



Nr ewid. 180/2012/P/12/122/KZD

Informacja o wynikach kontroli

SPRAWOWANIE OPIEKI MEDYCZNEJ WOBEC OSÓB POZBAWIONYCH WOLNOŚCI

MISJA

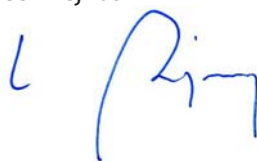
Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:

Lech Rejnuś



Akceptuję:

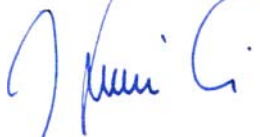
Wojciech Misiąg



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Jacek Jeziński



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

dnia 10.12.2012

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	5
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	6
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	6
2.2. Synteza wyników kontroli.....	6
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	10
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	12
3.1. Dostęp do świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom pozbawionym wolności	12
3.2. Inne stwierdzone nieprawidłowości dotyczące dostępu do świadczeń zdrowotnych	18
3.3. Stan techniczny budynków i pomieszczeń, w których realizowano świadczenia zdrowotne oraz aparatury medycznej w więziennych podmiotach leczniczych.....	19
3.4. Realizacja zamówień publicznych	24
4. INFORMACJE DODATKOWE	26
4.1. Przygotowanie kontroli	26
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	26
5. ZAŁĄCZNIKI	27

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

ambulatoryjna opieka zdrowotna	udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
CZSW	Centralny Zarząd Służby Więziennej;
jednostka penitencjarna	areszt śledczy (używany skrót „AŚ”) lub zakład karny („ZK”);
k.k.w.	ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy ¹ ;
leczenie substytucyjne	prowadzone, w ramach programu leczenia uzależnienia, poprzez stosowanie produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy;
OISW	Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej;
osoba pozbawiona wolności lub osadzony	osoba tymczasowo aresztowana, skazana, ukarana lub wymieniona w art. 589 a k.p.k., która jest ujęta w ewidencji jednostki penitencjarnej;
podstawowa opieka zdrowotna	świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny ogólnej udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
pozawięzienny zakład opieki zdrowotnej lub pozawięzienny podmiot leczniczy	zakład opieki zdrowotnej lub podmiot leczniczy niebędący w strukturze zakładu karnego;
samouszkodzenia	przypadki skutkujące rozstrojem zdrowia powyżej 7 dni;
SW	Służba Więzienna;
świadczenie specjalistyczne	świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
świadczenie zdrowotne	działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;
ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ² ;
zoz	zakład opieki zdrowotnej lub podmiot leczniczy.

¹ Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.

² Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.

Temat kontroli

Kontrola Nr P/12/122 – Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności została podjęta z inicjatywy własnej NIK, w ramach priorytetowego obszaru działalności kontrolnej NIK na 2011 r. „Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej”.

Cel główny

Celem głównym kontroli była ocena skuteczności zabezpieczenia praw osób pozbawionych wolności do opieki medycznej.

Cel szczegółowy

Cele szczegółowe obejmowały ocenę:

- dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom pozbawionym wolności,
- stanu technicznego obiektów budowlanych oraz stanu sanitarnego pomieszczeń i urządzeń podmiotów leczniczych, w których udzielane były świadczenia medyczne,
- wyposażenia więziennych podmiotów leczniczych w aparaturę medyczną oraz kadrę medyczną odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń przewidzianych w statucie danej jednostki,
- realizacji zadań wynikających z prawa osadzonych do składania skarg i wniosków dotyczących ochrony zdrowia.

Badania kontrolne

Badania kontrolne, które obejmowały okres od 1 stycznia 2010 r. do 31 marca 2012 r., przeprowadzono w okresie 28 marca – 6 sierpnia 2012 r. na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 o Najwyższej Izbie Kontroli³.

Kontrole objęły 18 jednostek: Centralny Zarząd Służby Więziennej; 7 Zakładów Karnych i 10 Aresztów Śledczych⁴.

³ Dz. U. z 2012 r., poz. 82.

⁴ Liczba jednostek penitencjarnych objętych kontrolą (17) stanowiła ok. 11% funkcjonujących w Polsce jednostek penitencjarnych (157).

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, działania Służby Więziennej służące zabezpieczeniu praw osób pozbawionych wolności do opieki medycznej⁵.

Jednostki organizacyjne Służby Więziennej, w ramach dostępnych im środków budżetowych, zapewniły osobom osadzonym całodobową opiekę medyczną oraz dostęp do niezwłocznego i pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych⁶, pomimo zwiększającego się zapotrzebowania osadzonych na te świadczenia.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że stosowany system ewidencjonowania wydatków w więziennictwie nie pozwalał na wyodrębnienie środków przeznaczonych na opiekę medyczną wobec osób pozbawionych wolności, a tym samym na ocenę efektywności przyjętych rozwiązań, w tym zwłaszcza zasadności zlecania świadczeń pozawięziennym podmiotom leczniczym.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły stanu technicznego budynków i pomieszczeń więziennej służby zdrowia oraz braku należytej dbałości o utrzymanie właściwego stanu technicznego w większości przestarzałej aparatury medycznej, co mogłoby mieć bezpośredni wpływ na jakość świadczeń oraz bezpieczeństwo personelu i pacjentów podczas przeprowadzania badań rentgenodiagnostycznych, narażonych na promieniowanie jonizujące. Równocześnie pozostawał na stanie niewykorzystany, przez dłuższy okres, sprzęt medyczny. Nie przestrzegano również obowiązujących terminów przeprowadzania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych u części osób pozbawionych wolności. Badania te, zwłaszcza radiologiczne klatki piersiowej (RTG), miały istotne znaczenie w sytuacji wzrostu zachorowalności na gruźlicę.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Dostęp do świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom pozbawionym wolności

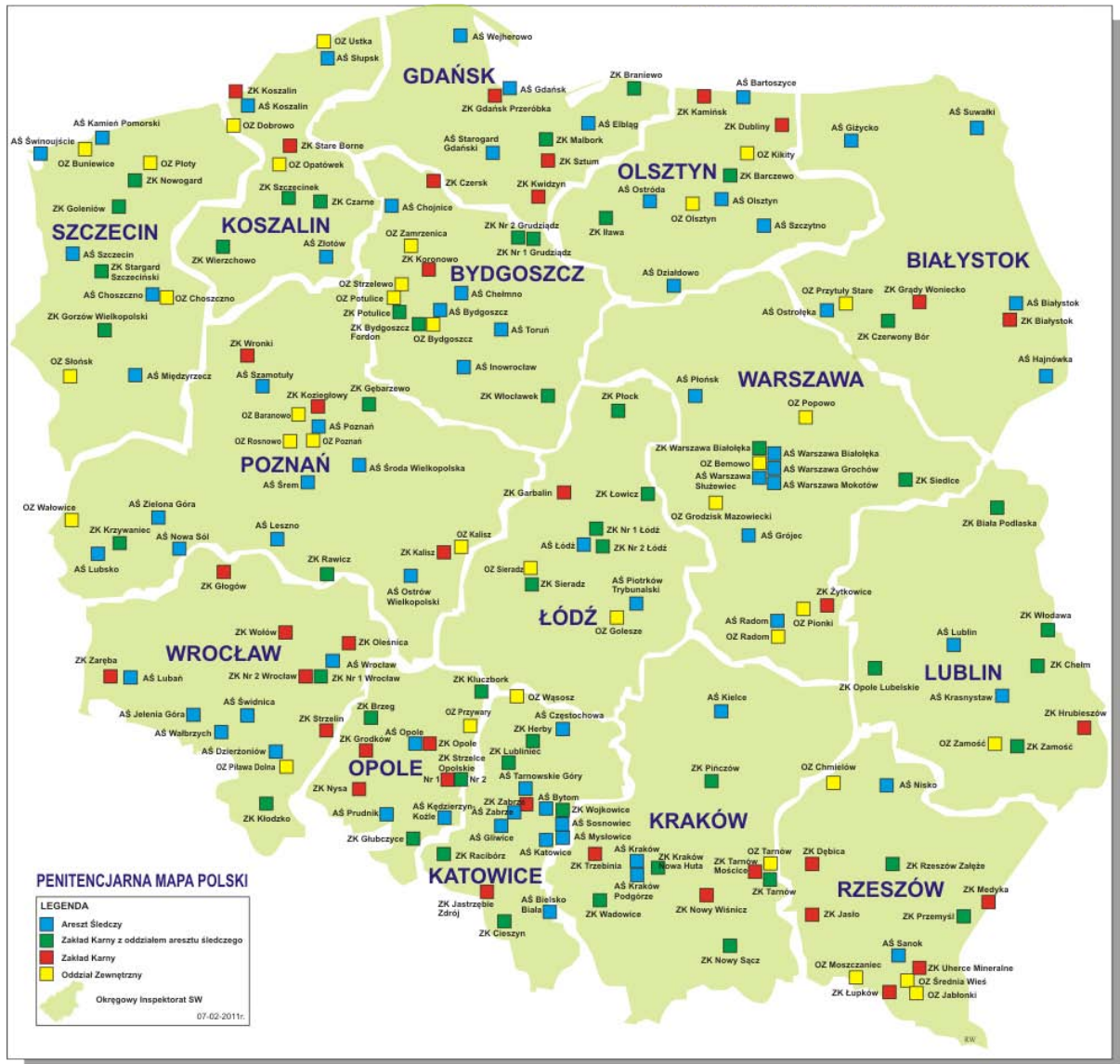
1. W latach 2010, 2011 i I kw. 2012 w 70 aresztach śledczych i 87 zakładach karnych przebywało średniomiesięcznie odpowiednio 82.863, 82.558, 84.158 osadzonych.

Rozmieszczenie podmiotów penitencjarnych prezentuje poniższa mapa wg. Zakresu działania OISW:

⁵ Dla kontroli przyjęto czterostopniową skalę ocen, tj.: pozytywna, pozytywna z uchybieniami, pozytywna z nieprawidłowościami, negatywna.

⁶ Osoby pozbawione wolności nie podlegają zasadom udzielania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zakres działania OISW



Źródło: Biuro Informacji i Statystyki CZSW

Opiekę medyczną wobec osób pozbawionych wolności, finansowaną ze środków budżetowych, sprawowały przede wszystkim podmioty lecznicze działające w ramach struktur organizacyjnych jednostek penitencjarnych, tj. 157 ambulatoriów wraz z izbami chorych⁷ oraz 13 szpitali z 37 oddziałami. Zakres działania więziennych zakładów opieki zdrowotnej został określony w zarządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 lipca 2002 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności⁸.

Nie we wszystkich więziennych podmiotach udzielających świadczeń medycznych, zakres prowadzonej działalności leczniczej był zgodny ze statutem i regulaminem organizacyjnym tych jednostek. [szczegóły str. 17-18]

2. Wydatki w rozdziale 75512 – „Więziennictwo” w 2011 r. wzrosły w stosunku do roku 2010 z 2.337,7 mln zł do 2.395,7 mln zł, tj. o 2,5%. Centralny Zarząd Służby Więziennej nie posiadał jednak

⁷ W każdej jednostce penitencjarnej działa podstawowa opieka zdrowotna.

⁸ Dz. Urz. MS Nr 4, poz.16 ze zm.

informacji o łącznej wysokości kosztów ponoszonych na realizację świadczeń zdrowotnych osób pozbawionych wolności, jak również na zakup poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych. Wydatki te ujmowane były łącznie z pozostałymi wydatkami Służby Więziennej, co wynikało z przyjętych zasad sprawozdawczości budżetowej. [szczegóły str. 16, 19]

W latach 2010–2011 wzrosły o 26,4 % (z 19,9 mln zł do 25,2 mln zł) wydatki na zakup świadczeń w pozawięziennych podmiotach leczniczych⁹. Przyczyną tego stanu rzeczy była przede wszystkim likwidacja niektórych rodzajów działalności leczniczej w zakładach więziennych. Uzasadniano to ograniczonymi środkami finansowymi na inwestycje i modernizację obiektów służby zdrowia oraz trudnościami w pozyskaniu personelu medycznego o odpowiednich kwalifikacjach. Szczególnie znaczenie miało zlikwidowanie m.in. 10 pracowni radiologicznych zwłaszcza w kontekście obowiązku wykonywania profilaktycznych badań klatki piersiowej każdej z osób przyjmowanych do jednostek penitencjarnych oraz okresowych badań skazanych. Stwierdzono również wysoką fluktuację kadr i występowanie wakatów w więziennej służbie zdrowia. [szczegóły str. 17-18]

3. W badanym okresie zwiększyła się liczba świadczeń zdrowotnych udzielanych osadzonym. Na specjalistyczne porady lekarskie udzielane w więziennych podmiotach leczniczych osadzeni oczekiwali przeważnie do 14 dni, dłuższy natomiast był, w niektórych przypadkach, okres oczekiwania na te świadczenia w pozawięziennej służbie zdrowia. Z ustaleń kontroli wynika, że każda osoba osadzona korzystała średnio: z porad podstawowej opieki zdrowotnej ponad 17 razy w roku 2010 r., a ponad 21 razy w 2011 r. Ze świadczeń stomatologicznych i porad udzielonych przez lekarzy specjalistów każdy osadzony korzystał średnio 3 razy w roku.

W latach 2010–2011 średnio co szósty osadzony, w ciągu roku, korzystał ze świadczeń szpitalnych¹⁰ i 8-krotnie ze specjalistycznych badań, w tym: analitycznych, RTG, USG, endoskopowych, świadczeń fizjoterapeutycznych i protezowania uzębienia. W okresie tym wzrosły również o 6,5% wydatki związane z bezpłatnym zaopatrzeniem osadzonych w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Osadzeni, pomimo zapewnienia im niezwłocznie udzielanej i w każdym zakresie bezpłatnej opieki medycznej przez Służbę Więzienną, korzystali również z przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności, w tym z tytułu m.in. choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby, uniemożliwiającej wykonywanie tej kary¹¹. Liczba tych osób wzrosła w 2011 r. w stosunku do 2010 r. z 444 do 502, tj., o 13,1%, a w I półroczu 2012 r. wyniosła 525 osób. [szczegóły str. 12-13]

4. Nie wszystkie kontrolowane podmioty przestrzegały ustawowych terminów wykonywania osadzonym badań wstępnych i kontrolnych. Stwierdzono przypadki zaniechań lub wykonywania ze znacznym opóźnieniem profilaktycznych radiologicznych badań klatki piersiowej każdej osobie przyjmowanej do jednostki penitencjarnej oraz okresowych badań kontrolnych. Jest to niepokojące, zwłaszcza w kontekście zwiększenia zachorowalności na gruźlicę. W 2010 r. wykryte zostały 388 nowe przypadki, a w 2011 r. - 445. [szczegóły str. 13-14]

5. Pomimo podejmowania przez jednostki penitencjarne stosownych działań, zmniejszyła się skuteczność egzekwowania kosztów leczenia osób, które powodowały u siebie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia. W latach 2010–2011 odzyskano jedynie odpowiednio 13,2% i 12,9% należności z tego tytułu. Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że w jednostkach penitencjarnych brakowało jednolitych zasad ustalania kosztów leczenia takich przypadków. [szczegóły str. 16-17]

⁹ Wydatki te ujmowane były w § 4290 i obejmowały badania laboratoryjne i diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne oraz hospitalizację w pozawięziennych podmiotach leczniczych, świadczenia medyczne udzielane przez personel medyczny zatrudniony w ramach kontraktów, jak również umowy o pełnienie dyżurów w celu zapewnienia osadzonym całodobowej opieki medycznej.

