

### III. PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

#### Przeгляд polskich opracowań naukowych

**Piotr Stępnia**k, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej*, seria *Monografie Prawnicze*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2019, ss. 356, ISBN 978-83-8158-149-3

Prezentowana monografia w sposób nowatorski podejmuje specyficzną i wieloaspektową, a zarazem skromnie dotychczas dostrzeganą problematykę ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Opracowanie to, bez wątpienia, stanowi odważny opis i ocenę sposobu realizacji prawa więźniów do świadczeń zdrowotnych w polskich jednostkach penitencjarnych, tj. w zakładach karnych i aresztach. Zarówno ważność i aktualność dylematów uwidaczniających się w tym zakresie, jak i szeroki kontekst ogólnych czynników o charakterze społecznym, ekonomicznym i kulturowym pozwolił na udzielenie odpowiedzi na trzy pytania o charakterze szczegółowym. Główne cele publikacji to bowiem ustalenie: „(1) [j]aka jest ogólna sytuacja zdrowotna osób pozbawionych wolności, co na nią wpływa? (2) [j]ak zorganizowany jest i jak funkcjonuje obecny system ochrony zdrowia w zakładach karnych? (3) [c]o można zmienić w systemie ochrony zdrowia w zakładach karnych, jakie są w tym zakresie szanse i bariery, w jakim kierunku powinny zmiany pójść?” (s. XXVII). Autor, analizując postawione w pracy problemy składające się na sytuację zdrowotną polskiego społeczeństwa, wykorzystuje dostępną literaturę, a także dokumenty i statystyki urzędowe mające wymiar praktyczny oraz najważniejsze akty prawne obowiązujące w obszarze świadczeń zdrowotnych dla osób pozbawionych wolności.

Już w samym obszernym, liczącym 23 strony wprowadzeniu zwraca się uwagę, że podstawowym pojęciem wyznaczającym i organizującym zakres zagadnień merytorycznych jest pojęcie kary. Spośród szerokiego wywodów autora – popartych licznymi ustaleniami doktryny – dotyczących kary warto tu wskazać, że w najogólniejszym ujęciu jest ona „jednym z rodzajów sankcji społecznych, polegających na zadawaniu określonej dolegliwości człowiekowi, który wchodzi w kolizję z powszechnie przyjętymi normami postępowania, godzi w uznawane powszechnie wartości. Wyraża więc dezaprobatę zarówno wobec niego samego, jak i jego czynu. Karą kryminalną z kolei, czyli przewidzianą za popełnienie przestępstwa, jest określona ustawą ujemna reakcja na nie ze strony organów państwa” (s. XXVII). Co więcej,

„[k]ara kryminalna uznawana jest więc za środek, przy pomocy którego państwo oddziałuje na społeczeństwo, grupy społeczne i jednostki w kierunku zapewnienia zachowań zgodnych z nakazami oraz zakazami prawa. W tym kontekście staje się instytucją społeczną, mającą do spełnienia konkretne zadania w walce z przestępczością, zmonopolizowaną przez państwo. W perspektywę tego monopolu wpisuje się zatem problem udzielania świadczeń zdrowotnych osobom odbywającym karę pozbawienia wolności” (s. XXX). Pomysłodawca książki w swoich rozważaniach dotyczących kary omawia także ewolucję celów kary, rodzaje, inaczej katalog kar, cierpienie zadawane sprawcy przestępstwa wynikające z samego faktu wykonania kary czy też funkcje kary. W publikacji podkreśla się, że funkcje kary są odmienne dla różnych jej rodzajów. W zależności od tego, która z tych funkcji będzie dominująca, sposób wykonania kary stanowiący jej konsekwencję będzie pozwalać na różne formy i zakres świadczeń zdrowotnych dla skazanego. Inna ważna konkluzja dotyczy tego, że poziom ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności zależy od stopnia retrybucyjnego nastawienia współczesnych Polaków. W ich katalogu wartości moralnych współczucie dla więźniów zajmuje miejsce odległe. W efekcie społeczna empatia dla ludzi umieszczonych w warunkach izolacji więziennej, a także zainteresowanie ich sytuacją zdrowotną są niewielkie, co stanowi istotny czynnik obniżania społecznej rangi tego problemu. Na sposób realizacji prawa do ochrony zdrowia w warunkach więziennych wpływa bowiem jego społeczna percepcja. Oczekiwania społeczne odnoszące się do zapewnienia i zwiększenia bezpieczeństwa znajdują zaś przełożenie na nasilanie karania i więziennej izolacji. Autor, mierząc się z problemem ochrony zdrowia skazanych, pokazuje jego złożoność oraz konsekwencje lekceważenia tego zagadnienia.

