

**MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI**  
**Przewodniczący**  
**Rady Polityki Penitencjarnej**

Warszawa, dnia 28 marca 2014 roku

**SPRAWOZDANIE**  
**Z DZIAŁALNOŚCI RADY POLITYKI PENITENCJARNEJ ZA 2013 ROK**

W dniu 13 sierpnia 2010 roku weszła w życie ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 roku o *Służbie Więziennej* (Dz. U. Nr 79, poz.523 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 2 ust 3-6 ww. ustawy, organem doradczym Ministra Sprawiedliwości w zakresie zadań Służby Więziennej jest Rada Polityki Penitencjarnej.

W dniu 3 grudnia 2010 r. zostało podpisane zarządzenie Ministra Sprawiedliwości *w sprawie określenia regulaminu organizacyjnego Rady Polityki Penitencjarnej* wraz z załącznikiem w postaci *regulaminu organizacyjnego Rady Polityki Penitencjarnej* (Dz. Urz. Min. Sprawiedl. z 2011 r. Nr 1, poz. 4).

Trzon Rady stanowią przedstawiciele świata nauki, a jej dopełnieniem są praktycy ze Służby Więziennej oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych i Ministerstwa Sprawiedliwości.

Rada Polityki Penitencjarnej liczy 17 osób, a w jej skład wchodzi :

- dziewięciu przedstawicieli nauki.
- czterech przedstawicieli organizacji pozarządowych
- dwóch przedstawicieli Służby Więziennej
- dwóch przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości;

**Zadania ustawowe Rady Polityki Penitencjarnej** zostały określone w art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. *o Służbie Więziennej*. Są nimi :

- inicjowanie nowych kierunków oddziaływań penitencyjnych
- dokonywanie oceny bieżącej polityki penitencjarnej
- inicjowanie, przeprowadzanie i wspieranie badań naukowych dotyczących zadań Służby Więziennej
- inicjowanie i wspieranie przedsięwzięć służących poprawie bezpieczeństwa funkcjonariuszy i pracowników Służby więziennej oraz osób skazanych na karę pozbawienia wolności tymczasowo aresztowanym oraz osobom wobec których są wykonywane kary pozbawienia wolności i środki przymusu skutkujące pozbawieniem wolności
- przedstawianie opinii w sprawach przekazanych przez Ministra Sprawiedliwości związanych z jego kompetencjami określonymi w ustawie o Służbie Więziennej.

Członkowie Rady Polityki Penitencjarnej są powoływani i odwoływani przez Ministra Sprawiedliwości. Kadencja Rady trwa 4 lata. Rada obraduje na posiedzeniach, które odbywają się co najmniej 2 razy w roku. Pracami Rady Polityki Penitencjarnej kieruje jej Przewodniczący przy pomocy Prezydium Rady, w skład którego poza Przewodniczącym Rady wchodzi : Zastępca Przewodniczącego Rady, dwóch członków oraz Sekretarz.

Przewodniczący Rady Polityki Penitencjarnej ma obowiązek: sporządzić sprawozdanie ze swojej działalności w każdym roku kalendarzowym, i przedłożyć je Ministrowi Sprawiedliwości **do dnia 31 marca**.

**Niniejsze sprawozdanie obejmuje okres za 2013 rok .**

W 2013 roku Rada Polityki Penitencjarnej obradowała na dwóch posiedzeniach, które odbyły się w następujących dniach :

- 19 czerwca 2013 roku,
- 29 października 2013 roku,

W okresie objętym niniejszym sprawozdaniem, Minister Sprawiedliwości nie skorzystał z uprawnienia określonego w art. 2 ust. 5 pkt 5 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. *o Służbie Więziennej* (Dz. U. Nr 79, poz. 523 z późn. zm., dalej : *ustawa o Służbie Więziennej*), i nie przekazał Radzie Polityki Penitencjarnej do zaopiniowania żadnej sprawy, związanej z jego kompetencjami określonymi w ustawie *o Służbie Więziennej*.

