

USTAWA

z dnia

o postępowaniu wobec ofiar niektórych przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności i o zmianie niektórych innych ustaw

Art. 1. Celem ustawy jest zapewnienie ofiarom przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, które są ofiarami szczególnych potrzeb w zakresie ochrony ze względu na ich wyjątkowe narażenie na wtórną i ponowną wiktyimizację, zastraszenie oraz odwet, odpowiednich informacji, wsparcia i ochrony, a także uznawanie ich, traktowanie z szacunkiem, taktownie, w sposób zindywidualizowany, profesjonalny oraz niedyskryminacyjny we wszelkich kontaktach z podmiotami wsparcia ofiar.

Art. 2. Ustawa określa:

- 1) zasady i tryb postępowania z ofiarami czynów zabronionych z art. 197 – 200 Kodeksu karnego;
- 2) zasady współpracy pomiędzy świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ofiar z art.197 – 200 Kodeksu karnego a Siecią Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Przemocą, zwaną dalej „SPOPP”;
- 3) warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz podmioty świadczące wsparcie finansowane ze środków publicznych na rzecz ofiar z art.197 – 200 Kodeksu karnego.

Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) ofiara niektórych przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, zwana dalej „ofiara” - to pokrzywdzony czynem zabronionym określonym w art.197 – 200 Kodeksu karnego, a także osoba, która jest ofiarą tych przestępstw, a nie ma statusu pokrzywdzonego w rozumieniu Kodeksu postępowania karnego;
- 2) ciągłość świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych ofiarom - organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu wsparcia ofiar, także w przypadkach, gdy pierwszy kontakt ofiary z opieką zdrowotną miał miejsce w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
- 3) świadczeniodawca – podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- 4) Sieć Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Przystępstwem – struktura określona w art. 43 §8 pkt 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2020 r. poz. 523 i 568)

Art. 4.1. Ofierze zapewnia się bezpłatne wsparcie w zakresie dostępu do:

- 1) świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała oraz innych uszczerbków na zdrowiu związanych z popełnieniem czynu zabronionego określonego w art.197 – 200 Kodeksu karnego oraz wydania zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie;
- 2) wszechstronnej pomocy, w tym psychologicznej, prawnej, socjalnej, atakże asystenta ofiary, udzielanej przez ośrodki i punkty SPOPP;

3) zabezpieczenia, za jej zgodą, dowodów popełnienia czynu zabronionego.

2. Przedstawiciele świadczeniodawcy lub SPOPP, udzielają informacji o dostępnych formach wsparcia wymienionych w ust. 1.

3. Ofierze przekazuje się informacje w prostym, przejrzystym i przystępnym dla niej języku, z uwzględnieniem stanu i okoliczności, które mogą mieć wpływ na zdolność rozumienia i bycie rozumianym. Przy przekazywaniu informacji uwzględnia się cechy osobowe ofiary.

4. Ofiarom nie znającym języka polskiego należy, w miarę możliwości, zapewnić obecność tłumacza.

5. Jeżeli istnieje podejrzenie, że ofiara jest osobą pełnoletnią nieporadną ze względu na wiek, stan psychiczny lub fizyczny, działania przeprowadza się w obecności opiekuna prawnego lub faktycznego albo pełnoletniej osoby przez nią wskazanej lub asystenta ofiary

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z popełnieniem czynów zabronionych określonych w art.197 – 200 Kodeksu karnego, uwzględniając przydatność zaświadczenia dla ochrony prawnej ofiary.

7. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób gromadzenia i przechowywania dowodów czynów zabronionych, określonych w art. 197 – 200 Kodeksu karnego, w szpitalach, o których mowa w art. 6 ust. 1 i 2 oraz art. 8 ust. 1 uwzględniając ich przydatność w procedurze karnej.

8. Minister Sprawiedliwości określi w drodze rozporządzenia sposób wsparcia ofiar z art. 197 – 200 Kodeksu karnego, w tym warunki współpracy

świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu położnictwo i ginekologia z SPOPP.

Art. 5.1. Ofiara zgłaszająca się do świadczeniodawcy może wyrazić pisemną zgodę na zawiadomienie przez właściwych pracowników świadczeniodawcy o podejrzeniu popełnienia przestępstw określonych w art.197 §1-4 i art. 199 § 1 Kodeksu karnego.

2. W przypadku braku pisemnej zgody ofiary stosuje się odpowiednio art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2702 z późn. zm.), art. 17 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 185 z póź. zm) oraz art. 14 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1026).

3. Minister Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, wzór pisemnej zgody ofiary uwzględniając jej przydatność w postępowaniu karnym.

Art. 6.1. Wsparcie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 3, jest realizowane, na poziomie podstawowym, przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu położnictwo i ginekologia, włączonych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w ramach poziomów określonych w art. 95l ust. 2 pkt 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674, 2770, z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872, 1938, 2730), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

2. Wsparcie, o którym mowa w ust. 1, jest realizowane również przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu położnictwo i ginekologia, włączonych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w ramach poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, o ile udzielają świadczeń w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć (całodobowej).

3. Wsparcie, o którym mowa w ust. 1 i 2, jest realizowane w warunkach całodobowych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć (całodobowej).

4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1 i 2, zapewniają ofiarom, o ile zachodzi taka potrzeba, produkty lecznicze stosowane w antykoncepcji postkoitalnej.

5. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1 i 2, w ramach wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. poz. 1692), mają ustalone zasady, procedury i metody postępowania w odniesieniu do ofiar.

6. Świadczenia zdrowotne w ramach wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz ust. 2 i 3, są udzielane przez osoby, które ukończyły szkolenie z zakresu udzielania pomocy ofiarom na poziomie podstawowym, o którym mowa w art. 13.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą realizujących wsparcie ofiarom w szpitalnym oddziale

ratunkowym albo izbie przyjęć (całodobowej), kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości tych świadczeń.