Monografia zbudowana jest z dwunastu rozdziałów, które podzielono na dwie części. Rozdziały I–VI stanowią część I dotyczą zagadnień ogólnych w kontekście ochrony zdrowia w warunkach wolnościowych i w więzieniu. Natomiast rozdziały VII–XII będące składową części II poświęcono ochronie zdrowia osób pozbawionych wolności w polskim systemie penitencjarnym, z uwzględnieniem przeglądu problemów i dotychczasowych doświadczeń.

Rozdział I dotyczy sytuacji zdrowotnej różnych grup społeczeństwa polskiego i jej uwarunkowań wraz z uwzględnieniem implikacji penitencjarnych. Jak wynika z jego lektury, istotnym wskaźnikiem rozwoju cywilizacyjnego współczesnego społeczeństwa jest sytuacja zdrowotna różnych grup społecznych, zwłaszcza tych najsłabszych, zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym. Wskaźnik ten jest pomocny przy określeniu sposobu i zakresu ochrony zdrowia przez państwo. Osoby pozbawione wolności autor określa jako szczególną grupę społeczną. Stąd odnosząc się do polskiego systemu penitencjarnego, w którym funkcjonują osoby osadzone w zakładach karnych, stwierdza, że ujawniające się w nim zjawiska i problemy stanowią odzwierciedlenie ogólnych problemów społecznych, do których należy ogólna sytuacja zdrowotna. Aktualna stratyfikacja społeczna i styl życia we współczesnej Polsce, a także procesy ubożenia niektórych grup społeczeństwa wiążą się z problemem ich wykluczania. Autor podkreśla przy tym, że „[o]soby pozbawione wolności, przebywające w jednostkach penitencjarnych, w procesach tych [...] w wyraźny sposób uczestniczą ze wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami” (s. 3). W rozdziale tym pojęcie sytuacji zdrowotnej odnosi więc

do dwóch poziomów: (1) społecznego (warstw/grup społecznych) i (2) indywidualnego (poszczególnych osób). Poziom społeczny to zespół różnych obiektywnych symptomów obrazujących stan zdrowia Polaków. Mają one względnie trwałe zewnętrzny charakter, wyraźnie bardziej ogólny w porównaniu z indywidualnymi cechami osobowymi jednostek. Do wskaźników zaliczono tu: długość życia i umieralność, chorobowość hospitalizowaną, obciążenie nowotworami złośliwymi bądź innymi chorobami, zwłaszcza tzw. cywilizacyjnymi, i sytuację epidemiologiczną. Symptomy te mogą być ujmowane różnie w zależności od potrzeb badawczych, statystycznych i opisowych. Autor zwraca także uwagę na „systemowy wzorec występowania różnic w zdrowiu. Chodzi o to, że różnice w zdrowiu pomiędzy różnymi grupami społecznymi nie występują losowo, ale według stałego wzoru. Jednym z najbardziej uderzających przykładów są trwałe różnice w stanie zdrowia między różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi. Umieralność i chorobowość zwiększa się np. wraz ze spadkiem pozycji społecznej” (s. 5). Poza tym nierówności w zdrowiu to bardziej efekt procesów społecznych niż uwarunkowań biologicznych. Potwierdzają to badania kryminologiczne, według których z dolnych grup społecznych pochodzi większość sprawców przestępstw kryminalnych, to te bowiem osoby w następstwie kolizji z prawem trafiają do zakładów karnych. Problem ochrony zdrowia dotyczy zwłaszcza tej grupy osób, gdyż prawo do świadczeń zdrowotnych jest realizowane podczas wykonywania kary pozbawienia wolności i tym samym jest całkowicie uzależnione od państwa. Twórca książki w kontekście stymulacji zdrowia pokazuje również pewną degradację społeczną w następstwie popełnienia przestępstwa, zwłaszcza orzeczenia bezwzględnej kary pozbawienia wolności. Możliwość kolizji z prawem karnym mogą ograniczać, a nawet zablokować choroba bądź niepełnosprawność. Oceniając sytuację zdrowotną społeczeństwa polskiego, uwzględniono poszczególne warstwy społeczne. Co ciekawe, przyjęto, że z dolnych warstw społecznych (środowiska małomiasteczkowe i wiejskie) wywodzi się zasadnicza część populacji więziennej. Z chwilą osadzenia osób o takim pochodzeniu w zakładzie karnym obowiązek zapewnienia im ochrony zdrowia przechodzi na ten zakład, ściślej – na państwo, w imieniu którego kara pozbawienia wolności jest wykonywana. Przytoczone dane statystyczne dotyczące sytuacji zdrowotnej ludności Polski pozwalają stwierdzić, że mają one wpływ także na stan zdrowia osób osadzonych w zakładach karnych. Choroby dotyczące tych osób są zróżnicowane. Przykładowo, często diagnozowane przez lekarzy więziennych są choroby układu krążenia. Z kolei choroby nowotworowe, pomimo że stanowią drugą pod względem częstości przyczynę zgonów ludności w Polsce, dla więziennej służby zdrowotnej są stosunkowo mniejszym problemem, gdyż chorych leczy się często poza zakładami karnymi. Dość niskie znaczenie penitencjarne mają też zgony z przyczyn, których nie udało się dokładnie określić lub są one nieznanne. Przypadki te są rzadkie w zakładach karnych, nie stanowią zatem systemowego problemu. Autor podnosi, że „[w]skutek samobójstw następuje większa utrata potencjalnych lat życia niż w wyniku raka płuca, a nawet wypadków komunikacyjnych. W praktyce penitencjarnej znaczenie tych przyczyn jest marginalne, chociaż niektóre spektakularne przypadki, np. samobójstw, są medialnie nagłościane i budzą duże emocje społeczne” (s. 13). Natomiast do tradycyjnych chorób i zaburzeń typowych dla osób umieszczonych w przestrzeni penitencjarnej należą te o naturze psychicznej. Innym

