

Ryszard Pankiewicz

Akademia Zamojska

<https://orcid.org/0000-0003-2574-0550>

ryszard.pankiewicz@akademiazamojska.edu.pl

Jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo osób pozbawionych wolności

Quality of health care and safety of persons deprived of liberty

Streszczenie

Problematyka poruszana w artykule obejmuje kwestię wyłączenia więziennej służby zdrowia spod ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta. Kanwą niniejszego opracowania jest interwencja Rzecznika Praw Obywatelskich, który w przedmiotowym aspekcie podnosi wątpliwości, w kontekście zgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., w szczególności z zasadą równego traktowania przez władze publiczne oraz prawem do ochrony zdrowia i obowiązkiem zapewnienia przez władze publiczne obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W opracowaniu podjęto próbę odpowiedzi na zasadnicze pytanie, czy osoby pozbawione wolności, tak jak pacjenci systemu publicznej ochrony zdrowia, mają zagwarantowane prawo do takiej samej jakości usług zdrowotnych i pełne bezpieczeństwo w zakresie udzielonych świadczeń.

Słowa kluczowe: prawo do ochrony zdrowia, zasada równości, świadczenie opieki zdrowotnej, opieka zdrowotna osób pozbawionych wolności, więzienna służba zdrowia

Abstract

The article discusses the issue of the exclusion of prison health services from the Health Care Quality and Patient Safety Act. The basis of this study is the intervention of the Commissioner for Human Rights, who

in this aspect raises doubts as to this exclusion, in the context of its compliance with the Constitution of the Republic of Poland of 2 April 1997, in particular with the principle of equal treatment by public authorities and the right to health protection and the obligation of public authorities to ensure equal access to health care services financed from public funds to citizens, regardless of their financial situation. The study attempts to answer the fundamental question of whether persons deprived of liberty, like patients of the public health care system, are guaranteed the right to the same quality of health services and full security in terms of the services provided.

Keywords: the right to health protection, the principle of equality, the provision of health care, health care for persons deprived of liberty, prison health services

Wprowadzenie

Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1692, z późn zm.)¹ określa zasady funkcjonowania systemu jakości w ochronie zdrowia, w tym kompleksowy system oceny jakości świadczeń zdrowotnych oraz mechanizmy ochrony bezpieczeństwa pacjenta. W przedmiotowej ustawie prawodawca definiuje elementy systemu jakości w opiece zdrowotnej obejmujące: autoryzację; wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem, akredytację oraz rejestry medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 12 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, 2280 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 650 i 1234)². Jednakże, co stanowi kanwę do niniejszego opracowania, w art. 1 ust. 2 u.j.o.z.b.p. prawodawca wyłącza spod jej działania podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 Ustawy z dnia z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczego (dalej: t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 911, z późn zm.)³. Należałoby zatem dobitnie stwierdzić, że wyłączenie to obejmuje całą więzienną służbę zdrowia, w tym opiekę zdrowotną wykonywaną na poziomie jednostek

¹ Dalej jako: „u.j.o.z.b.p.”.

² Art. 3 u.j.o.z.b.p.

³ Dalej jako: „k.k.w.”.

podstawowych – zakładów karnych i aresztów śledczych przy jednostkach penitencjarnych oraz w podmiotach leczniczych jednostek penitencjarnych. Należy zgodzić się z poglądami doktryny, że przyjęcie takiej konstrukcji gramatycznej analizowanego przepisu prawnego nie do końca jest właściwa z uwagi na fakt, że świadczenia zdrowotne osobom pozbawionym wolności udzielane są również w podmiotach pozawięziennych. Niezależnie jednak od tego trzeba przyjąć, że celem prawodawcy nie było wyłączenie wszystkich podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności, a wyłącznie podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności na podstawie art. 115 § 4 k.k.w.⁴

Osią niniejszego opracowania, na której przeprowadzona jest analiza teoretyczno-prawna, dotyczy wyłączenia podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności (art. 115 § 4 k.k.w.) z u.j.o.z.b.p., w świetle interwencji Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO), który w piśmie z dnia 23 stycznia 2023 r. wskazał, że w uzasadnieniu projektu ustawy nie podano przyczyn wyłączenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności, co znalazło odzwierciedlenie w powiązanych z tą sprawą interwencjach skierowanych do Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia⁵ i Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej⁶. RPO zwrócił uwagę na wątpliwości co do zgodności przedmiotowego wyłączenia w ustawie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483)⁷, w szczególności zasadami równego traktowania przez władze publiczne⁸ oraz prawem do ochrony zdrowia i obowiązkiem zapewnienia przez władze publiczne obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁹.

Na kanwie tak zakreślonego obszaru badawczego rodzi się pytanie, czy wyłączenie więziennej służby zdrowia spod u.j.o.z.b.p. pozbawia osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych odpowiedniej

⁴ A. Twarowski, *Artykuł 1*, [w:] *Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2024, LEX.

⁵ Zob.: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-03/Do_MZ_opieka_zdrowotna_osadzeni_21.03.2023.pdf [dostęp: 14 listopada 2025 r.].

⁶ Zob.: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-03/Do_DGSW_opieka_zdrowotna_osadzeni_21.03.2023.pdf [dostęp: 14 listopada 2025 r.].

⁷ Dalej jako: „Konstytucja RP”.

⁸ art. 32 ust. 1 Konstytucji RP.

⁹ art. 68 ust. 1–2, Konstytucji RP.

jakości usług zdrowotnych i ochrony bezpieczeństwa pacjenta dostępnych dla pozostałych obywateli. A tym samym, czy wątpliwości RPO są zasadne. Celem niniejszego opracowania jest analiza obowiązującego stanu prawnego w przedmiocie wyłączenia więziennej służby zdrowia z kompleksowej regulacji prawnej u.j.o.z.b.p. obowiązującej w systemie ochrony zdrowia w Polsce oraz próba odpowiedzi na postawione pytanie badawcze w kierunku potwierdzenia lub zanegowania tezy, że obowiązujący stan prawny prowadzi do nieadekwatnych standardów jakości i bezpieczeństwa dla osób pozbawionych wolności, naruszając konstytucyjną zasadę równości i prawa do ochrony zdrowia.

