawie danych sprawozdawczych Ministerstwa Sprawiedliwości z lat 2020–2024.																																																															
Średnia liczba produktów jednostkowych przypadających na pacjenta – scenariusz „istniejący” i „nowy”	• Terapia Leczenie ambulatoryjne (wg rozpoznań ICD-10) <table><tr><th rowspan="2">Produkt jednostkowy</th><th colspan="7">Rozpoznanie wg ICD-10</th></tr><tr><th>F06</th><th>F20</th><th>F31</th><th>F41</th><th>F43</th><th>F65</th><th>Inne</th></tr><tr><td>5.00.04.0000011</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>5.00.04.0000001</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>5.00.04.0000002</td><td>4</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>5</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>5.00.04.0000012</td><td>2</td><td>3</td><td>3</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>5.00.04.0000003</td><td>6</td><td>10</td><td>11</td><td>11</td><td>9</td><td>17</td><td>10</td></tr><tr><td>5.00.04.0000010</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	Produkt jednostkowy	Rozpoznanie wg ICD-10							F06	F20	F31	F41	F43	F65	Inne	5.00.04.0000011	3	4	4	3	3	3	3	5.00.04.0000001	2	2	2	2	1	2	2	5.00.04.0000002	4	6	6	6	5	2	5	5.00.04.0000012	2	3	3	2	2	3	2	5.00.04.0000003	6	10	11	11	9	17	10	5.00.04.0000010	1	1	1	1	1	1	1	Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2024.
Produkt jednostkowy	Rozpoznanie wg ICD-10																																																																
	F06	F20	F31	F41	F43	F65	Inne																																																										
5.00.04.0000011	3	4	4	3	3	3	3																																																										
5.00.04.0000001	2	2	2	2	1	2	2																																																										
5.00.04.0000002	4	6	6	6	5	2	5																																																										
5.00.04.0000012	2	3	3	2	2	3	2																																																										
5.00.04.0000003	6	10	11	11	9	17	10																																																										
5.00.04.0000010	1	1	1	1	1	1	1																																																										

Zmienna	Wartość								Źródło danych																
	5.00.04.0000071	4	3	3	4	7	0	6																	
	5.00.04.0000005	8	12	15	9	11	35	11																	
	5.00.04.0000006	3	8	6	0	1	0	5																	
	5.00.04.0000017	1	1	0	1	1	0	1																	
	5.00.04.0000004	0	0	0	3	6	0	5																	
	Leczenie w trybie dziennym																								
	Produkt jednostkowy		Średnia																						
	5.00.04.0000056		46																						
	5.00.04.0000057		67																						
	• Terapia uzależnień																								
	Leczenie w trybie ambulatoryjnym																								
	Produkt jednostkowy		Średnia																						
	5.00.04.0000076		1																						
	5.00.04.0000078		1																						
	5.00.04.0000077		3																						
	5.00.04.0000080		9																						
	5.00.04.0000005		13																						
5.00.04.0000003		9																							
5.00.04.0000004		3																							
5.00.04.0000070		1																							
5.00.04.0000079		6																							
Leczenie w trybie dziennym																									
Produkt jednostkowy		Średnia																							
5.00.04.0000069		26																							
Odsetek pacjentów leczonych ambulatoryjnie i na oddziałach dziennych scenariusz „istniejący” i „nowy”	• Terapia: ○ leczenie w trybie ambulatoryjnym: 99%; leczenie w trybie dziennym: 1%; • Terapia uzależnień: ○ leczenie w trybie ambulatoryjnym 99%; leczenie w trybie dziennym: 1%.								Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2024.																
Odsetek rozpoznań głównych pacjentów wg ICD-10 scenariusz „istniejący” i „nowy”	• Terapia: Leczenie w trybie ambulatoryjnym <table><tr><th>Rozpoznanie wg ICD-10</th><th>Wartość odsetka</th></tr><tr><td>F06</td><td>9%</td></tr><tr><td>F20</td><td>21%</td></tr><tr><td>F31</td><td>5%</td></tr><tr><td>F41</td><td>10%</td></tr><tr><td>F43</td><td>8%</td></tr><tr><td>F65</td><td>13%</td></tr><tr><td>Inne</td><td>34%</td></tr></table> Leczenie w trybie dziennym: nie dotyczy. • Terapia uzależnień: Leczenie w trybie ambulatoryjnym: nie dotyczy. Leczenie w trybie dziennym: nie dotyczy.								Rozpoznanie wg ICD-10	Wartość odsetka	F06	9%	F20	21%	F31	5%	F41	10%	F43	8%	F65	13%	Inne	34%	Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2024.
Rozpoznanie wg ICD-10	Wartość odsetka																								
F06	9%																								
F20	21%																								
F31	5%																								
F41	10%																								
F43	8%																								
F65	13%																								
Inne	34%																								
Średnia wartość punktów rozliczeniowych w psychiatrii –	Średnia wartość punktów rozliczeniowych w psychiatrii – lipiec 2025 r.								Opracowanie własne WT AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia.																

Zmienna	Wartość				Źródło danych
scenariusz „istniejący”	Zakres			Wartość [zł]	
	Terapia	Leczenie w trybie ambulatoryjnym	04.1700.001.02	16,06	
			04.1780.007.02	16,04	
			Średnia	16,05	
		Leczenie w trybie dziennym	04.2700.020.02	18,89	
			04.2702.020.02	18,95	
			Terapia uzależnień	Leczenie w trybie ambulatoryjnym	
		Leczenie w trybie dziennym	04.2740.021.02	19,44	
	Waga punktowa produktów jednostkowych – scenariusz „istniejący”	• Terapia			
Leczenie w trybie ambulatoryjnym					
Produkt jednostkowy		Waga			
5.00.04.0000011		6,3			
5.00.04.0000001		9,45			
5.00.04.0000002		8,4			
5.00.04.0000012		3,15			
5.00.04.0000003		14,7			
5.00.04.0000010		9,45			
5.00.04.0000071		15			
5.00.04.0000005		3,15			
5.00.04.0000006		1,58			
5.00.04.0000017		3,15			
5.00.04.0000004		4,2			
Leczenie w trybie dziennym					
Produkt jednostkowy		Waga			
5.00.04.0000056		12			
5.00.04.0000057		12			
• Terapia uzależnień					
Leczenie w trybie ambulatoryjnym					
Produkt jednostkowy		Waga			
5.00.04.0000076		9,45			
5.00.04.0000078		3,15			
5.00.04.0000077		6,3			
5.00.04.0000080		1,05			
5.00.04.0000005		3,15			
5.00.04.0000003		12,6			
5.00.04.0000004		4,2			
5.00.04.0000070		3,15			
5.00.04.0000079		3,15			
Leczenie w trybie dziennym					

Zmienna	Wartość		Źródło danych
Wstępna wycena nowego zakresu świadczeń w podziale na produkty jednostkowe – scenariusz „nowy”	Produkt jednostkowy	Waga	Opracowanie własne WT AOTMiT. Prezentowane produkty jednostkowe przeznaczone są do rozliczania świadczeń udzielanych pacjentom z orzeczoną pomocą; są one analogiczne do produktów jednostkowych stosowanych w populacji psychiatrycznej ogólnej.
	5.00.04.0000069	12	
	• Terapia		
	Leczenie w trybie ambulatoryjnym		
	Produkt jednostkowy	Wartość [zł]	
	5.00.04.0000096	241,30	
	5.00.04.0000100	229,98	
	5.00.04.0000102	199,31	
	5.00.04.0000098	180,97	
	5.00.04.0000104	259,37	
	5.00.04.0000094	361,95	
	5.00.04.0000112	319,48	
	5.00.04.0000108	83,36	
	5.00.04.0000110	65,89	
	5.00.04.0000114	83,36	
5.00.04.0000106	99,66		
Leczenie w trybie dziennym			
Produkt jednostkowy	Wartość [zł]		
Brak kodu – osobodzień na oddziale dziennym psychiatrii sądowej	332,26		
• Terapia uzależnień			
Leczenie w trybie ambulatoryjnym			
Produkt jednostkowy	Wartość [zł]		
5.00.04.0000094	361,95		
5.00.04.0000100	229,98		
5.00.04.0000078	180,97		
5.00.04.0000077	199,31		
5.00.04.0000080	33,22		
5.00.04.0000005	83,36		
5.00.04.0000003	259,37		
5.00.04.0000004	99,66		
5.00.04.0000070	83,36		
5.00.04.0000079	83,36		
Leczenie w trybie dziennym			
Produkt jednostkowy	Wartość [zł]	Założenie własne AOTMiT.	
Brak kodu – osobodzień na oddziale dziennym psychiatrii sądowej	332,26		
Odsetek porad lekarskich diagnostycznych / porad psychologicznych diagnostycznych powstały w wyniku podziału produktu			
Porada lekarska diagnostyczna: 50%; Porada psychologiczna diagnostyczna: 50%.			

Zmienna	Wartość	Źródło danych
5.00.04.0000076 porada lub wizyta diagnostyczna – scenariusz „nowy”		

[Źródło: Opracowanie własne AOTMiT]

Obliczenia z wykorzystaniem powyższych założeń zostały zaokrąglone do 0 miejsc po przecinku z wykorzystaniem funkcji ZAOKR programu Excel.

9.6.3. Liczba pacjentów – oba scenariusze

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie prognozowanej na podstawie danych sprawozdawczych Ministerstwa Sprawiedliwości liczby pacjentów w latach 2026–2028 w scenariuszu „istniejącym” i „nowym”.

Tabela 31. Szacowana liczba pacjentów w latach 2026–2028 – scenariusz „istniejący” i „nowy”

Rok	Wariant minimalny	Wariant podstawowy	Wariant maksymalny
Łącznie (terapia + terapia uzależnień)			
2026	11 800	13 079	15 908
2027	12 617	14 480	19 402
2028	13 384	15 882	23 662
Razem	37 801	43 441	58 972
Terapia			
2026	8 043	8 927	10 848
2027	8 598	9 883	13 227
2028	9 119	10 840	16 128
Razem	25 760	29 650	40 203
Terapia uzależnień			
2026	3 757	4 152	5 060
2027	4 019	4 597	6 175
2028	4 265	5 042	7 534
Razem	12 041	13 791	18 769

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

9.6.4. Wyniki analizy

Oszacowania kosztów w scenariuszu „nowym” oraz „istniejącym” dokonano zgodnie z przyjętymi w analizie założeniami (patrz powyżej).

Scenariusz „istniejący”

Koszty scenariusza „istniejącego” wyznaczono jako iloczyn prognozowanej liczby pacjentów oraz średniego kosztu świadczeń. Średni koszt świadczenia został obliczony na podstawie średniej liczby produktów jednostkowych przypadających na pacjenta, pomnożonej przez odpowiadającą im średnią wartość punktów rozliczeniowych w psychiatrii w roku 2025 oraz wagę punktową tych produktów. Wyniki przeprowadzonej analizy w podziale na terapię oraz terapię uzależnień przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 32. Koszty leczenia pacjentów w latach 2026–2028 – scenariusz „istniejący”

Rok	Wariant		
	Minimalny	Podstawowy	Maksymalny
Łącznie (terapia + terapia uzależnień)			
2026	64 378 223 zł	71 388 166 zł	86 803 086 zł
2027	68 828 325 zł	79 033 754 zł	105 858 692 zł
2028	73 009 156 zł	86 682 934 zł	129 089 899 zł
Razem	206 215 704 zł	237 104 854 zł	321 751 677 zł
Terapia			
2026	50 439 142 zł	55 983 560 zł	68 030 090 zł
2027	53 918 728 zł	61 979 317 zł	82 949 524 zł
2028	57 185 641 zł	67 978 666 zł	101 140 394 zł
Razem	161 543 511 zł	185 941 542 zł	252 120 008 zł
Terapia uzależnień			
2026	13 939 081 zł	15 404 607 zł	18 772 997 zł
2027	14 909 597 zł	17 054 437 zł	22 909 167 zł
2028	15 823 515 zł	18 704 268 zł	27 949 505 zł
Razem	44 672 193 zł	51 163 311 zł	69 631 669 zł

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

Scenariusz „nowy”

Koszty scenariusza „nowego” wyznaczono jako iloczyn prognozowanej liczby pacjentów oraz średniego kosztu świadczeń. Średni koszt świadczeń został obliczony na podstawie średniej liczby produktów jednostkowych przypadających na pacjenta, pomnożonej przez odpowiadającą im nową wstępną wycenę produktów jednostkowych przeznaczonych do rozliczania świadczeń pacjentom z orzeczonym środkiem zabezpieczającym przygotowaną przez Wydział Taryfikacji AOTMiT. Wyniki przeprowadzonej analizy w podziale na terapię oraz terapię uzależnień przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 33. Koszty leczenia pacjentów w latach 2026–2028 – scenariusz „nowy”

Rok	Wariant		
	Minimalny	Podstawowy	Maksymalny
Łącznie (terapia + terapia uzależnień)			
2026	92 934 059 zł	103 055 439 zł	125 306 512 zł
2027	99 357 847 zł	114 092 423 zł	152 813 990 zł
2028	105 392 834 zł	125 135 118 zł	186 349 422 zł
Razem	297 684 740 zł	342 282 980 zł	464 469 924 zł
Terapia			
2026	73 294 153 zł	81 350 635 zł	98 855 726 zł
2027	78 350 563 zł	90 063 085 zł	120 535 442 zł
2028	83 097 809 zł	98 781 247 zł	146 969 203 zł
Razem	234 742 526 zł	270 194 967 zł	366 360 371 zł
Terapia uzależnień			
2026	19 639 906 zł	21 704 804 zł	26 450 786 zł
2027	21 007 284 zł	24 029 338 zł	32 278 548 zł
2028	22 295 025 zł	26 353 871 zł	39 380 219 zł
Razem	62 942 214 zł	72 088 014 zł	98 109 553 zł

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

Koszty inkrementalne

Koszt inkrementalny, czyli konsekwencje finansowe wprowadzenia proponowanych zmian, stanowiące różnicę w kosztach pomiędzy scenariuszem „nowym” a „istniejącym” wzrasta w każdym roku analizy (zarówno w wariantcie minimalnym, podstawowym, jak i maksymalnym). Wzrost wydatków dla płatnika związany jest z rosnącą szacowaną liczbą pacjentów oraz wyższą wstępną wyceną produktów jednostkowych przeznaczonych do rozliczania świadczeń udzielanych pacjentom z orzeczoną pomocą prawną (przygotowaną na potrzeby niniejszego zlecenia). Koszty inkrementalne w ujęciu rocznym dla 3 wariantów analizy przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 34. Koszty inkrementalne w latach 2026–2028

Rok	Wariant		
	Minimalny	Podstawowy	Maksymalny
Łącznie (terapia + terapia uzależnień)			
2026	28 555 836 zł	31 667 273 zł	38 503 425 zł
2027	30 529 522 zł	35 058 669 zł	46 955 298 zł
2028	32 383 678 zł	38 452 185 zł	57 259 523 zł
Razem	91 469 036 zł	105 178 126 zł	142 718 247 zł
Terapia			
2026	22 855 011 zł	25 367 075 zł	30 825 636 zł
2027	24 431 835 zł	28 083 768 zł	37 585 918 zł
2028	25 912 168 zł	30 802 581 zł	45 828 809 zł
Razem	73 199 014 zł	84 253 424 zł	114 240 363 zł
Terapia uzależnień			
2026	5 700 825 zł	6 300 198 zł	7 677 789 zł
2027	6 097 687 zł	6 974 901 zł	9 369 380 zł
2028	6 471 510 zł	7 649 604 zł	11 430 714 zł
Razem	18 270 021 zł	20 924 702 zł	28 477 884 zł

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

9.6.5. Ograniczenia analizy

- Z uwagi na brak możliwości uzyskania wiarygodnych danych sprawozdawczych NFZ dotyczących populacji pacjentów psychiatrii sądowej z orzeczoną pomocą prawną leczonych w ramach opieki ambulatoryjnej – wynikający ze sposobu raportowania świadczeń przez świadczeniodawców – prognozowaną liczbę pacjentów w niniejszej analizie oparto na danych sprawozdawczych Ministerstwa Sprawiedliwości dotyczących wykonywania orzeczeń w przedmiocie środków zabezpieczających.
- Do oszacowania liczebności populacji (z uwagi na brak danych dotyczących unikatowej liczby sprawców) przyjęto, że populację docelową świadczenia stanowi suma liczby sprawców, wobec których podlegają wykonaniu środki orzeczone przez sądy okręgowe oraz rejonowe. Wielkości populacji w poszczególnych kategoriach (terapia oraz terapia uzależnień) wyznaczono poprzez obliczenie różnicy między ogólną liczbą sprawców, wobec których środki zabezpieczające podlegają wykonaniu, a liczbą sprawców, wobec których środki te nie są wykonywane.
- Przyjęte w oszacowaniach scenariusza „istniejącego” i „nowego” średnie liczby produktów jednostkowych przypadających na pacjenta mają charakter retrospektywny i nie uwzględniają potencjalnych zmian w dostępie do świadczeń w latach 2026–2028. Ponadto, z uwagi na brak możliwości uzyskania wiarygodnych danych sprawozdawczych dotyczących realizowanych ambulatoryjnie świadczeń w populacji pacjentów sądowych z orzeczoną pomocą prawną (niska realizacja sprawozdawczanych świadczeń), oraz brak wytycznych i standardów klinicznych określających wymogi dotyczące minimalnej realizacji porad, sesji i wizyt, w analizie wykorzystano oszacowania dotyczące liczby sprawozdawczanych produktów jednostkowych dostępnych dla populacji psychiatrycznej ogólnej. W celu minimalizacji

potencjalnego wpływu tego założenia na wyniki, w ramach oszacowań dotyczących świadczeń terapii w trybie ambulatoryjnym uwzględniono rozróżnienie analizowanych pacjentów ze względu na główne rozpoznanie według ICD-10.

- Z uwagi na zgłaszane przez ekspertów trudności w oszacowaniu odsetka pacjentów (brak możliwości oszacowania realnego potencjału wykonawczego do realizacji świadczeń), jaki mógłby realizować środek zabezpieczający w postaci terapii i terapii uzależnień w trybie dziennym w analizie przyjęto rozkład realizacji świadczeń udzielanych w wybranych zakresach świadczeń.
- Szacunkowe koszty świadczeń w każdym roku analizy (2026–2028), zarówno w scenariuszu „istniejącym”, jak i „nowym”, obliczono przy założeniu, że średnia wartość punktu rozliczeniowego w psychiatrii, jak również przedstawiona nowa wstępna wycena produktów jednostkowych z zakresu psychiatrii sądowej, pozostają niezmiennie w całym okresie analizy.
- Wycena produktów jednostkowych z zakresu psychiatrii sądowej przygotowana przez Wydział Taryfikacji AOTMiT ma charakter oszacowań wstępnych przygotowanych na potrzeby realizacji przedmiotowego zlecenia. Wprowadzenie wnioskowanego świadczenia będzie wymagało aktualizacji wyceny, w szczególności po zakończeniu pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego oraz po utworzeniu świadczeń specjalistycznych dla II poziomu referencyjnego.

9.6.6. Podsumowanie

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z perspektywy płatnika publicznego w 3-letnim horyzoncie czasowym (lata 2026–2028). W jej ramach oszacowano koszty w scenariuszu „istniejącym” związane z diagnostyką i leczeniem psychiatrycznym pacjentów z orzeczeniem środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej – na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) na dotychczasowych zasadach ogólnych i scenariuszu „nowym” związane z objęciem finansowaniem ze środków publicznych analizowanego świadczenia tj. kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej.

W obu scenariuszach dokonano oszacowania kosztów w trzech wariantach, uwzględniających najbardziej prawdopodobne wartości parametrów wykorzystanych w analizie: podstawowym oraz minimalnym i maksymalnym. Elementem różnicującym poszczególne warianty w obu scenariuszach jest oszacowanie dotyczące prognozowanej liczebności populacji.

Populacja

- Szacowana liczba pacjentów w latach 2026–2028 w obu scenariuszach jest identyczna i w wariancie podstawowym analizy wynosi:
 - łącznie dla terapii i terapii uzależnień – 1. rok: 13 079, 2. rok: 14 480, 3. rok: 15 882;
 - w zakresie terapii – 1. rok: 8 927, 2. rok: 9 883, 3. rok: 10 840;
 - w zakresie terapii uzależnień – 1. rok: 4 152, 2. rok: 4 597, 3. rok: 5 042.
- W latach 2026–2028 w wariancie minimalnym łączna populacja wynosi od 11 800 do 13 384 pacjentów rocznie, natomiast w wariancie maksymalnym od 15 908 do 23 662 pacjentów rocznie.