rodzajem problemów penitencjarnych są choroby zakaźne i pasożytnicze. Potwierdza to obserwacja rzeczywistości więziennej, z tego typu zachorowaniami trafiała bowiem i nadal trafia do zakładów karnych spora część skazanych. Na sytuację zdrowotną osób pozbawionych wolności ma wpływ również indywidualny poziom zdrowia wiążący się z tzw. stylem życia mogącym wpływać na ukształtowanie się bądź też nie postaw prozdrowotnych. Ponieważ analizę stylów życia i ich determinant można prowadzić na wiele różnych sposobów, przydatne jest syntetyzujące ujęcie etiologiczne wymagające badania zachowań człowieka na poziomie indywidualnym, poprzez proces tzw. socjogenezy, czyli jednostkowego mechanizmu prowadzącego człowieka do ukształtowania się określonego stylu życia. Autor, przytaczając elementy składowe stylu życia ujmowane w doktrynie w wymiarze behawioralnym i aksjologicznym, wskazuje na: higienę oraz stosunek do zdrowia i choroby, potrzeby i postawy w tym zakresie, a także rekreację. Inne czynniki to: poziom i rodzaj wykształcenia, status ekonomiczny, rodzaj wykonywanej pracy, charakter środowiska pochodzenia i zamieszkania, ponadto – w odniesieniu do grupy przestępców umieszczonych w zakładach karnych – mechanizm tzw. kryminogenezy. W monografii podnosi się ponadto, że „[d]la badań nad wpływem postaw wobec własnego zdrowia na indywidualną sytuację zdrowotną przydatna jest koncepcja *homo eligens* (człowieka wybierającego). Na poziomie makrospołecznym, a więc faktów należałoby ją jednak połączyć z integrującym ujęciem teorii socjalizacji i reakcji społecznej” (s. 18). Trzeba podkreślić, że badania nad rolą pro- lub kontrzdrowotnych stylów życia osób ze środowisk przestępczych mają wymiar uproszczony. Kompleksowe uchwycenie tak skomplikowanej mapy wzajemnych powiązań i interakcji na obecnym etapie rozwoju nauki jest bowiem zadaniem niewykonalnym.