¹⁰ Dane obejmują leczenie szpitalne w więziennych placówkach służby zdrowia łącznie z leczeniem w więziennych izbach chorych oraz hospitalizację w pozawięziennych podmiotach leczniczych.

¹¹ Patrz art. 150-153 k.k.w.

6. Stwierdzono przypadki nieprzestrzegania przepisów dotyczących procedur wydawania z aptek zakładowych produktów leczniczych i wyrobów medycznych¹². Nieprawidłowości dotyczyły przede wszystkim wydawania tych produktów osobom nieposiadającym upoważnień i kwitowania ich odbioru. [szczegóły str. 15-16]

2.2.2. Stan techniczny obiektów i pomieszczeń, w których prowadzono działalność leczniczą oraz aparatury medycznej

1. W 15 jednostkach (spośród 17 skontrolowanych) nie realizowano lub realizowano w ograniczonym zakresie, decyzje lub zalecenia pokontrolne upoważnionych państwowych organów nadzoru i kontroli, dotyczące poprawy stanu technicznego obiektów budowlanych, w których udzielano świadczeń medycznych, nawet w stwierdzonych przypadkach istniejącego zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego tych zakładów. Tylko w dwóch skontrolowanych zakładach, świadczenia medyczne udzielane były w pomieszczeniach spełniających obowiązujące wymagania dla placówek służby zdrowia. Uzasadniano to ograniczonymi środkami finansowymi. [szczegóły str. 20-21]

2. Podmioty lecznicze, działające w strukturach organizacyjnych jednostek Służby Więziennej, udzielały świadczeń medycznych przy użyciu przestarzałych technicznie urządzeń diagnostycznych. Blisko połowa z nich została oddana do użytku przed rokiem 2000. Pomimo dysponowania wyeksploatowaną w znacznym stopniu aparaturą medyczną, 7 zakładów (ok. 40% zbadanych), nie zachowało należytej staranności w utrzymaniu jej właściwego stanu technicznego, do czego zobowiązywała ich ustawa o wyrobach medycznych¹³. W ograniczonym zakresie dokonywano, lub nie dokonywano w ogóle, okresowych przeglądów technicznych i konserwacji zalecanych przez producentów.

Nie dla wszystkich wyrobów medycznych prowadzono dokumentację eksploatacyjną, a w przypadku jej prowadzenia była ona nierzetelna, nie zawierała bowiem pełnych, ustawowo wymaganych informacji o przeglądach, naprawach i przerwach w pracy, spowodowanych awariami sprzętu. [szczegóły str. 22-23]

3. W 11 zakładach (65% jednostek badanych) realizujących świadczenia rentgenodiagnostyczne nie gwarantowano warunków bezpiecznego stosowania tych urządzeń oraz ochrony pracowników i pacjentów przed zagrożeniami wynikającymi ze stosowania promieniowania jonizującego.

Prawie w co drugim zakładzie objętym kontrolą nie przestrzegano ustawowego obowiązku wykonywania badań wyłącznie sprzętem spełniającym wymagania bezpiecznego użytkowania. Nie przeprowadzano lub przeprowadzano w ograniczonym zakresie podstawowe i coroczne specjalistyczne testy kontroli fizycznych parametrów urządzeń rentgenodiagnostycznych, które miały na celu zapobieganie medycznemu wypadkom radiologicznym. W jednostkach tych nie wprowadzono klinicznego audytu wewnętrznego w zakresie rentgenodiagnostyki, do zadań którego należało m.in. sprawdzanie częstotliwości wykonywanych testów aparatury, mimo że termin jego wdrożenia minął 31 grudnia 2006 r.¹⁴

Więzienne jednostki służby zdrowia nie zostały poddane klinicznemu audytowi zewnętrznemu, który obejmowałyby m.in. przeprowadzenie, nie rzadziej niż co 4 lata, przeglądu poprawności

¹² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. Nr 65, poz. 608).

¹³ Art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.).

¹⁴ § 12 i 59 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625), a następnie § 56 i § 57 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 51, poz. 265 ze zm.) – weszło w życie 17 marca 2011 r.

stosowanych procedur udzielania świadczeń, a także wyposażenia w aparaturę, warunków lokalowych i systemu zarządzania jakością. [szczegóły str. 23-24]

2.2.3. Wydatki na inwestycje i zakup aparatury medycznej oraz realizacja zamówień publicznych

1. W okresie 2010–2011 Służba Więzienna wydatkowała na inwestycje więziennych podmiotów opieki zdrowotnej 140,6 tys. zł, co stanowiło 0,1% wydatków ogółem w rozdziale „Więziennictwo”. Jako działanie niegospodarne NIK oceniła wydatkowanie w 2010 r. i 2011 r. kwoty w łącznej wysokości 54,9 tys. zł na opracowanie dokumentacji pn. „Opracowanie koncepcji przebudowy szpitala w Areszcie Śledczym Warszawa Mokotów”, która do dnia zakończenia kontroli nie była realizowana. Koncepcja ta nie została zaakceptowana zarówno przez Kierownictwo Służby Więziennej, jak również Ministra Sprawiedliwości, z uwagi na ograniczone środki finansowe przyznane na działalność inwestycyjną tych jednostek.

2. W badanym okresie wydatki na zakupy aparatury medycznej wyniosły 5.640,5 tys. zł. CZSW nie ustalił zasad planowania i realizacji zakupu aparatury medycznej. Zakupy były realizowane zarówno przez CZSW, OISW oraz bezpośrednio przez jednostki penitencjarne. [szczegóły str. 19-20, 24]

Realizacja zamówień publicznych na zakup aparatury medycznej w 2010 r., dokonanych przez CZSW, była przedmiotem zainteresowania Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które stwierdziło szereg nieprawidłowości, w tym m. in.: naruszenie zasady uczciwej konkurencji poprzez podział zamówienia na części, dokonanie zakupu sprzętu i aparatury medycznej bez uprzedniego rozpoznania potrzeb jednostek penitencjarnych, co spowodowało, że zakupiona aparatura pozostawała niewykorzystana.

W AŚ Warszawa-Mokotów stwierdzono nieprawidłowości przy realizacji zamówień publicznych dotyczących zakupu leków, polegające na zastosowaniu niewłaściwego trybu postępowania oraz niezgodnego z przepisami ustalenia wartości przedmiotu zamówienia. [szczegóły str. 24-25]

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Z ustaleń kontroli wynika, że w ramach dostępnych środków budżetowych zapewniono osobom pozbawionym wolności dostęp do niezwłocznego i pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych. Występuje jednak szereg problemów, w tym systemowych, w realizacji tych zadań, mających wpływ na gospodarne wydatkowanie środków publicznych.

1. Formułując wniosek pokontrolny do CZSW o „opracowanie jednolitego, modelowego rachunku kosztów dla więziennej służby zdrowia umożliwiającego ustalenie całkowitych wydatków ponoszonych na leczenie osób pozbawionych wolności, z uwzględnieniem szczegółowości tych wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń”, Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła konieczność wprowadzenia zmian w systemie rachunkowości umożliwiającym wyodrębnienie w sposób jednoznaczny kosztów tej działalności. W ocenie NIK, charakter i rozmiary działalności Służby Więziennej wymagają wyodrębnienia w systemie rachunkowości wszystkich istotnych wydatków dokonywanych z budżetu państwa, zarówno w procesie ich planowania, jak również w zakresie niezbędnym dla oceny efektywnego gospodarowania środkami publicznymi, do czego zobowiązuje ustawa o finansach publicznych¹⁵. Informacje dotyczące kosztów ponoszonych na opiekę zdrowotną osadzonych powinny wynikać bezpośrednio z analityki rozrachunków i kosztów tych świadczeń, w oparciu o system prowadzonej księgowości. [szczegóły str. 16]

¹⁵ Art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.).

Ustalenia kontroli wskazują również na potrzebę rozważenia, przez Ministra Sprawiedliwości wyodrębnienia w planie finansowym jednostek organizacyjnych Służby Więziennej wydatków budżetowych, ponoszonych na opiekę medyczną osadzonych.

2. Biorąc pod uwagę, że w aktualnym stanie prawnym brak jest określenia sposobu naliczania kosztów leczenia skazanych z tytułu samouszkodzeń, NIK skierowała do CZSW wnioski o wprowadzenie jednolitych (dla wszystkich jednostek organizacyjnych Służby Więziennej) zasad ich ustalania. [szczegóły str. 17]

3. Do dnia zakończenia kontroli więzienne podmioty lecznicze nie zawarły umów ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, do czego zobowiązuje art. 25 ust. 2 ustawy z dnia 25 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Według CZSW szacowane potrzeby, wynikające z obowiązku zawarcia tych umów spowodują dodatkowe wydatki z budżetu państwa w wysokości około 2,5 mln zł rocznie. CZSW nie posiadał jednak informacji o wysokości poniesionych w latach 2010–2011 kosztów zasądzenia odszkodowania oraz zadośćuczynienia z tytułu niewłaściwej opieki medycznej nad osadzonymi. Na podstawie danych uzyskanych z OISW wynika, że za okres 5 miesięcy 2012 r. koszty te wyniosły 94,3 tys. zł. Zdaniem NIK celowym jest rozważenie przez Ministra Sprawiedliwości podjęcia kroków legislacyjnych o wyłączenie stosowania przepisów ustawy o działalności leczniczej w zakresie obowiązku ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej wobec podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności¹⁶. [szczegóły str. 16]

4. W obecnym systemie prawnym opieka zdrowotna wobec osób pozbawionych wolności finansowana jest ze środków budżetu państwa, a równocześnie od świadczeń pieniężnych pobieranych przez te osoby (np. emerytury, renty, wynagrodzenia z tytułu umów o pracę) odprowadzana jest do NFZ składka na ubezpieczenia zdrowotne¹⁷. NIK wskazuje na potrzebę pozyskania przez CZSW informacji o skali tego zjawiska i w przypadku znacznej ilości osób osadzonych, których dotyczy, rozważenie możliwości podjęcia działań mających na celu wprowadzenie uregulowań prawnych, zapobiegających finansowaniu świadczeń medycznych udzielanych osobom osadzonym ze środków budżetowych, przy równoczesnej możliwości finansowania tych świadczeń z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

5. W związku z wejściem Polski do Unii Europejskiej zostały dostosowane przepisy prawa także w zakresie wymagań dotyczących stanu technicznego obiektów i pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Zmianom tym nie towarzyszyły jednak odpowiednie środki finansowe, które w relatywnie krótkim czasie pozwoliłyby na realizację tych zadań oraz na wyposażenie więziennych podmiotów leczniczych w aparaturę medyczną, odpowiadającą standardom unijnym. Niewykonywanie jednak przez podmioty lecznicze jednostek penitencjarnych decyzji organów Nadzoru Budowlanego, Państwowej Straży Pożarnej i Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego tych jednostek. Zdaniem NIK, niezbędne jest podjęcie, przez organ założycielski więziennych podmiotów leczniczych, działań umożliwiających wykonanie decyzji państwowych organów nadzoru i kontroli. [szczegóły str. 20-21]

¹⁶ Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r., poz. 742) obowiązek ubezpieczenia określono na dzień 1 stycznia 2014 r.

¹⁷ CZSW podejmował w 2006 r. działania mające na celu pozyskanie informacji o skali tego zjawiska. Zgodnie z wyjaśnieniem otrzymanym z NFZ, „jakkolwiek bezdyskusyjnie wykazano, że zjawisko podwójnego finansowania jako takie ma miejsce, to jednak skala zjawiska jest przy obecnym systemie działania bazy danych praktycznie nie do oszacowania”.

3.1 Dostęp do świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom pozbawionym wolności

3.1.1. W ramach środków finansowych pochodzących z budżetu państwa, opiekę zdrowotną osobom pozbawionym wolności zapewniały zarówno więzienne, jak i pozawięzienne podmioty lecznicze¹⁸.

Zakres działania więziennych zakładów opieki zdrowotnej został określony w zarządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 lipca 2002 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Według tego zarządzenia, w skład bazy leczniczej więziennej służby zdrowia wchodziły: ambulatoria z izbami chorych, gabinety stomatologiczne, pracownie diagnostyczne, gabinety rehabilitacji i fizykoterapii oraz 13 szpitali więziennych¹⁹ z 37 oddziałami²⁰. W I półroczu 2012 r. liczba łóżek szpitalnych przypadająca na 1 000 osób osadzonych wynosiła 13²¹.

3.1.2. Z ustaleń kontroli wynika, że w badanym okresie zwiększyła się liczba świadczeń zdrowotnych udzielanych osadzonym oraz skróceniu uległ czas oczekiwania na te świadczenia.

Liczba porad podstawowej opieki zdrowotnej, przypadających na jednego osadzonego, wyniosła w roku 2010 ponad 17, w roku 2011 – ponad 21.

W badanym okresie osoba osadzona korzystała średnio z 3 porad stomatologicznych i specjalistycznych w ciągu roku.

Liczba porad udzielonych przez lekarza ambulatorium wzrosła w 2011 r. w stosunku do 2010 r. o 29,1% (z 1.173.639 do 1.515.295), porad stomatologicznych o 2% (z 236.890 do 241.571), natomiast zmniejszyła się o 0,3% liczba porad specjalistycznych (z 265.967 do 258.083)²².

Świadczenia z zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej udzielane osadzonym w pozawięziennych podmiotach leczniczych stanowiły 8,0% ogółu udzielonych porad specjalistycznych w 2010 r. (265 967) oraz 7,9% w 2011 r. (258 083).

W latach 2010–2011 średnio co szósty osadzony korzystał ze świadczeń szpitalnych w więziennych²³ i pozawięziennych podmiotach leczniczych²⁴ i 8-krotnie ze specjalistycznych badań, w tym: analitycznych, RTG, USG, endoskopowych oraz świadczeń fizjoterapeutycznych i protezowania uzębienia²⁵. W okresie tym wzrosły również o 6,5 % wydatki związane z bezpłatnym zaopatrzeniem osadzonych w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Najliczniejszą grupę w obrębie porad specjalistycznych stanowiły porady udzielone przez lekarza psychiatrę. W 2010 r. stanowiły one 25,2% liczby porad specjalistycznych ogółem, a w 2011 r. 26,0%.

¹⁸ Płatnikiem świadczeń udzielanych osobom pozbawionym wolności przez pozawięzienne podmioty lecznicze jest jednostka penitencjarna kierująca osadzonego do pozawięziennego podmiotu leczniczego.

¹⁹ Zlokalizowanych na terenie działania OISW w: Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Koszalinie, Kielcach, Krakowie, Łodzi, Olsztynie, Poznaniu, Warszawie, Wrocławiu, Szczecinie.

²⁰ Oddziały: chorób wewnętrznych - 11, chirurgiczne - 5, przeciwgruźlicze - 3, obserwacyjno-psychiatryczne - 6, detoksykacyjne - 2 oraz po jednym oddziale: laryngologicznym, ginekologiczno-położniczym, okulistycznym, wewnętrznym dla przewlekłe chorych, neurologicznym, rehabilitacji leczniczej, hepatologicznym, dermatologicznym, ortopedycznym.