W opracowaniu zasadniczo zastosowano metodę dogmatyczno-prawną, obejmującą m.in. wykładnię przepisów konstytucyjnych i ustawowych, analizę orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego oraz podejmowanych interwencji do właściwych organów administracji państwowej przez Rzecznika Praw Obywatelskich, na podstawie danych pochodzących ze skarg, raportów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

1. Konstytucyjne podstawy ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności

Konstytucja RP w art. 68 ust. 1 stanowi, że każdy człowiek ma prawo do ochrony zdrowia. Użycie sformułowania „każdy” świadczy o pojemnym charakterze tego prawa, obejmującym wszystkich obywateli, w tym także osoby pozbawione wolności. Prawo to obejmuje zarówno prawo przypisane wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a także prawo do warunków zabezpieczających zdrowie, w tym odpowiednich warunków bytowych, sanitarnych i żywieniowych.

Trybunał Konstytucyjny (TK) w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r.¹⁰ dobitnie stwierdził, że prawo do ochrony zdrowia ma charakter prawa podmiotowego¹¹, a co za tym idzie każdy ma prawo do tej ochrony i może z tego tytułu wywieść ochronę sądową, choć nie wynika z niego roszczenie o jakiegokolwiek świadczenie, a jedynie roszczenie o zapewnienie

¹⁰ Sygn. akt: K 14/03.

¹¹ J. Trzeciński, M. Wiącek. *Komentarz do art. 68, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II, wyd. II*, red. L. Garlicki, M. Zubik (red.), Warszawa 2016, LEX.

realizacji istoty tego prawa, w tym może stanowić podstawę do wniesienia skargi konstytucyjnej¹². Oznacza to również, że Konstytucja RP wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania. TK podkreślił, że treścią tego prawa jest roszczenie o działania ze strony organów władzy publicznej, polegające na stworzeniu odpowiednich warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia dostępnego dla wszystkich. Optykę tę potwierdza kolejny wyrok TK z dnia 12 kwietnia 2006 r.¹³, w którym odwołując się do art. 68 ust 1 Konstytucji RP stwierdza, że:

„Przepis ten mówi o obowiązku władzy publicznej zapewnienia obywatelom (na zasadach i w granicach określonych w ustawach zwykłych) równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Konstytucja nie przesądza natomiast modelu świadczeń zdrowotnych. Nie rozstrzyga także na własnym poziomie nic więcej ponad to, że obywatelom zapewnia się „równy” dostęp do tych świadczeń”.

W kontekście niniejszej pracy właśnie ten przepis prawny Konstytucji RP ma szczególne znaczenie dla ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. M. Florczak-Wątor wyjaśnia, że:

„Artykuł 68 nie przesądza konstrukcji systemu ochrony zdrowia jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródła finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. Ustawodawca ma zatem znaczną swobodę w konstruowaniu systemu ochrony zdrowia”¹⁴.

Oznacza to, że funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia różnych modeli świadczeniodawców, w tym finansowanych ze środków publicznych jest w pełni dopuszczalny. Dlatego wyłączenie więziennej służby zdrowia spod u.j.o.z.b.p. pacjenta przez ustawodawcę nie budzi wątpliwości natury konstytucyjnej. Niemniej jednak w świetle całego art. 68 Konstytucji RP istotnym aspektem jest regulacja zawarta ust. 2

¹² L. Garlicki, 4.6. *System praw i wolności w Konstytucji z 1997 r.* [w:] *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2025, LEX. Zob. także: M. Florczak-Wątor, *Komentarz. do art. 68*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. II, P. Tuleja (red.), Warszawa 2023, LEX.

¹³ Sygn. akt: KP 2/04.

¹⁴ Zob. także: M. Florczak-Wątor, *Komentarz. do art. 68*.

tegoż przepisu prawnego, obejmującego nakaz równego traktowania wszystkich obywateli w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w tym ze względu na sytuację materialną. Pomimo, iż w art 68 Konstytucji RP prawodawca *expressis verbis* odnosi się do kryterium „sytuacji materialnej”, należy zauważyć, że w doktrynie dominuje stanowisko, że zakaz dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej ma charakter szerszy. W. Skrzydło wskazuje, że: „Konstytucja przyznaje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Nie jest to bynajmniej prawo tylko pracujących, co podkreśla użyte sformułowanie «każdy ma prawo»”. W Polsce szeroko został rozwinięty system ubezpieczeń zdrowotnych, a także system opieki zdrowotnej, obejmujący osoby niezależnie od wieku, zawodu, wykonywanej pracy itp. System ochrony zdrowia jest oparty na świadczeniu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”¹⁵. Podobne stanowisko wyraża L. D. Eryk, który wyjaśnia, że:

„Artykuł 68 ust. 2 Konstytucji statuuje w istocie zakaz różnicowania obywateli według kryterium sytuacji materialnej. Jakkolwiek, jak się wydaje, przepis ten nie statuuje publicznego prawa podmiotowego, będąc jedynie normą programową – nakazem optymalizacyjnym dotyczącym organizacji systemu (w tym także, np. poprzez prawo zawodów medycznych, dyslokacji zasobów ludzkich i technicznych służących realizacji gwarantowanych w systemie świadczeń), to można uznać, że wynika z niego jednak także pewien refleks prawa przedmiotowego, oznaczający zakaz wprowadzania wszelakich barier finansowych dotyczących dostępu do świadczeń – udziału własnego w kosztach świadczenia, opłat za wizytę, za wystawienie recepty itp. Można wręcz postawić tezę, że równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oznacza ograniczenie wszelkich barier wynikających z kryteriów pozamedycznych, a nie tylko uniezależnienie dostępu od stopnia zamożności obywateli”¹⁶.

