

Wojciech Lis

Zapewnienie świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej

Ensuring healthcare services in conditions of penitentiary isolation

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia i korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Nie zmienia tego ani status społeczny, ani zawodowy, ani żadne inne okoliczności, także fakt pozbawienia wolności. Co więcej, sytuację osób przebywających w izolacji penitencjarnej komplikują pod względem zdrowotnym warunki miejsca, w którym się znajdują. Z chwilą osadzenia osób skazanych na karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym obowiązek zapewnienia im ochrony zdrowia i możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych przechodzi na ów zakład, ściślej mówiąc – na państwo, w imieniu którego kara pozbawienia wolności jest wykonywana. Państwo jest zobowiązane do zagwarantowania osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych na takim samym poziomie jak osobom przebywającym na wolności.

Osoby przebywające w izolacji penitencjarnej nie mogą zostać pozbawione możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych, gdyż stanowiłoby to dodatkową pozanormatywną dolegliwość będącą przejawem niehumanitarnego traktowania. Znacznie poważniejsze skutki społeczne wiąże się jednak z doprowadzeniem do pogorszenia stanu zdrowia osób pozbawionych wolności. W końcu przecież zdecydowana większość z nich po odbyciu kary powróci do społeczeństwa. Oznacza to, że zaniedbania zdrowotne narastające w okresie izolacji penitencjarnej w warunkach wolnościowych będą skutkować koniecznością angażowania dodatkowych środków na ich skompensowanie przez podmioty lecznicze i wydłużaniem kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. To zaś będzie przekładało się na sprawność

działania systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji na bezpieczeństwo zdrowotne całej populacji.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, świadczenia zdrowotne, izolacja penitencjarna, specyfika izolacji, zaniedbania zdrowotne.

Everyone has the right to health protection and the use of health services. This is not changed by social or professional status, nor by any other circumstances, including the fact of deprivation of liberty. Moreover, the situation of people in penitentiary isolation is complicated by the health conditions of the place where they are located. When persons sentenced to imprisonment are placed in a penitentiary institution, the obligation to ensure their health protection and the possibility of using health services is transferred to that institution, more precisely to the state on behalf of which the penalty of imprisonment is carried out. The state is obliged to guarantee persons deprived of liberty of health services at the same level as persons at liberty.

Persons in penitentiary isolation cannot be deprived of the possibility of using health services, as this would constitute an additional non-normative ailment being a manifestation of inhumane treatment. Much more serious social consequences, however, are related to the deterioration of the health of persons deprived of their liberty. After all, the vast majority of them will return to society after serving their sentence. This means that health negligence growing during the period of penitentiary isolation in free conditions will result in the need to engage additional funds to compensate for them by medical entities and extending the queues waiting for the provision of health services. This, in turn, will translate into the efficiency of the health care system and, consequently, the health security of the entire population.

Key words: health care, health benefits, penitentiary isolation, specificity of insulation, health negligence.

Wprowadzenie

Konstytucja RP¹ zapewnia każdemu prawo do ochrony zdrowia i korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Nie zmienia tego ani status społeczny, ani zawodowy, ani żadne inne okoliczności, również fakt pozbawienia wolności. Ochrona zdrowia i prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych mieści się w zagwarantowanej konstytucyjnie zasadzie poszanowania i ochrony godności człowieka, która należy do fundamentalnych zasad polskiego porządku konstytucyjnego. Następstwem zasady poszanowania i ochrony godności człowieka jest podmiotowe traktowanie pozbawionych wolności, którzy co prawda zostają odizolowani od społeczeństwa i poddani szczególnym rygorom obowiązującym w jednostkach penitencjarnych, jednak nie tracą przez to wolności i praw właściwych człowiekowi, więc także prawa do ochrony zdrowia i korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Celem niniejszego opracowania jest próba udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy gwarancje prawne zapewniają pozbawionym wolności ochronę zdrowia i równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, z jakich korzystają pozostali członkowie społeczeństwa.

Prawo do ochrony zdrowia

Prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP), co oznacza, że ma charakter powszechny. „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa” (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej nie wyczerpuje pojęcia ochrony zdrowia, chociaż jest niezbędne ze względu na zapewnienie efektywnej ochrony zdrowia. Zakres pojęciowy sformułowania „ochrona zdrowia” jest pojęciem znaczeniowo szerszym niż pojęcie „opieka zdrowotna”, która jest tylko jednym z elementów składowych systemu ochrony zdrowia, który współtworzą także „świadczenia opieki zdrowotnej”².

¹ dr hab. Wojciech Lis, prof. KUL, Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm.

² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK ZU 2008, nr 6A, poz. 110.

Prawo do ochrony zdrowia z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie jest tożsame z prawem do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, o którym stanowi art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, mimo że te stanowią podstawowy komponent prawa do ochrony zdrowia. Treścią prawa do ochrony zdrowia jest możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia utożsamianego z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej. Ma ono znacznie szerszy zakres i obejmuje nie tylko działania naprawcze, kiedy wymaga tego sytuacja zdrowotna, lecz także działania profilaktyczne mające na celu utrzymanie stanu zdrowia na możliwie najwyższym poziomie bez konieczności korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej³. Do realizacji prawa do ochrony zdrowia nie dochodzi bowiem tylko w momencie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ prawo do ochrony zdrowia to nie tylko możliwość uzyskania świadczeń służących do jego naprawienia. Ochrona zdrowia to także, a może przede wszystkim, podejmowanie działań profilaktycznych i prospektywnych, obejmujących przeciwdziałanie wystąpieniu czynników zagrażających zdrowiu, dążenie do polepszania ogólnego stanu zdrowotnego ludności, sprowadzające się do zwalczania chorób epidemicznych, zapobiegania negatywnym skutkom degradacji środowiska, promocja zdrowia i zdrowego stylu życia oraz popieranie rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży⁴.

W kontekście gwarancji konstytucyjnych podstawowe znaczenie odgrywa pojęcie świadczenia zdrowotnego. Pojęcie to zostało zdefiniowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵, do której odsyłają przepisy innych ustaw z zakresu ochrony zdrowia. Zgodnie z jej art. 2 ust. 1 pkt 10 świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Niemal identyczną definicję zawiera ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ w art. 5 pkt 40, który uzupełnia definicję świadczenia zdrowotnego o działania służące profilaktyce, zwiększające szanse na uniknięcie choroby lub wczesne jej wykrycie

³ W. Lis, *Bezpieczeństwo zdrowotne w praktyce medycznej*, M. Sadowska, W. Lis, Warszawa 2022, s. 20-21.

⁴ W. Lis, *Bezpieczeństwo zdrowotne w praktyce medycznej*, M. Sadowska, W. Lis, Warszawa 2022, s. 25-26.

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz. U. 2022, poz. 633 z późn. zm. (dalej: udl).

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 1285 z późn. zm. (dalej: uśoz).

i w konsekwencji generowanie mniejszej ilości środków publicznych na leczenie. Świadczenia zdrowotne realizują zatem cel leczniczy ukierunkowany na profilaktykę, zachowanie, ratowanie, przywracanie lub poprawę zdrowia.

Zdrowie bowiem ma szczególne znaczenie dla jakości życia, gdyż od niego uzależnione jest ogólne samopoczucie człowieka, a w następstwie jego aktywność życiowa. Ochrona zdrowia mieści się w szerszym pojęciu ochrony życia, które państwo zapewnia każdemu człowiekowi (art. 38 Konstytucji RP). Jest wartością nadrzędną dla każdego człowieka, a jego utrata powoduje poważne konsekwencje w różnych aspektach życia i to nie tylko dla jednostki, lecz także dla społeczeństwa.

Prawo do ochrony zdrowia jest ściśle związane z godnością człowieka i prawem do ochrony życia, co wynika zresztą z idei państwa jako dobra wspólnego oraz antropocentrycznego charakteru państwa, w którym człowiek jest wartością naczelną. Zgodnie z postanowieniami art. 30 Konstytucji RP „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”. Prawo do ochrony zdrowia jest jedną z podstawowych gwarancji służących realizacji zasady poszanowania i ochrony godności człowieka. Trudno sobie wyobrazić poszanowanie i ochronę godności człowieka bez poszanowania i ochrony dóbr dla niego najcenniejszych, do których bez wątpienia należy zdrowie. Jest ono warunkiem umożliwiającym prawidłowy rozwój i normalne funkcjonowanie człowieka oraz korzystanie z innych wolności i praw⁷.

Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych stanowi konsekwencję poszanowania i ochrony godności człowieka, która jest zadaniem państwa. Musi zatem podjąć działania zmierzające do zapewniania wynikających z zasady poszanowania i ochrony godności człowieka wolności i praw człowieka i obywatela oraz bezpieczeństwo obywateli (art. 5 Konstytucji RP), obejmujące także bezpieczeństwo zdrowotne. Składa się na nie ochrona zdrowia rozumiana w tradycyjny sposób, czyli diagnozowanie i leczenie, ale również działalność profilaktyczna, polegająca na kształtowaniu postaw prozdrowotnych dzięki edukacji, promowaniu zdrowego odżywiania się, prowadzeniu higienicznego stylu

⁷ W. Lis, *Konstytucyjne gwarancje ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*, [w:] *Prawne aspekty cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia*, Pacian J. (red.), Warszawa 2016, s. 15.

życia, kulturze spędzania wolnego czasu, bezpiecznym warunkom pracy, ochronie środowiska naturalnego⁸.

Poszanowanie godności ludzkiej nabiera szczególnego znaczenia w przypadku osób pozbawionych wolności. Skoro poszanowanie i ochrona godności człowieka jest obowiązkiem władzy publicznej, to także wykonywanie kary pozbawienia wolności powinno być prowadzone w sposób nienaruszający godności człowieka. Słusznie zauważono, że skazanie na karę pozbawienia wolności w żaden sposób nie wyłącza respektowania praw człowieka. Prawomocny wyrok orzekający karę pozbawienia wolności przenosi tylko problem udzielania świadczeń zdrowotnych osoby skazanej ze środowiska otwartego do środowiska zamkniętego⁹. Zasada ta ściśle związana jest z zasadą równości i niedyskryminacji wyrażoną w art. 32 Konstytucji RP. Wynika stąd, że państwo jest zobowiązane do zagwarantowania osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych na takim samym poziomie jak osobom na wolności. Ochronę godności człowieka konkretyzuje art. 40 Konstytucji RP, który zakazuje tortur, okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania i karania. W konsekwencji poziom dolegliwości wynikających z izolacji penitencjarnej nie może przekraczać koniecznego zakresu działań związanych z zastosowaniem prawomocnie orzeczonej kary i osiągnięciem jej celu¹⁰.

Pozbawienie wolności oznacza bowiem zdeterminowane karą ograniczenia dotyczące wszystkich sfer ludzkiego życia, także w zakresie swobodnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji obowiązek ochrony wolności i praw osób przebywających w warunkach izolacji penitencjarnej spoczywa na państwie. Wszakże kara pozbawienia wolności została wymierzona przez niezawisły sąd działający w imieniu państwa. W imieniu państwa jest także wykonywana, co oznacza, że osadzony zostaje poddany nie tylko jego władzy, lecz podlega również jego ochronie¹¹. Ze względu na specyfikę miejsca przebywania – jednostki penitencjarnej, którą jest zakład karny lub areszt śledczy – i ograniczeń związanych z faktem pozostawania w przymusowym odosobnieniu w warunkach izolacji penitencjarnej z chwilą rozpoczęcia wykonywania kary pozbawienia wolności obowiązki związane z zapewnieniem

⁸ W. Lis, *Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w świetle obowiązujących przepisów*, [w:] *Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, J. Pacian (red.), Warszawa 2017, s. 20.

⁹ P. Stępiak, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018, s. 111.

¹⁰ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 18 października 2011 r., III CZP 25/11, LEX nr 960463.

¹¹ P. Stępiak, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018, s. 79-80.

pozbawionemu wolności ochrony zdrowia i korzystania ze świadczeń zdrowotnych przejmuje na siebie państwo, w imieniu którego realizuje je administracja zakładów karnych i aresztów śledczych. „Obowiązkiem władz publicznych jest podejmowanie odpowiednich środków, aby zabezpieczyć życie i zdrowie wszystkich podlegających jego jurysdykcji. W związku z tym są one zobowiązane do zapewnienia odpowiedniej infrastruktury służącej efektywnemu funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia po to, aby każda osoba potrzebująca konkretnego świadczenia była w stanie uzyskać je w stosownym czasie, umożliwiającym uratowanie życia czy powrót do zdrowia”¹², niezależnie od miejsca przebywania. Wynika stąd, że przebywający w izolacji penitencjarnej nie mogą zostać pozbawieni możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych, co więcej, nie mogą otrzymywać świadczeń zdrowotnych gorszego rodzaju, gdyż stanowiłoby to dodatkową pozanormatywną dolegliwość, będącą przejawem nierównego i niehumanitarnego traktowania. „Za niehumanitarne uznać należy takie działania organów władzy państwowej, które – nie służąc bezpośrednio założonym celom kary pozbawienia wolności – prowadzą do udręki fizycznej skazanych, do poniżania ich godności osobistej, uszczuplania ich praw albo uniemożliwiania im ochrony swoich praw”¹³. Nieodpowiedni poziom opieki zdrowotnej może doprowadzić do sytuacji mieszczących się w zakresie dyspozycji art. 40 Konstytucji RP. Państwo jest zatem zobowiązane do zapewnienia osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych na takim samym poziomie jak osobom na wolności. Wobec tego ponosi koszty jego wyżywienia, ubrania, zakwaterowania, a także koszty związane z odpowiednią opieką medyczną na takim poziomie, aby nie doprowadzić do pogorszenia stanu jego zdrowia z uwagi na brak swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych¹⁴. Już sam fakt pozbawienia wolności i podporządkowania osoby osadzonej rygorom regulaminu obowiązującego w jednostce penitencjarnej ogranicza swobodę zachowania się i decydowania o własnym losie, nakładając na organy zakładów karnych i aresztów śledczych szczególny obowiązek stworzenia takiego systemu organizacji kontroli i nadzoru, który zapewni osobom

¹² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 września 2013 r., K 22/12, LEX nr 1393834.

¹³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 maja 2008 r., SK 25/07, Dz. U. 2008, nr 96, poz. 620.

¹⁴ A. Podciechowska, A. Wilk, *Zdrowie więźniów wymaga specjalnej troski*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2011, nr 12.

osadzonym bezpieczeństwo pobytu, a w szczególności ochronę ich życia i zdrowia¹⁵.

Obowiązek państwa zapewnienia osadzonym dostępu do świadczeń zdrowotnych

Zapewnienie osadzonym świadczeń zdrowotnych jest jednym z podstawowych zadań Służby Więziennej. Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej „Do podstawowych zadań *Służby Więziennej* należy zapewnienie osobom skazanym na karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowanym, a także osobom, wobec których są wykonywane kary pozbawienia wolności i środki przymusu skutkujące pozbawieniem wolności, przestrzegania ich praw, a zwłaszcza humanitarnych warunków bytowych, poszanowania godności, opieki zdrowotnej i religijnej”¹⁶. Osadzonym jest osoba skazana wyrokiem sądu i odbywająca karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym, który może być zorganizowany jako zakład karny typu zamkniętego, typu półotwartego oraz typu otwartego. Różnią się one w szczególności stopniem zabezpieczenia, izolacji skazanych oraz wynikającymi z tego ich obowiązkami i uprawnieniami w zakresie poruszania się w zakładzie i poza jego obrybem¹⁷. Podczas pobytu w warunkach izolacji w jednostce penitencjarnej osadzeni muszą mieć zapewniony dostęp do lekarza albo wykwalifikowanej pielęgniarki, niezależnie od systemu odbywania kary, jeżeli tylko wymaga tego stan zdrowia. Dlatego w ramach jednostek organizacyjnych Służby Więziennej funkcjonują podmioty lecznicze (art. 8 ust. 2 i 3 uSW), nadzorowane przez dyrektora zakładu karnego i dyrektora aresztu śledczego (art. 13 ust. 2 pkt 3 uSW). Prawdopodobność obowiązków, które są wykonywane przez Służbę Więzienną, podlega kontroli sądu penitencjarnego w trybie art. 7 k.k.w., sędziego penitencjarnego w trybie art. 34 § 1 k.k.w., a także kontroli swych zwierzchników – Dyrektora

¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 października 2003 r., IV CK 151/02, LEX nr 157306.

