



Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej



BM-II.059.1.363.2024

Warszawa, /elektroniczny znacznik czasu/

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 3665 z 11 lipca 2024 r., przesłaną przez Pana Posła Łukasza Horbatowskiego wraz z grupą posłów, „w sprawie podjęcia działań mających na celu poprawę sytuacji mieszkańców zmagających się z problemami zdrowotnymi, w tym uzależnieniami, zaburzeniami psychicznymi i innymi schorzeniami o podłożu somatycznym”, proszę przyjąć poniższą odpowiedź.

Zawarte niżej wyjaśnienia przedstawiam po konsultacji z Ministrą Zdrowia, do której zwróciłam się z prośbą o przekazanie stosownych informacji, pozostających we właściwości kierowanego przez nią resortu.

Należy podkreślić, że świadczenia opieki zdrowotnej, również te realizowane w zakładach opiekuńczych, udzielane są na podstawie kryteriów medycznych, ustalonych w oparciu o aktualną wiedzę medyczną. Składają się na nie:

- ocena stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- ocena rokowania co do dalszego przebiegu choroby;
- ocena chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
- ocena zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Nadmienić trzeba, że podstawą skierowania pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego czy pielęgnacyjno-opiekuńczego mogą być wyłącznie kryteria medyczne.

Odnosnie kryteriów kwalifikacji do opieki długoterminowej należy podkreślić, że zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 253), do zakładu opiekuńczego może zostać zakwalifikowany świadczeniobiorca, który w skali oceny poziomu samodzielności, zwanej dalej „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej. W kwestii wątpliwości dotyczących umieszczenia pacjenta w zakładzie opiekuńczym na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego, zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, wskazać należy, że przepis ten potwierdza regulację zawartą w art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2023 r. poz. 1516, z późn. zm.), dotyczącą wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Stanowi ona, że jeśli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, zaś gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego.

W przypadku pacjentów niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody, podstawę do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej stanowi niezależne postanowienie sądu, wydane po zbadaniu przesłanek podmiotowych, w tym w szczególności stanu niezdolności pacjenta do wyrażenia zgody, a nie interes osoby, która o tego rodzaju zgodę występowała. Co ważne, interwencja sądu nie może mieć charakteru instrumentu przełamania woli pacjenta, co prowadziłoby do naruszenia jego wolności i tym samym praw pacjenta.

W ramach powołanego przez Ministra Sprawiedliwości międzyresortowego zespołu prowadzone są analizy mające na celu zaprojektowanie, a następnie wprowadzenie do Kodeksu cywilnego oraz innych ustaw, zmian dotyczących zastąpienia ubezwłasnowolnienia innymi rozwiązaniami z zakresu wspieranego podejmowania decyzji. Potrzeba wprowadzenia nowych rozwiązań w tym zakresie wynika zarówno z konieczności zagwarantowania wszystkim pełnoletnim obywatelom prawa do samostanowienia i decydowania o wyborze reprezentanta na wypadek utraty zdolności do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem, jak również z aktualnej sytuacji demograficznej, społecznej i prawnej w Polsce. Odpowiednie modyfikacje przepisów będą wprowadzane także w innych aktach prawnych. Działania te sprzyjać będą ewentualnemu uzupełnieniu lub zmianie umiejscowienia przepisów dotyczących m.in. podstaw umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym innym niż psychiatryczny, na podstawie postanowienia sądu opiekuńczego.

W odniesieniu do kwestii zapewnienia miejsca pobytu dla osób, które zakończyły leczenie w szpitalu psychiatrycznym, należy podkreślić że, kluczowe jest w tym wypadku prowadzenie spójnych, międzysektorowych działań. Dlatego też zakres działań oraz zalecanych rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia psychicznego został wskazany w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030, przyjętego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 (Dz. U. z 2023 r. poz. 2480).

Program współrealizują, ze względu na charakter określonych w nim celów, ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, rodziny, zabezpieczenia społecznego, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości oraz Minister Obrony Narodowej wraz z samorządami województw, powiatów i gmin oraz Narodowym Funduszem Zdrowia.

Priorytetowe zadania Programu są skupione na zapewnianiu osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki oraz adekwatnego wsparcia, poprzez rozwój środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych - realizowanej przez centra zdrowia psychicznego - oraz tworzenie nowych ośrodków opartych na trzech poziomach referencyjnych, na rzecz rozwoju psychiatrii dzieci i młodzieży.

Założeniem realizowanej przez Ministerstwo Zdrowia reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego jest rozwijanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w duchu procesu deinstytucjonalizacji oraz wyrównanie dostępu do opieki psychiatrycznej we wszystkich regionach kraju. Model środowiskowy, oparty na udzielaniu świadczeń zdrowotnych blisko miejsca zamieszkania osoby, do której są kierowane, umożliwia prowadzenie procesu terapeutycznego w sposób najlepiej dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjentów i pozwala na wczesne wykrywanie kryzysów psychicznych, zapobiegając jednocześnie zjawisku stygmatyzacji pacjentów.