Art. 7. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach wsparcia ofiarom na poziomie podstawowym, określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przepisy art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stosuje się odpowiednio.

2. Do zawierania umów ze świadczeniodawcami realizującymi świadczenia opieki zdrowotnej w ramach wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 3, na poziomie podstawowym, nie stosuje się przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczących konkursu ofert i rokowań.

Art. 8.1. Wsparcie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz, w art. 4 pkt 2 w zakresie pomocy psychologicznej oraz zapewnienie ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych ofiarom, na poziomie pomocy wyspecjalizowanej, realizują punkty pomocy ofiarom, zwane dalej PPO.

2. PPO jest jednostką organizacyjną świadczeniodawcy posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, o której mowa w art. 7 ust. 1 oraz umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, z zastrzeżeniem ust. 7.

3. PPO współpracuje z SPOPP, w szczególności z terytorialnego obszaru działania, o którym mowa w ust. 7 pkt 2.

4. PPO zapewnia całodobowe konsultacje w zakresie pomocy ofiarom podmiotom wykonującym działalność leczniczą z terytorialnego obszaru działania, o którym mowa w ust. 7 pkt 2. Konsultacje są udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Poza normalnymi godzinami pracy konsultacje mogą być udzielane przez pracowników wykonujących zawód medyczny w ramach pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, o której mowa w art. 98 ust. 1-4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 oraz poz. 1675 i poz. 1972).

5. Na jeden PPO nie powinno przypadać więcej niż 1,5 mln mieszkańców, przy czym co najmniej jeden PPO powinien być zlokalizowany w każdym województwie.

6. Świadczenia zdrowotne w ramach wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 1 i 4, są udzielane przez osoby, które ukończyły szkolenie z zakresu udzielania pomocy ofiarom na poziomie pomocy wyspecjalizowanej, o którym mowa w art. 13.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) krajową listę świadczeniodawców prowadzących PPO spośród świadczeniodawców spełniających warunki określone w ust. 2, którzy zgłosili pisemną propozycję w tej sprawie;

2) terytorialny obszar działania poszczególnych PPO obejmujący powiaty i miasta na prawach powiatu;

- kierując się potrzebą zapewnienia ofiarom dostępności do pomocy wyspecjalizowanej oraz równomiernego rozmieszczenia PPO na obszarze kraju.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standard organizacyjny opieki zdrowotnej w PPO, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości tych świadczeń.

Art. 9. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowę ze świadczeniodawcą znajdującym się na krajowej liście, o której mowa w art. 8 ust. 7 pkt 1, spełniającym warunki do zawarcia umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w PPO, określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stosuje się odpowiednio.

2. Do zawierania umów ze świadczeniodawcami realizującymi świadczenia opieki zdrowotnej w ramach wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz w art. 4 ust. 1 pkt 2 w zakresie pomocy psychologicznej, na poziomie pomocy wyspecjalizowanej, nie stosuje się przepisów ustawy o świadczeniach dotyczących konkursu ofert i rokowań.

3. Umowa, o której mowa w ust. 1, jest zawierana ze świadczeniodawcami posiadającymi umowę, o której mowa w art. 7 ust.1.

Art. 10. Wsparcie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2, z wyłączeniem pomocy psychologicznej, szkolenia, o których mowa w art. 13 oraz inne działania na rzecz pokrzywdzonych prowadzone przez PPO i innych świadczeniodawców niebędące udzielaniem świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1, są finansowane ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 43 § 19 Kodeksu karnego wykonawczego.

Art. 11. Za świadczenia opieki zdrowotnej w ramach wsparcia, w którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-3 udzielone ofierze przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ust. 1 nie pobiera się opłat.

Art. 12. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ogłosi, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki, profilaktyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, udzielanych ofiarom w ramach wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 1, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w zakresie medycyny, pielęgniarstwa oraz psychologii, uwzględniające rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

2. Obwieszczenie, o którym mowa w ust. 1, jest ogłaszane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 13. 1. Szkolenia, o którym mowa w art. 6 ust. 6 i art. 8 ust. 6, mają na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy oraz umiejętności zawodowych w zakresie pomocy ofiarom uwzględniającej szczególne potrzeby tych osób i odbywają się na podstawie programu szkolenia.

2. Program szkolenia zawiera:

1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj i cel szkolenia, czas jego trwania, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania jego efektów;

- 2) plan nauczania;
- 3) wykaz umiejętności wynikowych;
- 4) treści nauczania;
- 5) wskazówki metodyczne;
- 6) standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej.

3. Program szkolenia opracowuje Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, przy udziale ekspertów posiadających doświadczenie zawodowe i dorobek naukowy w zakresie obejmującym pomoc ofiarom przestępstw.

4. Program, o którym mowa w ust. 3, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Zatwierdzony program szkolenia dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego udostępnia na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Art. 14. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego opracuje informator o uprawnieniach przysługujących ofiarom na podstawie ustawy i przepisów odrębnych. Informator jest zamieszczany na stronach internetowych urzędów obsługujących tych ministrów.

2. Świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania w miejscu udzielania świadczeń informacji w zakresie objętym informatorem, o którym mowa w ust. 1.

Art. 15. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674, 2770, z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872, 1938, 273) w art. 12 w pkt 13 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 14 w brzmieniu:

„14) art. 9 ustawy z dnia o postępowaniu w przypadku niektórych przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (Dz.U.).