Zatem dociekając istoty tego przepisu należy przyjąć szeroką interpretację obejmującą wszelkie przejawy zakazu dyskryminacji niemającego cech medycznych w kontekście równego dostępu do ochrony zdrowia,

¹⁵ W. Skrzydło, *Komentarz do art. 68, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, wyd. VII*, Warszawa 2013, LEX.

¹⁶ D.E. Lach, *Koszyk świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2009, nr 12, s. 2–10.

w tym statusu prawnego człowieka. Niewątpliwie osoby pozbawione wolności, z uwagi na swoją szczególną sytuację prawną, wpisują się w przedstawiony pogląd doktryny.

W świetle powyższego należy podkreślić, że więzienna służba zdrowia jest w całości finansowana ze środków publicznych, co oznacza, że osoby pozbawione wolności są beneficjentami opieki zdrowotnej finansowanej z tych środków w rozumieniu art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Zatem wyłączenie więziennej służby zdrowia spod standardów jakości opieki zdrowotnej oznacza *de facto* różnicowanie poziomu ochrony zdrowia nie tylko ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, ale także brak wspólnych standardów jakościowych gwarantujących bezpieczeństwo pacjenta. Z tego wywodu można wytoczyć tezę, że nierówne egzekwowanie kryteriów jakościowych w systemie ochrony zdrowia do wszystkich podmiotów świadczących usług zdrowotne, co ma w konsekwencji przełożenie na bezpieczeństwo pacjenta, pozostaje w sprzeczności z konstytucyjną zasadą równego dostępu.

W zakreślonej problematyce wobec tego trzeba odnieść się do konstytucyjnej zasady równości. Artykuł 32 ust. 1 Konstytucji RP stanowi, że „wszyscy są wobec prawa równi” oraz „wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne”. Prawodawca wprowadza generalną zasadę równości, która jest jedną z fundamentalnych zasad demokratycznego państwa prawnego. Uzupełnieniem tej zasady jest ust. 2 tegoż artykułu, w którym wpisany jest zakaz dyskryminacji „w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny”. Trybunał Konstytucyjny wypracował bogatą linię orzecniczą dotyczącą rozumienia zasady równości. W wyroku z dnia 28 września 2015 r. TK stwierdził, że:

„Zasada równości wobec prawa wymaga, aby podmioty prawa (adresaci norm prawnych), charakteryzujące się w równym stopniu daną cechą istotną (relewantną), były traktowane równo, a więc według jednakowej miary, bez zróżnicowań zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących. [...] Ocena regulacji prawnej z punktu widzenia zasady równości musi zatem zostać poprzedzona zbadaniem sytuacji prawnej podmiotów oraz analizą dotyczącą ich cech wspólnych i odmiennych. W tym celu konieczne jest właściwe określenie kryterium, na podstawie którego cecha jest ustalana. Zasada równości z art. 32 ust. 1 Konstytucji nie ma charakteru absolutnego. Dopuszczalne jest odmienne traktowanie

podmiotów odznaczających się cechami wspólnymi, jeśli są spełnione następujące warunki: odstępstwo od zasady równości musi mieć charakter relewantny, a zatem pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisu, w którym zawarta jest kontrolowana norma, musi służyć realizacji tego celu i treści; waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, nie może być niższa niż interesów, które nie zostaną w pełni uwzględnione; musi pozostawać w związku z innymi wartościami, zasadami i normami konstytucyjnymi, które uzasadniają odmienne traktowanie podmiotów podobnych (zob. np. wyrok TK z 15 lipca 2010 r., sygn. K 63/07, OTK ZU nr 6/A/2010, poz. 60)¹⁷.

Co za tym idzie, równość nie wyklucza różnicowania podmiotów, ale wymaga, aby różnicowanie było racjonalnie uzasadnione.

W przedmiocie przeprowadzanej analizy należy zatem zastanowić się nad kilkoma kwestiami. Po pierwsze, czy osoby pozbawione wolności wymagające interwencji medycznej są w relewantnie podobnej sytuacji do innych pacjentów systemu publicznej ochrony zdrowia oraz różnicowanie wymaga uzasadnienia, po drugie, czy różnicowanie tych osób służy konstytucyjnie akceptowalnemu celowi, po trzecie, czy przyjęte środki służą realizacji tego celu, po czwarte, czy nie istnieją inne środki skutkujące traktowaniem tych osób bez różnicowania w ramach systemu ochrony zdrowia, po piąte, czy korzyści z różnicowania osób pozbawionych wolności jako pacjenci w relacji do innych pacjentów przewyższają ewentualnie powstałe szkody z tego tytułu. Podejmując próbę odpowiedzi na postawione problemy należałoby wyrazić pogląd, że z perspektywy prawa do ochrony zdrowia cechą relewantną jest stan zdrowia i potrzeba leczenia, nie zaś status prawny osoby. Osoba pozbawiona wolności cierpiąca na określone schorzenie wymaga takiej samej jakości diagnostyki, leczenia i monitorowania jak każdy pacjent. Wyłączenie więziennej służby zdrowia spod u.j.o.z.b.p. stanowi zatem różnicowanie sytuacji prawnej podmiotów będących w relewantnie podobnej sytuacji, co wymaga konstytucyjnego uzasadnienia zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

W świetle powyższego, rozpatrując status prawny osoby pozbawionej wolności, trzeba zaznaczyć, że prawodawca konstytucyjny wskazuje wprost, że nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu,

¹⁷ Sygn. akt: K 20/14.

niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu, oraz zakazuje stosowania kar cielesnych (art. 40 Konstytucji RP). Z kolei w art. 41 ust. 4 ustawy zasadniczej zagwarantowane jest, że każdy pozbawiony wolności powinien być traktowany w sposób humanitarny. W prawie konstytucyjnym występuje teoria ograniczeń koniecznych, zgodnie z którą osoba pozbawiona wolności zachowuje wszystkie prawa podstawowe, z wyjątkiem tych, które zostały ograniczone wyrokiem skazującym. Ponadto, w zakresie tych ograniczeń wpisują się wszelkie rygory i dyscyplina więzienna wobec więźnia, posiadające charakter systemowy obejmujące specyfikę izolacji penitencjarnej¹⁸. Tym samym wyrok skazujący na karę pozbawienia wolności ogranicza przede wszystkim wolność osobistą, ale nie pozbawia skazanego innych praw konstytucyjnych, w tym prawa do ochrony zdrowia. Wobec tego prawo osoby pozbawionej wolności do opieki zdrowotnej rozumiane jako prawo podstawowe, w żaden sposób nie może być ograniczone, w tym co do zakresu i odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wszelkiego rodzaju praktyki godzące w to prawo należy rozważać w kierunku naruszenia podstawowych praw człowieka, w kontekście prawa konstytucyjnego i międzynarodowego¹⁹. Potwierdza to TK w wyroku z dnia 26 maja 2008 r.:

„Osoba pozbawiona wolności może więc domagać się zapewnienia minimalnych standardów bytowych uwięzienia. Punktem wyjścia jest założenie możliwości resocjalizacji skazanego i jego powrotu do społeczeństwa oraz potrzeba stwarzania sprzyjających temu warunków odbywania kary”²⁰.

Pomimo, iż TK wypowiadał się w innym przedmiocie sprawy, trzeba przyjąć, że do warunków bytowych również należy zaliczyć zagwarantowanie odpowiedniej opieki medycznej osobom pozbawionym wolności. Zatem prawo do ochrony zdrowia należy do kategorii tych praw, których osoba skazana nie może zostać pozbawiona w warunkach izolacji. Co istotne TK słusznie zwrócił uwagę na zasadniczą funkcję kary pozbawienia

¹⁸ Zob. A. Podciechowska, A. Wilk, *Prawo osób pozbawionych wolności do opieki zdrowotnej według orzecznictwa ETPCz i jego skuteczność w Polsce*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2011, nr 12, s. 11-19.

¹⁹ Zob. A. Kwieciński, *Ochrona zdrowia osób przebywających w jednostkach penitencjarnych. Analiza najnowszych judykatów Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach polskich*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2023, t. LXVIII, s. 55-71.

²⁰ Sygn. akt: SK 25/07.

wolności, obejmującą resocjalizację i powrót do społeczeństwa przez osadzonego w zakładzie karnym.

Opisując konstytucyjne podstawy ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności uwypukla się szczególna odpowiedzialność państwa. Jak to zostało już podkreślone, osoby pozbawione wolności znajduje się w sytuacji, w której dobitnie przejawia się szczególna zależności od państwa. Osoba osadzona w zakładzie karnym, co do zasady, nie może samodzielnie zadbać o swoje zdrowie, w tym dokonać wyboru lekarza i podmiotu leczniczego, w którym chciałaby się leczyć. Ponadto, wykluczona jest z samodzielnego nabycia leków w aptece oraz podejmowania innych usług zdrowotnych, w tym oferowanych w podmiotach prywatnych. Przy czym od tej zasady prawodawca przewiduje jeden wyjątek w k.k.w. Mianowicie, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, dyrektor zakładu karnego, po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego, może zezwolić skazanemu, na jego koszt, na leczenie przez wybranego przez niego innego lekarza, podmiocie leczniczym dla osób pozbawionych wolności, oraz na korzystanie z dodatkowych leków i innych wyrobów medycznych²¹. Zatem konsekwencją pozbawienia osoby wolności jest przejście przez państwo całkowitej odpowiedzialności za zaspokojenie jej podstawowych potrzeb życiowych, w tym świadczeń zdrowotnych. Co za tym idzie, wymienione potrzeby medyczne winny być realizowane o odpowiedniej jakości gwarantującej mu pełne bezpieczeństwo, tj. na poziomie porównywalnym do tego, który jest realizowany w społeczeństwie²². Aby ten proces, który ściśle wpisuje się w resocjalizację osadzonego, mógł być zrealizowany państwo winno m.in. zatrudnić w zakładzie karnym pracowników specjalistycznych, w tym pracowników medycznych²³.

2. Europejskie Reguły Więzienne

Wsparcie w zagwarantowaniu należytego poziomu potrzeb bytowych, w tym zdrowotnych, zapewniają „europejskie standardy traktowania

²¹ Art. 115 §4 k.k.w.

²² Z. Hołda, *Europejskie standardy traktowania więźniów. Kilka uwag o Europie, Radzie Europy, Polsce i prawach więźniów*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2009, z. 1, s. 112.

²³ A. Kojadyńska, J. Gałędek, *Resocjalizacja osadzonych przebywających w zakładzie karnym*, „Kortowski Przegląd Prawniczy” 2017, nr 2, s. 86.

więźniów”²⁴ wypracowane przez Radę Europy, których fundament stanowią prawa człowieka. Jak podkreśla Z. Hołda, „Standardy te należą do najważniejszych instytucji prawnych z zakresu prawa karnego wykonawczego. Mają też ogólniejsze znaczenie z punktu widzenia ochrony praw człowieka”²⁵. Dokonał on szczegółowej i interesującej analizy recepcji tych standardów w Polsce w okresie dwudziestu lat, po przemianach ustrojowych z początkiem lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Pomimo, że Europejskie Reguły Więzienne (ERW) – opracowywane głównie przez Radę Europy, lecz również przez Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPCz), Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu oraz Komitet Ministrów²⁶ – nie są obowiązujące, to ETPCz bierze je pod uwagę w postępowaniach przy ocenie skarg na warunki w zakładach karnych²⁷. Zalecenie Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich Rady Europy w sprawie ERW w zakresie opieki zdrowotnej osób pozbawionych wolności zostały określone w niniejszym dokumencie w części III pt. Zdrowie²⁸. Zgodnie z regułą odwołującą się do opieki zdrowotnej „władze więzienne chronią zdrowie wszystkich więźniów znajdujących się pod ich opieką”²⁹. Należy zatem domniemywać, że jest to zasada bezwarunkowa nakładająca na administrację więzienną obowiązek podejmowania wszelkich działań w kierunku zabezpieczenia pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego osób osadzonych w zakładzie penitencjarnym. Z powyższą zasadą korespondują inne reguły dotyczące organizacji więziennej

²⁴ Zob. D. Gajdus, B. Gronowska, *Europejskie standardy traktowania więźniów (rekonstrukcja standardów oraz ich znaczenie dla polskiego prawa i praktyki penitencjarnej)*, Toruń 1998; J. Murdoch, *The Treatment of Prisoners. European Standards*, Strasbourg 2006.