Koszty

Szacowane koszty w latach 2026–2028 w wariancie podstawowym wynoszą:

- w scenariuszu „istniejącym”:
 - łącznie dla terapii i terapii uzależnień – 1. rok: 71 388 166 zł, 2. rok: 79 033 754 zł, 3. rok: 86 682 934 zł;
 - w zakresie terapii – 1. rok: 55 983 560 zł, 2. rok: 61 979 317 zł, 3. rok: 67 978 666 zł;

- w zakresie terapii uzależnień – 1. rok: 15 404 607 zł, 2. rok: 17 054 437 zł, 3. rok: 18 704 268 zł.
- w scenariuszu „nowym”:
 - łącznie dla terapii i terapii uzależnień – 1. rok: 103 055 439 zł, 2. rok: 114 092 423 zł, 3. rok: 125 135 118 zł;
 - w zakresie terapii – 1. rok: 81 350 635 zł, 2. rok: 90 063 085 zł, 3. rok: 98 781 247 zł;
 - w zakresie terapii uzależnień – 1. rok: 21 704 804 zł, 2. rok: 24 029 338 zł, 3. rok: 26 353 871 zł.

Koszty inkrementalne

Wprowadzenie ocenianych zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wiąże się z dodatkowymi kosztami dla płatnika publicznego (NFZ) we wszystkich latach analizy w ramach wariantu podstawowego.

Koszty inkrementalne w latach 2026–2028 wariantu podstawowego wynoszą odpowiednio:

- łącznie dla terapii i terapii uzależnień – **1. rok:** 31 667 273 zł, **2. rok:** 35 058 669 zł, **3. rok:** 38 452 185 zł;
- w zakresie terapii – **1. rok:** 25 367 075 zł, **2. rok:** 28 083 768 zł, **3. rok:** 30 802 581 zł;
- w zakresie terapii uzależnień – **1. rok:** 6 300 198 zł, **2. rok:** 6 974 901 zł, **3. rok:** 7 649 604 zł.

Wyniki inkrementalne analizy wrażliwości, zarówno w wariancie minimalnym, jak i maksymalnym, również wskazują, że wprowadzenie ocenianych zmian w rozporządzeniu MZ wiąże się z dodatkowymi kosztami dla płatnika publicznego w każdym roku analizy. Koszty inkrementalne wynoszą odpowiednio (łącznie dla terapii i terapii uzależnień):

- wariant minimalny: **1. rok:** 28 555 836 zł, **2. rok:** 30 529 522 zł, **3. rok:** 32 383 678 zł.
- wariant maksymalny: **1. rok:** 38 503 425 zł, **2. rok:** 46 955 298 zł, **3. rok:** 57 259 523 zł.

Wzrost ten wynika zarówno ze zwiększającej się prognozowanej liczby pacjentów, jak i z wyższego szacowanego kosztu produktów jednostkowych rozliczanych u pacjentów psychiatrii sądowej z orzecznym środkiem zabezpieczającym.

10. Proponowane warunki realizacji świadczenia

Propozycja warunków realizacji świadczenia została opracowana na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej, opinii ekspertów klinicznych oraz przeglądu wytycznych praktyki klinicznej i rozwiązań organizacyjnych oraz refundacyjnych przyjętych w innych krajach. Proponowany projekt świadczenia opieki zdrowotnej przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 35. Propozycja warunków realizacji świadczenia: Kompleksowe ambulatoryjne oraz dzienne świadczenie opieki zdrowotnej obejmujące diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej

Kryterium	Dodatkowe warunki realizacji
Wymagania formalne	Podmiot posiadający komórkę organizacyjną, potwierdzoną wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą – część VIII kodu resortowego: • 1700 – Poradnia zdrowia psychicznego lub • 1706 – Poradnia leczenia nerwic, lub • 1710 – Poradnia psychosomatyczna, lub • 1740 – Poradnia leczenia uzależnień, lub • 1744 – Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, lub • 1746 – Poradnia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, lub • 1780 – Poradnia seksuologiczna i patologii współżycia, lub • 1790 – Poradnia psychologiczna, lub • 2700 – Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny), lub • 2702 – Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny, lub • 2712 – Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu, lub • 2714 – Oddział dzienny terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
Warunki kwalifikacji do świadczenia	1) wiek od 18 r. ż.; 2) orzeczenie na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny środka zabezpieczającego w postaci terapii lub terapii uzależnień.
Personel	1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz specjalista w dziedzinie seksuologii; 2) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej, lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej, lub psychoseksuolog; 3) osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień; 4) pielęgniarz lub terapeuta środowiskowy.
Zakres świadczenia	Świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych obejmujące świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, oraz świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia, w tym: 1) porada lekarska diagnostyczna; 2) porada lekarska terapeutyczna; 3) porada lekarska kontrolna; 4) porada psychologiczna diagnostyczna; 5) porada psychologiczna; 6) sesja psychoterapii indywidualnej; 7) sesja psychoterapii rodzinnej; 8) sesja psychoterapii grupowej; 9) sesja wsparcia psychospołecznego; 10) wizyta, porada domowa lub środowiskowa; 11) turnus rehabilitacyjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień, w tym: 1) porada lekarska diagnostyczna; 2) badania laboratoryjne wykonane w ramach porady lekarskiej diagnostycznej; 3) porada psychologiczna diagnostyczna; 4) porada lub wizyta terapeutyczna;

Kryterium	Dodatkowe warunki realizacji
	5) porada lub wizyta lekarska; 6) wizyta instruktora terapii uzależnień; 7) sesja psychoterapii indywidualnej; 8) sesja psychoterapii rodzinnej; 9) sesja psychoterapii grupowej; 10) sesja psychoedukacyjna; 11) turnus rehabilitacyjny dla osób uzależnionych. Świadczenia realizowane w warunkach dziennych psychiatrycznych i dziennych leczenia uzależnień obejmujące świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych oraz świadczenia dzienne leczenia uzależnień: 1) osobodzień w oddziale dziennym. Świadczeniodawca w ramach udzielanych świadczeń zobowiązany jest do wykonywania niezbędnych badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych.
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Świadczeniodawca zapewnia w lokalizacji wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402) dla komórki organizacyjnej.
Organizacja udzielania świadczeń	Świadczeniodawca jest zobowiązany do: 1) organizacji miejsca udzielania świadczeń w sposób gwarantujący odrębną kolejkę oczekujących oraz odrębny gabinet do realizacji świadczenia; 2) prowadzenia wizyt środowiskowych (przy udziale co najmniej dwóch osób z dostępnego personelu); 3) monitorowania terapii, efektów oddziaływań psychologicznych, farmakologicznych, edukacyjnych i kontrolnych, w tym monitorowania okresowych nawrotów objawów oraz czynników ryzyka przemocy oraz czynników ochronnych; 4) implementacji oraz wykorzystywania w bieżącej pracy wystandaryzowanych narzędzi oceny ryzyka zachowań przemocowych.
Pozostałe wymagania	1) Świadczeniodawca realizuje superwizję zespołową dla personelu udzielającego świadczeń co najmniej 12 sesji w okresie roku. Czas trwania pojedynczej superwizji zespołowej wynosi co najmniej 60 minut. Superwizja może być przeprowadzona z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych. 2) Świadczeniodawca realizuje regularne superwizje świadczeniobiorców zgodnie z aktualnymi zaleceniami. Superwizja może być przeprowadzona z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych. 3) Świadczeniodawca realizuje opiekę nad pacjentem z orzeczeniem środka zabezpieczającego na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny w zakresie i na zasadach określonych w przepisach odrębnych. 4) Świadczeniodawca zobowiązany jest do systematycznej współpracy z sądami, kuratorami, organami ścigania, instytucjami pomocy społecznej, organizacjami wspierającymi readaptację społeczną sprawców przestępstw oraz innymi podmiotami zaangażowanymi w opiekę nad pacjentem, poprzez bieżące przekazywanie informacji o przebiegu leczenia świadczeniobiorcy.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej oraz opinii ekspertów klinicznych]

Komentarz Agencji dot. kryterium zakres świadczenia

Zakres świadczenia oparto w szczególności na propozycjach zawartych w KŚOZ. Eksperci kliniczni wskazali na zasadność uwzględniania w projekcie świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w warunkach dziennych. Ponadto, na podstawie analizy zarządzenia Nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (NFZ z 2025 r. poz. 18). zakres wnioskowanego świadczenia kompleksowego rozszerzono o następujące świadczenia:

- sesja wsparcia psychospołecznego;
- turnus rehabilitacyjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- badania laboratoryjne wykonane w ramach porady lekarskiej diagnostycznej;
- świadczenia dzienne leczenia uzależnień (terapia uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, leczenie uzależnień bliżej niescharakteryzowanych).

Komentarz Agencji dot. kryterium *personel*

Proponowane w KŚOZ wymogi dotyczące personelu realizującego wnioskowane świadczenie obejmowały zatrudnienie zespołu w składzie:

- " 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, **lub**
- 2) lekarz specjalista w dziedzinie seksuologii, **lub**
- 3) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej, **lub**
- 4) osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień, **lub**
- 5) osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii, **lub**
- 6) psychoseksuolog."

Powyższy zapis z zastosowaniem spójnika „lub” dopuszczał zatrudnienie w ramach wskazanych warunków tylko jednej osoby spośród wymienionych. Zaproponowano zmodyfikowany zapis celem zapewnienia minimalnego zespołu gwarantującego realizację świadczenia kompleksowego z uwzględnieniem wariantowości zapewniającej dostosowanie składu zespołu do profilu pacjentów (w tym leczenie uzależnień i zaburzeń preferencji seksualnych). Ponadto w wymogach dotyczących personelu uwzględniono uwagi ekspertów klinicznych odnoszące się do personelu realizującego opiekę środowiskową (dodanie zapisów dotyczących personelu pielęgniarstwa) oraz doprecyzowano zapis odnoszący się do „osoby prowadzącej psychoterapię” uwzględniając obecnie funkcjonujące ścieżki uzyskiwania tytułu zawodowego „psychoterapeuty”.

Komentarz Agencji dot. kryterium *pozostałe wymagania*

W proponowanych warunkach realizacji świadczenia uwzględniono zapisy odnoszące się bezpośrednio do opieki nad pacjentem w rozumieniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego i realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie uwzględniono wymagań wynikających z przepisów i regulacji odrębnych. Nie uwzględniono w propozycji warunków realizacji świadczenia niektórych zapisów przedstawionych w KŚOZ odnoszących się m. in. do:

- informowania co 6 miesięcy sędziego penitencjarnego o postępach w terapii oraz o przypadkach niestawienia się pacjenta w poradni w ustalonym terminie;
- informowania kuratora oraz innych podmiotów biorących udział w opiece nad pacjentem o braku udziału pacjenta w terapii.

Komentarz Agencji dot. kryterium *pozostałe wymagania*

Spośród wskazanych w KŚOZ propozycji warunków realizacji świadczenia uwzględniono wymogi dotyczące organizacji miejsca udzielania świadczeń, prowadzenia wizyt środowiskowych, monitorowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz oceny ryzyka zachowań przemocowych. Z uwagi na ograniczenia w dostępności do narzędzi oceny ryzyka przemocy (dostępność polskich adaptacji, szkoleń oraz licencji) w propozycji warunków wskazano ogólne wymogi dotyczące przedmiotowej kwestii – nie wymieniono z nazwy wskazywanych w KŚOZ konkretnych narzędzi: HCR-20 V3, SA6PROF SAPROF (z ang. *Structured Assessment of Protective Factors*), Static-99 (wersja polska) oraz SVR20 (*Sexual Violence Risk 20*).

11. Podsumowanie

Zakres zlecenia

- Celem opracowania analitycznego była ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, kompleksowego ambulatoryjnego oraz dziennego świadczenia opieki zdrowotnej obejmującego diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej.
- Populację docelową świadczenia stanowią pełnoletnie osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD-10: F00–F99), wobec których został orzeczony środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.)
- Alternatywne postępowanie dla wnioskowanego świadczenia stanowi aktualna praktyka, w której opieka psychiatryczna, w ramach środka zabezpieczającego, jest realizowana w systemie psychiatrii ogólnej i rozliczana z zastosowaniem wyodrębnionych produktów umożliwiających monitorowanie udzielanych świadczeń.

Problem zdrowotny

- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ICD-10: F00–F99) stanowią heterogenną grupę schorzeń, o zróżnicowanym obrazie klinicznym i etiologii, charakteryzującą się wysokim obciążeniem klinicznym i społecznym oraz przebiegiem przewlekłym i nawrotowym.
- W przypadku populacji sądowo-psychiatrycznej zaburzenia te mogą istotnie zwiększać ryzyko naruszenia porządku prawnego. Celem zabezpieczenia społeczeństwa przed ponownym popełnieniem czynu zabronionego przez sprawców przestępstw w polskim prawie karnym wyodrębnione zostały środki zabezpieczające. Środki zabezpieczające nieizolacyjne o charakterze leczniczym, stanowiące przedmiot oceny we wnioskowanym świadczeniu, obejmują terapię i terapię uzależnień orzeczone na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k. Mają one charakter prewencyjny i podlegają okresowej ocenie przez sąd.
- Leczenie sprawców przestępstw z orzeczonym środkiem zabezpieczającym w formie terapii i terapii uzależnień realizowane jest obecnie w ramach psychiatrii ogólnej, w trybie ambulatoryjnym.
- Zgodnie z danymi Ministerstwa Sprawiedliwości rośnie liczba sprawców, wobec których skierowano do wykonania środek zabezpieczający orzeczony na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k. oraz liczba sprawców, wobec których środki podlegają wykonaniu przy jednoczesnej wzrastającej liczbie sprawców wobec których środki nie są wykonywane.

Wytoczne kliniczne

- Wytoczne i standardy organizacyjne nie określają jednoznacznie minimalnych wymagań dotyczących psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej sprawców przestępstw.
- Wytoczne kliniczne i standardy opieki odnoszące się do opieki psychiatrycznej sprawców przestępstw wskazują na zasadność wdrażania u pacjentów opieki środowiskowej i ambulatoryjnej. Proces ten wymaga koordynacji i zapewnienia ciągłości opieki po opuszczeniu jednostek izolacyjnych.
- Wytoczne podkreślają konieczność współpracy z podmiotami świadczącymi interwencje związane z potrzebami socjalnymi, bezdomnością, uzależnieniami oraz przeciwdziałaniem zachowaniom agresywnym. Skuteczna komunikacja między systemami zdrowia, wymiaru sprawiedliwości i penitencjarnymi jest niezbędna do realizacji opieki nad tą grupą pacjentów.
- Leczenie psychiatryczne sprawców przestępstw w warunkach wolnościowych, wymaga podejścia wielodyscyplinarnego, obejmującego współpracę lekarzy psychiatrów, psychologów, terapeutów, personelu pielęgniarskiego oraz specjalistów wsparcia psychospołecznego.

- Proces terapeutyczny powinien opierać się na indywidualizacji interwencji, uwzględniającej rodzaj zaburzeń psychicznych, poziom ryzyka, potrzeby kliniczne oraz zasoby pacjenta. Proces ten obejmuje również obowiązek przekazywania sądowi informacji o przebiegu i efektach leczenia.
- Szczególną rolę w opiece stanowi systematyczna ocena ryzyka zachowań przemocowych oparta na sformalizowanych narzędziach.

Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

- Analiza rozwiązań międzynarodowych dla 10 krajów (Szwajcarii, Niemiec, Królestwa Niderlandów, Czech, Słowenii, Włoch, Rumunii, Serbii, Wielkiej Brytanii, Szwecji) wskazuje, że ambulatoryjne środki zabezpieczające o charakterze leczniczym są standardowym elementem systemów ochrony zdrowia psychicznego i prewencji kryminalnej.
- Systemy różnią się czasem trwania środka (od 6 miesięcy do 5 lat, z możliwością przedłużenia), zakresem udzielanych świadczeń, stopniem centralizacji oraz dostępnością infrastruktury. W części państw (Niemcy, Królestwo Niderlandów, Czechy) funkcjonują wyspecjalizowane, struktury ambulatoryjne psychiatrii sądowej.
- W większości państw leczenie prowadzone jest przez multidyscyplinarne zespoły, w oparciu o indywidualne plany leczenia. Proces diagnostyczno-terapeutyczny wspierany jest oceną ryzyka zachowań agresywnych – przy czym nie istnieją jednolite standardy a stosowane narzędzia różnią się między państwami.
- Finansowanie ambulatoryjnych środków zabezpieczających odbywa się przede wszystkim ze środków publicznych (resortów ministerstw odpowiedzialnych w danym kraju za realizację środków zabezpieczających i/lub towarzystw ubezpieczeniowych).
- Koszty dodatkowego nakładu pracy personelu wynikające z konieczności koordynacji opieki w zakresie prawno-administracyjnym i współpracy z organami wymiaru sprawiedliwości w systemach ubezpieczeniowych nie są pokrywane przez płatnika – nie są objęte finansowaniem z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego i nie są rozliczane w ramach udzielanych świadczeń (Szwajcaria, Czechy). Czynności wiążące się z ze specyficznymi procedurami administracyjnymi i dokumentacyjnymi, komunikacją z sądami oraz obowiązkiem personelu medycznego obejmującym uczestniczenie w rozprawach sądowych finansowane są ze środków publicznych innych resortów (np. Holandia, niektóre kantony w Niemczech; Czechy – rozwiązanie planowane) lub wspomagane rozwiązaniami organizacyjnymi międzyresortowymi np. poprzez udział w procesie opieki nad pacjentem personelu pozamedycznego.
- Dodatkowe obciążenie wynikające z opieki nad pacjentami w aspekcie klinicznym wspierane jest np. poprzez zastosowanie świadczeń dodatkowych, których wartość dosumowywana jest do standardowo realizowanych w opiece psychiatrycznej, finansowanie odrębnych świadczeń obejmujących wystandaryzowaną ocenę ryzyka przemocy lub działania obejmujące zwiększenie dostępności do narzędzi oceny ryzyka (tłumaczenie narzędzi i adaptacja do warunków lokalnych oraz szkolenia).
- W wielu krajach realizowane są działania mające na celu standaryzację procesu leczenia oraz poprawę jakości opieki (Czechy, Holandia, Niemcy).

Opinie ekspertów klinicznych

- 2 ekspertów klinicznych, od których otrzymano opinie, wskazało na zasadność finansowania ze środków publicznych kompleksowego ambulatoryjnego i dziennego świadczenia w psychiatrii sądowej argumentując, że umożliwi ono realizację celów środka zabezpieczającego w warunkach wolnościowych oraz zachowanie bezpieczeństwa publicznego.
- Eksperci podkreślają kluczowe znaczenie wolnościowego środka zabezpieczającego, który zapewnia ciągłość leczenia po opuszczeniu oddziałów psychiatrii sądowej, zwłaszcza po długotrwałej hospitalizacji. Rozwiązanie to wspiera proces reintegracji społecznej i zawodowej,

zmniejsza ryzyko recydywy oraz ogranicza obciążenie oddziałów psychiatrii sądowej poprzez skrócenie czasu hospitalizacji. W konsekwencji prowadzi to do redukcji kosztów terapii w porównaniu z wysokimi stawkami za osobodzień w warunkach detencyjnych.

- Według opinii ekspertów klinicznych, największymi beneficjentami świadczenia będą pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, którzy osiągnęli remisję, lecz wymagają kontynuacji terapii; osoby uzależnione, w tym z tzw. podwójną diagnozą; osoby z zaburzeniami osobowości lub zaburzeniami preferencji seksualnych, a także osoby od początku objęte nieizolacyjnym środkiem zabezpieczającym.
- Ekspertiści wskazują na liczne braki obecnego systemu opieki nad osobami objętymi środkiem zabezpieczającym w formie terapii, obejmujące m.in. aspekty organizacyjne, systemowe oraz finansowe. Brak dedykowanego świadczenia oraz wyodrębnionej ścieżki pacjenta skutkuje opóźnieniami, niewystarczającym nadzorem nad realizacją środka zabezpieczającego oraz dezorganizacją procesu terapeutycznego.

Analiza realizacji świadczeń

- Analiza danych NFZ dotyczących świadczeń rozliczanych z zastosowaniem produktów przeznaczonych dla świadczeniobiorców z orzeczeniem terapii i terapii uzależnień w ramach psychiatrii sądowej wskazuje na niską ich realizację w przedmiotowej populacji. Liczba pacjentów u których rozliczono przedmiotowe świadczenia jest znacząco niższa, w porównaniu z liczbą sprawców, w stosunku do których, wg danych Ministerstwa Sprawiedliwości, środki podlegają wykonaniu. Dane NFZ wskazują również na brak świadczeniodawców, którzy realizowaliby opiekę w ramach świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia oraz programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych. Kwestie te zgłaszane były przez płatnika w ramach uwag m.in. do Map Potrzeb Zdrowotnych 2027-2030.
- Analiza uwarunkowań prawnych oraz danych sprawozdawczych wskazuje na brak szczegółowych uregulowań dotyczących wzajemnych powiązań i aspektów organizacyjnych w zakresie ww. świadczeń realizowanych wobec pacjentów z orzeczoną pomocą prawną – NFZ a Ministerstwem Sprawiedliwości.

Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

- Wprowadzenie ocenianych zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wiąże się z dodatkowymi kosztami dla płatnika publicznego (NFZ) we wszystkich latach analizy w ramach wariantu podstawowego.
- Koszty inkrementalne w latach 2026–2028 wariantu podstawowego wynoszą odpowiednio:
 - łącznie dla terapii i terapii uzależnień – **1. rok:** 31 667 273 zł, **2. rok:** 35 058 669 zł, **3. rok:** 38 452 185 zł.
- Wyniki inkrementalne analizy wrażliwości, zarówno w wariantach minimalnym, jak i maksymalnym, również wskazują, że wprowadzenie ocenianych zmian w rozporządzeniu MZ wiąże się z dodatkowymi kosztami dla płatnika publicznego w każdym roku analizy. Koszty inkrementalne wynoszą odpowiednio (łącznie dla terapii i terapii uzależnień):
 - wariant minimalny: **1. rok:** 28 555 836 zł, **2. rok:** 30 529 522 zł, **3. rok:** 32 383 678 zł.
 - wariant maksymalny: **1. rok:** 38 503 425 zł, **2. rok:** 46 955 298 zł, **3. rok:** 57 259 523 zł.
- Wzrost ten wynika zarówno ze zwiększającej się prognozowanej liczby pacjentów, jak i z wyższego szacowanego kosztu produktów jednostkowych rozliczanych u pacjentów psychiatrii sądowej z orzeczoną pomocą prawną.

12. Piśmiennictwo

Akty prawne	
Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2023 r.	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1-3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej (M. P. z 2023 r. poz. 515).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. (Dz.U.2023.1187)	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U.2023.1187).
Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. (Dz. U. poz. 744)	Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 744).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 (Dz.U. 2023 poz. 975).	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2023 poz. 975).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.)	Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.).
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.(Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654)	Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).
Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 1689)	Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 1689) zwaną ustawą o Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjacyjnym (ustawa o KOZZD).
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn zm.)	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn zm.).
Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 383).	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383).
Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557)	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557).
Problem zdrowotny	
American Psychiatric Association 2022	American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787 .
Borowiecka-Kluza 2021	Borowiecka-Kluza, J., Siwek, M. (2021). Zaburzenia afektywne. Pozyskano z: https://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/97857,zaburzenia-afektywne .
CBT Centrum	Strona internetowa CBT Centrum. Zaburzenia afektywne: źródła cierpienia i wyzwania terapeutyczne. Pozyskano z: https://cbt.pl/baza-wiedzy/terapia-srodowiskowa/zaburzenia-afektywne-zrodla-cierpienia-i-wyzwania-terapeutyczne/ , dostęp z 20.11.2025 r.
Craske 2016	Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. Lancet (London, England), 388(10063), 3048–3059. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6 .
GBD 2024	Global Burden of Disease Collaborative Network. (2024). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) results. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/
Habrat 2010	Habrat, B. (2010). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia. Psychiatria, 7(2), 75–81. Pozyskano z: https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29121/ .

Heim 2001	Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. <i>Biological psychiatry</i> , 49(12), 1023–1039. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01157-x .
HHS 2016	U.S. Department of Health and Human Services. (2016). Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General.
Insel 2010	Insel T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. <i>Nature</i> , 468(7321), 187–193. https://doi.org/10.1038/nature09552 .
Kluza-Borowiecka 2014	Kluza-Borowiecka, J. (2014). Schizofrenia. Pozyskano z: https://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/95860,schizofrenia .
Kokoszka 2025	Kokoszka, A. (2025). Ocena stanu psychicznego. W A. Szczeklik & P. Gajewski (Red.), <i>Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna</i> . Pozyskano z: https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.21.1 .
Nitka-Siemńska 2014	Nitka-Siemńska, A. (2014). Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia. <i>Forum Medycyny Rodzinnej</i> , 8(1), 37–43.
Sullivan 2012	Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. <i>Nature reviews. Genetics</i> , 13(8), 537–551. https://doi.org/10.1038/nrg3240 .
Wciórka 2021	Wciórka, J. (2021). EZOP II: rozpowszechnienie zaburzeń (kiedykolwiek w życiu, ostatnie 12 miesięcy, ostatni miesiąc). Pozyskano z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rozpowszechnienie.pdf .
WHO 2022	World Health Organization. (2022). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th rev.). Pozyskano z: https://icd.who.int .
WHO 2025	World Health Organization. (2025). Mental disorders. Pozyskano z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders .
Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej	
AHMC 2006	Australian Health Ministers' Advisory Council. (2006). National Statement of Principles for Forensic Mental Health. Pozyskano z: https://www.aihw.gov.au/getmedia/e615a500-d412-4b0b-84f7-fe0b7fb00f5f/national-forensic-mental-health-principles.pdf.aspx .
CAPL 2021	Ramshaw, L., Wilkie, T., Chatterjee, S., & Glancy, G. (2021). Canadian guidelines for forensic psychiatry assessment and report writing: Dangerous offender/long-term offender. Canadian Academy of Psychiatry and the Law (CAPL). Pozyskano z: https://www.capl-acpd.org/wp-content/uploads/2023/05/05-Dangerous-Offender-Long-Term-Offender-Guidelines-EN-Web.pdf .
EPA 2018	Völlm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. <i>European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists</i> , 51, 58–73. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.007 .
NHS Scotland 2014	NHS Scotland. (2014). The Matrix Evidence Tables Forensic Services. Pozyskano z: https://www.nes.scot.nhs.uk/media/emqfyteu/matrix_-_forensicservicestables.pdf .
RCPSYCH 2021	Royal College of Psychiatrists. (2021). Standards for Forensic Mental Health Services: Low and Medium Secure Care – Fourth Edition Quality Network for Forensic Mental Health Services. Pozyskano z: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic-standards-qnmhs/quality-network-for-forensic-mental-health-services---fourth-edition-standards.pdf?sfvrsn=fdcee87c_2 .
RCPSYCH 2025	Royal College of Psychiatrists. (2025). Standards for Forensic Mental Health Services. Sixth Edition. Pozyskano z: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-standards-qnmhs/quality-network-for-forensic-mental-health-services---sixth-edition-standards.pdf?sfvrsn=b74daff9_6 .
Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne	
Aeschbach 2022	Aeschbach, S., Hänggi, S., Hachtel, H., (2022). Fachkonzept Forensik 2022. Pozyskano z: https://media.bs.ch/dynamic/noop/26807e6f96ddc0e97b8fe7ee5aa1d827710f3c1a/0d3de6a1-e0d9-419c-ba72-6e9081544fef.pdf .
BAG-FORAS 2024	BAG-FORAS. (2024). Anlage zur AV Qualitätskriterien für Forensische Ambulanzen. Pozyskano z: https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-01/Anlage%20zur%20AV%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20Forensische%20Ambulanzen.pdf
Bevilacqua 2023	Bevilacqua, L., Caffisch, A., Endrass, J., Rossegger, A., Hachtel, H., & Graf, M. (2023). Expert opinions on criminal law cases in Switzerland - an empirical pilot study. <i>Swiss medical weekly</i> , 153, 40073. https://doi.org/10.57187/smw.2023.40073 . Pozyskano z: https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3333/5676
Bojur 2023	Bojur, C. (2023). TRATAMENTUL MEDICAL OBLIGATORIU CA MĂSURA DE SIGURANȚĂ. ȘI PROTECȚIE A DREPTURILOR OMULUI. Pozyskano z: https://share.google/JRVacZm5lfUDeZH2k .

Božić 2023	Božić, V. (2023). Security measures of a medical nature in the criminal legislation of the Republic of Serbia. In Proceedings of the International Scientific Conference "Social Changes in the Global World" (Vol. 1, No. 10, pp. 59-71).
Bundeszentralregistergesetz	Strona internetowa: Bundeszentralregistergesetz (BZRG). Pozyskano z: https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/ZentraleRegister/Bundeszentralregister/Bundeszentralregister_node.html
Carabellese 2025	Carabellese, F. F., & Parente, L. (2025). The Italian general psychiatry and forensic psychiatry treatment model: a unique story. CNS spectrums, 30(1), e1. https://doi.org/10.1017/S1092852924000646
Care Quality Commision 2022	Care Quality Commision. (2022). Mental Health Act community treatments orders (CTO) – focused visits report. Pozyskano z: https://www.cqc.org.uk/publication/cto-focused-visits/report .
Catoiu (BD)	Catoiu, E. (BD). Obligarea la tratament medical. Pozyskano z: https://e-psihiatrie.ro/obligarea-la-tratament-medical/ .
De Kok 2020	De Kok, M. (2020). Probation in Europe. The Netherlands. Pozyskano z: https://www.cep-probation.org/wp-content/uploads/2020/09/Probation-in-Europe-the-Netherlands.pdf .
Di Lorito 2014	Dziennik Urzędowy Włoch (2014). ustawa z dnia 30 maja 2014 r., nr 81 zawierająca pilne przepisy dotyczące likwidacji sądowych szpitali psychiatrycznych. (14G00093). Pozyskano z: https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2014-05-30;81 .
Di Lorito 2017	Di Lorito, C., Castelletti, L., Lega, I., Gualco, B., Scarpa, F., & Völlm, B. (2017). The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. International journal of law and psychiatry, 55, 54–63. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.004 .
Die Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie	Strona internetowa: Die Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie. Pozyskano z: https://www.swissforensic.ch/ueber-uns/kurzportraet
Dienst Justitiële Inrichtingen.	Strona internetowa: Dienst Justitiële Inrichtingen. Pozyskano z: https://www.dji.nl/justitiabelen/forensische-zorg/straffen-en-maatregelen .
Dziennik Urzędowy Włoch 2014	Dziennik Urzędowy Włoch (2014). ustawa z dnia 30 maja 2014 r., nr 81 zawierająca pilne przepisy dotyczące likwidacji sądowych szpitali psychiatrycznych. (14G00093). Pozyskano z: https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2014-05-30;81 .
Feil 2016	Feil, M., G. (2016). Forensic follow-up care for outpatients in Germany. Psychoanalytic Psychotherapy, DOI: 10.1080/02668734.2016.1183345.
Hachtel 2025	Hachtel, H., Brackmann, N., Ege, G. et al. (2025). Empfehlungen für den Vollzug stationärer Maßnahmen nach Art. 59 StGB in forensisch-psychiatrischen Kliniken. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 19, 113–136 (2025). https://doi.org/10.1007/s11757-025-00876-5 .
Hobzová 2025	Hobzová, I. (2025). Ke kauze Bohnice: Jak (ne)funguje ochranná léčba u duševně nemocných. Pozyskano z: https://www.zdravotnickýdeník.cz/2025/10/ochranna-lecba-psychiatricky-pripad-bohnice/
Höfer 2019	Höfer, F., Cafilisch, C., Herdener, M., & Habermeyer, E. (2019). Ambulante Suchtmaßnahmen in der Schweiz: eine Alternative zum deutschen geschlossenen Maßregelvollzug nach § 64?. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 13(3), 272-281.
Informacja prasowa Rzecznika Praw Obywatelskich Republiki Czeskiej	Informacja prasowa Rzecznika Praw Obywatelskich Republiki Czeskiej. (2024). Ombudsman přináší první ucelenou analýzu dat zaměřených na zranitelné pacienty v ochranném léčení. Pozyskano z: https://www.ochrance.cz/aktualne/ombudsman-prinasi-prvni-ucelenou-analyzu-dat-zamerenych-na-zranitelne-pacienty-v-ochrannem-leceni/ .
Junjan 2009	Junjan, V., Micluțiu, I., Popescu, C., & Ghenea, D. (2009). The provision of psychiatric care in Romania – Need for change or change of needs? Transylvanian Review of Administrative Sciences, 26, 68–84.
Kanton Bern Canton de Berne.	Strona internetowa: Kanton Bern Canton de Berne. Amt für Justizvollzug. Therapeutische Massnahmen. Pozyskano z: https://www.ajv.sid.be.ch/de/start/themen/bewaehrungs--und-vollzugsdienste--bvd-/vollzug-von-strafen-und-massnahmen/therapeutische-massnahmen.html .
Kanton Zürich	Strona internetowa: https://www.zh.ch/de/sicherheit-justiz/strafvollzug-und-strafrechtliche-massnahmen/nach-einem-urteil/strafrechtliche-massnahmen.html .
Karlsson 2023	Karlsson, M. (2023). Mentally ill offenders and accountability in Sweden. (Version 2) [Degreeproject]. School of Medical Sciences, Örebro University, Örebro. Pozyskano z: https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1737075/FULLTEXT01.pdf ,
Kodeks Rumunii 2009	Kodeks karny Rumunii – Codul Penal (2009). Pozyskano z: https://lege5.ro/Gratuit/gezdmnrzgi/codul-penal-din-2009 .
Kodeks Słowenii	Kodeks karny Słowenii. Pozyskano z: https://zakonodaja.com/zakon/kz-1 .
Kodeks Szwecji 1965	Kodeks karny Szwecji (1965). Brottsbalk (1962:700) (z późn. zm.). Pozyskano z: https://lagen.nu/1962:700#K31P3 .

Kodeks karny Włoch	Kodeks karny Włoch – Codice Penale. (1930). REGIO DECRETO 19 ottobre 1930 , n. 1398 Approvazione del testo definitivo del Codice Penale. (030U1398) (Gazzetta Ufficiale n.251 del 26-10-1930). Pozyskano z: https://www.gazzettaufficiale.it/sommario/codici/codicePenale .
Kodeks postępowania karnego Rumunii	Kodeks postępowania karnego Rumunii – Codul de procedură penală. Pozyskano z: https://coduri.juridice.ro/codul-de-procedura-penala/index.php/textul-integral/ .
Konrad 2010	Konrad, N., & Lau, S. (2010). Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. International journal of law and psychiatry, 33(4), 236–240. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.005 .
Krivični Zakonik 2019	Krivični Zakonik. Sl. glasnik RS", br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016, 35/2019 i 94/2024. Pozyskano z: https://www.paragraf.rs/propisi/krivicni-zakonik-2019.html .
Mental Health Act 1983.	Strona internetowa: Mental Health Act 1983. Pozyskano z: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents .
Mind. Community treatment orders	Strona internetowa: Mind. Community treatment orders (CTOs). Pozyskano z: https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/community-treatment-orders-ctos/about-ctos/ .
Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2022	Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). Pozyskano z: https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/ .
Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2024	Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2024). Změna jako strategický nástroj zlepšení systému ochranného léčení v ČR. Pozyskano z: https://mzd.gov.cz/informace-o-projektu-zlepseni-systemu-ochranneho-leceni/ .
Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2024	Ministerstvo Zdrowia Republiki Czeskiej. (2024). Uzasadnienie do wniosku dotyczącego kwalifikacji świadczenia opieka zdrowotnej: OŠETŘOVACÍ DEN OCHRANNÉHO LÉČENÍ se střední mírou zabezpečení. Pozyskano z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/11/OD-00091-OSETROVACI-DEN-OCCHRANNEHO-LECENI-se-stredni-mirou-zabezpeceni-Finalni.pdf .
Niederlandzki kodeks karny	Strona internetowa: Niederlandzki kodeks karny (Wetboek van Strafrecht) BWBR0001854. Pozyskano z: https://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2025-07-01
Nyman 2022	Nyman, M. (2022). Risk assessments in forensic psychiatry: Consequences and experiences for patients and nurses. Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg. Pozyskano z: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/72561/Thesis%20frame.pdf?sequence=1 .
Ogrin 2015	Ogrin, K. (2015). Varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zavodu in na prostosti : primerjava z Nemčijo. Pozyskano z: https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=53986&lang=slv .
Papežová 2024	Papežová, S., Páv, M. (2024). Ochranné léčení z pohledu psychiatra - výzva nebo trest? Pozyskano z: https://share.google/LhVi8vJlr7XvW03tb .
Parente 2024	Parente, L., Carabellese, F., Felthous, A., La Tegola, D., Davoren, M., Kennedy, H. G., & Carabellese, F. F. (2024). Italian Evaluation and Excellence in REMS (ITAL-EE-REMS): appropriate placement of forensic patients in REMS forensic facilities. International journal of mental health systems, 18(1), 33. https://doi.org/10.1186/s13033-024-00647-5 .
Páv 2018	Páv, M., & Švarc, J. (2018). Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení. Reforma péče o duševní zdraví–Analýza realizovaná v rámci projektu Deinstitutionalizace, 97. Pozyskano z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40103/11_Priloha%2011_stav%20a%20ozvoj%20site%20OL.pdf .
Páv 2022	Páv, M., Vňuková, M., Papežová, S., & Toman, J. (2022). Inpatient forensic treatment in the Czech Republic 2018-2020. Ceska a Slovenska Psychiatrie, 118(1), 9-16. Pozyskano z: https://web.archive.org/web/20250619094211/http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1443 .
Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Republice Serbii	Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Republice Serbii na lata 2019–2026: 84/2019-201. Pozyskano z: https://pravno-informacioni-sistem.rs/eli/rep/sgrs/vlada/drugiakt/2019/84/1 .
Rethink..	Strona internetowa. Rethink.. Pozyskano z: https://www.rethink.org/advice-and-information/rights-laws-and-criminal-justice/mental-health-laws/community-treatment-orders-ctos-made-under-the-mental-health-act-1983/
Salize 2005	Salize, H. J., Dreßing, H. (2005). Placement and treatment of mentally ill offenders – Legislation and practice in EU Member States (Research Project – Grant Agreement SPC.2002448). Central Institute of Mental Health, Mannheim; European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General. Pozyskano z: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_15_en.pdf .
Schwarze 2018	Schwarze, C., Voß, T., Kliesch, O., Bauer, A., Braunisch, S., Feil, M. G., ... & Zisterer-Schick, M. (2018). Qualitätskriterien forensischer Ambulanzen des Strafvollzugs. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 12(4), 369-379. https://doi.org/10.1007/s11757-018-0476-1 .

Seznam zdravotních výkonů	Strona internetowa: https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35040 .
Seznam zdravotních výkonů	Strona internetowa: https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35551/ .
Seznam zdravotních výkonů	Strona internetowa: https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/35552/ .
Smeeckens 2021	Smeeckens, M. V., Sappelli, F., de Vries, M. G., & Bulten, B. H. (2021). Dutch Forensic Flexible Assertive Community Treatment: Operating on the Interface Between General Mental Health Care and Forensic Psychiatric Care. <i>Frontiers in psychology</i> , 12, 708722. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708722 .
Socialstyrelsen. 2022	Socialstyrelsen. (2022). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (HSLF-FS 2022:62). Stockholm: Socialstyrelsen. Pozyskano z: https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/hslf-fs-202262-socialstyrelsens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-psykiatrisk-tvangsvard-och-rattspsykiatrisk-var-d-2022-12-8277/
Strona internetowa	https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html .
Strona internetowa	https://www.konkordate.ch/ .
Svenska Rättspsykiatriska Föreningen	Strona internetowa: Svenska Rättspsykiatriska Föreningen. Pozyskano z: https://www.srp.se/verksamheter/rpv/
Swiss federal authorities	Strona internetowa: Swiss federal authorities. Pozyskano z: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/en .
TBS Nederland.	TBS Nederland. (2023). Over tbs. Pozyskano z: https://tbsnederland.nl/over-tbs/ .
Uradni list 2016	Uradni list (2016). Pravilnik o izvrševanju varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu in obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti. Pozyskano z: https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV12411 .
Ustawa o ochronie zdrowia i opiece medycznej Szwecja 2017	Ustawa o ochronie zdrowia i opiece medycznej (2017). Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (z późn. zm.). Pozyskano z: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/
Ustawa o opiece sądowo-psychiatrycznej, Szwecja 1991	Ustawa o opiece sądowo-psychiatrycznej (1991). Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (z późn. zm.) Pozyskano z: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911129-om-rattspsykiatrisk-var-d_sfs-1991-1129/ .
Voß 2024	Voß, T., Hausam, J. & Sauter. (2024). Die Forensisch-Therapeutische Ambulanz für Gewalt- und Sexualstraftäter in Berlin: Übersicht über 20 Jahre Behandlung und Forschung. <i>Forens Psychiatr Psychol Kriminol</i> 18, 397–404 (2024). https://doi.org/10.1007/s11757-024-00846-3 .
Všeobecná zdravotní pojišťovna	Strona internetowa: Pozyskano z: https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-pojistovny .
Weich 2020	Weich, S., Duncan, C., Twigg, L., McBride, O., Parsons, H., Moon, G., Canaway, A., Madan, J., Crepaz-Keay, D., Keown, P., Singh, S., & Bhui, K. (2020). Use of community treatment orders and their outcomes: an observational study. <i>NIHR Journals Library</i> . https://doi.org/10.3310/hsdr08090 .
Zákon č. 373/2011 Sb	Zákon č. 373/2011 Sb., Zákon o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 40/2009 Sb	Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. Pozyskano z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40 .
Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama 2013	Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama (2013). ("Sl. glasnik RS", br. 45/2013). Pozyskano z: https://www.paragraf.rs/propisi/zakon-o-zastiti-lica-sa-mentalnim-smetnjama.html
Pozostałe publikacje	
AOTMiT 2016	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. (2016). Wytyczne oceny technologii medycznych. Wersja 3.0. Pozyskano z: https://www.aotm.gov.pl/media/2020/07/20160913_Wytyczne_AOTMiT-1.pdf , dostęp 21.01.2026 r.
Badura-Brzoza 2024	Badura-Brzoza, K., Błachut, M., & Dębski, P. (2024). Psychiatria sądowa dla studentów medycyny, lekarzy specjalizujących się w dziedzinie psychiatrii oraz psychologów. Postępowanie karne (Wyd. I). Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Pozyskano z: https://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/980518/BJ_Oz_008933%20(1).pdf
Bali 2025	Bali, P., Chatzinikolaou, F., Karachaliou, E., Lickiewicz, J., Lantta, T., Tasios, K., Efstathiou, V., & Douzenis, A. (2025). Recidivism among forensic psychiatric patients undergoing outpatient treatment for mental health disorders - A meta-analysis. <i>International journal of law and psychiatry</i> , 104, 102155. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2025.102155 .

