

Ochrona zdrowia osób przebywających w jednostkach penitencjarnych

Analiza najnowszych judykatów Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach polskich

ADAM KWIECIŃSKI

ORCID: 0000-0002-2652-2689

Katedra Prawa Karnego Wykonawczego
Uniwersytetu Wrocławskiego

Abstrakt

W polskiej rzeczywistości penitencjarnej skargi na niedostateczną bądź nieprawidłową opiekę zdrowotną podczas wykonywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania sytuują się w grupie najczęściej wnoszonych przez osadzonych. Zwracają oni uwagę na zbyt długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, niewłaściwy dobór leków lub metod terapii, niedostosowanie warunków odbywanej kary bądź środka zapobiegawczego do ich stanu zdrowia, brak dostępu do dokumentacji zdrowotnej, rutynowe podejście lekarzy do więźniów, trudności w uzyskaniu przerwy w odbywaniu kary z przyczyn zdrowotnych, a także brak lub nieprzestrzeganie istniejących procedur w zakresie udzielania świadczeń tego rodzaju. Część skarg w razie rozstrzygnięcia niesatysfakcjonującego skazanego trafia finalnie na wokandę Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. W niniejszej publikacji zaprezentowane zostaną wybrane orzeczenia Trybunału, które zapadły w ostatnich dziesięciu latach w sprawach przeciwko Polsce i dotyczyły świadczeń zdrowotnych udzielanych skazanym i tymczasowo aresztowanym.

Słowa kluczowe: skazany, kara pozbawienia wolności, zakład karny, świadczenie zdrowotne, prawo do ochrony zdrowia, opieka medyczna, skarga, naruszenie, Europejski Trybunał Praw Człowieka, wyrok

I

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej¹ w art. 68 ust. 1 i 2 stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia wszystkim obywatelom i obywatelkom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki medycznej finansowanych ze środków publicznych. Od zasady równego traktowania obywateli w przestrzeni ochrony zdrowia Konstytucja w ust. 3 przewiduje wyjątek w postaci konieczności zapewnienia szczególnej opieki dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom z niepełnosprawnościami i osobom w podeszłym wieku. Ten sam przepis ustawy zasadniczej nakłada na władze publiczne obowiązki zwalczania chorób epidemicznych, zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska oraz dbałości o rozwój kultury fizycznej (ust. 4 i 5).

Ogólna konstytucyjna deklaracja odnośnie do ochrony zdrowia obywateli zyskuje rozwinięcie w szeregu ustaw zwykłych, określających warunki i zakres udzielania tych świadczeń². Dzięki temu jednostka, w sytuacji kiedy jest dotknięta chorobą lub dysfunkcją zdrowotną, powinna mieć zapewnioną opiekę zdrowotną. Warto jednak nadmienić, że o zakresie dostępności i wachlarzu usług udzielanych w tym zakresie decydować będzie limit świadczeń dostępnych w ramach środków publicznych.

W przypadku wykonania prawomocnego orzeczenia skazującego na karę pozbawienia wolności, a także w razie osadzenia w jednostce penitencjarnej na mocy postanowienia sądu o zastosowaniu tymczasowego aresztowania problem udzielania świadczeń zdrowotnych przenosi się ze środowiska otwartego do instytucji izolujących. Rację ma

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

² Chodzi o szereg tzw. ustaw zdrowotnych, w tym m.in. ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654), ustawę z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1996 r. Nr 28, poz. 152), ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135), ustawę z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 1998 r. Nr 137, poz. 887) czy też ustawę z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2008 r. Nr 52, poz. 417).

P. Stępnia³, że pozbawienie, a nawet ograniczenie osadzonemu prawa do nich może być uznane za złamanie norm konstytucyjnych, wykraczające znacznie poza dopuszczalne w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP ograniczenie praw skazanego wynikające z konieczności osiągnięcia celów kary czy też środka zapobiegawczego. Autor ten, po uprzedniej analizie polskiego porządku prawnego, dochodzi do konstatacji, że skazany (i konsekwentnie osoba tymczasowo aresztowana — A.K.) korzysta nadal z praw i wolności obywatelskich, które nie zostały mu odebrane ustawą lub prawomocnym orzeczeniem sądu, a co za tym idzie — prawo do ochrony zdrowia, a także stanowiące ich nierozzerwalną część prawa pacjenta należą do tej grupy praw, których nie można go pozbawić.