²¹ Więzienna służba zdrowia dysponuje 1 096 łóżkami szpitalnymi (stan na 27.07.2012 r.). Ponadto w 15 oddziałach terapeutycznych z 521 miejscami (stan na 30.06.2012 r.) prowadzone było leczenie osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych; w 31 oddziałach terapeutycznych z 1 114 miejscami (stan na 30.06.2012 r.) leczenie osób uzależnionych od alkoholu.

²² Liczba świadczeń ogółem z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, tj. udzielonych przez lekarza ambulatorium, pogotowania ratunkowego, medycyny pracy, dentystrę w pozawięziennych podmiotach leczniczych w roku 2011 zmniejszyła się w porównaniu do roku 2010 o 11,1%, przy czym wzrosła liczba porad stomatologicznych o 88,7%.

²³ W więziennych szpitalach hospitalizowano: w roku 2010 – 8 531 osób, w roku 2011 – 8 299 osób. W izbach chorych leczono: w roku 2010 – 3 106 osób, w roku 2011 – 3 234 osoby.

²⁴ W pozawięziennych szpitalach hospitalizowano: w roku 2010 - 1 257 osób, w roku 2011 – 1 170 osób.

²⁵ Na przykład: w latach 2010–2011 wykonano badania USG średnio co 9 osobie, badania endoskopowe średnio co 30 osobie, a protezowanie uzębienia średnio co 55 osobie w roku 2010 oraz co 52 osobie w 2011 r.

Służba Więzienna zapewniała leczenie osadzonych, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne w 6 oddziałach psychiatrycznych, które dysponowały 72 łózkami leczniczymi²⁶ (liczba łóżek do obserwacji sądowo-psychiatrycznej wynosiła 190).

Pomimo zapewnienia osadzonym wszechstronnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w więziennych i pozawięziennych podmiotach leczniczych, wzrosła liczba osadzonych korzystających z przerw w wykonywaniu kary pozbawienia wolności, w trybie art. 153 § 1 ustawy – Kodeks karny wykonawczy, tj. ze względu na chorobę psychiczną lub inną ciężką chorobę uniemożliwiającą wykonanie kary. Liczba osób, w stosunku do których podjęto decyzje o przerwie w wykonywaniu kary, wyniosła w roku 2010 – 444, w 2011 r. – 502, w I półroczu 2012 r. – 525.

3.1.3. W skontrolowanych jednostkach penitencjarnych osadzeni przyjmowani byli do lekarzy ambulatorium z reguły w dniu zgłoszenia się na wizytę lub w dniu następnym²⁷, z wyjątkiem 4 aresztów śledczych, gdzie na wizytę oczekiwano średnio: do 2 dni (w AŚ Warszawa-Białoleka, ZK Wronki), do 7 dni (w AŚ Białystok), do 14 dni (w AŚ Gdańsk).

Na wizytę u stomatologa osadzeni oczekiwali przeważnie od 4 do 14 dni, na specjalistyczne porady lekarskie udzielane w więziennych podmiotach leczniczych do 14 dni, dłuższy natomiast był okres oczekiwania na te świadczenia, w pozawięziennej służbie zdrowia.

Na przykład: w ZK Nr 2 Łódź – do 6 dni; w AŚ Gdańsk – do 14 dni; w AŚ Łódź – od 15 do 45 dni; w ZK Barczewo – do 6 dni na porady udzielane przez więziennych lekarzy specjalistów: dermatologa, neurologa i laryngologa, od 7 do 14 dni na porady z zakresu urologii, laryngologii udzielane w pozawięziennych podmiotach leczniczych; w AŚ Białystok – do 6 dni na porady udzielane przez więziennych lekarzy specjalistów, do 45 dni na wizyty u lekarzy specjalistów w pozawięziennej służbie zdrowia (wyjątkiem było 6 przypadków oczekiwania na wizyty u urologa i 76 u dermatologa, dla których czas oczekiwania wynosił powyżej 90 dni); w AŚ Bydgoszcz – od 4 do 13 dni na porady udzielane przez więziennych lekarzy specjalistów, do 14 dni na wizyty u lekarzy specjalistów w pozawięziennej służbie zdrowia.

3.1.4. W 5 jednostkach (spośród 17) stwierdzono przypadki nieprzestrzegania ustawowych terminów wykonywania osadzonym badań wstępnych i okresowych.

- badania wstępne przeprowadzono z opóźnieniem²⁸:
w ZK w Siedlcach od 1 do 4 dni (dotyczy 6 osadzonych²⁹),
- badania stomatologiczne przeprowadzono z opóźnieniem³⁰:
w ZK Potulice do 254 dni (dotyczy okresu od stycznia 2010 r. do lipca 2011 r.)³¹, w okresie od sierpnia 2011 r. do czerwca 2012 r. badanie to wykonano tylko 6 osadzonym na 278 przyjętych do ZK; w ZK w Siedlcach od 4 do 59 dni (dotyczy 8 osadzonych³²), w ZK Cieszyn od 17 do 22 dni (dotyczy 16 osadzonych³³), w AŚ w Łodzi

²⁶ W oddziałach psychiatrycznych leczono: w roku 2010 roku – 827 osób, w roku 2011 – 882 osoby.

²⁷ Przyjęcia osadzonych do lekarza ambulatorium odbywały się w dni robocze, od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 16.00, przy czym w AŚ Bytom w godzinach od 6.30 do 18.00, w ZK Nr 2 Łódź w godzinach 8.00 – 12.00 i 13.00 – 15.00.

²⁸ Tj. po 3 dniach roboczych od dnia przyjęcia (por. § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2011 r. Nr 1, poz. 2.). Od 2 lipca 2012 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2012 r. poz. 738 - § 4 ust. 1).

²⁹ Spośród 22 osadzonych, których dokumentację objęto badaniem.

³⁰ Tj. po 14 dniach od dnia przyjęcia (por. § 5 ust. 2 rozporządzenia MS z dnia 23 grudnia 2010 r., (§ 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia z dnia 14 czerwca 2012 r.).

³¹ Sześciu osadzonych spośród 9, których dokumentację objęto kontrolą przeszło badanie stanu uzębienia z opóźnieniem wynoszącym od 31 do 254 dni.

³² Por. przypis 29.

³³ Spośród 267 osadzonych, których dokumentację objęto analizą.

od 30 do 72 dni (dotyczy 5 osadzonych³⁴), w 23 przypadkach badania nie przeprowadzono, a w 40 przypadkach osadzeni odmówili poddania się tym badaniom; w AŚ Szczecin od 1 do 82 (dotyczy 24 osadzonych³⁵),

- profilaktyczne radiologiczne badanie klatki piersiowej przeprowadzono z opóźnieniem³⁶:
w ZK Cieszyn od 15 do 19 dni (dotyczy 17 osadzonych³⁷); w AŚ w Łodzi od 15 do 80 dni (dotyczy 25 osadzonych³⁸); w AŚ Szczecin od 1 do 20 (dotyczy 4 osadzonych³⁹),
- badania okresowe RTG, które powinny być przeprowadzane co najmniej raz na 24 miesiące⁴⁰, wykonano z opóźnieniem:
w ZK Cieszyn od 4 do 27 dni (dotyczy 5 osadzonych⁴¹), w AŚ Łodzi od 30 do 90 dni (dotyczy 6 osadzonych⁴²).

Stwierdzone przypadki zaniechań lub wykonywania ze znacznym opóźnieniem profilaktycznych i okresowych badań RTG są szczególnie niepokojące w kontekście zwiększenia zachorowalności na gruźlicę.

W Polsce w 2010 r. na gruźlicę zachorowało 7509 osób, w 2011 r. – 8478 (wzrost o 12,9%)⁴³. Wśród osób pozbawionych wolności w 2010 r. wykryto 388 nowe przypadki, w 2011 r. 445 (wzrost o 14,7%).

Zapadalność na gruźlicę wśród osadzonych jest 3–4 razy wyższa niż w populacji ogólnej, co spowodowane jest kilkoma czynnikami ryzyka, tj. uzależnienia od alkoholu, narkotyków, AIDS⁴⁴.

Ustalenia kontroli wskazują na tendencję wzrostu liczby osadzonych odmawiających poddania się profilaktycznym badaniom rentgenodiagnostycznym klatki piersiowej. Przypadki takie miały miejsce w AŚ Łodzi, gdzie 40 osadzonych odmówiło poddania się badaniom RTG, a w AŚ Szczecin 10 osadzonych.

3.1.5. W ramach leczenia uzależnień w podmiotach leczniczych 23 jednostek penitencjarnych prowadzone było leczenie substytucyjne. W roku 2010 objęto leczeniem substytucyjnym 237 osadzonych, w roku 2011 – 283 osadzonych, a w I kwartale 2012 r. – 161 osadzonych.

Ujawnione przez NIK nieprawidłowości w zakresie przestrzegania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne⁴⁵ dotyczyły:

- niewłaściwego wydawania środka substytucyjnego – metadonu (§ 10 ust. 2 i 4 rozporządzenia⁴⁶):
w AŚ Szczecin - z apteki wydawano metadon do Oddziału Psychiatrii Sądowej co kilkanaście dni, w ilościach przekraczających indywidualne dawkiienne. Oddział ten wydawał metadon bezpośrednio osadzonym w indywidualnych dawkach dziennych,

³⁴ Spośród 121 osadzonych, których dokumentację objęto badaniem.

³⁵ Spośród 61 osadzonych, których dokumentację objęto analizą.

³⁶ Tj. po 14 dniach od przyjęcia (por. § 5 ust. 2 rozporządzenia MS z dnia 23 grudnia 2010 r. (§ 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia z dnia 14 czerwca 2012 r.).

³⁷ Por. przypis 33.

³⁸ Por. przypis 34. Jako przyczynę niewykonania w wymaganym terminie badań Dyrektor Aresztu Śledczego wskazał dużą ilość przyjęć do Aresztu, uwarunkowania ochronne (konieczność izolacji poszczególnych grup osadzonych itp.) oraz brak możliwości wykonywania zdjęć codziennie (zdjęcia wykonuje firma zewnętrzna, średnio raz w tygodniu).

³⁹ Por. przypis 35.

⁴⁰ Por. § 6 ust. 1 rozporządzenia MS z dnia 23 grudnia 2010 r., (§ 4 ust. 1 i 2 oraz § 5 ust. 1 rozporządzenia z dnia 14 czerwca 2012 r.).

⁴¹ Spośród 40 osadzonych, których dokumentację objęto analizą.

⁴² Spośród 13 osadzonych, których dokumentację objęto analizą. Przyczyny opóźnień - por. przypis 38.

⁴³ Źródło: <http://www.igichp.edu.pl> (Aktualności, Biuletyn IGIChP 2012, plik4zapadalnosc).

⁴⁴ Źródło: <http://www.sw.gov.pl/pl/aktualnosci/news,8321,vi-miedzynarodowa.html>

⁴⁵ Dz. U. Nr 205, poz. 1493 ze zm.

⁴⁶ Który stanowi, że apteka wydaje środek substytucyjny pacjentom (osadzonym) w indywidualnych dawkach dziennych.

- nieprzeprowadzenia copółrocznych kontroli ewidencji rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu jego zapasu, nieprawidłowej częstotliwości ich przeprowadzania oraz prowadzenia kontroli bez udziału kierownika programu substytucyjnego lub wyznaczonego przez niego lekarza (§ 13 ust. 4 rozporządzenia⁴⁷):

w ZK Potulice – kontroli nie przeprowadzono w okresie od stycznia 2010 r. do czerwca 2012 r.⁴⁸; w AŚ Warszawa-Mokotów - w I półroczu 2010 r. kierownik apteki okręgowej przeprowadziła dwie kontrole, natomiast w 2011 r. tylko jedną a w I półroczu 2012 r. nie przeprowadziła kontroli; w AŚ Poznań – kontrole przeprowadzono raz w roku, bez udziału kierownika programu substytucyjnego lub wyznaczonego przez niego lekarza; w AŚ Szczecin - kierownik apteki przeprowadziła jedną kontrolę w 2010 r. i jedną kontrolę w 2011 r. Kontrole te zostały przeprowadzone bez udziału kierownika programu substytucyjnego lub wyznaczonego przez niego lekarza,

- nieprzestrzegania obowiązku niezwłocznego informowania Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii o rozpoczęciu i zakończeniu leczenia substytucyjnego (§ 4 ust. 2 rozporządzenia⁴⁹):

w AŚ Warszawa – Mokotów - zakończenie leczenia jednego pacjenta zgłoszono po upływie 2 miesięcy; w AŚ Poznań - w jednym przypadku informację o zakończeniu leczenia przekazano po 101 dniach; w ZK Potulice – nie było dokumentacji potwierdzającej powiadomienie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii o udziale pacjenta w programie metadonowym,

- nieprzestrzegania obowiązku przeszkolenia personelu medycznego w zakresie leczenia substytucyjnego⁵⁰:

w AŚ Poznań - jedna pielęgniarka, spośród pięciu, realizująca od lutego 2012 r. zadania w ramach programu leczenia substytucyjnego, nie została przeszkolona.

3.1.6. Stwierdzono przypadki nierzetelnego dokumentowania czynności przy wydawaniu z aptek zakładowych produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Nieprawidłowości w tym zakresie wystąpiły:

- **ZK Szczecin** - z apteki wydawano produkty lecznicze i materiały medyczne osobom z jednostek okręgu, w tym jednostkom wewnętrznym zoz, nieposiadającym upoważnień i pokwitowania do ich odbioru z apteki. Stwierdzono, że w 37,5% badanej próby zapotrzebowania nie było podpisu osoby odbierającej produkty lecznicze i materiały medyczne, a w przypadku 60% nie było upoważnień do odbioru produktów leczniczych i materiałów medycznych. Do zapotrzebowania złożonego przez ZOZ - Ambulatorium „A” z 1.02. 2012 r. nie załączono upoważnienia do odbioru produktów leczniczych i materiałów medycznych, a osoba pobierająca nie pokwitowała ich odbioru⁵¹,
- **w ZK Siedlce** - zoz nie prowadził pisemnej ewidencji leków recepturowych przekazywanych do ambulatorium z Apteki Okręgowej Aresztu Śledczego Warszawa Mokotów, jak również farmaceutyków wydawanych osadzonym. Jak wyjaśnił kierownik zoz „przychód i rozchód leków otrzymywanych z Apteki Okręgowej nie jest dokumentowany (oprócz metadonu i leków psychotropowych) z uwagi na brak wytycznych w tym zakresie. Kontrole kierownika Apteki Okręgowej nie wykazywały jednak tych uchybień,

⁴⁷ Który stanowi, że kierownik apteki lub upoważniony przez niego farmaceuta, wspólnie z kierownikiem programu lub wyznaczonym przez niego lekarzem, raz na pół roku, przeprowadzają kontrolę zakładu w zakresie prawidłowości prowadzenia ewidencji rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu zapasów.

⁴⁸ Od lipca 2011 r. kierownik apteki wspólnie z kierownikiem programu substytucyjnego przeprowadził trzy kontrole rozchodu oraz stanu zapasu metadonu w aptece.

⁴⁹ Który stanowi, że kierownik programu lub upoważniony przez niego pracownik programu niezwłocznie powiadamia Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii o rozpoczęciu lub zakończeniu udziału pacjenta w programie.