¹⁶ Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 1064 z późn. zm. (dalej: uSW).

¹⁷ Zob. art. 70 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 53 z późn. zm. (dalej: k.k.w.).

Generalnego Służby Więziennej lub dyrektora okręgowego Służby Więziennej w trybie art. 78 § 2 k.k.w.

Szczegółowe warunki opieki zdrowotnej nad skazanymi odbywającymi karę pozbawienia wolności zostały unormowane w ustawie Kodeks karny wykonawczy oraz w przepisach wykonawczych do ustawy. Określają one zasady udzielania osadzonym świadczeń zdrowotnych przez funkcjonujące w strukturze jednostek penitencjarnych szpitale, ambulatoria i apteki, a także zasady, warunki, zakres i tryb współdziałania podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności z pozawięziennymi podmiotami leczniczymi. Wynika z nich, że kary, środki karne, zabezpieczające i zapobiegawcze wykonuje się w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności ludzkiej skazanego. Zakazuje się stosowania tortur lub niehumanitarnego albo poniżającego traktowania i karania skazanego (art. 4 § 1 k.k.w.), co stanowi potwierdzenie międzynarodowych gwarancji dotyczących ochrony praw człowieka. Skazany zachowuje wolności i prawa obywatelskie, których ograniczenie może wynikać tylko z ustawy oraz z wydanego na jej podstawie prawomocnego orzeczenia sądu (art. 4 § 2 k.k.w.), ale zawsze z poszanowaniem godności człowieka, która z natury rzeczy jest nienaruszalna. „Obowiązek ten powinien być realizowany przez władze publiczne przede wszystkim tam, gdzie państwo działa w ramach imperium, realizując swoje zadania represyjne, których wykonanie nie może prowadzić do większego ograniczenia praw człowieka i jego godności, niż to wynika z zadań ochronnych i celu zastosowania środka represji”¹⁸.

Należy dodać, że poza aktami normatywnymi adresowanymi wyłącznie do osadzonych w zakresie opieki medycznej, mają do nich także zastosowanie akty normatywne dotyczące pacjenta wolnościowego, przede wszystkim ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁹, ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej²⁰, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²¹, ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²².

¹⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z 2 października 2007 r., II CSK 269/07, LEX nr 440384.

¹⁹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn. 2021, poz. 790 z późn. zm.

²⁰ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, tekst jedn. Dz. U. 2022, poz. 551 z późn. zm.

²¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. 2020, poz. 849 z późn. zm.

²² Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 2069 z późn. zm.

Poszanowanie godności każdego człowieka, w tym osoby pozbawionej wolności, należy do fundamentalnych zasad polskiego porządku konstytucyjnego, dlatego w art. 102 pkt 1 k.k.w. przesądzono, że skazany ma prawo do odpowiedniego, ze względu na zachowanie zdrowia: wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich warunków higieny²³. Wobec tego zapewnia mu się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne (art. 115 § 1 k.k.w.).

Wobec ograniczeń wynikających z faktu pozbawienia wolności oraz obowiązku przejęcia przez państwo odpowiedzialności za osadzonych zapewnia się im bezpłatną opiekę medyczną finansowaną bezpośrednio z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Sprawiedliwości, ponieważ pozbawieni wolności, stosownie do art. 66 uósz, nie podlegają powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Zasady finansowania opieki zdrowotnej udzielanej osobom skazanym zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej²⁴. Jednak stosownie do art. 12a uósz przepisów ustawy, z wyłączeniem przepisów określających zasady i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej oraz przepisów określających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie stosuje się wobec osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, czyli niezależnie od tego, czy są one ubezpieczone. Natomiast zgodnie z art. 37 ust. 4 udl do podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności przepisy tej ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu Kodeksu karnego wykonawczego i ustawy o Służbie Więziennej oraz wydanych na ich podstawie przepisów wykonawczych. Oznacza to, że osoby pozbawione wolności mają prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. Wynika stąd, że osoby te, chociaż nie partycypują w ponoszeniu kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez opłacanie składki zdrowotnej, to jednak w okresie przebywania w warunkach izolacji penitencjarnej korzystają ze świadczeń

²³ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2008 r., III CZP 103/08, LEX nr 465363.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, tekst jedn. Dz. U. 2022, poz. 1601.

opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na takich samych zasadach jak osoby opłacające składki zdrowotne.

Konsekwencją bezpłatnej opieki medycznej jest obowiązek zapewnienia skazanemu protezy, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary pozbawienia wolności. W pozostałych przypadkach dostarczenie tych przedmiotów następuje odpłatnie (art. 115 § 2 k.k.w.). Jeżeli zatem brak protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych nie spowoduje pogorszenia stanu zdrowia skazanego lub nie jest niezbędny do prawidłowego odbywania kary, to skazany może się w nie zaopatrzyć we własnym zakresie. Warunki i sposób zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dostarczane tym osobom bezpłatnie, a także warunki odpłatności, w przypadkach, gdy nie są spełnione przesłanki uzyskania ich bezpłatnie, określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze²⁵. Z treści rozporządzenia wynika, że o bezpłatnym oprotezowaniu jamy ustnej oraz o bezpłatnym zaopatrzeniu osoby osadzonej w zakładzie karnym lub areszcie śledczym w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze decyduje dyrektor zakładu karnego lub aresztu śledczego, na wniosek lekarza, w tym również dentysty, pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym dla osób pozbawionych wolności. Zasadą jest, że w przypadku występowania protez szczęki lub żuchwy, przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych o takim samym zastosowaniu, lecz o różnej cenie, osadzonemu dostarcza się bezpłatnie protezę, przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy o najniższej cenie. W przypadkach, gdy nie są spełnione przesłanki z art. 115 § 2 k.k.w., dyrektor na wniosek osadzonego może zdecydować o częściowym pokryciu kosztów oprotezowania oraz nabycia określonego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego przez zakład karny lub areszt śledczy.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, Dz. U. 2003, nr 204, poz. 1986.

Zasady sprawowania opieki medycznej wobec osadzonych

Prawo do opieki medycznej, którą należy rozumieć jako prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych, zostało zagwarantowane osadzonemu w art. 115 k.k.w. Poza zagwarantowaniem skazanemu bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, leków i artykułów sanitarnych (§ 1) oraz protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (§ 2), określono zasady udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (§ 4) i przez pozawięzienne podmioty lecznicze (§ 5), przewidziano możliwość leczenia skazanego na własny koszt (§ 6) oraz obecność funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego w trakcie udzielania skazanemu świadczeń zdrowotnych (§ 7a-8).

Ze względu na specyfikę miejsca pobytu oraz charakter kary pozbawienia wolności dostęp osadzonych do świadczeń zdrowotnych, wynikający z warunków izolacji penitencjarnej, został nieco zmodyfikowany w odniesieniu do dostępu do świadczeń zdrowotnych w warunkach wolnościowych. Stosownie do art. 115 § 1a k.k.w. skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru: 1) lekarza i pielęgniarki ambulatorium z izbą chorych; 2) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, określone w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej; 3) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentystry oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis art. 115 § 1a k.k.w. wyłącza zatem stosowanie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie prawa wyboru lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej oraz podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. Ograniczenie prawa do opieki medycznej przez czas pozbawienia wolności i poprzestanie na usługach więziennej służby zdrowia, nie jest sprzeczne z humanitaryzmem postępowania²⁶.

