

System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce

Health care system for persons detained in prisons in Poland

DOROTA ROGALA^{1/}, ALEKSANDRA BANACH^{2/}, DOROTA JACHIMOWICZ-GAWĘŁ^{1/}, ŻANETA SKINDER^{1/}, MAŁGORZATA LEŹNICKA^{1/}

^{1/} Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

^{2/} Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

W artykule omówiono strukturę i zakres działania więziennej służby zdrowia, wskazując jednostki wchodzące w skład systemu, z uwzględnieniem organów nadzorujących i kontrolnych. Przedstawiono strukturę i typy świadczeń udzielanych osobom osadzonym w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz leczenia szpitalnego. Wskazano podstawy prawne sprawowania opieki zdrowotnej wobec osób pozbawionych wolności w oparciu o obowiązujące ustawy, rozporządzenia, Kodeks Karny i Minimalne Europejskie Reguły Więzienne. Opisano wynikające z uwarunkowań prawnych różnice w opiece zdrowotnej, z punktu widzenia osadzonego, w porównaniu z sytuacją osób ubezpieczonych przebywających na wolności. Omówiono zasoby więziennej służby zdrowia, w tym infrastrukturę i kadre jaką dysponuje system, podkreślając warunki jakie należy spełnić przy ubieganiu się o zatrudnienie w jednostce penitencjarnej. Porównano również uposażenie zatrudnionych w więzienictwie z etatowymi pracownikami w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Opisano procedurę przyjęcia osadzonego do jednostki penitencjarnej i wzory dokumentacji medycznej obowiązującej w zakładach karnych. Dokonano oceny aktualnie funkcjonującego systemu, wskazując na prawdopodobne przyczyny obecnej sytuacji kryzysowej. W pracy przedstawiono również propozycje rozwiązań systemowych w obrębie sposobu finansowania opieki zdrowotnej, instytucji świadczeniodawcy, miejsca udzielania świadczeń i podmiotów sprawujących nadzór. W podsumowaniu zawarto Rekomendacje Centralnego Zarządu Służby Więziennej w celu poprawy funkcjonowania więziennej służby zdrowia z podziałem na rozwiązania, które należy wdrożyć w trybie pilnym oraz działania długofalowe.

Słowa kluczowe: opieka medyczna, więziennictwo, więźni

The paper discusses the structure and scope of prison health services, indicating the units included in the system, including regulators and control. It presents the structure and types of services provided to detainees within the primary care, specialist care and outpatient specialist services in the hospital wards. It points out the legal basis for the exercise of health care to persons deprived of their freedom in accordance with applicable laws, regulations, Criminal Code and Minimum European Prison Rules. It describes legal conditions arising from differences in health care, from the point of view of the prisoner, as compared with the insured persons outside the prison system. The paper discusses the prison health service resources, including the system infrastructure and staff, highlighting the conditions to be met when applying for employment in a penitentiary facility. It compares the salaries of employees in prison with those of permanent employees in the public health care facilities. It describes the procedure for the admittance of the prisoner and the patterns of the prison medical records. There is an evaluation of the current functioning of the system, indicating probable causes of the current crisis. The paper proposes the system solutions within the means of financing health care, of provider institutions, places of health care services and supervising entities. The summary presents the recommendations of the Central Board of Prison Service which should improve the functioning of the prison health services, with the division of solutions into those to be implemented urgently and long-term activities.

Key words: medical care, penology, prisoner

© Hygeia Public Health 2013, 48(4): 441-448

www.h-ph.pl

Nadesłano: 12.11.2013

Zakwalifikowano do druku: 20.11.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dorota Rogala
Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
ul. Sandomierska 16, 85-830 Bydgoszcz
tel. 52 585-54-10, e-mail: dorotarogala@op.pl

Więziennictwo to termin używany na określenie ogółu zakładów karnych i ich organizacji oraz systemu odbywania kary pozbawienia wolności w danym państwie. Współczesne ustawodawstwa często za-

miast nazwy „więzienie” używają nazwy „zakład karny”, a zamiast nazwy „więziennictwo” – „system penitencjarny”. Oprócz kary pozbawienia wolności polskie ustawodawstwo przewiduje inne środki walki

