



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 23 lutego 2016 r.

Adam Bodnar

IX.517.1323.2015.EB

Pan

Zbigniew Ziobro

Minister Sprawiedliwości

W nawiązaniu do pisma z dnia 15 lutego 2016 r., będącego odpowiedzią na moje wystąpienie z dnia 7 stycznia 2016 r. w sprawie możliwości powołania międzyresortowego zespołu roboczego w celu wypracowania modelu funkcjonowania w Polsce opieki medycznej dla osób pozbawionych wolności, uprzejmie informuję, że nie mogę zgodzić się ze stanowiskiem przedstawionym przez Pana Ministra Patryka Jaki (l.dz. DWOIP-I-072-3/16).

Z przedmiotowego pisma jednoznacznie wynika, iż od dawna trwają analizy koncepcji polegającej na oparciu więziennej służby zdrowia jedynie na więziennych podmiotach leczniczych, jak również systemu, w którym część zadań związanych z zapewnieniem właściwej opieki medycznej osobom pozbawionym wolności zlecana jest powszechnej służbie zdrowia, szczególnie w zakresie udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Mimo takiej informacji, jak dotąd nie wypracowano optymalnego rozwiązania przedmiotowego zagadnienia, co moim zdaniem należałoby zrobić niezwłocznie. Liczba skarg na niewłaściwą opiekę medyczną w warunkach więziennej izolacji, wpływająca do podległego mi Biura, jest bardzo duża. W ubiegłym roku było ich 1005. Rozmowy prowadzone na ten temat z lekarzami, więźniakami i organizacjami zajmującymi się ochroną praw człowieka, wskazują na pilną potrzebę zajęcia się w/w zagadnieniem i podjęcia konkretnych działań zmierzających do stworzenia nowego modelu funkcjonowania opieki medycznej dla osób pozbawionych wolności. Nadmienić przy tym należy, że w trakcie seminarium na temat opieki medycznej sprawowanej przez więzienną służbę zdrowia, o którym wspominałem Panu Ministrowi we wcześniejszej korespondencji, pojawił się dysonans pomiędzy oceną obecnego modelu opieki medycznej świadczonej na rzecz osadzonych, prezentowaną przez Naczelnego Lekarza Więziennictwa, a tą

przedstawianą przez Zastępcę Dyrektora Generalnego SW. Tym bardziej uwypukla to złożoność problemu.

Na tym tle warto odnieść się do sprawy recydywisty penitencjarnego Roberta K., któremu udzielono przerwy w karze ze względów zdrowotnych, na podstawie art. 153 § 1 k.k.w., a który w jej trakcie dopuścił się gwałtu na młodej kobiecie.

Z informacji prasowych wynika, iż otrzymał on przerwę w wykonaniu kary pozbawienia wolności w celu poddania się operacji na jaskrę obu oczu w placówce wolnościowej, w ramach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia. Niemniej jednak zabiegu nie przeprowadzono, bowiem osadzony nie zarejestrował się w urzędzie pracy w celu uzyskania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach wolnościowych.

Podkreślić należy, że więzienna służba zdrowia, finansowana z budżetu Ministerstwa Sprawiedliwości coraz częściej nie jest w stanie kompleksowo świadczyć swoich usług, co przekłada się na ilość przerw udzielanych skazanym z powodu stanu zdrowia uniemożliwiającego wykonanie kary (art. 150 § 1 k.k.w.). Nierzadko są to osoby „niebezpieczne” dla społeczeństwa, które po wyjściu na wolność nie wykorzystują jej w celu, w jakim została im udzielona. Tymczasem w ostatnim czasie zamknięto przywięzienny oddział okulistyczny w Areszcie Śledczym w Bytomiu, oddział ortopedyczny w Areszcie Śledczym w Warszawie – Mokotowie, czy oddział neurologiczny w Areszcie Śledczym w Gdańsku.

Nierozwiązany jest nadal problem finansowania opieki zdrowotnej świadczonej więźniom, stąd rozważenia wymaga propozycja ubezpieczenia wszystkich skazanych w ramach NFZ po umieszczeniu w jednostce penitencjarnej. Tym samym wyeliminowałoby to sytuację, kiedy nie jest jasne kto ma zapłacić za świadczenie zdrowotne, w sytuacji gdy osadzony jest już ubezpieczony w ramach NFZ (renciści, emeryci).

Aktualny system wymusza bardzo liczne konwoje do pozawięziennych podmiotów leczniczych, co z kolei generuje nadgodziny pracy funkcjonariuszy Służby Więziennej i jest bardzo kosztowne. Może to wręcz prowadzić do problemu z zabezpieczeniu normalnego toku służby.

W moim przekonaniu, taki stan rzeczy pokazuje skalę problemu związanego ze świadczeniem opieki medycznej więźniom i tym bardziej rodzi potrzebę powołania do życia zespołu roboczego z udziałem ekspertów zewnętrznych. Niezbędne jest wypracowanie kompleksowego modelu funkcjonowania więziennej opieki zdrowotnej oraz rozważenie chociażby wykorzystania systemu dozoru elektronicznego na czas udzielania przerwy w karze ze względów zdrowotnych.

Tylko wnikliwe dokonanie analizy dotychczasowego modelu funkcjonowania więziennej służby zdrowia i wypracowanie podwalin dla nowych rozwiązań może zagwarantować odpowiednią opiekę medyczną więźniom oraz ograniczyć ilości spraw przegranych przez Polskę przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu. Jako przykład takich spraw można

wskazać chociażby: Dzieciak v. Polska (skarga nr 77766/01), Musiał v. Polska (skarga nr 28300/06), Wenerski v. Polska (skarga nr 44369/02), Kaprykowski v. Polska (skarga nr 23052/05), D.G. v. Polska (skarga nr 45705/07), Grzywaczewski v. Polska (skarga nr 18364/06), czy Kupczak v. Polska (skarga nr 2627/09). Są to sprawy odnoszące się do naruszenia art. 2 lub art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, w kontekście niezagwarantowania osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych na takim samym poziomie jak osobom na wolności.

Mając powyższe na uwadze, zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o ponowne przeanalizowanie potrzeby powołania zespołu roboczego, który zająłby się wypracowaniem nowego modelu opieki medycznej dla osób pozbawionych wolności i odniesienie się do wskazanych w niniejszym piśmie kwestii.

Podpis na oryginale