II

Zupełnie inny problem dotyczyć będzie tego, w jaki sposób, zważywszy na specyfikę warunków, w jakich przebywają skazani i tymczasowo aresztowani, prawa te miałyby być realizowane. Sytuacja wynikająca z wykonywanej kary pozbawienia wolności czy też tymczasowego aresztowania powoduje, że organy administracji więziennej zostają obciążone dodatkowymi, niezwykle odpowiedzialnymi, ale też i uciążliwymi zadaniami. Odizolowanie skazanych od świata wolnego, pozbawienie decyzyjności, swobody wyboru, poruszania się czy kontaktowania ze światem zewnętrznym przenoszą na administrację penitencjarną odpowiedzialność za życie i zdrowie osadzonych. Nakładają na tę służbę konieczność monitorowania stanu zdrowia skazanych i tymczasowo aresztowanych, organizowania całego procesu diagnostyki w tym zakresie, zabezpieczenia w ramach więziennictwa pewnych najpilniejszych świadczeń medycznych oraz całej reszty w placówkach leczniczych poza resortem sprawiedliwości. To wszystko, po pierwsze, wymaga ustalenia właściwych ram prawnych, które stworzyłyby odpowiednie gwarancje ochrony zdrowia osób przebywających w jednostkach penitencjarnych. Po drugie, konieczne jest wypracowanie dobrych praktyk, które stanowić

³ P. Stępnia, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018, s. 111.

będą balans między potrzebami skazanych w tym zakresie a możliwościami, jakimi dysponuje Służba Więzienna.

W zakresie pierwszego punktu za kluczowy przepis Kodeksu karnego wykonawczego (dalej: kkw) przyjąć należy art. 102 pkt 1 kkw. Stanowi on, że skazany ma prawo w szczególności do odpowiedniego ze względu na zachowanie zdrowia wyżywienia, odpowiedniej odzieży, odpowiednich warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich warunków higieny. Wszystkie wymienione wyżej czynniki składają się na dobrostan psychofizyczny osadzonego, jednak w dalszej analizie skoncentrujemy się głównie na tematyce świadczeń zdrowotnych udzielanych skazanym. Prawo skazanego do świadczeń zdrowotnych rodzi jednocześnie obowiązki po stronie administracji penitencjarnej.

Zanim jednak zostaną one przedstawione, trzeba poczynić zastrzeżenie, że ustawodawca wprowadził do kodeksu zapisy, które stanowią o partycypacji skazanego w odpowiedzialności za stan własnego zdrowia. Artykuł 116 kkw w pkt 2a stwierdza, że skazany ma obowiązek niezwłocznego zawiadomienia przełożonego o chorobie własnej oraz o zauważonych objawach chorobowych u innego skazanego. Z kolei pkt 3 tego samego przepisu obliguje skazanego do poddania się — niezależnie od obowiązków określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii — przewidzianym przepisami badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji, a także badaniom na obecność w organizmie substancji psychoaktywnej, a skazanego, wobec którego sędzia penitencjarny zarządził przeprowadzenie badań psychologicznych, psychiatrycznych lub seksuologicznych, dodatkowo — udzielania osobom prowadzącym badania informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach, w jakich się wychowywał, oraz wykonywania zleconych przez psychologa, psychiatrę lub seksuologa czynności niezbędnych do przeprowadzenia badania.

Doprecyzowanie kwestii dostępności skazanych i tymczasowo aresztowanych do świadczeń zdrowotnych uregulowane zostało w art. 115 kkw. Ustawodawca potwierdził w nim bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne dla skazanych. Jednocześnie zastrzegł, że protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zapewnia się skazanym bezpłatnie, jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub unie-

możliwić odbywanie kary pozbawienia wolności, a w innych wypadkach — odpłatnie. Minister sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia wydał odpowiednie przepisy wykonawcze umożliwiające realizację tych zapisów kodeksowych⁴.

Bardzo istotnym ograniczeniem autonomii woli pacjenta, wynikającym z wykonywanej wobec niego kary pozbawienia wolności, jest wymóg udzielania świadczeń zdrowotnych przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności⁵. Inne podmioty lecznicze współdziałają z więziennymi podmiotami leczniczymi w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest w szczególności natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego bądź zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego, czy przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego⁶. Co istotne, w tym ostatnim przypadku tak zwane wolnościowe podmioty lecznicze udzielają skazanemu świadczeń zdrowotnych z zachowaniem kolejności dostępu do tych świadczeń obowiązującej osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z limitacją swobody decydowania w kwestiach zdrowotnych mamy także do czynienia na etapie wyboru lekarza i pielęgniarki ambulatorium z izba chorych, lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentysty oraz szpitala. Skazany, w przeciwieństwie do pacjentów wolnościowych, jest pozbawiony możliwości

⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 roku w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze (Dz.U. z 2003 r. Nr 204, poz. 1986).

⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 2131).