⁵⁰ Który stanowi, że kierownik programu jest obowiązany przeszkolić w zakresie realizowanego programu wszystkich pracowników biorących w nim udział.

⁵¹ Por. § 2 ust. 2 pkt 6 i 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności.

- **w AŚ Warszawa – Mokotów** - stwierdzono uchybienia formalne w przestrzeganiu przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Kontrola NIK dotycząca realizacji wybranej do badań próby zapotrzebowań wykazała: brak daty przyjęcia do realizacji, daty realizacji, pieczęci apteki i pieczęci osoby realizującej zamówienie oraz potwierdzenia odbioru leków - przy realizacji zapotrzebowania zbiorczego jednego z aresztów (§ 2 ust. 2 pkt 2a-d i § 2 ust 2 pkt 7), brak upoważnień do odbioru leków i podpisu osób odbierających – w 4 zapotrzebowaniach zbiorczych oraz 79 zapotrzebowaniach imiennych z trzech aresztów (§ 2 ust. 2 pkt 6 i 7), brak podpisów osób odbierających leki z apteki okręgowej - w 3 zapotrzebowaniach zbiorczych oraz w 112 spośród 182 zrealizowanych receptach z 5 aresztów, przy realizacji zapotrzebowań imiennych jednego z aresztów - brak daty przyjęcia oraz pieczęci zakładowej.

3.1.7. Nieznana jest wysokość wydatków budżetowych ponoszonych na opiekę zdrowotną osób pozbawionych wolności. W jednostkach penitencjarnych, wydatki te ujmowane były łącznie z pozostałymi wydatkami Służby Więziennej, co wynikało z przyjętych zasad sprawozdawczości budżetowej.

Z ustaleń kontroli NIK przeprowadzonych w podmiotach leczniczych jednostek penitencjarnych wynika, że w jednostkach penitencjarnych nie prowadzi się rachunku kosztów dla podmiotów leczniczych. Podmioty lecznicze jako nieposiadające samodzielności finansowej nie posiadają własnych planów finansowych i nie sporządzają sprawozdań finansowych⁵². Ewidencja kosztów prowadzona jest w układzie paragrafów klasyfikacji budżetowej i w szczególności rodzajowej niezbędnej do sporządzenia sprawozdawczości budżetowej jednostki penitencjarnej.⁵³

Centralny Zarząd Służby Więziennej nie posiadał informacji o wydatkach poniesionych przez zakłady karne i areszty śledcze między innymi na: transport osadzonych ze względu na stan zdrowia pomiędzy jednostkami penitencjarnymi lub jednostką penitencjarną a jednostką zewnętrzną⁵⁴, leczenie osadzonych uzależnionych oraz zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu niewłaściwej opieki medycznej nad osadzonymi w latach 2010–2011.

Na podstawie informacji uzyskanych z OISW, w okresie styczeń – maj 2012 r., na odszkodowania oraz zadośćuczynienia z tytułu niewłaściwej opieki medycznej nad osadzonymi wydatkowano 94,3 tys. zł, z tego: 20 tys. zł – na odszkodowanie w związku z zakażeniem osadzonego wirusem HCV, 50 tys. zł – tytułem zadośćuczynienia za niewłaściwe leczenie, 4,3 tys. zł - tytułem zadośćuczynienia za cierpienia powoda związane z niewłaściwym leczeniem, 20 tys. zł - tytułem zadośćuczynienia za szkody powstałe wskutek zaniechania leczenia.

CZSW nie posiadał również informacji o wydatkach poniesionych na leczenie osadzonych, którzy powodowali u siebie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia i z tego tytułu zostali obciążeni kosztami⁵⁵.

⁵² Działalność lecznicza prowadzona przez podmioty lecznicze funkcjonujące przy jednostkach penitencjarnych jest realizowana - w oparciu o kryterium merytoryczne - jako działalność wyodrębniona, por. rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 marca 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. Nr 55, poz. 490 ze zm.) – uchylony z dniem 1 lipca 2011 w związku z wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej.

⁵³ Plany kont tych jednostek są dostosowane do sporządzania sprawozdań budżetowych.

⁵⁴ W okresie od 1.01.2010 r. do 30.06.2012 r. zostało zrealizowanych 5 079 czynności transportowych, w tym dotyczących: świadczeń w pozawięziennym podmiocie leczniczym – 59, natychmiastowej pomocy lekarskiej – 790, leczenia i rehabilitacji – 3 926, zapewnienie specjalistycznej opieki zdrowotnej chorym na cukrzycę insulinozależną – 43, zapewnienie opieki osadzonemu z zaburzeniami psychicznymi – 31, zapewnienie specjalistycznej opieki zdrowotnej kobietom w ciąży – 68, całodobowej opieki lekarskiej – 161, transport osoby zwolnionej z odbywania kary pozbawienia wolności, niezdolnej do samodzielnej podróży do miejsca zamieszkania – 1.

⁵⁵ Art. 119 Kodeksu karnego wykonawczego.

W przypadku leczenia samouszkodzeń jednostki penitencjarne podejmowały działania mające na celu ściągnięcie należności z tytułu zwrotu kosztów tego leczenia. Do osadzonych kierowano wezwania zapłaty, a w przypadku nieskutecznych wezwań wnioski o wszczęcie egzekucji kierowane były do komorników sądowych. Należności z tego tytułu w okresie 2010 r., 2011 r., I kw. 2012 r. wynosiły odpowiednio: 215.619, 161.944, 164.046 zł., podczas gdy z tytułu zwrotu kosztów leczenia samouszkodzeń, na rachunek dochodów budżetowych jednostek penitencjarnych wpłynęły środki w wysokości odpowiednio: 28.435 zł, 20.952 zł, 8.539 zł, co oznacza, że w kolejnych okresach odzyskano jedynie należności w wysokości 13,2%, 12,9%, 5,2%.

Biorąc pod uwagę, że w aktualnym stanie prawnym brak jest określenia sposobu naliczania kosztów leczenia skazanych z tytułu samouszkodzeń istnieje, zdaniem NIK, potrzeba wprowadzenia, w formie wytycznych lub instrukcji⁵⁶, jednolitych (dla wszystkich jednostek organizacyjnych Służby Więziennej) zasad ich ustalania.

W latach 2010–2011 wzrosły o 26,4% (z 19,9 mln zł do 25,2 mln zł) wydatki na zakup świadczeń w pozawięziennych podmiotach leczniczych. Przyczyną tego stanu rzeczy była przede wszystkim likwidacja niektórych rodzajów działalności leczniczej w zakładach więziennych, w tym m.in. pracowni radiologicznych. CZSW nie posiadał jednak informacji o wysokości kosztów ponoszonych na zakup poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych.

3.1.8. W badanym okresie Biuro Służby Zdrowia CZSW nie przeprowadzało żadnych analiz kosztów działalności więziennej służby zdrowia, pomimo że, zgodnie z § 15 ust. 1 pkt 4 Regulaminu organizacyjnego CZSW⁵⁷, do zakresu działania komórek organizacyjnych CZSW należy m.in. sporządzanie okresowych analiz, ocen, informacji, sprawozdań i prognoz z zakresu działania komórki organizacyjnej. Biuro Służby Zdrowia nie sprawowało również nadzoru nad gospodarką lekami prowadzoną w zakładach karnych i aresztach śledczych. Według wyjaśnień Dyrektora Biura Służby Zdrowia, nadzór nad gospodarką lekami w jednostkach penitencjarnych „prowadzony jest przez właściwe apteki okręgowe, a nadzór nad aptekami okręgowymi sprawuje odpowiedni wojewódzki inspektorat farmaceutyczny”. Zgodnie jednak z § 26 ust. 2 pkt 9 lit. b) Regulaminu organizacyjnego, do nadzoru nad gospodarką lekową zobowiązane jest Biuro Służby Zdrowia CZSW.

3.1.9. Podmiot leczniczy w ZK Nr 1 we Wrocławiu nie był zarejestrowany w rejestrze zoz prowadzonym przez wojewodę, w sześciu jednostkach służby zdrowia stwierdzono natomiast niezgodności w faktycznie prowadzonej działalności a przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, bądź uregulowaniami wewnętrznymi. Stwierdzone nieprawidłowości ilustrują niżej wymienione przykłady:

- w AŚ Warszawa-Mokotów - organizacja zoz była niezgodna z rejestrem zoz prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego i statutem nadanym przez Ministra Sprawiedliwości⁵⁸. W strukturze szpitala był wpisany oddział intensywnej opieki medycznej (OIOM), który nie funkcjonował od 2008 r. Dopiero w listopadzie 2011 r. dyrektor Aresztu wystąpił z wnioskiem o likwidację OIOM, jednak do dnia zakończenia kontroli nie dokonano zmian,
- w ZK w Cieszynie - w regulaminach porządkowych zoz⁵⁹, obowiązujących do 30 kwietnia 2010 r., nie uwzględniano udzielania świadczeń medycznych z zakresu dermatologii i laryngologii, pomimo że świadczeń tych udzielano osadzonym. Udzielanie świadczeń z zakresu laryngologii uwzględniono dopiero w regulaminie obowiązującym od 30 maja 2011 r., a świadczeń z zakresu dermatologii dopiero, w toku kontroli NIK,

⁵⁶ Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. Nr 79, poz. 523 ze zm.), w ramach realizacji swoich zadań Dyrektor Generalny Służby Więziennej może wydawać zarządzenia, instrukcje lub wytyczne.

⁵⁷ Nadanego zarządzeniem Nr 81/2010 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie nadania Regulaminu organizacyjnego Centralnemu Zarządowi Służby Więziennej.

⁵⁸ Por. rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 lipca 2002 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności.

⁵⁹ Regulaminy porządkowe zoz z dnia: 28.11.2008 r., 12.08.2010 r. oraz 30.05.2011 r.

w regulaminie obowiązującym od 20 kwietnia 2012 r. Zaznaczyć należy, że lekarza dermatologa zatrudniano w zoz od 1 kwietnia 2009 r., a lekarza laryngologa od 1 marca 2010 r.,

- w AŚ w Łodzi - regulamin porządkowy zoz, w zakresie godzin udzielania świadczeń zdrowotnych różnił się od obowiązującego porządku Aresztu. Regulamin ten nie został zatwierdzony przez organ założycielski.

3.1.10. W roku 2011 w stosunku do roku 2010 zmniejszyło się zatrudnienie personelu medycznego w Więziennictwie o 0,8% (z 1799,1 do 1785,5 etatów), w tym lekarzy z 584,1 do 577,4 etatów, tj. o 1,2%. Wskaźnik liczby personelu medycznego na 1000 osób osadzonych utrzymywał się jednak w tym okresie na zbliżonym poziomie, tj. ok. 21,7 etatów, w tym ok. 7 etatów lekarskich.

Liczba wakatów w służbie zdrowia Służby Więziennej na koniec 2010 r. wynosiła 9,75 etatów, w tym na stanowisku lekarza 8,35, a na koniec 2011 r. 6,58, w tym na stanowisku lekarza 8,38 etatów. W 2010 r. ze służby zdrowia odeszło 88 funkcjonariuszy, w tym 26 lekarzy, w 2011 r. - 96, w tym 13 lekarzy. Według wyjaśnień Dyrektora Generalnego SW, wysoka fluktuacja kadr i występowanie wakatów w służbie zdrowia spowodowane było mało konkurencyjnym wynagrodzeniem oferowanym przez Służbę Więzienną i tym samym trudnościami w pozyskiwaniu funkcjonariuszy o wyspecjalizowanych kwalifikacjach w dużych aglomeracjach, a w szczególności lekarzy.

3.2 Inne stwierdzone nieprawidłowości dotyczące dostępu do świadczeń zdrowotnych

3.2.1. Nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej stwierdzono m.in. w AŚ w Łodzi oraz Warszawa-Mokotów.

- Zapisy dokonane w księgach ambulatoryjnych, prowadzonych w AŚ w Łodzi, dotyczących porad udzielanych przez laryngologa, w okresie badanym, (w ilości 473) - nie zawierały daty wykonania badania, w pięciu przypadkach liczono ten sam zabieg dwa razy, w jednym przypadku zapisy dotyczące daty zlecenia i daty przyjęcia były nieczytelne. Również kontrola przeprowadzona w ramach nadzoru zewnętrznego w 2011 r. wykazała błędy w zapisach w książce osadzonych zgłaszających się do lekarza, polegające na błędnym podaniu przez lekarza w 51 przypadkach daty przyjęcia osadzonych.
- W AŚ Warszawa-Mokotów stwierdzono nieprawidłowości w dokumentowaniu badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przeprowadzanych osadzonym. W księdze ambulatoryjnej przyjęć lekarskich nie odnotowano 47 (18,8% badanych) badań wstępnych oraz 25 (10%) badań stanu uzębienia, co było sprzeczne z § 33 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania⁶⁰. Nierzetelnie prowadzono również księgę odmów przyjęć do szpitala więziennego z oddziału wewnętrznego. Spośród 21 dokonanych, w okresie 2010–2011 r. wpisów, 11 z nich (ponad 50%) – nie zawierało danych identyfikujących osadzonego oraz przyczyn odmowy, do czego zobowiązywał § 30 ust. 1 pkt 2 i 9 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r.

3.2.2. W umowie z dnia 3.11.2010 r. na świadczenie dyżurów w oddziałach szpitalnych AŚ Warszawa-Mokotów nie ujęto godzin rozpoczęcia i zakończenia świadczeń, do czego zobowiązywał § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne⁶¹. Wydatki związane z realizacją powyższej umowy w okresie 2010–2011 r. i I kw. 2012 r. wyniosły 1.327,3 tys. zł.

Stwierdzono nierzetelne rozliczenie 6 faktur o wartości 23 tys. zł, spośród 44 wybranych losowo stanowiących należność za udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w AŚ w Warszawie-Białołęka. Do faktur nie załączono harmonogramu czasu pracy i nie było możliwe ustalenie, które świadczenia były wykonywane w ramach umowy o pracę, a które

⁶⁰ Dz. U. Nr 39, poz. 203.

⁶¹ Dz. U. Nr 93, poz. 592, uchylone z dniem 1 lipca 2011 r. przez ustawę o działalności leczniczej (art. 27).

w ramach umowy zlecenia zwłaszcza, że świadczenia te były wykonywane przez tego samego lekarza.

3.2.3. Dyrektor AŚ w Poznaniu nie powołał przewodniczącego komitetu i członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, co było niezgodne z art. 15 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶². W Areszcie nie były również przestrzegane zasady Instrukcji postępowania z pacjentami podejrzanymi lub chorymi na gruźlicę.

Stwierdzono, że tylko jeden osadzony, spośród trzech zidentyfikowanych jako osoby, które miały kontakt z chorym na gruźlicę, skierowany został, zgodnie ze wspomnianą Instrukcją, do lekarza pulmonologa.

3.2.4. Na 84.854 skarg złożonych przez osadzonych (w okresie badanym), 12.533 z nich (tj. ok. 15%) dotyczyło opieki zdrowotnej, w tym 98 (tj. niespełna 1%) zostało uznanych za zasadne. Ewidencję skarg, próśb i wniosków prowadzono zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów załatwiania skarg i próśb osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych⁶³. Tylko w ZK we Wronkach nie był przestrzegany siedmiodniowy termin na przekazanie skarg do załatwienia przez OISW, określony w § 5 ww. rozporządzenia.