Odnosząc się zaś do kwestii zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do podjęcia leczenia, zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 2151), zwanej dalej „ustawą”, leczenie odwykowe osób uzależnionych prowadzone jest w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych, wykonujących

działalność leczniczą pod postacią świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne. Wyjątki od tej zasady określa ustawa.

Zgodnie z art. 26 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spójność lub porządek publiczny, jeżeli uzależnione są od alkoholu, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego. O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego orzeka w postępowaniu nieprocesowym sąd rejonowy właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy. Sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego (jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone). Celem instytucji sądowego zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego jest motywowanie ich do podjęcia terapii uzależnienia.

Przymus stosowany jest na etapie doprowadzania osoby uzależnionej od alkoholu na badanie przez biegłego, na rozprawę w sądzie i do zakładu leczniczego na podjęcie kuracji, jeśli odmawia ona współpracy. Nie ma jednak możliwości prawnych ani organizacyjnych zatrzymania pacjenta w zakładzie lecznictwa odwykowego wbrew jego woli. Niestety, sądowa procedura zobowiązania osoby uzależnionej do poddania się leczeniu odwykowemu nie charakteryzuje się wysoką efektywnością. Zgodnie z wynikami badania zrealizowanego przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości w 2017 r.¹, w analizowanych przez autorkę sprawach jedynie 28% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie stacjonarnym oraz zaledwie 10% orzeczeń o obowiązku podjęcia leczenia w zakładzie niestacjonarnym zostało wykonanych. W opracowaniu tym, w kontekście rozważań na temat zastąpienia nieobowiązującego już systemu „przymusowego leczenia” aktualnie obowiązującym zobowiązaniem do podjęcia leczenia uzależnienia od alkoholu, autorka przytacza opinię, że to właśnie motywacja i współpraca osoby uzależnionej gwarantuje skuteczne rezultaty a nie przymus leczenia². Mając na uwadze powyższe argumenty, obecnie nie są planowane zmiany regulacji w zakresie zobowiązania do leczenia uzależnienia od alkoholu.

Odnosząc się do kwestii dotyczących ustalenia odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej należy wskazać, że zasady te są uregulowane w art. 61 - art. 64b ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283). Zgodnie z art. 61 ust. 1 obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są w kolejności:

- mieszkaniac placówki, a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka;
- małżonek, zstępni przed wstępnymi;
- gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej.- przy czym osoby i gmina określone w pkt 2 i 3 nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniac domu ponosi pełną odpłatność.

Gmina wnosi opłatę zastępczą za pobyt mieszkańca skierowanego do domu pomocy społecznej na podstawie art. 61 ust. 3 ustawy w ostatniej kolejności, dopiero w przypadku niewywiązywania się z tego zobowiązania osób, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2 oraz ust. 2a. Gminie przysługuje prawo dochodzenia zwrotu poniesionych z tego tytułu wydatków. Jednocześnie przywołać należy Uchwałę

¹ Horna-Cieślak M., Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2017, s. 31.

² Tamże, s. 8.

NSA z dnia 11 czerwca 2018 r. (I OPS 7/17), w której wskazano, że wydanie decyzji o zwrocie wydatków poniesionych zastępczo przez gminę na podstawie art. 104 ust. 3 w związku z art. 61 ust. 3 ustawy wymaga uprzedniego wydania decyzji na podstawie art. 59 ust. 1 w związku z art. 61 ust. 1 i 2 ustawy w sprawie ustalenia opłaty (lub zawarcia umowy na podstawie art. 103 ust. 2 w związku z art. 61 ust. 1 i 2 ustawy, w której zostanie ustalona wysokość opłaty). Ustawowy obowiązek ponoszenia opłaty za pobyt osoby uprawnionej w domu pomocy społecznej musi zostać przekształcony w zobowiązanie do ponoszenia opłaty i dopiero w przypadku niewywiązywania się z tego zobowiązania, opłaty te zastępczo ponosi gmina, której przysługuje prawo dochodzenia zwrotu poniesionych z tego tytułu kosztów. Tym samym decyzja administracyjna (wydana na podstawie art. 104 ust. 3 ww. ustawy) jest formalnoprawną podstawą do prowadzenia egzekucji administracyjnej.

