



BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 14. 03. 2016 r.

Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich
Stanisław Trociuk

KMP.022.1.2016

Pan
Marcin Warchol
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Sprawiedliwości

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma z dnia 29 lutego 2016 r. (DL-III-402-21/15/18) przedstawiam uwagi Rzecznika Praw Obywatelskich działającego w tym zakresie jako Krajowy Mechanizm Prewencji do projektu z dnia 11 stycznia 2016 r. Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.*

W odniesieniu do pkt. 1 proponowanych zmian nadającego nowe brzmienie § 2 ust. 3 należy wskazać, iż wbrew opinii przedstawionej w Uzasadnieniu projektu nowelizacja ta nie zapewni wewnętrznej spójności przedmiotowemu rozporządzeniu, a jedynie pozbawi przedstawicieli więziennej służby zdrowia możliwości podjęcia decyzji o konieczności przetransportowania osadzonego do zewnętrznego podmiotu leczniczego. Regulacje zawarte w § 2 ust. 3 oraz § 8 ust. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2014 r. *w sprawie świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności* (Dz. U. poz. 738) nie odnoszą się bowiem do tego samego kręgu osób. Zgodnie z pierwszym z przytoczonych przepisów decyzję o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego przez pozawięzienny podmiot leczniczy podejmuje kierownik, lekarz lub lekarz dentysta podmiotu leczniczego właściwego ze względu na miejsce osadzenia osoby pozbawionej wolności. Z kolei § 8 ust. 6 uprawnienie to przyznaje również lekarzowi pozawięziennemu podmiotu leczniczego, ratownikowi medycznemu oraz pielęgniarce systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ponadto w przepisie tym

posłużono się sformułowaniem *może zdecydować także*, co wskazuje, że decyzja taka będzie podejmowana przez wskazane w nim osoby jedynie np. w czasie nieobecności w jednostce lekarza więziennego. Pozbawienie lekarzy więziennych możliwości podjęcia takiej decyzji uznać należy za pozbawione racjonalnego uzasadnienia i mogące spowodować utrudnienia w funkcjonowaniu więziennej służby zdrowia.

Co więcej, § 2 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia dotyczy sytuacji, gdy konieczne jest natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na *zagrożenie życia lub zdrowia osoby pozbawionej wolności*. Tymczasem w § 8 ust. 6 posłużono się pojęciem *nagłego zagrożenia zdrowotnego* jako okoliczności wskazującej na konieczność przeniesienia osoby pozbawionej wolności do szpitala prowadzonego przez pozawięzienny podmiot leczniczy. W mojej opinii sytuacji tych nie można uznać za tożsame. Pojęcie *nagłego zagrożenia zdrowotnego* zdaje się nie obejmować swoim zakresem znaczeniowy sytuacji zagrożenia życia. Z kolei termin *zagrożenie życia lub zdrowia* może dotyczyć przypadków występujących w pewnym czasookresie, nie zawsze noszących znamiona zdarzenia nagłego, o którym mowa w § 8 ust. 6 rozporządzenia. W związku z powyższym, w celu zapewnienia koherentności przepisów analizowanego rozporządzenia wymagane jest nie tyle ograniczenie kręgu podmiotów podejmujących decyzję o konieczności udzielenia świadczeń zdrowotnych przez pozawięziennne podmioty lecznicze, co precyzyjne określenie sytuacji, których wystąpienie będzie stanowiło przesłankę do podjęcia przedmiotowej decyzji.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty pragnę wskazać, iż wprowadzenie proponowanej zmiany naruszałoby wynikającą z art. 2 Konstytucji zasadę poprawnej legislacji. Zasada ta obejmuje bowiem wymaganie należytej określoności przepisów, które powinny być formułowane w sposób poprawny precyzyjny i jasny. Za naruszające zasadę poprawnej legislacji należy bowiem uznać przyjęcie aktu prawnego, w którym używane pojęcia byłyby wzajemnie sprzeczne lub umożliwiały dowolną interpretację (wyrok TK z 14 września 2001 r., sygn. SK 11/00, OTK ZU nr 6/2001, poz. 166).