⁶ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz.U. z 2012 r. poz. 547).

wyboru w tym zakresie. Nie jest to wprowadzić zakaz bezwzględny, skoro 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, innego podmiotu leczniczego niż przeznaczony dla osób pozbawionych wolności oraz na korzystanie z dodatkowych leków i innych wyrobów medycznych. Znakiem czasu, rozszerzającym dostępność świadczeń zdrowotnych dla skazanych i tymczasowo aresztowanych, jest możliwość ich udzielania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Do elementów zawężających autonomię skazanego-pacjenta zaliczyć wypada także kwestie udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego. Zaznaczyć przy tym należy, że dotyczyć to może nie tylko wybranych skazanych z zakładów typu zamkniętego i półotwartego, lecz także każdego skazanego, jeśli tylko osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego uzna, że jest to konieczne do zapewnienia mu bezpieczeństwa. Podobny limitujący charakter mają domniemania dotyczące zgody skazanego na przeprowadzenie postępowania diagnostycznego (jeśli skazany zgłosił potrzebę takiego badania) czy przeniesienia na dyrektora jednostki penitencjarnej decyzji o przeprowadzeniu diagnozy stanu zdrowia (jeżeli skazany, który zgłosił informację o stanie zdrowia, chorobach lub urazach skutkującą potrzebą przeprowadzenia wobec niego procedury medycznej, jednocześnie odmawia wyrażenia zgody na diagnozę bądź w przypadku skazanego, który odmawia przyjmowania posiłków dostarczanych przez administrację zakładu karnego).

III

W polskiej rzeczywistości penitencjarnej skargi na niedostateczną bądź nieprawidłową opiekę zdrowotną podczas wykonywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania sytuują się w grupie najczęściej wnoszonych przez osadzonych. Zwracają oni uwagę na zbyt długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, niewłaściwy dobór leków lub metod terapii, niedostosowanie warunków odbywanej kary bądź środka zapobiegawczego do ich stanu zdrowia, brak dostępu do

dokumentacji zdrowotnej, rutynowe podejście lekarzy do więźniów, trudności w uzyskaniu przerwy w odbywaniu kary z przyczyn zdrowotnych, a także brak lub nieprzestrzeganie istniejących procedur w zakresie udzielania świadczeń tego rodzaju. Część skarg w razie rozstrzygnięcia niesatysfakcjonującego skazanego trafia finalnie na wokandę Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej: ETPC, Trybunał).

W niniejszej publikacji zaprezentowane zostaną wybrane orzeczenia, które zapadły w ostatnich dziesięciu latach w sprawach przeciwko Polsce, dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielanych skazanym i tymczasowo aresztowanym. Warto jednak mieć na uwadze, że ta problematyka była wcześniej przedmiotem interesujących rozstrzygnięć wydawanych przez Trybunał. Wiele z nich było szeroko komentowanych w piśmiennictwie, wyznaczało tym samym standardy traktowania osób osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych⁷.

W sprawie *Olszewski przeciwko Polsce* (wyrok z 2 kwietnia 2013 roku)⁸ skarżący przedstawił bogatą dokumentację medyczną (potwierdzającą chorobę wrzodową, żylaki, miażdżycę tętnic, zapalenie kości i stawów, chroniczne zapalenie oskrzeli, astmę oraz przepuklinę kręgosłupa) uzasadniającą zarzut braku właściwej opieki zdrowotnej ze strony Służby Więziennej. W szczególności stwierdził, że nie zapewniono mu specjalistycznego leczenia ortopedycznego i nie dostarczano mu środków przeciwbólowych mimo zgłaszanych przez niego potrzeb w tym zakresie. Należy nadmienić, że 31 maja 2010 roku skazany uzyskał zaświadczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym. W odpowiedzi na zarzuty polski rząd wykazywał, że skarżący miał zapewnioną regularną, odpowiednią opiekę lekarską zgodną z obowiązującymi medycznymi standardami w tym zakresie (był badany przez lekarzy 259 razy), a krótkie okresy, kiedy przebywał na oddziałach zwykłych, wynikały jedynie z re-

⁷ Por. wyrok ETPC z 3 lutego 2009 roku w sprawie *Koprykowski przeciwko Polsce* (skarga nr 23052/05); wyrok ETPC z 20 stycznia 2009 roku w sprawie *Musiał przeciwko Polsce* (skarga nr 28300/06); wyrok ETPC z 13 października 2009 roku w sprawie *Orchowski przeciwko Polsce* (skarga nr 23052/05); wyrok ETPC z 26 października 2000 roku w sprawie *Kudła przeciwko Polsce* (skarga nr 30210/96); wyrok ETPC z 24 lipca 2012 roku w sprawie *Wenerski przeciwko Polsce* (skarga nr 38719/09); wyrok ETPC z 12 lutego 2008 roku w sprawie *Pankiewicz przeciwko Polsce* (skarga nr 34151/04).

⁸ Wyrok ETPC z 2 kwietnia 2013 roku w sprawie *Olszewski przeciwko Polsce* (skarga nr 21880/03).

montów oddziałów specjalistycznych. Trybunał ostatecznie stwierdził, że nie nastąpiło naruszenie art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka (dalej: Konwencja) w odniesieniu do konieczności zapewnienia skazanym właściwej opieki medycznej (skarżący otrzymał wystarczającą pomoc medyczną: przechodził specjalistyczne badania i otrzymał przepisane lekarstwa).