3.3 Stan techniczny budynków i pomieszczeń, w których realizowano świadczenia zdrowotne oraz aparatury medycznej w więziennych podmiotach leczniczych

Główną przyczyną stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących infrastruktury wykorzystywanej przy udzielaniu świadczeń medycznych, według wyjaśnień kierowników jednostek badanych, były przede wszystkim ograniczone środki finansowe na inwestycje i remonty związane z dostosowaniem więziennych podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów.

3.3.1. Wydatki na „Więziennictwo” (według sprawozdawczości budżetowej – rozdział 75512) wzrosły w 2011 r. w stosunku do 2010 r. o 2,5 % i wynosiły odpowiednio 2.337.692,5 tys. zł, 2.395.684,9 tys. zł. W okresie 2010–2011 Służba Więzienna wydatkowała na inwestycje więziennych podmiotów leczniczych – 140,6 tys. zł, co stanowiło 0,1 % wydatków ogółem „Więziennictwa” na inwestycje (§ 6050 – 122.635,9 tys. zł). W roku 2010 nie zrealizowano żadnej inwestycji dotyczącej podmiotów leczniczych, natomiast w roku 2011 sfinansowano jedynie zadanie pn. „Przebudowa nowego obiektu szpitalnego na terenie Zakładu Karnego w Czarnem (70,7 tys. zł) oraz zadanie pn. „Przebudowa oddziału obserwacji sądowo-psychiatrycznej w Areszcie Śledczym w Krakowie” (69,9 tys. zł). W roku 2012 w planie zadań inwestycyjnych zapewniono również środki na kontynuację powyższych przedsięwzięć oraz przyjęto finansowanie nowego zadania pn. „Adaptacja pomieszczeń magazynowych na Zakład Opieki Zdrowotnej w Zakładzie Karnym w Nowogardzie” (rozpoczęcie adaptacji w 2012 r., planowane zakończenie – 2013 r.). Planowane wydatki na te zadania w 2012 r. wynoszą – 3.761,8 tys. zł, co oznacza że wzrosły one do 6,9 % planowanych wydatków na inwestycje ogółem w Służbie Więziennej (§ 6050 – 54.516 tys. zł). Przy czym CZSW nie posiadał danych dotyczących planowanych i poniesionych wydatków na remonty podmiotów leczniczych.

Jako działanie niegospodarne NIK oceniła wydatkowanie w 2010 r. i 2011 r. kwoty w łącznej wysokości 54,9 tys. zł na opracowanie dokumentacji pn. „Opracowanie koncepcji przebudowy szpitala w Areszcie Śledczym Warszawa-Mokotów”, która do dnia zakończenia kontroli nie była realizowana. Koszty opracowania tej dokumentacji zostały wprowadzone do planu wydatków

⁶² Dz. U. Nr 234, poz. 1570 ze zm.

⁶³ Dz. U. Nr 151, poz. 1467 ze zm.

inwestycyjnych OISW w Warszawie na rok 2010 dopiero po jej wykonaniu i uregulowaniu za nią należności w wysokości 52,2 tys. zł⁶⁴. Koncepcja ta, z uwagi na brak środków, nie została zaakceptowana, zarówno przez Kierownictwo Służby Więziennej, jak również Ministra Sprawiedliwości.

3.3.2. W 16 jednostkach (spośród 17 objętych kontrolą) budynki, w których udzielane były świadczenia medyczne, regularnie poddawane były okresowym (rocznym i pięcioletnim) kontrolom w myśl art. 62 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane⁶⁵. Zgodnie z art. 64 tej ustawy, dla poszczególnych obiektów prowadzono odrębne książki obiektów budowlanych. W 8 zakładach, co stanowiło 47 % badanych jednostek, stwierdzono nieprawidłowości, które polegały na niewykonaniu zaleceń pokontrolnych sformułowanych przez uprawnione organy nadzoru i kontroli oraz nierzetelnym prowadzeniu ksiąg obiektów budowlanych.

- W AŚ w Białymstoku nie przeprowadzono w 2011 r. rocznej kontroli obiektów budowlanych⁶⁶, a kontrolę pięcioletnią nie objęto instalacji elektrycznych i piorunochronnych⁶⁷. Do dnia zakończenia kontroli nie zrealizowano wniosku sformułowanego po kontroli przeprowadzonej w 2003 r. przez specjalistyczną firmę dotyczącego konieczności wykonania przeglądu i badania przeciwpożarowej instalacji hydrantowej oraz zmodernizowania tej instalacji, mimo iż jej uszkodzenia mogłyby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia ludzi albo bezpieczeństwa mienia (art. 70 ustawy Prawo budowlane). Areszt nie spełnił zatem wymogów określonych w § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) z 24 lipca 2009 r. ws. Przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę oraz dróg pożarowych⁶⁸ oraz naruszył przepisy rozporządzenia MSWiA z dnia 7 czerwca 2010 r. ws. Ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów i terenów⁶⁹. W wyniku podjętych działań, Areszt uzyskał z jednostki nadrzędnej środki finansowe na modernizację i rozbudowę sieci hydrantowej, z zaleceniem bezwzględnie wykonania tej inwestycji w 2012 r.
- AŚ w Poznaniu nie wykonał w pełni zaleceń dotyczących naprawy instalacji centralnego ogrzewania, wodnych i wentylacyjnych, a także dźwigów towarowych, rur spustowych, stolarki okiennej i drzwiowej. ZK we Wronkach nie wykonał zaleceń dot. wyprowadzenia ponad dach przewodów wentylacyjnych oraz zaleceń Państwowej Straży Pożarnej wyposażenia Zakładu w wymagane oświetlenie awaryjne. Zalecenia odnotowane w książkach obiektów w latach 2010-2012 AŚ Warszawa-Mokotów dotyczące remontu i modernizacji nie były realizowane. Sukcesywnie udrażniano jedynie przewody kominowe. Kierownicy jednostek nierealizowanie wniosków pokontrolnych uzasadniali brakiem środków finansowych.
- Prowadzone książki obiektów budowlanych w AŚ oraz ZK Nr 1 we Wrocławiu nie zawierały wszystkich informacji wymaganych rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie książki obiektu budowlanego⁷⁰ (np. spisu dokumentacji dołączonej do książki obiektu, wykazu opracowań technicznych dotyczących obiektu, wykazu protokołów odbioru robót remontowych, danych dotyczących dokumentacji technicznej, wykazu protokołów awarii i katastrof obiektu).

3.3.3. Tylko w dwóch spośród 17 badanych zakładów karnych, świadczenia zdrowotne udzielane były w pomieszczeniach spełniających warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem

⁶⁴ Pozostała należność została uregulowana w 2011 r.

⁶⁵ Dz. U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623 ze zm.

⁶⁶ Termin kontroli rocznej zbiegł się z terminem kontroli pięcioletniej, która objęła również zakres kontroli rocznej. W protokole z kontroli pięcioletniej nie ujęto jednak wzmianki świadczącej o spełnieniu obowiązków dotyczących kontroli rocznej.

⁶⁷ Pomiary elektryczne nie pokrywały się terminowo z kontrolami pięcioletnimi. Przeprowadzono je odrębnie w październiku 2009 r. (pawilon 1) i w we wrześniu 2011 r. (pawilon 2).

⁶⁸ Dz. U. Nr 124, poz. 1030.

⁶⁹ Dz. U. Nr 109, poz. 719 § 25 ust. 9 rozporządzenia zobowiązuje do zapewnienia możliwości poboru wody do celów przeciwpożarowych o wymaganych parametrach ciśnienia i wydajności w budynkach, niezależnie od stanu pracy innych systemów bądź urządzeń.

⁷⁰ Dz. U. Nr 120, poz. 1134.

fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej⁷¹. Skalę problemu charakteryzują poniższe przykłady:

- W AŚ we Wrocławiu niedostosowanych do wymogów wspomnianego rozporządzenia było w sumie 51 pomieszczeń, w tym gabinet przyjęć oraz sale chorych, izolatki w szpitalu psychiatrycznym, a nakłady niezbędne na ich dostosowanie i wyposażenie oszacowano na 216 tys. zł, z czego 133 tys. zł na zapewnienie dla szpitala psychiatrycznego rezerwowych źródeł wody i energii elektrycznej.
- Opracowany, przez ZK Nr 1 we Wrocławiu Program dostosowania pomieszczeń i urządzeń zoz do wymogów rozporządzenia zawierał 34 odstępstwa, a szacowana wartość kosztorysowa zadania przebudowa i remont kapitalny szpitala wyniesie 16.500 tys. zł.
- W AŚ Warszawa-Mokotów opracowany w 2006 r., a następnie 2012 r. zaktualizowany program dostosowania szpitala do obowiązujących wówczas wymagań nie był realizowany. Zagęszczenia łóżek w niektórych celach uniemożliwiało nie tylko swobodny dostęp do pacjenta (szczególnie w oddziale psychiatrii) ale także swobodne wyprowadzenie łóżek bez konieczności przesuwania innych (np. w oddziale ortopedycznym). Jednocześnie nastąpiła znaczna dekapitalizacja istniejącej infrastruktury szpitala⁷².

Wstępne szacunki dokonane przez CZSW w 2011 r. wskazują, że na dostosowanie więziennych podmiotów leczniczych do obowiązujących wymagań, niezbędna jest kwota ok. 60 mln zł. Biorąc jednak pod uwagę kolejne zmiany przepisów, w tym dotyczące zakresu szczegółowych wymagań w stosunku do podmiotów leczniczych oraz, że nie wszystkie więzienne zakłady wywiązywały się z obowiązku opracowania programu dostosowania tych pomieszczeń lub nie dokonały jego aktualizacji - wskazana kwota jest zaniżona.

Zaniechanie wykonania programu dostosowania pomieszczeń więziennych podmiotów leczniczych może spowodować w przyszłości konieczność zamknięcia niektórych placówek.

W okresie badanym, z uwagi na ograniczone środki finansowe na dostosowanie pomieszczeń do obowiązujących wymogów, zlikwidowano m.in.: 10 pracowni radiologicznych, oddział urologiczny i jeden oddział chirurgiczny. Szczególne znaczenie miały przypadki likwidacji pracowni RTG, zwłaszcza w kontekście obowiązku wykonywania profilaktycznych badań klatki piersiowej każdej osobie przyjmowanej do jednostki penitencjarnej oraz okresowych badań wykonywanych osobom przebywającym w tych jednostkach.

3.3.4. W 4 zakładach pomieszczenia apteki zakładowej nie spełniały wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 1 kwietnia 2003 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal apteki zakładowej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności⁷³.

Lokal apteki zakładowej⁷⁴ ZK Nr 1 we Wrocławiu nie spełniał wymogu dotyczącego wyposażenia go w urządzenia wentylacyjne. Mimo upływu 8 lat od ujawnienia tej nieprawidłowości, urządzenia te nie zostały zamontowane z powodu, jak podano, niewystarczających środków finansowych. Pomimo wydania przez Śląskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego wezwania do dostosowania lokalu apteki zakładowej AŚ w Bytomiu do obowiązujących wymagań, do dnia zakończenia kontroli nie przeprowadzono prac remontowych w celu usunięcia nieprawidłowości. AŚ w Gdańsku w latach 2010–2011 kierował wnioski do OISW o przyznanie środków finansowych na dostosowanie pomieszczeń apteki do wymogów. Do dnia zakończenia kontroli wnioski te nie zostały zrealizowane. Niewyodrębnienie w aptece AŚ w Szczecinie funkcji destylatorni i brak destylatora uzasadniono względami ekonomicznymi.

⁷¹ Dz. U. Nr 31, poz. 158. Rozporządzenie to zostało uchylone z dniem 1 lipca 2012 r. na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Z dniem 14 lipca 2012 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2012 r., poz. 808).

⁷² Obiekty budowlane, w których udzielano świadczeń zdrowotnych zostały oddane do użytkowania w latach 1902–1940, z wyjątkiem pawilonu dla osadzonych niebezpiecznych, który oddano do użytku w 2003 r.

⁷³ Dz. U. Nr 65, poz. 609.

⁷⁴ Apteka zakładowa pełniła równocześnie funkcję apteki okręgowej.

3.3.5. Objęte kontrolą podmioty lecznicze dysponowały na koniec 2011 r. specjalistyczną aparaturą medyczną o łącznej wartości początkowej około 13.760,3 tys. zł, tj. o 9 % wyższą w stosunku do 2010 r. Ograniczony zakres wymiany zużytego sprzętu i aparatury medycznej⁷⁵ skutkowało pogłębianiem się jego dekapitalizacji. Wobec zamortyzowania badanych urządzeń na początku 2010 r. w wysokości 84,6%, wskaźnik ten (z tytułu dokonanych zakupów) zmniejszył się na koniec 2011 r. jedynie do 81,3%. Na 380 urządzeń (objętych kontrolą) ich struktura wiekowa kształtowała się następująco: wyprodukowane przed 1996 r. – 32,1%, w latach 1997 do 2000 – 24,6%, 2001 do 2006 – 21%, po roku 2010 – 22,3%.

Pomimo świadczenia usług medycznych w oparciu o wyeksploatowaną aparaturę diagnostyczną, w 6 zakładach spośród 15, w których zbadano to zagadnienie, nie dokonywano lub dokonywano w ograniczonym zakresie, okresowych jej przeglądów i konserwacji, nie przestrzegając zaleceń producentów zawartych w instrukcjach ich używania. Nie sporządzano lub nie przestrzegano harmonogramów obowiązkowych przeglądów technicznych. Dokumentacja eksploatacyjna (w przypadku jej prowadzenia) była nierzetelna, tj. nie zawierała pełnych informacji o dokonanych przeglądach i przerwach w pracy spowodowanych awariami sprzętu. Stanowiło to naruszenie przepisów ustawy o wyrobach medycznych⁷⁶, które zobowiązywały użytkowników do zachowania należytej staranności w utrzymaniu właściwego ich stanu technicznego oraz dokumentowaniu tych czynności.

Stwierdzone nieprawidłowości charakteryzują następujące przykłady:

- AŚ w Szczecinie posiadał na wyposażeniu 25 urządzeń medycznych umorzonych w 95,4% (22 urządzenia były umorzone w 100%), przy czym z powodu słabej jakości sprzętu, wieku i braku wskazań medycznych użytkował tylko 14. Spośród użytkowanych aparatów dla 4 z nich nie prowadzono paszportów technicznych i udokumentowania wykonanych działań serwisowych, przeglądów i dopuszczenia do bezpiecznego użytkowania.
- W AŚ Warszawa-Mokotów nie sporządzano planu przeglądów stanu technicznego aparatury w znacznym stopniu zdekapitalizowanej (87,3%), skutkiem czego 13 z 41 skontrolowanych aparatów nie posiadało przeglądów potwierdzających ich sprawność techniczną. Ponadto w większości przypadków nie zapewniono wymaganych okresowych przeglądów technicznych i konserwacji aparatury medycznej, a w wielu przypadkach nawet nie ustalono cyklu obowiązkowych przeglądów. W paszportach technicznych lub kartach konserwacji nie dokonywano wszystkich wpisów wykonanych napraw serwisowych.