Podczas posiedzeń, członkowie Rady Polityki Penitencjarnej omawiali i zapoznawali się z informacjami na temat: funkcjonowania służby zdrowia w jednostkach penitencjarnych, funkcjonowania Systemu Dozoru Elektronicznego „*Dzisiaj i w przyszłości*”, dynamiki zaludnienia jednostek penitencjarnych w roku 2013, Norweskiego Mechanizmu Finansowego dla Służby Więziennej oraz aktualnej sytuacji jednostek penitencjarnych.

W trakcie 2013 roku nastąpiła również zmiana osobowa w składzie Rady, Pana pułkownika Krzysztofa Chojeckiego, zastąpił Pan pułkownik Dariusz Szatkowski .

Sposób działania więziennej służby zdrowia, podczas posiedzenia Rady Polityki Penitencjarnej, przedstawił członkom Rady prof. dr hab. n. med. Leszek Markuszewski – dyrektor Biura Służby Zdrowa w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej. W ocenie dyrektora, zaprezentowanej Radzie, funkcjonowanie opieki zdrowotnej w strukturach jednostek organizacyjnych Służby Więziennej jest jedynym rozwiązaniem systemowym, zapewniającym osobom pozbawionym

wolności, realizację ustawowego obowiązku ochrony zdrowia, które przy pełnej akceptacji społecznej będzie jednocześnie najkorzystniejsze z ekonomicznego punktu widzenia.

Ewentualne przeniesienie więziennej służby zdrowia do Ministerstwa Zdrowia wydaje się decyzją politycznie zależną co najmniej od woli Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Sprawiedliwości. Należy zwrócić uwagę, że i tak za świadczenia prawdopodobnie płaciłby budżet państwa co nie wpłynęłoby na zmniejszenie kosztów i poprawę jakości i dostępności świadczeń, a jedynie zwiększyłoby obciążenie pozawięziennych podmiotów leczniczych dodatkowymi świadczeniami. Dodatkowe obciążenie społecznej służby zdrowia świadczeniami dla osadzonych wpłynęłoby niewątpliwie na wydłużenie kolejek dla wszystkich osób oczekujących na świadczenia medyczne, które są realizowane często znacznie szybciej w podmiotach więziennych (raport NIK). Konieczność ewentualnego realizowania np. kilku milionów wizyt ambulatoryjnych i specjalistycznych w pozawięziennych podmiotach leczniczych wymagałoby zapewnienia bezpieczeństwa (konwoje funkcjonariuszy SW) i mogłoby w istotny sposób wpłynąć na ogólne poczucie bezpieczeństwa całego społeczeństwa. Poza czynnikiem poczucia bezpieczeństwa społecznego, realizowanie tak ogromnej ilości wizyt osadzonych w pozawięziennych podmiotach leczniczych byłoby ogromnym wyzwaniem logistycznym - umawianie wizyt, koszty transportu (nowe pojazdy konwojowe, paliwo). Jednocześnie spotkałoby się to zapewne z negatywnym odbiorem społecznym, chociażby z uwagi na brak poczucia bezpieczeństwa, o czym świadczą doniesienia medialne związane z wychodzeniem na wolność osób, które zostały skazane za najcięższe przestępstwa. O złożoności i problemach związanych z wariantem zapewnienia opieki medycznej przez podmioty pozawięzienne niech świadczy fakt, że podjęte próby zorganizowania pilotażowych oddziałów dla osób pozbawionych wolności w szpitalach pozawięziennych w Gdańsku i Warszawie zakończyły się fiaskiem z powodu braku zainteresowania placówek zewnętrznych.