z przestępczością: karę ograniczenia wolności i dozór kuratora. Wykonanie kary ograniczenia wolności ma na celu wzbudzenie w skazanym woli kształtowania jego społecznie pożądanego postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego. Skazany ma obowiązek pracować sumiennie oraz przestrzegać ustalonych w miejscu pracy porządku i dyscypliny. Dla osiągnięcia tego celu, prowadzi się indywidualizowane oddziaływanie na skazanych w ramach określonych w ustawie systemów wykonywania kary, w różnych rodzajach i typach zakładów karnych. W celu stwarzania warunków sprzyjających indywidualnemu postępowaniu ze skazanymi, zapobieganiu szkodliwym wpływom skazanych zdemoralizowanych, zapewnieniu skazanym bezpieczeństwa osobistego, wyborowi właściwego systemu wykonywania kary, rodzaju i typu zakładu karnego oraz rozmieszczenia skazanych wewnątrz zakładu karnego – dokonuje się ich klasyfikacji. Klasyfikacji skazanych dokonuje się mając na względzie w szczególności: płeć, wiek, uprzednie odbywanie kary pozbawienia wolności, umyślność lub nieumyślność czynu, czas pozostawienia do odbycia kary pozbawienia wolności, stan zdrowia fizycznego i psychicznego, w tym stopień uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, stopień demoralizacji i zagrożenia społecznego, rodzaj popełnionego przestępstwa.

Polskie zakłady karne ze względu na rodzaj można podzielić na: zakłady dla młodocianych, zakłady dla odbywających karę po raz pierwszy, zakłady dla recydywistów penitencjarnych, zakłady dla odbywających karę aresztu wojskowego. Zakłady karne mogą być organizowane jako zakłady karne typu zamkniętego, zakłady karne typu półotwartego, zakłady karne typu otwartego.

Podział zakładów na różne typy różni się między sobą stopniem zabezpieczenia, rodzajem izolacji skazanych oraz wynikającymi z tego ich obowiązkami i uprawnieniami w zakresie poruszania się w zakładzie i poza jego obrębem. Skazani odbywają w nich karę pozbawienia wolności w jednym z trzech systemów: programowanego oddziaływania, terapeutycznym, zwykłym [1].

Świadczenia zdrowotne zapewnia się osadzonym w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, wchodzących w skład ogólnej struktury organizacyjnej jednostek penitencjarnych. Zakładami tymi są: ambulatoria z izbami chorych, szpitale więzienne, pracownie diagnostyczne, gabinety stomatologiczne, gabinety rehabilitacji oraz fizykoterapii. Działalność więziennej służby zdrowia organizuje i nadzoruje Naczelny Lekarz Więziennictwa z zespołem specjalistów w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej. W każdym z 15 okręgowych inspektoratów Służby Więziennej zatrudniony jest naczelny lekarz okręgo-

wego inspektoratu, którego zadaniem jest kontrola, nadzór i koordynacja funkcjonowania więziennej służby zdrowia na swoim terenie. Trudności związane z realizacją świadczeń zdrowotnych poza jednostką penitencjarną (konieczność konwojowania, zagrożenia z tego wynikające, koszty organizacyjne) wskazują, że optymalnym miejscem realizowania opieki medycznej jest umiejscowienie jej w obrębie aresztu lub zakładu karnego [2].

Zadaniem więziennej służby zdrowia jest opieka zdrowotna nad osobami pozbawionymi wolności i tymczasowo aresztowanymi w jednostkach penitencjarnych na terenie całego kraju. Zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności udzielają tym osobom świadczeń zdrowotnych związanych z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem oraz położeniem, badaniem diagnostycznym, w tym analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne, badaniem i leczeniem dentystycznym oraz świadczeniami z zakresu protetyki, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze [3]. Świadczenia zdrowotne udzielane są w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i specjalistycznej opieki szpitalnej. W skład każdego zakładu opieki zdrowotnej wchodzi ambulatorium z izbą chorych oraz gabinet stomatologiczny – zadaniem każdego zakładu jest zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem świadczeń, którym poddanie się jest dla osadzonych obowiązkowe. Świadczenia z zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej udzielane są, w zależności od możliwości, w ramach macierzystych jednostek, w innych jednostkach penitencjarnych lub w ramach współdziałania z pozawięziennymi zakładami opieki zdrowotnej [2]. Zakres świadczeń udzielanych przez poszczególne oddziały szpitalne:

- wewnętrzny: standardowe dla tego typu oddziału, z wyłączeniem wysokospecjalistycznych procedur w szczególności w zakresie kardiologii inwazyjnej;
- wewnętrzny dla osób przewlekle chorych: świadczenia szpitalne dla chorych przewlekle w tym podstawowa opieka paliatywna chorych onkologicznie;
- chirurgiczny: standardowe dla tego typu oddziału z wyłączeniem wysokospecjalistycznych procedur chirurgicznych z zakresu transplantacji, kardiologii, torakochirurgii, neurochirurgii, chirurgii onkologicznej, plastycznej i rozległych oparzeń;