Rozdział II obejmuje zagadnienie prawa do ochrony zdrowia i jego realizację systemową w środowisku otwartym. Przyjęto w nim założenie, że problemy zdrowotne osób żyjących w różnych typach środowisk współczesnej Polski są do siebie podobne. Przed omówieniem sposobu ochrony zdrowia w warunkach środowiska zamkniętego (więzienia) poddano analizie najważniejsze informacje o konstytucyjnym prawie do ochrony zdrowia w ogóle, a także opartym na tym prawie powszechnym systemie jego ochrony. Autor odnosi się tu do Konstytucji RP uwzględniającej podział praw i wolności na podstawowe oraz socjalne, zwracając szczególną uwagę na prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1–2). Ponadto bada wiele dokumentów międzynarodowych dotyczących tego zagadnienia. Zwraca też uwagę na regulacje Europejskich Reguł Więziennych (ERW), obejmujących skazanych i tymczasowo aresztowanych bez względu na ich status prawny. „Kluczowa w tym zakresie reguła 39 stanowi, że władze więzienne chronią zdrowie wszystkich więźniów znajdujących się pod ich opieką, zaś zgodnie z regułą 40 ust. 3 więźniowie mają dostęp do służby zdrowia dostępnej w kraju bez dyskryminacji ze względu na ich sytuację prawną. W następstwie recepcji tych reguł w polskim ustawodawstwie krajowym prawo do ochrony zdrowia, jak również świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przysługuje osobom osadzonym w polskich zakładach karnych niezależnie od tego, czy przed osadzeniem były ubezpieczone, czy też nie” (s. 27 i n.). W dalszej kolejności prezentuje pakiet ustaw zwykłych z zakresu ochrony zdrowia zapewniających realizację konstytucyjnego

uprawnienia do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Rozdział III dotyczy zdrowia i jego ochrony w warunkach instytucji totalnej. Autor określa więzienie (zakład karny lub areszt śledczy) jako: (1) miejsce, w którym wykonuje się tzw. karę kryminalną; (2) instytucję izolującą przestępców od ogółu społeczeństwa. Współczesne więzienie to jedna z wielu instytucji społecznych o wyraźnej specyfice, którą określają jego funkcje i cele, dla których zostało utworzone. W literaturze przedmiotu wymienia się na ogół pięć takich funkcji: izolacyjną, socjalno-bytową, ekonomiczną, gospodarczą i resocjalizacyjną. Problematyka zdrowia i jego ochrony wiąże się zwłaszcza z funkcją socjalno-bytową, której ostateczny kształt i treść nadają warunki izolacji. Więźniowie są traktowani jak pacjenci, choć stanowią szczególną ich kategorię. Przedstawiając listę cech instytucji totalnej (wężenia), autor ocenia poszczególne jej elementy przez pryzmat ogólnego stanu zdrowia skazanego. Dostrzega tu wpływ ograniczenia przestrzeni, jaką ma do dyspozycji pensjonariusz umieszczony w zakładzie karnym, na ogólną sprawność fizyczną osadzonego, zwłaszcza na stan aparatu ruchowego. Kolejny czynnik to zdrowie psychiczne skazanego mające ewidentnie niekorzystne oddziaływanie. Fizyczne ograniczenie przestrzeni w zakładzie karnym jest jego immanentną właściwością. Przy czym analiza problemu przeludnienia w polskich jednostkach penitencjarnych jako skrajnego wskaźnika ograniczenia przestrzeni życiowej i jego wpływu na sytuację zdrowotną skazanych nie jest prosta. Zachowanie normy powierzchni przewidzianej w odpowiednich przepisach prawnych nie jest równoznaczne z zachowaniem normy wymaganej dla utrzymania dobrego stanu zdrowia, a co najmniej jego niepogarszania. Problem przeludnienia w tym znaczeniu nabiera innego wymiaru niż analizowany zazwyczaj w oficjalnych dokumentach urzędowych i literaturze penitencjarnej. Do kolejnych cech tego typu instytucji należą: ograniczenie intymności w warunkach zakładu karnego mogące prowadzić do różnych zaburzeń i uszczerbków w stanie zdrowia, nie tylko psychicznych, lecz i o charakterze somatycznym czy fizjologicznym; ograniczenie swobody mogące rodzić określone konsekwencje zdrowotne w ścisłej przestrzeni, w której więzień decyduje o własnym czasie, pracy, zajęciach, planach, terminie spotkań z najbliższymi czy korzystaniu z aparatu telefonicznego. Do innych właściwości więzienia należy także standaryzacja i depersonalizacja podwładnych-więźniów prowadząca do zaburzenia organów zmysłowych, narządów somatycznych i procesów psychicznych jednostki, utrudniającego percepcję rzeczywistości. „Z punktu widzenia problematyki pracy, najważniejsze jest jednak ograniczenie swobody więźnia w aspekcie braku możliwości wyboru lekarza, czy też osoby wykonującej inny zawód medyczny, która będzie mu udzielała świadczeń zdrowotnych. Sytuacja skazanego jest w tym względzie nieporównywalna z sytuacją pacjenta na wolności. Ten ostatni może lekarza wybrać według swojego uznania i posiadanych możliwości, zwłaszcza finansowych (prywatna opieka medyczna). Zasadą natomiast jest, że więzień może korzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (więzienna służba zdrowia). Oznacza to, że jego swoboda w zakresie samostanowienia o udzielanej mu pomocy medycznej jest bardzo poważnie ograniczona” (s. 57 i n.).

