



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Zasada równego dostępu do opieki zdrowotnej w przypadku osadzonych chorych na wirusowe zapalenie wątroby : zarys problematyki

Author: Magdalena Sobas

Citation style: Sobas Magdalena. (2018). Zasada równego dostępu do opieki zdrowotnej w przypadku osadzonych chorych na wirusowe zapalenie wątroby : zarys problematyki. "Roczniki Administracji i Prawa" (2018, z. 1, s. 201-218), DOI: 10.5604/01.3001.0012.5999



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Roczniki Administracji i Prawa nr XVIII(1), s. 201-218

Artykuł przeglądowy

Review article

Data wpływu/Received: 25.01.2018

Data recenzji/Accepted: 5.04.2018

Data publikacji/Published: 30.06.2018

Źródła finansowania publikacji: **środki własne Autora**

DOI: 10.5604/01.3001.0012.5999

Authors' Contribution:

(A) Study Design (projekt badania)

(B) **Data Collection (zbieranie danych)**

(C) Statistical Analysis (analiza statystyczna)

(D) **Data Interpretation (interpretacja danych)**

(E) Manuscript Preparation (redagowanie opracowania)

(F) **Literature Search (badania literaturowe)**

Magdalena Sobas*

ZASADA RÓWNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZYPADKU OSADZONYCH CHORYCH NA WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY – ZARYS PROBLEMATYKI¹

WSTĘP

Człowiek jako jednostka znajdująca się na maksymalnym stopniu rozwoju genetycznego i biologicznego już od samego momentu poczęcia aż do śmierci posiada pewien wyjątkowy katalog praw, którym przysługuje ochrona. Podstawą tych

* mgr; Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Katedra Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego.

¹ Podjęty temat stanowi analizę stanu faktycznego zgodnie z ogólnodostępnymi danymi, w najbliższym czasie zostanie uzupełniony o dane najnowsze w związku z wystąpieniem o udostępnienie danych w trybie ustawy z dnia 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej.

uprawnień jest zasada o charakterze moralnym², stanowiąca punkt wyjścia – na której oparty jest system prawa³ – a mianowicie przyrodzona i niezbywalna godność osoby ludzkiej, określana także jako powszechna i nienabywalna. Została ona unormowana w aktach prawa międzynarodowego, a także w ustawodawstwie krajowym. Jak podkreśla J. Zajadło, godność jest niejako wysunięta przed nawias katalogu praw i wolności⁴. Z kolei z godnością integralnie związane jest, określone w art. 38 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 kwietnia 1997 roku⁵, prawo do życia, a także skonsolidowane z prawem do życia prawo do ochrony zdrowia, które ustawodawca zagwarantował w art. 68 konstytucji. Zatem szacunek i ochrona w odniesieniu do życia ludzkiego stanowi punkt wyjścia dla kolejnych przysługujących człowiekowi praw⁶ i – co się z tym wiąże – jest również elementem niezbędnym do korzystania z pozostałych uprawnień⁷. Ponadto należy pamiętać, iż w zakresie prawa do życia niezbędne jest uwzględnienie aktywnego rozwoju nauk medycznych i biomedycznych⁸. Należy przy tym podkreślić, iż ustawa zasadnicza w art. 38 zawiera normę programową zorientowaną na podejmowanie działań, obejmujących swym zakresem również dokonywanie przez ustawodawcę wszelkich czynności legislacyjnych mających na celu ochronę życia⁹ i to bez względu na sytuację społeczną, majątkową, rodzinną czy nawet zdrowotną podmiotu¹⁰. Zatem przestrzegania m.in. wyżej wymienionych praw, zgodnie z obecnie aprobowanymi wolnościami mają prawo domagać się wszyscy ludzie i to zarówno od społeczeństwa, w którym żyją¹¹, jak i od aparatu państwa.

W związku z powyższym pojawia się pytanie, jak konstytucyjne prawa człowieka mają się do rzeczywistej ich realizacji, w szczególności w odniesieniu do osób pozbawionych wolności, chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C i dostępności do świadczeń medycznych zarówno w zakresie diagnostyki, jak i leczenia. Czy niejako miejsce i warunki, w których znajduje się pacjent, nie prowadzą do jego dyskryminacji, czy też zmniejszenia szans na wyzdrowienie, a nawet uratowanie życia.

² L. Antonowicz, *Ochrona godności człowieka w prawie międzynarodowym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia” 1990, Vol. XXXVII, 1, Sectio G, s. 1.

³ M. Granat, *Godność człowieka z art. 30 Konstytucji RP jako wartość i jako norma prawa*, „Państwo i Prawo” 2014, nr 8, s. 3.

⁴ J. Zajadło, *Godność i prawa człowieka (Ideowe i normatywne źródła przepisu art. 30 Konstytucji)*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 1998, tom III, s. 53.

⁵ Konstytucja RP z dnia 7 kwietnia 1997 roku (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483).

⁶ L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2000, s. 108.

⁷ S. Bułajewski, *Prawo do życia w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Studia Elckie” 2011, (13), s. 269.

⁸ M. Różański, *Prawo do życia w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego” 2015, 6, s. 257.

⁹ B. Banaszak, M. Jabłoński, *Teza 2 do art. 38*, [w:] J. Boć (red.), *Konstytucje Rzeczypospolitej Polskiej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, Wrocław 1998, s. 78.

¹⁰ P. Kuczma, *Prawna ochrona życia*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Wrocław 2014, s. 34.

¹¹ *Encyclopedia of Public International Law*, t. 8, Amsterdam – New York – Oxford 1985, s. 268.

ZASADA RÓWNEGO DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Pomiędzy wskazanymi prawami człowieka, w tym konstytucyjnym prawem do ochrony zdrowia, a prawami pacjenta uregulowanymi w ustawach zwykłych występuje ściśle powiązanie¹². Wskazuje się, że prawa pacjenta stanowią doprecyzowanie elementarnych praw człowieka, a także mają charakter następczy w stosunku do prawa do ochrony zdrowia¹³. Przepis konstytucyjny odnosi się do zdrowia, jednakże ustawodawca w aktach prawnych nie określił, jak należy rozumieć to pojęcie¹⁴. Zgodnie z holistyczną i pozytywną¹⁵ definicją zawartą w preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)¹⁶ zdrowie to stan zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności. Z kolei korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych. Definicja ta jednak została zmodyfikowana przez WHO podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 1978 roku, kiedy uznano, iż zdrowie to stan zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, który pozwala ludziom prowadzić socjalnie i ekonomicznie produktywne życie¹⁷.

ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Niezwykle istotną kwestią jest ochrona zdrowia rozumiana jako obowiązek wykonywania przez władze publiczne zadań mających na celu zapewnienie nie tylko opieki zdrowotnej, ale i propagowanie zdrowego trybu życia, w szczególności za pomocą działań podejmowanych w celu profilaktyki chorób i redukcji potencjalnych zagrożeń dla zdrowia¹⁸, również związanej z utrzymywaniem właściwego stanu zdrowia¹⁹. To na organach państwa ciąży obowiązek²⁰ właściwego uregulowania zagadnień, jak i rozwiązania

¹² S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności...*

¹³ A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4, s. 65; E. Bagińska, M. Śliwka, M. Świdorska, M. Wałachowska, [w:] M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 43 i nast.

¹⁴ M. Urbaniak, *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013, nr 3, s. 81.

¹⁵ J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, 40/1, 5-29, s. 18.

¹⁶ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 roku (Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477).

¹⁷ M. Urbaniak, *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013, nr 3, s. 81.

¹⁸ J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 95.

¹⁹ U. Frąckowiak, *Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej*, „Medyczna Wokanda” 2010, nr 2, s. 102.

²⁰ M. Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005, s. 74.

systemowych dotyczących ochrony zdrowia²¹. W związku z powyższym należałoby się zastanowić, czym jest opieka zdrowotna. Zgodnie z definicją zawartą w Encyklopedii PWN opieka zdrowotna to zorganizowane działanie określonego systemu świadczeń zdrowotnych opartych na instytucjach służby zdrowia, mające na celu zapewnienie zachowania dobrego stanu zdrowia lub jego przywrócenie w przypadku utraty, a gdy jest to niemożliwe – zmniejszenie skutków choroby i łagodzenie dolegliwości²².

Ustawodawca w konstytucji nie zawarł żadnych wskazówek dotyczących rozumienia tego pojęcia. Sugestii, co do jego interpretacji, można jednakże poszukiwać w ustawach zwykłych. Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej²³ podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy²⁴ z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego²⁵ lub udzielane są mu świadczenia, o których mowa w art. 57 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.s.o.z.; świadczenia specjalistyczne na podstawie skierowania), w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednakże ustawodawca w art. 68 § 2 konstytucji posłużył się pojęciem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W art. 5 pkt 34 u.s.o.z. zawarta została definicja prawna świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały określone jako świadczenia zdrowotne, świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące. Świadczenie zdrowotne zostało określone jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz jako inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania, świadczenie zdrowotne rzeczowe jako związane z procesem leczenia, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, z kolei świadczenie towarzyszące jako zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego.

²¹ J. Jończyk, *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010, z. 8, s. 3.

²² Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/opieka%20zdrowotna.html>, hasło: opieka zdrowotna [dostęp: 6.03.2018].

²³ Ustawa z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 2217).

²⁴ Pojęcie świadczeniobiorcy zostało określone w art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017, poz. 1938).

²⁵ Pojęcie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego zostało określone w 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2017, poz. 2195).

NIEDOPUSZCZALNOŚĆ DYSKRYMINACJI W ODNIESIENIU DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zgodnie z treścią art. 68 ust. 2 konstytucji nie mogą istnieć jakiegokolwiek cechy indywidualne człowieka przesądzające o dostępie bądź też odmowie dostępu do ochrony zdrowia²⁶. Norma ta skierowana jest do władzy publicznej, która ma obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych²⁷. Jak wskazuje Trybunał Konstytucyjny, zasadę tę należy rozumieć jako swoisty nakaz adresowany do władzy publicznej, zawierający obowiązek traktowania w sposób jednakowy wszystkich podmiotów, które przedstawiają daną cechę relewantną w takim samym stopniu, a zatem niedopuszczalne są jakiegokolwiek przejawy różnicowania czy dyskryminacji²⁸. Dodatkowo to właśnie władza publiczna jest podmiotem rozstrzygającym o metodzie, która zagwarantuje potrzebującym dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej²⁹.

Należy podkreślić, iż beneficjentem normy z art. 68 ust. 2 konstytucji są obywatele, a zatem nie tylko osoby ubezpieczone³⁰. Trybunał Konstytucyjny wskazał, iż w zakresie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze „programowym”, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 konstytucji prawa do ochrony zdrowia, a sformułowanie konstytucji jest kategoryczne i ma charakter gwarancyjny³¹. Jednakże przepis art. 68 ust. 2 konstytucji nie daje możliwości dochodzenia roszczeń czy też praw podmiotowych³².

Zasada ta ściśle związana jest z zasadą niedyskryminacji wyrażoną w art. 32 Konstytucji RP, która rozumiana jest jako nakaz równego traktowania będący jednocześnie fundamentalną zasadą systemu prawnego³³. Trybunał Konstytucyjny w ww. wyroku podkreślił,

²⁶ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, Warszawa 2000, s. 92; K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] T. Mróz (red.), *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Białystok 2011, s. 44.

²⁷ M. Gawrońska, *Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przeгляд Prawa Publicznego” 2014/2/7-17; 8 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 października 1989 r., sygn. akt K 6/89, OTK 1986-1995, t. 2, 1989, 7, OTK 1989 s. 100-111, poz. 26.

²⁸ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 1997, nr 140, poz. 941), Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 lutego 1999 r., sygn. akt SK 11/98 (Dz.U. 1999, nr 20, poz. 182), Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 grudnia 1994 r., sygn. akt K 3/94, OTK 1986-1995, t. 5, 1994, cz. 2, 42, poz. 47.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ M. Passon, *Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w ujęciu konstytucyjnym*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 2017/2, s. 151 (cyt.).

³¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku, sygn. akt K14/03, OTK-A 2004/1/1.

³² J. Trzciniński, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia na tle art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej*, [w:] L. Garlicki, A. Szymt (red.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003, s. 302-305.

³³ M. Ziółkowski, *Zasada równości w prawie*, „Państwo i Prawo” 2015/5/94-111.

iz proklamowana równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego³⁴.

Prawo człowieka do równego traktowania zostało zawarte również w niezwykle istotnym pod względem zasad moralnych dokumencie³⁵, a mianowicie Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 roku³⁶. W preambule Deklaracji podkreślono, iż uznanie wewnętrznej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków ludzkiej rodziny jest podstawą wolności, sprawiedliwości i pokoju w świecie. Natomiast w art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka uznano prawo każdego człowieka do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny. Jak wyjaśnia W. Galewicz, norma ta nie odnosi się wprost do prawa człowieka do zdrowia, jednakże na odpowiedni poziom życia człowieka składa się również tak podstawowe dobro, jakim jest zdrowie i – co się z tym wiąże – również konieczność dostępu do opieki lekarskiej „zapewniającej zdrowie” i ewentualnych świadczeń socjalnych³⁷.