W sprawie *Sepczyński przeciwko Polsce* (skarga 78352/14)⁹ skarżący wysunął zarzut braku koniecznej rehabilitacji, co w efekcie doprowadziło do pogorszenia stanu jego zdrowia. Fakt potrzeby zabiegów rehabilitacyjnych został potwierdzony przez lekarza ortopeda oraz neurologa podczas badań przeprowadzonych w trakcie pobytu w areszcie śledczym. Stwierdzono wówczas zanik mięśni uda i problemy ze zginaniem prawej stopy wynikające z uszkodzenia nerwu strzałkowego oraz zdiagnozowano ograniczone możliwości ruchowe stawu kolanowego. W czasie wykonywania środka zapobiegawczego skarżącemu aplikowano jedynie niesteroidowe środki przeciwzapalne. Zdaniem Trybunału służby penitencjarne poprzez swoją beczynność nigdy nie odniosły się właściwie do potrzeb składającego skargę, co doprowadziło nie tylko do pogorszenia stanu jego zdrowia fizycznego, lecz także do negatywnych konsekwencji psychicznych (lęk i niepokój o swój los), czym naruszono godność skarżącego i wywołano cierpienie przekraczające niedozwolne skutki związane z aresztowaniem. Tym samym stwierdzono naruszenie art. 3 Konwencji oraz art. 1 Protokołu nr 1 do Konwencji w związku z zasądzeniem od skarżącego kosztów sądowych w wysokości niemalże równej kwocie przyznanego mu zadośćuczynienia w procesie o ochronę dóbr osobistych, wytoczonym przez skarżącego aresztowi.

W wyroku ETPC z 13 marca 2013 roku (w sprawie *Zarzycki przeciwko Polsce*)¹⁰ Trybunał wprawdzie odrzucił skargę na podstawie artykułu 35 § 1 i § 4 Konwencji z powodu niewyczerpania dostępnych środków krajowych. Niemniej jednak zakres zarzutów postawionych w skardze wpisywał się w najczęściej wskazywane przez osadzonych dysfunkcje

⁹ Wyrok ETPC z 26 kwietnia 2018 roku w sprawie *Sepczyński przeciwko Polsce* (skarga nr 78352/14).

¹⁰ Wyrok ETPC z 13 marca 2013 roku w sprawie *Zarzycki przeciwko Polsce* (skarga nr 15351/03).

więziennego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Skarżący to osoba z niepełnosprawnością fizyczną (stan po amputacji dwóch przedramion). Stwierdzał on, że spędził długi czas w areszcie śledczym, gdzie był w zasadzie pozbawiony opieki medycznej, a warunki osadzenia nie odpowiadały jego potrzebom. Skutkiem tego był zmuszony do korzystania z pomocy innych skazanych w czynnościach dnia codziennego (higiena, ubieranie się, załatwianie potrzeb fizjologicznych). Zarzucił również, że Polska nie wypełniła swoich obowiązków wynikających z artykułu 3 Konwencji, ponieważ nie pokryła w całości kosztów protez przedramion zaawansowanego typu (podstawowe protezy mechaniczne były dla niego dostępne i skarżący otrzymał je bezpłatnie, a w zakresie zaawansowanych możliwe było jedynie refundowanie niewielkiej części kosztów).

Na podobny rodzaj zaniedbań po stronie administracji więziennej zwrócono uwagę w skardze *D.G. przeciwko Polsce*¹¹. Skazany — inwalida narządów ruchu, poruszający się na wózku — odbywał karę w celi nieprzystosowanej do jego specjalnych potrzeb. W efekcie miał trudności z załatwianiem potrzeb fizjologicznych oraz w swobodnym poruszaniu się po jednostce penitencjarnej. Analogicznie jak w omawianej wyżej sprawie skarżący w wielu kwestiach bytowych zdany był wyłącznie na korzystanie z pomocy współosadzonych. Wskazywał on jednocześnie, że z uwagi na rodzaj swoich schorzeń oraz problemy z dostępnością wkładek urologicznych i cewników niejednokrotnie był zmuszony do spania w przemoczonej bieliźnie. Trybunał potwierdził, że doszło do naruszenia art. 3 Konwencji w odniesieniu do warunków materialnych osadzenia skarżącego w związku z jego specjalnymi potrzebami zdrowotnymi.

W sprawie *Kulikowski przeciwko Polsce* (skarga nr 16831/07)¹² Trybunał uwzględnił fakt, że już w momencie zatrzymania skarżący cierpiał na cukrzycę, która następnie przekształciła się w cukrzycę insulinozależną. Skarżący zarzucał, że to brak odpowiedniej opieki medycznej w zakładach karnych, w których był osadzony, doprowadził do tego stanu. Znacznemu pogorszeniu w trakcie osadzenia uległ tak-

¹¹ Wyrok ETPC z 12 lutego 2013 roku w sprawie *D.G. przeciwko Polsce* (skarga nr 45705/07).