Odnosząc się z kolei do pkt. 2. należy zauważyć, iż proponowane odstępianie od obligatoryjnego wykonywania badań stanu uzębienia każdej przyjmowanej do jednostki penitencjarnej osoby, pozostaje w sprzeczności ze stanowiskiem, jakie w zakresie zapewnianej osadzonym opieki medycznej wyraził Europejski Komitet ds. Zapobiegania

Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej CPT). W Dziewiątym Sprawozdaniu Ogólnym CPT [CPT/Inf (99) 12] stwierdzono bowiem, że *rola służby zdrowia w każdym miejscu pozbawienia wolności nie powinna ograniczać się do leczenia pacjentów z dolegliwościami; powinna natomiast obejmować także zadania związane z medycyną społeczną i profilaktyką*. Wprowadzenie proponowanej zmiany rodzi zatem uzasadnioną obawę sformułowania zarzutów w analizowanym obszarze podczas kolejnej wizyty CPT w naszym kraju. Również zgodnie z Rekomendacją Rady Europy Nr R(98)7 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczącej etycznych i organizacyjnych aspektów opieki zdrowotnej w więzieniu opieka medyczna w jednostkach penitencjarnych powinna zapewniać pomoc lekarską, psychiatryczną i stomatologiczną, a także realizować programy higieny i medycyny zapobiegawczej.

Podkreślenia wymaga także fakt, że przeprowadzanie profilaktycznego badania stanu uzębienia nowo przyjmowanych do zakładów karnych osób z założenia powinno umożliwić wykrycie osadzonych, których stan wymaga pilnej interwencji stomatologicznej. Tak realizowana profilaktyka pozwala zatem na uniknięcie przeprowadzania, wymagających znacznego nakładu pracy i środków finansowych, zabiegów stomatologicznych, które nieodzowne byłyby w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia osadzonego. W związku z powyższym wydaje się, że rezygnacja z obowiązkowego badania stanu uzębienia osób przyjmowanych do zakładów karnych jedynie iluzorycznie i tymczasowo przyczyniłaby się do redukcji obciążenia pracą stomatologów oraz funkcjonariuszy działu ochrony. Trwałego rozwiązania tego problemu należałoby raczej upatrywać np. w zwiększeniu wymiaru pracy lekarzy dentystów świadczących usługi na rzecz osadzonych.

W nawiązaniu z kolei do proponowanej zmiany brzmienia § 6 ust. 2 zastrzeżenia budzi pominięcie w niej obowiązku określenia przez lekarza podmiotu leczniczego potrzeby zaopatrzenia osoby zwalnianej z zakładu karnego w przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze. Propozycja odstąpienia od wskazanego obowiązku jest o tyle niezrozumiała, iż nie wynika z przytoczonej w Uzasadnieniu zmiany brzmienia art. 167a § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karnego wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.). Ponadto w praktyce postulowana zmiana w znacznym stopniu pogarszałaby sytuację osób zwalnianych z zakładów, w wielu wypadkach cierpiących na poważne schorzenia lub niepełnosprawnych, wobec których nie byłoby nawet obowiązku rozważenia wyposażenia

ich w niezbędne w codziennym funkcjonowaniu przedmioty ortopedyczne, w tym chociażby laski i kule oraz środki pomocnicze w postaci np. okularów.

Wątpliwości budzi też regulacja przewidziana w § 9 ust. 5 przedmiotowego projektu, która wprowadza w uzasadnionych przypadkach, na pisemne zlecenie lekarza podmiotu leczniczego lub lekarza dentystry podmiotu leczniczego, możliwość wydawania osobie pozbawionej wolności oprócz leków z grupy B, także te znajdujące się w grupie A według Farmakopei Polskiej (w odpowiedniej dawce dobowej lub na okres całej kuracji, jeżeli suma całej kuracji nie przekracza dobowej dawki maksymalnej lub Farmakopea Polska nie określa przy danym leku wielkości dobowej dawki maksymalnej). Uzasadnienie nie wyjaśnia powodów takiego rozwiązania. Jak powszechnie wiadomo, leki z grupy A mają bardzo silne działanie i wymagają oddzielnego przechowywania.

Uprzejmie proszę o poinformowanie o działaniach podjętych przez Ministra Sprawiedliwości w związku ze zgłoszonymi wyżej uwagami.

Z poważaniem

