

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Piotr Stępiak

Ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności

Aspekty medyczno-prawne,
instytucjonalne i społeczne

Poznań 2018

Recenzent

prof. dr hab. Michał Musielak

Skład, łamanie i projekt okładki

Bartłomiej Wąsiel

Korekta

Joanna Szelałowska

Copyright © by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Poznań 2018

ISBN 978-83-7597-367-9

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 22,8. Ark. druk. 22,6.
Format B5. Zam. nr 76/19.
Oddano do druku w grudniu 2018.

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE

| | |
|---|---|
| Kilka uwag od autora i przemyśleń na wstępie. Problematyka i metoda opracowania | 5 |
|---|---|

ROZDZIAŁ 1

| | |
|--|----|
| Wybrane zagadnienia medyczne i społeczne | 16 |
| 1.1. Uwagi o pojęciu i koncepcjach zdrowia oraz zdrowia publicznego we współczesnych przestrzeniach społecznych. Odniesienie do kontekstu penitencyjnego | 16 |
| 1.2. Stan zdrowia w różnych grupach społecznych współczesnej Polski, jego uwarunkowania i czynniki zagrożenia | 35 |

ROZDZIAŁ 2

| | |
|--|----|
| Wybrane aspekty prawne | 51 |
| 2.1. Rodzaje i funkcje kary pozbawienia wolności. Retrybucja, cele wykonawcze a pomoc medyczna | 51 |
| 2.2. Uwagi o prawnych podstawach ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności | 64 |

ROZDZIAŁ 3

| | |
|--|-----|
| Uwagi o systemie penitencyjnym i zdrowiu w warunkach zakładu karnego | 79 |
| 3.1. Ogólna charakterystyka systemu penitencyjnego, więziennictwa, populacji penitencyjnej i jej problemów zdrowotnych | 79 |
| 3.2. Zdrowie więźniów a funkcje i model więzienia. Pomędzy resocjalizacją a pracą socjo-penitencyjną | 105 |
| 3.3. Kilka kwestii moralnych i etycznych związanych z ochroną zdrowia w więzieniu | 123 |

ROZDZIAŁ 4

| | |
|--|-----|
| Aspekty instytucjonalne i systemowe | 139 |
| 4.1. Totalność i opresyjność więzienia jako specyficznej instytucji społecznej. Swobody wewnętrzne a ochrona zdrowia | 139 |
| 4.2. Zakres i rodzaje pomocy medycznej a systemy wykonawcze | 158 |
| 4.3. Więzienna służba medyczna. Zasady działania i organizacja. Zakres i specyfika świadczeń zdrowotnych | 176 |

ROZDZIAŁ 5

Ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności w realiach polskich.

| | |
|---|-----|
| Z raportów powizytacyjnych, badań i doświadczeń penitencjarnych | 189 |
| 5.1. Opieka medyczna w zakładach karnych w świetle wybranych badań empirycznych | 189 |
| 5.2. Świadczenia zdrowotne w ocenach więźniów | 215 |
| 5.3. Ocena poziomu usług medycznych w oparciu o raporty urzędowe | 224 |

ZAMIAST PODSUMOWANIA. UWAGI I WNIOSKI KOŃCOWE

Co dalej z więzienną służbą zdrowia?Refleksje, wnioski i pytania

| | |
|--|-----|
| do dalszej dyskusji | 232 |
| 1. Uwagi i wnioski na koniec rozważań i analiz | 232 |
| 2. Kilka warunków i propozycji reformy systemu ochrony zdrowia w zakładach karnych | 249 |

LITERATURA

| | |
|---|-----|
| Wykaz cytowanych w pracy aktów prawnych | 267 |
| Źródła internetowe. | 268 |
| Statystyki powoływane w pracy | 270 |

WPROWADZENIE

Kilka uwag od autora i przemyśleń na wstępie. Problematyka i metoda opracowania

Zamysł napisania pracy poświęconej ochronie zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności był wynikiem dość długiego procesu obserwacji polskiej przestrzeni penitencjarnej i zachodzących w niej zmian. Wpłynęły one w zasadniczy sposób na sytuację osadzonych polskich zakładach karnych i aresztach śledczych, a także na obecny sposób pracy penitencjarnej z nimi. Co za tym idzie, przeobrażenia, jakie zaszły w polskim więziennictwie po roku 1989, wpłynęły także na stosunek jego władz do różnych praw skazanych. W takim kontekście powstało pytanie o miejsce prawa do ochrony zdrowia, a zwłaszcza sposób jego realizacji, w nowych warunkach społecznych, w kompleksie różnych zagadnień i problemów praktyki penitencjarnej.