W rozdziale IV szczegółowo omówiono prawne gwarancje i standardy ochrony zdrowia więźniów wynikające z reguł międzynarodowych. Szczególnie ważne z punktu widzenia sytuacji zdrowotnej więźniów są wzorcowe reguły minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli) z 2015 r. i wskazywane już Europejskie Reguły Więzienne. Oba dokumenty problematykę ochrony zdrowia osób uwięzionych traktują szeroko, określając podstawowe w tym zakresie standardy, które powinny być dotrzymane przez systemy penitencjarne różnych krajów, w tym krajów członkowskich Unii Europejskiej. Wszystkie osoby pozbawione wolności są traktowane z poszanowaniem ich praw człowieka. Regulacje te dotyczą m.in. takich kwestii, jak: warunki bytowe i sanitarne w zakładach karnych, minimalne standardy żywnościowe, ćwiczenia fizyczne i sport. Najwięcej miejsca w obszarze problematyki ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności porównywane akty prawne poświęcają jednak świadczeniom zdrowotnym udzielanym skazanym w warunkach instytucji penitencjarnych. Uwzględniają bowiem dotychczasowe doświadczenia w regulowanym zakresie, a także możliwości i praktykę europejskich systemów penitencjarnych. Koncentrują się one na zaleceniach dla lekarzy więziennych i wykwalifikowanych pielęgniarek. Kompleks zagadnień ujętych w zaleceniach ERW dotyczących ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności obejmuje wytyczne odnoszące się do zapewnienia opieki zdrowotnej szczególniejm kategorii skazanych. Chodzi tu o osoby wymagające leczenia specjalistycznego, więźniów z zaburzeniami zdrowia psychicznego, kobiety ciężarne i matki małych dzieci, które wraz z nimi przebywają w zakładzie karnym. Istotna kwestia dotyczy też eksperymentów medycznych z udziałem więźniów.

Rozdział V to omówienie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności w prawie polskim. Autor podnosi, że „możliwość legalnego pozbawienia człowieka wolności nakłada na organy państwa pełną odpowiedzialność za szeroko rozumiane jego bezpieczeństwo osobiste, w tym również kondycję psychofizyczną. W tym aspekcie legitymizacja rozwiązań polskich została oparta na standardach międzynarodowych, zwłaszcza zaś ERW jako rodzaj *hard law*, do którego respektowania Polska się zobowiązała” (s. 107). Chodzi tu o zapewnienie katalogu praw więźniów, spośród których istotne znaczenie dla ochrony zdrowia skazanych mają warunki opieki zdrowotnej i bytowej, w pewnej mierze także łączność ze światem zewnętrznym (rodzina, osoby bliskie, instytucje zewnętrzne, w tym opieki zdrowotnej) i aktywność w czasie odbywania kary.