Art. 16. W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 127 , Dz.U. z 2023 r. poz. 818 oraz Dz.U. z 2023 r. poz. 1606) w art. 43 w § 8 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) pomoc osobom pokrzywdzonym przestępstwem oraz osobom im najbliższym, zwłaszcza pomoc medyczną, psychologiczną, rehabilitacyjną, prawną oraz materialną, udzielaną przez jednostki niezaliczane do sektora finansów publicznych i nie działające w celu osiągnięcia zysku, w tym stowarzyszenia, fundacje, organizacje i instytucje a także na pokrycie kosztów działalności asystentów ofiar;”.

Art. 17. W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 37) w art. 185c w § 1 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:

„Pokrzywdzony ma prawo odmówić zeznań w charakterze świadka”.

Art.18. Ustawa wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od jej ogłoszenia.

Uzasadnienie

Cel ustawy

Przestępczość jest zjawiskiem ważnym społecznie, stanowi bowiem zagrożenie dla porządku prawnego. W zależności od charakteru czynu narusza dobra osobiste jednostki w sferze fizycznej lub/i psychicznej. Dlatego też ważne i aktualne jest pytanie dotyczące reakcji społecznej i sposobów oddziaływania nie tylko w aspekcie represji czy karania sprawców oraz zapobiegania ich powrotności do przestępstwa ale i ochrony zarówno potencjalnych ofiar jak i osób już pokrzywdzonych tego typu czynami.

Szczególnym rodzajem przemocy jest działanie o charakterze seksualnym. Przestępczość seksualna jest zjawiskiem wysoce szkodliwym społecznie. Narusza bowiem nie tylko prawo jednostki do swobodnego dysponowania swoim ciałem w celu podejmowania aktywności seksualnej, ale godzi również w jej dobro psychiczne i społeczne. Do czynów o charakterze seksualnym według polskiego kodeksu karnego zaliczamy: zgwałcenie i wymuszenie czynności seksualnej, seksualne wykorzystanie niepełnoletniości lub bezradności, seksualne wykorzystanie stosunku zależności lub krytycznego położenia, seksualne wykorzystanie małoletniego, elektroniczna korupcja małoletniego, propagowanie pedofilii, kazirodztwo, publiczne prezentowanie treści pornograficznych, zmuszanie do uprawiania prostytucji, stręczycielstwo, sutenerstwo i kuplerstwo.

Warto w tym miejscu podkreślić, że czyny o charakterze seksualnym, niezależnie od ich rodzaju niejednokrotnie pozostawiają po sobie uraz, z którym osoba pokrzywdzona bez odpowiednio udzielonej specjalistycznej pomocy

psychologicznej boryka się przez wiele lat lub nawet przez całe życie. Jednocześnie podkreślić należy, że czyny te obarczone są ogromnym niedoszacowaniem. Według danych statystycznych Policji w 2020 roku łącznie odnotowano 7583 przestępstw stwierdzonych przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, z czego znaczna ich część dotyczyła zachowań na szkodę małoletnich poniżej 15 roku życia (KGP, 2024). W badaniach wiktyimizacyjnych szacuje się natomiast, że liczba ta jest zdecydowanie większa. Rokrocznie przemocy doświadcza bowiem od 800 tys. do miliona kobiet (B. Gruszczyńska, *Przemoc wobec kobiet w Polsce: aspekty prawnokryminologiczne*, 2007). Według danych Agencji Praw Podstawowych co trzecia kobieta doznała przemocy fizycznej lub seksualnej po ukończeniu 15 roku życia, a 12% doświadczyło przemocy seksualnej w dzieciństwie (FRA, 2014). W oficjalnych statystykach odzwierciedlenie znajduje jedynie tylko część tych danych (B. Gruszczyńska, A. Więcek-Durańska, *Europejskie badania przemocy uwarunkowanej płcią (GBV) – zagadnienia metodologiczne badań pilotażowych*, Biuletyn kryminologiczny, 2019). Wedle najnowszych badań wiktyimizacyjnych zrealizowanych przez Główny Urząd Statystyczny w latach 2017-2019 - pilotaż oraz 2022-2023 - badanie właściwe, co piąta kobieta doświadczyła przemocy psychicznej w związku ze strony swojego partnera, i co dziewiąta przemocy fizycznej, blisko 4% przemocy seksualnej. Wskaźnik przemocy seksualnej ze strony innych osób niż partner wynosił 2%.

Bazując na wynikach dotychczasowych badań u blisko 94% ofiar zgwałceń diagnozuje się objawy zespołu stresu pourazowego takie jak przerażenie, trudności z koncentracją, bezsenność. Wśród konsekwencji, jakie zgwałcenie ma dla ofiary, są również depresja, bóle brzucha, dolegliwości narządów płciowych i bóle głowy, które utrzymują się nawet latami po zgwałceniu. Obok bezpośrednich

obrażeń fizycznych zgwałcenie bywa przyczyną zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową i zajścia w niechcianą ciążę.

Szczególną uwagę należy tu zwrócić na aspekt zgłaszalności przestępstw seksualnych, bowiem, jedynie wobec tych, które zostały zgłoszone zastosowane mogą być procedury medyczne takie jak podanie leków antywirusowych czy takich, które zmniejszają ryzyko zajścia w ciążę, a jeżeli już dojdzie do ciąży, osoba ma możliwość skorzystania z legalnych form jej przerwania.