OSADZONY JAKO PACJENT W KONTEKŚCIE DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W związku z powyższym należy wskazać, że zasady dotyczące dostępu do świadczeń medycznych stosuje się w takim samym zakresie do osób przebywających na wolności, jak i tych będących w warunkach izolacji penitencjarnej. Jednakże należy zwrócić uwagę na to, iż opieka zdrowotna osób pozbawionych wolności w zakresie jej struktury znajduje nieco inną podstawę prawną niż system opieki zdrowotnej w warunkach wolnościowych.

POJĘCIE PACJENTA

Na gruncie wskazanego problemu szczególnie istotną kwestią jest to, jak należy rozumieć pojęcie „pacjent”. Słowo to pochodzi z języka łacińskiego, a dokładnie od wyrażenia *patient*, które oznacza „cierpiącego”, „chorego”³⁸. Niektórzy autorzy wskazują również na powiązanie łacińskiego *patient* z angielskim słowem *patient* oznaczającym „osobę cierpliwą”, czy też „okazującego cierpliwość”. Jak wskazuje J. Bujny, powołując się na *Mały słownik języka polskiego*, w którym słowo „pacjent” rozumiane jest jako

³⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku, sygn. akt K14/03, OTK-A 2004/1/1.

³⁵ W. Galewicz, *Zdrowie jako prawo człowieka*, „Diametros” 2014, 42, s. 59.

³⁶ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ dnia 10 grudnia 1948 roku, G.A. Res. 217A (III), U.N. GAOR, 3d Sess., 1st plen. mtg., U.N. Doc. A/810 (Dec. 10, 1948).

³⁷ W. Galewicz, *Zdrowie jako...*, s. 60.

³⁸ J. Bujny, *Prawa pacjenta...*, s. 9, *Słownik wyrazów obcych* PWN, Warszawa 1999, s. 809.

„chory zwracający się po poradę do lekarza, znajdujący się pod jego opieką”³⁹ i *Słownik wyrazów obcych* wskazujący, iż pacjent to „chory zgłaszający się po poradę do lekarza, będący pod opieką lekarza”⁴⁰, podkreśla jednocześnie, iż w odwołaniu do słownikowego rozumienia tego słowa, „pacjent” i „osoba chora” mogą być stosowane zamiennie⁴¹.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) natomiast określa pacjenta jako każdą osobę korzystającą z usług medycznych, ze świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego, czy jest to osoba zdrowa czy chora, z kolei obowiązkiem leżącym po stronie lekarza jest jego zbadanie, a następnie wedle posiadanej wiedzy medycznej wskazanie diagnozy oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia⁴².

Jeżeli jednak skorzystalibyśmy ze znaczenia słownikowego, to słowo „pacjent” obejmuje swym zakresem zdecydowanie szerszy krąg podmiotów niż słowo „chory”, ze względu na to że na gruncie powyższych wskazań pacjentem może być również osoba niewykazująca jakichkolwiek objawów chorobowych (można w tym zakresie wskazać między innymi osoby oczekujące jedynie konsultacji czy porady lekarskiej, również w kwestiach profilaktycznych, czy osoby przygotowywane do zabiegów transplantacyjnych, występujące w roli dawców, które w chwili wykonywania operacji muszą być w pełni zdrowe⁴³, a także kobiety rodzące⁴⁴). Niezwykle trafnie „pacjenta” określił K. Wojtczak, wskazując, iż w pojęciu tym należy zaakcentować trzy elementy składające się na jego rozumienie⁴⁵. Po pierwsze, wyrażenie to skorelowane jest jedynie z jednostką ludzką, człowiekiem, osobą fizyczną⁴⁶. Po drugie, odnosi się ono do osoby fizycznej, której świadczenie zdrowotne jest udzielane przez uprawniony do tego podmiot bez względu na to, czy przysługuje jej prawo do jego otrzymania, czy też osoba ta dopiero oczekuje na otrzymanie takiego świadczenia⁴⁷. Po trzecie zaś, pojęcie pacjenta jako osoby dotyczy człowieka, który związany jest określoną relacją z osobą wykonującą zawód medyczny, będącą członkiem personelu medycznego określonej jednostki ze względu na to, iż udzielane jej są świadczenia zdrowotne bądź też ich udzielenia oczekuje⁴⁸.

³⁹ E. Sobol, *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1995, s. 591.

⁴⁰ Ibidem, s. 809.

⁴¹ J. Bujny, *Prawa pacjenta...*, s. 9.

⁴² E. Syweński, D. Suchańska, D. Dobrowolska, R. Góralewicz-Lenartowicz, L. Baran, M. Berghausen-Mazur, *Płód jako pacjent – rys historyczny*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2008, tom 1, zeszyt 4, s. 314-318, http://www.ptmp.com.pl/png/png1z4_2008/pngz14-12.pdf [dostęp: 1.02.2018].

⁴³ D. Ponczek, *Prawa pacjenta w Polsce*, Łódź 1999, s. 7.

⁴⁴ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 12-13. K. Wojtczak wskazuje, iż rozumienie pojęcia „pacjent” należy rozważyć w związku z pojęciem „zdrowie”, czyli określonego stanu człowieka, który wskazuje na całkowitą pomyślność zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym i społecznym, jednocześnie podkreślając, iż nie jest to jedynie kwestia braku choroby czy też ułomności – K. Wojtczak, *Rozważania nad pojęciem pacjenta*, [w:] J. Filipek (red.), *Jednostka w demokratycznym państwie prawa*, Bielsko-Biała 2003, s. 744-750.

⁴⁵ K. Wojtczak, *Rozważania...*, s. 750.

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ Ibidem.

Definicja prawna pojęcia „pacjent” została wprowadzona na mocy ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁹, gdzie w przepisie art. 3 pkt 4 ustawodawca zdefiniował pacjenta jako osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

Czy jednak osoba pozbawiona wolności, znajdująca się w warunkach izolacji penitencjarnej, będzie traktowana jako pacjent? Osadzony często traktowany jest w pierwszej kolejności jako osoba, która dokonała czynu zabronionego, będącego źródłem jej obecnej sytuacji życiowej i życia w izolacji od świata zewnętrznego, a dopiero w dalszej kolejności (po przejściu etapu ocennego), traktowana jest jako pacjent – co oczywiście nie jest zasadą – aczkolwiek stan ten nie znajduje potwierdzenia w obowiązujących przepisach prawa.