Rozdział VI stanowi analizę polskiego systemu penitencjarnego po 1989 r. Autor, oceniając aktualny kształt polskiego systemu penitencjarnego z uwzględnieniem aspektu ochrony skazanych i dostępu do świadczeń zdrowotnych w warunkach instytucji karnej, stwierdza, że po reformach lat dziewięćdziesiątych stał się on systemem mieszanym na skutek starcia się systemu izolacyjno-represyjnego z resocjalizacyjnym. Sposób jego funkcjonowania wyznaczają jednak tradycyjna logika i klasyczne środki oddziaływań pozwalające na realizację priorytetowej funkcji izolacyjno-zabezpieczającej zakładu karnego. Środki oddziaływań penitencjarnych wpisują się zaś w tradycyjną retorykę wychowawczo-resocjalizacyjną, choć obecnie próbuje się ją dostosować do aktualnych realiów społecznych, redefiniując odpowiednio treść takich środków, jak nauka, praca, zajęcia kulturalno-oświatowe,



zajęcia sportowe i podtrzymywanie kontaktów z rodziną. W dziedzinie ochrony zdrowia skazanych kładzie się nacisk na oddziaływania terapeutyczne, co może oznaczać, że świadczenia zdrowotne innego rodzaju pozostają w tle. Wskazuje to na dość słabo rozwiniętą strukturę organizacyjną ochrony zdrowia w zakładach karnych (s. 120 i n.).

Rozdział VII to ogólna charakterystyka populacji więziennej, jej sytuacji zdrowotnej oraz czynników ją kształtujących. W tym fragmencie monografii autor podaje wiele danych statystycznych dotyczących stanu zdrowia osób pozbawionych wolności. Jak wynika ze statystyk Centralnego Zarządu Służby Więziennej, we wrześniu 2018 r. w polskich jednostkach penitencjarnych przebywało ogółem 73 463 osadzonych, w tym 3037 kobiet. Autor zauważa przy tym, że skromność urzędowych danych – prezentowanych jedynie fragmentarycznie w statystykach więziennych – odnoszących się do stanu zdrowia osób osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych świadczy o tym, że problem ochrony zdrowia skazanych nie ma należytej rangi systemowej i schodzi na plan dalszy, ustępując miejsca koniecznej realizacji innych, ważnych zadań więziennictwa (np. zapewnieniu bezpieczeństwa wewnętrznego jednostek penitencjarnych). Zdaniem autora trudno oczekiwać, aby w najbliższych latach sytuacja w tym zakresie uległa bardziej zdecydowanej zmianie. Poza tym w polskich zakładach karnych i aresztach śledczych ciągle przebywa zbyt duża liczba osadzonych. Prawie połowa z nich umieszczona jest w zakładach karnych typu zamkniętego, w warunkach pełnej izolacji, gdzie ochrona ich zdrowia przez państwo musi być ograniczona. Sytuacja ta wpływa na kształt ogólnie niekorzystnej sytuacji zdrowotnej osób pozbawionych wolności. Autora niepokoi fakt, że przeważają osoby skazane na kary średnioterminowe, stanowiąc podstawową grupę potencjalnych pacjentów więziennej służby zdrowia. Okres udzielania im świadczeń zdrowotnych jest stosunkowo długi i wymaga zaangażowania znacznych środków.

Rozdział VIII pokazuje wyniki badań nad sytuacją zdrowotną więźniów oraz czynnikami zagrożenia w jednostkach penitencjarnych. Zdaniem twórcy książki problematyka ta ciągle nie doczekała się bardziej wyczerpującego, całościowego opracowania naukowego. Krótki przegląd stanu badań omawianego tematu prowadzi do wniosku, że dotychczas koncentrowano się na wybranych zagadnieniach (epidemiologiczno-sanitarnych i chorób zakaźnych). Szerzej ujmowana problematyka zdrowia somatycznego w zasadzie podejmowana nie była, jeśli nie liczyć badań Zespołu Prawa Karnego Wykonawczego Rzecznika Praw Obywatelskich i tych przeprowadzonych w Katedrze Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Powyższa ocena dotyczy też sytuacji zdrowotnej więźniów. Przy czym z przywołanych badań wynika, że problematyka zdrowia jest przez skazanych traktowana instrumentalnie. Sprawia to, że przed więzienną służbą zdrowia staje trudne zadanie trafnej oceny rzeczywistego zagrożenia różnymi dolegliwościami i stanami chorobowymi oraz oddzielenia ich od chorób symulowanych w różnym zakresie. Niezależnie jednak od rzeczywistej, odpowiednio rozpoznanej sytuacji zdrowotnej więźniów i związanych z nią potrzeb zdrowotnych zagadnienie ochrony zdrowia w zakładach karnych stanowi ważny problem społeczny. Większość bowiem skazanych po odbyciu kary pozbawienia wolności, wracając do społeczeństwa, boryka się z problemami i potrzebami, w tym także zdrowotnymi. Co istotne, będą

one w warunkach wolnościowych narastać, co może skutkować koniecznością angażowania dodatkowych środków społecznych na ich kompensowanie przez powszechną służbę zdrowia oraz przejmowania kolejnej grupy pacjentów, czyli osób zwalnianych z zakładów karnych.