Barczak-Oplustil 2021	Barczak-Oplustil, A., Pyrcak-Górowska, M., Zoll, A., & Fundacja, K. I. P. K. (Eds.). (2021). Środki zabezpieczające: ujęcie systemowe. Krakowski Instytut Prawa Karnego Fundacja. Pozyskano z: https://kipk.pl/wp-content/uploads/2023/03/KIPK_środki_zabezp_R14.pdf
Borum 2022	Borum, R., Scalora, M., Otto, R., Schneider, K., Kennedy, K., Vanberschot, J., ... & Jaros, S. (2022). Structured professional judgment (SPJ) tools: A reference guide for Counter-Insider Threat (C-InT) hubs.
Cheng 2019	Cheng, J., Haag, A. M., & Olver, M. E. (2019). Predictors of Historical Clinical Risk Management-20 Version 3 (HCR-20:V3) summary risk ratings. Psychiatry, psychology, and law : an interdisciplinary journal of the Australian and New Zealand Association of Psychiatry, Psychology and Law, 26(4), 682–692. https://doi.org/10.1080/13218719.2019.1618753 .
de Vogel 2011	de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y. A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. International journal of forensic mental health, 10(3), 171-177.
Departament Zdrowia Publicznego	Departament Zdrowia Publicznego MZ. (BD). Odpowiedź na petycję złożoną dnia 20 grudnia 2024 r. w sprawie dostępu do psychologów/psychoterapeutów. Pozyskano z: https://share.google/6EMXhbcQdH7NCIuQL .
Góralski 2018	Góralski, P. (2018). „Podstawowe problemy wykładni przepisów poświęconych środkowi zabezpieczającemu w postaci terapii uzależnień (art. 93a § 1 pkt 3 kk)” Przegląd Sądowy, nr 7-8 (2018): 50-62.
Góralski 2019	Góralski, P. (2019). Terapia sprawców czynów zabronionych jako forma środka zabezpieczającego (art. 93a § 1 pkt 2 kk). Prokuratura i Prawo, (2), s. 5-23.
Grzywińska-Aleksandrowicz 2020	Grzywińska-Aleksandrowicz, K. (2020). Oddziaływania terapeutyczne wobec sprawców przestępstw seksualnych z diagnozą zaburzeń preferencji seksualnych oraz sprawców bez takiej diagnozy.[w:] S. Grzesiak (red.). Psychopedagogiczne konteksty wykonywania kary pozbawienia wolności, 23. Pozyskano z: https://aws.edu.pl/wp-content/uploads/2021/05/13.-Psychopedagogiczne.pdf#page=23 , dostęp z 02.10.2025 r.
GUS	Strona internetowa: Główny Urząd Statystyczny. Pozyskano z: https://stat.gov.pl/podstawowe-dane/
Gutkowska 2020	Gutkowska, A., Włodarczyk-Madejska, J., Klimczak, J., & Sidor, P. (2020). Stosowanie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób a orzekanie wybranych środków zabezpieczających. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. Pozyskano z: https://www.researchgate.net/profile/Paulina-Sidor-Borek/publication/366634891_Stosowanie_ustawy_o_postepowaniu_wobec_osob_z_zaburzeniami_i_psychicznymi_stwarzajacych_zagrozenie_zycia_zdrowia_lub_wolnosci_seksualnej_innych_osob_a_orzekanie_wybranych_srodkow_zabezpieczajacych_Anali/links/63ac1b3bc3c99660ebaf3768/S_tosowanie-ustawy-o-postepowaniu-wobec-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi-stwarzajacych-zagrozenie-zycia-zdrowia-lub-wolnosci-seksualnej-innych-osob-a-orzekanie-wybranych-srodkow-zabezpieczajacych-Anal.pdf .
Harris 2003	Harris, A., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). Zasady kodowania STATIC-99 Poprawione–2003.
Heitzman 2017	Heitzman, J., & Markiewicz, I. (2017). Finansowanie psychiatrii sądowej a jakość leczenia i zagrożenie bezpieczeństwa publicznego. Psychiatria Polska, 51(4), 599-608.
Jankowska-Prochot 2024	Jankowska-Prochot, I. (2024). Środki zabezpieczające i metody postępowania ze sprawcą o charakterze ochronnym w polskim i irlandzkim prawie karnym Rozprawa doktorska. Pozyskano z: https://bip.ur.edu.pl/storage/file/core_files/2024/10/15/8d686e3d22ad0619711cf508ebc2cb6c/Dokument%20JJP%20PDF.pdf#:~:text=charakter%20obowi%C4%85zkowy,w%20przypadku%2C%20gd%C5%84
Jekiel 2024	Jekiel, P. (2024). Czy możliwe jest wykonanie środka zabezpieczającego w postaci terapii równoległej do środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym? Pozyskano z: https://sip.lex.pl/#/question-and-answer/623455669 , dostęp z 26.09.2025 r.
Klaczak 2023	Klaczak, K. (2023). Wykonywanie wolnościowego środka zabezpieczającego wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym na podstawie orzeczenia w odrębnej sprawie. PRAWO i WIEŻ, (3 (46)), 413-429. Pozyskano z: https://www.prawoiwiedz.edu.pl/index.php/piw/article/download/488/497
Ławicki 2017	Ławicki, J. (2017). Środki zabezpieczające w kodeksie karnym. Pozyskano z: https://www.adwokatlawicki.pl/2022/05/25/srodki-zabezpieczajace-w-kodeksie-karnym/ ,
Mapy potrzeb zdrowotnych	Mapy potrzeb zdrowotnych, pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/
Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 2026.	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. (2026). Ustawa o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym przyjęta przez Sejm. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/rodzina/ustawa-o-zawodzie-psychologa-oraz-samorzadz-zawodowym-przyjeta-przez-sejm
Muszyńska 2017	Muszyńska, A. (2017). O zmianach w zakresie leczniczych środków zabezpieczających na tle nowelizacji kodeksu karnego z 2015 roku. Pozyskano z:

	https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/118407/PDF/24_Muszynska_A_O_zmianach_w_zakresie_leczniczych_srodkow_zabezpieczajacych_na_tle_nowelizacji_kodeksu_karnego_z_2015_roku.pdf
NFZ 2022	Zarządzenie Nr 164/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
NIL 2025	Naczelna Izba Lekarska. (2025). Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji. Pozyskano z: https://nil.org.pl/uploaded_files/1762166493_31102025-zestawienie-nr-4.pdf .
Nowopolski 2024	Nowopolski, M. (2024). Osobowość sprawcy i inne aspekty kształtujące ocenę ryzyka przemocy u pacjentów internowanych w oddziałach psychiatrii sądowej. Praca doktorska.
Polskie Towarzystwo Seksuologiczne	Strona internetowa: Polskie Towarzystwo Seksuologiczne. Lista psychoseksuologów. Pozyskano z: https://pts-seksuologia.pl/sites/strona/145/lista-psychoseksuologow
Przeperski 2019	Przeperski, J. (2019). Diagnozowanie zjawiska przemocy domowej – konteksty teoretyczne i praktyczne. In Family Forum (No. 9, pp. 33-51). Uniwersytet Opolski. DOI: 10.25167/FF/1508.
Psychologia kliniczna	Strona internetowa: Psychologia kliniczna. Strona internetowa Konsultanta Krajowego i Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie Psychologii Klinicznej. Lista psychologów klinicznych. Pozyskano z: https://psychologia-konsultanci.pl/lista-psychologow-klinicznych/
Pyrca-Górowska 2011	Pyrca-Górowska, M. (2011). Orzekanie oraz wykonywanie detencji psychiatrycznej (art. 94 k.k.) w praktyce sądów rejonowych: Sprawozdanie z przeprowadzonych badań. Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych, 15(1), 99–136. ISSN 1506-1817.
Pyrca-Górowska 2016	Pyrca-Górowska, M. (2016). Komentarz do art. 93f k.k. W W. Wróbel & A. Zoll (Red.), Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Komentarz do art. 53–116 (cz. 2). Warszawa: Wolters Kluwer Polska SA
Quinsey 2019	Quinsey, V. N., (2019). Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) and the Violence Risk Appraisal Guide–Revised (VRAG-R). The SAGE Encyclopedia of Criminal Psychology. SAGE reference. DOI: http://dx.doi.org/10.4135/9781483392240.n531 .
Rettenberger 2009	Rettenberger, M., Hucker, S. J., Boer, D. P., & Eher, R. (2009). The reliability and validity of the Sexual Violence Risk-20 (SVR-20): An international review. (1–4).
Rynek Zdrowia	Strona internetowa: Rynek Zdrowia. 1258 psychologów klinicznych w Polsce. Ma być 100 proc. więcej specjalistów. Padł krótki termin. Pozyskano z: https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/1258-psychologow-klinicznych-w-Polsce-Ma-byc-100-proc-wiecej-specjalistow-Padl-krotki-termin,267986,16.html
Rzecznik Praw Obywatelskich 2025	Rzecznik Praw Obywatelskich. (2025). Opinia do poselskiego projektu ustawy o zawodzie psychoterapeuty oraz samorządzie zawodowym (VII.7016.7.2025.BK/AMB). Biuletyn Informacji Publicznej. https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2025-07/Do_Sejmu_psychoterapeuci_ustawa_projekt_opinia_10_07_2025.pdf
sejm.gov.pl	Uzasadnienie rządowego projektu ustawy z 20.02.2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, VII kadencja, druk sejm. nr 2393, Pozyskano z: https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/druk.xsp?nr=2393 .
Starzewski 2023	Starzewski, Ł. (2023). Usprawnić system środków zabezpieczających - RPO pisał o tym do MS w 2020 r. Dostał odpowiedź w 2023 r. Biuletyn Informacji Publicznej Rzecznika Praw Obywatelskich. Pozyskano z: https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-usprawnic-system-srodkow-zabezpieczajacych-odpowiedz
Swinkels 2020	Swinkels, L. T. A., van der Pol, T. M., Popma, A., Ter Harmsel, J. F., & Dekker, J. J. M. (2020). Improving mental wellbeing of forensic psychiatric outpatients through the addition of an informal social network intervention to treatment as usual: a randomized controlled trial. BMC psychiatry, 20(1), 418. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02819-2 .
Szczechowicz 2022	Szczechowicz, K. J. (2022). Postępowanie w przedmiocie przedłużenia stosowania, uchylenia lub zmiany środka zabezpieczającego–wybrane zagadnienia procesowe. Studia Prawnoustrojowe, (56), 281-294. Pozyskano z: https://czasopisma.uwm.edu.pl/index.php/sp/article/download/7588/6060
Vargen 2020	Vargen, L. M., Jackson, K. J., & Hart, S. D. (2020). Interrater reliability, concurrent validity, and predictive validity of the risk for sexual violence protocol. Running head: risk for sexual violence protocol, 9–10. Pozyskano z: https://www.sfu.ca/psyc/faculty/hart/vargen-et-al-in-press-lhb.pdf .
Washington Association of Sheriffs and Police Chiefs 2015	Washington Association of Sheriffs and Police Chiefs. (2015). Sex offender risk assessment. Pozyskano z: https://www.waspc.org/assets/SexOffenders/static%20-99r%20training%20november%202015.pdf?utm
Welento-Nowacka 2017a	Welento-Nowacka, A. (2017a). Zastosowanie oraz założenia teoretyczne narzędzi opartych na modelu ustrukturyzowanej oceny ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą w praktyce klinicznej. Psychiatria, 14(1), 21-27.
WHO	Strona internetowa: World Health Organization. Violence. Pozyskano z: http://emro.who.int/violence-injuries-disabilities/violence/

Zontek 2015	Zontek, W. (2015). Kara za brak poddania się terapii? Konsekwencje wprowadzenia art. 244b k.k. Palestra 2015, nr 7–8, s. 126. Pozyskano z: https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/7-8-2015/arttykul/kara-za-brak-poddania-sie-terapii-konsekwencje-wprowadzenia-art.-244b-k.k
--------------------	--

13. Spis tabel

Tabela 1. Dane epidemiologiczne dla świata, Europy Środkowej i Polski dotyczące zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych w latach 2020–2023 r.	33
Tabela 2. Podsumowanie najważniejszych informacji dotyczących leczniczych środków zabezpieczających orzekanych na podstawie art. 93a § 1 pkt 2–4 k.k.	47
Tabela 3. Narzędzia oceniające poziom ryzyka / poziom ochrony wystąpienia bądź ponowienia przemocy w przyszłości u dorosłych	55
Tabela 4. Opis wytycznych klinicznych	62
Tabela 5. Opis rozwiązań międzynarodowych organizacyjnych i finansowych	87
Tabela 6. Liczba unikalnych pacjentów, krotność sprawozdana oraz rozliczona, wartość sprawozdana oraz rozliczona świadczeń, w podziale na poszczególne produkty rozliczeniowe w latach 2022–2024 – świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)	126
Tabela 7. Liczba unikalnych pacjentów, krotność sprawozdana oraz rozliczona, wartość sprawozdana oraz rozliczona świadczeń, w podziale na poszczególne produkty rozliczeniowe w latach 2022–2024 – świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)	128
Tabela 8. Liczba unikalnych pacjentów, krotność sprawozdana oraz rozliczona, wartość sprawozdana oraz rozliczona świadczeń, w podziale na poszczególne produkty rozliczeniowe w latach 2020–2024 – Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)	129
Tabela 9. Liczba unikatowych pacjentów, długość hospitalizacji oraz długość hospitalizacji w ramach danego produktu, w zakresie świadczeń w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02), w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02) oraz świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4736.021.02), w latach 2020–2024	131
Tabela 10. Liczba unikalnych pacjentów oraz średnia krotność sprawozdana świadczeń przypadająca na jednego pacjenta w latach 2022–2024 – Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) oraz Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02)	132
Tabela 11. Liczba unikalnych pacjentów oraz średnia krotność sprawozdana świadczeń przypadająca na jednego pacjenta w latach 2020–2024 – Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02)	133
Tabela 12. Najczęstsze rozpoznania u pacjentów otrzymujących świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) w podziale na płeć, w latach 2022–2024	134
Tabela 13. Najczęstsze rozpoznania u pacjentów otrzymujących świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) w latach 2022–2024 oraz świadczenia w ramach programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02), w latach 2020–2024, w podziale na płeć	135
Tabela 14. Najczęstsze rozpoznania u pacjentów otrzymujących świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia (04.4730.021.02), w podziale na płeć, w latach 2020–2024	136
Tabela 15. Najczęstsze rozpoznania u pacjentów otrzymujących świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02), w podziale na płeć, w latach 2020–2024	136
Tabela 16. Rozpoznanie u pacjentów otrzymujących świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia (04.4732.021.02), w podziale na płeć, w latach 2020–2024	137
Tabela 17. Liczba sprawców z orzeczonym wyrokiem oraz liczba świadczeniobiorców korzystająca z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach psychiatrii sądowej w warunkach ambulatoryjnych, w latach 2020–2024	140
Tabela 18. Zestawienie liczbowe lekarzy wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu (stan na 31.10.2025 r.)	141

Tabela 19. Liczba specjalistów z zakresu psychologii/psychoterapii wraz profilem kandydatów	142
Tabela 20. Dostępność kadr medycznych w obszarze zdrowia psychicznego – liczebność i wskaźnik na 100 tys. populacji Polski	144
Tabela 21. Liczba świadczeniodawców, którzy w latach 2020–2024 rozliczyli świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) w ramach następujących zakresów: 04.1700.001.02, 04.1780.007.02, 04.1780.008.02	145
Tabela 22. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) wg województw, w latach 2022–2024	146
Tabela 23. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) wg województw, w latach 2022–2024	147
Tabela 24. Charakterystyka świadczeniodawców udzielających świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02), przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.), wg województw, w latach 2022–2024 wraz z liczbą pacjentów, którym udzielono świadczenia	148
Tabela 25. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia z zakresu program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) wg województw, w latach 2020–2024	149
Tabela 26. Charakterystyka świadczeniodawców udzielających świadczenia z zakresu program terapii zaburzeń preferencji seksualnych (04.1780.008.02) wg województw, w latach 2020–2024 wraz z liczbą pacjentów, którym udzielono świadczenia	150
Tabela 27. Kolejki oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej – przypadki pilne, stan na grudzień 2024 r.	152
Tabela 28. Porównanie wykorzystanych modeli regresyjnych	155
Tabela 29. Prognoza liczebności populacji w analizie wpływu na budżet płatnika – wartość współczynników regresji	155
Tabela 30. Założenia przyjęte w analizie wpływu na budżet płatnika publicznego	156
Tabela 31. Szacowana liczba pacjentów w latach 2026–2028 – scenariusz „istniejący” i „nowy”	160
Tabela 32. Koszty leczenia pacjentów w latach 2026–2028 – scenariusz „istniejący”	161
Tabela 33. Koszty leczenia pacjentów w latach 2026–2028 – scenariusz „nowy”	161
Tabela 34. Koszty inkrementalne w latach 2026–2028	162
Tabela 35. Propozycja warunków realizacji świadczenia: Kompleksowe ambulatoryjne oraz dzienne świadczenie opieki zdrowotnej obejmujące diagnostykę i leczenie prowadzone w ramach środka zabezpieczającego psychiatrii sądowej	165
Tabela 36. Siła zalecenia stosowana w NHS Scotland 2014 wg <i>The Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	183
Tabela 37. Jakość dowodów naukowych w NHS Scotland 2014 wg <i>The Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	183
Tabela 38. Ocena jakości wytycznych klinicznych narzędziem AGREE II (Domena 3 – rygor metodologiczny)	184
Tabela 39. Opinie ekspertów klinicznych – kluczowe przyczyny, dla których wnioskowane świadczenie powinno/nie powinno być finansowane ze środków publicznych	185
Tabela 40. Opinie ekspertów klinicznych – szczególne grupy pacjentów, które mogą odnieść największą korzyść z przedmiotowego świadczenia w analizowanych wskazaniach	186

Tabela 41. Opinie ekspertów klinicznych – aktualne postępowanie w zakresie realizacji terapii i terapii uzależnień u pacjentów, wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.	187
Tabela 42. Opinie ekspertów klinicznych – problemy systemowe, organizacyjne lub finansowe, które obecnie dotyczą opieki nad pacjentami, wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający w postaci terapii i terapii uzależnień	189
Tabela 43. Opinie ekspertów klinicznych – wytyczne kliniczne, które dotyczą leczenia sprawców przestępstw (terapii i terapii uzależnień) w warunkach niedetencyjnych (ambulatoryjnie lub w warunkach dziennych)	190
Tabela 44. Opinie ekspertów klinicznych – kraje na świecie, w których leczenie psychiatryczne sprawców przestępstw jest realizowane w warunkach wolnościowych	191
Tabela 45. Opinie ekspertów klinicznych – uwagi lub propozycje do projektu świadczenia	192
Tabela 46. Opinie ekspertów klinicznych – potencjalne korzyści/ograniczenia i ryzyka związane z wprowadzeniem proponowanego świadczenia	195
Tabela 47. Opinie ekspertów klinicznych – realizacja / dodatkowe wymogi świadczenia / świadczeniodawców	198
Tabela 48. Opinie ekspertów klinicznych – propozycje rozwiązań usprawniających diagnostykę i leczenie oraz koordynację opieki nad pacjentami	198
Tabela 49. Opinie ekspertów klinicznych – oszacowania dotyczące populacji docelowej (w ujęciu rocznym), która będzie kwalifikować się do przedmiotowego świadczenia (wraz z podaniem źródeł)	199
Tabela 50. Opinie ekspertów klinicznych – oszacowania dotyczące potencjalnego kosztu realizacji wnioskowanego świadczenia	200
Tabela 51. Świadczenia gwarantowane przeznaczone pacjentom wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)	201
Tabela 52. Produkty rozliczeniowe przeznaczone pacjentom wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)	211

14. Spis rysunków

Rysunek 1. Liczba świadczeniodawców, realizujących świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu 04.1700.001.02, 04.1780.007.02 04.1780.008.02 w 2024 r.	145
Rysunek 2. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) wg województw, w 2024 r.	147
Rysunek 3. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia przeznaczone pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego (na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.) z zakresu świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia (04.1780.007.02) wg województw, w 2024 r.	148
Rysunek 4. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczenia z zakresu program terapii zaburzeń preferencji seksualnych wg województw, w 2024 r.	150

Załączniki

Załącznik 1. Jakość dowodów naukowych oraz siła zaleceń w wytycznych klinicznych

Tabela 36. Siła zalecenia stosowana w NHS Scotland 2014 wg *The Scottish Intercollegiate Guidelines Network*

Stopień zalecenia	Opis
A	Co najmniej jedna metaanaliza, przegląd systematyczny lub badanie z randomizacją (RCT) ocenione jako 1++ i bezpośrednio odnoszące się do populacji docelowej; lub zespół dowodów naukowych składający się głównie z badań ocenionych jako 1+, bezpośrednio odnoszących się do populacji docelowej i wykazujących ogólną spójność wyników.
B	Zespół dowodów obejmujący badania ocenione jako 2++, bezpośrednio odnoszące się do populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników; lub dowody ekstrapolowane z badań ocenionych jako 1++ lub 1+.
C	Zespół dowodów obejmujący badania ocenione jako 2+, bezpośrednio odnoszące się do populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników; lub dowody ekstrapolowane z badań ocenionych jako 2++.
D	Dowody na poziomie 3 lub 4; lub dowody ekstrapolowane z badań ocenionych jako 2+.
Dobra praktyka	Zalecana najlepsza praktyka oparta na doświadczeniu klinicznym zespołu opracowującego wytyczne.

