

Mgr Dominika Sujka-Kujawiak

Ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności

Rozprawa doktorska przygotowana
w Katedrze Prawa Karnego Międzynarodowego
Zakładzie Prawa Karnego Wykonawczego
pod kierunkiem:
dr hab. Grzegorza Wicińskiego prof. nadzw. UŁ

Łódź 2019

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów.....	6
Wstęp.....	8
ROZDZIAŁ I	14
Założenia normatywne dotyczące kary pozbawienia wolności, systemu penitencjarnego i populacji osadzonych w Polsce	
1. Zarys historii polskiego więziennictwa	22
2. Cele i dyrektywy wymiaru kary pozbawienia wolności na gruncie kodeksu karnego z 1997 r.....	33
2.1. Cele wymiaru kary pozbawienia wolności	35
2.2. Dyrektywy wymiaru kary pozbawienia wolności	37
3. Zasady i cele wykonywania kary pozbawienia wolności na gruncie kodeksu karnego z 1997 r.....	46
3.1. Zasady wykonywania kary pozbawienia wolności	48
3.2. Cele wykonywania kary pozbawienia wolności	56
4. Polski system penitencjarny.....	62
4.1. System dozoru elektronicznego.....	69
4.2. System programowanego oddziaływania.....	71
4.3. System terapeutyczny.....	74
5. Klasyfikacja skazanych i typy jednostek penitencjarnych.....	79
5.1. Klasyfikacja skazanych.....	79
5.2. Typy jednostek penitencjarnych.....	81
6. Charakterystyka populacji osób odbywających karę pozbawienia wolności w Polsce.....	83
7. Udział społeczeństwa w wykonywaniu kary pozbawienia wolności.....	88
ROZDZIAŁ II.....	93
Izolacja wynikająca z wykonywania kary pozbawienia wolności w obliczu ochrony zdrowia osób izolowanych	
1. Prawo do ochrony zdrowia.....	97
1.1. Wielowymiarowość zdrowia	104
1.2. Znaczenie zdrowia w toku wykonywania kary pozbawienia wolności.....	107
2. Definicja zdrowia fizycznego.....	112

3. Zdrowie psychiczne i jego zaburzenia.....	114
4. Pojęcie niepełnosprawności.....	117
5. Standardy i formy ochrony zdrowia oraz zarys funkcjonowania i zadań więziennej służby zdrowia.....	120
5.1. Standardy i formy ochrona zdrowia.....	120
5.2. Zarys funkcjonowania i zadań więziennej służby zdrowia.....	123

ROZDZIAŁ III.....	129
-------------------	-----

Ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności w świetle standardów międzynarodowych

1. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka.....	129
2. Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.....	132
3. Wzorcowe Reguły Minimum Postępowania z Więźniami Organizacji Narodów Zjednoczonych.....	134
4. Europejskie Reguły Więzienne.....	142
4.1. Ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności w kontekście ERW.....	146
4.2. Wpływ ERW na sytuacje osób pozbawionych wolności w Polsce.....	149
5. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT).....	151
5.1. Publiczne oświadczenia CPT.....	155
5.2. Aktualne problemy w zakresie ochrony zdrowia osadzonych w Polsce	
5.3. na podstawie wizytacji CPT.....	160
6. Sytuacja osób pozbawionych wolności w zakresie ochrony zdrowia oraz jej standardy według orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.....	168

ROZDZIAŁ IV.....	175
------------------	-----

Ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności w świetle prawa polskiego

1. Gwarancje ochrony praw osób pozbawionych wolności w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.....	177
1.1. Godność jako fundamentalne prawo człowieka.....	180
1.2. Zasada humanitaryzmu.....	184
2. Kodeks karny w obliczu problemów zdrowotnych sprawcy czynu.....	188

2.1. Problem niepoczytalności i poczytalności na etapie postępowania przygotowawczego i jurysdykcyjnego.....	189
2.1.1. Niepoczytalność i jej konsekwencje na gruncie kodeksu karnego.....	190
2.1.2. Poczytalność ograniczona w stopniu znacznym i jej konsekwencje na gruncie kodeksu karnego.....	193
2.2. Orzekanie środków zabezpieczających.....	194
2.2.1. Elektroniczna kontrola miejsca pobytu.....	200
2.2.2. Terapia.....	201
2.2.3. Terapia uzależnień.....	203
2.2.4. Pobyt w zakładzie psychiatrycznym.....	204
3. Kodeks karny wykonawczy w obliczu ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności.....	205
3.1. Uprawnienia osób osadzonych w kontekście ochrony zdrowia.....	207
3.1.1. Prawa osób odbywających karę pozbawienia wolności wynikające z art. 102 pkt. 1 kodeksu karnego wykonawczego.....	207
3.1.2. Świadczenia zdrowotne w kontekście art. 115 kodeksu karnego wykonawczego.....	211
3.2. Przymusowe działania medyczne wobec osób odbywających karę pozbawienia wolności.....	215
3.3. Postępowania incydentalne związane ze stanem zdrowia osadzonych.....	220
3.3.1. Umorzenie postępowania wykonawczego i zawieszenie postępowania wykonawczego.....	221
3.3.2. Odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności.....	225
3.3.3. Przerwa w wykonywaniu kary pozbawienia wolności.....	230
3.4. Przeludnienie jednostek penitencjarnych w odniesieniu do ochrony zdrowia osadzonych.....	234
3.5. Rola psychologa w postępowaniu penitencjarnym.....	239
4. Sytuacja osób pozbawionych wolności w polskich jednostkach penitencjarnych w zakresie ochrony ich zdrowia.....	242
ROZDZIAŁ V.....	246
Problemy polskiego więziennictwa w zakresie ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności na przykładzie Zakładu Karnego w Lublińcu (obecnie Oddział	

Zewnętrzny w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach) i Aresztu Śledczego w Piotrkowie Trybunalskim

1. Przedmiot i cel badań.....	247
2. Problemy badawcze i hipotezy.....	248
3. Wybrane metody, techniki i narzędzia badawcze.....	249
4. Charakterystyka obiektów badawczych wraz z wynikami ankiet skierowanych do jednostek penitencjarnych.....	250
4.1. Oddział Zewnętrzny w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach (dawniej: Zakład Karny w Lublińcu).....	251
4.2. Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim.....	253
5. Wyniki badań i ich analiza – Oddział Zewnętrzny w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach.....	255
6. Wyniki badań i ich analiza – Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim.....	268
7. Weryfikacja problemów badawczych i hipotez, a możliwe kierunki zmian.....	283
ZAKOŃCZENIE.....	288
LITERATURA I INNE ŹRÓDŁA.....	292
SPIS TABEL I WYKRESÓW.....	308

Wykaz skrótów

Konstytucja RP - ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn. zm. i ze sprost.

k.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.

k.k.w. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557 z późn. zm.

k.p.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 1997 nr 89 poz. 555 z późn. zm.

CzPKiNP - Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych

PiM – Prawo i Medycyna

PiP – Państwo i Prawo

Prok. i Pr. – Prokuratura i Prawo

PWP – Przegląd Więziennictwa Polskiego

AMSiK – Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii

Dz.U. – Dziennik Ustaw

OSA – Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych

OSNC – Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna

OSNKW – Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Karna i Wojskowa

KZS – Krakowskie Zeszyty Sądowe

RM – Reguły Minimalne

ERW – Europejskie Reguły Więzienne

SA – Sąd Apelacyjny

SN – Sąd Najwyższy

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych

ETPCz – Europejski Trybunał Praw Człowieka

CPT - Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu

TK – Trybunał Konstytucyjny

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

HFPC – Helsińska Fundacja Praw Człowieka

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej

POZ – Podstawowa opieka zdrowotna

AŚ – Areszt Śledczy

Tab. – Tabela

Wyk. – Wykres

z późn. zm. – z późniejszymi zmianami

m.in. – między innymi

np. – na przykład

tzw. – tak zwane

ww. – wyżej wymienione

Wstęp

Kara pozbawienia wolności mimo swej dolegliwości jest aktualnie w dużej mierze postrzegana jako jedna z podstawowych form sankcjonowania. Należy jednak odwołać się do jej ewentualnych negatywnych następstw, które to mogą oddziaływać bezpośrednio na osobę izolowaną, jak również na ogół społeczeństwa i gospodarki. Wynika to bowiem z faktu, iż kara pozbawienia wolności generuje koszty finansowe, ale może przyczyniać się także do rozpadu więzi rodzinnych i deprywacji emocjonalnej osadzonych. W obecnych czasach panuje jednak zjawisko rozpowszechnienia praw człowieka w świadomości każdego z członków społeczeństwa cywilizowanego. W dużej mierze stanowi to wynik wydarzeń historycznych, rozwoju kultury, psychologii, socjologii, jak i gospodarki. Tym samym przestrzeganie owych praw i zapewnienie ich ochrony przez instytucje państwowe w toku wykonywania kary pozbawienia wolności ma być wyrazem humanitarnego traktowania osadzonych, poszanowania ich godności ludzkiej, ale także przeciwdziałaniu odbierania jej przez skazanych jako czynnika oddziałującego kryminogennie.

Oczywistym wydaje się, iż należy podejmować rozważania zmierzające do zwiększenia efektywności wykonywania kary pozbawienia wolności przy jednoczesnym racjonalnie ekonomicznym jej wykorzystaniu. Owe ekonomiczne aspekty powinny dotyczyć jednak nie tylko *stricte* sfery finansowej, ale również możliwości wykorzystania kapitału ludzkiego zarówno pracowników jednostek penitencjarnych, jak i osadzonych, którzy to w toku wspólnych działań mogliby zbudować relację opartą o wzajemnym zaufaniu zmierzającą do umożliwienia powrotu osadzonym do życia w społeczeństwie otwartym zgodnie z panującymi normami moralnymi, jak i prawnymi. Rozważania w przedmiocie kary pozbawienia wolności mogą jednak dotyczyć również ograniczenia jej stosowania jako reakcji na popełnione przestępstwo, czy poszukiwania innych rozwiązań prawnych stanowiących efektywne sankcjonowanie, które nie będą budziły kontrowersji chociażby na gruncie poszanowania praw człowieka. W chwili obecnej najbardziej zasadnym wydaje się jednak rozważenie podejmowania takich działań w toku wykonywania kary pozbawienia wolności, które będą te prawa chroniły, a którym jest również ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności. Wskazać bowiem należy, że owy temat jest niezwykle istotny, gdyż zapewnienie realizacji osadzonym prawa do zdrowia ma nie tylko wyraz poszanowania ich godności ludzkiej i humanitarnego traktowania, ale stanowi również czynnik warunkujący osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Wnioskować jednak można, iż waga ochrony zdrowia osadzonych nie

jest postrzegana na dostatecznie wysokim poziomie w toku ich readaptacji społecznej, co niewątpliwie powinno ulec zmianie.

Niniejsza rozprawa stanowi tym samym przekrojową analizę polskiego systemu penitencjarnego wraz z wiążącymi regulacjami międzynarodowymi, które odnoszą się do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Priorytetem staje się w tym przypadku charakterystyka owego systemu oraz jego uregulowań prawnych w zakresie prawa do ochrony zdrowia osadzonych, obecnych warunków jakie panują w jednostkach penitencjarnych oraz weryfikacja ich z obowiązującym stanem prawnym i realizacją celów kary. W konsekwencji nacisk podjętych rozważań w dużej mierze położony został także na uwzględnienie praktycznych problemów związanych z ochroną zdrowia osób pozbawionych wolności. Wydaje się to niezwykle istotne, gdyż w toku podjętych analiz zauważyć można, iż w literaturze i doktrynie trudno znaleźć zaakcentowanie konieczności nacisku na działania profilaktyczne w zakresie ochrony zdrowia osadzonych oraz bardzo ważnej w tym względzie roli psychologów. Bezspornie bowiem należy podkreślić, iż ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności jest jednym z podstawowych czynników umożliwiających osiągnięcie celu owej kary, a więc readaptacji społecznej osadzonych.

Temat niniejszego opracowania należy dodatkowo traktować jako ważny chociażby z uwagi na coraz większą liczbę spraw rozpatrywanych przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, które dotyczą nieprawidłowości w sferze ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Istotne jest również, iż problem ten nie został do tej pory w pełni omówiony. W literaturze pojawiają się bowiem na ogół krótkie artykuły dotyczące wskazanego tematu, których zakres nie jest kompleksowy. Na uwagę zasługuje jednak działalność Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, która zmierza do zabezpieczenia i realizacji praw i wolności ludzi, a w tym praw osób pozbawionych wolności – również pod względem ochrony ich zdrowia. Dodatkowo na wagę wskazanego problemu wpływa obowiązek ciążyący na instytucjach państwowych, które to mają zapewnić gwarancję praw człowieka, a które to przejawiają się również w opiece zdrowotnej osadzonych. Jest to temat konieczny do poddania go analizie i dyskusji, także z uwagi na prawie całkowitą zależność osób pozbawionych wolności od instytucji państwowych.