Świadczenia zdrowotne udzielane osobom pozbawionym wolności przez więzienne podmioty lecznicze zapewniają ogromną większość potrzeb generowanych w zakresie ochrony zdrowia przez populację ponad 90 000 osób. Utrzymanie więziennej służby zdrowia za murami jednostek penitencjarnych jest koniecznością nie tylko z powodów organizacyjno-logistycznych ale również ekonomicznych ponieważ więzienna służba zdrowia jest tańsza od medycyny ogólnodostępnej. Zaznaczyć przy tym należy, że jest to populacja o niskim stanie świadomości zdrowotnej, bardziej zaniedbana oraz roszczeniowa. Z uwagi na fakt, że w aktualnym stanie prawnym można uzyskać przerwę w karze pozbawienia wolności z powodu stanu zdrowia, osoby te częściej korzystają ze służby zdrowia oraz wymagają wykonywania badań dodatkowych celem udowodnienia braku choroby. Tak więc włączenie tych osób w system wolnościowy przy braku doświadczenia lekarzy wynikającego z pracy z taką grupą pacjentów spowodowałoby kolejne nakłady finansowe.

Więzienna służba zdrowia realizuje nałożony na Służbę Więzienną ustawowy obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności. Jednocześnie w ramach więziennej służby zdrowia funkcjonuje i realizuje swoje zadania medycyna pracy dla blisko 30 tys. funkcjonariuszy. Struktura organizacyjna służby zdrowia odpowiada strukturze Służby Więziennej, przy czym opieka zdrowotna realizowana jest na poziomie jednostek podstawowych – zakładów karnych i aresztów śledczych. Obejmuje ona świadczenia zdrowotne udzielane w podmiotach leczniczych jednostek penitencjarnych jak również organizację świadczeń udzielanych w podmiotach pozawięziennych. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane osobom pozbawionym wolności finansowane są w całości z budżetu państwa. Wszelkie potrzeby lub wydatki związane z utrzymaniem odpowiednich warunków jakie winny spełniać pomieszczenia podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności, wyposażenie w sprzęt medyczny, zaopatrzenie w wyroby medyczne są pokrywane z budżetu więziennictwa. Zasadą jest udzielanie świadczeń przede wszystkim w podmiotach leczniczych zakładów

karnych lub aresztów śledczych, natomiast w przypadku zaistnienia przesłanek określonych w Kodeksie karnym wykonawczym – udzielanie świadczeń w podmiotach pozawięziennych (dotyczy to świadczeń wysokospecjalistycznych lub sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia). Jednostki, w których funkcjonują szpitale więzienne zapewniają całodobową opiekę medyczną. W pozostałych jednostkach kadra medyczna jest obecna zasadniczo w godzinach pracy administracji i zapewnia osadzonym ambulatoryjną opiekę medyczną. W czasie, kiedy w jednostce nie ma kadry medycznej więziennictwo korzysta ze świadczeń Państwowego Ratownictwa Medycznego. W przypadku braku możliwości zapewnienia adekwatnej opieki zdrowotnej możliwe jest wystąpienie do sądu penitencjarnego o udzielenie osadzonemu przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności, uchylenie środka zapobiegawczego (aresztu) lub leczenie w warunkach „pod konwojem”.

W każdej jednostce penitencjarnej funkcjonują podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Są nimi: ambulatoria z izbami chorych (we wszystkich jednostkach) oraz 13 szpitali więziennych. W ramach tych podmiotów działają oddziały szpitalne, gabinety lekarskie, pracownie diagnostyczne, gabinety stomatologiczne, pracownie rehabilitacji i fizykoterapii oraz apteki zakładowe. Szczegółowe wymagania w zakresie wymogów jakie winny spełniać ich pomieszczenia i urządzenia zostały określone przez Ministra Sprawiedliwości w odrębnych rozporządzeniach.

Kadra medyczna więziennej służby zdrowia to funkcjonariusze lub pracownicy więziennictwa. Podlegają oni służbowo dyrektorom jednostek penitencjarnych. Aktualnie zatrudnionych jest ok. 1300 lekarzy cywilnych oraz ponad 130 lekarzy - funkcjonariuszy Służby Więziennej. Personel pielęgniarski to ponad 950 osób (w tym ponad 880 funkcjonariuszy).