[Źródło: opracowanie własne na podstawie NHS Scotland 2017²⁹⁰]

Tabela 37. Jakość dowodów naukowych w NHS Scotland 2014 wg *The Scottish Intercollegiate Guidelines Network*

Jakość dowodów naukowych	Opis
1	++ Metaanalizy, przeglądy systematyczne z RCT lub RCT o bardzo niskim ryzyku błędu systematycznego.
	+ Dobrze przeprowadzone metaanalizy, przeglądy systematyczne lub RCT o niskim ryzyku błędu systematycznego.
	- Metaanalizy, przeglądy systematyczne lub RCT o wysokim ryzyku błędu systematycznego.
2	++ Wysokiej jakości przeglądy systematyczne z badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowych. Wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe o bardzo niskim ryzyku zakłóceń (ang. <i>confounding</i>) lub błędu systematycznego oraz wysokim prawdopodobieństwie, że związek ma charakter przyczynowo-skutkowy.
	+ Dobrze przeprowadzone badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe o niskim ryzyku zakłóceń lub błędu systematycznego oraz umiarkowanym prawdopodobieństwie, że związek ma charakter przyczynowo-skutkowy.
	- Badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe o wysokim ryzyku zakłóceń lub błędu systematycznego oraz istotnym ryzyku, że związek nie ma charakteru przyczynowego-skutkowego.
3	Badania analityczne bez równoległej grupy kontrolnej, np. badania typu „przed i po”, przerywane szeregi czasowe; badania opisowe, np. opisy przypadków, serie przypadków.
4	Opinie ekspertów, np. komentarze redakcyjne, wytyczne bez jasno określonej metodyki.

[Źródło: opracowanie własne na podstawie NHS Scotland 2017²⁹¹]

²⁹⁰ NHS Scotland (2017). Process Document: Existing and emerging technologies used for decontamination of the healthcare environment. Evidence Grading and Recommendations. Pozyskano z <https://www.nss.nhs.scot/media/2228/evidence-grading-v10.pdf>, dostęp z 23.10.2025 r.

²⁹¹ NHS Scotland (2017). Process Document: Existing and emerging technologies used for decontamination of the healthcare environment. Evidence Grading and Recommendations. Pozyskano z <https://www.nss.nhs.scot/media/2228/evidence-grading-v10.pdf>, dostęp z 23.10.2025 r.

Załącznik 2. Ocena jakości wytycznych klinicznych narzędziem AGREE II

Tabela 38. Ocena jakości wytycznych klinicznych narzędziem AGREE II (Domena 3 – rygor metodologiczny)

Lp.	Akronim	Analitik 1	Analitik 2	Procentowy wynik dla domeny
1	AHMC 2006	13	12	9,4%
2	CAPL 2021	25	22	32,3%
3	EPA 2018	34	33	53,1%
4	NHS Scotland 2014	23	23	31,3%
5	RCPSYCH 2021	12	10	6,3%
6	RCPSYCH 2025	21	20	26,0%

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT]

Załącznik 3. Pełna treść opinii ekspertów

Tabela 39. Opinie ekspertów klinicznych – kluczowe przyczyny, dla których wnioskowane świadczenie powinno/nie powinno być finansowane ze środków publicznych

Ekspert	TAK NIE	Opinia ekspercka (uzasadnienie)
	TAK	„Możliwość adekwatnej terapii/rehabilitacji i realizacji ustawowych celów środka zabezpieczającego także w warunkach ambulatoryjnych – nie wszyscy pacjenci wymagają środka izolacyjnego; - Możliwość kontynuacji leczenia pacjentów opuszczających (czasami po wielu latach) oddziały psychiatrii sądowej; - Zwiększenie szans na reintegrację społeczną i powrót do dawnych ról zawodowych; ponadto leczenie nieizolacyjne i terapia środowiskowa jest zgodna z aktualnym trendem deinstytucjonalizacji w psychiatrii. Skuteczność tej metody leczenia została potwierdzona badaniami; - Możliwość odbudowania więzi z rodziną, której wsparcie jest istotnym czynnikiem ochronnym, zmniejszającym ryzyko recydywy. Pacjenci sądowi w większości mają słabo rozwiniętą sieć wsparcia społecznego, gdyż pobyt w oddziałach sądowych zazwyczaj jest długoletni, a więzi społeczne w tym czasie zostają zerwane. Leczenie ambulatoryjne będzie sprzyjać powrotowi do społeczeństwa; - Poprawa dramatycznej sytuacji braku wolnych miejsc w oddziałach psychiatrii sądowej; dobrze funkcjonujący system leczenia ambulatoryjnego, gwarantujący leczenie i nadzór nad pacjentami sądowymi, być może byłby wystarczający do leczenia części sprawców, a ponadto – zwolnienie pacjenta z oddziału detencyjnego, nie byłoby aż tak bardzo ryzykowne, jak obecnie, przy braku rzeczowego świadczenia; brak adekwatnej opieki nad pacjentem opuszczającym oddział sądowy sprzyja przedłużaniu hospitalizacji; - Możliwość obniżenia kosztów leczenia (w porównaniu z wysokimi stawkami osobodnia pacjenta w oddziale psychiatrii sądowej); - Jednym z ważnych powodów wprowadzenia nowego świadczenia jest także konieczność usprawnienia dotychczasowych rozwiązań.”
	TAK	- W opinii eksperta finansowanie przedmiotowego świadczenia jest zasadne, ponieważ obejmuje ono szczególną grupę pacjentów, która poza faktem zasadności stosowania wobec niej leczenia w związku z rozpoznanymi u nich zaburzeniami psychicznymi, poddani są ocenie pod kątem ryzyka ponownego dokonania, z przyczyn chorobowych, czynu zabronionego. - Pracownicy Poradni Zdrowia Psychicznego prowadzący terapię są zobowiązani do współpracy z odpowiednimi sądami w zakresie przedstawiania opinii o stanie zdrowia psychicznego i informowania o nieprawidłowym przebiegu tego środka. Czynności te nie są elementem pracy lekarzy i terapeutów w ogólnopsychiatrycznych Poradniach Zdrowia Psychicznego rutynowo realizowanymi wobec wszystkich pacjentów. Wymagają one doświadczenia w pracy z tą grupą pacjentów oraz realizacji dodatkowych czynności w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, zapoznawania się z aktami sprawy, zawartą w nich dokumentacją medyczną i wcześniejszymi opiniami biegłych, wykonywania dodatkowej oceny chorego pod kątem ryzyka ponownego ujawnienia zachowań z użyciem przemocy. Ekspert odniósł się także do pełnego zakresu zaburzeń psychicznych klasyfikowanych w ICD-10 pod kodami F00–F99, analizując ich znaczenie w kontekście psychiatrii sądowej oraz zasadności realizacji terapii i/lub terapii uzależnień w ramach środków zabezpieczających. Główne wnioski dla każdej z grup są następujące: F00–F09 Organiczne zaburzenia psychiczne Terapia zasadna głównie przy F06.0, F06.2, F06.30, wyjątkowo F07. Objawy mogą skutkować orzeczeniem niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej (art. 31 §1–2 kk), co uzasadnia leczenie w ramach środka zabezpieczającego. F10–F19 Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych Dominują uzależnienia od alkoholu (F10), wielu substancji (F19), opiatów (F11), kanabinoli (F12), leków uspokajających (F13), kokainy (F14), halucynogenów (F16), rozpuszczalników (F18). Często współwystępują z innymi zaburzeniami (np. psychotycznymi), wymagając równoległej terapii uzależnień. Abstynencja jest kluczowa dla skuteczności leczenia. F20–F29 Schizofrenia i zaburzenia psychotyczne

Ekspert	TAK NIE	Opinia ekspercka (uzasadnienie)
		Wszystkie diagnozy tej grupy (F20–F29) wymagają przewlekłego leczenia. Są najczęstszą przyczyną orzekania niepczytalności, co uzasadnia długoterminową terapię w ramach środka zabezpieczającego. F30–F39 Zaburzenia nastroju (afektywne) Najczęściej F31 – zaburzenia afektywne dwubiegunowe (epizody manii F31.1–F31.2). Rzadziej epizody depresji (F31.5, F32.3, F33.3). Po ustąpieniu epizodu konieczna jest przewlekła opieka psychiatryczna i psychoterapia. F40–F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem Rzadko jako rozpoznania podstawowe, częściej dodatkowe. Istotne ryzyko agresji przy F43.0 (ostra reakcja na stres) i F44 (zaburzenia dysocjacyjne). F50–F59 Zaburzenia behawioralne związane z czynnikami fizjologicznymi Nie stanowią rozpoznania podstawowego, mogą wymagać równoległej terapii. F60–F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych Często współwystępują z innymi diagnozami. Wymagają długoterminowej psychoterapii i psychoedukacji. Leczenie farmakologiczne ma charakter wspomagający. W tej grupie F65 – zaburzenia preferencji seksualnych, wymagają kompleksowej terapii psychiatrycznej i seksuologicznej. F70–F79 Upośledzenie umysłowe Rzadko jako rozpoznania dominujące. Może współwystępować z innymi zaburzeniami (np. schizofrenią). Wymaga przewlekłej opieki psychiatrycznej, psychologicznej i środowiskowej. F80–F89 oraz F90–F98 Dotyczą głównie psychiatrii dzieci i młodzieży, ale mogą występować u dorosłych (np. całościowe zaburzenia rozwojowe, ADHD), wymagając uwzględnienia w terapii.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 40. Opinie ekspertów klinicznych – szczególne grupy pacjentów, które mogą odnieść największą korzyść z przedmiotowego świadczenia w analizowanych wskazaniach

Ekspert	Szczególne grupy pacjentów
[REDAKTOWANE]	„Osoby z zaburzeniami psychotycznymi, które realizowały środek zabezpieczający w oddziale psychiatrii sądowej i osiągnęły stan remisji, a które nadal wymagają kontynuowania terapii (w szczególności farmakoterapii), a izolacja szpitalna nie jest już względem nich konieczna; - Osoby uzależnione od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych; osoby z podwójną diagnozą; - Osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych, a w szczególności te, względem których wcześniej został orzeczony izolacyjny środek zabezpieczający, a którzy po zakończeniu terapii w warunkach zamkniętych nadal wymagają terapii podtrzymującej oraz monitorowania ich na wolności. - Osoby z zaburzeniami osobowości, w szczególności typu organicznego lub dysocjalnego.”
[REDAKTOWANE]	- Osoby, wobec których decyzją sądu pierwotnie został zastosowany nieizolacyjny środek zabezpieczający w postaci terapii lub/i terapii uzależnień. - Pacjenci, którzy przebywali w oddziałach psychiatrii sądowej i uzyskali pozytywną ocenę postępów w leczeniu a izolacyjny środek zabezpieczający został zamieniony na leczenie ambulatoryjne. Z uwagi na długoterminowe pobyty w zamkniętych oddziałach psychiatrycznych pacjenci Ci wymagają wsparcia w adaptacji do funkcjonowania w nowych, wolnościowych warunkach. - Możliwość realizacji świadczenia w formie opieki dziennej, jako przejściowego elementu terapii pomiędzy warunkami pobytu w szpitalu, a leczeniem ambulatoryjnym. Ci pacjenci najczęściej wracają do środowiska, w którym w okresie pogorszenia stanu zdrowia psychicznego doszło do popełnienia czynów

Ekspert	Szczególne grupy pacjentów
	zabronionych i funkcjonują wtedy wśród osób, które były wskazywane jako poszkodowane w postępowaniu karnym. W konsekwencji część z nich wymaga, poza kontynuacją farmakoterapii, wsparcia psychologicznego i/lub w dalszej perspektywie opieki środowiskowej. Wg eksperta ograniczeniem w dostępie do dziennej opieki mogą być liczba i rozmieszczenie oddziałów dziennych, a także doświadczenie personelu oraz jego obciążenie pracą. Ponadto ekspert wskazuje na potencjalną konieczność zmian w zapisach Kodeksu Karnego, który nie uwzględnia takiego rodzaju środka zabezpieczającego. Opieka ambulatoryjna w postaci leczenia w Poradniach Zdrowia Psychicznego lub Poradniach Leczenia Uzależnień powinna być realizowana u pacjentów, wobec których zastosowano środek zabezpieczający celem zapewnienia im ciągłości leczenia farmakologicznego pod opieką lekarza psychiatry, opieki terapeutycznej w zakresie wizyt u psychologa czy terapeuty uzależnień. Takie leczenie ma na celu stabilizację stanu psychicznego tych osób oraz redukcję ryzyka ich ponownego wejścia w konflikt z prawem. Korzystać z tak realizowanego świadczenia odniosą pacjenci z diagnozą zaburzeń psychicznych o różnej etiologii. Największą grupę stanowią osoby z diagnozami wg klasyfikacji ICD-10: F20–F25, F30–F33, F06,F07 i F70. U części chorych diagnozą towarzyszącą jest F10–F19 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych), co wskazuje na potrzebę bardziej złożonej opieki terapeutycznej i współpracy specjalistów z różnych dziedzin zaangażowanych w leczenie chorego.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 41. Opinie ekspertów klinicznych – aktualne postępowanie w zakresie realizacji terapii i terapii uzależnień u pacjentów, wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.

Ekspert	Aktualne postępowanie w zakresie realizacji terapii i terapii uzależnień u pacjentów z orzeczonym środkiem zabezpieczającym na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3
	Postępowanie w zakresie realizacji terapii i terapii uzależnień reguluje Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.). Zgodnie z art. 93f § 1 kk 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. Redakcja przepisu odbiega znacznie od praktyki klinicznej, gdyż na terapię kierowani są w większości pacjenci z diagnozą różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, którzy wymagają farmakoterapii w postaci leków przeciwpsychotycznych, a nie obniżających popęd seksualny. Treść przepisu sugeruje, że jest on adekwatny wyłącznie do sprawców przestępstw seksualnych (jeśli chodzi o farmakoterapię). Już nie tylko specjaliści psychiatry, ale i sądy zaczęły dostrzegać konieczność stosowania terapii także w stosunku do innych kategorii pacjentów. Zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego: do kompetencji sądu orzekającego w sprawie nie należy określanie rodzaju oddziaływań o charakterze terapeutycznym. Wybór formy terapii (farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukacja), a także wybór konkretnych rodzajów terapii w ramach tych norm (np. rodzaj psychoterapii) należy wyłącznie do osób prowadzących terapię. Poddawani są jej pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, którzy w przeszłości dopuścili się najpoważniejszych czynów zabronionych. Aktualnie, wobec braku wyodrębnionego specjalnego świadczenia dla pacjentów sądowych, kierowani są oni przez sądy do Poradni Zdrowia Psychicznego na terenie całej Polski. Zidentyfikowane z tym problemy obejmują: - Brak ciągłości leczenia w przypadku, w którym pacjent detencyjny opuszcza oddział psychiatrii sądowej i wymaga kontynuacji leczenia. Po zgłoszeniu się do Poradni często okazuje się, że termin wizyty dostępny będzie dopiero za kilka miesięcy, co oznacza, że jeśli chory po zakończonej hospitalizacji nie będzie od razu poddany leczeniu ambulatoryjnemu, może on stwarzać zagrożenie dla społeczeństwa. Można przyjąć, że brak wyodrębnionego świadczenia i stworzenia osobnej kolejki przyjęć utrudniają dostępność leczenia pacjentom sądowym, co może mieć negatywne konsekwencje dla samego chorego, jak i życia i zdrowia innych. „Wymieszanie” pacjentów sądowych z pacjentami ogólnopsychiatrycznymi, co zarówno powoduje chaos organizacyjny w placówce, jak i system rozliczania czasu przewidzianego na pacjenta oraz formy pomocy mogą nie być adekwatne do potrzeb pracy z pacjentem sądowym. - Problemy większości członków personelu poradni z merytorycznym przygotowaniem do pracy z pacjentem sądowym, co powoduje, że terapia w ramach poradni ogranicza się przeważnie do przepisania leków i ustalenia ponownej wizyty. Tylko w niewielu przypadkach pacjenci sądowi korzystają z porad psychologa;