Rozdział IX stanowi omówienie zagadnienia: systemy wykonywania kary pozbawienia wolności a świadczenia zdrowotne dla więźniów z uwzględnieniem aspektów medycznych i prawnych. Autor, analizując regulacje prawa karnego wykonawczego, wskazuje na systemy: programowanego oddziaływania, zwykły i terapeutyczny. Pozwala to stwierdzić, że ochrona zdrowia skazanych odbywających karę pozbawienia wolności jest organizowana i zabezpieczana na zasadach ogólnych – objęci nią są wszyscy więźniowie w sposób, który uznać można za względnie równy i możliwy do realizacji w warunkach polskiego więziennictwa. We wszystkich systemach problematyka ochrony zdrowia jest drugoplanowa, ustępuje realizacji celów związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa i porządku w zakładzie karnym, a także resocjalizacyjnych. W tej sytuacji dość trudno przy tym ocenić, który z analizowanych systemów daje najlepsze warunki do ochrony zdrowia w więzieniu. Ukierunkowany na dziedzinę ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności wydawać się może terapeutyczny system odbywania kary, przy czym w systemie tym problematyka ochrony zdrowia ustępuje szczegółowym celom wykonywania kary pozbawienia wolności (zapobieganie pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracanie równowagi psychicznej, kształtowanie zdolności współżycia społecznego i przygotowanie do samodzielnego życia). Warunków do szeroko rozumianej ochrony zdrowia nie stwarzają też więzienne oddziały terapeutyczne, mimo że umieszcza się w nich więźniów odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym.

Rozdział X ukazuje organizację i zasady działania więziennej służby zdrowia oraz zakres pomocy medycznej. Autor zwraca uwagę na trudności analiz tego obszaru, co wynika z niejasnego i mało kompletnego obecnie stanu prawnego. Kandydaci do pracy w więziennej służbie zdrowia sprawdzani są pod kątem kwalifikacji zawodowych, niekaralności i cech osobowości. Poza kwalifikacjami požądane cechy to: odporność na stres, dobrze rozwinięte zdolności adaptacyjne do specyficznych warunków więziennych, zdolność kontroli emocji, umiejętność nawiązywania kontaktów interpersonalnych i zdolność do prawidłowego reagowania w sytuacjach trudnych. Podstawowy trzon więziennego personelu medycznego tworzą pielęgniarki i lekarze. Pracownicy medyczni zajmujący stanowiska kierownicze w więziennej służbie zdrowia (lekarze, pielęgniarki, psychologzy) muszą posiadać kwalifikacje zawodowe oficera, chorążego lub podoficera. Warunkiem ich uzyskania jest ukończenie odpowiedniego szkolenia organizowanego przez Służbę Więzienną.

W rozdziale XI autor rozpatruje opiekę zdrowotną w zakładach karnych w ocenie instytucji kontrolujących i na podstawie skarg więźniów. Wśród instytucji kontrolujących są: Najwyższa Izba Kontroli, Rzecznik Praw Obywatelskich, Helsińska Fundacja Praw Człowieka i Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), a także Krajowy Mechanizm Prewencji. W kontekście realizacji prawa do ochrony zdrowia przysługującego osobom pozbawionym wolności autor stawia końcowy wniosek,