Więzienna służba zdrowia zapewnia opiekę medyczną osobom pozbawionym wolności i tymczasowo aresztowanym zgodnie z przepisami Kodeksu karnego wykonawczego i wydanymi na jego podstawie aktami

²⁶ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 lutego 2001 r., II AKz 28/01, „Krakowskie Zeszyty Sądowe” 2001, nr 2, s. 34.

wykonawczymi. Z przepisów tych aktów wynika zasada, że sprawowanie opieki medycznej wobec skazanych należy do podmiotów leczniczych przeznaczonych dla osób pozbawionych wolności. Oznacza to, że leczenie skazanych powinno opierać się na silnie rozbudowanej sieci szpitali, ambulatoriów i aptek funkcjonujących w obrębie zakładów karnych i aresztów śledczych, które to powinny zapewnić w szerokim zakresie podstawową i specjalistyczną opiekę medyczną nad osadzonymi. Dopiero wtedy, kiedy nie mogą one zapewnić osadzonym odpowiedniego leczenia, w tym z braku specjalistycznego sprzętu medycznego, leczenie może być prowadzone w pozawięziennym podmiocie leczniczym. Odmienne postępowanie, a więc zezwalanie osadzonym na swobodne leczenie w warunkach wolnościowych, w praktyce uniemożliwiałoby wykonywanie kary pozbawienia wolności²⁷. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w warunkach wolnościowych jest dopuszczalne na zasadzie wyjątku, jeżeli konkretnego rodzaju świadczenia zdrowotnego nie można uzyskać w ramach więziennej służby zdrowia lub uzasadnia to stan zdrowia osadzonego. Wyłączenie możliwości leczenia w warunkach wolnościowych jest zatem naturalną konsekwencją izolacji penitencjarnej, co skazany powinien mieć na uwadze, decydując się na popełnienie przestępstwa. Aktualne brzmienie art. 115 k.k.w. stwarza bardzo duże możliwości udzielenia skazanemu opieki medycznej bez konieczności udzielenia przerwy w karze²⁸.

Szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności²⁹. Jako zasadę przyjmuje ono, że świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności udzielają podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Podmioty te udzielają osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych związanych z: 1) badaniem i poradą lekarską; 2) leczeniem; 3) badaniem i terapią psychologiczną; 4) rehabilitacją leczniczą; 5) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem oraz położeniem; 6) badaniem diagnostycznym, w tym analityką medyczną; 7) pielęgnacją chorych; 8)

²⁷ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 lipca 2006 r., II AKz w 461/06, „Krakowski Zeszyty Sądowe” 2006, nr 9, s. 33.

²⁸ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 11 stycznia 2012 r., II AKz w 1397/11, LEX nr 1210840.

²⁹ Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 2131 z późn. zm.

pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi; 9) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób przez działania profilaktyczne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne; 10) leczeniem stomatologicznym; 11) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia; 12) zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W uzasadnionych przypadkach, kiedy świadczenia zdrowotne nie mogą być udzielone osobom pozbawionym wolności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, świadczenia te są udzielane przez pozawięzienne podmioty lecznicze. Prawodawca doprecyzował przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez pozawięzienne podmioty lecznicze, zaliczając do nich konieczność: 1) natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osoby pozbawionej wolności, 2) przeprowadzenia specjalistycznych badań lekarskich, leczenia lub rehabilitacji osoby pozbawionej wolności, 3) przeprowadzenia badań diagnostycznych z powodu braku specjalistycznego sprzętu medycznego, 4) zapewnienia świadczeń zdrowotnych podczas korzystania przez osobę pozbawioną wolności z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego lub aresztu śledczego. Pozawięzienne podmioty lecznicze są zobowiązane do współdziałania z więzienną służbą zdrowia w zapewnieniu osadzonym świadczeń zdrowotnych (art. 115 § 5 k.k.w.). „Celem współdziałania jest zapewnienie skazanym świadczeń zdrowotnych w sytuacjach, kiedy przekracza to możliwości i środki służby zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych”³⁰. O konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego przez pozawięzienne podmioty lecznicze decyduje kierownik podmiotu leczniczego lub lekarz podmiotu leczniczego, lub lekarz dentysta podmiotu leczniczego właściwego dla miejsca osadzenia osoby pozbawionej wolności, której mają być udzielane świadczenia zdrowotne. Przy czym, udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pozawięzienne podmioty lecznicze nie może naruszać zasad regulujących wykonywanie kar, środków karnych, zabezpieczających i zapobiegawczych.

Należy dodać, że w przypadku zapewnienia świadczeń zdrowotnych osobie pozbawionej wolności, która korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego, pozawięzienny podmiot leczniczy powinien ograniczyć się do udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie do tego, co niezbędne ze względu na stan zdrowia, jeżeli doszło do nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia. Przyjęte

³⁰ P. Stępniaik, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018, s. 209.

rozwiązanie ogranicza możliwość nadużywania przez osoby pozbawione wolności swego stanu zdrowia w celu ewentualnego uzyskania przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego³¹.

Jeżeli opieka medyczna zapewniona przez podmioty lecznicze w ramach więziennej służby zdrowia jest wystarczająca, to domaganie się udzielenia świadczenia zdrowotnego w warunkach wolnościowych jest nieuzasadnione. Przy czym, zadaniem więziennej służby zdrowia nie jest spełnianie dowolnych, często wygórowanych oczekiwań osób pozbawionych wolności, a jedynie utrzymanie ich w niepogorszonym zdrowiu³². Powyższe wynika z faktu, że ochrona zdrowia osadzonych w jednostce penitencjarnej nie stanowi priorytetu jej działania, gdyż nie taki jest cel jej istnienia. Obowiązkiem więziennej służby zdrowia nie jest zatem spełnianie wszelkich oczekiwań osób pozbawionych wolności, przystępujących w zakładzie karnym do leczenia schorzeń dawniej lekceważonych, stawiających żądania stosowania najbardziej nowoczesnych technik leczniczych oraz drogich specyfików. Obowiązkiem więziennej służby zdrowia jest jedynie zachowanie pozbawionych wolności przy życiu i w niepogorszonym zdrowiu³³. Jeżeli zatem osadzony ma zapewnioną wystarczającą pomoc medyczną w warunkach izolacji penitencjarnej, to domaganie się jej w warunkach wolnościowych jest nieuzasadnione. Inaczej osadzony mógłby równie dobrze domagać się leczenia za granicą³⁴.

Opieka medyczna w warunkach izolacji penitencjarnej powinna być odpowiednia, to znaczy na poziomie porównywalnym do opieki, jaką państwo jest zobowiązane zapewnić całemu społeczeństwu, lecz nie oznacza to, że każdemu osadzonemu jest zapewniony taki sam poziom opieki medycznej jak w placówkach medycznych poza jednostką penitencjarną. Osoby chore odbywające karę pozbawienia wolności muszą być umieszczone w warunkach zapewniających ochronę zdrowia z uwzględnieniem powszechnie znanych i uzasadnionych ograniczeń wynikających z faktu izolacji penitencjarnej. Nie oznacza to, że administracja więzienna jest zobowiązana spełniać wszystkie żądania i oczekiwania skazanego. Jakość opieki medycznej w zakładzie karnym może niekiedy odbiegać

³¹ K. Postulski, Komentarz do art. 115, punkt 23, [w:] Kodeks karny wykonawczy. Komentarz, Warszawa 2017.

³² Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 lipca 2002 r., II AKz 659/02, LEX nr 75085.

³³ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 30 kwietnia 2002 r., II AKz 128/02, „Krakowskie Zeszyty Sądowe” 2002, nr 4, poz. 22.

³⁴ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 6 lutego 2003 r., II AKz 1/03, „Krakowskie Zeszyty Sądowe” 2003, nr 2, s. 34.

od poziomu i zakresu świadczeń zdrowotnych proponowanych w publicznych podmiotach leczniczych³⁵.

Obowiązek współdziałania w zapewnieniu osadzonym świadczeń zdrowotnych określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności³⁶. Zakres tego współdziałania wyznaczają: 1) potrzeby udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych ze względu na stan zdrowia osoby pozbawionej wolności oraz 2) możliwości podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności do udzielenia osobie pozbawionej wolności świadczeń zdrowotnych niezbędnych ze względu na stan zdrowia. Współdziałanie podmiotów leczniczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności, jak się powszechnie podkreśla, opiera się zatem na trzech zasadach: 1) równego traktowania wszystkich obywateli; 2) minimalizacji czasu oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych uzależnionych jedynie od stanu zdrowia osoby pozbawionej wolności, w tym także korzystającej z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego lub aresztu śledczego; 3) uwzględnienia potrzeby zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania karnego w przypadku osób tymczasowo aresztowanych³⁷.

Decyzję o skierowaniu osoby pozbawionej wolności do pozawięziennego podmiotu leczniczego podejmuje dyrektor zakładu karnego na wniosek kierownika podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności albo uzgadnia on z kierownikiem tego podmiotu warunki, w jakich świadczenie zdrowotne zostanie udzielone na terenie zakładu karnego. Wyjątkowo ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego decyzję taką podejmuje członek wezwanego na pomoc zespołu ratownictwa medycznego kierujący akcją medycznych czynności ratunkowych.