Niezwykle ważnym elementem związanym z przestępczością seksualną jest proces wtórnej wiktyimizacji. Bowiem nie tylko czyn ale i procedury związane z ujawnieniem czynu (policyjne, prokuratorskie i sądowe) mogą powodować wtórne przeżywanie przez ofiarę traumy. Na podstawie badań empirycznych dotyczących przestępczości seksualnej warto wskazać, że pomimo zmian mających na celu poszerzenie ochrony osób pokrzywdzonych przestępstwem o charakterze seksualnym to nadal jest to obszar, nad którym należy pracować. Zmiana stereotypowego podejścia organów wymiaru sprawiedliwości do przestępstwa zgwałcenia i ich ofiar jest procesem długotrwałym i wymaga ciągłych działań na rzecz poprawy standardów prowadzonych postępowań, m. in. poprzez udział w różnego rodzaju projektach szkoleniowych nie tylko funkcjonariuszy policji, ale również prokuratorów czy sędziów (A. Więcek-Durańska, Durański, *Zgwałcenie ze szczególnym okrucieństwem (art. 197 § 4 k.k.)- analiza kryminologiczna*, 2014, Więcek-Durańska, *Kobiety jako sprawczynie zgwałceń ze szczególnym okrucieństwem*, Psychiatria Polska, 2019).

Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na potrzebę zapewnienia pomocy psychologicznej osobom pokrzywdzonym - w wielu przypadkach zostają one pozostawione same bez jakiegokolwiek wsparcia. Bezwzględnie warto podkreślić, że taka pomoc powinna być zapewniona wszystkim osobom pokrzywdzonym. Jak wynika z badań dotyczących pokrzywdzonych

przestępstwem zgwałcenia pomoc psychologiczna ograniczała się raczej do obecności psychologa podczas przesłuchania w sytuacji, gdy była to osoba małoletnia poniżej 15 roku życia. Taki rodzaj wsparcia, choć niezbędny, wydaje się niewystarczający, ponieważ pokrzywdzeni i ich rodziny pomocy specjalistycznej muszą szukać na własną rękę. Część z tych osób ze względu na brak wystarczających środków finansowych nie może liczyć na uzyskanie wsparcia psychologicznego czy terapeutycznego, gdyż są one realizowane w sektorze usług prywatnych.

Dużo do zrobienia jest również w kwestii standardów prowadzonych czynności przez funkcjonariuszy policji czy prokuratorów: wielokrotność przesłuchań, czas ich trwania, duża liczba osób obecnych przy przesłuchaniu, stosowanie konfrontacji zeznań sprawcy i ofiary czy kwestia płci osób prowadzących w/w czynności. Istotnym problemem jest również dostosowanie standardów do płci osób pokrzywdzonych (z uwzględnieniem ochrony osób pokrzywdzonych płci męskiej lub osób np. transseksualnych). Szczególny sposób ochrony przyznany został tym małoletnim, którzy w chwili czynu byli w wieku poniżej 15 roku życia. Pomija się natomiast grupę małoletnich w wieku od 15 do 18 roku życia. Charakter czynu jak i jego specyfika przemawiają za tym, aby małoletni ci również otoczeni byli ochroną. Bardzo często bowiem ich przedstawiciele ustawowi nie mają wiedzy, że jest taka możliwość. Zarówno małoletni poniżej 15 roku życia jak i ci, którzy ukończyli 15 lat narażeni są na wtórną wiktyimizację tak samo często i to nie tylko ze strony organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, ale również ze strony środowiska lokalnego, w którym bardzo często przebywa zarówno sprawca jak i ofiara zgwałcenia.

Występującym od lat problemem w zakresie ochrony zdrowia jest brak odpowiedniego przygotowania placówek opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do udzielania pomocy osobom doświadczającym przemocy

seksualnej, co dotyczy zwłaszcza szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) czy całodobowych izb przyjęć. Chodzi przy tym nie tylko o postawy i umiejętności pracowników medycznych, częstą nieznaną przepisów i zasad postępowania, ale również o brak ustalonych i wdrożonych klinicznych procedur postępowania oraz nieprzygotowanie organizacyjne placówek zdrowotnych do udzielania pomocy w sposób odpowiedni.

W raporcie z badań przeprowadzonych przez fundację Feminoteka wskazuje się, że w swoich działaniach na rzecz ofiar gwałtu instytucje publiczne, w szczególności przedstawiciele służby zdrowia, nadal w dużej mierze kierują się stereotypami dotyczącymi współodpowiedzialności kobiety za gwałt. Oferowane przez placówki zdrowotne usługi zazwyczaj odbywają się według zwykłych procedur medycznych (lekarz/lekarka przeprowadza zwykłe badanie ginekologiczne) albo procedur policyjnych (lekarz/ lekarka postępują według wytycznych policji). W przypadku niezgłoszenia ofiary na policję dochodzi zwykle do udzielania pomocy medycznej bez zabezpieczenia dowodów. Szpitalne SOR-y czy izby przyjęć nie są zazwyczaj wyposażone w pakiety kryminalistyczne. Przyjmuje się, że powinna je dostarczyć policja. Nie jest również respektowana prywatność i potrzeba intymności pacjentki. Pokutuje przekonanie, że w SOR czy izbie przyjęć nie ma możliwości stworzenia osobie po doświadczeniu przemocy seksualnej intymnej atmosfery, gdyż we wszystkich salach znajdują się inne osoby wymagające natychmiastowej pomocy medycznej. (M. Grabowska, *Między wiedzą a stereotypem: instytucje publiczne i organizacje pomocowe wobec problemu gwałtu. Raport z badań*, w: J. Piotrowska, A. Synakiewicz, *Dość milczenia. Przemoc seksualna wobec kobiet i problem gwałtu w Polsce*, Warszawa, 2011, s. 121-190).