Art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej⁵⁰ zawiera pojęcie „świadczenia zdrowotnego”, które należy rozumieć jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Zatem *ad verbum* nie są to jedynie działania podejmowane w stosunku do osób chorych. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej⁵¹ zawierała katalog otwarty przykładowych świadczeń zdrowotnych, w skład którego wchodziło między innymi badanie i porada lekarska, leczenie, opieka nad zdrowym dzieckiem, badania diagnostyczne (w tym analityka medyczna) czy nawet szczepienia ochronne (akt ten został jednak usunięty z polskiego systemu prawnego w styczniu 2011 roku).

OPIEKA ZDROWOTNA KIEROWANA DO OSÓB OSADZONYCH

Opieka zdrowotna kierowana w stosunku do osób osadzonych została zagwarantowana na mocy przepisu art. 102 pkt 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (dalej: k.k.w.)⁵², który zapewnia prawo skazanego do świadczeń zdrowotnych. Kodeks ponadto wprowadza swego rodzaju ograniczenia odnoszące się do podmiotów udzielających świadczeń, a mianowicie są to podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (art. 115 § 4 i 5 k.k.w.)⁵³ – zatem co do zasady osobom przebywającym w miejscach izolacji penitencjarnej należy zagwarantować dostęp do służby zdrowia

⁴⁹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2016.1070).

⁵⁰ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2016.2260).

⁵¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2011, nr 45, poz. 235).

⁵² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 2016.1948).

⁵³ Świadczenia zdrowotne udzielane są osadzonym w zakładach wchodzących w skład struktury organizacyjnej jednostek penitencjarnych (ambulatoria, izby chorych, szpitale więzienne, pracownie diagnostyczne, gabinety stomatologiczne, gabinety rehabilitacji i fizykoterapii); D. Rogala, A. Banach, D. Jachimowicz-Gawel, Ż. Skinder, *System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce*, „Hygeia Public Health” 2013, 48 (4), 441-448, s. 442, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013/hyg-2013-4-441.pdf> [dostęp: 6.02.2018].

w placówkach penitencjarnych. Dopiero w sytuacji, gdy natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych jest niezbędne ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego, gdy konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenie lub rehabilitacja skazanego lub niezbędne jest zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego, podmioty te współpracują z innymi podmiotami leczniczymi (art. 115 § 5 k.k.w.).

Ponadto zgodnie z postanowieniem Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27 grudnia 2007 roku leczenie skazanych należy do zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób pozbawionych wolności⁵⁴. Dopiero gdy nie mogą one udzielić osadzonym leczenia, w tym z braku specjalistycznego sprzętu medycznego, leczenie może być prowadzone w pozawięziennym zakładzie opieki zdrowotnej⁵⁵. Odmienne postępowanie, czyli udostępnianie skazanym swobodnego leczenia w warunkach wolnościowych, w praktyce uniemożliwiłoby wykonywanie kary pozbawienia wolności⁵⁶. Zgodnie natomiast z postanowieniem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 lipca 2002 roku zadaniem więziennej służby zdrowia nie jest spełnianie dowolnych, często wygórowanych oczekiwań osób pozbawionych wolności, a jedynie utrzymanie ich w niepogorszym zdrowiu⁵⁷. Nie jest obowiązkiem więziennej służby zdrowia spełnienie wszelkich oczekiwań pozbawionych wolności, przystępujących w zakładzie karnym do leczenia schorzeń dawniej lekceważonych, stanowiących żądania stosowania najbardziej nowoczesnych technik oraz drogich specyfików⁵⁸. Obowiązkiem tej służby jest jedynie zachowanie pozbawionych wolności przy życiu i niepogorszym zdrowiu. Z kolei Sąd Apelacyjny w Krakowie w postanowieniu z dnia 6 lutego 2003 roku stwierdził, iż skoro skazany ma zapewnioną wystarczającą pomoc medyczną w warunkach odbywania kary, to domaganie się udzielenia jej w warunkach tzw. wolnościowych jest nieuzasadnione⁵⁹. Eskalacja jego żądań mogłaby iść dalej, aż po domaganie się leczenia za granicą, a roszczeniowa postawa skazanego nie może być aprobowana⁶⁰.

Natomiast zgodnie z przepisem art. 115 § 1 i 3 k.k.w. skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne. Należy również podkreślić, iż na gruncie art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych skazani nie są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego⁶¹.

⁵⁴ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27 grudnia 2007 roku, II Akzw 1080/07, KZS 2008, nr 1, poz. 71.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 lipca 2002 roku, II Akz 659/02, KZS 2002, nr 11, poz. 47.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 6 lutego 2003 roku, II Akz 1/03, KZS 2003, nr 2, poz. 34.

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Jednocześnie należy podkreślić, iż opieka medyczna kierowana do osób pozbawionych wolności jest bezpłatna, a źródłem jej finansowania jest budżet państwa; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016, 960).

Osadzony ma także prawo do wyboru leczenia przez wybranego przez niego lekarza oraz korzystania z dodatkowych leków i wyrobów medycznych, jednakże jedynie w szczególnie uzasadnionych przypadkach i tylko za zgodą dyrektora zakładu karnego po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego (art. 115 § 6 k.k.w.). Z kolei personel medyczny służby zdrowia funkcjonującej w jednostkach penitencjarnych zobowiązany jest do zagwarantowania osadzonym, którzy znajdują się w warunkach ambulatoryjnych, całodobowej opieki medycznej. Podkreślenia wymaga również fakt, iż w szpitalach wchodzących w skład struktury organizacyjnej jednostek penitencjarnych wyłączona jest możliwość dokonania zabiegów specjalistycznych, chociażby ze względu na ograniczone możliwości techniczne związane z brakiem odpowiedniego sprzętu medycznego (dotyczy to przede wszystkim zabiegów z zakresu kardiologii, okulistyki, neurochirurgii czy transplantologii). Z kolei szczegółowe zasady udzielania osadzonym świadczeń zdrowotnych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 29 czerwca 2012 roku w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności⁶².

Zatem w każdym przypadku całkowicie i bezsprzecznie należy wskazać, iż bez względu na jakiegokolwiek wyznawane wartości moralne i etyczne, czy też kwestie ocenne funkcjonujące w społeczeństwie w odniesieniu do osób, które weszły na drogę konfliktu z prawem i – co się z tym wiąże – znalazły się w miejscu pozbawienia wolności, a ponadto znajdują się w stanie wymagającym udzielenia świadczeń zdrowotnych spełniają one przesłanki uznania ich za pacjentów, chociażby ze względu na elementarne zasady humanitaryzmu.

DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ OSÓB POZBAWIONYCH WOLNOŚCI, CHORYCH NA WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

Jednostki penitencjarne jak np. zakłady karne czy areszty śledcze są instytucjami charakteryzującymi się m.in. odizolowaniem podmiotu od świata zewnętrznego, przymusem, kategoryzacją, a czasami nawet depersonalizacją czy deprivacją podstawowych potrzeb⁶³. Niecodzienne warunki, w jakich znajduje się jednostka, mogą prowadzić do odczuwania przez pozbawionego wolności wzmoczonego lęku, strachu, poczucia opuszczenia, aż w końcu do depresji i myśli samobójczych⁶⁴. Oczywiście podkreślenia wymaga fakt, że chociaż zapewnienie przez jednostki penitencjarne dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej osadzonym jest drugorzędne w obliczu podstawowego zadania, jakie dana jednostka ma spełniać, a więc odizo-

⁶² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 29 czerwca 2012 roku w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2017, poz. 2131).

⁶³ E. Goffman, *Charakterystyka instytucji totalnych*, [w:] W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki (red.), *Elementy teorii socjologicznych*, Warszawa 1975, s. 151-156.

⁶⁴ P. Perska, P. Stępniaik, *Zdrowie a funkcjonowanie skazanego w zakładzie karnym*, „Pielęgniarstwo” 2014, nr 1(51), s. 54.

lować określony podmiot od społeczeństwa, nie może być ono w żaden sposób pomijane⁶⁵.

W sytuacji szczególnej znajdują się osoby pozbawione wolności cierpiące na choroby przewlekłe i podlegające długoterminowemu leczeniu, jak np.: chorzy na wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW typu C), u których uczucia związane z izolacją mogą ulec nasileniu w związku z zachorowaniem. Jednym z największych problemów epidemiologicznych w Polsce są zakażenia wirusami hepatopowymi (HBV i HCV), związanymi z rozwojem nauk medycznych, a co za tym idzie powszechnemu stosowaniu inwazyjnych metod leczenia zwiększających ryzyko zakażenia w przypadku nieprzestrzegania zasad higieny⁶⁶.

Dostęp osób pozbawionych wolności, chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C, mimo istnienia w polskim systemie prawnym wielu wyżej wskazanych regulacji odnoszących się i gwarantujących niejako dostęp do świadczeń zdrowotnych jest utrudniony, w szczególności w zakresie diagnostyki i leczenia⁶⁷. Jak wynika z danych udostępnionych przez Rzecznika Praw Obywatelskich jeszcze w 2016 roku, czas oczekiwania osoby osadzonej na wizytę w poradni chorób zakaźnych wynosił około sześciu miesięcy, a na specjalistyczną, dogłębną diagnostykę, która dokonywana jest względem osadzonych w Zakładzie Karnym w Potulicach, ponad rok⁶⁸. Samo zaś zastosowanie leczenia następowało po około trzech latach, gdy stan zdrowia chorego uległ znacznemu pogorszeniu⁶⁹. W 2016 roku dwoje więźniów oczekiwało na samą tylko diagnostykę od ponad czterech lat⁷⁰.

Należy podkreślić, iż zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 roku w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności „więzienne” podmioty lecznicze udzielają osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych związanych m.in. z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem diagnostycznym, w tym analityką medyczną, badaniem i terapią psychologiczną czy pielęgnacją chorych, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób przez działania profilaktyczne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne.

Przyczynami zaistniałej sytuacji było kilka okoliczności. Po pierwsze diagnostyka i leczenie osadzonych chorych na WZW typu C odbywa się w Oddziale Chorób Za-

⁶⁵ A. Dańda, J. Buks, *Opieka medyczna w jednostkach penitencjarnych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2013, 4 (37), s. 232.

⁶⁶ M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski, *Zdrowie w więzieniu – badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych. Raport końcowy i analiza wyników*, Warszawa 2007, s. 15, <https://aids.gov.pl/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=2958> [dostęp: 7.03.2018].

⁶⁷ Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 19 lutego 2016 roku, sygn. IX.517.283.2015.JN, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Do_DGSW_ws_osadzonych_chorych_na_WZW_typu_C_0.pdf [dostęp: 6.03.2018].

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ Ibidem.

każnych Zakładu Karnego w Potulicach, który jest jedynym miejscem, gdzie osadzeni mogą być leczeni w związku z WZW typu C, i – co się z tym wiąże – liczba miejsc przeznaczonych dla pacjentów jest ograniczona. Po drugie, brak wiedzy, skutecznych akcji informacyjnych i uświadamiających wśród więźniów, a także ograniczona profilaktyka zakażeń wpływa na rozprzestrzenianie się chorób. Po trzecie, jak wskazuje Rzecznik Praw Obywatelskich⁷¹, jeszcze w 2015 roku terapia stosowana względem osadzonych prowadzona była wyłącznie poprzez zastosowanie interferonu⁷² (terapia ta możliwa jest do zastąpienia refundowaną terapią bezinterferonową⁷³).

Kwalifikowanymi w pierwszej kolejności do leczenia byli chorzy z zaawansowanym stadiem chorobowym w wątrobie, pozawątrobowymi objawami zakażenia wirusem HCV (czynnikiem patogennym WZW typu C jest wirus HCV), współzakażeni HBV lub HIV oraz chorzy, którzy poddawani byli dializom i oczekiwali na przeszczepienie nerki⁷⁴. Terapia, w której zastosowanie znajduje interferon, niesie ze sobą również ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych. Badania wskazują, że u 90% chorych leczonych w ten sposób występuje minimum jeden objaw niepożądany, a w zakresie symptomów występujących w pierwszej fazie leczenia wskazuje się na objawy grypopodobne⁷⁵. Jednakże na dalszym etapie leczenia mogą wystąpić m.in. objawy neuropsychiatryczne w postaci depresji, nerwowości, zaburzeń pamięci czy objawów neurowegetatywnych⁷⁶, a nawet manie, zaburzenia lękowe, psychozy o obrazie paranoidalnym czy zaburzenia świadomości⁷⁷.

Zaburzenia psychotyczne z kolei występują zazwyczaj u osób, u których występowały już w przeszłości⁷⁸. W związku z powyższym osoby pozbawione wolności

⁷¹ Ibidem.