³⁵ Zob. szerzej: wyroki ETPC z dnia 26 października 2000 r. w sprawie nr 30210/96 Kudła przeciwko Polsce, LEX nr 41065; z dnia 27 lipca 2010 r. w sprawie nr 15952/09 Rokosz przeciwko Polsce, LEX nr 590452; z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie nr 32287/09 Chyżyński przeciwko Polsce, LEX nr 1192205.

³⁶ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności, Dz. U. 2012, poz. 547.

³⁷ K. Postulski, Komentarz do art. 115, punkt 15, [w:] Kodeks karny wykonawczy. Komentarz, Warszawa 2017.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pozawięzienne podmioty lecznicze nie może naruszać zasad regulujących wykonywanie kar, środków karnych, zabezpieczających i zapobiegawczych. Stąd też, kiedy zachodzi konieczność konwojowania przez funkcjonariuszy Służby Więziennej osoby pozbawionej wolności do podmiotu zewnętrznego, następuje to w sposób ustalony przez dyrektora zakładu karnego w porozumieniu z kierownikiem pozawięziennego podmiotu leczniczego.

Za wszystkie świadczenia zdrowotne udzielane osadzonym przez pozawięzienne podmioty lecznicze wystawiane są faktury, a płatności są regulowane ze środków znajdujących się w budżecie jednostki penitencjarnej, w której osadzony odbywa karę pozbawienia wolności. Płatnikiem świadczeń udzielanych osobom pozbawionym wolności przez pozawięzienne podmioty lecznicze jest jednostka penitencjarna kierująca osadzonego do pozawięziennego podmiotu leczniczego. Wyjątkiem jest sytuacja, kiedy skazany w celu wymuszenia określonej decyzji lub postępowania organu wykonawczego lub uchylecia się od ciążącego na nim obowiązku powoduje u siebie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, wówczas, niezależnie od odpowiedzialności dyscyplinarnej, może być obciążony w całości lub w części kosztami związanymi z leczeniem, o czym orzeka sąd penitencjarny (art. 119 k.k.w.). Prawomocne postanowienie sądu penitencjarnego o obciążeniu skazanego kosztami leczenia stanowi samodzielny tytuł egzekucyjny podlegający wykonaniu niezależnie od treści orzeczenia o kosztach postępowania³⁸. Na marginesie należy dodać, że samouszkodzenie lub spowodowanie rozstroju zdrowia jest formą szantażu względem organu wykonawczego. Działanie skazanego dokonującego samouszkodzenia lub powodującego rozstrój zdrowia musi nosić znamiona zachowania kierunkowego, tj. musi zostać podjęte w celu wymuszenia lub w celu uchylecia się. Procedując we wskazanym zakresie, niezbędne jest zatem ustalenie, czy zachowanie skazanego skierowane przeciwko jego życiu lub zdrowiu ma rzeczywisty związek z działaniami organów wykonawczych³⁹, czy też jest środkiem do osiągnięcia własnych celów.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach dyrektor zakładu karnego po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego może zezwolić skazanemu, lecz na jego koszt, na leczenie przez wybranego przez niego innego

³⁸ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 1971 r., VI KZP 104/70, LEX nr 18236.

³⁹ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 30 grudnia 2008 r., II AKz w 1069/08, LEX nr 477849.

lekarza, przez pozawieżienne podmioty lecznicze oraz na korzystanie z dodatkowych leków i innych wyrobów medycznych (art. 115 § 6 k.k.w.). Dyspozycja tego przepisu ogranicza się wyłącznie do „szczególnie uzasadnionego przypadku”, które jest pojęciem ocennym i oczywiście niczego nie wyjaśnia, dlatego nie może podlegać wykładni rozszerzającej. Na jej wyjątkowość jednoznacznie wskazuje użyty w tym przepisie zwrot, że chodzi o „szczególnie uzasadniony przypadek”⁴⁰. Należy przyjąć, że jest to możliwe wtedy, kiedy więzienna służba zdrowia oraz współdziałające z nią pozawieżienne podmioty lecznicze nie są w stanie zapewnić skazanemu świadczeń zdrowotnych odpowiednich dla zachowania zdrowia⁴¹. Uzyskujący zgodę na prywatne leczenie nie traci statusu osoby pozbawionej wolności podlegającej szczególnemu reżimowi. Przyjęte rozwiązanie jest wyjątkiem od zasady sformułowanej w art. 115 § 1 k.k.w., który gwarantuje skazanemu bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne oraz art. 115 § 1a k.k.w., w myśl którego skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej ani podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

W przypadku poważnych problemów zdrowotnych osadzony może uzyskać przerwę w odbywaniu kary. Instytucja przerwy w odbywania kary ma charakter wyjątku od zasady nieprzerwanego odbywania kary pozbawienia wolności. Na podstawie art. 153 § 1 k.k.w. w związku z art. 150 § 1 k.k.w. sąd penitencjarny udziela przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności w wypadku choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby uniemożliwiającej wykonywanie kary do czasu ustania przeszkody. W świetle art. 150 § 2 k.k.w. za ciężką chorobę uznaje się taki stan skazanego, w którym umieszczenie go w zakładzie karnym (odbywanie kary) może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo. Do udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności konieczne jest zatem ustalenie niemożliwości wykonywania kary, przez co należy rozumieć zagrożenie życia skazanego lub spowodowanie poważnego niebezpieczeństwa dla stanu jego zdrowia w przypadku pobytu w zakładzie karnym⁴². Chodzi zatem o sytuację, w której charakter choroby lub rozmiar doznanego uszkodzenia ciała

⁴⁰ K. Postulski, Glosa do postanowienia Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 17 kwietnia 2013 r., II AKzW 665/13, LEX nr 1311932.

⁴¹ P. Stępnia, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018, s. 114.

⁴² Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 15 czerwca 2012 r., II AKzW 581/12, LEX nr 1293497.

są tego rodzaju, że – z uwagi na brak odpowiedniej interwencji medycznej w warunkach izolacji penitencjarnej lub co najmniej znacznego utrudnienia w stosowaniu zaleconego sposobu leczenia – osiągnięcie rezultatów zapewniających uniknięcie zagrożenia życia lub spowodowania poważnego niebezpieczeństwa dla zdrowia skazanego nie jest możliwe⁴³. Należy dodać, że niektóre przypadki ciężkich chorób z powrotem mogą być leczone w jednostkach więziennej służby zdrowia.

„Osoba, której udzielono przerwy w wykonaniu kary na podstawie art. 153 § 1 k.k.w., nie jest skazanym uprawnionym do bezpłatnej opieki medycznej określonej w art. 115 § 1 k.k.w. Skazany w okresie przerwy podlega wprawdzie rygorom Kodeksu karnego wykonawczego, jednak nie w zakresie określonym przez przepisy dotyczące wykonania kary pozbawienia wolności; czas trwania przerwy nie jest zaliczany na poczet tej kary. Nie ulega przy tym żadnej wątpliwości, że celem uregulowań zawartych w art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 k.k.w. było zapewnienie świadczeń zdrowotnych osobie, która faktycznie odbywa karę pozbawienia wolności. Katalog praw zawartych w tych przepisach jednoznacznie wskazuje, że dotyczy on osoby przebywającej w zakładzie karnym”⁴⁴. Należy dodać, że przyznanie osobom prawomocnie skazanym na karę pozbawienia wolności, którym udzielono przerwy w wykonaniu kary, prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej w warunkach wolnościowych stanowiłoby nadmierne uprzywilejowanie w stosunku do innych obywateli. Tytułem uprzywilejowania byłby fakt ciężkiego naruszenia prawa, prowadzący w konsekwencji do osadzenia w zakładzie karnym. Tymczasem osoby, które nie dopuściły się takiego naruszenia, muszą uzyskać tytuł do ubezpieczenia i opłacać składki na ubezpieczenie zdrowotne w trybie określonym przez właściwe przepisy⁴⁵.

Odstępstwa od ogólnych zasad udzielania osadzonym świadczeń zdrowotnych

Osoba pozbawiona wolności wskutek przebywania w warunkach izolacji penitencjarnej nie przestaje być podmiotem praw, które przysługują

⁴³ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 1995 r., WZ 35/95, LEX nr 20757.