¹² Wyrok ETPC z 9 października 2012 roku w sprawie *Kulikowski przeciwko Polsce* (skarga nr 16831/07).

że jego wzrok (skarżący zaczął chorować na jaskrę) oraz ogólny stan zdrowia (uległ zakażeniu wirusem). W opinii skarżącego brak dostępu do odpowiedniego leczenia poskutkował nieodwracalnym pogorszeniem się jego stanu zdrowia. W szczególności wskazywał, że nie zapewniono mu leczenia w szpitalach publicznych z dostępem do niezbędnych specjalistycznych porad lekarskich i specjalistycznego sprzętu medycznego. Trybunał stwierdził jednak, że jakość zagwarantowanej skarżącemu opieki medycznej nie naraziła jego zdrowia na niebezpieczeństwo i tym samym nie osiągnęła minimalnego poziomu dolegliwości wymaganego, by wchodzić w zakres art. 3 Konwencji. Trybunał wyraził swoje zadowolenie ze skutecznych działań podjętych przez administrację karną w celu zapewnienia codziennej opieki medycznej osadzonemu chorem na cukrzycę insulinozależną. Skazany przebywał wielokrotnie na leczeniu zarówno cukrzycy, jak i schorzeń okulistycznych w różnych szpitalach więziennych i korzystał z porad lekarzy specjalistów w trakcie odbywanej kary. Zwrócono jednak uwagę, że skazani cierpiący na cukrzycę, by móc właściwie monitorować i prowadzić swoje leczenie, powinni zostać poinstruowani na temat stosowania terapii insulinowej, dawek oraz częstotliwości jej przyjmowania, jak również zależności pomiędzy stosowaną dietą, aktywnością fizyczną i terapią insulinową — czego zabrakło w badanym przypadku.

W wyroku ETPC z dnia 26 lutego 2013 roku (sprawa *Kowrygo przeciwko Polsce*, skarga nr 6200/07)¹³ potwierdzono, że skarżący-tymczasowo aresztowany wymagał specjalistycznego leczenia z powodu poważnych dolegliwości natury kardiologicznej (między innymi w postaci choroby niedokrwiennej serca, pozawałowego złego stanu mięśnia sercowego, przezskórnej angioplastyki, napadowego migotania przedsionków i komorowego zaburzenia rytmu serca). Skarżący twierdził, że z racji swoich schorzeń nie powinien być osadzony w areszcie śledczym, a skoro do niego już trafił, to winien przebywać w więziennym szpitalu. Władzom penitencjarnym zarzucał także brak odpowiedniej opieki medycznej w postaci konsultacji lekarskich oraz specjalistycznej diagnostyki (odmówiono mu badania rezonansem magnetycznym). Trybunał

¹³ Wyrok ETPC z 26 lutego 2012 roku w sprawie *Kowrygo przeciwko Polsce* (skarga nr 6200/07).

uznał, po pierwsze, że nie ma podstaw do podważania zasadności tymczasowego aresztowania z przyczyn medycznych. Po drugie, stwierdził, że w trakcie pobytu w areszcie zapewniono skarżącemu odpowiednią opiekę lekarską, wystarczającą dla zachowania jego zdrowia w niepołączonym stanie, niezależnie od tego, czy przebywał aktualnie na specjalistycznym oddziale szpitalnym. Tym samym zdecydował, że skarga złożona na podstawie art. 3 Konwencji jest oczywiście bezzasadna i jako taka musi być odrzucona.

Podobny finał znalazła skarga nr 65196/16 (*Normantowicz przeciwko Polsce*)¹⁴. Skarżący cierpiał na liczne urazy kręgosłupa (dyskopatia, spondylolisteza, przewlekły ból pleców), co stało się podstawą orzeczenia o niepełnosprawności wydanego jeszcze przed osadzeniem w zakładzie karnym. Z racji wyżej wymienionych schorzeń lekarz neurochirurg w trakcie badania w jednostce penitencjarnej zalecił operację skarżącego. Z czasem zdiagnozowano u skarżącego także następujące krótkotrwałe lub przewlekłe dolegliwości: wrzody, epilepsję, zakażenie dróg moczowych, rwę kulszową, kamicę nerkową, bezsenność, zaburzenia lękowe, nadciśnienie, zaburzenia nastroju i depresję. W czasie osadzenia zarejestrowano także próbę samobójczą (zdaniem administracji penitencjarnej — pozorowaną). Skarżący zarzucił naruszenie art. 3 Konwencji (zakaz niehumanitarnego lub poniżającego traktowania) oraz art. 6 ust. 1 Konwencji (prawo do rzetelnego procesu sądowego), wskazując, że władze państwowe nie zapewniły mu w odpowiednim terminie dostępu do koniecznej operacji oraz zwlekały ponad rok przy rozpoznaniu jego wniosku o udzielenie przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności, o co ubiegał się ze względów zdrowotnych. Niemniej jednak Trybunał stwierdził, że władze wykazały odpowiednią staranność w podejmowaniu odpowiednich działań w celu zapewnienia skarżącemu operacji w szpitalu, który specjalizował się w złożonych schorzeniach kręgosłupa, oraz uważnie i stale monitorowały inne, liczne schorzenia skarżącego. Trybunał ponadto podzielił opinię władz, że skarżący otrzymał w zakładzie karnym odpowiednią opiekę medyczną (między innymi otrzymywał odpowiednie leki przeciwbólowe i przeciwpadaczkowe, zapewniono mu