Oprócz bieżącej opieki zdrowotnej więzienna służba zdrowia realizuje w ramach Narodowego Programu Zdrowia:

- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS;



- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Programów Alkoholowych;
- Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”;
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii;
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015;
- 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 Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w jednostkach penitencjarnych realizowane są programy substytucji metadonowej (7 programów obejmujących 23 jednostki penitencjarne). Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce realizowany jest w systemie więziennictwa w sposób ciągły. W jego ramach prowadzone są programy edukacyjne dla funkcjonariuszy i osadzonych. Działaniami edukacyjnymi służącymi upowszechnianiu zdrowego stylu życia jako alternatywy dla palenia tytoniu są objęte wszystkie osoby przebywające w jednostkach penitencjarnych. Więzienna służba zdrowia w ramach Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS realizuje Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. Harmonogram działań obejmuje wszystkie osoby pozbawione wolności, żyjące z HIV/AIDS, zapewniając dostęp do zgodnych z obowiązującymi zaleceniami metod profilaktyki i procedurami w zakresie leczenia antyretrowirusowego (ARV). Obecnie leczonych jest ponad 250 osób.

Osoby pozbawione wolności mają zagwarantowaną dostępność do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz leków. Uwzględniane są prawa pacjenta określone w odrębnej ustawie, o ile nie są one ograniczone przepisami Kkw. Kontakt z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej odbywa się z inicjatywy osadzonego, natomiast badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne lub

leczenie szpitalne wymagają skierowania lekarskiego. Świadczenia zdrowotne dla osadzonych nie są limitowane. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia lekarz może ustalać adekwatne wyżywienie (diety lecznicze) lub wnioskować o odstępstwa od wymagań określonych w odpowiednich regulaminach. Osadzeni pracujący podlegają procedurom obowiązującym w zakresie medycyny pracy, które realizują właściwi lekarze.

W związku z powyższym, biorąc pod uwagę aktualne potrzeby zdrowotne osób pozbawionych wolności, wymagania stawiane systemowi ochrony zdrowia oraz przedstawione uwarunkowania, a w szczególności sytuację ekonomiczną, należy stwierdzić, że:

1. opiekę zdrowotną osobom pozbawionym wolności powinna zapewniać więzienna służba zdrowia podległa Ministrowi Sprawiedliwości
2. więzienna służba zdrowia nigdy nie będzie rentowna z uwagi na ponoszenie wysokich kosztów stałych wynikających z utrzymania gotowości do pracy. Jest to cena za poczucie bezpieczeństwa, związana z izolacją osób skazanych bądź tymczasowo aresztowanych
3. siłę i podstawę więziennej służby zdrowia powinna stanowić zunifikowana (m.in. kadrowo i sprzętowo) podstawowa opieka zdrowotna – ambulatoria z izbami chorych
4. leczenie szpitalne poza diagnostyką i leczeniem powszechnie występujących jednostek chorobowych (interna i chirurgia), powinno posiadać oddziały szpitalne wynikające z potrzeb i specyfiki więziennej służby zdrowia. Oczywiście nie ma uzasadnienia ekonomicznego funkcjonowanie w ramach więziennej służby zdrowia, szpitalnych oddziałów wysokospecjalistycznych lub sprzętu diagnostycznego w sytuacji gdy potrzeby osadzonych zamykają się na poziomie góra kilkunastu przypadków rocznie.