⁴⁴ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2008 r., III CZP 103/08, LEX nr 465363.

⁴⁵ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2008 r., III CZP 103/08, LEX nr 465363.

osobom pozostającym na wolności, przede wszystkim praw pacjenta zagwarantowanych ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jednak specyfika wykonywania kary pozbawienia wolności implikuje pewne ograniczenia części tych praw w zakresie prawa wyboru lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej czy podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych, leczenia prywatnego, prawa do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z pacjentem, czy prawa do intymności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Przepisy art. 115 § 7a-8 k.k.w. wskazują krąg osób, którym świadczeń zdrowotnych udziela się w obecności osoby trzeciej – funkcjonariusza Służby Więziennej. Zgodnie z art. 115 § 7a k.k.w. skazanemu, o którym mowa w art. 88 § 3 i 6 pkt 2 k.k.w. świadczenia zdrowotne udzielane są w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego. Jedynie na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego świadczenia zdrowotne mogą być udzielane skazanemu bez obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego. Powyższa regulacja znajduje zatem zastosowanie w sytuacji, kiedy świadczenie zdrowotne ma zostać udzielone: 1) skazanemu za przestępstwo popełnione w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnianie przestępstw; 2) skazanemu na karę dożywotniego pozbawienia wolności albo na karę 25 lat pozbawienia wolności; 3) skazanemu z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazanemu za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych lub upośledzonemu umysłowo; 4) skazanemu stwarzającemu poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu; 5) skazanemu objętemu szczególną ochroną; 6) skazanemu, który podczas pobytu w areszcie śledczym lub zakładzie karnym naruszył w poważnym stopniu dyscyplinę i porządek; 7) skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego poza terenem tego zakładu. Tym samym prawo do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z pacjentem czy prawa do intymności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych zostaje wyłączone z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego oraz prawidłowego wykonywania kary pozbawienia wolności. W przypadku określonym w art. 115 § 8 k.k.w. prawodawca przyjął, że w przypadku innych skazanych obecność funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego jest możliwa

tylko na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego umotywowany względami bezpieczeństwa osobistego. Skazany nie może samodzielnie żądać, aby świadczenie zdrowotne zostało mu udzielone bez obecności funkcjonariusza Służby Więziennej.

Oprócz tego prawodawca przewiduje kilka przypadków przymusowego udzielenia świadczenia zdrowotnego, mianowicie wykonania badania psychologiczno-psychiatrycznego, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu lub środków odurzających i osób z zaburzeniami preferencji seksualnych oraz wykonania zabiegu ratującego życie. Wskazane przypadki warunkujące zastosowanie przymusowego leczenia mają na celu zabezpieczenie interesu publicznego – zabezpieczenia interesu innych osadzonych i całego społeczeństwa przed niebezpieczeństwem wynikającym z zachowania osób niepoczytalnych, przejawami różnego rodzaju patologii i uzależnień czy rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych.

Stosownie do art. 116 § 1 pkt 3 k.k.w. skazany ma obowiązek poddania się – niezależnie od obowiązków określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych wenerycznych i gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii – przewidzianym przepisami badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji, a także badaniom na obecność w organizmie alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych. Natomiast skazany, co do którego sędzia penitencjarny zarządził przeprowadzenie badań psychologicznych lub psychiatrycznych, dodatkowo ma obowiązek udzielić osobom prowadzącym badania informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach, w jakich się wychowywał, oraz wykonywania zleconych przez psychiatrę lub psychologa czynności niezbędnych na potrzeby badania. Obowiązkiem skazanego jest także niezwłoczne zawiadomienie przełożonego o chorobie własnej oraz o zauważonych objawach chorobowych u innego skazanego (art. 116 § 1 pkt 2a k.k.w.).

Szczególnym rodzajem przymusowego udzielenia osadzonym świadczenia zdrowotnego jest leczenie uzależnionych. Przypadek taki został uregulowany w art. 117 k.k.w., zgodnie z którym skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także skazanego za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych obejmuje się, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie braku zgody o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny. Podstawą decyzji sądu penitencjarnego

o zastosowaniu wobec skazanego leczenia określonego w art. 117 k.k.w. jest stwierdzenie jego potrzeby oraz brak zgody skazanego na poddanie się takiej terapii. Skazany może podjąć leczenie lub rehabilitację dobrowolnie albo zostać do tego zmuszonym. Wyrażenie zgody na poddanie się odpowiedniemu leczeniu i rehabilitacji niewątpliwie sprzyja osiągnięciu efektów podejmowanych oddziaływań. Dopiero brak zgody powoduje przymus leczenia lub rehabilitacji na podstawie orzeczenia sądu penitencjarnego, co w zasadzie pozbawia skazanego możliwości wyboru. „Brak wyrażenia zgody na podjęcie leczenia w żadnym wypadku nie jest przesłanką negatywną decydującą o odstąpieniu od przymusowego leczenia skazanego, jest ona wręcz przesłanką pozytywną, w przypadku wystąpienia której leczenie należy wdrożyć przymusowo”⁴⁶. Należy dodać, że w przypadku skazanych, u których stwierdzono uzależnienie od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych zastosowanie przymusowej terapii odwykowej nie zależy od występowania związku między uzależnieniem a popełnionym przez skazanego przestępstwem, natomiast w przypadku skazanego za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych ustawodawca uzależnia leczenie od łącznego spełnienia dwóch warunków – zdiagnozowania zaburzeń preferencji seksualnych oraz ustalenia związku między nimi a przestępstwem. Zasady dotyczące postępowania względem skazanych, u których stwierdzono uzależnienie od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych zawiera rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej⁴⁷.

Stosownie do art. 118 k.k.w. w wypadku, gdy wykonywanie kary pozbawienia wolności może zagrażać życiu skazanego lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo, dyrektor zakładu karnego, na wniosek lekarza, niezwłocznie powiadamia o tym sędziego penitencjarnego. W sytuacji, gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo, stwierdzone co najmniej przez dwóch lekarzy, można dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo

⁴⁶ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 23 stycznia 2012 r., II AKz w 1427/11, LEX nr 1163837.

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, Dz. U. 2007, nr 5, poz. 40.

sprzeciwu skazanego. W przypadku sprzeciwu skazanego o dokonaniu zabiegu orzeka sąd penitencyjny, na postanowienie którego przysługuje zażalenie. Natomiast w nagłym wypadku, jeżeli zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego, o konieczności zabiegu decyduje lekarz więzienny. Przy czym lekarz oceniający czy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo lub, czy zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego (a zatem czy zabieg jest konieczny), nie musi być specjalistą z danej dziedziny. Lekarz więzienny oceniający zdrowie pozbawionego wolności nie musi być specjalistą, bo nie stawia on diagnozy ani nie ordynuje leczenia, ma jedynie wypowiedzieć się, czy istnieje zagrożenie dla zdrowia bądź życia skazanego, gdyby leczyć go w warunkach więziennych⁴⁸.

Na marginesie należy dodać, że ze świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi osadzonemu ściśle związane jest prawo do odpowiedniego wyżywienia i leczenie dietetyczne. Wobec tego, zgodnie z art. 109 § 1 k.k.w., skazany przebywający w zakładzie karnym lub areszcie śledczym ma otrzymywać trzy razy dziennie napój i posiłki o odpowiedniej wartości odżywczej, w tym co najmniej jeden posiłek gorący, z uwzględnieniem rodzaju wykonywanej pracy oraz wieku skazanego, a w miarę możliwości także z uwzględnieniem wymogów religijnych i kulturowych. Natomiast skazany, którego stan zdrowia tego wymaga, otrzymuje wyżywienie według wskazań lekarza. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jakość pokarmu i sposób żywienia wpływają na stan zdrowia osadzonych. Szczegółowe wytyczne zawarte są w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych⁴⁹. Wynika stąd, że normy kaloryczne dla osadzonych wynoszą nie mniej niż 2800 kcal dla osób w wieku do ukończenia 18 lat oraz nie mniej niż 2600 kcal dla pozostałych osadzonych. Dodatkowo normy otrzymują osadzeni zatrudnieni w szczególnie uciążliwych warunkach (nie mniej niż 1000 kcal). Odrębne diety przyznawane są osobom chorym, o czym decyduje lekarz. Poza tym, równie istotnym czynnikiem warunkującym zachowanie zdrowia jest potrzeba wypoczynku. Wobec tego prawodawca zagwarantował osadzonemu prawo do co najmniej 8-godzinnego czasu przeznaczonego na sen w ciągu doby, a także co najmniej godzinny spacer (art. 112 § 1 k.k.w.).