¹⁴ Wyrok ETPC z 24 lutego 2022 roku w sprawie *Normantowicz przeciwko Polsce* (skarga nr 65196/16).

dolną pryczę w celi, odpowiednie badania diagnostyczne oraz konsultacje licznych specjalistów). ETCP również zauważył, że władze należycie zbadały kwestię zdadności skarżącego do odbywania kary pozbawienia wolności i bez zbędnej zwłoki rozpatrzyły jego wniosek o udzielenie przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności, biorąc pod uwagę wyjątkowe okoliczności sprawy (między innymi chodziło o ponowne powołanie biegłych, kiedy ujawnił się konflikt interesów między opiniującymi, oraz ciągłą zmianę właściwości sądu i konieczność przesylania akt wynikającą z przenoszenia skarżącego do właściwych placówek medycznych). W związku z tym Trybunał nie dostrzegł, że doszło do naruszenia artykułu 3 Konwencji, oraz uznał, że nie jest konieczne badanie skargi skarżącego na podstawie art. 6 ust. 1 Konwencji.

W skardze, którą przeciwko Polsce wniósł Sławomir Bujak (skarga nr 686/12)¹⁵, poza nadmierną długością aresztu wysunął zarzuty niedostatecznej opieki zdrowotnej. Skarżący był konsultowany kilka razy przez neurologa, okulistę, ortopedę i traumatologa, którzy podczas każdej wizyty sprawdzali, czy powinien zostać poddany operacji. Wprawdzie na oddziale szpitalnym zakładu karnego przeszedł on specjalistyczną rehabilitację (ćwiczenia fizyczne, naświetlanie, laseroterapia), jednak jednocześnie lekceważono specjalistyczne zalecenia dotyczące korzystania z kul, twardego materaca i wózka inwalidzkiego. Skarżący podkreślał, że korzystanie z pomocy współosadzonych przy znoszeniu go na spacer i dostarczenie wózka przez rodzinę nie były jego wyborem, lecz koniecznością, przed którą został on postawiony przez administrację więzienną. Lekarze orzekli, że brak tych środków mógł zagrażać życiu skarżącego, co ostatecznie skutkowało jego zwolnieniem z aresztu w celu przeprowadzenia operacji. Trybunał uznał, że w omawianej sprawie nastąpiło naruszenie art. 3 Konwencji. Zdaniem sędziów brak odpowiedniej opieki medycznej dla aresztowanego spowodował, że był on uzależniony od pomocy współosadzonych w wykonywaniu codziennych czynności życiowych, co naruszało jego godność i przekroczyło dopuszczalny poziom dolegliwości tymczasowego aresztowania.

¹⁵ Wyrok ETPC z 21 marca 2017 roku w sprawie *Bujak przeciwko Polsce* (skarga nr 686/12).