²⁵ Z. Hołda, *Europejskie standardy traktowania więźniów...*, s 97.

²⁶ Zob. Rozdział 6: *Warunki osadzenia*, [w:] ZIELONA KSIĘGA Zwiększenie wzajemnego zaufania w ramach europejskiej przestrzeni sądowej – Zielona księga w sprawie stosowania przepisów UE dotyczących wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych w obszarze pozbawienia wolności /* COM/2011/0327 końcowy */, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52011DC0327> [dostęp: 24 listopada 2025 r.].

²⁷ Szerzej na temat działalności i orzecznictwie ETPCz: B. Gronowska, *Więźniowie niebezpieczni w polskich zakładach karnych*, „Prokuratura i Prawo” 2013, z. 7–8, s. 7–18; B. Gronowska, *Prawo do ochrony zdrowia więźniów w Polsce – refleksje na tle europejskich standardów praw człowieka*, „Prokuratura i Prawo” 2013, z. 10, s. 5–18.

²⁸ Nieoficjalne tłumaczenie przygotowane przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych dokumentu: Zalecenie Rec(2006)2-rev Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych (przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952. posiedzeniu delegatów ministrów, poddane przeglądowi i zmienione przez Komitet Ministrów w dniu 1 lipca 2020 r. na 1380. posiedzeniu delegatów ministrów), [https://search.coe.int/cm/#{%22CoEReference%22:\[%22Rec\(2006\)-2-rev%22\],\[%22sort%22:\[%22CoEValidationDate%20Descending%22\]}](https://search.coe.int/cm/#{%22CoEReference%22:[%22Rec(2006)-2-rev%22],[%22sort%22:[%22CoEValidationDate%20Descending%22]}) [dostęp: 25 listopada 2025 r.].

²⁹ Reguła nr 39 ERW.

opieki zdrowotnej. Dobitnie zostało wskazane, że „więźniowie mają dostęp do służby zdrowia dostępnej w kraju bez dyskryminacji ze względu na ich sytuację prawną”³⁰. Ponadto, „zapewnia się więźniom w tym celu wszystkie potrzebne usługi medyczne, chirurgiczne i psychiatryczne”³¹, które są dostępne społeczeństwu na wolności. Dokonując wyłącznie teoretyczno-prawnej analizy wyselekcjonowanych reguł nie budzi wątpliwości *ratio legis* tej regulacji, która hołduje równemu traktowaniu osób pozbawionych wolności w zakresie opieki zdrowotnej z osobami korzystającymi z powszechnej ochrony zdrowia. Co oznacza, że jakość świadczonych usług medycznych winna być taka sama. Jednakże, aby można było wyegzekwować realizację tej reguły, więzienna służba zdrowia powinna podlegać tym samym rygorom i nadzorowi w zakresie odpowiedniego poziomu jakości opieki zdrowotnej. Wyłączenie więziennej służby zdrowia spod u.j.o.z.b.p. jest rozwiązaniem prawnym, które w tym przypadku nie służy zagwarantowaniu równego traktowania wszystkich obywateli, niezależnie od posiadającego statusu prawnego.

3. Organizacja i specyfika więziennej służby zdrowia w zakresie opieki zdrowotnej

Zasadniczym aktem normatywnym regulującym opiekę zdrowotną nad osobami pozbawionymi wolności jest k.k.w. Prawodawca w niniejszym akcie stanowi, że: „skazany ma prawo w szczególności do: odpowiednie go ze względu na zachowanie zdrowia wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich warunków higieny”³². W kontekście przeprowadzonej analizy istotne jest zwrócenie uwagi na sformułowanie odnoszące się do zabezpieczenia osobie pozbawionej wolności odpowiednich świadczeń zdrowotnych dla zachowania zdrowia. Odpowiednich, czyli odzwierciedlających aktualną wiedzę medyczną i sztukę lekarską, co ma przełożenie na właściwą jakość tych świadczeń i bezpieczeństwo osoby chorej. Wyłącznie w takiej sytuacji można założyć, że w znacznym stopniu wypełniania jest zasad równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych, niezależnie od statusu prawnego

³⁰ Reguła nr 40.3 ERW.

³¹ Reguła nr 40.5 ERW.

³² Art. 102 ust. 1 k.k.w.

osoby potrzebującej pomocy medycznej. Ujmując analizowany problem systemowo, zgodnie z zasadą ogólną, „świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności”³³, a inne podmioty lecznicze działające poza systemem penitencjarnym, współdziałają z nimi podmiotami, w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy jest to konieczne w przypadku: natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego, przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego, a także zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego. Przy czym należy zaznaczyć, że katalog ten nie jest zamknięty (*numerus clausus*). Prawodawca założył, że udzielenie pomocy medycznej skazanemu może również być wykonana w innym przypadku, co ma odbicie w sformułowaniu w „szczegółności”. Należy także stwierdzić, że przyjęcie przez prawodawcę takiej konstrukcji dobitnie zakreśla odrębność organizacyjną więziennej służby zdrowia, działającej w ramach struktury służby więziennej. Na takie podejście także składa się określenie w odpowiednim rozporządzeniu szczegółowych warunków, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności, przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Sprawiedliwości na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 799, z późn. zm.)³⁴. W rozporządzeniu prawodawca wymienia m.in.: świadczenia zdrowotne udzielane przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności oraz przez pozawięzienne podmioty lecznicze; badania, którym poddaje się osobę pozbawioną wolności; przyjmowanie osób pozbawionych wolności przez lekarza lub lekarza dentyzę; umieszczenie osoby pozbawionej wolności w izbie chorych zakładu karnego lub w szpitalu; podawanie leków osobom pozbawionym wolności; świadczeń zdrowotnych, zaleceń oraz skierowań dla kobiet ciężarnych pozbawionych wolności, a także postępowanie w przypadku podejrzenia u osoby pozbawionej wolności zaburzeń psychicznych lub uzależnienia.