⁷² Ibidem. Interferon alfa znajduje zastosowanie w leczeniu wirusowego, przewlekłego zapalenia wątroby typu C. W Polsce głównie stosowana jest terapia interferonem pegylowanym i rybawiryną, jednakże istnieją przypadki, w których w wybranych sytuacjach klinicznych możliwe jest zastosowanie innych preparatów interferonu (*Stanowisko Zarządów Głównych Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego dotyczące leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C u dorosłych, Zakopane 03.04.2004 r.*, „Medical Science Monitor” 2004;10 (supl 4):1.).

⁷³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2015 roku w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. 2015.17) wraz z załącznikiem B.71. dotyczącym Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B 18.2).

⁷⁴ W. Halota, M. Pawłowska, M. Andrejczyn, *Interferony alfa w leczeniu przewlekłych zakażeń HCV*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2004; 58, s. 405.

⁷⁵ Ł. Obołończyk, M. Siekierska-Hellmann, K. Sworczak, *Powikłania leczenia interferonem alfa wirusowego zapalenia wątroby typu C ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń funkcji tarczycy*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej” 2008; 62, s. 312.

⁷⁶ Ibidem.

⁷⁷ E.M. McDonald, A.H. Mann, H.C. Thomas, *Interferons as mediators of psychiatric morbidity. An investigation in a trial of recombinant alpha-interferon in hepatitis-B carriers*, „Lancet” 1987; 2 (8569): 11758; O. Merimsky, S. Chaitchik, Neurotoxicity of interferon-alpha, „Anticancer Drugs” 1992; 3 (6): 56770.

⁷⁸ W. Drózdź, A. Borkowska, M. Wilkość, M. Tomaszewska, W. Halota, M. Pawłowska, D. Dybowska, J. Rybakowski, *Przewlekłe zaburzenia psychotyczne i ośpienie u chorego z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C w następstwie leczenia pegylowanym interferonem- α i rybawiryną. Opis przypadku*, „Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii” 2006, 2, s. 88.

z niektórymi zaburzeniami natury psychicznej nie kwalifikują się do leczenia interferonem ze względu na prawdopodobieństwo pogłębienia objawów chorobowych⁷⁹.

Obecnie, jak wynika z informacji przedstawionych przez Helsińską Fundację Praw Człowieka (dalej: HFPC) w Raporcie dotyczącym praw osób pozbawionych wolności, osadzeni najczęściej w skargach podnoszą zarzuty dotyczące opieki zdrowotnej w jednostkach penitencjarnych⁸⁰.

Więzienna medyczna opieka specjalistyczna nie zapewnia dostępu do koniecznych świadczeń zdrowotnych osadzonym⁸¹. Dodatkowo HFPC podkreśla, iż problemem jest również możliwość dostępu do odpowiednich świadczeń zdrowotnych poza jednostką penitencjarną, co zostało przewidziane zarówno na gruncie art. 115 § 5 Kodeksu karnego wykonawczego, zgodnie z którym pozawięzienne podmioty lecznicze współdziałają z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest w szczególności natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego, przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego, czy też zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego.

Również w § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności ustawodawca zapewnił możliwość korzystania przez osobę pozbawioną wolności z pomocy podmiotów leczniczych poza jednostką penitencjarną w uzasadnionych przypadkach, gdy świadczenia zdrowotne nie mogą być udzielone osobie pozbawionej wolności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.

Jednakże jak wskazuje Centralny Zarząd Służby Więziennej⁸² w roku 2018, szpital z Oddziałem Leczenia Chorób Zakaźnych WZW w podmiocie leczniczym Za-

⁷⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 29 listopada 2012 roku, sygn. akt I Aca 581/12, LEX nr 1246859.

⁸⁰ Helsińska Fundacja Praw Człowieka, *Raport – prawa osób pozbawionych wolności*, Warszawa 2017, s. 18.

⁸¹ Ibidem.

⁸² W trakcie przygotowywania niniejszej publikacji zwrócono się do Centralnego Zarządu Służby Więziennej z wnioskiem o dostęp do informacji publicznej w trybie ustawy z dnia 6 września 2011 roku o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2016, poz. 1764). Wniosek zawierał prośbę o informacje dotyczące aktualnego stanu dostępu do świadczeń zdrowotnych osadzonych chorych na WZW typu C w polskich aresztach i zakładach karnych (także stanu w latach 2015–2018). Zadane pytania dotyczyły: ilości osób chorych na WZW typu C przebywających w polskich jednostkach penitencjarnych; ilości osób, które zachorowały na WZW typu C podczas przebywania w jednostkach penitencjarnych; jakimi lekami osoby te były lub są leczone; ile osób zostało poddanych diagnostyce i w jakich ośrodkach (czy były to więzienne podmioty lecznicze czy pozawięzienne, a jeżeli więzienne, to czy był to ZK w Potulicach, czy jakiś inny podmiot leczniczy, a także czy któryś z osadzonych chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C został poddany leczeniu poza jednostką penitencjarną, a jeśli tak, to jaki był sposób finansowania tegoż leczenia (czy odbywało się to na podstawie współpracy pomiędzy jednostkami określoną w k.k.w., czy były to środki własne osadzonego). Jednocześnie należy podkreślić, iż CZSW wskazał, że część danych objętych zapytaniem nie jest przetwarzana przez CZSW – pismo Centralnego Zarządu Służby Więziennej z dnia 16 marca 2018 r., BDG.0143.28.2018.BA.

kładu Karnego w Potulicach, znajdujący się na terenie Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Bydgoszczy, nadal jest jedynym ośrodkiem, gdzie osoby osadzone, chore na WZW typu C są diagnozowane i leczone. Oddział ten zawiera jedynie 21 miejsc przeznaczonych dla pacjentów. W 2017 roku wszyscy chorzy, którzy zostali poddani terapii w Zakładzie Karnym w Potulicach, leczeni byli już nie interferonem, ale preparatami bezinterferonowymi⁸³. O sposobie zastosowanego leczenia decydował lekarz więzienny, opierając się na wynikach badań danego pacjenta⁸⁴. Jednakże dane statystyczne wskazujące na proporcję ilości osadzonych chorych na WZW typu C w stosunku do ilości osadzonych poddanych hospitalizacji w Oddziale Chorób Zakaźnych WZW w Zakładzie Karnym w Potulicach nie są zadowalające. W latach 2015–2017 w polskich jednostkach penitencjarnych przebywało 1393 osadzonych chorych na WZW typu C (z czego 558 osób to przypadki nowo wykryte). Z kolei jedynie 307 osób w latach 2015–2017 zostało poddanych hospitalizacji w Zakładzie Karnym w Potulicach. Podkreślenia wymaga fakt, iż w grupie 307 osób znajdowali się także chorzy, u których wykryto WZW typu B⁸⁵, co mimo wszystko stanowi jedynie 22% osadzonych cierpiących na WZW.