- obserwacji sądowo-psychiatrycznej: krótkoterminowa diagnostyka i leczenie skazanych. Nie prowadzi się leczenia przewlekłych psychoz nie rokujących wyleczenia w warunkach więziennych. Obserwacja sądowo-psychiatryczna osadzonych wykonywana jest na polecenie organów dysponujących;
 - detoksykacyjny: świadczenia o profilu intensywnej opieki medycznej w przypadkach tego wymagających. Nie udziela się świadczeń o charakterze przewlekłym;
 - laryngologiczny: leczenie zachowawcze oraz operacje uszu, nosa (przegrody nosa, conchotomie, zatok, ślinianek, migdałków podniebiennych), diagnostyka guzów krtani, węzłów chłonnych – bez zabiegu operacyjnego. Nie udziela się świadczeń wysokospecjalistycznych z laryngologii;
 - okulistyczny: standardowe dla tego typu oddziału z wyłączeniem operacji zaćmy (wszczep soczewki), vitrektomii, przeszczepów;
 - przeciwgruźliczy: standardowe dla tego typu oddziału;
 - neurologiczny: standardowe dla tego typu oddziału. Nie przyjmuje się nagłych przypadków neurologicznych wymagających intensywnej opieki medycznej;
 - położniczo-ginekologiczny: standardowe dla tego typu oddziału, w tym diagnostyka onkologiczna. Nie wykonuje się zabiegów w zaawansowanych przypadkach onkologicznych, po których są wskazania do radioterapii lub chemioterapii;
 - hepatologiczny – standardowe dla tego typu oddziału;
 - dermatologiczny: standardowe dla tego typu oddziału. Nie leczy się: nowotworów skóry, chorób alergicznych przebiegających z obrzękami krtani oraz wymagających testów alergicznych, toksycznej nekrolizy naskórka;
 - urologiczny: standardowe dla tego typu oddziału. Nie udziela się świadczeń wysokospecjalistycznych, jak kruszenia kamieni w nerkach i moczowodach metodą: ESWL, PCNL, URS, operacji wycięcia pęcherza moczowego z wytworzeniem pęcherza moczowego z jelita, zabiegów odtwórczych cewki moczowej;
 - ortopedyczny: standardowe dla tego typu oddziału. Nie wykonuje się operacji kolana, plastyki więzadeł kolana, operacji na kręgosłupie, wszczepienia endoprotez [2].
- Zasady funkcjonowania oraz system więziennej służby zdrowia regulowane są głównie przez przepisy Kodeksu Karnego Wykonawczego, w szczególności art. 102 i 115. Zgodnie z zapisem artykułów skazany ma prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, leków i artykułów sanitarnych. Ma zapewniony także dostęp do odpowiedniego – ze względu na zachowanie
- zdrowia – wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich warunków higieny. Osobie pozbawionej wolności nie przysługuje prawo wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy, lekarza dentyisty oraz szpitala [1]. Zapisy regulujące działanie więziennej służby zdrowia zawarte są również w następujących aktach prawnych:
- Ustawa o służbie więziennej z dnia 9 kwietnia 2010 r. – Określa podstawowe zadania Służby Więziennej, w tym przestrzegania praw osadzonych, a zwłaszcza humanitarnych warunków bytowych, poszanowania godności i opieki zdrowotnej [4];
 - Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r.;
 - Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.;
 - Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.;
 - Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r.;
 - Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności;
 - Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 września 2007 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania;
 - 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;
 - Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 marca 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności;
 - Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności;
 - Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 września 2003 r. w sprawie trybu przyjmowania dzieci matek pozbawionych wolności do domów dla matki i dziecka przy wskazanych zakładach karnych oraz szczegółowych zasad organizowania i działania tych placówek.

Ze względu na przynależność Polski do Unii Europejskiej zobowiązana jest ona do respektowania międzynarodowych uregulowań prawnych, które określają rolę i znaczenie opieki zdrowotnej dla osób przebywających w jednostkach penitencjarnych. Istotnym elementem systematyzującym system więzienny są Zalecenia Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych. Część III (punkty 26-32) w szczególności odnosi się do działalności służb medycznych. Ta część dokumentu wskazuje między innymi, że więźniów chorych, wymagających leczenia specjalistycznego, umieszcza się w wyspecjalizowanych zakładach lub szpitalach cywilnych oraz, że więźniów nie można poddawać jakimkolwiek eksperymentom, które mogłyby zagrażać ich zdrowiu tak somatycznemu, jak i psychicznemu. Gdziekolwiek to możliwe, zapewnia się odbycie porodu w szpitalu pozawięziennym. O ile nie przedsięwzięto takich starań, w zakładach karnych zapewnia się niezbędny personel oraz pomieszczenie porodowe oraz opiekę popołożową. Faktu urodzenia się dziecka w więzieniu nie uwidacznia się w jego akcie urodzenia [5].