W roku 2023 ETPC rozpatrywał sprawę *K.P. przeciwko Polsce* (skarga nr 52641/16)¹⁶. Skarga dotyczyła kilku kwestii: pozbawienia prawa do widzenia z najbliższymi przez okres roku (art. 8 Konwencji), nadmiernie długiego okresu stosowania izolacyjnego środka zapobiegawczego (art. 5 ust. 3 Konwencji), przekroczenia uprawnień przez funkcjonariusza administracji więziennej, w związku z czym skarżąca zaszła w ciążę w okresie pobytu w jednostce penitencjarnej (art. 3), oraz w związku z opieką prenatalną i poporodową, jaką skarżąca i jej dziecko otrzymali od administracji więziennej (art. 3 i 8 Konwencji). W związku z zajściem w ciążę skarżąca w kwietniu 2015 roku została przeniesiona do Zakładu Karnego w Grudziądzu do specjalistycznego Domu dla Matki i Dziecka, gdzie w sierpniu tego samego roku urodziła syna. W 2018 roku, gdy syn ukończył trzy lata, sąd rodzinny zdecydował, że skarżąca powinna w dalszym ciągu sprawować nad nim bezpośrednią opiekę, w efekcie czego przedłużono ich wspólny pobyt w Grudziądzu do dnia ukończenia przez dziecko czwartego roku życia. W odpowiedzi na zarzuty skargi rząd przedstawił informację o infrastrukturze, warunkach pobytu i wyposażeniu grudziądzkiej placówki dla kobiet. Z tej informacji wynikało, że placówka była przystosowana do pobytu w niej małych dzieci. Ponadto wykazano, że skarżąca w jednostce penitencjarnej brała udział w szeregu szkoleń w zakresie przygotowania do porodu oraz opieki nad dzieckiem i karmienia piersią. Miała zapewnioną opiekę psychologa, dostęp do pediatry i innych lekarzy. Osadzone w ciąży i matki karmiące miały prawo do dodatkowych paczek żywnościowych i dłuższych wizyt rodzinnych. Podkreślono też, że skarżąca nie złożyła żadnej skargi dotyczącej warunków osadzenia w Domu dla Matki i Dziecka. Trybunał stwierdził, że skarżąca nie sformułowała konkretnych zarzutów w zakresie opieki medycznej zapewnianej jej i dziecku przez służby penitencjarne w okresie ciąży lub w późniejszym okresie i nie uzasadniła swoich skarg na podstawie Konwencji. Co istotne, jak zauważył Trybunał, w okresie osadzenia nie kierowała też żadnych skarg dotyczących opieki prenatalnej i poporodowej do władz krajowych. Na tej podstawie uznano, że w tym zakresie nie doszło do naruszenia praw i wolności określonych w Konwencji i skargę jako nieuzasadnioną odrzucono.

¹⁶ Wyrok ETPC z 26 października 2023 roku w sprawie *K.P. przeciwko Polsce* (skarga nr 52641/16).

IV

W analizowanych sprawach wybrzmiewa jednolite podejście sędziów Trybunału do kwestii ochrony zdrowia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych. Sprowadza się ono między innymi do uznania, że art. 3 Konwencji nie może być rozumiany jako podstawa generalnego zobowiązania do zwolnienia osadzonego z jednostki penitencjarnej lub przeniesienia do placówki leczniczej, która jest usytuowana poza systemem więziennym, z powodów zdrowotnych. Trybunał niejednokrotnie podkreślał w swoim orzecznictwie, że taką bezwzględną podstawą nie jest nawet choroba szczególnie trudna do leczenia. Niemniej jednak w ramach tego przepisu podkreślano istnienie zobowiązania państwa-strony Konwencji do zapewnienia osobom pozbawionym wolności takich warunków pobytu, które zapewnią poszanowanie godności ludzkiej, nie będą narażały ich na cierpienie oraz trudności przekraczające nieunikniony poziom dolegliwości związany z wykonywaną karą lub zastosowanym środkiem. W judykatach ETPC wskazywano również, że niezależnie od praktycznych implikacji procesu wykonawczego należy dążyć do tego, aby zdrowie i samopoczucie osadzonych miały należytą ochronę, w tym w drodze zapewnienia niezbędnej opieki medycznej.

Trybunał, oceniając, czy stan zdrowia skarżących pozwala na pobyt w jednostce penitencjarnej, brał pod uwagę trzy główne komponenty: stan zdrowia pozbawionego wolności, odpowiedniość (adekwatność) opieki medycznej oferowanej podczas osadzenia w jednostce penitencjarnej oraz celowość utrzymywania kary bądź środka izolacyjnego w kontekście stanu zdrowia skarżącego. W licznych orzeczeniach podkreślano, że władze krajowe, w sytuacji gdy stan zdrowia osadzonego tego wymaga, muszą zapewnić regularny monitoring jego kondycji psychofizycznej. Ta kontrola dotyczy także ustalenia programu terapeutycznego, który obejmowałby, w miarę możliwości, wyleczenie schorzeń skazanego lub uniknięcie ich nasilenia, a nie tylko leczenie objawowe. W razie umieszczenia w jednostce penitencjarnej osoby z niepełnosprawnością zakłada się, że administracja penitencjarna musi dołożyć wszelkich starań, aby stworzyć warunki pobytu odpowiadające szczególnym potrzebom związanym z niepełnosprawnością osadzonego.

Sam Trybunał przyznaje, że adekwatność opieki zdrowotnej świadczonej przez jednostki penitencjarne osadzonym pozostaje najtrudniejszym elementem zarówno do zdefiniowania na poziomie teoretycznym, jak i do ustalenia w konkretnych sprawach zawisłych przed Trybunałem. Fakt, że pozbawiony wolności miał zapewniony dostęp do lekarza oraz miał przepisane konkretne zabiegi czy też formy terapii, nie może automatycznie prowadzić do wniosku o odpowiedniej (adekwatnej) opiece zdrowotnej. Administracja więzienna musi zapewnić archiwizację dokumentacji medycznej osadzonego. Powinno z niej także wynikać, że postawiona diagnoza i zarządzone postępowanie lecznicze były nie tylko trafne, lecz także bezzwłoczne.