Ekspert	Aktualne postępowanie w zakresie realizacji terapii i terapii uzależnień u pacjentów z orzecznym środkiem zabezpieczającym na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3
	poradnie rzadko zatrudniają specjalistę seksuologa, brak jest jakiegokolwiek współpracy z asystentem socjalnym. Problemem jest również konieczność współpracy z sądami, co nie jest wymagane w przypadku pacjentów ogólnopsychiatrycznych. • Konieczność obowiązku kierownika poradni do przesyłania do sądu nie rzadziej niż co 12 miesięcy tzw. opinii okresowych, dotyczących stanu zdrowia oraz postępów w leczeniu i terapii, a tym samym konieczności dalszego leczenia w ramach środka zabezpieczającego. Opinia przygotowywana jest na podstawie przeprowadzonej analizy całości dokumentacji medycznej z ostatniego roku oraz po określeniu czynników, które przemawiają za zwolnieniem pacjenta z obowiązkowego leczenia ambulatoryjnego, kontynuowaniem terapii lub w przypadku niestawiania się na kolejne wizyty – za zamianą terapii na środek zabezpieczający w postaci pobytu w szpitalu psychiatrycznym. Ze względu na obecne możliwości organizacyjne, opinia najczęściej sporządzana jest przez specjalistę po czasie pracy w poradni, co nie jest dodatkowo wynagradzane, a jest to obowiązkowy element właściwego realizowania świadczenia na podstawie 93a § 1 pkt 2 kk. Postępowanie w zakresie realizacji terapii uzależnień również jest ściśle określone w kk. Zgodnie z 93f § 2 kk 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. Problemy systemowe i organizacyjne w przypadku skierowania sprawcy przez sąd na terapię uzależnień do placówki leczenia odwykowego są podobne do tych w przypadku realizowania terapii w Poradni Zdrowia Psychicznego. Należy zaznaczyć, że terapia uzależnień realizowana jest w większości w formie grupowej, natomiast zgodnie z opinią terapeutów uzależnień, łączenie w jednej grupie terapeutycznej pacjentów, którzy w przeszłości dopuścili się bardzo poważnych czynów zabronionych z pacjentami ogólnopsychiatrycznymi nie tylko jest niekorzystne dla wszystkich pacjentów, ale również może wpływać destrukcyjnie na proces terapeutyczny. Z tego powodu, w opinii eksperta, istnieje konieczność wyodrębnienia nowego świadczenia „terapia uzależnień w ramach środka zabezpieczającego” przeznaczanego typowo pacjentom sądowym.
	Terapia i terapia uzależnień jest realizowana u pacjentów, wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 kk. Sąd po orzeczeniu leczenia i/lub terapii uzależnień w warunkach ambulatoryjnych kieruje swoje postanowienie wraz ze wskazaniem miejsca realizacji leczenia do wybranej jednostki ochrony zdrowia, na terenie której znajduje się Poradnia Zdrowia Psychicznego lub Poradnia Leczenia Uzależnień. Pacjent ma wyznaczony termin wizyty w „ogólnej” kolejce razem z innymi chorymi korzystającymi z opieki w poradni w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. W zależności od poradni ma to wpływ na czas oczekiwania na wizytę, który może być kilkugodniowy, a nawet kilkumiesięczny. Świadczenie w postaci wizyty lekarskiej jest udzielane przez lekarza specjalistę psychiatrę lub lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, który w czasie jego trwania uzyskuje możliwość do udzielania świadczeń ambulatoryjnych. W części państwowych poradni, osoby w trakcie szkolenia stanowią większą część lekarzy udzielających świadczeń, a oczekiwanie na wizytę u specjalisty może być dłuższe. Świadczenie obejmuje wywiad psychiatryczny, ocenę stanu psychicznego, zapoznanie się z dostępną dokumentacją medyczną i wskazanie zaleceń dotyczących dalszej terapii, w tym wystawienie recept i ustalenie kolejnego terminu wizyty. Realizowane jest często przez lekarzy psychiatrów bez doświadczenia w leczeniu pacjentów w ramach realizacji środka zabezpieczającego, bez znajomości specyfiki oceny wobec ich dokonywanej i bez doświadczenia w ocenie ryzyka ponownego dokonania czynu zabronionego. Psychiatrzy Ci są zobowiązani do okresowego przygotowania opinii dotyczących stanu psychicznego tych chorych, zapoznania się z dokumentacją z sądu dotyczącą dokonanego czynu zabronionego, opinią biegłych, co jest dodatkowym obciążeniem przy dużej liczbie pacjentów oczekujących na realizację świadczenia zdrowotnego w poradni. W praktyce powoduje to również konieczność wykonywania opinii do sądu i zapoznawania się z dokumentacją poza miejscem i czasem pracy. W sytuacji stwierdzenia wskazań do opieki psychologicznej, pacjent również oczekuje na wizytę po uzyskaniu skierowania od lekarza psychiatry w kolejce osób korzystających z publicznego systemu opieki zdrowotnej. Nie ma osobnych kolejek dla omawianej grupy pacjentów, a w przypadku oczekiwania na wizytę u psychologa oczekiwanie jest najczęściej dłuższe niż do psychiatry. Osoby, wobec których realizowane są oba nieizolacyjne środki zabezpieczające, uczestniczą – poza leczeniem w poradni zdrowia psychicznego – w terapii w poradni leczenia uzależnień. Niejednokrotnie terapia ta realizowana jest w innym miejscu niż opieka psychiatryczna, a jednostki je realizujące nie komunikują się między sobą, będąc odrębnymi świadczeniodawcami w systemie ochrony zdrowia. W efekcie opieka jest realizowana zgodnie z decyzją sądu, w rzeczywistości jednak nie ma charakteru kompleksowego i utrudnia to stworzenie jednego planu terapeutycznego i wydanie kompleksowej opinii o postępach w leczeniu oraz dalszej konieczności stosowania środka zabezpieczającego. W bieżącej sytuacji możliwości opieki ambulatoryjnej nad pacjentami leczonymi zgodnie z postanowieniem sądu są takie same jak dla wszystkich innych pacjentów powszechnie korzystających z ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i dotyczy to również opieki środowiskowej. Nie ma jednej określonej instytucji lub osoby koordynującej cały przebieg oddziaływań realizowanych wobec chorego. Nie ma też wypracowanego systemowego mechanizmu dostępu do takiej jednostki lub osoby koordynującej do całości dokumentacji i oceny pacjenta we wszystkich poradniach, do których uczęszcza w procesie terapii. W opinii eksperta nie ma również osobnych poradni, które byłyby

Ekspert	Aktualne postępowanie w zakresie realizacji terapii i terapii uzależnień u pacjentów z orzecznym środkiem zabezpieczającym na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3
	przeznaczone typowo do realizacji opieki ambulatoryjnej w ramach środka zabezpieczającego. Kontrola komunikacji z sądami i terminowości kierowania pism do sądów leży w gestii lekarza prowadzącego terapię i kierownika poradni.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 42. Opinie ekspertów klinicznych – problemy systemowe, organizacyjne lub finansowe, które obecnie dotyczą opieki nad pacjentami, wobec których sąd orzekł środek zabezpieczający w postaci terapii i terapii uzależnień

Ekspert	Problemy systemowe, organizacyjne i finansowe
	W tabeli 41 wskazano zarówno aktualne postępowanie w zakresie realizacji terapii i terapii uzależnień, jak i problemy pojawiające się w praktyce prowadzenia tych terapii. Dodatkowo przedstawiono: Problemy organizacyjne: • Brak wyodrębnionego świadczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego i brak osobnej kolejki pacjentów sądowych, co powoduje wielomiesięczne oczekiwanie na wizytę i przerwy w terapii po opuszczeniu oddziału psychiatrii sądowej. • Niedostosowany system pracy poradni do potrzeb pacjentów sądowych – standardowy czas wizyty przewidziany dla pacjenta ogólnopsychiatrycznego jest niewystarczający dla pacjentów sądowych wymagających bardziej złożonych i kompleksowych działań terapeutycznych. • Brak dostatecznej kontroli i nadzoru nad realizacją środka zabezpieczającego w formie terapii i terapii uzależnień (istnieje ryzyko, że pacjent przerwie leczenie). • Niewystarczające przygotowanie personelu Poradni Zdrowia Psychicznego do pracy z pacjentami sądowymi – brak kompetencji i doświadczenia w terapii przeznaczonej specjalnie dla pacjentów sądowych. • Brak zespołowego podejścia specjalistów z zakresu psychiatrii, psychologii, psychoterapeutów, asystentów socjalnych do leczenia omawianej grupy pacjentów, co ogranicza kompleksowość terapii. • Brak wypracowanych procedur bieżącej współpracy personelu poradni z sądami i kuratorami, mimo, że jest to istotny element poprawnego realizowania świadczenia w postaci terapii orzeczonej jako środek zabezpieczający. • Brak specjalnych grup i struktur dla pacjentów sądowych w systemie terapii uzależnień – to niekorzystnie wpływa na proces leczenia. Problemy systemowe: • Niedostosowanie przepisów kodeksu karnego do praktyki klinicznej – przepis wskazuje głównie na farmakoterapię obniżającą popęd seksualny, mimo, że zdecydowana większość pacjentów sądowych ma zdiagnozowane różnego rodzaju zaburzenia psychotyczne wymagające zupełnie innego leczenia. • Brak jednoznacznego, systemowego umocowania form terapii dla pacjentów sądowych i dostosowania do nich adekwatnego systemu finansowania i organizacji. • Brak wyodrębnionych świadczeń: ○ „terapia (w formie ambulatoryjnej i dziennej) w ramach środka zabezpieczającego”, ○ „terapia uzależnień (w formie ambulatoryjnej i dziennej) w ramach środka zabezpieczającego”. • Niewydolność systemu PZP w płynnym „przejmowaniu” pacjentów opuszczających oddziały detencyjne – istnieje ryzyko nawrotu choroby i zagrożenia dla społeczeństwa, jeśli pacjent nie będzie kontynuował leczenia. • Niespójność między zadaniami nakładanymi przez prawo (np. obowiązek sporządzania okresowych opinii dla sądu) a realnymi możliwościami Poradni Zdrowia Psychicznego, które nie mają dodatkowych zasobów, czasu ani struktury do realizacji dodatkowych (poza samym udzielaniem świadczeń zdrowotnych poradni) czynności.

Ekspert	Problemy systemowe, organizacyjne i finansowe
	- Brak systemowego i organizacyjnego wsparcia dla zakładów leczenia odwykowego, w których pacjenci sądowi powinni być objęci dostosowanym do ich potrzeb leczeniem, a także mieć możliwość uczestniczenia w specjalnie przeznaczonych dla nich grupach terapeutycznych. Problemy finansowe: - Brak dodatkowego finansowania na opiniowanie dla sądu. Tzw. opinie okresowe (o postępach w leczeniu i terapii) stanowią integralną część świadczenia, wymagającą dużej ilości czasu i pracy, lecz nie są w żaden sposób opłacane. - Niedoszacowanie czasu i formy pracy niezbędnej w terapii pacjentów sądowych – obecna wycena świadczeń ogólnopsychiatrycznych nie obejmuje złożoności i kompleksowości pracy z tą grupą chorych oraz dodatkowych kwalifikacji personelu niezbędnych do jej wykonywania. - Brak środków finansowych na tworzenie wyspecjalizowanych zespołów i ośrodków ambulatoryjnych i dziennych przeznaczonych dla pacjentów sądowych. - Potencjalne zwiększenie kosztów społecznych związane z niewłaściwą organizacją systemu, np. w przypadku przerwania terapii oraz wzrostu ryzyka ponownego popełnienia czynów zabronionych przez chorych.
	- Brak ujednoliconego postępowania wobec osób leczonych w zakresie środków zabezpieczających: brak współpracy personelu, różne środki wolnościowe realizowane są w różnych poradniach, brak osoby koordynującej dla każdego pacjenta. - Świadczenia realizowane są przez personel niedoświadczony w tym zakresie.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 43. Opinie ekspertów klinicznych – wytyczne kliniczne, które dotyczą leczenia sprawców przestępstw (terapii i terapii uzależnień) w warunkach niedetencyjnych (ambulatoryjnie lub w warunkach dziennych)

Ekspert	Wytyczne kliniczne
	- Leczenie psychiatryczne sprawców czynów zabronionych w warunkach wolnościowych (terapia ambulatoryjna, terapia w warunkach oddziału dziennego) znajduje uzasadnienie m.in. wytycznych Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ang. <i>European Psychiatric Association</i>, EPA), w zakresie psychiatrii sądowej oraz przytoczonych w nich badaniach dotyczących leczenia pacjentów sądowych. Na ich podstawie sporządzono także wytyczne ogólnopolskie. - Za zasadnością terapii pacjentów sądowych w warunkach wolnościowych przemawiają także liczne badania zaprezentowane w zagranicznych publikacjach naukowych, które wskazują na jej użyteczność i efektywność. Publikacje opisują wyniki badań naukowych potwierdzające skuteczność terapii ambulatoryjnej (ang. <i>outpatient/community treatment</i>) nie tylko w wymiarze zdrowotnym, ale także społecznym (zmniejszenie ryzyka recydywy). Wskazać również należy, że systematyczne leczenie ambulatoryjne zapobiega nawrotom choroby i chroni przed koniecznością powrotu do terapii w warunkach izolacji szpitalnej. Ekspert przedstawił wykaz bibliografii wytycznych oraz publikacji naukowych^{292,293,294,295}.

²⁹² Völm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). *European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders*. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 51, 58–73. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.007>.

²⁹³ Heitzman, J., Gosek, P., Luks, M., Pilszyk, A., Kotowska, J. & Pacholski, M. (2020). *Implementation of the European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry in Poland. Current state and required measures*. *Psychiatria Polska*, 54(3), 553–570. <https://doi.org/10.12740/PP/109123>.

²⁹⁴ Krammer, S., Gamma, A., Znoj, H., Klecha, D., Signorini, P., & Liebrezn, M. (2020). *Effectiveness of forensic outpatients' psychiatric treatment and recidivism rates: A comparison study*. *Forensic Science International: Mind and Law*, 1, Article 100032. <https://doi.org/10.1016/j.fsml.2020.100032>.

²⁹⁵ DiCiro, M., Scott, M., & Sterling, S. (2025). *Does compulsory community treatment for discharged forensic hospital patients work? The recent evidence base*. *CNS spectrums*, 30(1), e65. <https://doi.org/10.1017/S1092852925000306>.

Ekspert	Wytyczne kliniczne
	Ekspert opisał ogólne schematy postępowania w przypadku najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych w warunkach nietendancyjnych. Nie wskazał konkretnych pozycji literatury naukowej.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 44. Opinie ekspertów klinicznych – kraje na świecie, w których leczenie psychiatryczne sprawców przestępstw jest realizowane w warunkach wolnościowych

Ekspert	Kraje, w których leczenie psychiatryczne sprawców przestępstw jest realizowane w warunkach wolnościowych
	Ekspert wskazał listę przykładowych krajów, w których leczenie psychiatryczne sprawców przestępstw jest realizowane w warunkach wolnościowych: Niemcy ^{296,297} , Holandia ^{298,299} , Szwecja ³⁰⁰ , Anglia ³⁰¹ , Szwajcaria ³⁰² , Stany Zjednoczone ³⁰³ , Japonia ³⁰⁴ , Nowa Zelandia ³⁰⁵ .
	Ekspert nie wskazał konkretnych krajów, w których leczenie psychiatryczne sprawców przestępstw jest realizowane w warunkach wolnościowych. Podkreślił, że w innych krajach europejskich, podobnie jak w Polsce, stosowane są środki zabezpieczające izolacyjne i nieizolacyjne orzekane wobec sprawców czynów zabronionych, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne. Środki nieizolacyjne obejmują leczenie psychiatryczne, terapię odwykową oraz dozór. W niektórych krajach wśród środków zabezpieczających stosowane są środki administracyjne. Kraje europejskie mają indywidualne rozwiązania dotyczące kryteriów orzekania i realizowania środków zabezpieczających, co dotyczy np. minimalnej kary pozbawienia wolności za czyn dokonany w stanie niepoczytalności, pozwalający na zastosowanie określonego środka zabezpieczającego, czy też dysponują ograniczeniami czasowymi dla stosowania środków zabezpieczających izolacyjnych i obejmują leczenie ambulatoryjne. Ekspert podał literaturę naukową opisującą środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich ³⁰⁶ .

²⁹⁶ Klinger, K., Ross, T., & Bulla, J. (2020). Forensic Outpatient Variables That May Help to Prevent Further Detention. *Frontiers in psychiatry*, 11, 42. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00042>.

²⁹⁷ Butz, M., Mokros, A., & Osterheider, M. (2013). Ambulante Sicherungsnachsorge für Massregelvollzugspatienten: Ergebnisse des zweiten bayerischen Modellprojekts [Specific outpatient treatment for forensic patients after release]. *Psychiatrische Praxis*, 40(1), 36–42. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327197>.

²⁹⁸ Swinkels, L. T. A., van der Pol, T. M., Popma, A., Ter Harmsel, J. F., & Dekker, J. J. M. (2020). Improving mental wellbeing of forensic psychiatric outpatients through the addition of an informal social network intervention to treatment as usual: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 20(1), 418. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02819-2>.

²⁹⁹ Smeekens, M. V., Sappelli, F., de Vries, M. G., & Bulten, B. H. (2021). Dutch Forensic Flexible Assertive Community Treatment: Operating on the Interface Between General Mental Health Care and Forensic Psychiatric Care. *Frontiers in psychology*, 12, 708722. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708722>.

³⁰⁰ Waxell, A., & Wiklund Gustin, L. (2021). Walking together towards freedom: Patients' lived experiences of participation in outpatient forensic care. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(5), 455–462. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1998262>.

³⁰¹ Latham, R., & Williams, H. K. (2020). Community forensic psychiatric services in England and Wales. *CNS spectrums*, 25(5), 604–617. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001743>.

³⁰² Krammer, S., Gamma, A., Znoj, H., Klecha, D., Signorini, P., & Liebrecht, M. (2020). Effectiveness of forensic outpatients' psychiatric treatment and recidivism rates: A comparison study. *Forensic Science International: Mind and Law*, 1, Article 100032. <https://doi.org/10.1016/j.fsml.2020.100032>.

³⁰³ Lambert, J. S., & Weisman, R. L. (2025). Forensic assertive community treatment: an emerging best practice. *CNS spectrums*, 30(1), e34. <https://doi.org/10.1017/S1092852925000069>.

³⁰⁴ Ando, K., Nakazawa, K., Matsunaga, S., & Okada, T. (2025). Overview of forensic outpatients on the Medical Treatment and Supervision Act in Japan. *International journal of law and psychiatry*, 100, 102074. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2025.102074>.

³⁰⁵ New Zealand Government, Ministry of Health. (2021). Models of care in forensic mental health services: A review of the international and national literature. <https://www.health.govt.nz/search?query=Models+of+Care+in+Forensic+Mental+Health+Services..>

³⁰⁶ Kulik, M. (2013). Środki zabezpieczające w prawie karnym wybranych państw europejskich. *Prawo w Działaniu. Sprawy Karne*, (13).

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 45. Opinie ekspertów klinicznych – uwagi lub propozycje do projektu świadczenia

Kryterium	Opis	Komentarz	
Wymagania formalne	Podmiot posiadający komórkę organizacyjną, potwierdzoną wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą – część VIII kodu resortowego: • 1700 – Poradnia zdrowia psychicznego lub • 1706 – Poradnia leczenia nerwic, lub • 1710 – Poradnia psychosomatyczna, lub • 1740 – Poradnia leczenia uzależnień, lub • 1744 – Poradnia leczenia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, lub • 1746 – Poradnia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, lub • 1780 – Poradnia seksuologiczna i patologii współżycia, lub • 1790 – Poradnia psychologiczna, lub • 2700 – Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny), lub • 2702 – Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny, lub • 2712 – Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu, lub • 2714 – Oddział dzienny terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.	• Brak uwag. • Do dyskusji kwestia Centrów Zdrowia Psychicznego.	• Zakres usług/wymagań formalnych odpowiada potrzebom związanym z realizacją omawianego świadczenia.
Warunki kwalifikacji do Świadczenia	1) wiek ≥ 18 r. ż.; 2) orzeczenie na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny środka zabezpieczającego w postaci terapii lub terapii uzależnień.	• Brak uwag.	• Brak uwag.
Personel	1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 2) lekarz specjalista w dziedzinie seksuologii, lub 3) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej, lub 4) osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty	• Ekspert proponuje wykreślić „osobę prowadzącą psychoterapię”, ponieważ może to być osoba, która nie posiada wystarczających kwalifikacji. Zamiast tego warto wpisać „psychoterapeuta” (ukończona szkoła psychoterapii + certyfikat) i dalej „osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty” (jest w trakcie procesu).	• Zgodne z wymogami do realizacji omawianego świadczenia. • Ekspert wskazał dodatkowy personel realizujący świadczenia w zakresie opieki środowiskowej – pielęgniarkę.

Kryterium	Opis	Komentarz	
	psychoterapii uzależnień, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień, lub 5) osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii, lub 6) psychoseksuolog.	- Ekspert proponuje również dodanie „psychologa-seksuologa”, czyli magistra psychologii, który ukończył dodatkowo studia podyplomowe z zakresu seksuologii (zazwyczaj 2-letnie). Wobec małej liczby seksuologów w Polsce, uwzględnienie psychologów-seksuologów może zwiększyć dostęp do świadczeń z zakresu seksuologii. W opinii eksperta kwalifikacje psychologa-seksuologa są wystarczające do terapii sprawców przestępstw seksualnych. - Do rozważenia opcja włączenia do personelu asystenta socjalnego do realizacji zadań określonych w wierszu „organizacja udzielania świadczeń”, m.in. w pkt. 2, 3, 4, 6. Czynności te nie muszą być realizowane przez psychiatrię czy psychologa.	
Zakres świadczenia	Świadczenie obejmuje: 1) Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych – świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia: – porada lekarska diagnostyczna – porada lekarska terapeutyczna – porada lekarska kontrolna – porada psychologiczna diagnostyczna – porada psychologiczna – sesja psychoterapii indywidualnej grupowej i rodzinnej – wizyta, porada domowa lub środowiskowa, 2) Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych – leczenia uzależnień: – porada lub wizyta diagnostyczna – porada lub wizyta terapeutyczna – porada lub wizyta lekarska	Ekspert wskazuje, że należy uwzględnić świadczenia z zakresu leczenia uzależnień w warunkach dziennych.	- Zgodne z wymogami świadczenia. - Ekspert proponuje rozważenie wprowadzenia świadczenia poza wizytami pacjenta, a uwzględniającego realizację czynności administracyjnych (zapoznanie się z dokumentacją sądową, przygotowanie opinii).