Jeżeli osoba zobowiązana do odpłatności mieszka za granicą, prowadząc postępowanie administracyjne należy zastosować przepisy ustawy z dnia 5 czerwca 2015 r. – Prawo konsularne (Dz. U. z 2023 r. poz. 1329). Zgodnie z art. 26 tej ustawy, na wniosek organu administracji publicznej w RP, sądu lub prokuratora, konsul RP doręcza pisma i inne dokumenty, przesłuchuje strony, uczestników postępowania, świadków i podejrzanych. Do ustalenia wysokości dochodów uzyskiwanych za granicą stosuje się art. 8 ust. 13 ustawy o pomocy społecznej, zgodnie z którym, w przypadku uzyskiwania dochodu w walucie obcej, wysokość dochodu ustala się według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego z dnia wydania decyzji administracyjnej w sprawie świadczenia z pomocy społecznej. W przypadku braku informacji o miejscu pobytu polskiego obywatela za granicą możliwe jest zwrócenie się o pomoc do konsula, który zgodnie z art. 37 ww. ustawy, może prowadzić wykaz obywateli polskich przebywających w okręgu konsularnym, w celu sprawnego przeprowadzenia działań, o których mowa w art. 36 tej ustawy. Na wniosek obywatela polskiego w tym wykazie konsul zamieszcza jego imię, nazwisko, datę urodzenia, adres miejsca pobytu, informacje umożliwiające nawiązanie z nim bezpośredniego kontaktu oraz przewidywany okres pobytu w okręgu konsularnym. Jeśli miejsce pobytu osoby, dla której ustalona została odpłatność, jest nieznane, decyzja powinna zostać doręczona jej przedstawicielowi. Jeżeli osoba nie ma ustanowionego przedstawiciela, organ administracyjny ma obowiązek wystąpić do sądu o wyznaczenie jej przedstawiciela (art. 34 Kodeksu postępowania administracyjnego). W przypadkach nie cierpiących zwłoki, organ administracyjny sam wyznacza przedstawiciela dla osoby nieobecnej. Wyznaczenie przedstawiciela tymczasowego przez organ administracji publicznej może nastąpić równocześnie ze złożeniem do sądu wniosku o ustanowienie przedstawiciela dla osoby nieobecnej.

Jeżeli ustalenie odpłatności w trybie wskazanym wyżej nie jest możliwe, kierownik ośrodka pomocy społecznej może wytaczać na rzecz obywateli powództwa o roszczenia alimentacyjne na podstawie art. 110 ust. 5 omawianej ustawy. W postępowaniu przed sądem stosuje się odpowiednio przepisy o udziale prokuratora w postępowaniu cywilnym.

Wytoczenie powództwa alimentacyjnego jest uzasadnione również w przypadku, gdy zstępny osoby przebywającej w domu pomocy społecznej nie jest obywatelem polskim i przebywa poza granicami Polski. W takim przypadku, zgodnie z przepisem art. 63 ustawy z dnia 4 lipca 2011 r. - Prawo prywatne międzynarodowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 503), prawo właściwe dla zobowiązań alimentacyjnych określa rozporządzenie Rady (WE) nr 4/2009 z dnia 18 grudnia 2008 r. w sprawie jurysdykcji, prawa właściwego, uznawania i wykonywania orzeczeń oraz współpracy w zakresie zobowiązań alimentacyjnych (Dz. Urz. UE L 7 z 10.01.2009, str. 1).

Kierownik ośrodka pomocy społecznej w każdym przypadku powinien indywidualnie rozważyć konieczność wytoczenia powództwa o roszczenia alimentacyjne na podstawie art. 110 ust. 5 ustawy o pomocy społecznej na rzecz osób przebywających w domach pomocy

społecznej. Podjęcie takich kroków może okazać się skuteczniejsze w sytuacji, gdy prawidłowe przeprowadzenie postępowania administracyjnego i egzekucja należności będzie znacznie utrudniona ze względu na pobyt osoby zobowiązanej za granicą lub niemożliwa, ze względu na niepodleganie obywatela państwa obcego prawu polskiemu. Egzekucja opłat za pobyt osoby przebywającej w domu pomocy społecznej następuje w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, a egzekucja zasądzonych alimentów na podstawie przepisów kodeksu postępowania cywilnego oraz specjalnych przepisów prawa wspólnotowego i międzynarodowego.

W przypadku dochodzenia roszczeń alimentacyjnych na rzecz osoby wymagającej umieszczenia w domu pomocy społecznej od osób przebywających w państwach członkowskich Unii Europejskiej zastosowanie będzie miało, obok przepisów kodeksu postępowania cywilnego i kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, również rozporządzenie Rady (WE) nr 4/2009 z dnia 18 grudnia 2008 r. w sprawie jurysdykcji, prawa właściwego, uznawania i wykonywania orzeczeń oraz współpracy w zakresie zobowiązań alimentacyjnych z dnia 18 grudnia 2008 r. (Dz. Urz. UE.L 2009 Nr 7, str. 1).