W następstwie powyższych ustaleń dokonano usystematyzowania niniejszej rozprawy pod kątem zaprezentowania ewolucji stosowania i wykonywania kary pozbawienia wolności, rozwoju praw człowieka i ich korelacji z prawem karnym, a także zobrazowania sytuacji osób

pozbawionych wolności oraz polskiego systemu penitencjarnego pod względem ochrony zdrowia osadzonych i jej wpływu na osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności, a także interakcji z innymi oddziaływaniami penitencjarnymi w przedmiocie realizacji przez osoby pozbawione wolności prawa do zdrowia. Tym samym w rozdziale I opracowania poddano rozważaniom założenia normatywne dotyczące kary pozbawienia wolności, systemu penitencjarnego i populacji osadzonych w Polsce. W celu zobrazowania zagadnienia dotyczącego ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności, oprócz scharakteryzowania przedmiotowej kary niezbędne stało się również odwołanie do historii polskiego więziennictwa. Rozważania w przedmiocie założeń normatywnych kary pozbawienia wolności są istotne także z uwagi na to, iż jest ona aktualnie najsurowszą stosowaną karą, a społeczeństwu najbardziej kojarzy się z funkcjonowaniem wymiaru sprawiedliwości. Kara pozbawienia wolności z uwagi na swoją dolegliwość wywołuje także szereg negatywnych skutków dla osadzonych, ale również osób im najbliższych. Pozbawienie wolności w warunkach izolacji penitencjarnej niewątpliwie jest bowiem opresją dla sprawcy. Tym samym, aby móc zobrazować meritum kary pozbawienia wolności oraz znaczenia ochrony zdrowia osadzonych w toku jej wykonywania podjęte zostały rozważania w przedmiocie celu i dyrektyw zarówno wymierzania kary pozbawienia wolności, jak i zasad i celów jej wykonywania. Jako niezbędne uznano także odwołanie się do ewolucji systemów wykonywania owej kary i klasyfikacji osób izolowanych w odniesieniu do ochrony ich zdrowia, a dla pełniejszego zobrazowania istniejących problemów zdrowotnych scharakteryzowano populację osadzonych i udział społeczeństwa w toku ich readaptacji społecznej, co uznano za niewątpliwie powiązane z zapewnieniem efektywnej realizacji prawa do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności.

Z kolei w II rozdziale rozprawy podjęto rozważania w przedmiocie zagadnień bezpośrednio związanych z ochroną zdrowia w toku wykonywania kary pozbawienia wolności. Tym samym poddano analizie zarówno na gruncie prawa europejskiego, jak i krajowego zakres prawa do zdrowia, jego wielowymiarowość i znaczenie w toku wykonywania kary pozbawienia wolności. Celem pełniejszego zobrazowania owych zagadnień i wskazania płaszczyzn, które dotyczą ochrony zdrowia osadzonych podjęto próbę zdefiniowania zarówno terminu zdrowia fizycznego, jak i psychicznego, a także pojęcie niepełnosprawności. Jednak, aby możliwe stało się zidentyfikowanie istniejących problemów w zakresie ochrony przez instytucje państwowe zdrowia osadzonych jako niezbędne uznano także scharakteryzowanie standardów i form

ochrony zdrowia wraz z zarysem funkcjonowania i zadań więziennej służby zdrowia w tym przedmiocie.

W następstwie dokonania powyższych rozważań w rozdziale III opracowania podjęto analizę ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności w świetle standardów międzynarodowych. Rzutużą one bowiem na sytuację panującą w polskich jednostkach penitencjarnych, gdyż pokazują wzorce postępowania oraz w dużej mierze istniejące problemy w zakresie ochrony zdrowia osadzonych i ich skalę. W następstwie tego instytucje państwowe powinny stosować się do określonych wytycznych celem realizacji powszechnie panujących wymogów i reguł, aby zmierzać do efektywnej ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności wraz z poszanowaniem ich godności, a także przestrzeganiem zasady humanitaryzmu i praw człowieka. Z tych względów refleksji poddano szereg aktów prawnych, jak np. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela, Europejska Konwencja i ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, ale również Wzorcowe Reguły Minimum Postępowania z Więźniami i Europejskie Reguły Więzienne. Celem dopełnienia podjętych badań oraz zidentyfikowania istniejących w toku wykonywania kary pozbawienia wolności problemów w przedmiocie ochrony zdrowia osadzonych przeanalizowano również działalność Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, a także sytuację osób pozbawionych wolności i standardy ochrony ich zdrowia według orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

W rozdziale IV rozprawy podjęto z kolei rozważania w przedmiocie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności w świetle polskiego prawa wewnętrznego oraz próbę weryfikacji rzeczywistej sytuacji osadzonych w odniesieniu do uregulowań prawnych m.in. w oparciu o raporty Najwyższej Izby Kontroli, jak i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. W pierwszej kolejności jako niezbędne uznano omówienie fundamentalnych gwarancji i zasad ochrony praw osadzonych w odniesieniu do Konstytucji RP ze szczególnym naciskiem na poszanowanie godności ludzkiej i przestrzeganie zasady humanitaryzmu. Stanowią one bowiem naczelną wytyczną postępowania z każdą jednostką ludzką, a więc także z osobami pozbawionymi wolności. Jednocześnie godność jako swego rodzaju prawo podmiotowe konstytuuje zasadnicze uprawnienia ludzi, a w tym również ich prawo do ochrony zdrowia. Temat niniejszego opracowania należy jednak rozpatrywać na całej płaszczyźnie prawa karnego. Z tych względów konieczne stało się poddanie analizie występowania możliwych problemów

zdrowotnych sprawcy czynu na gruncie kodeksu karnego. W toku postępowania karnego sąd może bowiem zmierzyć się z niepoczytalnością lub poczytalnością ograniczoną w stopniu znacznym sprawcy czynu, co może rzutować m.in. na brak winy, a tym samym brak czynu przestępnego. Stan zdrowia osoby, która popełniła przestępstwo może jednak skutkować także orzeczeniem wobec niej jednego ze środków zabezpieczających. W każdym razie problemy zdrowotne osadzonych mogą występować również w toku postępowania penitencjarnego i dotyczyć zarówno sfery fizycznej, jak i psychicznej, a z uwagi na ciążący na instytucjach państwowych obowiązek zapewnienia osadzonym realizacji ich prawa do zdrowia niezbędne stało się omówienie uprawnień osób izolowanych w tym przedmiocie. Jest to o tyle istotne, gdyż uznać należy, że od stanu zdrowia osadzonego zależy urzeczywistnienie celu wykonywania kary pozbawienia wolności i podejmowanych wobec niego oddziaływań penitencjarnych. Zasadne bowiem okazać się może orzeczenie w określonych sytuacjach wobec skazanego jednego z omówionych następnie postępowań incydentalnych. Jako konieczne uznano jednak również poddanie analizie możliwości zastosowania przymusowych działań medycznych wobec osadzonych z uwagi na ograniczenie tym samym ich autonomii, które to jednak działania mogą zmierzać do ochrony ich zdrowia i życia, ale również do osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Z tych względów, jak również chcąc zobrazować sytuację osób izolowanych, w rozdziale IV opracowania podjęto również tematykę możliwego przeludnienia jednostek penitencjarnych, jego konsekwencji i próbę określenia środków zapobiegawczo-zaradczych w przypadku jego wystąpienia. Nie mniej jednak w toku postępowania penitencjarnego może dochodzić do różnego rodzaju dysfunkcji z zakresu ochrony zdrowia osadzonych, co zostało poddane pod rozwagę w oparciu o wspomniane raporty NIK, HFPCz, jak również wyroków ETPCz.

Po dokonaniu analizy dogmatycznej materiału normatywnego w zakresie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności oraz ukazaniu istniejących w tym temacie problemów uznano za niezbędne przeprowadzenie badań empirycznych celem zweryfikowania obecnych warunków jakie panują w jednostkach penitencjarnych z obowiązującym stanem prawnym i realizacją celów kary. Tym samym w rozdziale V rozprawy opracowano przedmiot i cel badań oraz sformułowano problemy badawcze i hipotezy. Scharakteryzowano także wybraną metodę, technikę i narzędzie badawcze. Na potrzeby niniejszej dysertacji przygotowano bowiem dwa arkusze ankiet skierowane odpowiednio do jednostek penitencjarnych, jak i osób w nich osadzonych. Następnie scharakteryzowano obiekty, w których zostały przeprowadzone badania empiryczne, a więc aktualny Oddział Zewnętrzny w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach

oraz Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim. W dalszej kolejności zaprezentowano szczegółowo wyniki przeprowadzonych ankiet z analizą danych, weryfikacją problemów badawczych i hipotez, a także wnioskami *de lege ferenda*.

Na marginesie zaznaczyć należy, że w toku rozważań niniejszej rozprawy zostało poddane analizie prawo do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Oznacza to tym samym, iż przedmiot badań stanowi realizacja prawa do ochrony zdrowia osadzonych skazanych zarówno na karę pozbawienia wolności, karę 25 lat pozbawienia wolności, jak i na karę dożywotniego pozbawienia wolności. Istotne jest jednak, że realizacja owego prawa musi dotyczyć także osób tymczasowo aresztowanych z uwagi na ich równie szczególny charakter co osadzonych i odpowiedzialność instytucji państwowych za poszanowanie ich godności ludzkiej i humanitarne traktowanie. Jednocześnie używany w toku podjętych rozważań termin „readaptacji społecznej” osadzonych odnosi się także do ich reintegracji, jednak z uwagi na poprawność stylistyczną i czytelny język dla odbiorcy użyto swego rodzaju skrót myślowego.

ROZDZIAŁ I

Założenia normatywne dotyczące kary pozbawienia wolności, systemu penitencjarnego i populacji osadzonych w Polsce

W toku rozważań podjętych w niniejszej pracy, w celu zobrazowania zagadnienia dotyczącego ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności, oprócz scharakteryzowania kary pozbawienia wolności niezbędne staje się odwołanie do historii polskiego więziennictwa. Wiąże się to bowiem z koniecznością zaprezentowania jego ewolucji, zmian w zakresie pojmowania celu wykonywania kary pozbawienia wolności i podmiotowego traktowania osadzonych, a co za tym idzie warunków panujących w jednostkach penitencjarnych i ochrony zdrowia więźniów oraz podejmowanych oddziaływań penitencjarnych, które to są wzajemnie powiązane. To z kolei rzutuje na system penitencjarny, co wiąże się z zagadnieniem wykonywania kary pozbawienia wolności w kontekście rozwoju penologii. Następnie należy wnioskować, że wskazane wyżej składowe warunkują oblicze populacji osób osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych.

Powyższe ustalenia są tak ważne z uwagi na to, że kara pozbawienia wolności oraz instytucja więzienia są obecne w społeczeństwie już od starożytności (np. jako forma zamykania przestępców w lochach) i tworzą zasadniczy element składowy aparatu państwowego. Dodatkowo, mimo iż pozbawienie wolności stanowi bardzo dużą dolegliwość dla człowieka i jego natury oraz wywołuje szereg innych negatywnych skutków (np. rozpad rodzin, problemy z powrotem do społeczeństwa osadzonych, występowanie chorób psychosomatycznych) do chwili obecnej nie udało się wypracować innego rozwiązania zastępczego spełniającego określone zamierzenia i funkcje. Więzienie bowiem jest instytucją złożoną i skomplikowaną oraz ma aktualnie za zadanie m.in. izolować przestępców od pozostałych członków społeczeństwa, ale przede wszystkim ma realizować cele prospołeczne w postaci umożliwienia osadzonym readaptacji i reintegracji społecznej przy jednoczesnym zniechęceniu ich do dalszej działalności przestępczej. Tym samym jednostki penitencjarne są

obecne w społeczeństwie i będą obecne nadal¹. Wiąże się to poniekąd z faktem, iż pozostałe rodzaje kar, np. grzywny, ograniczenia wolności nie są przewidziane dla wszystkich rodzajów przestępstw celem ich orzeczenia zamiast kary pozbawienia wolności, która jest też uznawana za karę najbardziej uniwersalną. To z kolei wynika ze swego rodzaju tradycji karania na przestrzeni wieków poprzez pozbawienie wolności, a w konsekwencji także nastawienia społeczeństwa do możliwości orzekania jedynie kary pozbawienia wolności za określone przestępstwa, odbierane jako szczególnie poważne i powodujące zagrożenie ze strony sprawców dla pozostałych osób żyjących na wolności.