Kryterium	Opis	Komentarz	
	– wizyta instruktora terapii uzależnień – sesja psychoedukacyjna – turnus rehabilitacyjny dla osób uzależnionych 3) Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach dziennych psychiatrycznych: – świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych – świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych		
Wypożyczenie sprzętu i aparaturę medyczną	W lokalizacji: zapewnia wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402) dla komórki organizacyjnej.	Brak uwag.	Brak uwag.
Organizacja udzielania świadczeń	Świadczeniodawca jest zobowiązany do: 1) organizacji miejsca udzielania świadczeń w sposób gwarantujący odrębną kolejkę oczekujących oraz odrębny gabinet do realizacji świadczenia; 2) monitorowania aktualnej sytuacji życiowej pacjenta, jego warunków bytowych oraz rodzinnych (kontaktu z pacjentem, monitorowania postępów terapii, bieżącego kontaktu z rodziną pacjenta, realizacji wywiadu środowiskowego, współpracy z kuratorem oraz organami ścigania, monitorowania przestrzegania zaleceń lekarskich, odnotowywania w sprawozdaniach do sądu możliwego nadużywania środków psychoaktywnych, kontaktowania się z przedstawicielami opieki społecznej); 3) analizy sytuacji prawnej pacjenta; 4) prowadzenia wizyt środowiskowych (przy udziale co najmniej dwóch osób z dostępnego personelu); 5) monitorowania terapii seksuologicznej, efektów oddziaływań psychologicznych, farmakologicznych, edukacyjnych i kontrolnych, w tym monitorowania okresowych nawrotów objawów oraz czynników ryzyka przemocy seksualnej oraz czynników ochronnych; 6) monitorowania leczenia odwykowego, zgodnie z zaleceniami; 7) implementacji oraz wykorzystywania w bieżącej pracy narzędzi HCR-20 V3, SA6PROF SAPROF (z ang. Structured Assessment of Protective Factors), Static-99 (wersja polska) oraz SVR20 (ang. <i>Sexual Violence Risk 20</i>).	Brak uwag.	- Zasadne jest wprowadzenie tych elementów organizacji świadczenia. Do części wizyt środowiskowych połączonych z innymi czynnościami, jak np. wykonywanie iniekcji – personel pielęgniarki. - Ekspert wskazał potrzebę współpracy z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej. - Ponadto ekspert podkreślił, że wykonywanie pracy z narzędziem HCR 20 wymaga odpowiedniego przeszkolenia personelu – większej dostępności szkoleń i dostępności testów. Praca z HCR 20 jest czasochłonna, trudna do wprowadzenia do realizacji w zakresie wizyt psychiatrycznych w warunkach ambulatoryjnych.

Kryterium	Opis	Komentarz	
Pozostałe wymagania	1) Informowanie co 6 miesięcy sędziego penitencjarnego o postępach w terapii oraz o przypadkach niestawienia się pacjenta w poradni w ustalonym terminie. Poinformowanie Sądu o braku udziału w terapii dokonuje się niezwłocznie po braku udziału w dwóch kolejnych wizytach. Informację taką kieruje się również do właściwego kuratora oraz innych podmiotów biorących udział w opiece nad pacjentem. 2) Regularne kontakty z kuratorami, opieką społeczną, jak również wsparcie readaptacyjne w zakresie współpracy z organizacjami zaangażowanymi w reintegrację społeczną ww. osób. 3) Dodatkowo w ramach realizacji świadczenia wymagane może być uczestniczenie w spotkaniach interdyscyplinarnych jak również prowadzenie regularnej superwizji przypadków. 4) W terapii seksuologicznej sprawców przestępstw seksualnych z zaburzeniami preferencji seksualnych konieczne jest uwzględnienie regularnych badań laboratoryjnych i neuroobrazowych w celu monitorowania efektów ubocznych ewentualnej farmakoterapii stosowanej w celu obniżenia popędu seksualnego.	- Adresatem informacji powinien być sędzia sądu karnego, który orzekł o zastosowaniu środka zabezpieczającego, a nie sędzia penitencjarny. - Kodeks karny wykonawczy zobowiązuje kierownika poradni do przysyłania do sądu nie rzadziej niż co 12 miesięcy tzw. opinii okresowych, dotyczących stanu zdrowia oraz postępów w leczeniu i terapii. Termin kodeksowy 12 miesięcy, w opinii eksperta, jest wystarczający dla opinii okresowych pod warunkiem obowiązku kierownika poradni informowaniu sądu na bieżąco o przypadkach niestawienia się pacjenta w poradni w ustalonym terminie, czy też innych istotnych zdarzeniach, które wiążą się z procesem terapeutycznym, a tym samym z realizacją środka zabezpieczającego. - Pozostałe warunki bez uwag.	- Wszystkie wskazane wymagania zasadne w zakresie omawianego świadczenia. - Ekspert dodał, że sąd otrzymuje opinie co 12 miesięcy, a także wskazał zasadność superwizji przypadków, co wynika ze złożoności oceny oraz trudnych klinicznie przypadków przebiegu zaburzeń psychicznych u pacjentów, wobec których realizowany jest środek zabezpieczający.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 46. Opinie ekspertów klinicznych – potencjalne korzyści/ograniczenia i ryzyka związane z wprowadzeniem proponowanego świadczenia

Kryterium	Korzyści	Ograniczenia/ryzyka	Korzyści	Ograniczenia/ryzyka
Z perspektywy świadczeniobiorców / pozostałych pacjentów niebędących świadczeniobiorcami	- Zapewnienie kompleksowej i adekwatnej diagnostyki oraz terapii dostosowanej do specyfiki pacjentów sądowych. - Zwiększenie skuteczności leczenia poprzez zachowanie ciągłości terapii	Ryzyko niewystarczającej intensywności terapii w przypadkach wymagających jednak hospitalizacji całodobowej.	- Realizacja skutecznej terapii. - Współpraca interdyscyplinarna. - Szybsze wykrywanie pogorszenia stanu pacjenta.	Brak Oddziału Dziennego wśród dostępnych środków zabezpieczających.

Kryterium	Korzyści	Ograniczenia/ryzyka	Korzyści	Ograniczenia/ryzyka
	po zakończonej hospitalizacji oraz ograniczenie ryzyka recydywy. - Możliwość realizacji leczenia w miejscu zamieszkania lub jego pobliżu, co sprzyja reintegracji społecznej oraz odbudowie więzi rodzinnych. - Ograniczenie nadmiernej ingerencji w autonomię pacjenta poprzez zastosowanie form leczenia mniej dolegliwych niż detencja.	- Możliwość ograniczonej dostępności świadczeń w niektórych regionach, co może utrudnić realizację terapii w miejscu zamieszkania. - Potencjalne trudności w utrzymaniu regularności uczestnictwa w terapii w warunkach wolnościowych, zwłaszcza przy braku odpowiedniego nadzoru. - Ryzyko stygmatyzacji w środowisku lokalnym, wynikające z łączenia pacjenta z systemem sądowym. - Zagrożenie niewystarczającym wsparciem społecznym lub rodzinnym, co może obniżać efektywności oddziaływań terapeutycznych.	- Wsparcie środowiskowe, współpraca z rodziną pacjenta (edukacja). - Większy zakres czasu dla pacjenta podczas wizyty.	
Z perspektywy świadczeniodawców / systemu ochrony zdrowia	- Odciążenie oddziałów psychiatrii sądowej i zmniejszenie kolejek oczekujących na hospitalizację. - Racjonalizacja kierowania pacjentów do leczenia stacjonarnego wyłącznie w przypadkach rzeczywistej konieczności izolacji. - Zagwarantowanie ciągłości leczenia oraz ograniczenie ryzyka jego przerwania. - Podniesienie jakości i adekwatności świadczeń dzięki możliwości	- Ryzyko niewystarczających środków finansowych na stworzenie i utrzymanie programów ambulatoryjnych przeznaczonych dla pacjentów sądowych. - Ryzyko przeciążenia istniejących poradni lub oddziałów dziennych, jeśli nie zostaną adekwatnie dofinansowane i rozbudowane.	- Poprawa bezpieczeństwa realizacji świadczeń i lepsza kontrola stanu pacjenta. - Ujednolicenie postępowania, jasne wytyczne przebiegu leczenia dla personelu. - Lepsze finansowanie.	- Problemy z dostępem do wykwalifikowanej kadry do pracy w tak sprofilowanej poradni. - Mało realne stworzenie sieci Oddziałów Dziennych. - Koszty.

Kryterium	Korzyści	Ograniczenia/ryzyka	Korzyści	Ograniczenia/ryzyka
	prowadzenia specjalistycznej terapii ambulatoryjnej lub dziennej przeznaczonej konkretnie pacjentom sądowym.	• Trudności w skutecznym monitorowaniu przebiegu terapii poza warunkami izolacji. • Ryzyko nasilenia zachowań problemowych u pacjentów, dla których tryb ambulatoryjny może okazać się niewystarczający. • Obciążenie administracyjne wynikające z konieczności ścisłej współpracy z sądami.		
Z perspektywy płatnika publicznego	• Znaczna redukcja kosztów dzięki zastąpieniu kosztownej hospitalizacji formami leczenia ambulatoryjnego lub dziennego. • Racjonalne wykorzystanie zasobów systemowych, w tym miejsc w oddziałach psychiatrii sądowej. • Ograniczenie asekuracyjnego kierowania na detencję przez sądy poprzez zapewnienie dostępnej i wyspecjalizowanej alternatywy terapeutycznej. • Zwiększenie efektywności systemu oraz poprawa bezpieczeństwa publicznego poprzez skuteczniejszą terapię i zmniejszenie ryzyka recydywy.	• Konieczność podniesienia dodatkowych nakładów finansowych na uruchomienie specjalnie przeznaczonych dla pacjentów sądowych świadczeń. • Ryzyko nieefektywnego wykorzystania środków w przypadku niewłaściwej koordynacji między systemem zdrowia a wymiarem sprawiedliwości. • Konieczność inwestycji w nadzór i monitorowanie efektywności terapii (opinie okresowe, badania za pomocą wystandaryzowanych narzędzi) oraz rozbudowę infrastruktury ambulatoryjnej. • Ryzyko wzrostu kosztów w sytuacji	• Świadczenie uwzględniające realny zakres pracy personelu medycznego. • Kompleksowe leczenie pacjentów – wyższa skuteczność.	Jw.

Kryterium	Korzyści	Ograniczenia/ryzyka	Korzyści	Ograniczenia/ryzyka
		nieskuteczności terapii ambulatoryjnej i konieczności ponownej hospitalizacji.		

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 47. Opinie ekspertów klinicznych – realizacja / dodatkowe wymogi świadczenia / świadczeniodawców

Ekspert	Realizacja / dodatkowe wymogi świadczenia / świadczeniodawców
	- W ocenie eksperta realizowanie przedmiotowego świadczenia byłoby najkorzystniejsze w wyspecjalizowanych ośrodkach lub podmiotach leczniczych, wzorując się na rozwiązaniach międzynarodowych z zakresu psychiatrii sądowej. Mogłyby to być wyspecjalizowane oddziały dzienne dla pacjentów opuszczających oddziały detencyjne lub odrębne poradnie dla pacjentów sądowych, w których personel posiadałby specjalistyczne kompetencje w zakresie leczenia i terapii przeznaczonych dla sprawców czynów zabronionych z zaburzeniami psychicznymi. - Wobec ograniczonych środków finansowych na utworzenie nowych placówek tego typu, w opinii eksperta, powinno zostać wprowadzone do systemu co najmniej nowe świadczenie obejmujące diagnostykę oraz leczenie realizowane w ramach środka zabezpieczającego (terapia i terapia uzależnień) w istniejących podmiotach spełniających wymagania określone w zaproponowanej karcie świadczenia. - Należy rozważyć rozwój opieki ambulatoryjnej i dziennej dla pacjentów sądowych, zgodnie ze sprawdzonymi standardami zagranicznymi. Transformacja w duchu deinstytucjonalizacji wymaga ostrożności, odpowiednio wykwalifikowanego personelu i metod dostosowanych do sprawców z zaburzeniami psychicznymi. Tylko właściwe funkcjonowanie systemu umożliwi ograniczenie hospitalizacji, skuteczną terapię i reintegrację społeczną. - Wymogi dodatkowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy zostały opisane w tabeli nr 45.
	„Realizacja terapii i terapii uzależnień w wyspecjalizowanych do tego jednostkach w poradniach zdrowia psychicznego. Ze względu na istniejące już zasoby najlepiej tworzyć je w obrębie funkcjonujących już jednostek, które dysponują personelem doświadczonym w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. W mojej ocenie stworzenie całkowicie osobnych sieci poradni mogłoby być trudne między innymi w zakresie pozyskiwania personelu. - Przygotowanie osobnej kolejki przyjęć dla leczonych pacjentów decyzją Sądu z określeniem maksymalnego czasu oczekiwania na pierwszą wizytę.”

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 48. Opinie ekspertów klinicznych – propozycje rozwiązań usprawniających diagnostykę i leczenie oraz koordynację opieki nad pacjentami

Ekspert	Propozycje rozwiązań usprawniających diagnostykę i leczenie oraz koordynację opieki nad pacjentami
	Kluczowym dla usprawnienia diagnostyki i wyboru adekwatnych form leczenia pacjentów sądowych oraz oceny postępów w terapii, a także szacowania ryzyka ponownego popełnienia czynu zabronionego w przyszłości jest implementacja oraz wykorzystywanie w bieżącej pracy wystandaryzowanych narzędzi typu: HCR-20 V3, SAPROF, DUNDRUM, Static-99, SOTIPS oraz SVR 20 (w polskich wersjach językowych). Obecnie nie wszystkie narzędzia są dostosowane do warunków polskich, część z nich jest aktualnie w procesie adaptacji i będą dostępne w najbliższym czasie.
	„Stworzenie możliwości komunikowania się osób realizujących opiekę nad chorymi w zakresie różnych oddziaływań terapeutycznych i w konsekwencji przygotowywania wspólnych wniosków przedstawianych do Sądu. Przygotowanie planu terapii z uwzględnieniem jej celów i metod oceny postępów w leczeniu. Wprowadzenie osoby koordynującej.

Ekspert	Propozycje rozwiązań usprawniających diagnostykę i leczenie oraz koordynację opieki nad pacjentami
	• Włączenie do opieki nad chorym opieki środowiskowej z możliwością odbywania wizyty przez pracowników poradni w miejscu zamieszkania osoby. • Ujednolicenie druku opinii o stanie zdrowia, kierowanej do Sądu jako okresowa ocena stanu zdrowia i postępów w leczeniu w warunkach poradni. Ocena psychiatry realizującego terapię w warunkach ambulatoryjnych jest wydawana i podpisana przez lekarza, który ją realizuje. Pełni ona rolę opinii o stanie zdrowia, nie ma struktury opinii sądowo-psychiatrycznej, którą mają opinie wydawane podczas realizacji środków izolacyjnych. • Wskazanie osoby koordynującej przebieg realizacji terapii dla każdej z osób, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający w postaci terapii i/lub terapii uzależnień z określeniem zakresu jej obowiązków (kontrola terminów wizyt i zgłaszania się pacjenta, kontrola terminowości wydawania opinii, komunikacja pomiędzy personelem zaangażowanym w terapię). • Uregulowanie zasad przewlekłej opieki psychiatrycznej na zasadach leczenia ambulatoryjnego dla osób po opuszczeniu Oddziału Psychiatrii Sądowej skierowanych następnie, w związku z niezdolnością do samodzielnego zaspokajania swoich potrzeb, do Domu Pomocy Społecznej (na zasadach art. 38 i 39 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego). Procedura przeniesienia do DPS nie jest uregulowana, co skutkuje długoterminowym pobytem w oddziałach psychiatrii sądowej pacjentów, u których opieka mogłaby być realizowana na zasadach terapii, ale podczas pobytu w warunkach nadzoru instytucjonalnego w placówce opiekuńczej."

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 49. Opinie ekspertów klinicznych – oszacowania dotyczące populacji docelowej (w ujęciu rocznym), która będzie kwalifikować się do przedmiotowego świadczenia (wraz z podaniem źródeł)

Ekspert	Szacowana liczba pacjentów w skali roku kwalifikująca się do świadczenia	
	W warunkach dziennych	W warunkach ambulatoryjnych
[REDACTED]	• Brak danych umożliwiających oszacowanie liczebności populacji. • Najpewniej część pacjentów ambulatoryjnych (kolumna obok) będzie kwalifikować się do świadczeń w warunkach dziennych.	• Ok. 3 000 pacjentów – terapia; • Ok 2 000 pacjentów – terapia uzależnień. Są to dane szacunkowe na podstawie łącznej liczby sprawców, których skierowano do wykonania środka zabezpieczającego w postaci terapii i terapii uzależnień w roku 2024, uwzględniające tendencję wzrostową. Dane z 2024 r. na podstawie sprawozdania Ministerstwa Sprawiedliwości z sądowego wykonania orzeczeń: terapia – 2 604, terapia uzależnień – 1 479.
[REDACTED]	• Trudna do określenia.	Zgodnie z danymi wskazanymi w propozycji świadczenia, wynikająca ze statystyk. Należy wziąć pod uwagę zwiększającą się liczbę postępowań zakończonych postanowieniem o zastosowaniu środka zabezpieczającego.

[Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Tabela 50. Opinie ekspertów klinicznych – oszacowania dotyczące potencjalnego kosztu realizacji wnioskowanego świadczenia

Ekspert	Oszacowania dotyczące potencjalnego kosztu realizacji wnioskowanego świadczenia
	Ze względu na specyfikę pacjentów sądowych, wymagających kompleksowej opieki, monitorowania postępów leczenia, oceny ryzyka oraz współpracy z sądami, koszt świadczenia musi być wyższy niż w psychiatrii ogólnej. Ekspert zaproponował stawkę zwiększoną o 100% względem kosztu przypadającego na jednego pacjenta w Poradni Zdrowia Psychicznego (oszacowanie własne).
	Biorąc pod uwagę specyfikę świadczenia, szerszy zakres obowiązków wynikający z współpracy z Sądami, a także w celu pozyskania personelu chcącego zaangażować się w pracę w tej specyfice (z osobami, wobec których jest zastosowany przymus sądowy leczenia) świadczenie to powinno być droższe i wycenione w przypadku leczenia ambulatoryjnego jako dwukrotna (większa o 100%) wartość względem świadczeń dostępnych w koszyku świadczeń gwarantowanych (oszacowania własne).

[Źródło: pracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii ekspertów]

Załącznik 4. Zestawienie świadczeń gwarantowanych przeznaczonych pacjentom z orzeczeniem środka zabezpieczającego: terapia, terapia uzależnień oraz pobyt w zakładzie psychiatrycznym

Tabela 51. Świadczenia gwarantowane przeznaczone pacjentom wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
ZAŁĄCZNIK Nr 1 WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W WARUNKACH STACJONARNYCH PSYCHIATRYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI			
9	Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w <u>art. 93a § 1 pkt 2, 3</u> i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.).	Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek*; 3) psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek* lub osoby, o których mowa w pkt 1,2, 4-7, posiadające uprawnienia psychologa; 4) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 5) osoba prowadząca terapię zajęciową - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 6) pielęgniarki; 7) specjalista psychoterapii uzależnień-równoważnik 1 etatu, lub osoby o których mowa w pkt 1-6, posiadające uprawnienia specjalisty psychoterapii uzależnień.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
10	Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w <u>art. 93a § 1 pkt 2, 3</u> i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny.	Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek*; 3) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 4) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 5) osoba prowadząca terapię zajęciową - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 6) pielęgniarki; 7) specjalista psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu, lub osoby o których mowa w pkt. 1-6, posiadające uprawnienia specjalisty psychoterapii uzależnień.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
ZAŁĄCZNIK Nr 2 WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W WARUNKACH STACJONARNYCH LECZENIA UZALEŻNIEŃ ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI			
10	Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w <u>art. 93a § 1 pkt 3</u> ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny.	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 2) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 4) psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 5) pielęgniarki. 2. Pozostałe warunki: zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.	Zespół uzależnienia spowodowany używaniem środków (substancji) psychoaktywnych (Fix.2); Zaburzenia psychotyczne, zespół amnestyczny, rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne, inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nieokreślone spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych (Fix.5-9). Mogą być też inne rozpoznania z grupy zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
ZAŁĄCZNIK Nr 6 WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH PSYCHIATRYCZNYCH I LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO (DOMOWEGO) ORAZ WARUNKI REALIZACJI TYCH ŚWIADCZEŃ			
1	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych – porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii: 1) porada lekarska diagnostyczna – porada rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy, obejmująca: a) zebranie wywiadu, b) ocenę stanu psychicznego i somatycznego, c) skierowanie na niezbędne badanie psychologiczne, d) niezbędne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne,	Wymagania dotyczące czasu pracy personelu: 1) lekarz udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 3/4 czasu pracy poradni tygodniowo; 2) psycholog udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 1/3 czasu pracy poradni tygodniowo. Personel: lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii - równoważnik nie mniej niż 1/4 etatu przeliczeniowego. Dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przez lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99); Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03) (dla porady lekarskiej diagnostycznej lub sesji psychoterapii rodzinnej, lub sesji wsparcia psychospołecznego) - w przypadku gdy nie jest możliwe określenie leczonej jednostki chorobowej); Ogólne badanie psychiatryczne (Z04.6).