⁴⁸ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 kwietnia 2003 r., II Akz 121/03, LEX nr 81587.

⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz. U. 2016, poz. 302.

Praktyczne inklinacje sprawowania opieki medycznej wobec osadzonych

Zagadnienie opieki medycznej w jednostkach penitencjarnych jest ważnym problemem społecznym, którego konsekwencje tak zdrowotne, jak i finansowe, wykraczają poza mury więzienne. Zdecydowana większość skazanych po odbyciu kary pozbawienia wolności powraca przecież do społeczeństwa, stając się – w przypadku zaniedbań zdrowotnych – poważnym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia. Opuszczający jednostki penitencjarne zostają objęci powszechną ochroną zdrowia. Wobec tego zaniedbania zdrowotne narastające w okresie izolacji penitencjarnej w warunkach wolnościowych będą skutkować koniecznością angażowania dodatkowych środków na ich skompensowanie przez podmioty powszechnej ochrony zdrowia i wydłużaniem kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. To zaś będzie przekładało się na sprawność działania systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji na bezpieczeństwo zdrowotne całej populacji. „Jeżeli więc skazany ma powrócić do społeczeństwa, to w interesie tego ostatniego leży, aby powrócił do niego w jak najlepszym stanie zdrowotnym. Zaniechanie czy choćby tylko zminimalizowanie ochrony jego zdrowia w okresie pobytu w zakładzie karnym, zwłaszcza poprzez ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez więzienny personel medyczny spowoduje, że opuszczając zakład karny, były więzień zabierze ze sobą wszystkie problemy zdrowotne. Ich rozwiązanie obciąży powszechną służbę zdrowia”⁵⁰. Wobec tego w interesie publicznym leży zapewnienie osadzonym odpowiedniej opieki medycznej i utrzymanie ich w dobrym stanie zdrowia, pozwalającym im na normalne funkcjonowanie w warunkach wolnościowych.

Problematyka zapewnienia osadzonym dostępu do świadczeń zdrowotnych wzbudza jednak wiele kontrowersji. Podkreśla się przede wszystkim bezpłatność świadczeń zdrowotnych gwarantowanych osadzonym, także dentystycznych, które w warunkach wolnościowych nie zawsze są refundowane. Padają także uzasadnione pytania, dlaczego osadzeni mogą korzystać z porady specjalisty oraz uzyskiwać specjalistyczne

⁵⁰ P. Stępiński, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018, s. XLIV.

świadczenia zdrowotne w stosunkowo krótkim czasie, podczas kiedy w warunkach wolnościowych dostęp do specjalistów jest ograniczony liczbą oczekujących. Inaczej mówiąc, „na wolności” czas oczekiwania na wizytę u specjalisty wynosi kilka miesięcy, podczas kiedy osadzeni dostają się do specjalisty „bez kolejki”⁵¹. Osoby pozbawione wolności mają zatem znacznie łatwiejszy oraz szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych, także specjalistycznych, niż pacjenci wolnościowi korzystający ze świadczeń zdrowotnych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, który zobowiązani są finansować. Trudno zatem nie odnieść wrażenia uprzywilejowania osób pozbawionych wolności. Skorzystanie z porady lekarza oraz uzyskanie specjalistycznego świadczenia zdrowotnego niewątpliwie wpływa na stan zdrowia chorego. Jest oczywiste, że kilkumiesięczne oczekiwanie na pomoc lekarza specjalisty obniża jakość życia, nierzadko utrwała zmiany chorobowe bądź generuje kolejne. Stąd dotychczasowe rozwiązania zapewniające osadzonym dostęp do pomocy lekarza specjalisty bez konieczności długotrwałego oczekiwania w kolejce powodują uzasadnione poczucie niesprawiedliwości, gdyż *de facto* zapewniają im lepszą opiekę zdrowotną niż pozostałym członkom społeczeństwa, którzy nie weszli w konflikt z prawem.

Nie ma żadnego uzasadnienia dla pierwszeństwa osadzonych w dostępie do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Nie przekonują argumenty wskazujące niedogodności, jakie spowodowane są faktem pozbawienia wolności, które jest przecież konsekwencją nieakceptowanego w grupie społecznej zachowania jednostki stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu. Przyjęcie takiego rozumowania oznaczałoby, że pozbawiony wolności, który dopuścił się przestępstwa, za które ponosi konsekwencje, w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych będzie traktowany lepiej niż jego ofiara. Takie rozwiązanie nie ma nic wspólnego ani z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ani z zapewnieniem poczucia sprawiedliwości społecznej.

Przy okazji nie można nie zauważyć, że udzielanie osadzonym świadczeń zdrowotnych jest opłacalne dla pozawięziennych podmiotów leczniczych, ponieważ świadczenia zdrowotne udzielane osadzonym wiążą się z uzyskiwaniem dodatkowych środków finansowych. Praktyka ta wynika stąd, że środki finansowe za świadczenia zdrowotne udzielane osadzonym

⁵¹ Szerzej: Najwyższa Izba Kontroli, Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności, Warszawa 2012, s. 13.

nie pochodzą z Narodowego Funduszu Zdrowia tylko bezpośrednio z budżetu państwa (budżetu więziennictwa). Wobec tego leczenie osadzonych oznacza dla podmiotów leczniczych dodatkowy dochód. Możliwość jego uzyskania wiąże się z przesuwaniem pacjentów na liście oczekujących, za których płaci NFZ, ze względu na priorytetowe traktowanie osadzonych, za których płaci budżet państwa, co oczywiście wpływa na stan zdrowia oczekujących na uzyskanie świadczenia zdrowotnego.

Poważnym problemem więziennej służby zdrowia jest niedobór kadry medycznej – lekarzy i pielęgniarek, co w dalszej kolejności wpływa negatywnie na czas oczekiwania na uzyskanie niezbędnej konsultacji i pomocy. Do tego dochodzi wysoka fluktuacja kadry medycznej spowodowana mało konkurencyjnym wynagrodzeniem oferowanym przez Służbę Więzienną i niechęcią pracy z „trudnym pacjentem”. Niedobór kadry medycznej jest problemem powszechnym, z którym borykają się także pozawięzienne podmioty lecznicze. Powoduje to konieczność likwidacji bądź ograniczenia liczby miejsc w jednostkach więziennej służby zdrowia, wyznaczanie coraz to dłuższych terminów przyjęć, bądź konieczność kierowania osadzonych do pozawięziennych podmiotów leczniczych, co generuje wiele problemów logistycznych i finansowych. Sytuację pogorszyła jeszcze likwidacja Aresztu Śledczego w Warszawie-Mokotowie, który dysponował dużym zapleczem szpitalnym z oddziałami: internistycznym, ortopedycznym, chirurgii, psychiatrii sądowej. W konsekwencji osadzeni wymagający specjalistycznego leczenia, którego jednak nie mogą uzyskać „na miejscu” w swojej jednostce penitencjarnej, muszą zostać przetransportowani do najbliższej jednostki mogącej udzielić im takiej pomocy, niekiedy oddalonej o kilkaset kilometrów. Nie bez znaczenia jest także to, że udzielanie osadzonym świadczeń zdrowotnych w jednostkach penitencjarnych, w których przebywają, zmniejsza ryzyko wystąpienia niepożądanych wypadków nadzwyczajnych, związanych przede wszystkim z podejmowaniem prób ucieczki. Ograniczenie miejsc w jednostkach więziennej służby zdrowia powoduje również problem „podrzucania pacjentów”, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego tylko świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, do pozawięziennych podmiotów leczniczych. W tym kontekście należy wskazać także na konieczność dostosowania infrastruktury jednostek penitencjarnych do potrzeb szczególnych kategorii osadzonych – osób wymagających leczenia specjalistycznego, osadzonych z niepełnosprawnościami, więźniów z zaburzeniami zdrowia psychicznego, kobiet ciężarnych oraz matek z małymi dziećmi, które wraz

z nimi przebywają w warunkach izolacji penitencjarnej. Należy dodać, że Służba Więzienna jest zobowiązana uwzględniać szczególne potrzeby osadzonych, co wynika z określonej w art. 67 k.k.w. zasady zindywidualizowanego oddziaływania.