Szczególną uwagę należy także zwrócić na *sui generis* „społeczność więzienną”, która składa się zarówno z osadzonych, jak również z pracowników zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych. Istotne jest, iż wskazane dwie grupy stale ze sobą obcuja, ich wzajemne relacje wpływają na atmosferę w danej jednostce penitencjarnej, a co za tym idzie na chęć współpracy ze strony osadzonych i możliwość realizacji podstawowego celu wykonywania kary pozbawienia wolności, a więc readaptacji społecznej osób odbywających kary izolacyjne. Jest to jednak trudne z uwagi na to, iż grupy te mają odmienne pozycje, role a w następstwie także cele. Właśnie dlatego niezbędna staje się taka organizacja jednostki penitencjarnej i podejmowanie działań, które przyczynią się do urzeczywistnienia podmiotowego traktowania osadzonych oraz zapewnienia im realizacji przysługujących im praw, a w tym ochrony zdrowia. Wówczas, przy zachowaniu przez pracowników Służby Więziennej zrozumienia, wrażliwości i cierpliwości możliwa stanie się zmiana nastawienia osadzonych, którzy początkowo są z reguły bezwzględni, brutalni i niekulturalni. Zrozumieć jednak należy, iż taka postawa osób pozbawionych wolności wynika z dolegliwości jaką wywiera izolacja i jej dalszych konsekwencji. Pracownicy jednostek penitencjarnych, ale także osoby rządzące i całe społeczeństwo powinni jednak dostrzec, iż zapewnienie osadzonym m.in. godnych warunków bytowych, zrozumienia i określonej pomocy – w tym np. dostatecznej liczby porad psychologów w adekwatnym do tego czasie, dostosowanych do ich potrzeb zajęć kulturalno-

¹ Por. M. Foucault, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Warszawa 2009, s. 224-225; M. Foucault twierdzi, że więzienie jest instytucją oczywistą i naturalnie cechuje ją pozbawienie wolności. Autor odnosi się także do stanowiska, iż więzienie jest formą odmierzania kary rozłożonej w dłuższym czasie. Jednocześnie podnoszona jest „oczywistość” więzienia, która przejawia się w zmianie jednostki, a więc readaptacji społecznej osadzonego. W związku z powyższym uwagę należy jednak zwrócić na zmianę pojmowania procesu readaptacji i reintegracji społecznej osób pozbawionych wolności. Procesy te bowiem pierwotnie były pojmowane jako konieczne do przeprowadzenia. Jednak w toku ewolucji praw człowieka, podmiotowego traktowania więźniów, przestrzegania zasady humanitaryzmu i godności ludzkiej readaptacja i reintegracja stały się uprawnieniem przysługującym osadzonym, a nie efektem narzuconych im działań – które prowadzone w ten sposób nie mogły przynosić długotrwałych pozytywnych efektów.

oświatowych i pracy – wpłynie pozytywnie na wszystkich ludzi żyjących w danym państwie. Będzie się to bowiem wiązało chociażby z większą świadomością osadzonych co do rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, chęcią uczenia się, czy podejmowania zatrudnienia już w toku odbywania kary pozbawienia wolności, co niewątpliwie wpłynie pozytywnie na kondycję psychiczną osadzonego, a w konsekwencji będzie miało przełożenie na jego ogólny stan zdrowia i chęć współpracy w toku readaptacji. W następstwie po opuszczeniu zakładu karnego osoba taka będzie potrafiła odnaleźć się w społeczeństwie otwartym, nie będzie narażała swoim zachowaniem wyrządzenia szkody innym, a w konsekwencji wywoła to pozytywne skutki m.in. na gospodarkę państwa, bezpieczeństwo i ochronę zdrowia całego społeczeństwa.

Wskazuje się także na dość kontrowersyjne podejście, że więzienie jest instytucją totalną², a kara pozbawienia wolności ma charakter *ultima ratio*, co wynika wprost z kodeksu karnego wykonawczego. W konsekwencji może to rodzić problemy zarówno dla władz rządzących, jak również dla organizacji pozarządowych stojących na straży przestrzegania praw człowieka. Co do zasady nie ma postulowanego sprzeciwu wobec istnienia więzień. Kluczowe jest jednak ich funkcjonowanie, które będzie wiązało się z przestrzeganiem praw człowieka, humanitarnym traktowaniem i poszanowaniem godności ludzkiej, a w tym także zapewnieniem ochrony zdrowia osadzonych zarówno w jego aspekcie fizycznym, jak i psychicznym.

Z uwagi na temat niniejszej pracy w dalszej części zostanie omówiony jedynie zarys historii polskiego więziennictwa i systemu penitencjarnego, gdyż pozostałe zagadnienia dotyczące tej tematyki są niezwykle obszerne i mogą stanowić samodzielny temat odrębnego opracowania. Z punktu widzenia niniejszego opracowania wskazanie jednak chociażby zarysu rozwoju więziennictwa i systemu penitencjarnego w Polsce jest kluczowe, gdyż rzutuje to na dalsze postrzeganie więźnia i konieczność zapewnienia realizacji przysługujących mu praw z tytułu bycia jednostką ludzką – w tym także ochrony zdrowia.

Rozważania niniejszej rozprawy niewątpliwie muszą w następnej kolejności dotyczyć wyjaśnień w przedmiocie założeń normatywnych kary pozbawienia wolności z uwagi na to, iż jest ona aktualnie najsurowszą stosowaną karą, a społeczeństwu najbardziej kojarzy się

² A. Rzepliński, *Organizacje strażnicze praw człowieka a więziennictwo w Polsce w latach 1919-2008* [w:] W. Klaus, M. Niełacznna (red.), *Przestrzeganie praw osób pozbawionych wolności. O monitorowaniu jednostek penitencjarnych*, Warszawa 2008, s. 63.

z funkcjonowaniem wymiaru sprawiedliwości. Kara pozbawienia wolności z uwagi na swoją dolegliwość wywołuje jednak szereg negatywnych skutków dla osadzonych, ale również osób im najbliższych. Pozbawienie wolności w warunkach izolacji penitencjarnej niewątpliwie jest bowiem opresją dla sprawcy. Przyczynia się bardzo często do rozpadu więzi rodzinnych, poczucia przez osadzonych wykluczenia społecznego, utraty pracy oraz umiejętności zawodowych, ale także do zaburzeń na tle psychologicznym i psychicznym. W konsekwencji szczególnie istotne staje się wskazanie celów wymiaru kary pozbawienia wolności oraz jej wykonywania. Jest to bowiem związane z określonymi obowiązkami ciążącymi w tym zakresie na instytucjach państwowych i szeroko pojętym personelu jednostek penitencjarnych, a także koniecznością podejmowania stosowych działań zmierzających do realizacji celu wykonywania kary pozbawienia wolności i wyeliminowania negatywnych skutków izolacji. Zgodnie z obowiązującymi przepisami (np. art. 30 Konstytucji RP, art. 3 k.k., art. 4 i 5 k.k.w.), ale także wypracowanymi prawami człowieka osoby pozbawione wolności muszą bowiem być traktowane podmiotowo, z poszanowaniem ich godności ludzkiej oraz zgodnie z zasadą humanitaryzmu. W konsekwencji konieczne staje się zapewnienie osadzonym warunków niezbędnych do ich readaptacji społecznej, która jest możliwa do osiągnięcia przy zagwarantowaniu ochrony zdrowia osób izolowanych oraz innych oddziaływań penitencjarnych, jak np. praca, czy zajęcia sportowe z uwagi na wzajemne oddziaływanie i powiązania poszczególnych działań – co zostanie szeroko omówione w toku rozprawy.

Wskazać należy, że odwołanie się na obecnym etapie zarówno do uregulowań zawartych w kodeksie karnym wykonawczym, jak i unormowań z zakresu kodeksu karnego staje się niezbędne. Wynika to ze spójności systemowej prawa karnego oraz kontynuacji założeń prawa karnego materialnego na etapie wykonywania kary³ – w tym przypadku pozbawienia wolności – celem readaptacji społecznej osadzonych i zminimalizowania ich społecznej degradacji w toku wykonywania kary.

W związku z powyższym, celem wprowadzenia do głównego tematu niezbędne staje się także podjęcie rozważań w zakresie teorii kary pozbawienia wolności, aby w dalszej kolejności móc zrozumieć jej cel i możliwość jego osiągnięcia. Konieczne jest jednak wskazanie, co oznacza sam termin „kara”, który w potocznym rozumieniu jest odbierany jako wyraz negatywnej oceny niechcianych ludzkich zachowań, a jego przeciwieństwem jest

³ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2011, s. 6; S. Paweła, *Prawo karne wykonawcze. Zarys wykładu*, Zakamycze 2003, s. 84; G. Wiciński, *Postępowania incydentalne związane z wykonaniem kary pozbawienia wolności w programie probacji*, Łódź 2012, s. 26.

„nagroda” stanowiąca przejaw aprobaty dla czynów społecznie pożądaných. Z kolei zgodnie ze Słownikiem Języka Polskiego pojęcie kary oznacza „środek represyjny lub wychowawczy, stosowany względem osób, które popełniły przestępstwo lub naruszyły jakieś normy”⁴. W nauce prawa istnieje także termin „kary kryminalnej”, który definiowany jest jako dolegliwość stosowana przez władzę państwową w sposób celowy wobec osoby, której zachowanie zostało uznane za społecznie naganne oraz która to musi być współmierna do wagi przestępstwa⁵. Z kolei pojęcie „teoria kary” rozumiane jest jako zbiór poglądów na temat zasadności kary kryminalnej⁶, które to powinny obejmować problematykę w zakresie istoty, treści, funkcji, ale także celu i skutku kary. Określone pojmowanie kary, a w niniejszym przypadku szczególnie kary pozbawienia wolności wiąże się bowiem także z różnym postrzeganiem osób izolowanych, co może mieć wpływ na sposób ich traktowania i zapewniania przysługujących im praw, a w tym prawa do ochrony zdrowia.

W następstwie powyższego wskazać należy, iż teorie kary można w klasycznym ujęciu podzielić na:

- absolutne (bezwzględne) – inaczej nazywane są także odwetowymi przez co podkreślony zostaje związek przyczynowy pomiędzy karą, a przestępstwem. Kara stanowi swego rodzaju odpłatę za dany czyn w formie zło za zło. Cechują się także zwróceniem ku przeszłości, a więc wymierzeniem kary w następstwie popełnionego przestępstwa⁷. W tych teoriach nie zwracano uwagi zmianę postaw skazanych, osadzonych, a w następstwie nie dbano również o realizację ich podstawowych praw;
- relatywne (użyteczne, względne) – podkreślają one celowość kary i kładą nacisk na osiągnięcie określonych skutków poprzez jej wykonanie – a więc w przeciwieństwie do teorii absolutnych odnoszą się do przyszłości, czyli konsekwencji wymierzania kar⁸;
- mieszane – są one aktualnie najpowszechniejsze i zgodnie z nazwą łączą założenia teorii absolutnych i względnych uznając karę jako przejaw sprawiedliwości, który ma zmierzać do określonego celu,
- odnoszące się do idei sprawiedliwości naprawczej – charakteryzują się zmierzaniem do naprawy powstałej na skutek popełnienia przestępstwa szkody poprzez rozwiązania nie

⁴ L. Drabik, E. Sobol, *Słownik języka polskiego a-poc*, Warszawa 2007, s. 173.

⁵ M. Cieślak, *Wstęp do nauki polskiego prawa karnego*; Gdańsk 1985, s. 12; I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1976, s. 244.

⁶ L. Lernell, *Podstawowe zagadnienia penologii*, Warszawa 1977, s. 18; I. Andrejew, *op. cit.*, s. 244.

⁷ *Ibidem*, s. 41.

⁸ L. Gardocki, *op. cit.*, s. 159.

wypracowane z góry przez instytucje państwowe, ale również w oparciu o stanowisko ofiary przestępstwa⁹.

Wskazane powyżej teorie kary dzielą się na szereg wariantów. W ramach teorii absolutnych wyróżnić można teorię moralnego odwetu Kanta, odwetu dialektycznego Hegla, odwetu Bożego, ale także socjologiczną teorię Durkheima i teorię psychologiczną. Stanowiska te oczywiście różnią się od siebie niektórymi elementami, jednak z punktu widzenia niniejszej pracy najważniejsze jest ich ogólne podejście do karania, które rzutowało także na sposób wykonania kary i traktowania skazanego. Przedstawiciele bezwzględnych teorii kary uzasadniali bowiem swoje stanowisko powołując się na konieczność ochrony zasad moralnych poprzez wymierzanie sprawiedliwości zgodnie ze starożytną zasadą oko za oko, ząb za ząb.¹⁰ Tym samym jako główny cel kary, w kontekście jej absolutnych teorii, można wskazać odpłatę za popełniony czyn. Nie ma w tym przypadku znaczenia możliwość ewentualnej zmiany postawy sprawcy, a co za tym idzie jego readaptacja społeczna, co nie uzasadniało także podmiotowego traktowania osadzonych i zapewniania im warunków odbywania kary, w których byłoby chociaż chronione ich zdrowie lub stosowane jakiegokolwiek oddziaływania penitencjarne. Nie mniej jednak jako walor najstarszego poglądu postrzegania zasadności karania należy wskazać określenie granic wymierzanych kar, które musiały być adekwatne do przestępstw, ich skutków i stopnia zawinienia.