Z uwarunkowań wynikających z obowiązujących przepisów, a stanowiących istotne z punktu widzenia osadzonego różnice, w porównaniu z sytuacją osób ubezpieczonych na wolności, można wymienić: gwarancję bezpłatności opieki zdrowotnej, istnienie określonych przepisami prawa świadczeń zdrowotnych, których udzielenie jest związane z nałożonym na osadzonych obowiązkiem poddania się im, dotyczy to wstępnych badań lekarskich oraz diagnostycznych, którym poddawana jest każda osoba przybywająca do zakładu karnego oraz wybranych badań okresowych wykonywanych osadzonym, brak prawa do wyboru lekarza, pielęgniarki, szpitala, wydawanie środków farmakologicznych z pominięciem indywidualnych recept lekarskich, a więc co się z tym wiąże, związanym z tym systemem refundacji i recept, określanym przez ustawę o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, dostępność do świadczeń, których udzielenie w ramach zakładu karnego jest niemożliwe, świadczenia te udzielane są przez pozawięzienne zakłady opieki zdrowotnej, brak limitów ilościowych świadczeń – praktycznie jedyną przesłanką do realnego udzielenia świadczenia jest stan zdrowia osadzonego wymagający takiego świadczenia, zjawisko realnego podwójnego finansowania opieki zdrowotnej w stosunku do osób, które – korzystając ze świadczeń więziennej służby zdrowia – otrzymują równocześnie świadczenia socjalne np. renty lub emerytury, co oznacza opłacanie składki ubezpieczenia zdrowotnego [2].

Ogółem w Polsce w ramach więziennej opieki zdrowotnej działa 157 ambulatoriów wraz z izbami chorych, o łącznej liczbie 863 łóżek. Ponadto wię-

zienna służba zdrowia dysponuje 13 szpitalami z 41 oddziałami o różnym profilu, o łącznej liczbie 1247 łóżek. Są one publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, ale nie mają samodzielności, nie posiadają własnej administracji i księgowości oraz w całości podlegają jednostce penitencjarnej przy której się znajdują [7]. W obrębie szpitali więziennych zostały powołane następujące oddziały:

- chorób wewnętrznych – 11;
- chirurgiczne – 6;
- przeciwgruźlicze – 3;
- obserwacyjno-psychiatryczne – 6;
- detoksykacyjne – 2;
- oraz po jednym: psychiatryczny, laryngologiczny, ginekologiczno-położniczy, okulistyczny, wewnętrzny dla przewlekłe chorych, neurologiczny, urologiczny, rehabilitacji leczniczej, rehabilitacji neurologicznej, hepatologiczny, dermatologiczny, ortopedyczny oraz intensywnej opieki medycznej [2].

Kandydaci do pracy w więziennej ochronie zdrowia są sprawdzani pod kątem kwalifikacji zawodowych, niekaralności oraz cech osobowości (pożądane są takie cechy jak: odporność na stres, dobrze rozwinięte zdolności adaptacyjne, zdolność kontroli emocji, umiejętność nawiązywania kontaktów interpersonalnych, zdolność do prawidłowego reagowania w sytuacjach trudnych). Pracownicy medyczni zajmujący stanowiska kierownicze w więziennej opiece medycznej (lekarze, psychologzy, pielęgniarki) muszą posiadać kwalifikacje zawodowe oficera, chorążego lub podoficera. Warunkiem ich uzyskania jest ukończenie odpowiedniej szkoły Służby Więziennej. Za równoznaczne ze spełnieniem tego warunku uznawane jest złożenie egzaminu na oficera, chorążego albo podoficera. Wymagany jest także odpowiedniej długości staż pracy w służbie więziennej, tym dłuższy, im wyższego stanowiska dotyczy [6]. W ramach więziennej służby zdrowia pełni służbę lub jest zatrudnionych jako pracownicy cywilni:

- 1072 lekarzy – pracowników cywilnych w pełnym wymiarze czasu pracy;
- około 349 etatów przeznaczonych jest dla lekarzy zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy (łącznie 933 osoby);
- 830 pielęgniarek funkcjonariuszy;
- 31 pielęgniarek – pracowników cywilnych w pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy;
- około 200 etatów przeznaczonych jest dla innych pracowników lub funkcjonariuszy więziennej służby zdrowia (aptekarze, laboranci, psychologzy, technicy rtg).