Mimo przyjęcia w 2010 r. „Procedury postępowania Policji i Placówki medycznej z Ofiarą przemocy seksualnej” opracowanej z inicjatywy

Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania z udziałem organizacji pozarządowych, sytuacja w opiece zdrowotnej nie uległa zasadniczej poprawie. Z badania ankietowego przeprowadzonego po dwóch latach wśród personelu medycznego wynikało, że świadczenia zdrowotne oferowane osobom doświadczającym przemocy seksualnej odbywają się według zwykłych procedur medycznych, pracę na rzecz tych osób traktuje się w sposób marginalny, a personel medyczny nie zna zasad postępowania ani przepisów odnoszących się do tych sytuacji. Prawie 82% badanych lekarzy i 88% położnych przyznało, że w ich jednostce medycznej nie wdrożono procedur postępowania z osobą zgwałconą (T. Lewandowska-Abucewicz, K. Kęcka, J. Brodowski, *Wiedza personelu medycznego dotycząca „Procedury postępowania z osobą zgwałconą” w jednostkach medycznych*, Seksuologia Polska 2015, 13, 1, s. 14-18). Od czasu tego badania nie obserwuje się znaczącej poprawy. W ramach niepublikowanej ankiety przeprowadzonej jesienią 2023 r. przez WHO we współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, aż 56,2 % respondentek (w badaniu wzięły udział 324 pielęgniarki z różnych placówek zdrowotnych) wskazało, że w ich placówce nie istnieją pisemne procedury udzielania opieki osobom pokrzywdzonym w wyniku przemocy seksualnej, a 88,5% nie odbyło szkolenia z zakresu wytycznych WHO dotyczących opieki nad tymi osobami. 89,8% respondentek odpowiedziało, że ich placówka nie korzysta z pakietów kryminalistycznych w tych przypadkach, gdy osoba pokrzywdzona w wyniku przemocy seksualnej nie jest pewna czy będzie chciała zawiadomić policję, a 42,9% wskazało, że w ich placówce zdrowotnej nie ma osobnego pomieszczenia, w którym osoby zgłaszające zgwałcenie lub inne formy przemocy fizycznej, seksualnej lub psychicznej mogą być zbadane przez personel medyczny.

Tymczasem brak wdrożonych wytycznych klinicznych w przypadkach przemocy seksualnej prowadzi do nieodpowiedniej opieki i może skutkować

ponowną traumatyzacją i dalszą wiktyimizacją osób, które doznały przemocy na tle seksualnym. Może prowadzić do depresji, zaburzeń lękowych, długotrwałych objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD), uszkodzenia układu rozrodczego i problemów z płodnością. Zwiększa również ryzyko nabycia i nierozpoznania infekcji przenoszonych drogą płciową, w tym HIV. Może również wpływać na zaniechanie szukania pomocy oraz niezgłaszanie tych przestępstw przez pokrzywdzone osoby do organów ścigania.

Często sygnalizowane są także utrudnienia w dostępie do odpowiednich świadczeń osobom zgłaszającym się z powodu doświadczenia przemocy seksualnej. Zgłaszane są skargi na odmowę udzielenia pomocy przez szpitale, zwłaszcza gdy kobieta zgłasza się bez skierowania. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w okresie pięciu lat (2018-2022) jedynie 415 świadczeniodawców w całym kraju (ok. 1,8% ogólnej liczby świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ) realizowało świadczenia w zakresie "badania i obserwacji po domniemanym gwałcie lub uwiedzeniu" (kod ICD 10: Z04.4). Podana liczba obejmuje zarówno placówki podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradnie specjalistyczne, jak i szpitale oraz ratownictwo medyczne. (*Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług medycznych w Polsce dla osób, które doznały przemocy na tle seksualnym lub w relacji intymnej*, CARE Policy Brief maj 2023, dostęp 5.04.2024: https://www.care-international.org/sites/default/files/2023-05/CARE%20Poland_CMZ%20Policy%20Brief_PL.pdf)

Przemoc seksualna jest zjawiskiem częstym, mającym istotny wpływ na zdrowie i dobrostan osób jej doświadczających. Lekarze, pielęgniarki i położne oraz inni pracownicy medyczni mają wyjątkową możliwość udzielania pomocy i wsparcia poprzez zapewnienie ciągłości opieki i wszechstronnego podejścia do pacjenta. W ocenie WHO jest to problem zdrowia publicznego, który wymaga

skoordynowanej reakcji ze strony personelu medycznego i systemów ochrony zdrowia na całym świecie.

Celem przedłożonego projektu jest wprowadzenie rozwiązań systemowych, które mają znacząco poprawić dostępność do adekwatnej pomocy medycznej i wsparcia w placówkach opieki zdrowotnej osobom doświadczającym przemocy seksualnej, w szczególności w szpitalach, bezpośrednio po traumatycznym zdarzeniu. Proponowane rozwiązania obejmują kwestie związane z organizacją, zapewnieniem jakości i finansowaniem tych świadczeń, a także szkoleniem pracowników medycznych. W ocenie wnioskodawców szkolenie personelu medycznego i zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych w placówkach zdrowotnych to działania mające kluczowe znaczenie dla poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i jakości udzielanych świadczeń osobom doświadczającym przemocy seksualnej.

Celem projektu jest także spowodowanie, aby istniejącą Sieć Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Przystępstwem (dalej Sieć) połączyć z tworzonymi w placówkach służby zdrowia Punktami Pomocy Ofiarom działającymi w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z projektem ustawy procedura postępowania z ofiarą przestępstwa w placówce służby zdrowia wymagałaby kontaktu z Siecią. W wyspecjalizowanych szpitalach byłyby punkty, które udzielałyby ofierze, w intymnych warunkach, wszechstronnej informacji o możliwościach otrzymania pomocy jak też udzielały pierwszego wsparcia, a następnie, za zgodą ofiary, kierowały do wyspecjalizowanych medycznych służb wsparcia i do asystenta ofiary działającego w ramach Sieci.