Z kolei przedstawiciele teorii utylitarnych wyrażają pogląd, iż karanie musi być perspektywne, a co za tym idzie społecznie użyteczne. Wiąże się to bowiem z koniecznością zapobiegania popełnianiu przestępstw zarówno przez sprawców jak i pozostałych członków społeczeństwa. Kara ma bowiem zabezpieczać interes jednostek poprzez stosowanie przymusu wobec osób łamiących normy prawne i społeczne, które to ma prowadzić do odstraszenia innych osób od dokonywania czynów niepożądanych. Tym samym można stwierdzić, że ów przymus ma charakter psychologiczny w postaci zagrożenia karą. Wymierzanie sankcji ma mieć jednak również na celu „poprawę” sprawcy poprzez ukształtowanie go jako osoby społecznie oczekiwanej – a więc dostosowanej do potrzeb i poglądów ogółu¹¹. Można przyjąć,

⁹ M. Halimoniuk-Zięba, G. Oklejak, *Sprawiedliwość naprawcza i jej zastosowanie w praktyce*, Kwartalnik ADR, Nr 1(21)/2013, s. 5.

¹⁰ Zob. G. Hegel, *Zasady filozofii prawa*, Warszawa 1969; M. Szerer, *Karanie a humanizm*, Warszawa 1964, s. 94–95 i 103; I Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Warszawa 1953.

¹¹ Zob. E. Krzymuski, *System prawa karnego ze stanowiska nauki i trzech kodeksów, obowiązujących w Polsce*, Kraków 1921, s. 10-11; H. Machel, *Psychospołeczne uwarunkowania pracy resocjalizacyjnej personelu więziennego*, Gdańsk 2001, s. 16; M. Cieślak, *O węzłowych pojęciach związanych z sensem kary*, Nowe Prawo 1969, nr 2, s. 204.

że do osiągnięcia takiego celu jednym ze środków mogłaby okazać się pomoc psychologiczna osadzonym stanowiąca wsparcie i zmierzająca do zmiany ich postaw. Z kolei innym sposobem urzeczywistniania owego celu mogą być inne oddziaływania penitencjarne, które to będą miały przełożenie również na ochronę zdrowia osadzonych, jak np. praca, czy zajęcia sportowe i oświatowe, które zmierzają do rozwoju osoby izolowanej i wpływają pozytywnie na stan psychiczny. Jako ryzyko prezentowanego poglądu należy jednak wskazać możliwość surowszego ukarania, które mogłoby być niewspółmierne do stopnia zawinienia i wagi przestępstwa. Wymierzanie restrykcyjnych sankcji miałoby bowiem przyczynić się wówczas do realizacji celu prewencji ogólnej i generalnej, które to mogłoby przyjąć formę zastraszania. Mimo powyższego walorem teorii utylitarnych jest niewątpliwie chęć swego rodzaju naprawy sprawców oraz zapobieganie łamaniu prawa przez pozostałe osoby – które to jednak nie może być, aż tak obostrzone jak w pierwotnych założeniach teorii prewencyjnych.

W związku z aktualnie obowiązującymi systemami prawnymi – zarówno w Polsce jak i w Europie – najistotniejszą rolę spełniają aktualnie mieszane teorie kary. Ma to bowiem niewątpliwie związek z rozwojem prawa karnego, polityki kryminalnej, a także praw człowieka, co wpłynęło na podmiotowe traktowanie sprawców. W następstwie tego karę należy rozumieć jako sprawiedliwą odpłatę za dany czyn (a więc współmierną do wagi przestępstwa), która to ma z kolei spełniać określone cele poprzez realizację prewencji ogólnej i indywidualnej, a w konsekwencji ma zmierzać do ochrony interesów społeczeństwa. Oczywiście jest, iż na przestrzeni lat pierwsze stanowiska mieszanych teorii kary uległy modyfikacjom i zmiany te będą postępowały z uwagi na rozwój poszczególnych dziedzin nauki. Wskazać jednak należy, że rozumienie kary, a także kary pozbawienia wolności jako środka zmierzającego do zapobiegania popełniania przestępstw przez członków społeczeństwa oraz przez sprawcę po odbyciu kary jest rozwiązaniem, które obecnie zdominowało zakres działań penitencjarnych. Konsekwencjom tego jest także zapewnienie realizacji praw człowieka osadzonym w toku wykonywania kary pozbawienia wolności oraz traktowania ich w sposób humanitarny i z poszanowaniem godności ludzkiej, co niewątpliwie wiąże się również z koniecznością ochrony przez instytucje państwowe zdrowia osób izolowanych. Jak zostało wskazane ma to bowiem związek z zagwarantowaniem podmiotowego traktowania osadzonych, ale również zmierzaniem do osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności poprzez zapewnienie do tego odpowiednich warunków, a w tym także sanitarnych, bytowych i zdrowotnych – również poprzez stosowanie indywidualnie dobranych oddziaływań penitencjarnych.

Mimo powyższego, podkreślenia wymaga jednak, że typowy podział na różne kategorie teorii kary stracił aktualnie na znaczeniu, a obecny system penitencjarny musi łączyć w sobie różne elementy, aby być elastycznym i móc dostosować się do zmian zachodzących w społeczeństwie, kulturze, gospodarce i prawie. Celem karania, ale przede wszystkim wykonania kary pozbawienia wolności jest bowiem readaptacja społeczna osadzonych, która może zostać osiągnięta poprzez podejmowanie działań dostosowanych do indywidualnych właściwości skazanego, ale z zachowaniem poszanowania godności ludzkiej i przestrzeganiem zasady humanitaryzmu, a co za tym idzie poprzez wskazane już zagwarantowanie osadzonemu realizacji ich podstawowych praw – w tym prawa do ochrony zdrowia.

Wskazać jednak należy chociaż pokrótce również na idee karania oparte na tzw. sprawiedliwości naprawczej. Cechują się one przede wszystkim udziałem ofiary w toku wymierzania kary, rozwiązania konfliktu pomiędzy ofiarą, a przestępcą, np. poprzez zorganizowanie spotkań mediacyjnych, kół pojednawczych¹². Działania takie mają zmierzać do zaspokojenia potrzeb ofiary i zniwelowania skutków przestępstwa. Sprawiedliwość naprawczą można bowiem zdefiniować jako proces, w którym ofiara i przestępca, jako strony postępowania, mają wspólnie rozwiązań istniejący pomiędzy nimi spór, aby naprawić wyrządzoną przestępstwem szkodę. Finalnie doprowadzić ma to do poznania motywów sprawcy, aby w konsekwencji zapobiegać popełnianiu przestępstw i zaradzić ich skutkom. Jednocześnie ma zostać zaspokojona po stronie ofiary chęć wymierzenia sprawiedliwości poprzez orzeczenie kary, która będzie zmierzała do naprawy powstałej szkody przy jednocześnie stosownej dolegliwości owej kary względem sprawcy czynu¹³. Wnioskować można, że w oparciu o idee sprawiedliwości naprawczej potrzeby ofiary i naprawienie wyrządzonej szkody stałyby się głównym wyznacznikiem karania, a wymierzana kara mogłaby być bardziej adekwatna do danego stanu faktycznego. Należy jednak zauważyć, że jedynie taki sposób działania najprawdopodobniej wydłużyłby postępowanie oraz warunkowałby konieczność częstych spotkań ofiary z przestępcą, co w wielu przypadkach może wiązać się z szeregiem negatywnych konsekwencji, które mogą mieć swoje przełożenie na stan zdrowia psychicznego ofiary jak i sprawcy. Tym samym działania takie niewątpliwie musiałyby się wiązać z opracowaniem szczególnego sposobu współpracy z psychologami obu stron, która to zmierzałaby do ochrony wskazanego zdrowia psychicznego i swego rodzaju komfortu danej

¹² A. Muszyńska, *Naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem*, Warszawa 2010, s. 10.

¹³ Zob. B. Czarnecka-Działuk, D. Wójcik, *Mediacja w sprawach nieletnich w świetle teorii i badań*, Warszawa 2001, s. 14-15; W. Zalewski, *Sprawiedliwość naprawcza. Początek ewolucji polskiego prawa karnego?*, Gdańsk 2006, s. 184.

jednostki celem uniknięcia, m.in. powstania zaburzeń psychicznych, czy chorób psychosomatycznych. W związku z powyższym można przyjąć, że zarówno wymierzanie kary, jak i jej wykonanie z udziałem pokrzywdzonego jest jak najbardziej adekwatne z uwagi na udział czynnika społecznego w owych procesach. Głównym celem kary nie powinno być jednak naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem, ale readaptacja społeczna osadzonych, która to ma szczególne znaczenie.

Z uwagi na tematykę rozprawy oraz ograniczone ramy opracowania pominięta zostanie szczegółowa historia rozwoju kary pozbawienia wolności, a uwaga zostanie skupiona na jej zasadach i celach oraz aktualnych problemach związanych z jej wykonywaniem, a także poszukiwaniem ich rozwiązań. W dalszej kolejności należy bowiem dokonać szerszych rozważań dogmatycznych w przedmiocie kary pozbawienia wolności, aby następnie na gruncie dokonanej analizy móc określić sposób jej wykonania urzeczywistniający cel główny i poddać weryfikacji obowiązujący stan zarówno pod względem prawnym jak i empirycznym. W toku pracy zostaną jednak wskazane podstawowe elementy ewolucji w zakresie poglądu przedmiotowego karania, które są niezbędne do zobrazowania niniejszego tematu.

1. Zarys historii polskiego więziennictwa

Historia polskiego więziennictwa jest niewątpliwie obszerna i skomplikowana. W związku z tym główna uwaga niniejszych rozważań skupi się na XX i XXI wieku, gdyż ewolucja więziennictwa z tego okresu najbardziej odnosi się do głównego problemu rozprawy, a które to przemiany w szczególności były wynikiem wojen światowych i podlegania Polski pod okupację. W dalszej kolejności na charakterystykę więziennictwa w Polsce wpływ miały także różne przemiany polityczne, które szeroko odbiły się również na zmianę polityki karnej i postrzegania statutu więźnia, ale przede wszystkim na zredefiniowanie celu wykonywania kary pozbawienia wolności.

Początkowo wskazać jednak należy, że na terenach polskich już od czasów średniowiecznych szeroko pojęte karanie, np. w postaci chłosty, okaleczania, ale także kary śmierci miało charakter odwetowy. Kara miała bowiem wówczas wiązać się z jak największym cierpieniem, co miało także odzwierciedlenie w stosowaniu szeregu tortur. W następstwie kara pozbawienia wolności pełniła drugorzędną rolę, a jej głównym zadaniem było swego rodzaju

przetrzymanie przestępcy, aż do chwili wykonania najczęściej kary śmierci. Wówczas warunki bytowe osadzonych, stosownie oddziaływań penitencjarnych, a także stan ich zdrowia nie były postrzegane jako czynniki warunkujące efektywne wykonywanie kary pozbawienia wolności.

Z upływem lat i rozwojem myśli humanistycznej w XVI i XVII wieku rozpoczęto jednak działania zmierzające do zmniejszenia liczby osób zdemoralizowanych poprzez zamykanie ich przymusowo w odosobnieniu, poddawaniu edukacji moralnej oraz wpajania im konieczności podejmowania pracy. Na wzór krajów Europy zachodniej pierwsza tego typu jednostka powstała w Polsce w 1629 r. w Gdańsku¹⁴. Stan polskiego więziennictwa był jednak daleki od chociażby zadowalającego. Wiązało się to bowiem ze złym stanem warunków bytowych, chaosem w procesie wykonywania kary pozbawienia wolności i nieludzkim traktowaniu osadzonych, czego skutkiem był zapewne zły stan zdrowia populacji więźniów oraz brak zapewniania im realizacji podstawowych z dzisiejszego punktu widzenia praw. Jednocześnie stosowanie przymusu wpływało jednak negatywnie na stan psychiczny osadzonych, którzy nie byli w stanie poradzić sobie z opresją wynikającą z izolacji, a co w następstwie w dużej mierze mogło uniemożliwiać zmianę ich postaw. Pozytywnie można jednak ocenić wpajanie osobom izolowanym konieczności pracy, gdyż wykonywanie jej mogło wpływać z kolei pozytywnie na stan zdrowia psychicznego osadzonych z uwagi na zorganizowanie ich czasu wolnego, wzbudzenie poczucia bycia potrzebnym, a także przybliżenie warunków panujących w izolacji do wolnościowych. Należy jednak zastanowić się nad efektywnością podejmowanych działań, które wówczas miały charakter przymusowy, a więc mogły spotkać się z opornym nastawieniem osadzonych do współpracy, co prowadzić mogło do ich zwiększonej demoralizacji i agresywnych zachowań – tym bardziej z uwzględnieniem już ówczesnych warunków panujących w jednostkach penitencjarnych

Na arenie międzynarodowej przełomowym czasem był jednak wiek XVIII, kiedy to dominowała myśl oświeceniowa „wolność, równość, braterstwo”. Wówczas doszło do zmiany stanowiska w zakresie pojmowania istoty kary pozbawienia wolności oraz jej wykonywania. W następstwie kara śmierci nie była już tak powszechnie stosowana, tortury i okaleczenia zostały złagodzone, a nowego znaczenia nabrała kara pozbawienia wolności jako podstawowa sankcja. Warto odwołać się jednak do sytuacji panującej w ówczesnej Francji, gdzie zgodnie z myślą oświeceniową i demokratyczną zniesiono system feudalny. W trakcie rewolucji

¹⁴ J. Pomankiewicz, *Zarys historii więziennictwa w Polsce* [w:] T. Szymanowski, *Prawo karne wykonawcze z elementami polityki karnej i penitencjarnej*, Warszawa 2017, s. 198.

francuskiej dochodziło jednak do powszechnego wykorzystywania terroru, izolacji, jak również egzekucji celem osiągnięcia politycznych zamierzeń. Działania te stanowiły tym samym opozycję względem zapoczątkowanych prospołecznych i penitencjarnych zmian. W konsekwencji zjawisko to zobrazowało, iż pozbawienie wolności może być instrumentem politycznym. Takie stanowisko powinno być jednak negowane z uwagi na to, iż może prowadzić do ograniczania praw człowieka, a poszanowanie jego godności i humanitarne traktowanie, a co za tym idzie także ochrona zdrowia są podstawowymi prawami, które nigdy nie mogą zostać reglamentowane w zamiarze osiągnięcia celów danej grupy.