PODSUMOWANIE

Jednostki penitencjarne jako miejsca o wyjątkowych cechach niewątpliwie mogą być przyczyną swego rodzaju reperkusji związanych z pobytem człowieka w tym także specyficznym środowisku. W wielu zakładach karnych czy aresztach śledczych występują wśród osadzonych problemy takie jak np.: zachowania autoagresywne, próby samobójcze, zmiany w sferze psychicznej więźnia czy różnego rodzaju choroby, w tym choroby zakaźne, takie jak m.in.: HIV czy wirusowe zapalenie wątroby. Naturalną konsekwencją tego typu trudności jest konieczność zapewnienia osadzonym szczególnej opieki medycznej. Jak wynika z powyższej analizy prawnej, ustawodawca zagwarantował osobom znajdującym się w warunkach izolacji penitencjarnej możliwość dostępu do świadczeń zdrowotnych przy jednoczesnym wprowadzeniu pewnego rodzaju modyfikacji w odniesieniu do dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w warunkach wolnościowych.

⁸³ Osadzeni leczeni są m.in.: desabuwirem, ombitaswirem, parytaprewirem, rytonawirem, rybawiryną, deklataswirem, asunaprewirem, sofosbuwirem czy ledipaswirem.

⁸⁴ Wykonywane były badania przez specjalistów: neurologa i psychiatrę, a także badania laboratoryjne: HCV RNA ilościowo, genotyp HCV, TSH, przeciwciała TPO i TG, immunoglobuliny A, M, G, autoprzeciwciała ANA, AMA, LKM, SMA, AFP, przeciwciała HIV1/HIV2, anty Hbc Total, HbsAg, grupa krwi, bilirubina całkowita, ALAT, AspAT, fosfataza alkaliczna, GGTP, alfa amylaza we krwi i moczu, cholesterol całkowity, mocznik, kreatynina, sód, potas, żelazo, CPK, glikemia, INR, wskaźnik protrombinowy, morfologia z rozmazem, OB i proteinogram, badania ogólne moczu.

⁸⁵ CZSW w piśmie BDG.0143.28.2018.BA podał jedynie łączną liczbę osób osadzonych hospitalizowanych w Zakładzie Karnym w Potulicach, bez wskazania ile z tych osób to chorzy na WZW typu B, a ile to chorzy na WZW typu C.

W związku z przedstawionym stanem zarówno prawnym, jak i faktycznym związanym z realnym dostępem osób osadzonych do świadczeń medycznych związanych z diagnostyką i leczeniem wirusowego zapalenia wątroby typu C, należy zadać pytanie, czy konstytucyjna zasada określona w art. 68 ustawy zasadniczej znajduje realne zastosowanie wobec więźniów. Oczywiście niniejszy tekst w tym zakresie wymagałby uzupełnienia o dane dotyczące dostępu do tego typu świadczeń w warunkach wolnościowych⁸⁶, aczkolwiek z danych przedstawianych przez Rzecznika praw Obywatelskich czy Helsińską Fundację Praw Człowieka wynika, iż problem dostępu do świadczeń zdrowotnych w grupie osób osadzonych stanowi istotny problem. Wydaje się, że rozwiązaniem tej sytuacji mogłyby być przede wszystkim jeszcze intensywniejsze działania podejmowane przez Służbę Więzienną w zakresie uświadamiania, edukacji i profilaktyki zakażeń w jednostkach penitencjarnych powiązane z częstszymi szkoleniami funkcjonariuszy w tym zakresie i ewentualnym doskonaleniem zawodowym lekarzy i personelu niemedycznego zatrudnionego w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej. Niezwykle istotną kwestią jest to, aby w każdym przypadku zarówno lekarz, jak i pozostali personel medyczny kierowali się przede wszystkim zasadą humanitaryzmu, przy jednoczesnym wykazaniu odpowiedniego poziomu empatii i zrozumienia dla pacjenta bez względu na jego położenie czy też czyny, jakich dokonał w przeszłości.

Bibliografia

Literatura:

- Antonowicz L., *Ochrona godności człowieka w prawie międzynarodowym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia” 1990, Vol. XXXVII, 1, Sectio G.
- Bagińska E., Śliwka M., Świdorska M., Wałachowska M., [w:] M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2009.
- Banaszak B., Jabłoński M., *Teza 2 do art. 38* [w:] J. Boć (red.), *Konstytucje Rzeczypospolitej Polskiej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, Wrocław 1998;
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Buławajewski S., *Prawo do życia w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Studia Elckie” 2011, 13.
- Dańda A., Buks J., *Opieka medyczna w jednostkach penitencjarnych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2013, 4 (37).
- Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005.
- Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, 40/1:5-29.
- Drózdź W., Borkowska A., Wilkość M., Tomaszewska M., Halota W., Pawłowska M., Dybowska D., Rybakowski J., *Przewlekłe zaburzenia psychiatryczne i otępienie u chorego z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C w następstwie leczenia pegylowanym interferonem- α i rybawiryną. Opis przypadku*, „Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii” 2006, 2.
- Encyclopedia of Public International Law*, t. 8, Amsterdam – New York – Oxford 1985.
- Encyklopedia PWN*, <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/opieka%20zdrowotna.html>, hasło: opieka zdrowotna.

⁸⁶ Planowane jest uzupełnienie niniejszej tematyki w najbliższej publikacji.