Współpraca instytucji powinna doprowadzić do zminimalizowania wiktylizacji wtórnej ofiary, czyli wiktylizacji niebędącej bezpośrednim efektem czynu przestępczego, a sytuacji, w których ofiara jest źle traktowana przez

najbliższe otoczenie (rodzinę, sąsiadów, znajomych, kolegów z pracy), a także przez instytucje, które powinny służyć jej pomocą, jak w szczególności personel medyczny, funkcjonariuszy policji, prokuraturę, sąd, pracowników społecznych, organizacje pozarządowe, dziennikarzy. W konsekwencji ofiara nie ma zaufania do organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości i ma niską swoją samoocenę.

Ofiara przestępstwa

„Ofiara przestępstwa” to pojęcie ściśle wiktymologiczne. Występuje wyłącznie w literaturze i dokumentach polskich i międzynarodowych. W żadnym razie nie można określenia tego używać do konkretnej osoby skrzywdzonej czynem zabronionym. Osobę skrzywdzoną i cierpiącą z powodu doznanego przestępstwa zawsze musimy traktować z szacunkiem, szanować jej godność, odnosić się empatycznie, profesjonalnie i niedyskryminacyjnie.

Projekt ustawy jest nie tylko dla osób, które mają status pokrzywdzonego w postępowaniu karnym. Ofiarą, czyli osobą która może korzystać z uprawnień przewidzianych przez ustawą będą również osoby bez takiego statusu. Osoby, które np. doznały zgwałcenia, a z jakiegoś powodu nie chcą zawiadomić o popełnieniu przestępstwa są również objęte Sieciami pomocowymi opisanymi w ustawie. O wsparciu ofiar mówi wyraźnie art. 8 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2012/29/UE *ustanawiającej normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw* (dalej Dyrektywa). Zgodnie z nim usługi wsparcia powinny być świadczone w okresie poprzedzającym postępowanie karne, w trakcie i przez pewien czas po jego zakończeniu (ust. 1), udzielanie wsparcia nie powinno być uzależnione od złożenia zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa (ust. 5), należy kierować ofiary, które tego sobie życzą do służb wspierania (ust. 2). O prawie do uzyskania wsparcia ofiara powinna

zostać poinformowana już w pierwszym momencie kontaktu z właściwym organem. Wszystkie organy mające pierwszy kontakt z ofiarą przestępstwa muszą znać potrzeby ofiar w odniesieniu do koniecznego wsparcia, jak również dysponować informacjami o funkcjonujących na terenie ich działania odpowiednich służb wsparcia.

Odmowa złożenia zeznań i zabezpieczenie materiału dowodowego

Potrzeba pogodzenia dwóch wartości – zabezpieczenia i zebrania materiału dowodowego oraz dostrzeżenia specyficznej sytuacji psychologicznej osób pokrzywdzonych przestępstwem z art. 197 – 200 k.p.k., które nie zawsze są gotowe na uczestniczenie w procedurze karnej, wymaga wprowadzenia rozwiązania, które pozwoli prowadzić postępowanie karne również w sytuacji nieuczestniczenia w nim pokrzywdzonego. Instytucją prawa karnego procesowego, która na to pozwala jest zaproponowana odmowa złożenia zeznań przez pokrzywdzonego w/w przestępstwami. Według ogólnych zasad procesowych odmowa złożenia zeznań następuje dopiero w trakcie przesłuchania, po odebraniu danych od osoby pokrzywdzonej. Jednak w sytuacji, w której to nie osoba pokrzywdzona składa zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa celowe wydaje się stworzenie możliwości przyjęcia ewentualnej odmowy złożenia zeznań jeszcze przed przystąpieniem do przesłuchania, co zaoszczędziłoby osobie pokrzywdzonej konieczności stawienia się na wezwanie sądu (proponowana zmiana art. 185c § 1 k.p.k.). W takiej sytuacji osoba pokrzywdzona nie byłaby absorbowana żadnymi czynnościami w sprawie i wyeliminowane zostałoby ryzyko wtórej wiktymizacji. Jednocześnie materiał dowodowy, którego zgromadzenie byłoby niezbędne dla wszczęcia postępowania powinien zostać zabezpieczony i oceniony przez policję lub prokuraturę. Odmienne zatem jak w przypadku przestępstw wnioskowych, w których postępowanie nie może się toczyć bez wniosku pokrzywdzonego, w

proponowanym rozwiązaniu postępowanie toczyłoby się bez udziału pokrzywdzonego.

Asystent ofiary

Instytucja asystenta ofiary istnieje w postępowaniu przygotowawczym (art. 299a § 1 k.p.k.). Dyrektywa w art. 20 przewiduje asystenta (osobę towarzyszącą) w całym postępowaniu karnym. Tak też przewiduje projekt przedmiotowej ustawy. Wsparcie pokrzywdzonego przez osobę asystenta jest szczególnie ważne i potrzebne w pierwszych godzinach, czy dniach po skrzywdzeniu przez sprawcę. Ofiara powinna móc skorzystać z profesjonalnego asystenta, który będzie jej towarzyszył podczas różnych czynności urzędowych w całym postępowaniu karnym, a także wspomagał ją w kontaktach z takimi instytucjami, jak służba zdrowia, czy pomoc społeczna. Asystenci ofiar powinni być stałymi pracownikami Sieci Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Prześpiństwem, na którą składają się Okręgowe Ośrodki Pomocy Osobom Pokrzywdzonym (Ośrodki Sieci) i Lokalne Punkty Pomocy Pokrzywdzonym Prześpiństwem (Punkty Sieci). Asystent powinien przede wszystkim informować ofiarę o rodzaju dostępnego wsparcia, gdzie i od kogo może je uzyskać, o dostępie do pomocy medycznej i wsparcia specjalistycznego. Następczą jest informacją o tym, co powinna zrobić, aby złożyć zawiadomienie o przespiewstwie i jakie będą tego konsekwencje. Asystent dokonuje oceny służącej ustaleniu szczególnych potrzeb ofiar w zakresie ochrony (art. 22 Dyrektywy). Taką ocenę przewiduje również polski k.p.k. w art. 52a, do którego jak do tej pory nie ma przepisów wykonawczych. Ważne jest, aby ocena ta była stale aktualizowana.