Analiza orzecznictwa Trybunału w sprawach dotyczących świadczeń zdrowotnych dla osób pozbawionych wolności prowadzi do konkluzji, że poniżające traktowanie musi osiągnąć pewien minimalny stopień dolegliwości, aby wejść w zakres stosowania art. 3 Konwencji. Ocena, czy w danym przypadku ten minimalny stopień został osiągnięty, jest relatywna. Zależy bowiem od różnych okoliczności sprawy (między innymi od czasu traktowania, zaobserwowanych u skazanego skutków psychofizycznych, które w wyniku takiego traktowania nastąpiły, od płci, wieku, stanu zdrowia skarżącego). Co istotne, mimo że cel takiego traktowania jest czynnikiem brany pod uwagę w tej ocenie (chodzi zwłaszcza o to, czy poniżenie lub upokorzenie skarżącego było zamierzone), to jego brak wcale nie musi przesądzać o tym, iż nie doszło do naruszenia Konwencji w zakresie art. 3.

Wykaz aktów prawnych

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1996 r. Nr 28, poz. 152).
- Ustawa z 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 1998 r. Nr 137, poz. 887).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2008 r. Nr 52, poz. 417).

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654)
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 13 listopada 2003 roku w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze (Dz.U. z 2003 r. Nr 204, poz. 1986).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz.U. z 2012 r. poz. 547).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 roku w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 2131).

Bibliografia

- Stępiak P., *Prawo do świadczeń zdrowotnych w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018.

Orzecznictwo

- Wyrok ETPC z 26 października 2000 roku w sprawie *Kudła przeciwko Polsce* (skarga nr 30210/96).
- Wyrok ETPC z 12 lutego 2008 roku w sprawie *Pankiewicz przeciwko Polsce* (skarga nr 34151/04).
- Wyrok ETPC z 20 stycznia 2009 roku w sprawie *Musiał przeciwko Polsce* (skarga nr 28300/06).
- Wyrok ETPC z 3 lutego 2009 roku w sprawie *Koprykowski przeciwko Polsce* (skarga nr 23052/05).
- Wyrok ETPC z 13 października 2009 roku w sprawie *Orchowski przeciwko Polsce* (skarga nr 23052/05).
- Wyrok ETPC z 26 lutego 2012 roku w sprawie *Kowrygo przeciwko Polsce* (skarga nr 6200/07).
- Wyrok ETPC z 24 lipca 2012 roku w sprawie *Wenerski przeciwko Polsce* (skarga nr 38719/09).
- Wyrok ETPC z 9 października 2012 roku w sprawie *Kulikowski przeciwko Polsce* (skarga nr 16831/07).
- Wyrok ETPC z 12 lutego 2013 roku w sprawie *D.G. przeciwko Polsce* (skarga nr 45705/07).
- Wyrok ETPC z 13 marca 2013 roku w sprawie *Zarzycki przeciwko Polsce* (skarga nr 15351/03).

Wyrok ETPC z 2 kwietnia 2013 roku w sprawie *Olszewski przeciwko Polsce* (skarga nr 21880/03).

Wyrok ETPC z 21 marca 2017 roku w sprawie *Bujak przeciwko Polsce* (skarga nr 686/12).

Wyrok ETPC z 26 kwietnia 2018 roku w sprawie *Sepczyński przeciwko Polsce* (skarga nr 78352/14).

Wyrok ETPC z 24 lutego 2022 roku w sprawie *Normantowicz przeciwko Polsce* (skarga nr 65196/16).

Wyrok ETPC z 26 października 2023 roku w sprawie *K.P. przeciwko Polsce* (skarga nr 52641/16).

Protecting prisoners' health in penitentiary units. The analysis of the latest European Court of Human Rights judgments concerning Poland

Abstract

In the Polish penitentiary system reality, the issue of inadequate access to health-care or improper medical care in prisons during imprisonment or pre-trial detention is the most often raised by prisoners. In particular, inmates point out excessive waiting times to see a specialist, wrong medication and treatment decisions, *inadequate conditions* of deprivation of liberty and preventive measures *to the state of health*, the lack of access to medical records, doctor's wrong approach to prisoners, the difficulties of granting temporary release from prison to get medical treatment, and the absence of procedures to provide such help and benefits. In some of such cases the prison authorities had failed to take any special measures and the settlements were unsatisfactory to the prisoners, as a result of which the cases were brought to the European Court of Human Rights. This publication will present selected ECHR's judgments concerning health-care related issues of Polish inmates and pretrial detainees that were made in the last ten years.

Key words: inmate, the penalty of deprivation of liberty, penitentiary unit, health-care benefit, right to health-care, medical care in prisons, complaint, violation, European Court of Human Rights, judgement