Zgodnie z przedstawionymi liczbami więziennej służby zdrowia dysponuje ok. 1720 etatami [2]. Zarobki kadry medycznej więziennej służby zdrowia

w relacji do zarobków pracowników powszechnej służby zdrowia wskazują na rosnącą dysproporcję na niekorzyść osób sprawujących opiekę nad osadzonymi. Porównanie zarobków lekarzy i pielęgniarek więziennych oraz pracujących w publicznej, pozawięziennych służbie zdrowia, po zrealizowaniu podwyżek (zarobki średnie brutto) przedstawiono w tabelach I i II.

Tabela I. Wynagrodzenie lekarzy w zależności od stanowiska oraz rodzaju zatrudnienia
Table I. Remuneration of physicians depending on the position and type of employment

Stanowisko /Position	Rodzaj zatrudnienia /Condition of employment	Wynagrodzenie /Salary
Ordynator oddziału szpitalnego	Pozawięzienna służba zdrowia	6 417 zł
	funkcjonariusz SW	4 531 zł
	pracownik cywilny	3 759 zł
Lekarz z II stopniem specjalizacji	Pozawięzienna służba zdrowia	4 531 zł
	funkcjonariusz SW	3 530 zł
Lekarz z I stopniem specjalizacji	Pozawięzienna służba zdrowia	3 672 zł
	funkcjonariusz SW	2 931 zł
Lekarz bez specjalizacji	Pozawięzienna służba zdrowia	3 232 zł
	funkcjonariusz SW	2 508 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia zawartych w [2]

Tabela II. Wynagrodzenie pielęgniarek w zależności od stanowiska oraz rodzaju zatrudnienia
Table II. Remuneration of nurses depending on the position and type of employment

Stanowisko /Position	Rodzaj zatrudnienia /Condition of employment	Wynagrodzenie /Salary
Przełożona pielęgniarek	Pozawięzienna służba zdrowia	3 204 zł
	funkcjonariusz SW	3 149 zł
Starsza pielęgniarka	Pozawięzienna służba zdrowia	2 356 zł
	funkcjonariusz SW	2 611 zł
	pracownik cywilny	1 946 zł
Pielęgniarka	Pozawięzienna służba zdrowia	2 088 zł
	funkcjonariusz SW	2 005 zł
	pracownik cywilny	1 806 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia zawartych w [2]

Możliwości dodatkowego zarobkowania przez funkcjonariuszy Służby Więziennej są bardzo ograniczone. Art.160 wspomianej Ustawy o służbie więziennej określa, że funkcjonariusz nie może bez zezwolenia przełożonego podejmować zajęcia zarobkowego poza służbą. Przełożony może zezwolić funkcjonariuszowi na podjęcie takiego zajęcia jeżeli nie zakłóca to wykonywania przez funkcjonariusza obowiązków służbowych w zakresie zadań Służby Więziennej, nie narusza prestiżu służby oraz nie podważa zaufania do bezstronności funkcjonariusza [4]. Należy podkreślić, że dane Ministerstwa Zdrowia nie obejmują wynagrodzenia w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, w których zarobki są na jeszcze wyższym poziomie. Powszechnym natomiast zjawiskiem, zwłaszcza wśród lekarzy, jest podjęmo-

wanie dodatkowego zatrudnienia, prowadzenie prywatnych praktyk indywidualnych czy grupowych, co w efekcie daje im możliwości zwiększenia dochodów. Takich możliwości nie mają funkcjonariusze Służby Więziennej.

Każdego skazanego przyjętego do zakładu karnego umieszcza się w celi przejściowej na okres do 14 dni w celu poddania go wstępnym badaniom lekarskim, zabiegom sanitarnym i wstępnym badaniom osobo poznawczym oraz zapoznania z podstawowymi aktami prawnymi dotyczącymi wykonywania kary pozbawienia wolności i porządkiem wewnętrznym zakładu karnego. Wstępne badania lekarskie wykonywane są przez lekarzy ogólnych, nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia. Składają się na nie badanie podmiotowe (wywiad chorobowy) i przedmiotowe (fizykalne). W terminie do 14 dni od dnia przyjęcia wykonuje się ponadto radiologiczne badanie klatki piersiowej oraz badanie stanu uzębienia. Lekarz więzienny może zlecić przeprowadzenie badań dodatkowych, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia osoby pozbawionej wolności. W trakcie pobytu w jednostce penitencjarnej skazany podlega badaniom okresowym i kontrolnym. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są na podstawie skierowania od lekarza więziennego lub lekarza cywilnego [6]. Dokumentację medyczną w zakładach karnych i aresztach śledczych stanowią zbiory sporządzonych, a następnie utrwalonych informacji medycznych związanych ze stanem zdrowia osób pozbawionych wolności wraz z udzielonymi świadczeniami. Dokumentacja medyczna dzieli się na:

- dokumentację indywidualną – odnoszącą się do poszczególnych osadzonych korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu. Składa się ona z dokumentacji wewnętrznej, przeznaczonej dla więziennych zakładów opieki zdrowotnej, oraz zewnętrznej – dla pozawięziennych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób trzecich;
- dokumentację zbiorczą – odnoszącą się do ogółu osadzonych lub określonych grup osadzonych korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu. Dokumentację taką prowadzi się w formie pisemnej (znormalizowane formularze, druki, księgi, książeczki, skorowidze, raporty, karty). Do dokumentacji dołącza się wszystkie dokumenty, odpisy i wypisy uzyskane od pacjenta [8].