Wskazane zmiany społeczno-penitencjarne w dobie oświecenia znalazły także swoje odzwierciedlenie na polskich terenach. Wówczas uchwalony został kodeks wojskowy w wyniku, którego złagodzonego sposobu wykonywania kary śmierci, a powszechne stało się stosowanie przymusu pracy jako nowej formy karania. Kolejnymi jednostkami działającymi w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności były zakłady w Toruniu, Wrocławiu, Kamieniu Podolskim, a także tzw. więzienie marszałkowskie w Warszawie. Swego rodzaju innowacją było usystematyzowanie zarządzania ówczesnymi jednostkami penitencjarnymi, kiedy to wskazano m.in., iż więzieniem będzie kierować tzw. intendent, a do realizacji powierzonych mu zadań miał do dyspozycji kompanię żołnierzy¹⁵. Warto jednak szerzej odnieść się do wspomnianego więzienia marszałkowskiego, w którym to podjęto starania zmierzające do łagodzenia warunków bytowych, a także, w którym po raz pierwszy w Polsce wyodrębniono dwa pomieszczenia do leczenia chorych osadzonych. Wiązało się to z przejściem obowiązków przez instytucje państwowe nad zapewnieniem osobom pozbawionym wolności ochrony ich zdrowia. Przewidziano także możliwość leczenia osadzonych poza więzieniem w specjalistycznych jednostkach, które to leczenie było finansowane ze środków urzędu marszałkowskiego. Dostrzegano wówczas również wpływ poszczególnych czynników na stan zdrowia osób izolowanych zapewniając chorym osadzonym, np. lepszej jakości jedzenie, czy dostosowanie ich warunków bytowo-higienicznych z uwagi na występujące problemy zdrowotne¹⁶.

Na przełomie wyżej wskazanych dziejów zmiany jakie następowały w polskim więziennictwie były jednak uzależnione w dużej mierze od ewolucji poglądów na arenie międzynarodowej i europejskiej. Istotne jest, iż nawet w przypadku przekształceń

¹⁵ J. Migdał, *Historia więziennictwa w Polsce* [w:] T. Szymanowski, J. Migdał, *Prawo karne wykonawcze i polityka penitencjarna*, Warszawa 2014, s. 193-195.

¹⁶ J. Rafacz, *Więzienie marszałkowskie w latach 1767-1795*, Lwów 1932, s. 50-54.

w zakresie pojmowania istoty kary, jej celu w postaci „naprawy osadzonych” oraz rozpowszechnienia kary pozbawienia wolności, nie miały one zazwyczaj odzwierciedlenia co do warunków bytowych i sanitarnych panujących w danych jednostkach. Więźniowie byli głównie traktowani jako osoby wykluczone ze społeczeństwa, nikt nie przejmował się ich losem, warunkami osadzenia, a także stanem zdrowia. W następstwie powyższego skazani często chorowali, a w dalszej kolejności umierali, gdyż z reguły nie mieli realizowanych żadnych praw w zakresie ochrony ich zdrowia, ani życia.

Jak zostało wskazane powyżej na historię polskiego więziennictwa i polityki karnej szczególnie wpływ miały wydarzenia historyczne XX wieku. W trakcie wojen więzienia nie były bowiem miejscami wykonywania kary pozbawienia wolności, ale służyły głównie jako miejsca przetrzymywania przez najeźdźców polskich obywateli, którzy walczyli o niepodległość. Potwierdza to chociażby organizacja życia społecznego podczas I wojny światowej kiedy to od 1917 r. władze okupacyjne rozpoczęły przekazywanie polskiej administracji wybranych dziedzin do zarządzania, jednak nie uwzględniono wówczas zarządzania więzieniami, aby – jak można domniemywać – móc wykorzystywać te jednostki do dalszej realizacji określonych celów przez okupantów oraz wywierania presji i strachu na Polakach¹⁷. Wówczas osoby zarządzające omawianymi jednostkami oraz pracujące w nich z pewnością nie realizowały przysługujących człowiekowi praw, a w tym także w zakresie ochrony zdrowia osoby osadzonej. Mimo powyższego w roku 1919 został wydany dekret¹⁸, który stał się podstawowym dokumentem uprawniającym do administrowania polskimi więzieniami. Jednakże zawierał on jedynie 12 artykułów, które skupiały się na uprawnieniach przysługujących naczelnikowi więzienia oraz na edukacji osadzonych. Nie było w nim jednak żadnej konkretnej wzmianki dotyczącej przestrzegania szeroko pojętych praw człowieka, a co za tym idzie również bezpośredniego odwołania do zapewnienia ochrony zdrowia osadzonym. Warto jednak wskazać, że w art. 3, 4 i 5 owego dekretu stanowiącym o personelu więziennym zauważono, że w jednostkach tych mogą pracować m.in. lekarze na podstawie innego rodzaju umów, które miał zawierać z nimi prokurator apelacyjny. Jednocześnie podlegali oni naczelnikowi danej jednostki jedynie w zakresie przestrzegania porządku więziennego, z czego wynika, iż instytucje więzienia nie odpowiadały za ochronę zdrowia osadzonych, jednak

¹⁷ K. Pawlak, *Więziennictwo Polskie w latach 1918-1939*, Kalisz 1995, s. 7; J. Lewandowski, *Królestwo Polskie pod okupacją austriacką 1914-1918*, Warszawa 1980, s. 50-51.

¹⁸ Dekret Naczelnika Państwa Polskiego w sprawie tymczasowych przepisów więziennych z 8 lutego 1919 r. (Dz. Praw Państwa Polskiego nr 15, poz. 202).; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19190150202/O/D19190202.pdf> [dostęp online: 15 lutego 2018 r.].

formalnie chociażby w tak minimalny sposób zaakcentowano możliwość świadczenia usług medycznych w jednostkach penitencjarnych. Mimo to warto odwołać się również do art. 10 owego dekretu, w którym przewidziano wprowadzenie obowiązkowej pracy, co mimo pozostałych okoliczności należy uznać jako czynnik pozytywnie oddziałujący na psychikę osadzonych.

Z kolei w II Rzeczypospolitej odwróciły się role osób przebywających w więzieniach bowiem głównymi osadzonymi byli więźniowie polityczni, a więc komuniści lub nacjonaści. Następną kategorię osób pozbawionych wolności stanowili na początku lat 30. ubiegłego wieku również więźniowie o charakterze politycznym, którzy byli przywódcami opozycyjnych partii, którzy byli osadzani na mocy decyzji administracyjnej¹⁹. Wówczas warunki w polskich jednostkach penitencjarnych były dalekie od zgodnych z prawami człowieka, a w tym także w zakresie ochrony prawa do zdrowia. Z uwagi na charakter osadzonych wśród administracji więziennej wykształcił się bowiem przedmiotowy sposób traktowania osób pozbawionych wolności, a głównym zadaniem było: „złamanie, upokorzenie, sponiewieranie jednostki przez stosowanie do niej nieludzkich środków gwałtu, wychodzącego daleko poza zakres ustawowych uprawnień, środków, które nie znajdują oparcia w żadnym pisanim prawie, które są niesłychanym bezprawiem (...)”²⁰. Wówczas w 1921 r. została powołana w Polsce Liga Obrony Praw Człowieka i Obywatela²¹ mająca za zadanie ochronę demokratycznych swobód i przeciwdziałanie politycznemu prześladowaniu, a która to działała do 1937 r. kiedy została rozwiązana przez rządzących. Z kolei w 1928 r. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej wydał rozporządzenie w sprawie organizacji więziennictwa²². Wówczas jako główne zadania więzień wskazano:

- wykonywanie kary pozbawienia wolności, która była orzekana jedynie przez sądy powszechne lub wojskowe,
- odizolowania osób tymczasowo aresztowanych, które miały postawiony zarzut popełnienia przestępstwa – dotyczyło to tzw. więźniów śledczych.

¹⁹ A. Rzepliński, *op. cit.*, s. 65.

²⁰ W. Barcikowski, *Liga Obrony Praw Człowieka i Obywatela i Kongres Pokoju w Brukseli*, [w:] *Księga wspomnień 1919-1939*, Warszawa 1960, s. 21.

²¹ A. Rzepliński, *op. cit.*, s. 65.

²² Rozporządzenie Prezydenta RP w sprawie organizacji więziennictwa z 7 marca 1928 r. (Dz.U. Nr 29, poz. 271 i 272); Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 22 czerwca 1928 r. o wykonaniu rozporządzenia Prezydenta RP z 7 marca 1928 r. w sprawie organizacji więziennictwa (Dz.U. Nr 64, poz. 591).

Jednocześnie przewidziano jednak wyjątki umożliwiające wykorzystanie więzień do pomieszczenia osób zatrzymanych w pozostałych sytuacjach przymusowych wskazanych przez inne akty prawne oraz do odizolowania więźniów wojskowych zgodnie z wnioskiem władz resortowych. Wynika z tego, że więzienia nadal miały silne podłoże polityczne oraz były wykorzystywane do uregulowania sytuacji państwowej. Ostatecznie rozporządzenie to wpłynęło jednak na ujednoczenie organizacji jednostek penitencjarnych na terenie Polski, lecz nie miało wpływu na standardy wykonywania kary pozbawienia wolności pod kątem ochrony zdrowia.

Niewątpliwie jako niezmiernie ważne należy uznać rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 1931 r. w sprawie regulaminu więziennego²³, które miało także znaczący wpływ na ochronę zdrowia osadzonych, a co za tym idzie niezbędne wdaje się bardziej szczegółowe odwołanie do tego aktu prawnego. Wskazano w nim bowiem, iż pracownikami kontraktowymi więzień są m.in. lekarze, a funkcjonariusze więzienni mają za zadanie również dbać o moralną poprawę więźniów oraz czuwać nad nimi przy jednoczesnym poszanowaniu ich godności (§10). Osoby zajmujące stanowisko starszego dozorca działu administracyjnego miały także za zadanie zapoznać się z indywidualnymi cechami charakteru poszczególnych osadzonych – świadczy to o dostrzeganiu potrzeby działań osobo-poznawczych w toku wykonywania kary pozbawienia wolności celem doboru indywidualnych środków oddziaływania i zmierzania do poprawy osób izolowanych. Z kolei zadania starszego dozorca działu gospodarczego skupiały się wokół zapewnienia odpowiednich warunków bytowych, higienicznych, czy żywnościowych. Ciekawe jest, iż w rozporządzeniu tym wyartykułowano np. konieczność opalania się osadzonych i odpowiedniego oświetlenia cel. Oznacza to tym samym, iż dostrzegano potrzebę ochrony zdrowia nie tylko w jej *stricte* znaczeniu medycznym, ale również jej korelację z innymi oddziaływaniami, jak np. zajęcia sportowe, przebywanie na świeżym powietrzu, czy praca.

W § 61 omawianego rozporządzenia przewidziano również, że do więzienia nie mogą być przyjmowane osoby dotknięte ostrymi chorobami zakaźnymi oraz które wymagają zabiegu chirurgicznego, który to nie może być przeprowadzony w warunkach izolacji. Z kolei już w przypadku przyjęcia danej osoby do więzienia nałożono obowiązek poddania jej badaniom lekarskim w ciągu 24 godzin od owego przyjęcia oraz umieszczenia w odrębnej celi do

²³ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 1931 r. w sprawie regulaminu więziennego, Dz.U. 1931 nr 71 poz. 577.

obserwacji, a następnie wydania opinii lekarskiej. Następnie z punktu widzenia rozprawy warto również wskazać na uregulowany w zakresie ochrony zdrowia osadzonych tryb zwalniania ich z jednostek penitencjarnych. W § 72 i § 77 rozporządzenia podniesiono bowiem, iż podczas zwalniania więźnia ma on być ubrany stosownie do pory roku, ale także stanu swojego zdrowia – przy czym zapewnienie odpowiedniej odzieży ciążyło na administracji więziennej, a więc można przejąć, że dostrzegano wówczas zależność osadzonych od instytucji państwowych. Świadczy również o tym zapis dotyczący, m.in. konieczności skierowania zwalnianego z jednostki więźnia do odpowiedniego zakładu leczniczego w przypadku jego choroby. W owym rozporządzeniu uregulowano również spacerosadzonych (a w tym także możliwość wydłużenia ich czasu z uwagi na stan zdrowia), ale także kwestie żywieniowe. Jako istotny należy uznać § 121 i następne rozporządzenia stanowiące o relacji prawidłowego żywienia ze stanem zdrowia, ale również zdolnością do pracy i nauki. Z kolei w Dziale II części IV, a więc od § 256 i następne ustanowiono regulamin sanitarno-lekarski. Z uwagi na obszerność uregulowań w tej materii oraz tożsamość zagadnień poruszanych na dalszym etapie opracowania warto jedynie zaznaczyć, iż przewidziane w rozporządzeniu reguły dotyczące bezpośrednio ochrony zdrowia osadzonych stanowiły standardy na miarę także obecnych czasów i norm postępowania z osobami pozbawionymi wolności.