W dwóch zakładach stwierdzono przypadki posiadania przez te jednostki aparatury, która przez dłuższy okres, wynoszący nawet kilka lat, nie była użytkowana, co w ocenie NIK było działaniem niegospodarnym.

- W AŚ w Poznaniu, spośród 45 pozostających na wyposażeniu szpitala urządzeń medycznych, jedno z nich (respirator stacjonarny o wartości początkowej 19.495 zł⁷⁷) nie było użytkowane od czasu jego przyjęcia, tj. od grudnia 2006 r., ponieważ odstąpiono od tworzenia w szpitalu dwóch stanowisk do intensywnej opieki medycznej. Dopiero po upływie pięciu lat od jego otrzymania zbędne urządzenie zostało zgłoszone (w 2011 r.) do rejestru CZSW, w celu przekazania innej jednostce.
- Od końca grudnia 2010 r. do dnia zakończenia kontroli AŚ Warszawa-Mokotów posiadał na stanie nieużytkowany aparat usg Mindary DC-7, na gwarancji, zakupiony w 2010 r. ze środków CZSW za kwotę 109.889 zł. Pomimo upływu 18-tu miesięcy od przyjęcia tego aparatu z CZSW, dyrekcja Aresztu nie podjęła decyzji o jego zagospodarowaniu bądź przekazaniu innemu podmiotowi, ograniczając się jedynie do jego zmagazyrowania w pomieszczeniach ZOZ Medycyny Pracy Służby Więziennej w Warszawie. Nie

⁷⁵ Spowodowany, według wyjaśnień kierowników jednostek kontrolowanych, problemami finansowymi zakładów.

⁷⁶ Art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

⁷⁷ Urządzenie otrzymano z Fundacji Fundusz Współpracy JFK w Warszawie. W dniu otrzymania urządzenie umorzone w 50%.

użytkowano także systemu do wykonywania testów wysiłkowych (z 2005 r.) – ze względu na brak personelu przeszkolonego w zakresie wykonywania takich testów. Ponadto, od ponad 2 lat, w związku z brakiem aktualnego oprogramowania nie wykonywano badań aparatem do EKG holter z 1999 r., który był sprawny technicznie. Aparat ten nie był nawet serwisowany ze względu na potencjalne koszty i brak lekarzy przeszkolonych w przeprowadzeniu badania. Od listopada 2011 r. nie był też użytkowany jeden z dwóch unitów stomatologicznych, z uwagi na niesprawny fotel, który nie został naprawiony, gdyż drugi z unitów zabezpieczał potrzeby jednostki.

3.3.6. W 11 zakładach realizujących świadczenia rentgenodiagnostyczne nie zapewniono warunków bezpiecznego stosowania tych urządzeń oraz ochrony pracowników i pacjentów przed zagrożeniami wynikającymi ze stosowania promieniowania jonizującego.

W 7 jednostkach nie wykonywano lub wykonywano ze znacznym opóźnieniem obowiązkowe podstawowe i coroczne specjalistyczne testy kontroli fizycznych parametrów urządzeń rentgenodiagnostycznych, do realizacji których zobowiązuje § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁷⁸. Znaczenie przeprowadzania powyższych testów, których celem jest zapobieżenie medycznym wypadkom radiologicznym, było tym większe, że badane jednostki ochrony zdrowia dysponowały przestarzałymi technicznie urządzeniami, które również nie były poddawane okresowym przeglądom technicznym.

Stwierdzono również przypadek użytkowania urządzenia, pomimo informacji o nadmiernych dawkach promieniowania rentgenowskiego z powodu niespełnienia przez to urządzenie norm radiologicznych.

8 spośród 17 jednostek nie przeprowadzało corocznego klinicznego audytu wewnętrznego w zakresie rentgenodiagnostyki, obejmującego m.in. kontrolę częstości wykonywanych testów⁷⁹.

Wymienione nieprawidłowości oraz stwierdzone przypadki nieprzestrzegania zasad ochrony osób przed zagrożeniami wynikającymi ze stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych charakteryzują następujące przykłady:

- W AŚ Warszawa-Mokotów nie dla wszystkich urządzeń rentgenodiagnostycznych wykonywano testy podstawowe. W 2010 r. nie wykonywano rocznych testów specjalistycznych. Natomiast testy specjalistyczne przeprowadzone pod koniec 2011 r. ujawniły w stosunku do jednego urządzenia (który nie był ujęty w ewidencji środków trwałych) występowanie odchyłań niektórych parametrów mających wpływ na jakość badań i bezpieczeństwo pacjentów oraz obsługi. Mimo to dopiero po upływie 3 miesięcy zaprzestano wykonywania nim badań. Nie udokumentowano przeprowadzenia ani jednego klinicznego audytu wewnętrznego.
- W ZK we Wronkach stwierdzono przypadki nieprzeprowadzania lub przeprowadzania z niewłaściwą częstotliwością podstawowych testów eksploatacyjnych urządzeń. W całym okresie badanym nie przeprowadzono wewnętrznych audytów klinicznych. Audyt dotyczący roku 2011 został przeprowadzony dopiero w trakcie kontroli NIK. Instrukcja ochrony radiologicznej nie zawierała wszystkich wymaganych zasad naruszając tym samym wytyczne do opracowania ww. instrukcji⁸⁰.
- Do dnia 10 kwietnia 2010 r. Pracownia Radiologiczna AŚ w Gdańsku (po przeprowadzonym remoncie⁸¹) prowadziła działalność bez wymaganego zezwolenia Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego⁸².

⁷⁸ Dz. U. Nr 51, poz. 265 ze zm., a poprzednio rozporządzenie z dnia 25 sierpnia 2005 r. (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).

⁷⁹ § 53 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r.

⁸⁰ Wytyczne do opracowania instrukcji stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325).

⁸¹ Pracownia radiologiczna w okresie 1 lipiec 2008 r. – 12 grudzień 2008 r., z uwagi na remonty budynku szpitala, była wyłączona z eksploatacji.

⁸² Naruszenie art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy - Prawo atomowe (Dz. U. z 2012 r., poz. 264 ze zm.).

Kierownik Pracowni nie posiadał wymaganego⁸³ certyfikatu potwierdzającego zdanie egzaminu po szkoleniu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, które ukończył w 2007 r.⁸⁴ W Pracowni nie zatrudniano ani jednego lekarza specjalisty w zakresie radiologii i diagnostyki obrazkowej⁸⁵. Przekroczono: w 2011 r. o 29 dni, w 2012 r. o 69 dni - termin poddawania urządzeń rentgenodiagnostycznych testom specjalistycznym z zakresu kontroli fizycznych parametrów.

Mimo upływu prawie siedmiu lat od wejścia w życie przepisu art. 33g ustawy – Prawo atomowe, nie powołano komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych. Nie rzadziej niż co 4 lata komisje miały przeprowadzać audyt kliniczny zewnętrzny, obejmujący przegląd poprawności stosowanych procedur udzielanych świadczeń oraz kwalifikacji personelu, w tym również określonych w art. 33i, a także w zakresie wyposażenia w aparaturę, warunków lokalowych i systemu zarządzania jakością. Minister Zdrowia wydał wprawdzie rozporządzenie na podstawie art. 33g ust. 15 ustawy – Prawo atomowe, w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących formy i treści wzorcowych i roboczych medycznych procedur radiologicznych, to jednak do zakończenia kontroli jednostki ochrony zdrowia Służby Więziennej nie były poddane klinicznemu audytowi zewnętrznemu w zakresie rentgenodiagnostyki.

Żaden ze skontrolowanych 10 więziennych szpitali, nie posiadał na wyposażeniu jeźdnego aparatu rentgenowskiego do wykonywania zdjęć przyłóżkowych, wymaganego § 2 ust. 2 pkt 1 lit. c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych.

3.4 Realizacja zamówień publicznych

W badanym okresie wydatki na zakupy aparatury medycznej wyniosły 5.640,5 tys. zł. CZSW nie ustalił zasad planowania i realizacji zakupu aparatury medycznej. Zakupy były realizowane zarówno przez CZSW, OISW oraz bezpośrednio przez jednostki penitencjarne.

3.4.1. Realizacja zamówień publicznych na zakup aparatury medycznej w 2010 r., dokonana przez CZSW, była przedmiotem kontroli Centralnego Biura Antykorupcyjnego (CBA)⁸⁶. W wyniku kontroli stwierdzono m.in., że:

- dokonano zakupu sprzętu i aparatury medycznej bez uprzedniego rozeznania potrzeb jednostek penitencjarnych. Określenie placówek, do których sprzęt miał trafić, nastąpiło w sposób dowolny bez uwzględnienia specyfiki jednostek, tj. zakresu priorytetowych usług medycznych przez nie świadczonych, bazy sprzętowej, obsady kadrowej szpitali. W przypadku zakupionej aparatury EKG trzy jednostki penitencjarne odmówiły jego przejęcia, z uwagi na posiadanie już takiego sprzętu. Wykorzystanie zakupionego sprzętu do diagnostyki kardiologicznej dla ZK Nr 2 w Łodzi było uwarunkowane dokonaniem nakładów na infrastrukturę przywięziennego szpitala. Z powodu ograniczonych środków finansowych, nie nastąpiło wydzielenie oddziału kardiologicznego, a tym samym zakupiony sprzęt nie był wykorzystywany,

⁸³ Art. 33 c ust. 5 ustawy Prawo atomowe.

⁸⁴ Patrz art. 33 c ust. 5 ustawy - Prawo atomowe.

⁸⁵ § 6 ust. 1 rozporządzenia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenoradiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. Nr 59, poz. 365 ze zm.).

⁸⁶ „Kontrola wybranych zamówień publicznych ogłaszanych, udzielanych, realizowanych w latach 2008-2010 przez Centralny Zarząd Służby Więziennej”. Kontrolą przeprowadzoną w okresie 25 listopada 2010 r. – 30 czerwiec 2011 r. objęto procedury przetargowe Nr 16/2010 i 24/2010.

- naruszono zasadę uczciwej konkurencji poprzez podział zamówienia (pogrupowanie przedmiotu zamówienia w tzw. pakiety) oraz sposób opracowania Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w części dotyczącej szczegółowych opisów przedmiotu zamówienia, – naruszono zasadę uczciwej konkurencji,
- brak było nadzoru nad proceduralnym przebiegiem postępowania.

3.4.2. Stwierdzone przez NIK nieprawidłowości w realizacji zamówień publicznych na zakup produktów leczniczych w Areszcie Śledczym Warszawa- Mokotów dotyczyły 2 (o wartości 57,1 tys. zł) spośród 6 zamówień publicznych (o łącznej wartości 590,7 tys. zł), przeprowadzonych w latach 2010–2012⁸⁷.

W 2010 r. dokonano zakupu, z wolnej ręki leków, pomimo że nie zachodziły okoliczności uzasadniające zastosowanie tego trybu.

Szacunkową wartość powyższych zamówień, jak również zamówienia na dostawę leków i wyrobów farmaceutycznych w 2011 r., ustalono w kwotach brutto, co było sprzeczne z art. 32 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych, który stanowi, iż podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie wykonawcy, bez podatku towarów i usług, ustalone przez zamawiającego z należytą starannością⁸⁸.

⁸⁷ W okresie tym udzielono 38 zamówień publicznych dotyczących opieki zdrowotnej, o łącznej wartości 2.320,9 tys. zł.

⁸⁸ Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

4.1 Przygotowanie kontroli

Wydatkowanie środków publicznych w obszarze funkcjonowania podmiotów leczniczych w ochronie zdrowia osób pozbawionych wolności, dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych tym osobom, nie było dotychczas przedmiotem kontroli NIK. Do kontroli zostały wytypowane przede wszystkim podmioty lecznicze zakładów karnych i aresztów śledczych, które posiadają w swojej strukturze organizacyjnej działalność szpitalną oraz pracownię radiologiczną (dobór celowy). Zakres przedmiotowy kontroli uwzględnił również sugestie Rzecznika Praw Obywatelskich, zgłoszone w poprzednich latach.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

W trakcie kontroli w jednej jednostce kontrolerzy poinformowali kierownika jednostki kontrolowanej o stwierdzeniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ludzkiego albo niepowetowanej szkody w mieniu, w celu zapobieżenia występującemu niebezpieczeństwu lub szkodzie⁸⁹.

W wyniku kontroli do kierowników wszystkich 18 skontrolowanych jednostek skierowano wystąpienia pokontrolne, zawierające uwagi oceny oraz wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości. W jednym przypadku kierownik skontrolowanej jednostki skorzystał z przysługującego prawa i zgłosił zastrzeżenia do dwóch wniosków zawartych w wystąpieniu pokontrolnym. Komisja Odwoławcza NIK częściowo uwzględniła zastrzeżenie do jednego z tych wniosków⁹⁰. W odpowiedziach na wystąpienia pokontrolne kierownicy jednostek kontrolowanych informowali o podjętych działaniach, zmierzających do usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowościach.

Na dzień 5 listopada 2012 r.: z ogólnej liczby 78 wniosków pokontrolnych 35 zrealizowano, 26 pozostawało w fazie realizacji, nie zrealizowano 17 wniosków pokontrolnych.

Finansowe rezultaty kontroli wyniosły ogółem 1.462,3 tys. zł, w tym: kwota 1.384,4 tys. zł wydatkowana z naruszeniem prawa, 77,9 tys. zł z tytułu naruszenia zasad należytego zarządzania finansami.

⁸⁹ Na podstawie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK.

⁹⁰ Na podstawie art. 56 ust. 1 - 4 ustawy o NIK.

Charakterystyka stanu prawnego w badanym zakresie

Karę pozbawienia wolności wykonuje się w następujących rodzajach zakładów karnych: dla młodocianych, dla odbywających karę po raz pierwszy, dla recydywistów penitencjarnych, dla odbywających karę aresztu wojskowego⁹¹. Zakłady te mogą być organizowane jako zakłady karne typu: zamkniętego, półotwartego, otwartego⁹².

Zakłady karne mogą być tworzone jako samodzielne zakłady lub jako wyodrębnione oddziały zakładów karnych i aresztów śledczych. Kilka zakładów może posiadać wspólną administrację, bądź wydzielone służby. Zakładem karnym kieruje dyrektor, a wyodrębnionym oddziałem może kierować podlegający dyrektorowi kierownik⁹³.

Siedziby i terytorialny zasięg działania dyrektorów okręgowych Służby Więziennej ze wskazaniem podległych im jednostek organizacyjnych (w tym: zakładów karnych i aresztów śledczych) określa załącznik do zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie siedzib, terytorialnego zasięgu i szczegółowego zakresu działania dyrektorów okręgowych Służby Więziennej oraz struktury organizacyjnej okręgowych inspektoratów Służby Więziennej⁹⁴.