Z uwagi na zakres niniejszej pracy, dokonując analizy wyłącznie w aspekcie jakości opieki zdrowotnej osób pozbawionych wolności, należy

³³ Art. 115 §4 k.k.w.

³⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, Dz. U. z 2024 r., poz. 1168.

podkreślić, że zasadniczą cechą więziennej służby zdrowia jest jej podporządkowanie organizacyjne Służbie Więziennej. Co za tym idzie jest ona wyłączona z powszechnego systemu ochrony zdrowia. Niezależność organizacyjna również wyraża się w tym, że zgodnie z art. 1 Ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1869, z późn. zm.)³⁵ to Minister Sprawiedliwości, a nie Minister Zdrowia, sprawuje nadzór nad tymi jednostkami³⁶. Na kolejnych poziomach nadzór nad szpitalami więziennymi pełni Dyrektor Generalny Służby Więziennej, zaś nad opieką ambulatoryjną w zakładach karnych i aresztach śledczych dyrektorzy tych placówek³⁷. Rodzi to kolejne konsekwencje, obejmujące zależność zawodową personelu medycznego więziennej służby zdrowia, posiadającego jednocześnie status funkcjonariuszy Służby Więziennej³⁸. Przy takiej konstrukcji prawnej lekarze i pielęgniarki pracujący w penitencjarnym systemie służby zdrowia, również nie są objęci Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 254, z późn. zm.)³⁹. Należy nadmienić, że zgodnie z ustawowymi zadaniami, konsultanci krajowi i wojewódzcy przeprowadzają kontrole podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych dotyczącej realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w zakresie wynikającym z programów kształcenia⁴⁰. Nasuwa się więc kolejne pytanie, czy takie wyłączenie osób wykonujących zawód medyczny w więziennej służbie zdrowia spod pieczy konsultantów w ochronie zdrowia wpływa na proces leczenia osób pozbawionych wolności? Można teoretycznie przyjąć, że brak nadzoru konsultanta może mieć wpływ na podejmowane decyzje przez osoby wykonujące zawód

³⁵ Dalej: u.s.w.

³⁶ T. Szymanowski, *Polityka karna i penitencjarna w Polsce w okresie przemian prawa karnego*, Warszawa 2004, s. 128; M. Zoń, *Komentarz do art. 1, [w:] Służba więzienna. Komentarz*, M. Mazuryk (red.), Warszawa 2013, LEX.

³⁷ Art. 7 u.s.w.

³⁸ Zob. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 stycznia 2023 r. w sprawie stanowisk służbowych oraz stopni funkcjonariuszy Służby Więziennej (Dz. U. z 2023 r., poz. 138); Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza i lekarza dentyistę będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej (Dz. U. z 2023 r., poz. 1064); Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 2022 r. w sprawie uposażenia zasadniczego funkcjonariuszy Służby Więziennej (Dz. U. z 2024 r., poz. 1569).

³⁹ Dalej jako: „u.k.o.z.”.

⁴⁰ Art. 10 ust. 1 pkt. 1 u.k.o.z.

medyczny w jednostkach penitencjarnych. Dla porównania, przedmiotowa ustawa o konsultantach w ochronie zdrowia, reguluje zadania konsultantów w dziedzinach związanych z obronnością kraju⁴¹, jednakże nie czyni tego w stosunku do więziennej służby zdrowia.

Po przeprowadzonej analizie systemowej więziennej służby zdrowia należy stwierdzić, że niefortunnym jest przyjęcie rozwiązania autonomii penitencjarnej służby zdrowia od powszechnej ochrony zdrowia (poza-więziennej) oraz zależność służbowa personelu medycznego administracji Służby Więziennej. Zasadniczo może to skutkować podejmowaniem decyzji medycznych wobec osób pozbawionych wolności pod wpływem czynników pozamedycznych.

4. Stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich

Punktem wyjścia do przeprowadzenia niniejszego opracowania, o czym było wspomniane we wstępie niniejszej pracy, jest interwencja Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) do Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej. W wytoczonych pismach z dnia 23 stycznia 2023 r., RPO zakwestionował art. 1 ust. 2 u.j.o.z.b.p., który wyłącza spod jej zastosowania podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczenia opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 k.k.w. Jak stwierdził:

„Rozwiązania te mogą budzić zasadnicze wątpliwości co do zgodności z konstytucyjnymi zasadami równego traktowania przez władze publiczne (art. 32 ust. 1 Konstytucji RP) oraz prawem do ochrony zdrowia i obowiązkiem zapewnienia przez władze publiczne obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 1–2 Konstytucji RP)”⁴².

⁴¹ Art. 11 u.k.o.z.

⁴² Zob.: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-03/Do_MZ_opieka_zdrowotna_osadzeni_21.03.2023.pdf [dostęp: 14 listopada 2025 r.]; https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-03/Do_DGSW_opieka_zdrowotna_osadzeni_21.03.2023.pdf (dostęp: 14 listopada 2025 r.).