Odnosząc się do powyższego, rozważania dotyczące – można by rzec, że innowacyjnego i obszernego jak na dotychczasowe regulacje szczególnie pod względem ochrony zdrowia osadzonych – rozporządzenia z 1931 r. w sprawie regulaminu więziennego warto odnieść nie tylko do zapewnianych owym aktem prawnym takich kwestii wpływających na stan zdrowia, jak warunki sanitarne, higieniczne, czy możliwość komunikacji ze światem zewnętrznym. Z punktu widzenia niniejszego opracowania kluczowe może okazać się odwołanie do uregulowań dotyczących środków poprawczo-wychowawczych przewidzianych w § 179 rozporządzenia, które określono jako opiekę duchową, organizację pracy (szerzej § 211 i następne), działalność kulturowo-oświatową, a także wychowanie fizyczne (§ 209-210). Należy prezentować stanowisko, że wszystkie z tych oddziaływań są związane z ochroną zdrowia osadzonych. O ile zrozumiałe jest to w odniesieniu do wychowania fizycznego, które bezpośrednio ma wpływ na stan zdrowia fizycznego, o tyle pozostałe oddziaływania mają szczególnie związek na kondycję psychiczną osadzonych. Osoby izolowane biorąc udział w poszczególnych zajęciach mogą bowiem się rozwijać zarówno fizycznie, emocjonalnie, jak i naukowo, co z jednej strony również poprzez zorganizowanie czasu wolnego będzie sprzyjało do zmiany postaw osadzonych, ale także zniweluje występowanie np. zaburzeń psychicznych.

Jest to bardzo istotne, gdyż mimo iż owe kwestie są prezentowane na tle uregulowań rozporządzenia z 1931 r. są one jednak cały czas aktualne, gdyż można wnioskować, że w praktyce owe powiązania nie są dostrzegalne, co przejawia się w utrudnionym realizowaniu celu wykonywania kary pozbawienia wolności.

W kolejnych latach organizacja i jakiegokolwiek działania zmierzające do dalszego rozwoju polskiego więziennictwa poległy jednak z uwagi na wybuch II wojny światowej. Pojawia się w tym momencie pytanie, czy można mówić, iż w tym okresie mieliśmy do czynienia z polskim więziennictwem i systemem penitencjarnym. Polska była bowiem pod okupacją Niemiec i Związku Radzieckiego, a więzienia najogólniej mówiąc stanowiły wówczas narzędzie władzy w rękach najeźdźców. Pod okupacją rosyjską więzienia były jednak wykorzystywane głównie jako miejsca przetrzymywania polskich żołnierzy, funkcjonariuszy, księży i przedstawiciele inteligencji przed dokonaniem ich egzekucji. Z kolei na terenach zajętych przez Niemców sposób wykorzystywania i organizacji więzień był bardzo zróżnicowany, gdyż niektóre jednostki realizowały zadania izolacyjne wobec przeciwników okupanta, a z kolei inne były miejscem prowadzenia administracji i biur niemieckich²⁴. Odnoszą się do tamtego okresu nie można mówić o humanitarnym traktowaniu osadzonych i poszanowaniu ich godności. Osoby izolowane traktowano bowiem jak „wrogów” danego okupanta i w konsekwencji nie zapewniano im realizacji podstawowych praw, a w tym do ochrony zdrowia. Należy jednak uznać, że czas II wojny światowej miał znamieny wpływ na dalszy rozwój praw człowieka i postrzeganie statusu więźniów, a co za tym idzie również ich podmiotowego traktowania. W kolejnych latach ogół społeczeństwa z władzami rządzącymi podjęły bowiem działania zmierzające do uniknięcia ewentualnego ponownego zdarzenia w postaci wojny światowej stanowiącej swego rodzaju zagładę dla człowieka i jego praw.

W latach 1945-1956 osoby pozbawione wolności były jednak dalej izolowane także głównie ze względów politycznych. Mimo to więzienia oprócz podlegania władzy rządzącej i wykorzystywania ich do realizacji politycznych zamierzeń, w pewnym sensie zapewniały siłę roboczą, gdyż osadzeni byli angażowani do szeregu prac, jak np. wydobywania kopalni, odgruzowywania miast, porządkowania cmentarzy i ekshumacji zwłok²⁵.

²⁴ R. Maleszyk, *Więziennictwo polskie na tle dziejów państwa w latach 1918-1956*, PWP Nr 62-63, Warszawa 2009, s. 19-22.

²⁵ T. Kostewicz, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec więźniów politycznych w latach 1944-1956*, PWP Nr 1, Warszawa 1991, s. 51-87.

Swego rodzaju postęp w historii polskiego więziennictwa można zauważyć od przełomu lat 1956/1957. Pod publiczną debatę zostały bowiem poddane wówczas ujawnione zbrodnie okupantów, które były poruszane przez prasę. Jednocześnie w 1956 r. doszło do tzw. przełomu październikowego w konsekwencji którego radzieccy doradcy zostali odesłani z ziem polskich, system polityczny został poddany częściowej liberalizacji, a więziennictwo z kolei przekazano do zarządzania ministrowi sprawiedliwości na podstawie ustawy z dnia 11 października 1956 r.²⁶. Od tego momentu doszło do wielu pozytywnych działań w sferze polskiego więziennictwa, gdyż podjęto prace nad przygotowaniem ustawy w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności, zmieniono podejście do osadzonych i sposób ich postrzegania, a także rozpoczęto próby opracowania nowych sposobów oddziaływania na osoby izolowane celem zmiany ich postawy²⁷. Już w tym czasie można zauważyć zmiany w podmiotowym traktowaniu osadzonych, dostrzeżenia potrzeby współpracy z nimi, a co za tym idzie zapewnienia im również odpowiednich warunków umożliwiających readaptację społeczną, co miało doprowadzić do poprawy warunków bytowo-sanitarnych i zdrowotnych osób pozbawionych wolności.

Znaczące było jednak opracowanie i przyjęcie w 1969 r. pierwszego w Polsce kodeksu karnego wykonawczego²⁸. Zauważyć należy, że ustawa ta wprowadzała szereg nowoczesnych rozwiązań w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności, jak np. sądy penitencjarne sędziowski nadzór, zasadę indywidualizacji, ograniczenie stosowania krótkoterminowych kar izolacyjnych, ale przede wszystkim cel wykonywania omawianej kary jako zmianę postawy osadzonych oraz konieczność przestrzegania zasady humanitaryzmu, co wiązało się także z zapewnieniem odpowiednich warunków bytowo-sanitarnych wpływających na stan zdrowia osób izolowanych. Niestety wraz z upływem kolejnych lat można zauważyć, iż ówczesne przepisy nie miały zazwyczaj odzwierciedlenia w praktyce i miały głównie charakter deklaracyjny. Świadczy o tym chociażby fakt, iż od lat 70. ubiegłego wieku następował ciągły wzrost liczby osób przebywających w polskich jednostkach penitencjarnych. Wskaźnik zaludnienia więzień był w Polsce wówczas także dużo większy niż w krajach Europy Zachodniej, a z upływem kolejnych lat dysproporcja ta dodatkowo znacząco się pogłębiała. Tak duże przeludnienie niewątpliwie wpływało negatywnie na warunki pobytu osadzonych, ich

²⁶ Ustawa z dnia 11 września 1956 r. o przejściu więziennictwa do zakresu działania Ministra Sprawiedliwości, Dz.U. nr 41, poz. 188.

²⁷ T. Szymanowski, *Prawne podstawy funkcjonowania więziennictwa w Polsce i ich wpływ na wykonywanie kary pozbawienia wolności*, PWP Nr 62-63, Warszawa 2009, s. 35.

²⁸ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. 1969 nr 13 poz. 98.

traktowanie oraz realizację przysługujących im praw, a w tym ochronę zdrowia również pod względem jego psychicznych aspektów przez negatywne konsekwencje przeludnienia. Jednocześnie standard wyposażenia więzień oraz zaopatrzenia chociażby w potrzebne leki nie był wystarczający, co przyczyniało się do braku zapewnienia opieki zdrowotnej osadzonych.

Przełomowe zmiany w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności, ale także tymczasowego aresztowania zapoczątkowały rozporządzenia ministra sprawiedliwości wydane w dniu 02 maja 1989 r. w sprawie organizacji wykonywania kary pozbawienia wolności²⁹, a także tymczasowego aresztowania³⁰, które stanowiły wówczas najważniejsze przepisy wykonawcze, a na mocy których wprowadzono szereg zmian, np. poszerzono uprawnienia osadzonych w zakresie możliwości kontaktu z osobami z poza jednostki penitencjarnej oraz katalog możliwych do otrzymania nagród bądź kar dyscyplinarnych. Z punktu widzenia niniejszego opracowania istotne jest, iż w obu rozporządzeniach już w ich § 2 ust. 1 wskazano obowiązek przeprowadzenia badań lekarskich osadzonych i zabiegów sanitarnych, podczas przyjęcia ich do jednostki. Z kolei rozdziały drugie zostały poświęcone bezpośrednio warunkom bytowym oraz opiece zdrowotnej osób pozbawionych wolności. Wówczas po raz pierwszy w Polsce określono minimalną powierzchnię przypadającą na jednego osadzonego o wielkości 3m². Odnosząc się bezpośrednio do zapewnienia ochrony zdrowia wskazać należy, że ówczesne rozporządzenia zapewniły osobom pozbawionym wolności dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na terenie jednostki penitencjarnej, ale także w ramach potrzeby również poza zakładem. Na osadzonych nałożono również obowiązek niezwłocznego informowania administracji o chorobie swojej lub pozostałych więźniów. Jednocześnie przewidziano możliwość poddania uzależnionych osadzonych stosownym terapiom oraz zapewniono dostęp do specjalistycznych diet w przypadkach stosownego zalecenia przez lekarza.

W dalszej kolejności należy przejść do zagadnień związanych z aktualnym stanem prawnym w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności i rozważań co do sytuacji panującej obecnie w polskich jednostkach penitencjarnych. Jednak z uwagi na systematykę niniejszej pracy zagadnienia te zostaną poruszone w kolejnych rozdziałach. Jednocześnie konieczne staje się podsumować powyższe, gdyż wskazać należy, że polskie więziennictwo na

²⁹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 maja 1989 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności, Dz.U. 1989 nr 31 poz. 166.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 maja 1989 r. w sprawie regulaminu wykonywania tymczasowego aresztowania, Dz.U. 1989 nr 31 poz. 167.

przełomie dziejów w pewnym sensie było uzależnione przez wiele lat od okupantów i panującej sytuacji politycznej. Wówczas, jak zostało już zaakcentowane, osadzeni traktowani byli przedmiotowo, większość osób była uwięziona ze względów politycznych, a podczas wojen więzienia często służyły jedynie jako miejsce przetrzymywania wrogów okupantów. Zarówno wtedy jak i w kolejnych latach nie interesowano się warunkami izolacji oraz ochroną praw człowieka, a w tym także zapewnienia ochrony zdrowia osadzonych, tym bardziej, że wielu z nich czekała egzekucja. Z kolei w latach, gdy Polska walczyła z komunizmem, w stosunku do więźniów główny aspekt nakładano w zakresie konieczności wykonywania przez nich pracy. Jako negatywne zjawiska występujące w polskim więziennictwie przed reformami wprowadzanymi sukcesywnie od 1989 r. wskazać można, np.:

- przedmiotowe traktowanie osadzonych przez pracowników administracji więziennej oraz brak współpracy,
- wykonywanie kar izolacyjnych w sposób represyjny,
- przeludnienie jednostek penitencjarnych,
- niedostosowane warunki bytowe i sanitarne,
- brak przestrzegania zasady humanitaryzmu i praw człowieka,
- brak zapewnienia odpowiedniej ochrony zdrowia,
- niedostosowana i niewydolna działalność terapeutyczna³¹.

Mimo powyżej stwierdzonych trudnych warunków panujących w toku ówczesnej izolacji należy ponownie przypisać szczególne znaczenie pracy. Jak zostało już bowiem wskazane była i jest ona podstawą do rozwoju osadzonych, ale także ochrony ich zdrowia w pierwszej kolejności pod względem psychicznym, co następnie oddziałuje także na kondycję fizyczną osoby pozbawionej wolności oraz jej motywację i nadzieję na zmianę. Podnosi się bowiem, że praca ma pozytywne działanie z uwagi na determinowanie życia codziennego osadzonych i swego rodzaju normalizacji (w odniesieniu do rzeczywistości poza jednostką penitencjarną) warunków panujących w izolacji³². Jednocześnie praca, które przede wszystkim wpływa na rozwój kompetencji zawodowych postrzegana jest jako jeden z podstawowych

³¹ Por. T. Szymanowski, *op. cit.*, s. 43; E. Janiszewska-Talago, *Wykonywanie kar długoterminowego pozbawienia wolności*, Warszawa 1974 r..