Odnosząc się do postulatu wprowadzenia do ustawy o pomocy społecznej nowych instrumentów prawnych, dających możliwość ustalania odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej z majątku mieszkańca, informuję, że takie rozwiązanie budzi poważne wątpliwości w zakresie zgodności z Konstytucją RP (zasada ochrony własności wyrażona w art. 21 i art. 64 Konstytucji) oraz byłoby poważną ingerencją w prawo właściciela do swobodnego dysponowania rzeczą (art. 140 kodeksu cywilnego).

Krąg osób zobowiązanych do odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej określa cytowany powyżej art. 61 ustawy o pomocy społecznej. Natomiast osoby będące spadkobiercami mieszkańca domu pomocy społecznej niekoniecznie muszą należeć do tego kręgu. Ustawa o pomocy społecznej nie nakłada bowiem automatycznie obowiązku odpłatności na osoby, które będą dziedziczyć majątek mieszkańca.

Ponadto, osoba skierowana do domu pomocy społecznej nie musi przebywać w nim do końca swojego życia. Pozbawiając ją nawet części majątku, pomoc społeczna mogłaby doprowadzić do utraty przez tę osobę możliwości rezygnacji z pobytu w domu pomocy społecznej i jej powrotu do środowiska, w którym zamieszkiwała wcześniej.

W kwestii przedawnienia się należności z tytułu wydatków na świadczenia z pomocy społecznej, z tytułu opłat określonych przepisami ustawy oraz z tytułu nienależnie pobranych świadczeń, informuję, że zgodnie z art. 104 ust. 6 ustawy o pomocy społecznej bieg przedawnienia przerywa odroczenie terminu spłacenia należności lub rozłożenie jej spłaty na raty. Po przerwaniu biegu terminu przedawnienia biegnie on na nowo od dnia następującego po dniu ustalonym jako ostatni dzień spłaty odroczonej należności lub po dniu ustalonym jako ostatni dzień spłaty ostatniej raty należności.

Ponadto, ustawodawca wskazał w art. 104 ust. 7 ustawy o pomocy społecznej, że nie wydaje się decyzji o zwrocie nienależnie pobranych świadczeń, jeżeli od terminu ich pobrania upłynęło więcej niż 10 lat. Mając powyższe na uwadze, należy przyjąć, że przedawnienie nie powoduje wygaśnięcia należności, a jedynie może być podstawą zarzutu w prowadzonej egzekucji administracyjnej. Przepis art. 104 ust. 5 ustawy o pomocy społecznej, w przeciwieństwie do art. 104 ust. 7 tej ustawy, nie wskazuje wprost, iż nie wydaje się decyzji po upływie terminu, ani też nie wskazuje, iż wygasają decyzje, o których mowa w art. 104 ust. 3 ustawy.

Jednocześnie pragnę poinformować, że w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej prace rozpoczął Zespół ds. Reformy Systemu Pomocy Społecznej, którego zadaniem jest weryfikacja dostępności świadczeń i usług społecznych, analiza sytuacji pracowników systemu pomocy

społecznej, ocena funkcjonowania instytucji całodobowych oraz ich finansowania. Zadaniem zespołu będzie również opracowanie propozycji zmian prawnych oraz innych rekomendacji. Celem planowanej reformy jest doprowadzenie do integracji różnych form wsparcia oraz współpracy między instytucjami państwowymi, samorządami, organizacjami pozarządowymi i lokalnymi społecznościami, co przyczyni się do zwiększenia skuteczności działań pomocowych.

W ramach reformy A4.6 „Zwiększenie udziału niektórych grup w rynku pracy poprzez rozwój systemu opieki długoterminowej”, ujętej w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), planowana jest reforma systemu opieki długoterminowej w Polsce, za którą odpowiedzialne są resorty kierowane przez Ministrę Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministrę Zdrowia, przy koordynacyjnym wsparciu Ministry do spraw Polityki Senioralnej.

Podstawę do dalszej realizacji reformy stanowią rekomendacje zawarte w raporcie z przeglądu systemu opieki długoterminowej w Polsce. Rekomendacje te powinny być drogowskazem dla dalszych działań, w tym dla odpowiedniej koordynacji świadczeń opieki zdrowotnej i usług pomocy społecznej. Ponadto, w ramach Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi działającego pod przewodnictwem Ministra do spraw Polityki Senioralnej powołana została Grupa do spraw opieki długoterminowej, która również pracuje nad rozwiązaniami w danym obszarze, koordynując działania poszczególnych resortów podejmowane w zakresie reformy opieki długoterminowej.

Z wyrazami szacunku

z up. Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Katarzyna Nowakowska

Podsekretarz Stanu

/-kwalifikowany podpis elektroniczny-/