Mając to na uwadze oraz uwzględniając specyfikę funkcjonowania osadzonych stanowiącą konsekwencję izolacji penitencjarnej, należy podkreślić absurdalność propozycji włączenia więziennej służby zdrowotnej w system powszechnej opieki zdrowotnej oraz uniezależnienia ochrony zdrowia osadzonych od rygoryzmu zdeterminowanego faktem wykonywania kary pozbawienia wolności. Wobec tego właściwym miejscem do udzielania osadzonym świadczeń zdrowotnych są jednostki więziennej służby zdrowia. Jedynie dobrze rozwinięta sieć szpitali, ambulatoriów i aptek funkcjonujących w jednostkach penitencjarnych jest w stanie zapewnić w szerokim zakresie podstawową i specjalistyczną opiekę medyczną nad osadzonymi.

Nie można nie dostrzec potrzeby wdrożenia działań zmierzających do zapewnienia osadzonym godnych warunków pobytu, z czym wiąże się problem przeludnienia jednostek penitencjarnych, który pozostaje w ścisłej korelacji ze stanem zdrowia osadzonych, gdyż generuje zarówno problemy natury psychicznej, jak i fizycznej, wpływając przede wszystkim na sprawność ruchową. Jednym z pierwszych objawów może być zwiększona liczba osadzonych, którzy korzystają z porad lekarskich, a także z leków uspokajających celem zniwelowania stresu⁵². Przeludnienie jednostek penitencjarnych godzi w godność człowieka, jest sprzeczne z zasadą humanitaryzmu, a także jest zagrożeniem dla życia i zdrowia osadzonych. W następstwie przeludnienia łatwo dochodzi do szerzenia się wszelkiego rodzaju chorób zakaźnych, które skutkować mogą zarówno ciężką chorobą wymagającą długotrwałego specjalistycznego leczenia, jak i zwiększeniem śmiertelności wśród osadzonych. Poza tym, następstwem przeludnienia są zgony osadzonych będące konsekwencją zaburzeń psychicznych, nieradzenia sobie z tłokiem, wzmożoną agresją, wybuchającymi konfliktami. Zjawiska te mogą być wynikiem braku poczucia intymności i poczucia zachowania granicy swego indywiduum, braku przestrzegania praw człowieka i humanitarnego traktowania, lecz także wzrostem agresji i narastającym napięciem. Do tego należy dodać wpływ ograniczenia przestrzeni, jaką ma do dyspozycji osadzony

⁵² G. Wągiel-Linder, Groźny tłok pod celą, „Forum Penitencjarne” 2001, nr 4, s. 16.

na ogólną sprawność fizyczną, zwłaszcza na stan aparatu ruchowego. Zachowanie normy powierzchni przewidzianej w odpowiednich przepisach nie oznacza przecież zapewnienia osadzonemu przestrzeni niezbędnej dla utrzymania dobrego stanu zdrowia czy co najmniej jego nie pogarszania. Nakłada to na administrację jednostki penitencjarnej dodatkowe obowiązki związane ze wzmożonym nadzorowaniem warunków higienicznych i sanitarnych, w jakich przebywają osadzeni, częstej wentylacji cel więziennych, zapewnienia osadzonemu dostępu do świeżego powietrza, podjęcia działań zmierzających do aktywizowania i usprawniania osadzonych. Działania te mają znacznie szerszy kontekst. Nie chodzi tu bowiem wyłącznie o ochronę zdrowia konkretnego osadzonego, lecz o zabezpieczenie zdrowia pozostałych osadzonych, czyli o zabezpieczenie bezpieczeństwa zdrowotnego ogółu społeczności więziennej.

Niezdrowość, przeludnienie, izolacja i bezczynność wymagają zarówno zapewnienia niezbędnej pomocy medycznej względem indywidualnych osadzonych, lecz także podjęcia działań zmierzających do wdrożenia zmian systemowych. Zagwarantowanie ochrony zdrowia osobom pozbawionym wolności w połączeniu ze zindywidualizowanymi oddziaływaniami resocjalizacyjnymi jest podstawowym warunkiem osiągnięcia celów kary oraz readaptacji społecznej. W tym kontekście ochrona zdrowia jest ważnym elementem procesu readaptacji społecznej osadzonych. Nie jest bowiem możliwe, aby osoba chora efektywnie uczestniczyła w procesie readaptacji społecznej ze względu na to, że cała jej uwaga skupiona jest na odzyskaniu lub poprawie stanu swego zdrowia. W takim przypadku osiągnięcie celów kary pozbawienia wolności będzie niemożliwe.

Bibliografia

- Lis W., *Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w świetle obowiązujących przepisów*, [w:] *Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, J. Pacian (red.), Warszawa 2017.
- Lis W., *Bezpieczeństwo zdrowotne w praktyce medycznej*, M. Sadowska, W. Lis, Warszawa 2022.
- Lis W., *Konstytucyjne gwarancje ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*, [w:] *Prawne aspekty cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia*, Pacian J. (red.), Warszawa 2016.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności*, Warszawa 2012.
- Podciechowska A., Wilk A., *Zdrowie więźniów wymaga specjalnej troski*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2011, nr 12.
- Postulski K., Głosa do postanowienia Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 17 kwietnia 2013 r., II AKzW 665/13, LEX nr 1311932.
- Postulski K., Komentarz do art. 115, punkt 23, [w:] *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2017.
- Stępnia P., *Prawo do świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018.
- Wągiel-Linder G., *Groźny tłok pod celą*, „Forum Penitencjarne” 2001, nr 4.

Akty normatywne:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jedn. 2021, poz. 790 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 53 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 1285 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. 2020, poz. 849 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 2069 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 1064 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz. U. 2022, poz. 633 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, tekst jedn. Dz. U. 2022, poz. 551 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, Dz. U. 2003, nr 204, poz. 1986.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, Dz. U. 2007, nr 5, poz. 40.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności, Dz. U. 2012, poz. 547.

Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 2131 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz. U. 2016, poz. 302.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, tekst jedn. Dz. U. 2022, poz. 1601.

Orzecznictwo:

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 maja 2008 r., SK 25/07, Dz. U. 2008, nr 96, poz. 620 .

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK ZU 2008, nr 6A, poz. 110.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 września 2013 r., K 22/12, LEX nr 1393834.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 października 2003 r., IV CK 151/02, LEX nr 157306.

Wyrok Sądu Najwyższego z 2 października 2007 r., II CSK 269/07, LEX nr 440384.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 1971 r., VI KZP 104/70, LEX nr 18236.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2008 r., III CZP 103/08, LEX nr 465363.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 18 października 2011 r., III CZP 25/11, LEX nr 960463.

- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 1995 r., WZ 35/95, LEX nr 20757.
Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 lutego 2001 r., II AKz 28/01, „Krakowskie Zeszyty Sądowe” 2001, nr 2.
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 30 kwietnia 2002 r., II AKz 128/02, „Krakowskie Zeszyty Sądowe” 2002, nr 4, poz. 22.
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 lipca 2002 r., II AKz 659/02, LEX nr 75085.
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 6 lutego 2003 r., II AKz 1/03, „Krakowskie Zeszyty Sądowe” 2003, nr 2.
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 kwietnia 2003 r., II Akz 121/03, LEX nr 81587.
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 lipca 2006 r., II AKzw 461/06, „Krakowskie Zeszyty Sądowe” 2006, nr 9.
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 30 grudnia 2008 r., II AKzw 1069/08, LEX nr 477849.
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 11 stycznia 2012 r., II AKzw 1397/11, LEX nr 1210840.
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 23 stycznia 2012 r., II AKzw 1427/11, LEX nr 1163837.
- Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 15 czerwca 2012 r., II AKzw 581/12, LEX nr 1293497. Wyrok ETPC z dnia 26 października 2000 r. w sprawie nr 30210/96 Kudła przeciwko Polsce, LEX nr 41065..
- Wyrok ETPC z dnia 27 lipca 2010 r. w sprawie nr 15952/09 Rokosz przeciwko Polsce, LEX nr 590452
- Wyrok ETPC z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie nr 32287/09 Chyżyński przeciwko Polsce, LEX nr 1192205.