Dokumentację medyczną przechowuje się zabezpieczoną przed zniszczeniem i ewentualną utratą. Czas przechowywania wynosi: 30 lat (książka zdrowia), 25 lat (księga zgonów), 20 lat (księga główna szpitala), 10 lat (księgi chorych oddziału, operacyjna, leczonych w izbie chorych, historii choroby, zdjęć

rentgenowskich), 5 lat księgi: ambulatorium, gabinetu stomatologicznego, protetyki stomatologicznej, pracowni fizykoterapii, gabinetu konsultacyjnego, zabiegów pielęgniarskich, raportów pielęgniarskich i świadectw lekarskich [9].

W polskim systemie penitencjarnym funkcjonuje obecnie 85 zakładów karnych różnego typu i ok. 69 tys. miejsc więziennych. Aktualnie osadzonych jest ok. 83 tys. osób, a oczekujących na osadzenie kolejnych 30 tys. Tygodniowo przyjmowanych jest do zakładów ok. 500-700 skazanych. Rocznie zakłady karne w Polsce opuszcza ok. 180 tys. osób [7]. Powodem tak dużej ilości skazanych nie jest wyjątkowo surowy kodeks karny, ale fakt, że sądy decydują się na krótkie kary pozbawienia wolności, nie mając przekonania, że kary alternatywne – takie, jak: grzywny, ograniczenia wolności, czy prace społeczne – będą egzekwowane. Kary więzienia w zawieszeniu, które zapadają w ponad połowie wyroków karnych, coraz częściej kończą się wnioskiem kuratora o odwołanie warunkowego zawieszenia, wskutek czego skazany trafia do zakładu karnego. Rzecznik Praw Obywatelskich ocenia, że w polskich więzieniach jest niewystarczająca opieka medyczna. Z raportu przygotowanego przez biuro RPO wynika, że prawie co trzecia skarga pochodząca od więźniów dotyczy więziennej służby zdrowia. Zdaniem ekspertów w więzieniach szerzą się zakażenia, w tym bardzo groźne wirusowe zapalenie wątroby typu C, gruźlica, świerzb. Jako jedną z przyczyn takiego stanu podaje się przeludnienie w zakładach karnych. Prawie połowa więźniów przebywa w celach, w których przypada mniej niż wymagane ustawowo 3 m² powierzchni na osobę. Konsekwencją takiej sytuacji jest niemal niemożliwa izolacja osób będących źródłem zakażenia, a co za tym idzie, ułatwiona droga szerzenia się różnych chorób. W więzieniach brakuje lekarzy, szczególnie specjalistów psychiatrii. Ci, którzy pracują, robią to z reguły w ramach pracy dodatkowej i są dostępni zwykle tylko w godzinach pracy administracji czyli do 16.00. Natomiast pogotowie do więźniów jest wzywane rzadko. Zwraca się również uwagę, że w więzieniach jest zbyt duża liczba wypadków nadzwyczajnych, takich jak próby samobójcze, samobójstwa i zgony z niewyjaśnionych przyczyn. Sugeruje się, że część z tych przypadków można pośrednio wiązać z brakiem wystarczającej opieki medycznej nad więźniami [10]. Obecna sytuacja więziennej służby zdrowia wskazuje na realne i poważne zagrożenie zdestabilizowania systemu opieki zdrowotnej nad osobami pozbawionymi wolności. Najpoważniejszym tego elementem jest rezygnacja kadry medycznej – przede wszystkim lekarzy – z pracy w więziennictwie. Zasadnicze aspekty obecnej sytuacji to:

- pogłębiająca się pauperyzacja tej grupy zawodowej w relacji do powszechnej służby zdrowia, czego

- efektem jest odchodzenie doświadczonych lekarzy z więziennictwa oraz rosnące trudności z naborem kadry wynikające ze służbowego stosunku pracy;
- niedoinwestowanie kadrowe oraz infrastrukturalne;
- ograniczony, a w określonych sytuacjach zupełny brak możliwości rozwoju zawodowego (specjalizacji);
- rosnąca świadomość i wynikająca z tego roszczeniowość osadzonych;
- presja wynikająca ze świadomości wzrostu odpowiedzialności;
- niedoskonale opracowane zasady orzecznictwa dotyczącego pozbawienia wolności [2].