Jednakże należy wskazać, że RPO w kolejnej interwencji podniósł jeszcze inne mankamenty więziennej służby zdrowia, które składają się na całokształt funkcjonowania więziennego sektora medycznego wyalelowanego z powszechnego systemu ochrony zdrowia. Zbiór zasadniczych problemów RPO zgłosił do Ministra Sprawiedliwości w piśmie z dnia 16 października 2024 r.⁴³, sformułowanych na podstawie obserwacji przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) w czasie wizytacji jednostek penitencjarnych, a które nadal zachowują aktualność. W przedmiotowym wystąpieniu, przede wszystkim wskazał brak obligatoryjnych badań lekarskich wszystkich osób umieszczanych w jednostkach penitencjarnych, z zaznaczeniem, że chodzi o osoby przetransportowane z innych zakładów karnych lub aresztu śledczego. Uwypuklił fakt, że „taka praktyka tworzy poważną lukę w systemie zapobiegania torturom i złemu traktowaniu”. Jednocześnie zaznaczył, że niezależnie od badania medycznego osadzonego przed transportem, brak badania po przybyciu do jednostki uniemożliwia wykrycie śladów przemocy, do której mogło dojść w czasie konwoju⁴⁴. Ponadto, RPO wymienił inne problemy, które powinny być wzięte pod uwagę przy zmianach przepisów prawnych, tj.: brak regulacji w przypadku zgłoszenia tortur i dokumentowania obrażeń; problem niewystarczającej obsady lekarskiej i pielęgniarzkiej; brak całodobowej opieki medycznej świadczonej przez personel pielęgniarzki lub ratowników medycznych; angażowanie pielęgniarek i ratowników medycznych do czynności związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa i porządku; udział lekarza w procedurze umieszczenia osadzonego w celi izolacyjnej; rola lekarzy w kontekście zastosowania środków przymusu bezpośredniego; przeprowadzanie badania w obecności funkcjonariuszy; długi czas oczekiwania na konsultacje specjalistyczne; przeprowadzanie badań medycznych w kajdankach; trudności w opiece nad osadzonymi z zespołem abstynencyjnym (odstawienym); sytuacja osadzonych niesamodzielnych, przewlekłe somatycznie chorych oraz starszych

⁴³ Zob.: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2024-10/Do_MS_wi%C4%99zienna_sluzba_zdrowia_reforma_postulaty_16_10_2024.pdf [dostęp: 28 listopada 2025 r.].

⁴⁴ RPO przy tym punkcie powołał się na: Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-11/Raport_roczny_KMPT_2022_dostepny.pdf, s. 83 [dostęp: 28 listopada 2025 r.].

w jednostkach penitencjarnych; sytuacja kobiet pozbawionych wolności oraz sytuacja osób transpłciowych w jednostkach penitencjarnych⁴⁵.

W kontekście niniejszej pracy także istotna jest interwencja RPO wyrażona w piśmie datowanym na 31 października 2025 r., w którym zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości z sugestią przetłumaczenia na język polski zrewidowanych w 2020 r. ERW wraz z towarzyszącym im komentarzem oraz upowszechnienia tego dokumentu. Jak podkreślił:

„Dostępność oficjalnego tłumaczenia ERW na język polski może przyczynić się do efektywnego ich wdrożenia oraz zwiększyć znajomość ustanowionych standardów, z korzyścią dla publicznej debaty w kwestiach związanych z więziennictwem, procesu stanowienia prawa, efektywności nadzoru i kontroli oraz programów szkoleniowych. Jestem przekonany, że rozwiązanie to stanowiłoby dodatkowy środek zapobiegawczy”⁴⁶.

Zważywszy na powyższe, należy podkreślić, że RPO w swoich wystąpieniach publicznych oraz interwencjach do organów administracji rządowej słusznie podkreśla, że konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia ma charakter uniwersalny i nie może być ograniczane ze względu na status prawny jednostki. Ponadto RPO wskazuje, że izolacja penitencjarna nie może oznaczać odseparowania od standardów jakości i bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej.

Konkludując, należy stanowczo zaakcentować, że osoba pozbawiona wolności nie jest, po pierwsze, pozbawiona prawa ochrony zdrowia, po drugie, ma pełne prawo nie tylko domagać się usług medycznych tej samej jakości jak każda inna osoba (pacjent), ale także egzekwować je od administracji penitencjarnej ze względu na swoją szczególną sytuację, w której się znajduje. Owa sytuacja oraz związane z nią okoliczności, w żaden sposób nie mogą usprawiedliwiać obniżenia standardów opieki zdrowotnej. Przeciwnie, powinno to prowadzić do wzmocnienia mechanizmów kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, tak jak ma to miejsce w publicznej ochronie zdrowia.

⁴⁵ Stan zdrowia oraz potrzeby lecznicze więźniów na przestrzeni 20 lat (2002–2023) zostały opisane w publikacji: R. Korkosz, A. Trzcionka, M. Kielbratowski, A. Kuśka-Kielbratowska, M. Rahnama, M. Tanasiewicz, *Sytuacja więźniów w Polsce w latach 2002–2023 z uwzględnieniem opieki zdrowotnej, zachowań prozdrowotnych oraz utrzymania dobrostanu więźniów*, „*Annales Academiae Medicae Silesiensis*” 2025, t. 79, s. 331–343.

⁴⁶ Zob. https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2025-11/Do_MS_Europejskie_Reguly_Wiezienne_przetlumaczenie_31_10_2025.pdf (dostęp: 14 listopada 2025 r.).

Zakończenie

Po przeprowadzonej analizie można wytoczyć zasadnicze wnioski, w tym postulaty *de lege ferenda*.

Po pierwsze, wyłączenie więziennej służby zdrowia spod u.j.o.z.b.p. może budzić refleksję w kierunku naruszenia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji RP) oraz zasady równości (art. 32 Konstytucji RP). Osoby pozbawione wolności, tak jak pacjenci systemu publicznej ochrony zdrowia, powinni mieć prawo do takiej samej jakości usług zdrowotnych i pełne bezpieczeństwo w zakresie udzielonych świadczeń, tak jak wszyscy obywatele. Przedmiotowe wyłączenie ustawowe poddaje w wątpliwość równe traktowanie wszystkich obywateli w świetle Konstytucji RP, co może w praktyce przejawiać się w nieuzasadnionej dyskryminacji osadzonych ze względu na status prawny.