³² Z. Hołda, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności* [w:] J. Hołda, Z. Hołda, B. Żórawska, *Prawo karne wykonawcze*, Warszawa 2012, s. 167.

środków oddziaływania zmierzający do osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności³³.

Z biegiem czasu oraz w związku ze zmianami na arenie międzynarodowej, Polska chcąc odzyskać niezależność, samodzielność i pozycję jako partner polityczno-gospodarczy musiała dostosować się jednak do wielu wymogów zarówno międzynarodowych jak i europejskich (np. do Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela, Europejskich Reguł Więziennych) – również co do wykonywania kar izolacyjnych i funkcjonowania jednostek penitencjarnych. W konsekwencji przyjęto kodeks karny wykonawczy z 1969 r. na bazie, którego zmieniono podejście do celu wykonywania kary pozbawienia wolności i określono je wówczas jako zapobieganie powrotowi do przestępstwa. Było ono jednak postrzegane jako swego rodzaju konieczność wychowania osadzonych³⁴, a nie jako prawo przysługujące jednostce co do możliwości powrotu do życia w społeczeństwie otwartym. Mogło się to wiązać z nakładaną presją psychiczną na osadzonych, która mogła negatywnie wpływać na ich stan emocjonalny i prowadzić do zaburzeń psychicznych, czy chorób psychosomatycznych. Odwoływano się wówczas również do zasady indywidualizmu i humanitaryzmu oraz nałożono nacisk na pomoc postpenitencjarną. Mimo iż regulacje we wskazanych kwestiach nie były w większości praktykowane z uwagi na sytuację polityczno-ustrojową Polski, założenia te po odzyskaniu w 1989 roku niepodległości przyczyniły się do szybkiej reformy polskiego więziennictwa i systemu penitencjarnego. W konsekwencji zarówno regulacje w zakresie wykonywania kar izolacyjnych, ale przede wszystkim praktyka penitencjarna w Polsce zaczęły nawiązywać do standardów panujących w krajach demokratycznych także w zakresie ochrony zdrowia osadzonych.

2. Cele i dyrektywy wymiaru kary pozbawienia wolności na gruncie kodeksu karnego z 1997 r.

Jak zostało już wskazane, istotą kary pozbawienia wolności jest dolegliwość polegająca na odosobnieniu osoby skazanej w jednostce penitencjarnej na określony czas. Zgodzić się należy z poglądem, że stanowi ona efekt rozwoju społecznego, gospodarczego i politycznego, a także

³³ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 399.

³⁴ Por. W. Walczak, *Prawo penitencjarne*, Warszawa 1972 r., s. 193.

łagodzenia obyczajów³⁵. Pierwotnie bowiem kara *sensu largo* stanowiła przejaw surowego odwetu i zemsty za przestępstwo. Z kolei uregulowanie kary pozbawienia wolności miało zapewne prowadzić do zagwarantowania odpowiednio surowej kary zastępującej sankcje w swojej istocie często barbarzyńskie, jak np. odcięcie ręki, tortury. Proces ten wynikał niewątpliwie z rozwoju myśli socjologicznej oraz ewolucji praw człowieka. Niezbędne stało się w konsekwencji określenie celów kary pozbawienia wolności oraz zasad jej wymiaru, aby cele te mogły być zrealizowane.

Aktualnie zgodnie z art. 32 kodeksu karnego z 06 czerwca 1997 r.³⁶ kara pozbawienia wolności przybiera trzy rodzaje – zróżnicowane pod względem długości – a więc:

- kara pozbawienia wolności – którą można wymierzać w miesiącach i latach na okres od 1 miesiąca do lat 15,
- kara 25 lat pozbawienia wolności,
- kara dożywotniego pozbawienia wolności.

W związku z powyższym polskie prawo przewiduje różne wymiary pozbawienia wolności, które są zróżnicowane pod względem zagrożenia oraz stanowią sankcję względnie oznaczoną za konkretne przestępstwo. Zaznaczyć również trzeba, że wymiar kary można podzielić na dwa rodzaje, a więc ustawowy i sędziowski. Pierwszy z nich można zdefiniować zgodnie ze stanowiskiem A. Marka, który to ma oznaczać dolegliwość wymierzoną w naturę osobistą lub majątkową sprawcy, przewidzianą ustawą w różnym stopniu precyzyjności, określając jednocześnie granice swobodnego orzekania sędziów za określone czyny³⁷. Z kolei sądowy wymiar kary najprościej go ujmując odznacza się możliwością wyboru przez sąd rodzaju orzekanej kary – jednak z zastosowaniem ograniczeń wynikających z ustawy. Tym samym sędzia orzekając może zdecydować o rodzaju kary, jej rozmiarze, ale także możliwości odstąpienia od niej oraz zastosowaniu nadzwyczajnego obostrzenia lub złagodzenia kary. Wskazać należy, że w toku owego wymierzania kary konieczne staje się uwzględnienie także stanu zdrowia sprawcy czynu, która warunkuje dalszy tryb postępowania z daną jednostką. Uwzględniając powyższe należy jednak stwierdzić, że oba obszary wymierzania kar mają określone zasady i cele ich stosowania, które to wymagają szerszego omówienia.

³⁵ M. Foucault, *op. cit.*, s. 274-278.

³⁶ Ustawa z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U. 1997 Nr 88 poz. 553 z późn. zm.

³⁷ A. Marek, *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, Warszawa 1997, s. 322.

2.1. Cele wymiaru kary pozbawienia wolności

Biorąc pod uwagę dotychczasowe rozważania należy stwierdzić, iż stawiane obecnie cele wymiaru kary – w tym kary pozbawienia wolności – są nierozdzielnie związane z aktualną polityką karną danego państwa. Słowem wstępu należy jedynie dookreślić termin „kary” na gruncie prawa karnego. A. Zoll i W. Wróbel wskazują bowiem, że kara jest sankcją świadomie wymierzaną za przestępstwo i przejawia się w ingerowaniu w podstawowe prawa i wolności sprawcy³⁸. Jednak z uwagi na wynikające z tego tytułu ograniczenia kluczowe staje się uzasadnienie karania, a więc wskazania celu jaki ma ono spełniać, co w dalszej kolejności wpływa na sposób wykonywania danej kary, a także podejmowane działania penitencjarne, które mają zmierzać do osiągnięcia owych celów, ale także zniwelowania opresji wywołanej izolacją, a którym to działaniem jest również zapewnienie ochrony zdrowia skazanych, które to należy uznać za jeden z podstawowych czynników warunkujących osiągnięcie celów omawianej kary. Tym samym jako cele wymiaru kary, a szczególnie kary pozbawienia wolności, która to implikuje w największym stopniu szereg praw i wolności człowieka, wskazać należy:

- prewencję ogólną,
- prewencję szczególną,
- poczucie sprawiedliwości,
- kompensację.

W tym miejscu, w pierwszej kolejności, należy ustosunkować się do celów w postaci obu form prewencji, które jak zostało wcześniej wskazane, należy odnosić także do dyrektyw wymiaru kary. Szeroko pojęta prewencja postrzegana jako dyrektywa stanowi bowiem wyznacznik dla zastosowania kary w postaci i wymiarze, który ma umożliwić zmianę postawy sprawcy oraz zapobiegać popełnianiu przestępstw zarówno przez niego jak i pozostałych członków społeczeństwa. Z kolei w dalszej perspektywie prewencję zarówno ogólną jak i indywidualną należy rozumieć jako cel sankcjonowania, dzięki któremu zostanie m.in. zmniejszona liczba przestępstw oraz wzrośnie bezpieczeństwo społeczeństwa. Wskazać należy, iż w następstwie rozwoju praw człowieka, postępu zarówno gospodarczego, ale również

³⁸ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2010, s. 411-412.

kulturowego oraz nauk psychologiczno-socjologicznych cele prewencyjne wymierzania kar należy traktować jako priorytetowe, a w szczególności w zakresie prewencji indywidualnej. Wynika to bowiem ze wskazanych czynników, a następnie z aktualnej polityki karania państwa, która zmierza do umożliwienia skazanym readaptacji społecznej poprzez zapewnienie im odpowiednich do tego warunków i stosowanie działań, które zachęcą sprawcę do zmiany swojej postawy, a w dalszej kolejności akceptacji obowiązujących norm i życia zgodnie z nimi. Tym samym już w chwili obecnej należy uznać, że do prospołecznej zmiany osadzonego niezbędne jest również zapewnienie mu ochrony zdrowia. Jak wspomniano już wcześniej realizacja owego prawa powinna jednak dotyczyć dwóch płaszczyzn. Pierwszą stanowi tradycyjnie rozumiana opieka medyczna, zaś drugą działania penitencjarne, które mają zapobiegać powstawaniu chorób zarówno fizycznych (np. zajęcia sportowe), jak i psychicznych. Należy stwierdzić, że owe oddziaływania mają szczególne znaczenie właśnie w odniesieniu do zdrowia psychicznego, gdyż jego ochrona nie może ograniczać się jedynie do leczenia, ponieważ wówczas nie będzie możliwa readaptacja społeczna osadzonych, którzy psychicznie mogą nie wytrzymać opresji wywołanej izolacją. W konsekwencji kluczową rolę do umożliwienia osobom pozbawionym wolności powrotu do życia w społeczeństwie – a co za tym idzie zapewnienia ku temu odpowiednich warunków oraz ochrony zdrowia – może odgrywać praca, która to była głównym środkiem oddziaływania penitencjarnego chociażby w omówionym następnie systemie celkowym o odmianie auburnskiej.

Mimo powyższego karanie ma nadal na celu zapewnienie poczucia sprawiedliwości, jednak nie można rozumieć go w żadnym razie jako tradycyjnej formy odwetu, lecz zadośćuczynienia społeczeństwu poczucia wyrządzonej krzywdy, a tym samym kompensacji strat materialnych i moralnych pokrzywdzonego przestępstwem. Naturalne bowiem wydaje się istnienie w społeczeństwie potrzeby ukarania za wyrządzone zło, jednak wówczas cel sprawiedliwościowy kary należy rozumieć jako wymierzenie kary adekwatnej do stopnia zawinienia sprawcy i społecznej szkodliwości jego czynu. Cel sprawiedliwości jaką generuje kara można wówczas postrzegać także jako wynik swego rodzaju gwarancji dla sprawcy, który zna konsekwencję podejmowanych czynów. Podnieść również należy, że w tym kontekście sankcja sprawiedliwa warunkuje realizację pozostałych celów kary, gdyż w przypadku jej niewspółmierności nie będzie możliwości szeroko pojętego prewencyjnego oddziaływania³⁹. Sprawiedliwość kary (w niniejszym przypadku kary pozbawienia wolności) można pojmować

³⁹ Por. Z. Sienkiewicz, [w:] M. Bojarski, J. Giezek, Z. Sienkiewicz, *Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna*, Warszawa 2004, s. 264.

także poprzez zapewnienie osadzonemu odpowiednich warunków do jej odbywania, które umożliwią im powrót do życia w społeczeństwie i dadzą nadzieję na osiągnięcie tego celu. Z tego względu niezwykle istotne jest chociażby rozważenie wszelkich czynników podczas podejmowania decyzji o wymierzeniu kary pozbawienia wolności, aby jej forma była dostosowana do okoliczności zdarzenia, ale także warunków osobistych sprawcy, np. w postaci stanu zdrowia, który to może być przesłanką m.in. do nadzwyczajnego złagodzenia kary przewidzianą w art. 31 § 2 k.k.. Powinno się to przejawiać, np. w różnicowaniu długości izolacji, ale także z uwzględnieniem prognozy kryminologicznej sprawcy, aby w dalszej kolejności etap wykonania kary był na tyle efektywny, iż skazany będzie w stanie wrócić do życia w społeczeństwie zgodnie z powszechnie panującymi normami.

2.2. Dyrektywy wymiaru kary pozbawienia wolności

W pierwszej kolejności obecnych rozważań należy odróżnić dyrektywy sądowego wymiaru kary od zasad wymiaru kary, a więc konstytucyjnych i kodeksowych wytycznych, które to kształtują ów wymiar⁴⁰. Jako zasady można wskazać:

- zasadę swobody sędziowskiej wynikającą z art. 53 § 1 k.k. oraz art. 7 k.p.k. – nie oznacza ona jednak oczywiście dowolności wymierzania kary, gdyż sąd może działać w granicach określonych ustawowym wymiarem kary oraz jego dyrektywami,
- zasadę indywidualizacji kary wynikającą z art. 55 k.k., która oznacza, iż wszelkie okoliczności występujące w danym postępowaniu, które dotyczą konkretnej osoby uwzględnia się jedynie wobec niej. Zasadę tę można jednak postrzegać także w ramach prewencji indywidualnej z uwagi na konieczność dostosowania kary m.in. do charakteru sprawcy, motywów i sposobów działania, ale także jego podatności na demoralizację i działania prewencyjne, które to czynniki mogą być związane ze stanem zdrowia osoby skazywanej;
- zasadę kary oznaczonej, która oznacza dokładne wskazanie w wyroku rodzaju i wysokości kary.