Do zasadniczych wyzwań i kierunków stwarzających perspektywę osiągnięcia sprawnego

i w pełni wydolnego systemu ochrony zdrowia dla osób pozbawionych wolności należy zaliczyć:

1. weryfikację bazy kadrowej i jej dostosowanie do zunifikowanego modelu opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie standaryzacji zatrudnienia zgodnie z wypracowanymi modelami kadrowymi oraz zmianę modelu zarządzania więzienną służbą zdrowia
2. utrzymanie i pozyskanie do pracy kadry medycznej szczególnie wobec niekonkurencyjnych wynagrodzeń oferowanych zarówno funkcjonariuszom jak i pracownikom cywilnym oraz specyfice pracy („trudny pacjent”).
3. przeprowadzenie restrukturyzacji bazy szpitalnej, co umożliwi lepsze wykorzystanie już posiadanych zasobów oraz będzie lepiej odpowiadać na zapotrzebowanie generowane przez populację osadzonych.
4. dostosowanie obiektów więziennych podmiotów leczniczych do wymagań rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. 2012. 808)
5. zapewnienie regularnego dopływu środków finansowych na zakup i unifikację sprzętu medycznego dla więziennych podmiotów leczniczych
6. zapewnienie sprawnego systemu doskonalenia zawodowego – budowanie platformy edukacyjnej

Podczas posiedzenia Rady Polityki Penitencjarnej w dniu 19 czerwca 2013 roku, informację o funkcjonowaniu systemu dozoru elektronicznego, przedstawił gen. Paweł Nasiłowski. Monitoring elektroniczny skazanych w Polsce realizowany

jest na podstawie ustawy z dnia 7 września 2007 r. o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego (SDE). Zgodnie z zapisami ww. ustawy o odbywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego decyduje wyłącznie sąd penitencjarny, wydając postanowienie w tym przedmiocie. O odbywanie kary w SDE mogą ubiegać się skazani prawomocnym wyrokiem od 1 miesiąca do roku pozbawienia wolności. Skazany ubiegający się o odbywanie kary w SDE składa samodzielnie pisemny wniosek do właściwego sądu penitencjarnego (w okręgu w którym skazany przebywa). Prawo złożenia wniosku o wykonanie kary w SDE ustawa daje również prokuratorom, sądowym kuratorom zawodowym, adwokatom i dyrektorom zakładów karnych oraz aresztów śledczych.

Generał Nasiłowski, poinformował Radę, iż wg stanu na dzień 14 czerwca 2013 roku karę w SDE odbywa 5.273 skazanych. Karę zakończyło 15.175 skazanych. System łącznie objął 20.448 osób. Pan generał przedstawił również techniczną stronę funkcjonowania systemu, odpowiadał również na pytania ze strony członków Rady.

Podczas dwóch posiedzeń Rady Polityki Penitencjarnej w roku 2013 bardzo obszerne informacje dotyczące funkcjonowania Służby Więziennej, prezentowali podczas posiedzeń dyrektorzy: gen. Jacek Włodarski i płk Jacek Kitliński. Podczas swoich wystąpień informowali Radę m.in. o: strukturze organizacyjnej Służby Więziennej, populacji osadzonych, sytuacji kadrowej w Służbie Więziennej, zaludnieniu w jednostkach penitencjarnych, działaniach Służby Więziennej w zapobieganiu skutkom zwiększonego zaludnienia, planach dotyczących oddania nowych miejsc zakwaterowania w latach 2013-2016, poprawie warunków sanitarno – bytowych osadzonych, sytuacji ekonomicznej więziennictwa, zatrudnianiu i nauczaniu osadzonych, programach readaptacji społecznej, funkcjonowaniu więziennego systemu terapii skazanych uzależnionych od alkoholu, rozpatrywaniu skarg i wniosków osadzonych oraz o obiegu informacji o osobach pozbawionych wolności.

W roku 2013 członkowie Rady Polityki Penitencjarnej uzyskali również informację dotyczącą Norweskiego Mechanizmu Finansowego dla Służby Więziennej. W efekcie zawartego w dniu 10 czerwca 2011 r. Memorandum of Understanding pomiędzy Polską i Norwegią uruchomiona została kolejna perspektywa finansowa Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014, którego beneficjentem będzie m.in. Polska.

Jednym z obszarów określonych w Memorandum of Understanding jest obszar programowy nr 32 pn.: „**Wsparcie Służby Więziennej, w tym sankcji pozawięziennych**”. Przedsięwzięcie jest programem partnerskim i będzie realizowane we współpracy z norweskim więziennictwem.