że o poziomie jego ochrony w polskich jednostkach penitencjarnych decydują trzy zasadnicze czynniki: (1) obowiązujące ustawodawstwo, w tym zwłaszcza penitencjarne, które określa prawne ramy tego prawa w warunkach więzienia; (2) faktyczne możliwości, bariery i ograniczenia – to nie jakość prawa penitencjarnego, lecz sytuacja decyduje o rzeczywistym kształcie systemu ochrony zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych, gdzie więzienna służba zdrowia jest niedofinansowana i niedoinwestowana; (3) specyfika jednostki penitencjarnej jako instytucji karnej – w której ochrona zdrowia osób w niej umieszczonych nie stanowi priorytetu jej działania. Nakładają się na to trudne relacje: pomiędzy personelem więziennym a osadzonymi oraz lekarzem więziennym a więźniem jako pacjentem. Problem stanowią skargi składane przez skazanych na więzienną służbę zdrowia i dość niekorzystna ocena więźniów jako pacjentów formułowana przez więzienny personel medyczny. Pozbawieni wolności traktują swoje zdrowie instrumentalnie, są roszczeniowi, próbują wymuszać różne świadczenia i konsultacje, a w stosunku do personelu zachowują się niegrzecznie, a nawet agresywnie.

Ostatni, XII rozdział to dyskusja, w ramach której zawarto podsumowanie i wniosek. Zdaniem autora „[p]odsumowywana praca pokazuje, że sytuacja zdrowotna osób pozbawionych wolności, umieszczonych w warunkach izolacji penitencjarnej jest zróżnicowana. Na ogół jednak skazani dość silnie odczuwają potrzebę różnych świadczeń zdrowotnych. Wiąże się to z różnymi stylami ich życia przed osadzeniem w zakładzie karnym, związaną z tym zróżnicowaną sytuacją zdrowotną, z którą przychodzą do zakładu, różnym stanem zdrowia, a także różnym stosunkiem do niego w okresie odbywania kary pozbawienia wolności” (s. 255). Kończącą część pracy autor poświęca analizie obecnego stanu więziennej służby zdrowia, wskazując na wiele coraz bardziej niepokojących symptomów jej zapaści. Zamiast zakończenia wskazuje kilka własnych propozycji w zakresie ewentualnej reformy systemu ochrony zdrowia w więzieniu. Należą do nich m.in.: (1) uwzględnianie zasady, zgodnie z którą nie może być mowy o urzędzeniu opieki medycznej dla osób umieszczonych w zakładach karnych i aresztach śledczych na poziomie i o jakości gorszej niż opieka medyczna dla ogółu społeczeństwa; (2) zorganizowanie opieki medycznej dla więźniów jest jednym z problemów współczesnego społeczeństwa; (3) konieczne jest usunięcie ryzyka instrumentalizacji więziennej służby medycznej wobec porządku publicznego i zagwarantowanie poufności podczas udzielania świadczeń medycznych oraz poprawienie niskiej jakości tych świadczeń; (4) zbyt duża polska populacja penitencjarna nie uzasadnia zagrożenia przestępczością; zmniejszenie jej rozmiarów, zdaniem autora, rozwiązałoby wiele problemów finansowych polskiego więziennictwa, pozwalając na zwiększenie środków finansowych na ochronę zdrowia osadzonych; (5) inne postulaty dotyczą poprawy: higieny więźniów indywidualnej i zbiorowej oraz w zakresie zapobiegania (profilaktyki chorobowej) i edukacji zdrowotnej; (6) zmiana modelowa dotyczy przekształcenia więziennej, humanitarnej medycyny ratunkowej w typowy sposób udzielania świadczeń zdrowotnych i zarządzania podmiotami leczniczymi, co wymaga włączenia więziennej opieki zdrowotnej w system opieki powszechnej oraz zapewnienia skazanym równego dostępu do tej opieki, jak i uniezależnienia procesu ochrony ich zdrowia od instrumentalizacji związanej z wykonywaniem kary pozbawienia wolności.

Istotnymi elementami monografii są: wykaz skrótów obejmujący m.in.: akty prawne, organy i instytucje, czasopisma i publikatory, a także szeroki wybór literatury i statystyk dotyczących podjętej problematyki oraz indeks rzeczowy.

Próbując zakreślić krąg adresatów, wydaje się, że monografia skierowana jest nie tylko do wąskiego grona penitencjarystów, lecz do możliwie szerokiego grona czytelników spoza tego kręgu. Świadczy o tym duże znaczenie podjętego zagadnienia dla całego społeczeństwa, jak i państwa odpowiedzialnego za kreowanie warunków skutecznej polityki kryminalnej, ze szczególnym uwzględnieniem prawa do świadczeń zdrowotnych więźniów w warunkach izolacji penitencjarnej.

*Paulina Jankowska*

DOI: 10.14746/spp.2019.3.27.8