Szkolenia

Minimalizowanie skutków wiktyimizacji nie powiedzie się, bez odpowiedniej edukacji i szkoleń wszystkich osób stykających się z ofiarami przespiewstw.

Profesjonalizm takich osób jest niezbędny. Muszą one mieć możliwość dostępu do wstępnych i ustawicznych szkoleń na poziomach odpowiadających ich kontaktów z ofiarami, których efektem będzie uświadomienie potrzeb ofiar oraz nauczenie traktowania ofiar z szacunkiem, bezstronnie i profesjonalnie. Szkolenia muszą obejmować kompleksową wiedzę kryminologiczno-wiktyologiczno-psychologiczną. Szczególnie ważne są szkolenia specjalistyczne z zakresy psychologii, a także te uwzględniające aspekt płci. Szkolenia powinny być uzupełniane wytycznymi, zaleceniami, a także wymianą najlepszych praktyk.

Do pracy z ofiarami nie powinny być dopuszczane osoby nieposiadające należytego przygotowania do zidentyfikowania i skutecznego reagowania na ich potrzeby.

Wsparcie w zakresie opieki zdrowotnej

Wszystkie placówki opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych są zobowiązane do udzielania pomocy osobom, które doświadczyły przemocy seksualnej zgodnie z profilem swojej działalności. W projekcie przewidziano dodatkowe rozwiązania systemowe służące poprawie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej osobom doznającym przemocy seksualnej oraz realizacji praw tych osób, w szczególności w szpitalach bezpośrednio po traumatycznym zdarzeniu. Rozwiązania te obejmują dwa poziomy wsparcia na rzecz ofiar: na poziomie podstawowym (art. 6 i 7) oraz na poziomie pomocy wyspecjalizowanej (art. 8-10).

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach wsparcia na poziomie podstawowym i na poziomie pomocy wyspecjalizowanej będą zwolnione od opłat bez względu na posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego (art. 11). Obejmować to będzie także badanie lekarskie w celu ustalenia przyczyn i rodzaju

uszkodzeń ciała oraz innych uszczerbków na zdrowiu związanych z popełnieniem czynu zabronionego określonego w art.197 – 200 Kodeksu karnego, wydanie zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie oraz zabezpieczenie dowodów popełnienia czynu zabronionego.

Ponadto, minister właściwy do spraw zdrowia ogłosi w drodze obwieszczenia w dzienniku urzędowym zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki, profilaktyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, udzielanych ofiarom w ramach wsparcia, o którym mowa w ustawie. Zalecenia zostaną opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w zakresie medycyny, pielęgniarstwa oraz psychologii i będą uwzględniać rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Przed ogłoszeniem zaleceń minister właściwy do spraw zdrowia zasięgnie opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (art. 12).

Minister właściwy ds. zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym ds. zabezpieczenia społecznego opracuje informator o uprawnieniach przysługujących ofiarom na podstawie ustawy i przepisów odrębnych. Informator będzie zamieszczany na stronach internetowych urzędów obsługujących tych ministrów. Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, które posiadają umowę z NFZ będą zobowiązane do udzielania w miejscu udzielania świadczeń informacji w zakresie objętym tym informatorem (art. 14).

Wsparcie na poziomie podstawowym

Wsparcie na poziomie podstawowym będzie realizowane całodobowo, w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, przez podmioty lecznicze udzielające świadczeń w profilu położnictwo i ginekologia, które zostały

włączone do tzw. sieci szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) na poziomie szpitali I, II i III stopnia oraz na poziomie szpitali ogólnopolskich (jeśli udzielają świadczeń w ramach SOR albo całodobowej izby przyjęć). Wsparcie na poziomie podstawowym obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej, w tym badanie lekarskie w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała oraz innych uszczerbków na zdrowiu związanych z popełnieniem czynu zabronionego przeciwko wolności seksualnej i obyczajności określonego w art. 197 – 200 Kodeksu karnego, wydanie zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie oraz zabezpieczenie za zgodą ofiary dowodów popełnienia czynu zabronionego. Wsparcie obejmuje zapewnienie ofiarom, o ile zachodzi taka potrzeba, środków stosowanych w antykoncepcji postkoitalnej (awaryjnej). Ofiarom udzielane są także informacje o dostępnych formach wsparcia, w tym udzielanych przez ośrodki i punkty Sieci Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Prześstępstwem (SPOPP).

Podmioty lecznicze zapewniające wsparcie na poziomie podstawowym będą zobowiązane do ustalenia zasad, procedur i metod postępowania (o których mowa w art. 18 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. poz. 1692) w stosunku do ofiar czynów zabronionych przeciwko wolności seksualnej i obyczajności określonych w art. 197-200 Kodeksu karnego. Natomiast personel medyczny udzielający tych świadczeń powinien ukończyć szkolenie z zakresu udzielania pomocy ofiarom na poziomie podstawowym. Celem szkoleń jest pogłębienie i aktualizacja wiedzy oraz umiejętności zawodowych w zakresie pomocy ofiarom uwzględniających szczególne potrzeby tych osób. Szkolenia będą prowadzone na podstawie programu opracowanego Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego przy udziale ekspertów posiadających doświadczenie zawodowe i dorobek naukowy

w zakresie obejmującym pomoc ofiarom przestępstw i zatwierdzanego przez ministra właściwego ds. zdrowia (art. 13).