Opieka zdrowotna nad osobami pozbawionymi wolności

Osoby pozbawione wolności (osoby osadzone) mają konstytucyjnie chronione prawo do ochrony życia, a tym samym do opieki zdrowotnej niezbędnej do jego ochrony⁹⁵. Rozszerzenie i sprecyzowanie tych postanowień znajduje się w kodeksie karnym wykonawczym oraz w innych szczegółowych aktach prawnych z zakresu ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 102 pkt 1 k.k.w., skazany ma w szczególności prawo do opieki lekarskiej i sanitarnej. Uszczegółowienie tych postanowień nastąpiło w art. 115 k.k.w., który zobowiązuje władze państwowe zajmujące się skazanymi do zapewnienia bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz bezpłatnego zaopatrzenia w leki, artykuły sanitarne, a w szczególnie uzasadnionych wypadkach⁹⁶ – w niezbędne protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

W drodze rozporządzenia⁹⁷ Minister Sprawiedliwości określił warunki i sposób zaopatrzenia osób pozbawionych wolności w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

W odróżnieniu od powszechnie obowiązujących norm, skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru: lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń, lekarza dentysty oraz szpitala⁹⁸. Norma prawna zezwala jednak, w szczególnie uzasadnionych wypadkach, na leczenie skazanego na jego koszt, przez wybranego przez niego lekarza, jak również na korzystanie z dodatkowych leków i innych środków medycznych⁹⁹.

⁹¹ Art. 69 k.k.w.

⁹² Art. 70 k.k.w.

⁹³ Art. 72 § 1 i 3 k.k.w.

⁹⁴ Dz. Urz. Ministra Sprawiedliwości Nr 8, poz. 116 ze zm.

⁹⁵ Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

⁹⁶ Zgodnie z art. 115 § 2 k.k.w., artykuły te zapewnia się skazanemu bezpłatnie, jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary pozbawienia wolności.

⁹⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (Dz. U. Nr 204, poz. 1986).

⁹⁸ Art. 115 § 1a. k.k.w.

⁹⁹ Art. 115 § 6 k.k.w.

Skazanemu zapewnia się opiekę lekarską świadczoną przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (art. 115 § 4 k.k.w.), a w przypadkach gdy konieczne jest w szczególności:

- natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowie skazanego,
- przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego,
- zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego (art.115 § 5 k.k.w.) w pozawięziennych podmiotach leczniczych, które współdziałały ze służbą zdrowia w zakładach karnych na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności¹⁰⁰.

Szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności określało rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności¹⁰¹. Zgodnie z rozporządzeniem, osobę pozbawioną wolności poddaje się badaniom wstępnym: podmiotowym (wywiad chorobowy) i przedmiotowym (fizykalnym), nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia do zakładu karnego. W terminie 14 dni od dnia przyjęcia wykonuje się profilaktyczne radiologiczne badanie klatki piersiowej oraz badanie stanu uzębienia. Badania okresowe, polegające na wykonaniu profilaktycznego radiologicznego badania klatki piersiowej, przeprowadza się co najmniej raz na 24 miesiące. Badania kontrolne wykonywane są przed przetransportowaniem osadzonego lub zwolnieniem z zakładu karnego. Skazanego poddaje się w miarę potrzeby, za jego zgodą, badaniom psychologicznym, a także psychiatrycznym. Sędzia penitencjarny może zarządzić przeprowadzenie badań bez zgody skazanego. Badania te przeprowadza się przede wszystkim w powołanych, zarządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 2000 r., 15 ośrodkach diagnostycznych w zakładach karnych lub aresztach śledczych¹⁰². Zasady organizacji i warunki przeprowadzania badań w ośrodkach diagnostycznych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r.¹⁰³.

Oprócz tego iż, opieka lekarska jest prawem skazanego, często staje się ona również jego obowiązkiem. Zgodnie z art. 116 § 1 pkt 3 k.k.w. skazany ma obowiązek poddać 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 alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych. W przypadku, gdy u skazanego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych, a także skazanego

¹⁰⁰ Dz. U. Nr 171, poz. 1665, a następnie rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 9 maja 2012 r. Dz. U. z 2012 r., poz. 547.

¹⁰¹ Dz. U. z 2011 r. Nr 1, poz. 2, a następnie rozporządzenie z dnia 14 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 738).

¹⁰² Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 2000 r. w sprawie powołania ośrodków diagnostycznych (Dz. Urz. MS Nr 4, poz. 14).

¹⁰³ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych (Dz. U. Nr 29, poz. 369).

za przestępstwo¹⁰⁴ popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, obejmuje się go, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją, a w razie gdy nie wyrazi on zgody, o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny (art. 117 k.k.w.).

W sytuacji nadzwyczajnej, czyli zagrożenia życia skazanego, jego prawo do wyrażenia zgody na zabiegi lekarskie ulega znacznemu ograniczeniu. Zgodnie z treścią art. 118 k.k.w. – w wypadku, gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo, stwierdzone co najmniej przez dwóch lekarzy, można dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo sprzeciwu skazanego. W wypadku sprzeciwu skazanego, o dokonaniu zabiegu orzeka sąd penitencjarny. W nagłym wypadku, jeżeli zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego, o konieczności zabiegu decyduje lekarz.

W szczególnej sytuacji, gdy skazany w celu wymuszenia określonej decyzji lub postępowania organu wykonawczego lub uchylenia się od ciążącego na nim obowiązku, powoduje u siebie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, niezależnie od odpowiedzialności dyscyplinarnej, może być obciążony w całości lub w części kosztami związanymi z leczeniem, o czym orzeka sąd penitencjarny (art. 119 k.k.w.).

Więźniowie mają obowiązek zawiadamiania przełożonych o własnej chorobie oraz o zauważonej chorobie u innego skazanego (art. 116 § 1 pkt 2a k.k.w.).

W przypadku, gdy więźniowie zachorują na chorobę zakaźną, opieka medyczna nad nimi przybiera szczególne cechy, określone w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych.

Szczegółowe kwestie związane z leczeniem odwykowym oraz profilaktykę przeciwalkoholową w zakładach karnych reguluje rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób umieszczonych w zakładach karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego¹⁰⁵.

Zagadnieniem wchodzącym w skład szeroko pojmowanej opieki medycznej jest także leczenie osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w zakładach karnych, co zostało uregulowane w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r.¹⁰⁶

W przypadku, gdy zaistnieje konieczność skierowania tymczasowo aresztowanego do pododdziału detoksykacyjnego zoz dla osób pozbawionych wolności, istnieje obowiązek zawiadamiania organów, do których dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje. Jeżeli tymczasowo aresztowany wymaga natychmiastowego leczenia odtruwającego, organ do którego dyspozycji pozostaje tymczasowo aresztowany, na wniosek lekarzy i w uzgodnieniu z dyrektorami zoz dla osób pozbawionych wolności, może skierować osobę uzależnioną bezpośrednio do pododdziału detoksykacyjnego tych zakładów (§ 8).

¹⁰⁴ Art. 197-203 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.).

¹⁰⁵ Dz. U. Nr 25, poz. 113.

¹⁰⁶ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz. U. z 2007 r. Nr 5, poz. 40).

Do oddziałów terapeutycznych kieruje się skazane osoby uzależnione niewymagające leczenia detoksykacyjnego, ale wymagające terapeutycznych metod oddziaływania, w tym specjalistycznego psychologicznego (§ 9 ust. 2).

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁰⁷ dopuszcza leczenie osób uzależnionych w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego, po wydaniu zezwolenia (w drodze decyzji administracyjnej) Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, po zasięgnięciu opinii dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, po spełnieniu warunków stanowiących podstawę wydania zezwolenia (art. 28 ust. 1, 3 i 5).

Szczegółowy tryb postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowe warunki, które powinien spełniać zoz prowadzący leczenie substytucyjne, określił Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia z dnia 19 października 2007 r.

Dodatковым elementem realizującym prawo osób pozbawionych wolności do opieki medycznej jest istnienie aptek w zakładach karnych. Szczegółowo zagadnienie to jest uregulowane przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 1 kwietnia 2003 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal apteki zakładowej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom pozbawionym wolności

Sposób i tryb finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w badanym okresie osobom pozbawionym wolności, zostały określone w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰⁸, a następnie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r.¹⁰⁹. W części dotyczącej zakresu problematyki objętej kontrolą, nie nastąpiły zmiany w tym zakresie.

Bezpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, które są udzielane osobom pozbawionym wolności, bez względu na ich uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, finansowane są przez Ministra Sprawiedliwości ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem.

Bezpłatne świadczenia dla tych osób, realizowane w ramach następujących ustaw: o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, o przeciwdziałaniu narkomanii, o ochronie zdrowia psychicznego, o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj., o których mowa w art. 12 pkt 2-4 i 6, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹⁰), finansowane są, w formie dotacji, przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Otrzymywana przez Fundusz dotacja z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji ww. zadań nie uwzględnia kosztów administracyjnych¹¹¹. Szczegółowy sposób

¹⁰⁷ Dz. U. z 2012, poz. 124 ze zm. przen.

¹⁰⁸ Dz. U. Nr 137, poz. 858, uchylone z dniem 20 października 2011 r.

¹⁰⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 225, poz. 1355).

¹¹⁰ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

¹¹¹ Art. 97 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

finansowania i rozliczania środków dotacji został uregulowany w kolejnych rozporządzeniach (w okresie badanym) w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej.

Organizacja zakładów opieki zdrowotnej

Zakłady opieki zdrowotnej, jako jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Sprawiedliwości, realizują wobec osób pozbawionych wolności cele określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (poprzednio w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹¹²) oraz przepisach wydanych na ich podstawie, przy uwzględnieniu przepisów Kodeksu karnego wykonawczego.

W jednostkach penitencjarnych funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, które zostały powołane przez Ministra Sprawiedliwości na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹¹³ ze zm.).

Więzienne zoz były ujęte w ogólnym rejestrze wszystkich zoz prowadzonych przez Ministra Zdrowia na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej¹¹⁴. Z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej organami prowadzącymi rejestr zoz są właściwi terytorialnie wojewodowie. Minister Zdrowia został zobowiązany do przekazania właściwym wojewodom, w terminie 10 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, wszelkiej dokumentacji związanej z prowadzeniem tego rejestru¹¹⁵.

Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej zostały określone w kolejno obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w tej sprawie: z dnia 10 listopada 2006 r.¹¹⁶ i z dnia 2 lutego 2011 r. Zmiany ww. przepisów wiązały się z ograniczeniem zakresu szczegółowych wymagań sanitarnych i fachowych w odniesieniu do pomieszczeń i urządzeń zakładów oraz zmianą terminu dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań określonych w tych rozporządzeniach. Z dniem 14 lipca 2012 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności.

Minister Sprawiedliwości, w drodze rozporządzenia z dnia 1 kwietnia 2003 r. określił szczegółowe wymagania, jakim powinien odpowiadać lokal apteki zakładowej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, a w rozporządzeniu z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności określił również m.in. dane, jakie powinno zawierać zapotrzebowanie na zakup produktów leczniczych lub wyrobów medycznych oraz sposób i tryb ewidencjonowania recept farmaceutycznych.

¹¹² Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

¹¹³ Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm. uchylony z dniem 1 lipca 2011 r. ustawą o działalności leczniczej.

¹¹⁴ Dz. U. Nr 169, poz. 1781 ze zm. – jw.

¹¹⁵ Art. 217 ust. 4 i 5 ustawy o działalności leczniczej.

¹¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zoz (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.).

Dokumentacja medyczna prowadzona w zakładach karnych i szpitalach więziennych dla osób pozbawionych wolności

Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposób jej przetwarzania zostały określone w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 września 2007 r.¹¹⁷, które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2011 r., a z dniem 1 marca 2011 r. weszło w życie nowe rozporządzenie regulujące tę kwestię¹¹⁸.

Rozpatrywanie skarg osób pozbawionych wolności

Zasady, tryb przyjmowania i rozpoznawania wniosków, skarg i próśb osób osadzonych, a także ich ewidencję i dokumentowanie zostały określone w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów załatwiania wniosków, skarg i próśb osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych. Ewidencję skarg wpływających do jednostki organizacyjnej prowadzi się w formie dzienników skarg (według wzoru określonego w załączniku do tego rozporządzenia), dla którego prowadzi się skorowidze w układzie alfabetycznym według nazwisk osadzonych, których dotyczą te skargi¹¹⁹.

Inne podstawowe uregulowania prawne dotyczące badanej problematyki

Pojęcie wyrobu medycznego, zasady wprowadzania do obrotu i używania oraz nadzór nad tymi wyrobami określa ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych. Zgodnie z tymi przepisami, wyrobem medycznym jest narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu z tym oprogramowaniem, przeznaczone do stosowania u ludzi, m.in. w celu diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia i łagodzenia przebiegu choroby lub kompensowania urazów i upośledzeń (art. 2 ust. 1 pkt 38).

Wyrób medyczny wprowadzony do obrotu i do używania, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej powinien być właściwie dostarczony, prawidłowo zainstalowany i utrzymywany oraz używany zgodnie z przewidzianym przez wytwórcę zastosowaniem, a użytkownik wyrobu jest obowiązany do przestrzegania instrukcji używania (art. 90 ust. 1). Wyroby przeznaczone do używania na terytorium RP mają oznakowania i instrukcje używania w języku polskim lub wyrażone za pomocą zharmonizowanych symboli lub rozpoznawalnych kodów (art. 14 ust. 10). Świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu. Ustawodawca nakłada również obowiązek posiadania dokumentacji określającej terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów itp. wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów wykonujących te usługi (art. 90 ust. 6 i 7).

¹¹⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 września 2007 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 185, poz. 1319).

¹¹⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładzie opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania.

¹¹⁹ § 11 ww. rozporządzenia.

W odniesieniu do aparatury medycznej, będącej źródłem promieniowania jonizującego, wymóg posiadania odpowiednich świadectw i zezwoleń wynika z postanowień ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe¹²⁰.

Wykonywanie działalności związanej z narażeniem, polegającej na uruchamianiu pracowni, w których mogą być stosowane źródła promieniowania jonizującego, w tym pracowni rentgenowskich, wymaga zezwolenia w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej (art. 4 ust. 1 pkt 6)¹²¹. Zezwolenie na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych oraz uruchamianie pracowni stosujących takie aparaty wydaje państwowy wojewódzki inspektor sanitarny (art.5 ust. 4).

Główny Inspektor Sanitarny prowadzi krajową bazę danych urządzeń radiologicznych na podstawie przesyłanych przez organ, który wydał zezwolenie, informacji dotyczących urządzeń radiologicznych (art. 33k. ust. 1 i 2).

Wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie do celów diagnostyki medycznej sprawuje osoba, która posiada uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej w tych pracowniach (art. 7 ust. 5).

Jednostki ochrony zdrowia wykonujące m.in. rentgenodiagnostykę są obowiązane podjąć działania zmierzające do zapobieżenia medycznym wypadkom radiologicznym. W tym celu dokonuje się kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych oraz klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych, a także wprowadza się system zarządzania jakością (art. 33c ust. 7).

Wymagania i szczegółowe zasady realizacji systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce, wymagania dotyczące szkolenia specjalistycznego osób wykonujących i nadzorujących wykonywanie badań oraz zasady wykonywania kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych, klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych – Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.

Publiczne podmioty lecznicze, jako jednostki sektora finansów publicznych¹²², udzielając zamówień na dostawy, usługi i roboty budowlane zobowiązane są do stosowania zasad i trybu określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

¹²⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 264 ze zm.

¹²¹ Z uwzględnieniem (w badanym okresie) przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 sierpnia 2002 r. w sprawie przypadków, w których działalność związana z narażeniem na promieniowanie jonizujące nie podlega obowiązkowi uzyskania zezwolenia albo zgłoszenia, oraz przypadków, w których może być wykonywana na podstawie zgłoszenia (Dz. U. Nr 137, poz. 1153 ze zm.).