Celem zaplanowanych działań, które zostaną sfinansowane ze środków NMF jest podniesienie poziomu wykonywania kary pozbawienia wolności zgodnie z odpowiednimi międzynarodowymi instrumentami praw człowieka. Cel ma zostać osiągnięty poprzez m.in. podniesienie efektywności działań podejmowanych wobec szczególnych grup osadzonych w jednostkach penitencjarnych oraz kompetencji zawodowych kadry Służby Więziennej i podniesienie kompetencji osób odbywających karę pozbawienia wolności.

Bezpośrednie działania służące osiągnięciu zaplanowanych rezultatów będą prowadzone poprzez m.in. realizację wśród więźniów szkoleń o charakterze zawodowym oraz podnoszących ich kompetencje społeczne w celu zwiększenia efektywności powrotu do społeczeństwa po zakończeniu odbywania kary, realizację szkoleń wśród kadry Służby Więziennej podnoszących kwalifikacje zawodowe (m.in. szkolenia językowe, specjalistyczne, ukierunkowane na pracę z grupami szczególnymi lub więźniami młodocianymi, itp.), a także realizację szkoleń wśród kadry Służby Więziennej ukierunkowanych na podniesienie umiejętności służących prawidłowemu wykonywaniu obowiązków służbowych (m.in. warsztaty antystresowe, szkolenia podnoszące umiejętności w zarządzaniu kadrami, itp.). Planowane jest także utworzenie i wdrożenie systemów teleinformatycznych służących podniesieniu poziomu zarządzania jednostkami penitencjarnymi.

Ponadto nastąpi wzmocnienie sprzętowe i modernizacja procesów dydaktycznych w ramach Centralnego Ośrodka Szkolenia Służby Więziennej w Kaliszu.

Rezultatami programu będzie zwiększenie częstotliwości stosowania rozwiązań alternatywnych w stosunku do kary pozbawienia wolności oraz podniesienie kompetencji kadry Służby Więziennej oraz osadzonych.

W latach 2012-2015 w ramach programu realizowane będą następujące projekty predefiniowane:

- „Realizacja szkoleń podnoszących kompetencje społeczno-zawodowe więźniów oraz stworzenie warunków ułatwiających podtrzymywanie więzi rodzinnych w celu zwiększenia efektywności ich powrotu do społeczeństwa po zakończeniu odbywania kary.”
- „Realizacja szkoleń kadry Służby Więziennej podnoszących kwalifikacje zawodowe w celu zapewnienia właściwego poziomu stosowania kary pozbawienia wolności zgodnie z międzynarodowymi zasadami praw człowieka.”
- „Realizacja szkoleń kadry Służby Więziennej ukierunkowanych na podniesienie umiejętności służących prawidłowemu wykonywaniu obowiązków służbowych.”
- „Wzmocnienie systemów ochrony jednostek penitencjarnych w oparciu o Grupy Interwencyjne Służby Więziennej.”
- „Utworzenie i wdrożenie systemów teleinformatycznych służących podniesieniu poziomu zarządzania jednostkami penitencjarnymi.”
- „Wzmocnienie sprzętowe i modernizacja systemu kształcenia kadry Służby Więziennej w ramach szkół resortowych”.
- „Upowszechnienie stosowania kar nieizolacyjnych i środków probacyjnych w systemie sądownictwa karnego.” - beneficjent: Departament Wykonania Orzeczeń i Probacji w Ministerstwie Sprawiedliwości.

Na poziomie *Memorandum of Understanding* określono, iż w ramach przedmiotowego programu Partnerem dla polskiej Służby Więziennej będzie Norweska Służba Więzienna. Zakłada się podjęcie współpracy między służbami w związku z realizacją przedmiotowego programu jak również kontynuację współpracy po zakończeniu jego realizacji.



Stanisław Chmielewski

Przewodniczący

Rady Polityki Penitencjarnej