Minister właściwy ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia standard organizacyjny w podmiotach leczniczych realizujących wsparcie na poziomie podstawowym. Standard powinien określić poszczególne elementy organizacji tego wsparcia mające na celu m.in. zapewnienie ofierze komfortowych warunków badania, poczucia bezpieczeństwa oraz prywatności i intymności. Standard organizacyjny powinien określić także warunki dotyczące pomieszczeń i wyposażenia, w tym np. posiadanie pakietów kryminalistycznych.

Wsparcie na poziomie podstawowym w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej będzie finansowane na podstawie umowy zawieranej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ z podmiotem leczniczym spełniającym warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach wsparcia ofiarom na poziomie podstawowym określone przez Prezesa NFZ. Do zawarcia tych umów nie będą stosowane konkursy ofert i rokowania (art. 7). Wsparcie udzielane ofiarom w pozostałym zakresie, w tym koszty zabezpieczenia dowodów popełnienia czynu zabronionego oraz szkolenia personelu będą finansowane ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 43 § 19 Kodeksu karnego wykonawczego (art. 10).

Wsparcie na poziomie pomocy wyspecjalizowanej – punkty pomocy ofiarom (PPO)

Wsparcie na poziomie pomocy wyspecjalizowanej w ramach PPO będzie wykonywane przez podmioty realizujące jednocześnie wsparcie na poziomie podstawowym, które ponadto zostały wskazane przez ministra właściwego ds.

zdrowia na krajowej liście świadczeniodawców prowadzących PPO. Dodatkowym warunkiem będzie posiadanie przez te podmioty umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień. PPO będzie jednostką organizacyjną tego podmiotu leczniczego. Minister właściwy ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia krajową listę świadczeniodawców prowadzących PPO oraz terytorialny obszar działania poszczególnych PPO obejmujący powiaty i miasta na prawach powiatu, kierując się potrzebą zapewnienia ofiarom dostępności do pomocy wyspecjalizowanej oraz równomiernego rozmieszczenia PPO na obszarze kraju. Zgodnie z projektem na jeden PPO nie powinno przypadać więcej niż 1,5 mln mieszkańców, przy czym co najmniej jeden PPO powinien być zlokalizowany w każdym województwie.

Na poziomie pomocy wyspecjalizowanej (PPO) będzie realizowane wsparcie obejmujące świadczenia opieki zdrowotnej, w tym badanie lekarskie w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała oraz innych uszczerbków na zdrowiu związanych z popełnieniem czynu zabronionego z art.197 – 200 Kodeksu karnego oraz wydanie zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie, zabezpieczenie dowodów popełnienia czynu zabronionego, a także pomoc psychologiczną oraz zapewnienie ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych ofiarom. Przez ciągłość świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z projektem należy rozumieć organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu wsparcia ofiar, także w przypadkach, gdy pierwszy kontakt ofiary z opieką zdrowotną miał miejsce w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

Ważnym zadaniem PPO będzie zapewnienie całodobowych konsultacji w zakresie pomocy ofiarom wszystkim placówkom medycznym ze swojego terytorialnego obszaru działania. Konsultacje te będą udzielane za

pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Poza normalnymi godzinami pracy konsultacje mogą być udzielane przez pracowników wykonujących zawód medyczny w ramach pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, o której mowa u ustawie o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 oraz poz. 1675 i poz. 1972). PPO będzie także współpracować z Siecią Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Przepięstwem (SPOPP), w szczególności ze swojego obszaru działania.

Analogicznie, jak w przypadku wsparcia na poziomie podstawowym minister właściwy ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia standard organizacyjny opieki zdrowotnej w PPO, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości tych świadczeń. Personel medyczny udzielający świadczeń w PPO powinien ukończyć szkolenie z zakresu udzielania pomocy ofiarom na poziomie pomocy wyspecjalizowanej na podstawie programu szkolenia opracowanego Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego przy udziale ekspertów posiadających doświadczenie zawodowe i dorobek naukowy w zakresie obejmującym pomoc ofiarom przestęptw i zatwierdzonego przez ministra właściwego ds. zdrowia (art. 13).

Wsparcie na poziomie pomocy wyspecjalizowanej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym pomocy psychologicznej, będzie finansowane na podstawie umowy zawieranej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ z podmiotem leczniczym spełniającym warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach wsparcia ofiarom na poziomie podstawowym określone przez Prezesa NFZ. Do zawarcia tych umów nie będą stosowane konkursy ofert i rokowania (art. 9). Wsparcie udzielane ofiarom w pozostałym zakresie, w tym koszty zabezpieczenia dowodów popełnienia czynu zabronionego oraz szkolenia personelu będą finansowane ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości na zasadach

określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 43 § 19 Kodeksu karnego wykonawczego (art. 10).

Wejście w życie projektowanej ustawy spowoduje konieczność wydatkowania środków z budżetu państwa związanych m.in. z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Wyliczenie tych kosztów nie jest możliwe bez wiedzy o liczbie świadczeniobiorców prowadzących punkty pomocy ofiarom (PPO), których listę określi minister właściwy do spraw zdrowia oraz ilości osób, które z takich świadczeń będzie korzystać.

Sieć Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Przepięstwem, szkolenia oraz inne działania na rzecz pokrzywdzonych prowadzone przez PPO i innych świadczeniodawców nie będące udzielaniem świadczeń zdrowotnych będą finansowane ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Penitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwosci i nie będą bezpośrednio obciążać budżetu państwa.

Projektowana ustawa nie jest sprzeczna z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana ustawa nie podlega notyfikacji zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projektowana ustawa nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.