¹²² Art. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Wykaz jednostek objętych kontrolą

L.p.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena sformułowana w wystąpieniu pokontrolnym	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę
1.	Centralny Zarząd Służby Więziennej	Pozytywna z nieprawidłowościami	Departament Zdrowia
2.	Areszt Śledczy w Białymstoku	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Olsztynie
3.	Areszt Śledczy w Bydgoszczy	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Bydgoszczy
4.	Areszt Śledczy w Bytomiu	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Katowicach
5.	Areszt Śledczy w Gdańsku	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Gdańsku
6.	Areszt Śledczy w Łodzi	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Łodzi
7.	Areszt Śledczy w Poznaniu	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Poznaniu
8.	Areszt Śledczy w Szczecinie	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Szczecinie
9.	Areszt Śledczy w Warszawie-Białołęce	Pozytywna z nieprawidłowościami	Departament Zdrowia
10.	Areszt Śledczy Warszawie-Mokotowie	Pozytywna z nieprawidłowościami	Departament Zdrowia
11.	Areszt Śledczy we Wrocławiu	Pozytywna z uchybieniami	Delegatura we Wrocławiu
12.	Zakład Karny w Barczewie	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Olsztynie
13.	Zakład Karny w Cieszynie	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Katowicach
14.	Zakład Karny Nr 2 w Łodzi	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Łodzi
15.	Zakład Karny w Potulicach	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Bydgoszczy
16.	Zakład Karny w Siedlcach	Pozytywna z nieprawidłowościami	Departament Zdrowia
17.	Zakład Karny Nr 1 we Wrocławiu	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura we Wrocławiu
18.	Zakład Karny we Wronkach	Pozytywna z nieprawidłowościami	Delegatura w Poznaniu

Lista osób zajmujących kierownicze stanowiska, odpowiedzialnych za kontrolowaną działalność

1. Jacek Włodarski - Dyrektor Generalny Służby Więziennej
2. Wojciech Prażmowski - Dyrektor Aresztu Śledczego w Białymstoku
3. Jarosław Ladziński - Dyrektor Aresztu Śledczego w Bydgoszczy
4. Krzysztof Jany - Dyrektor Aresztu Śledczego w Bytomiu
5. Piotr Witkowski - Dyrektor Aresztu Śledczego w Gdańsku
6. Dariusz Ladra - Dyrektor Aresztu Śledczego w Łodzi
7. Jacek Wiśniewski - Dyrektor Aresztu Śledczego w Poznaniu
8. Jarosław Byczko - Dyrektor Aresztu Śledczego w Szczecinie
9. Cezary Śmietanowski - Dyrektor Aresztu Śledczego w Warszawie-Białołęce
10. Bogdan Kornatowski - Dyrektor Aresztu Śledczego w Warszawie-Mokotowie
11. Krzysztof Kucharski - Dyrektor Aresztu Śledczego we Wrocławiu
12. Krzysztof Strzyżewski - Dyrektor Zakładu Karnego w Barczewie
13. Mirosław Rudowski - Dyrektor Zakładu Karnego w Cieszynie
14. Grzegorz Królikowski - Dyrektor Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi
15. Adam Roś - Dyrektor Zakładu Karnego w Potulicach
16. Marek Suwiński - Dyrektor Zakładu Karnego w Siedlcach
17. Kazimierz Markiewicz - Dyrektor Zakładu Karnego Nr 1 we Wrocławiu
18. Marcelli Saueremann - Dyrektor Zakładu Karnego we Wronkach

Wykaz aktów prawnych

1. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. Nr 79, poz. 523 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.) – weszła w życie 1 lipca 2011 r., z wyjątkami określonymi w art. 221 tej ustawy.
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2012 r., poz. 264 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 ze zm.).
9. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.).
10. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124 ze zm. przen.).
11. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. w wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2011 r. Nr 1, poz. 2) – weszło w życie 3 stycznia 2011 r., uchylone z dniem 1 lipca 2011 r.
13. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 października 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. Nr 204, poz. 1985) – utraciło moc z dniem 11 lipca 2010 r.
14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 137, poz. 858) – utraciło moc z dniem 20 października 2011 r.
15. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (Dz. U. Nr 204, poz. 1986).
16. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz. U. Nr 171, poz. 1665) – uchylone z dniem 18 czerwca 2012 r.
17. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładzie opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 39, poz. 203).
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 sierpnia 2002 r. w sprawie przypadków, w których działalność związana z narażeniem na promieniowanie jonizujące nie podlega obowiązkowi uzyskania zezwolenia albo zgłoszenia, oraz przypadków, w których może być wykonywana na podstawie zgłoszenia (Dz. U. Nr 137, poz. 1153 ze zm.).

19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 51, poz. 265 ze zm.) – weszło w życie 17 marca 2011 r., z wyjątkami określonymi w § 62 tego rozporządzenia.
20. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. Nr 65, poz. 608).
21. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów załatwiania wniosków, skarg i próśb osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz. U. Nr 151, poz. 1467 ze zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz. U. Nr 205, poz. 1493 ze zm.).
23. Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie nadania statutu Centralnemu Zarządowi Służby Więziennej (Dz. Urz. MS Nr 12, poz. 153 ze sprost.).
24. Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 lipca 2002 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. Urz. MS Nr 4, poz. 16 ze zm.).
25. Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie siedzib, terytorialnego zasięgu i szczegółowego zakresu działania dyrektorów okręgowych Służby Więziennej oraz struktury organizacyjnej okręgowych inspektoratów Służby Więziennej (Dz. Urz. MS Nr 8, poz. 116 ze zm.) – weszło w życie 13 sierpnia 2010 r.

Wykaz organów i instytucji, którym przekazano informację

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Minister Sprawiedliwości
8. Komisja Sprawiedliwości i Praw Człowieka Sejmu RP
9. Komisja Praw Człowieka, Praworządności i Petycji Senatu RP
10. Komisja Zdrowia Sejmu RP
11. Komisja Zdrowia Senatu RP
12. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
13. Dyrektor Generalny Służby Więziennej



MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

Warszawa, dnia: 28.12. 2012 r.

DWOiP-I-0910-2/12

Dotyczy: KZD-4101-02/2012

P/12/122

Pan

Jacek Jezierski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

ul. Filtrowa 57

02-056 Warszawa

Szanowny Panie Prezisie.

W związku z informacją o wynikach kontroli sprawowania opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności, datowaną na dzień 12 grudnia 2012 r. nr KZD-4101-02/2012 P/12/122, która wpłynęła do Ministerstwa Sprawiedliwości w dniu 14 grudnia 2012 r., stosownie do dyspozycji art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (tekst jednolity Dz.U. 2012, poz. 82 z późn. zm.), uprzejmie przedstawiam następujące stanowisko:

Kwestie związane z zapewnieniem właściwej opieki medycznej osobom pozbawionym wolności są niezwykle istotne, stąd resort sprawiedliwości podejmuje zarówno działania legislacyjne w celu prawidłowego zorganizowania działania podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych osobom osadzonym oraz podniesienia standardu tych świadczeń w miarę możliwości finansowych.

Podmioty lecznicze wchodzące w skład więziennej służby zdrowia działają w strukturach organizacyjnych państwowych jednostek budżetowych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości. W każdej jednostce penitencjarnej funkcjonują podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Oprócz ambulatoriów z izbami chorych w jednostkach penitencjarnych działa 13 szpitali więziennych z 37 specjalistycznymi oddziałami szpitalnymi.

Ilość etatów w więziennej służbie zdrowia na dzień 31 września 2012 r. wynosiła 1802,815. W ramach wykonania etatowego zatrudnienie personelu lekarskiego stanowiło 577,59 etatu, personelu pielęgniarskiego - 963,96 etatu, natomiast zatrudnienie innego personelu medycznego (rehabilitanci, farmaceuci) stanowiło 256,15 etatu.

W więziennych oddziałach szpitalnych w 2011 roku było leczonych 8299 osadzonych, natomiast w izbach chorych przebywało w ubiegłym roku 3234 osadzonych. W roku tym udzielono w jednostkach penitencjarnych 1514524 porad ambulatoryjnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, 239114 konsultacji specjalistycznych, 239573 porad stomatologicznych, miały też miejsce 6564 interwencje pogotowia ratunkowego. Każda osoba osadzona korzystała średnio z porad podstawowej opieki zdrowotnej ponad 17 razy w roku 2010, a ponad 21 razy w roku 2011. Ze świadczeń stomatologicznych i porad udzielanych przez lekarzy specjalistów każdy osadzony korzystał średnio 3 razy w roku. Na specjalistyczne porady lekarskie udzielane w więziennych podmiotach leczniczych osadzeni oczekiwali przeważnie do 14 dni. Niejednokrotnie dłuższy był okres oczekiwania na te świadczenia w pozawięziennej służbie zdrowia.

W pozawięziennych podmiotach leczniczych w 2011 roku udzielono 771 porad w trybie ambulatoryjnym, 18969 konsultacji specjalistycznych i 1998 porad stomatologicznych. W szpitalach pozawięziennych było hospitalizowanych łącznie 1170 osadzonych na łączną liczbę 3183 osobodni. U 111 osadzonych wykonywano dializoterapię w cywilnych ośrodkach dializ - pod konwojem funkcjonariuszy

Służby Więziennej. U 249 osadzonych wykonano zabiegi operacyjne w szpitalach pozawięziennych.

Więzienna służba zdrowia w ramach Narodowego Programu Zdrowia realizuje:

1. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS.
2. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Programów Alkoholowych.
3. Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”.
4. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii.
5. Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce.

Realizacja tych programów, pozwala zabezpieczyć potrzeby zdrowotne osób pozbawionych wolności w stopniu równoważnym wszystkim obywatelom państwa z uwzględnieniem specyfiki więziennictwa.

W ramach bieżącej działalności i sprawowania opieki psychiatrycznej ambulatoryjnej i szpitalnej przygotowany został projekt „*Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych 2011 – 2015*” stanowiący element realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W zakresie budownictwa inwestycyjnego więziennictwo realizuje aktualnie w zakresie służby zdrowia następujące zadania:

1. „Budowa nowego obiektu szpitalnego na terenie Zakładu Karnego w Czarnem” - zadanie planowane do realizacji w latach 2011 - 2014.
2. „Przebudowa oddziału obserwacji sądowo - psychiatrycznej Aresztu Śledczego w Krakowie” - zadanie realizowane w latach 2011 - 2012.
3. „Adaptacja pomieszczeń magazynowych na Zakład Opieki Zdrowotnej w Zakładzie Karnym w Nowogardzie” - zadanie realizowane w latach 2012 - 2013.

Na zakupy inwestycyjne aparatury i sprzętu medycznego w 2012 r. przeznaczono środki finansowe w kwocie 3700000 zł.

W związku z koniecznością dostosowania więziennych podmiotów leczniczych do wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności* (Dz.U. 2012, poz. 808) zostały oszacowane wstępnie koszty takiego dostosowania. Koszty te oszacowano na poziomie 96980580 zł. dla podmiotów leczniczych, w strukturach których funkcjonują szpitale, natomiast dla podmiotów leczniczych posiadających w strukturze tylko ambulatoria z izbą chorych - 22919490 zł. Ogólny koszt dostosowania wszystkich podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności został oszacowany na kwotę 119900070 zł.

Planowane działania na 2013 rok (o różnorodnym i wieloczynnikowym charakterze) mają na celu poprawę działalności więziennej służby zdrowia czego celem nadrzędnym jest poprawa jakościowa opieki zdrowotnej sprawowanej wobec osób pozbawionych wolności. Poprawa działalności więziennej służby zdrowia winna objawiać się w uproszczeniu procedur, poprawie bieżącego nadzoru oraz racjonalizowaniu kosztów jej funkcjonowania. Planowane są następujące zamierzenia:

1. upowszechnienie cyfryzacji poprzez modernizację i sukcesywne wdrażanie modułów medycznych w ramach aplikacji Noe.NET oraz programów aptecznych;
2. nowelizacja dwóch rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości: w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności oraz w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania;

3. rozpoczęcie procesu dostosowania pomieszczeń podmiotów leczniczych do przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności* (Dz.U. 2012, poz. 808); z tym, że tempo tego procesu będzie zależne od możliwości budżetu więziennictwa w zakresie wydatków inwestycyjnych;
4. racjonalizacja wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia osadzonych poprzez upowszechnianie cyfryzacji;
5. upowszechnienie dostępności substytucji metadonowej na wszystkie jednostki penitencjarne;
6. stopniowa restrukturyzacja szpitali mająca na celu racjonalniejszą gospodarkę posiadanymi zasobami skorelowanymi z realnym zapotrzebowaniem generowanym przez więziennictwo;
7. przedstawienie propozycji dotyczących zmian finansowania wybranych grup świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom pozbawionym wolności uwzględniających aktualne zmiany funkcjonowania powszechnie obowiązującego systemu opieki zdrowotnej (w szczególności - możliwości weryfikacji uprawnienia do świadczeń finansowanych przez NFZ).

Należy zauważyć, że wykonywanie świadczeń medycznych dla osadzonych w jednostkach penitencjarnych zmniejsza ryzyko wystąpienia niepożądanych wypadków nadzwyczajnych np. ucieczek. Skala udzielanych świadczeń medycznych wobec osób pozbawionych wolności, przedstawiona w informacji o wynikach kontroli NIK, wskazuje iż świadczeń tych w jednostkach penitencjarnych wykonywana jest znaczna ilość. Konsekwentnie są podejmowane działania zmierzające do podniesienia zarówno jakości świadczeń medycznych jak również modernizacji pomieszczeń i urządzeń podmiotów leczniczych. Wszystkie działania w tym kierunku, generują znaczne koszty, stąd są wprowadzane sukcesywnie w miarę możliwości finansowych.

Działalność więziennej służby zdrowia organizuje i nadzoruje Dyrektor Biura Służby Zdrowia z zespołem specjalistów w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej. Bezpośredni nadzór nad działalnością zakładów karnych i aresztów śledczych sprawują dyrektorzy okręgowi poprzez lekarzy okręgowych pełniących służbę lub zatrudnionych w Okręgowych Inspektoratach Służby Więziennej.

W 2012 roku weszły w życie: Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności* (Dz.U. 2012, poz. 808), Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2012 r. *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. 2012, poz. 547), Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. *w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności* (Dz.U. 2012, poz. 738). Powyższe regulacje mają porządkować materię opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności. Trudno jednak oczekiwać, aby zmiany nastąpiły z dnia na dzień, tym bardziej, iż dostosowanie zarówno pomieszczeń jak też urządzeń podmiotów leczniczych w strukturach więziennictwa wymaga znacznych nakładów finansowych. Dostosowanie pomieszczeń podmiotów leczniczych do wymagań określonych Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. powinno rozwiązać problem niewykonywania decyzji organów nadzoru i kontroli.

Ministerstwo Sprawiedliwości podejmuje i popiera wszelkie działania zmierzające do poprawy warunków udzielania świadczeń medycznych osobom pozbawionym wolności jak również jakości tych świadczeń. Działania w tym kierunku będą nadal systematycznie podejmowane w miarę możliwości finansowych.

2 powezosciem
Z upoważnienia
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

Stanisław Chmielewski
SEKRETARZ STANU