W obszarze opieki zdrowotnej sprawowanej wobec osób pozbawionych wolności wyróżnia się 4 podstawowe zmienne, które mogą ulegać modyfikacjom.

1. Sposób finansowania opieki zdrowotnej:
 - budżetowy obecnie funkcjonujący – opieka zdrowotna finansowana jest z budżetu państwa;
 - ubezpieczeniowo-budżetowy, opieka zdrowotna finansowana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia (warunek – konieczne ubezpieczenie osadzonych – czyli opłacenie z budżetu państwa składek ubezpieczenia zdrowotnego) oraz dofinansowanie z budżetu państwa m.in. świadczeń z zakresu orzecznictwa na potrzeby organów dysponujących, świadczeń ponadstandardowych, czynności związanych z wykonywanym nadzorem sanitarno-higienicznym;
 - finansowanie lub współfinansowanie przez osadzonych opieki zdrowotnej – przy obecnym poziomie zatrudnienia oraz stawkach wynagrodzenia bez szansy na realizację.
2. Instytucja świadczeniodawcy:
 - więzienny zakład opieki zdrowotnej, czyli publiczny zakład opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim jest Minister Sprawiedliwości;
 - pozawięzienny zakład opieki zdrowotnej publiczny lub niepubliczny;
 - praktyki grupowe (lekarskie i pielęgniarskie).
3. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - na terenie jednostki penitencjarnej;
 - poza terenem jednostki penitencjarnej.
4. Podmiot sprawujący nadzór (kontrola, nadzór, koordynacja):
 - jednostka organizacyjna w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej (jeśli finansowanie z budżetu państwa);
 - jednostka organizacyjna w Narodowym Funduszu Zdrowia i w Centralnym Zarządzie jeśli realizowane jest finansowanie mieszane (ubezpieczeniowo-budżetowe).

Rekomendacje Centralnego Zarządu Służby Więziennej w celu poprawy funkcjonowania systemu więziennej służby zdrowia obejmują:

- pozostawienie więziennej służby zdrowia w strukturze wymiaru sprawiedliwości;
- utrzymanie dotychczasowego, budżetowego systemu finansowania, przy ewentualnym wykorzystaniu środków finansowych odprowadzanych z tytułu składki ubezpieczenia zdrowotnego;
- zwiększenie finansowania więziennej służby zdrowia ukierunkowane na podniesienie uposażenia kadry medycznej wraz z upowszechnieniem nowej formy zatrudnienia (umowy cywilno-prawne);
- zabezpieczenie środków finansowych na przeprowadzenie niezbędnej modernizacji zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności w ramach przygotowanych programów dostosowawczych;
- udoskonalenie współdziałania z pozawięzienną służbą zdrowia, szczególnie w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych, m.in. przez tworzenie w placówkach pozawięziennych oddziałów szpitalnych dla osób pozbawionych wolności z pełnym systemem zabezpieczenia ochronnego;
- poszerzenie bazy zamkniętego leczenia psychiatrycznego w jednostkach penitencjarnych;
- rozważenie, na wzór innych krajów europejskich, likwidacji zapisów kodeksowych dotyczących udzielania przerwy w wykonaniu kary lub uchylania tymczasowego aresztowania ze względu na stan zdrowia (z wyłączeniem choroby psychicznej).

Działania, jakie należy podjąć, powinny zostać podzielone na rozwiązania, które należy wdrożyć w trybie pilnym oraz pozostałe. Do zadań pilnych należy zatrzymanie kadry medycznej. Zasadniczym tego warunkiem jest podniesienie uposażenia dla tej grupy osób. Ponieważ dotyczy to osób będących w różnej sytuacji formalnej, należy zastosować metody możliwe do zrealizowania oraz adekwatne do aktualnej sytuacji. Działania pilne powinny więc obejmować następujące kwestie:

- zmiana formy zatrudnienia – upowszechnienie zatrudnienia na umowach cywilno-prawnych. Powinno to dotyczyć przede wszystkim lekarzy pracujących na etatach cywilnych bez względu na wymiar zatrudnienia. Rozwiązanie takie jest dostatecznie elastyczne – możliwe do zastosowania w każdym miejscu, natomiast jednym z jego efektów będzie zwolnienie określonej puli etatów cywilnych do wykorzystania przez więziennictwo;
- podniesienie dodatku służbowego dla pracowników medycznych funkcjonariuszy SW jako jedyny sposób na uniknięcie efektu dysproporcji w stosunku

do osób, które wstąpiły do służby, a którym staż służby ogranicza możliwości odejścia z niej lub zmiany formy zatrudnienia;

- zaliczenie do podstawy obliczania emerytury płac za dyżury medyczne sprawowane w szpitalach więziennych przez lekarzy funkcjonariuszy SW.