Niniejsza monografia stanowi zatem próbę przeanalizowania wpływu instytucjonalno-organizacyjnych przemian w polskim więziennictwie, jakie dokonały się w efekcie reform lat dziewięćdziesiątych XX wieku, na ewolucję modelu oddziaływań na więźniów ze szczególnym naciskiem na problem stopnia, w jakim uwzględnia on problematykę ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Przyjmuję w niej za H. Machelem, że pod pojęciem modelu należy rozumieć całokształt oddziaływania administracji zakładu karnego na więźniów, którego celem jest utrzymywanie zdrowia, dyscypliny, zabezpieczenia przed demoralizacją, bezpieczeństwa oraz ich resocjalizacji¹. Chodzić mi więc będzie w szczególności o odpowiedź na pytanie, czy i na ile zmiany te wpłynęły na ogólną filozofię oraz ustawowe założenia postępowania ze skazanymi na karę pozbawienia wolności, przy założeniu, że jej najważniejszym elementem jest realizowany paradygmat pracy penitencjarnej, w nim także wzgląd na ochronę zdrowia skazanych.

Przypomnieć trzeba, że reformy polskiego więziennictwa były wynikiem przemian ogólnoustrojowych, w konsekwencji których ukształtował się nowy ustroj polityczno-gospodarczy, oparty na społeczeństwie demokratycznym i gospodarce rynkowej. Oczywiście jest, że dokonująca się transformacja ustrojowa musiała spowodować zmiany także w polityce społecznej, zdrowotnej, a w odniesieniu do szczególnie interesującego mnie obszaru polskiego więziennictwa, także w polityce penitencjarnej. Zmiany te były tym bardziej konieczne, że stan

¹ H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Gdańsk 2003, s. 2.

zastany w tych dziedzinach oceniany był na ogół negatywnie. Ogólnie można powiedzieć, że polskie prawo karne cechowała duża punitivność², przejawiająca się nie tylko w nadużywaniu bezwzględnej kary pozbawienia wolności, lecz także w surowych reżimach jej wykonywania. Jeszcze w roku 1973 J. Jasiński dokonując porównawczej analizy systemów karnych w różnych państwach, zwrócił uwagę na fakt, że polski system wyróżnia się pod tym względem w Europie i „ma cechę surowości zaznaczoną bardzo dobitnie”³. Skutkiem tego, przed rokiem 1989, populacja więźniów osiągała wysoki poziom, którego wyznacznikiem był bardzo wysoki współczynnik liczby osób pozbawionych wolności na 100 000 mieszkańców. Lokował on Polskę pod tym względem na czołowym miejscu w Europie, chociaż nie znajdowało to uzasadnienia w rozmiarach przestępczości stwierdzonej⁴.

Separacja tak dużej liczby więźniów od społeczeństwa przed rokiem 1989 nie sprzyjała więc prowadzeniu racjonalnych oddziaływań penitencjarnych, mających na celu nie tylko ich readaptację, lecz także respektowanie podstawowych praw, w tym także prawa do ochrony zdrowia. Przeciwnie, wyeksponowanie funkcji izolacyjnych w praktyce penitencjarnej, problem ochrony zdrowia całkowicie zmarginalizowało. Powodowało to duże, dość powszechne i trwałe napięcia psychospołeczne w polskim więziennictwie. Niezadowolenie z takiego stanu rzeczy wykazywali zarówno więźniowie, jak i sami funkcjonariusze. To na tych napięciach koncentrowało się zainteresowanie władz resortu i – chociaż w wyrażnie mniejszym stopniu – opinii publicznej. Trudno zatem dziwić się, że problematyka ochrony zdrowia w zakładach karnych pozostawała niezauważona. Jeśli próbowano ją podejmować, to na ogół w wybranych, bezpiecznych kontekstach, takich jak leczenie więźniów z choroby alkoholowej. Alkoholizm był bowiem dość powszechny i akceptowany w skali społecznej. Mówiąc inaczej, nie budził jakiś szczególnych emocji, nie był sensacją.

Po roku 1989 zaistniała więc pilna potrzeba odejścia od represyjno-izolacyjnego modelu pracy penitencjarnej i zastąpienia go modelem bardziej humanitarnym, a jednocześnie prospołecznym. Opisana zmiana modelowa musiała w oczywisty sposób wpłynąć na sposób prowadzenia oddziaływań penitencjarnych: w kierunku koncentrowania ich priorytetów na skazanym. Umożliwiło to znaczne złagodzenie polityki karnej, skutkujące upodmiotowieniem skazanych.

² Termin punitivność w literaturze naukowej jest na ogół utożsamiany z pojęciem rygoryzmu, surowości, represyjności. Por. M. Melezini: Punitivność wymiaru sprawiedliwości karnej w Polsce w XX wieku. Białystok 2003, s. 14.

³ J. Jasiński, Punitivność systemów karnych. Rozważania nad zakresem, formami i intensywnością penalizacji, *Studia Prawnicze*, nr 35/1973, s. 35.

⁴ W latach 1970–1987 oscylował on przeciętnie wokół 250–300 osób. Por. A. Siemaszko: Przystępczość i polityka karna w Polsce lat dziewięćdziesiątych: próba syntezy (w:) A. Siemaszko, B. Gruszczyńska, M. Marczewski: Atlas przestępczości w Polsce 2. Praca zbiorowa pod red. A. Siemaszki, Warszawa 1999.