- Frąckowiak U., *Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej*, „Medyczna Wokanda” 2010, nr 2.
- Galewicz W., *Zdrowie jako prawo człowieka*, „Diametros” 2014, 42 (2014).
- Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2000.
- Gawrońska M., *Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przeegląd Prawa Publicznego” 2014/2.
- Goffman E., *Charakterystyka instytucji totalnych*, [w:] W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki (red.), *Elementy teorii socjologicznych*, Warszawa 1975.
- Granat M., *Godność człowieka z art. 30 Konstytucji RP jako wartość i jako norma prawa*, „Państwo i Prawo” 2014, nr 8.
- Halota W., Pawłowska M., Andrejczyn M., *Interferony alfa w leczeniu przewlekłych zakażeń HCV*, „Przeegląd Epidemiologiczny” 2004, nr 58.
- Helsińska Fundacja Praw Człowieka, *Raport – prawa osób pozbawionych wolności*, Warszawa 2017.
- Jarosz-Żukowska S., *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, 2014 (e-Monografie ; nr 45), http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/53682/36_Sylwia_Jarosz_Zukowska.pdf
- Jończyk J., *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010, z. 8.
- Ksel M., Strzelecka H., Rudalski W., *Zdrowie w więzieniu – badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych. Raport końcowy i analiza wyników*, Warszawa 2007, <https://aids.gov.pl/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=2958>.
- Kuczma P., *Prawna ochrona życia*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Wrocław 2014.
- McDonald E.M., Mann A.H., Thomas H.C., *Interferons as mediators of psychiatric morbidity. An investigation in a trial of recombinant alpha-interferon in hepatitis-B carriers*, „Lancet” 1987, 2 (8569): 11758.
- Merimsky O., Chaitchik S., *Neurotoxicity of interferon-alpha*, „Anticancer Drugs” 1992; 3 (6): 56770.
- Obołończyk Ł., Siekierska-Hellmann M., Sworczak K., *Powikłania leczenia interferonem alfa wirusowego zapalenia wątroby typu C ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń funkcji tarczycy*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej” 2008; 62.
- Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4.
- Passon M., *Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w ujęciu konstytucyjnym*, Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ, 2017/2.
- Perska P., Stępiak P., *Zdrowie a funkcjonowanie skazanego w zakładzie karnym*, „Pielęgniarstwo” 2014, nr 1(51).
- Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 19 lutego 2016 roku, sygn. IX.517.283.2015.JN, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Do_DGSW_ws_osadzonych_chorych_na_WZW_typu_C_0.pdf.
- Pismo Centralnego Zarządu Służby Więziennej z dnia 16 marca 2018 r., BDG.0143.28.2018.BA (informacje uzyskane przez autora w trybie ustawy z dnia 6 września 2011 roku o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2016, poz. 1764).
- Ponczek D., *Prawa pacjenta w Polsce*, Łódź 1999.
- Prokop K., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] T. Mróz (red.), *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Białystok 2011.
- Rogała D., Banach A., Jachimowicz-Gawel D., Skinder Ż., *System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce*, „Hygeia Public Health” 2013, 48 (4): 441-448, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013/hyg-2013-4-441.pdf>.

- Różański M., *Prawo do życia w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego” 6, UWM w Olsztynie, 2015.
- Słownik wyrazów obcych* PWN, Warszawa 1999.
- Sobol E., *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1995.
- Sobol E., *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1995.
- Stanowisko Zarządów Głównych Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego dotyczące leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C u dorosłych. Zakopane 3.04.2004 r., „Medicine Scientic Monit” 2004;10 (supl 4):1.
- Syweński E., Suchańska D., Dobrowolska D., Góralewicz-Lenartowicz R., Baran L., Berghausen-Mazur M., *Plód jako pacjent – rys historyczny*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2008, tom 1, zeszyt 4, 314–318, http://www.ptmp.com.pl/png/png1z4_2008/pngz14-12.pdf;
- Trzciniński J., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia na tle art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej*, [w:] L. Garlicki, A. Szmyt (red.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003.
- Urbaniak M., *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013/3.
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, Warszawa 2000.
- Wojtczak K., *Rozważania nad pojęciem pacjenta*, [w:] J. Filipek (red.), *Jednostka w demokratycznym państwie prawa*, Bielsko-Biała 2003.
- Zajadło J., *Godność i prawa człowieka (Ideowe i normatywne źródła przepisu art. 30 Konstytucji)*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 1998, tom III.
- Ziółkowski M., *Zasada równości w prawie*, „Państwo i Prawo” 2015, nr 5.

Akty prawne:

- Konstytucja RP z dnia 7 kwietnia 1997 roku (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483).
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rząd reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczące Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 roku (Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477).
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2015 roku w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. 2015.17) wraz z załącznikiem B.71. dotyczącym Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B 18.2).
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ dnia 10 grudnia 1948 roku, G.A. Res. 217A (III), U.N. GAOR, 3d Sess., 1st plen. mtg., U.N. Doc. A/810 (Dec. 10, 1948).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 29 czerwca 2012 roku w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2017, poz. 2131).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2016.2260);
- Ustawa z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 2217);
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017.1938).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2011, nr 45, poz. 235).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 2016.1948).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2016.1070);
- Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2017, poz. 2195).

Orzeczenia:

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 grudnia 1994 r., sygn. akt K 3/94, OTK 1986-1995, t. 5, 1994, cz. 2, 42, poz. 47.

Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 lipca 2002 roku, II Akz 659/02, KZS 2002, nr 11, poz. 47.

Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27 grudnia 2007 roku, II Akzw 1080/07, KZS 2008, nr 1, poz. 71.

Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 6 lutego 2003 roku, II Akz 1/03, KZS 2003, nr 2, poz. 34.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 29 listopada 2012 roku, sygn. akt I Aca 581/12, LEX nr 1246859.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 lutego 1999 r., sygn. akt SK 11/98 (Dz.U. 1999, nr 20, poz. 182).

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 października 1989 r., sygn. akt K 6/89, OTK 1986-1995, t. 2, 1989, 7, OTK 1989, s. 100-111, poz. 26.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 1997, nr 140, poz. 941).

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku, sygn. akt K14/03, OTK-A 2004/1/1.

Streszczenie: Niniejszy tekst podejmuje tematykę związaną z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej osób pozbawionych wolności, chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Stanowi próbę podjęcia rozważań związanych z konstytucyjnymi zasadami: godności człowieka, prawem do życia, ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zakresie rzeczywistych możliwości ich realizacji w stosunku do osadzonych chorych na WZW typu C i systemu więziennej opieki medycznej. Tekst wskazuje również główne przyczyny utrudnionej dostępności do diagnostyki i leczenia chorych na WZW typu C więźniów.

Słowa kluczowe: pozbawienie wolności, WZW typu C, świadczenia zdrowotne, zasada równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, osadzony, opieka zdrowotna, pacjent

THE PRINCIPLE OF EQUAL ACCESS TO HEALTH CARE FOR PRISONERS WITH HEPATITIS – AN OUTLINE OF THE ISSUE

Summary: This text addresses topics related to access to healthcare services for prisoners with hepatitis C. It is an attempt to consider the constitutional principles of human dignity, the right to life, health protection and equal access to healthcare services. Following article defines the possibility of the actual implementation of these principles in relation to prisoners with hepatitis C. The text also indicates the main causes of decreased accessibility to the diagnosis and treatment of hepatitis C patients.

Keywords: deprivation of liberty, hepatitis C, healthcare, the principle of equal access to healthcare, prisoner, health benefits, patient