Działania długofalowe to:

- przesądzenie kwestii obecności więziennej służby zdrowia – czyli wydzielonej struktury w obrębie Służby Więziennej. Alternatywnym rozwiązaniem jest zmiana systemu i wprowadzenie osadzonych do systemu ogólnego. W takim przypadku koniecznym krokiem byłoby ubezpieczenie osadzonych oraz kontraktowanie świadczeń na zasadzie powszechnie stosowanej. System taki, szczególnie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, wydaje się być nie do zastosowania;
- bez względu na kierunek przyjętej strategii, dofinansowanie więziennictwa w celu dostosowania infrastruktury zakładów opieki zdrowotnej do wymagań określonych prawem;
- możliwie ściśle określenie przez resort sprawiedliwości znaczenia stanu zdrowia jako przesłanki do ewentualnego uchylania środka zapobiegawczego lub karnego. Zasadniczy tego element to dopracowanie kwestii orzecznictwa, natomiast oczekiwane rezultaty to udoskonalenie obecnych lub stworzenie nowych rozwiązań umożliwiających realizację przyjętej strategii;
- podjęcie próby likwidacji zjawiska podwójnego finansowania opieki zdrowotnej niektórych osadzonych (emeryci, renciści) wraz z przekazywaniem tych środków finansowych do budżetu więziennictwa;
- organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w placówkach pozawięziennych eliminujących m.in. konieczność udzielania przerwy w karze dla szczególnie niebezpiecznych osadzonych [2].

Więzienna służba zdrowia współpracuje z WHO za pośrednictwem Biura WHO w Polsce i uczestniczy w działalności Partnerstwa Wymiaru Północnego w Zakresie Zdrowia i Opieki Społecznej (NDPHS), w sposób szczególnie traktującego opiekę zdrowotną osób pozbawionych wolności na tle zagadnień zdrowia publicznego, w tym przede wszystkim w zakresie chorób zakaźnych [11]. Zmiana sytuacji opieki zdrowotnej w zakładach penitencjarnych jest możliwa tylko w przypadku wprowadzania w życie działań wpływających na czynniki, które są odpowiedzialne za obecny stan. Dotychczasowy system wymaga ulepszenia, aby móc zauważalnie poprawić warunki udzielania pomocy medycznej więźniom.

Piśmiennictwo / References

1. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny Wykonawczy. Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557 ze zm.
2. Sprawozdanie z prac zespołu do opracowania koncepcji oraz warunków sprawowania opieki zdrowotnej wobec osób pozbawionych wolności. Centralny Zarząd Służby Więziennej. <http://www.rpo.gov.pl/pliki/1190801308.pdf> (31.10.2012).
3. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Dz.U. z dnia 3 stycznia 2011.
4. Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej. Opracowano na podstawie: Dz.U. 2010 r. nr 79, poz. 523, nr 182, poz. 1228, nr 238, poz. 1578, z 2011 r. nr 112, poz. 654, nr 291, poz. 1707 art. 2 pkt 2 ppkt 1-4, art. 8 pkt 2,3, art. 9 pkt 2.
5. Zalecenia Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych [online]. Uniwersytet Warszawski Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji. http://www.ipsir.uw.edu.pl/informacje_o_instytucie/katedry_i_zaklady/katedra_kryminologii_i_polityki_kryminalnej/klinika_42/teksty_zrodlowe (31.10.2012).
6. Ksel M, Strzelecka H, Rudolski W. Zdrowie w więzieniu – badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych. ENDIPP, Warszawa 2007.
7. Więziennictwo współcześnie. <http://agb.waw.pl/cms/index.php/historia/9-historia/1181-wiziennictwospoczenie> (31.10.2012).
8. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania. Dz.U. z dnia 23 lutego 2011 r.
9. Czajkowska-Fesio J. Więzienna służba zdrowia. Dokumentacja medyczna. *Mag Pielegn Położ* 2007, 1: 12-13.
10. RPO: W więzieniach jest niewystarczająca opieka medyczna. *Wiadomości 24*. http://www.wiadomosci24.pl/artykul/rpo_w_wiezieniach_jest_niewystarczajaca_opieka_medyczna_78194.html (31.10.2012).
11. Programy zdrowotne. Służba Więzienna. <http://www.sw.gov.pl/Data/Files/kunickim/sluzbazdrowia/programy-zdrowotne-20042011.pdf> (31.10.2012).