Po drugie, w obecnym systemie kontroli jakości w więziennej służbie zdrowia nie mają zastosowania elementy zastosowane w u.j.o.z.b.p., m.in.: brak wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, brak akredytacji, oraz brak rejestru zdarzeń niepożądanych. Skutkuje to ograniczoną kontrolą zewnętrzną, co może mieć przełożenie na obniżenia standardów jakości usług medycznych i bezpieczeństwo osoby pozbawionej wolności.

Po trzecie, interwencje RPO do Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Sprawiedliwości, formułowane na podstawie przyjętych skarg, raportów Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur i Najwyższej Izby Kontroli, wyroków ETPCz, potwierdzają, że jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo zdrowotne osadzonych w więzieniach jest niewystarczająca.

Po czwarte, stanowisko RPO w sprawie wyłączenia więziennej służby zdrowia z publicznego systemu ochrony zdrowia w zakresie jakości świadczonych usług zdrowotnych wskazuje, że może być to przejawem naruszenia Konstytucji RP. Ponadto jest to rozwiązanie szkodliwe dla osób pozbawionych wolności, z uwagi na to, że bezpieczeństwo pacjenta nie może być różnicowane w zależności od miejsca udzielania świadczeń medycznych, a co za tym idzie wymaga pilnej zmiany przepisów prawnych.

Reasumując, należy wytoczyć postulat *de lege ferenda* do prawodawcy, aby podjął debatę parlamentarną w celu nowelizacji u.j.o.z.b.p. w celu uchylecia art. 1 ust. 2, ewentualnie wprowadzenia odpowiedniego stosowania wybranych przepisów ustawy do więziennej służby zdrowia. Postulowane zmiany objęłyby również inne akty normatywne, w tym

przede wszystkim k.k.w. oraz ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, żeby wzmocnić gwarancję jakości i bezpieczeństwa osób pozbawionych wolności. Podniesione zalecenie bezpośrednio skutkuje zmianą systemu ochrony zdrowia w Polsce, poprzez włączenie w określonym zakresie pod jurysdykcję przepisów powszechnych więziennej służby zdrowia.

Bibliografia

Akty prawne

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483).
2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 911, z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 254, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1869, z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 799, z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 302, z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1692, z późn. zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2024 r., poz. 1168).
9. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 stycznia 2023 r. w sprawie stanowisk służbowych oraz stopni funkcjonariuszy Służby Więziennej (Dz. U. z 2023 r., poz. 138).
10. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 2022 r. w sprawie uposażenia zasadniczego funkcjonariuszy Służby Więziennej (Dz. U. z 2024 r., poz. 1569).
11. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza i lekarza dentystę będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej (Dz. U. z 2023 r., poz. 1064).

Orzeczenie sądowe

1. Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., Sygn. akt K 14/03.
2. Wyrok TK z dnia 12 kwietnia 2006 r., Sygn. akt Kp 2/04.
3. Wyrok TK z dnia 28 września 2015 r., Sygn. akt K 20/14.
4. Wyrok TK z dnia 26 maja 2008 r., Sygn. akt SK 25/07.

Źródła bibliograficzne

1. Florczak-Wątor M., *Komentarz do art. 68, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. II, P. Tuleja (red.), Warszawa 2023.
2. Gajdus D., Gronowska B., *Europejskie standardy traktowania więźniów (rekonstrukcja standardów oraz ich znaczenie dla polskiego prawa i praktyki penitencjarnej)*, Toruń 1998.
3. Garlicki L., 4.6. *System praw i wolności w Konstytucji z 1997 r.*, [w:] *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2025.
4. Gronowska B., *Prawo do ochrony zdrowia więźniów w Polsce – refleksje na tle europejskich standardów praw człowieka*, „Prokuratura i Prawo” 2013, z. 10.
5. Gronowska B., *Więźniowie niebezpieczni w polskich zakładach karnych*, „Prokuratura i Prawo” 2013, z. 7–8.
6. Hołda Z., *Europejskie standardy traktowania więźniów. Kilka uwag o Europie, Radzie Europy, Polsce i prawach więźniów*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2009, z. 1.
7. Kojadyńska A., Gałędek J., *Resocjalizacja osadzonych przebywających w zakładzie karnym*, „Kortowski Przegląd Prawniczy” 2017, nr 2.
8. Korkosz R., Trzcionka A., Kiełbratowski M., Kuśka-Kiełbratowska A., Rahnama M., Tanasiewicz M., *Sytuacja więźniów w Polsce w latach 2002–2023 z uwzględnieniem opieki zdrowotnej, zachowań prozdrowotnych oraz utrzymania dobrostanu więźniów*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2025, t. 79.
9. Kwieciński A., *Ochrona zdrowia osób przebywających w jednostkach penitencjarnych. Analiza najnowszych judykatów Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach polskich*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2023, t. LXVIII.
10. Kwieciński A., *Ochrona zdrowia osób przebywających Wrocław 2023 w jednostkach penitencjarnych Analiza najnowszych judykatów Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach polskich*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2023, t. LXVIII.
11. Lach D.E. *Koszyk świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2009, nr 12.
12. Murdoch J., *The Treatment of Prisoners. European Standards*, Strasbourg 2006.
13. Podciechowska A., Wilk A., *Prawo osób pozbawionych wolności do opieki zdrowotnej według orzecznictwa ETPCz i jego skuteczność w Polsce*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2011, nr 12.
14. Skrzydło W., *Komentarz do art. 68, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. VII, Warszawa 2013.
15. Szymanowski T., *Polityka karna i penitencjarna w Polsce w okresie przemian prawa karnego*, Warszawa 2004.
16. Trzcński J., Wiącek M., *Komentarz do art. 68, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II*, wyd. II, L. Garlicki, M. Zubik (red.), Warszawa 2016.
17. Twarowski A., *Artykuł 1, [w:] Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2024.
18. Zoń M., *Komentarz do art. 1, [w:] Służba więzienna. Komentarz*, M. Mazuryk (red.), Warszawa 2013.