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
	2) porada lekarska terapeutyczna – porada kontynuująca leczenie według planu terapeutycznego, obejmująca: a) ocenę stanu psychicznego i somatycznego, b) ocenę postępów leczenia, c) niezbędne kontrolne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne;	Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.	
	3) porada lekarska kontrolna – porada obejmująca: a) ogólną ocenę przebiegu leczenia, b) ocenę stanu somatycznego, np. przy objawach polekowych, c) wydanie niezbędnych zaleceń odnośnie kontynuacji leczenia;	Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.	
	4) porada psychologiczna diagnostyczna – porada udzielana z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych, rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy, mająca na celu: a) wykonanie pogłębionej diagnostyki osobowości, b) ocenę procesów poznawczych, c) ocenę innych dyspozycji psychicznych, d) wykonanie niezbędnych konsultacji specjalistycznych, e) ustalenie diagnozy psychologicznej i planu terapeutycznego;	Personel: 1) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub 2) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub 3) psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej.	
	5) porada psychologiczna – porada stanowiąca element wdrożonego planu leczenia, obejmująca: a) pomoc psychologiczną, b) niezbędne dodatkowe i kontrolne badania psychologiczne;	Personel: psycholog.	
	6) sesja psychoterapii indywidualnej – sesja z jednym świadczeniobiorcą, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności świadczeniobiorcy, prowadzona według	1. Personel: 1) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
	określonej metody; sesja psychoterapii indywidualnej może być realizowana w formie: a) interwencji kryzysowej (pomocy psychospołecznej) - do 6 sesji w okresie do 2 tygodni lub b) psychoterapii krótkoterminowej - do 25 sesji w okresie pół roku, lub c) psychoterapii długoterminowej - do 75 sesji w okresie roku, lub d) psychoterapii podtrzymującej (po zakończeniu psychoterapii krótko- lub długoterminowej) - do 15 sesji w okresie pół roku, jako bezpośrednia forma współpracy ze świadczeniobiorcą, polegająca na wspieraniu i utrzymywaniu mocnych cech świadczeniobiorcy, bez ingerencji w jego zaburzone procesy;		
	7) sesja psychoterapii rodzinnej – sesja z rodziną stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie nasilających się problemów i trudności oznaczających dysfunkcjonalność rodziny powodującą ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych i somatycznych u członka rodziny, prowadzona według określonej metody, w formie od 6 do 12 sesji w okresie pół roku;	1. Personel: 1) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
	8) sesja psychoterapii grupowej – sesja realizowana w grupach świadczeniobiorców, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody, realizowana z grupą 4-12 osób, w formie: a) psychoterapii krótkoterminowej - do 50 sesji w okresie pół roku, b) psychoterapii długoterminowej - do 110 sesji w okresie roku, c) psychoterapii podtrzymującej (po zakończeniu psychoterapii krótko- lub długoterminowej) - do 15 sesji w okresie pół roku;	1. Personel: 1) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
	9) sesja wsparcia psychospołecznego – oddziaływanie psychospołeczne na jedną osobę lub w grupie 2 do 6 osób, kierowane do świadczeniobiorców i/lub ich rodzin lub	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub	

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
	innych osób stanowiących oparcie społeczne świadczeniobiorcy; wsparcie psychospołeczne może obejmować do 12 sesji w okresie pół roku;	3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, lub 4) psycholog, lub 5) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub 6) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 7) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
	10) wizyta, porada domowa lub środowiskowa – wizyta lub porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna udzielana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy.	Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, lub 3) psycholog - samodzielnie lub w zespole z innym pracownikiem.	
	11) przeczaskkowa stymulacja magnetyczna – procedura terapeutyczna składająca się z: 1) sesji kwalifikacyjnej - konsultacji psychiatrycznej obejmującej: a) kliniczno-psychiatryczną ocenę stanu psychicznego, b) zebranie wywiadu od świadczeniobiorcy, c) analizę dokumentacji z dotychczasowego leczenia świadczeniobiorcy, w tym opinii neurologa o braku przeciwwskazań, d) postawienie diagnozy, e) ocenę wskazań według następujących kryteriów: - potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F32.1, F32.2, F33.1 i F33.2, - aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, - potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego, f) ocenę przeciwwskazań, g) dobór planowanego protokołu stymulacji (HF-rTMS lub iTBS). Proces kwalifikacji świadczeniobiorcy do leczenia nie powinien odbywać się wcześniej	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przeczaskkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii posiadający udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przeczaskkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi; 2) osoba wykonująca zawód medyczny posiadająca udokumentowane szkolenie w zakresie leczenia przeczaskkową stymulacją magnetyczną chorych z zaburzeniami psychicznymi. 2. Miejsce udzielania świadczeń: pomieszczenie do wykonywania przeczaskkowej stymulacji magnetycznej. 3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) stymulator do przeczaskkowej stymulacji magnetycznej, 2) cewka terapeutyczna ósemkowa, 3) cewka do wyznaczania MT - zalecane jest używanie stymulatorów magnetycznych i cewek opatrzonych symbolem zgodności europejskiej (CE) oraz zgłoszonych do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; 4) ramię lub inny system do unieruchamiania cewki w trakcie stymulacji; 5) moduł do pomiaru ruchowych potencjałów wywołanych (monitor ruchowych potencjałów wywołanych) lub aparat do elektromiografii (EMG); 6) elektrody jednorazowe do badania ruchowych potencjałów wywołanych; 7) zatyczki do uszu; 8) czepki materiałowe do wyznaczania miejsca (obszaru) stymulacji. 4. Pozostałe warunki: 1) świadczenie realizowane dla świadczeniobiorcy z lekoopornością; 2) sesję kwalifikacyjną realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; czas trwania 60 minut; 3) kalibrację z pierwszym wyznaczeniem MT i punktu stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; 4) wyznaczenie MT w trakcie terapii realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; 5) sesję stymulacji realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, lub osoba, o której mowa w ust. 1 pkt 2; średni czas trwania od 5 minut do 40 minut, w zależności od zastosowanego protokołu;	

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
	niż 30 dni przed planowanym rozpoczęciem terapii; 2) kalibracji z pierwszym wyznaczeniem progu motorycznego, zwanego dalej "MT", i punktu stymulacji - w trakcie której odbywa się: a) dobranie świadczeniobiorcy czepka w odpowiednim rozmiarze, b) dokonanie pomiarów antropometrycznych głowy świadczeniobiorcy, c) wyznaczenie punktu "Hot Spot" (miejsca o najniższych uzyskiwanych wartościach MT) i jego zaznaczenie na czepku, d) oznaczenie MT jako wartości amplitudy bodźca danego stymulatora w procentach, w punkcie "Hot Spot", e) wyznaczenie docelowego punktu stymulacji (w obszarze grzbietowo-bocznej kory przedczołowej) i jego zaznaczenie na czepku, f) zaprogramowanie zaplanowanego u świadczeniobiorcy protokołu w stymulatorze. Po zakończeniu kalibracji następuje sesja stymulacji; 3) wyznaczenia MT co 5 zabiegów (zalecane jest wykonywanie zabiegów w kolejnych następujących po sobie dniach roboczych). Po zakończeniu wyznaczenia MT następuje sesja stymulacji; 4) sesji stymulacji - sesji, w trakcie której są wykonywane następujące czynności: a) unieruchomienie głowy świadczeniobiorcy i cewki umiejscowionej nad wyznaczonym obszarem stymulacji, b) uruchomienie protokołu stymulacji i wykonanie zabiegu; maksymalnie 20 sesji w trakcie terapii; 5) sesji podsumowującej terapię - konsultacji psychiatrycznej. Łącznie dla 1 świadczeniobiorcy 1 cykl terapii przezczaszkowej stymulacji magnetycznej nie częściej niż co 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniego cyklu.	6) sesję podsumowującą terapię realizuje lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1; średni czas trwania 30 minut; 7) zalecane do stosowania protokoły leczenia: a) HF-rTMS w okolicy L-DLPFC (120 % RMT, częstotliwość 10 Hz, 4 s on, 11-26 s off; 3000 pulsów/sesja), czas trwania 19-37,5 minuty; 20 sesji, b) iTBS w okolicy L-DLPFC (120 % RMT, salwy tripletów o częstotliwości 50 Hz powtarzane z częstotliwością 5 Hz, 2 s on, 8 s off, 600 bodźców/sesja), czas trwania 3 minuty 9 s; 20 sesji.	
4	Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia - porady lub sesje psychoterapii:	Wymagania dotyczące czasu pracy personelu: 1) lekarz udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 3/4 czasu pracy poradni tygodniowo;	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48);

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
		2) psycholog udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż 1/3 czasu pracy poradni tygodniowo.	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59); Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69).
	1) porada lekarska diagnostyczna – porada rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy, obejmująca: a) zebranie wywiadu, b) ocenę stanu psychicznego i somatycznego, c) skierowanie na niezbędne badanie psychologiczne, d) niezbędne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne, e) ustalenie rozpoznania i planu terapeutycznego;	Personel: lekarz specjalista w dziedzinie seksuologii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.	
	2) porada lekarska terapeutyczna – porada kontynuująca leczenie według planu terapeutycznego, obejmująca: a) ocenę stanu psychicznego i somatycznego, b) ocenę postępów leczenia, c) niezbędne kontrolne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne;	Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie seksuologii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie seksuologii.	
	3) porada lekarska kontrolna – porada obejmująca: a) ogólną ocenę przebiegu leczenia, b) ocenę stanu somatycznego, w szczególności przy objawach polekowych, c) wydanie niezbędnych zaleceń odnośnie kontynuacji leczenia;		
	4) porada psychologiczna diagnostyczna – porada udzielana z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych, rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy, mająca na celu: a) wykonanie pogłębionej diagnostyki osobowości, b) ocenę procesów poznawczych,	Personel: 1) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny lub 2) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub 3) psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej.	

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
	c) ocenę innych dyspozycji psychicznych, d) wykonanie niezbędnych konsultacji specjalistycznych, e) ustalenie diagnozy psychologicznej i planu terapeutycznego;		
	5) porada psychologiczna – porada stanowiąca element wdrożonego planu leczenia, obejmująca: a) pomoc psychologiczną, b) niezbędne dodatkowe i kontrolne badania psychologiczne;	Personel: 1) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny lub 2) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub 3) psycholog z udokumentowanym co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy klinicznej.	
	6) sesja psychoterapii indywidualnej – sesja z jednym świadczeniobiorcą, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności świadczeniobiorcy, prowadzona według określonej metody, realizowana w formie: a) interwencji kryzysowej (pomocy psychospołecznej) - do 6 sesji w okresie do 2 tygodni lub b) psychoterapii krótkoterminowej - do 25 sesji w okresie pół roku, lub c) psychoterapii długoterminowej - do 75 sesji w okresie roku, lub d) psychoterapii podtrzymującej (po zakończeniu psychoterapii krótkolub długoterminowej) - do 15 sesji w okresie pół roku, jako bezpośrednia forma współpracy ze świadczeniobiorcą polegająca na wspieraniu i utrzymywaniu mocnych cech świadczeniobiorcy, bez ingerencji w jego zaburzone procesy;	1. Personel: 1) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
	7) sesja psychoterapii rodzinnej – sesja z rodziną stanowiąca element ustalonego planu leczenia nastawiona na przepracowanie nasilających się problemów i trudności oznaczających dysfunkcjonalność rodziny powodującą ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych i somatycznych u członka rodziny, prowadzona według określonej metody, w formie od 6 do 12 sesji w okresie pół roku;	1. Personel: 1) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
	8) sesja psychoterapii grupowej – sesja realizowana w grupach świadczeniobiorców,	1. Personel:	

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
	stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody, realizowana z grupą 4-12 osób, w formie: a) psychoterapii krótkoterminowej - do 50 sesji w okresie pół roku, b) psychoterapii długoterminowej - do 110 sesji w okresie roku, c) psychoterapii podtrzymującej (po zakończeniu psychoterapii krótkolub długoterminowej) - do 15 sesji w okresie pół roku; 9) sesja wsparcia psychospołecznego – oddziaływanie psychospołeczne na jedną osobę lub w grupie od 2 do 6 osób, kierowane do świadczeniobiorców lub ich rodzin, lub innych osób stanowiących oparcie społeczne świadczeniobiorcy; wsparcie psychospołeczne może obejmować do 12 sesji w okresie pół roku.	1) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut. 1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie seksuologii lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie seksuologii, lub 3) psycholog, lub 4) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub 5) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. 2. Pozostałe warunki: czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.	
5	Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych – program leczenia zaburzeń preferencji seksualnych obejmujący poradnictwo i terapię osób, o których mowa w <u>art. 93 c pkt 3</u> ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, realizowany poprzez: 1) wydawanie świadczeniobiorcy dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych, wyłącznie w uzasadnionych przypadkach, kiedy nie ma innej możliwości zapewnienia leczenia farmakologicznego; 2) okresowe badanie stanu somatycznego i psychicznego; 3) psychoterapię indywidualną (w wymiarze co najmniej 60 minut, od 1 sesji raz w tygodniu, przez 1 sesję co 2 tygodnie, do 1 sesji w miesiącu - minimum 12 sesji w okresie roku);	1. Personel: zespół w składzie: 1) lekarz specjalista w dziedzinie seksuologii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii; 2) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej; 3) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty; 4) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub specjalista psychoterapii uzależnień. 2. Pozostałe warunki: Zapewnienie leków stosowanych w programie terapii zaburzeń preferencji seksualnych (wyłącznie w uzasadnionych przypadkach, kiedy nie ma innej możliwości zapewnienia leczenia farmakologicznego).	Zaburzenia preferencji seksualnych (F65).

Lp.	Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Wskazanie do realizacji świadczenia gwarantowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
	4) psychoterapię grupową (realizowaną z grupą od 5 do 7 świadczeniobiorców, w wymiarze co najmniej 180 minut, od 5 sesji w tygodniu, przez 1 sesję w tygodniu, do 1 sesji w miesiącu - bez ograniczeń liczby sesji w ciągu roku); sesję prowadzą minimum 2 osoby personelu; 5) konsultacje specjalistyczne w zakresie seksuologii; 6) diagnostykę laboratoryjną obejmującą co najmniej: morfologię, OB, glukozę, wapń, fosfor, FSH, LH, PRL, testosteron, próby wątrobowe, gęstość mineralną kości, EKG; 7) kontrolę laboratoryjną: próby wątrobowe - co 3 miesiące; morfologia, glukoza, wapń, fosfor, poziomy hormonów - nie rzadziej niż 1 raz na 6 miesięcy; ocena gęstości mineralnej kości - nie rzadziej niż co 12 miesięcy (w przypadku ryzyka osteoporozy). W ramach programu podejmowane są działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami preferencji seksualnych.		

[Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.)]

Tabela 52. Produkty rozliczeniowe przeznaczone pacjentom wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 93a § 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383)

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Wymagania realizacji zakresu świadczeń	Kod produktów sprawozdawczych	Nazwa produktów sprawozdawczych	Jednostka sprawozdawcza	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktów rozliczeniowych	Wykaz rozpoznań, m.in. dla których poziom finansowania zależy od czasu leczenia	Liczba osobodni, rozliczanych z współczynnikami korygującymi o wartości 1	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych											
9	04.4730.021.02	świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia	zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 9 rozporządzenia	5.00.04.0000029	osobodzień w oddziale psychiatrii sądowej	osobodzień	punkt	16	F00-F99	x	x
10	04.4732.021.02	świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	zgodnie z załącznikiem nr 1 lp. 10 rozporządzenia	5.00.04.0000030	osobodzień w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	osobodzień	punkt	18	F00-F99	x	x
28	04.4736.021.02	świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	zgodnie z załącznikiem nr 2 lp. 10 rozporządzenia	5.00.04.0000050	osobodzień w oddziale odwykowym o wzmocnionym zabezpieczeniu	osobodzień	punkt	18	x	x	x
Świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych											
43	04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	zgodnie z załącznikiem nr 6 lp.1 rozporządzenia	5.00.04.0000094	porada lekarska diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	9,45	x	x	x
				5.00.04.0000096	porada lekarska terapeutyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	6,3	x	x	x
				5.00.04.0000098	porada lekarska kontrolna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	3,15	x	x	x

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Wymagania realizacji zakresu świadczeń	Kod produktów sprawozdawczych	Nazwa produktów sprawozdawczych	Jednostka sprawozdawcza	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktów rozliczeniowych	Wykaz rozpoznań, m.in. dla których poziom finansowania zależy od czasu leczenia	Liczba osobodni, rozliczanych z współczynnikiem korygującym o wartości 1	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
				5.00.04.0000100	porada psychologiczna diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	9,45	x	x	x
				5.00.04.0000102	porada psychologiczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	8,4	x	x	x
				5.00.04.0000104	sesja psychoterapii indywidualnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	14,7	x	x	x
				5.00.04.0000106	sesja psychoterapii rodzinnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	4,2	x	x	Z03 – w przypadku osób stanowiących rodzinę świadczeniobiorcy, dla których nie stwierdzono jednostki chorobowej leczonej w danej komórce organizacyjnej
				5.00.04.0000108	sesja psychoterapii grupowej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	3,15	x	x	x
				5.00.04.0000110	sesja wsparcia psychospołecznego (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	1,58	x	x	Z03 – w przypadku osób stanowiących wsparcie świadczeniobiorcy, u których nie rozpoznano zaburzeń psychicznych
				5.00.04.0000112	wizyta, porada domowa lub środowiskowa (art.	punkt	punkt	15	x	x	x

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Wymagania realizacji zakresu świadczeń	Kod produktów sprawozdawczych	Nazwa produktów sprawozdawczych	Jednostka sprawozdawcza	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktów rozliczeniowych	Wykaz rozpoznań, m.in. dla których poziom finansowania zależy od czasu leczenia	Liczba osobodni, rozliczanych z współczynnikami korygującymi o wartości 1	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
					93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)						
			zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia	5.00.04.0000114	turnus rehabilitacyjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	3,15	x	do 14 dni	x
46	04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	zgodnie z załącznikiem nr 6 lp. 4 rozporządzenia	5.00.04.0000094	porada lekarska diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	9,45	x	x	x
				5.00.04.0000096	porada lekarska terapeutyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	6,3	x	x	x
				5.00.04.0000098	porada lekarska kontrolna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	3,15	x	x	x
				5.00.04.0000100	porada psychologiczna diagnostyczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	9,45	x	x	x
				5.00.04.0000102	porada psychologiczna (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	8,4	x	x	x
				5.00.04.0000104	sesja psychoterapii indywidualnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	14,7	x	x	x
				5.00.04.0000106	sesja psychoterapii rodzinnej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	4,2	x	x	x
				5.00.04.0000108	sesja psychoterapii grupowej (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	3,15	x	x	x

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Wymagania realizacji zakresu świadczeń	Kod produktów sprawozdawczych	Nazwa produktów sprawozdawczych	Jednostka sprawozdawcza	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktów rozliczeniowych	Wykaz rozpoznań, m.in. dla których poziom finansowania zależy od czasu leczenia	Liczba osobodni, rozliczanych z współczynnikiem korygującym o wartości 1	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
				5.00.04.0000110	sesja wsparcia psychospołecznego (art. 93a § 1 pkt 2 i 3 k.k.)	punkt	punkt	1,58	x	x	Z03 – w przypadku osób stanowiących wsparcie świadczeniobiorcy, u których nie rozpoznano zaburzeń psychicznych
47	04.1780.008.02	program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	zgodnie z załącznikiem nr 6 lp. 5 rozporządzenia	5.00.04.0000072	wydawanie dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych	punkt	punkt	0,25	x	x	z podaniem leku w lokalizacji (uczestnik programu), za każdy dzień udziału w programie
				5.00.04.0000011	porada lekarska terapeutyczna	punkt	punkt	6,3	x	x	x
				5.00.04.0000003	sesja psychoterapii indywidualnej	punkt	punkt	14,7	x	x	x
				5.00.04.0000005	sesja psychoterapii grupowej	punkt	punkt	9,45	x	x	x
				5.00.04.0000073	diagnostyka i kontrola laboratoryjna	punkt	punkt	0,07	x	x	za każde badanie

[Źródło: Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 18/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (NFZ z 2025 r. poz. 18)]