⁴⁰ G. Wiciński, *Postępowania incydentalne...*, s. 35.

W związku z powyższym, odnosząc się do kary pozbawienia wolności, sąd może wymierzyć ją za przestępstwa, które taki rodzaj kary przewidują (np. art. 148, 190, 192, 216 §2, 291 k.k.) w granicach określonych ustawą (od 1 miesiąca do lat 15, 25 lat, dożywotnie pozbawienie wolności) wraz z uwzględnieniem indywidualnych cech skazywanego i podejmowanych przez niego czynności np. w postaci wieku, ewentualnej recydywy, przyznania się do winy, współpracy z organami państwowymi, działania w grupie przestępczej, stopnia winy.

Z kolei dyrektywy stanowią bardziej doprecyzowany wyznacznik dla sądów w toku wymierzania kary obok wyżej wymienionych zasad, a także są wyrazem określonej polityki karnej w danym państwie i gwarancją realizacji jej założeń. Tym samym dyrektywy wymiaru kary powinny być zsynchronizowane z aktualnie głównym celem kary (a szczególnie kary pozbawienia wolności jako najbardziej dolegliwej) w postaci readaptacji społecznej skazanych, a co za tym idzie powinny uwzględniać działania penitencjarne, które będą stosowane w toku wykonywania kary, aby ten cel osiągnąć, a które to zazwyczaj są we wzajemnej korelacji, jak wspomniana ochrona zdrowia i praca. Istotne jest jednak, iż każdy dodatkowy wyznacznik teoretycznie zmierzający do sprecyzowania ku ulepszeniu zasad wymierzania kary, w praktyce stanowi ograniczenie sędziowskiej swobody. Takie działanie ustawodawcy może z kolei prowadzić do powstania tak sztywnych ram polityki karania, iż na znaczeniu straci cel wychowawczy kary pozbawienia wolności. W konsekwencji istotne jest, aby istniejące dyrektywy zmierzały do zapewnienia poprzez wymierzenie kary readaptacji społecznej skazanego przy poszanowaniu godności ludzkiej i przestrzeganiu zasady humanitaryzmu.

Odnosząc się bezpośrednio do ogólnych dyrektyw sądowego wymiaru kary, na podstawie art. 53 k.k. oraz 3 k.k. należy wymienić:

- dyrektywę humanitaryzmu kary,
- dyrektywę stopnia winy,
- dyrektywę stopnia społecznej szkodliwości czynu,
- dyrektywę prewencji generalnej i indywidualnej.

Jako najważniejszą z powyższych należy wskazać dyrektywę humanitaryzmu kary. Wynika to chociażby z konieczności przestrzegania owej zasady na arenie międzynarodowej. Jednak w odniesieniu do ustawodawstwa polskiego należy wskazać, iż zaakcentowano ją już w art. 3 k.k., co podkreśla jej priorytetowość, ale przede wszystkim wynika ona z art. 30

Konstytucji RP, który gwarantuje ochronę przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka. W dalszej kolejności istotne są art. 38 i 40 Konstytucji, które to kolejno zapewniają każdemu człowiekowi ochronę życia oraz zakazują stosowania tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania. Tym samym często dyrektywa ta jest rozumiana jako zasada wymiaru kary⁴¹. Właściwym wydaje się jednak postrzeganie zasady humanitaryzmu jako naczelnego wyznacznika na wszystkich etapach postępowania karnego – również na etapie jego tworzenia, gdyż tylko przy uwzględnieniu tej zasady będzie możliwe formułowanie przepisów zmierzających do readaptacji społecznej skazanych, ale również opracowanie oddziaływań penitencjarnych, które w niniejszym przypadku będą wpływały na ochronę zdrowia osadzonych, a także ich powrót do życia w społeczeństwie. Tym samym należy podkreślić zależność efektów karania od przenikania zasady/dyrektywy humanitaryzmu na poszczególne etapy postępowania karnego, gdyż jej przestrzeganie na etapie orzekania kary kształtuje jednocześnie sposób jej wykonania. Zgodnie ze Słownikiem Języka Polskiego termin „humanitaryzm” oznacza bowiem postawę odznaczającą się szacunkiem dla człowieka oraz troską o jego dobro⁴². Tym samym zasada humanitaryzmu ma uniwersalny charakter i obejmuje swym zakresem całokształt tworzenia i stosowania prawa – potwierdza to także jej uregulowanie w art. 4 k.k.w. W konsekwencji stosowania niniejszej dyrektywy żadna inna zasada nie może usprawiedliwiać orzekania, a w dalszej kolejności wykonywania kar, które godziłyby w godność człowieka lub miały niehumanitarny charakter. Ma to również przełożenie na stosowanie niespisanej na gruncie polskiego ustawodawstwa zasady *in dubio pro libertate*, zgodnie z którą w kontekście wymierzania kar w przypadku wątpliwości w zakresie wyboru rodzaju kary, pierwszeństwo powinny mieć tzw. kary wolnościowe⁴³. W następstwie powyższych ustaleń wydaje się zasadne stanowisko, że dyrektywa humanitarnego wymierzania kary dotyczy także uwzględnienia podczas orzekania danej kary stanu zdrowia sprawcy czynu i dostosowania jej oraz możliwych oddziaływań w toku jej wykonywania do stanu zdrowotnego skazanego i związanych z tym potrzeb.

Kolejną dyrektywę wymiaru kar stanowi stopień winy sprawcy, który wyznacza ich górną granicę⁴⁴, a który to został wskazany w art. 53 § 1 k.k. Tym samym określa on limit

⁴¹ V. Konarska-Wrzošek, *Dyrektywy wyboru kary w polskim ustawodawstwie karnym*, Toruń 2002, s. 67-70.

⁴² L. Drabik, E. Sobol, *op. cit.*, s. 150.

⁴³ M. Mozgawa, J. Szumski, *Kodeks karny w ocenie doktryny i publicystyki* [w:] A. Zoll (red.), *Racjonalna reforma prawa karnego*, Warszawa 2001, s. 31.

⁴⁴ Por. L. Gardocki, *op. cit.*, s. 189; K. Krajewski, *Teorie kryminologiczne a prawo karne*, Warszawa 1994, s. 28, A. Zoll (red.) *Kodeks karny. Komentarz. Część ogólna*, Zakamycze 2004, s. 809; Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu II Wydział Karny z dnia 13 maja 2015 r., sygn. akt II AKa 101/15, [dostęp online: 08 maja 2018 r.] [http://orzeczenia.wroclaw.sa.gov.pl/content/\\$N/15500000001006_II_AKa_000101_2015_Uz_2015-05-13_002](http://orzeczenia.wroclaw.sa.gov.pl/content/$N/15500000001006_II_AKa_000101_2015_Uz_2015-05-13_002)

surowości orzekanej kary, która nie może przewyższyć stopnia zawinienia sprawcy⁴⁵ realizując przy tym zasadę humanitaryzmu i poszanowania godności człowieka. Nie można bowiem mówić o karaniu zgodnym z prawem w przypadku, gdy jego wymiar przekracza odpowiedzialność sprawcy. Odnosząc ten problem do tematu niniejszej rozprawy należy wskazać na potencjalne ujemne oddziaływanie na zdrowie psychiczne osadzonego, który zostałby ukarany w stopniu wyższym, niż jego faktyczne zawinienie. Konsekwencjami takiego zjawiska mogłyby być różnego rodzaju zaburzenia lub choroby psychiczne, ale także psychosomatyczne, które to mogłyby utrudnić lub nawet uniemożliwić wykonywania kary pozbawienia wolności oraz ociążenia jej celu. Z drugiej strony na ocenę stopnia winy sprawcy może wpływać również jego stan zdrowia, gdyż jak wskazuje art. 31 § 1 k.k. nie popełnia przestępstwa osoba, która w chwili czynu nie mogła go rozpoznać lub pokierować swoim postępowaniem z uwagi na chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych. Jednocześnie rozmiar winy należy postrzegać jako czynnik różnicujący wysokość wymierzanej kary, który będzie przyczyniał się do odróżnienia od siebie wagi różnych przestępstw⁴⁶. Świadczy o tym fakt, iż za poszczególne przestępstwa przewidziane są konkretne kary (z możliwością wyboru ich surowości w granicach zakreślonych ustawą), których dolegliwość dostosowana jest m.in., do stopnia społecznej szkodliwości czynu, który to stanowi następną dyrektywę wymiaru kary.

Wskazany powyżej stopień społecznej szkodliwości czynu należy traktować jako pojęcie nieostre i z uwagi na temat rozprawy zakreślić go pokrótce. Odnosi się on bowiem do karygodności danego postępowania, powodowania zagrożenia dla społeczeństwa i porządku prawnego. Jednocześnie termin ten można rozpatrywać w dwóch płaszczyznach. Z jednej strony jako wyznacznik do nie orzekania kar zbyt surowych, ale także uniknięcia zbyt łagodnego ukarania sprawcy⁴⁷ – gdy nie przemawiają za tym okoliczności zdarzenia – z drugiej zaś, jako podstawa klasyfikacji przestępstw na ich łagodniejszą formę, a więc występki oraz na zbrodnie, które to z uwagi na swój charakter naruszeń są zagrożone wyższym wymiarem kary. Art. 115 § 2 k.k. reguluje przesłanki do ustalenia stopnia społecznej szkodliwości czynu za dane przestępstwo w formie podmiotowej (np. postać zamiaru, naruszone obowiązki i reguły ostrożności, ale także sposób i okoliczności popełnionego czynu oraz motywacja sprawcy) i przedmiotowej (np. rodzaj i charakter naruszonego dobra). Podnosi się jednak, iż

⁴⁵ J. Giezek, [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 381.

⁴⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 kwietnia 2002 r., sygn. akt AKa 68/02, KZS 2002, nr 5, poz. 45.

⁴⁷ L. Gardocki, *op. cit.*, s. 190.

z zastosowanego zapisu słownego wskazanego przepisu nie wynika, iż zawarte w nim elementy stanowią katalog otwarty⁴⁸. Jednocześnie zastanowić się należy nad wzajemną zależnością stopnia winy i stopnia społecznej szkodliwości czynu. Podnosi się bowiem, że to stopień społecznej szkodliwości czynu warunkuje stopień zawinienia sprawcy⁴⁹. Ustalenie takie może prowadzić także do wniosku, iż na społeczną szkodliwość czynu i stopień winy wpływać mogą te same czynniki, a w tym również stan zdrowia sprawcy. Tym samym – jako potwierdzenie prezentowanego założenia – wskazać należy na wyżej wymieniony art. 115 § 2 k.k, oraz art. 53 § 2 k.k. w których ustawodawca sformułował powtarzające się mierniki zarówno w odniesieniu do stopnia społecznej szkodliwości czynu, jak również dyrektyw szczegółowych wymiaru kary. Z punktu widzenia opracowania i wskazanych przez ustawodawcę przesłanek do oceny społecznej szkodliwości czynu jako istotne jest wskazanie, iż co do zasady panuje jednak pogląd⁵⁰, że warunki i właściwości osobiste sprawcy danego czynu (a w tym także stan zdrowia) nie mają znaczenia w toku dokonywanej oceny. Sąd Najwyższy wydał jednak wyrok⁵¹, w którym wskazał, że o społecznej szkodliwości czynu w szczególnych przypadkach decydują także czynniki związane bezpośrednio ze sprawcą, m.in. jak wiek, sytuacja rodzinna, ale także stan zdrowia. Można bowiem wyobrazić sobie osobę chorą na nowotwór złośliwy, która w następstwie desperacji ukradła leki z apteki o wysokiej wartości z uwagi na konieczność leczenia i brak posiadanych środków finansowych. Z tych względów niezbędna jest indywidualna ocena każdego czynu i sprawcy celem ewentualnego wymierzenia właściwej kary i zastosowania odpowiednich oddziaływań penitencjarnych, albo stwierdzenia braku podstaw do skazania.

Jako ostatnią dyrektywę wymiaru kary *sensu largo* należy wskazać dyrektywę prewencji, która to z kolei dzieli się na prewencję generalną (ogólną) i szczególną (indywidualną). Zagadnienie to ma szczególne znaczenie z uwagi na temat niniejszej pracy, gdyż nie można dopuścić do tego, aby kara pozbawienia wolności była odbierana jako czynnik kryminogeny. Prewencja generalna ma bowiem na celu stosowanie określonych kar

⁴⁸ J. Majewski, [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, t. I. Komentarz do art. 1–116 k.k.*, Warszawa 2012, s. 1348.

⁴⁹ M. Dąbrowska-Kardas, *Analiza dyrektywalna przepisów części ogólnej kodeksu karnego*, Warszawa 2012, s. 266; J. Majewski, *Stopień winy jako podstawowy wyznacznik dolegliwości reakcji karnej*, [w:] J. Majewski (red.), *Dyrektywy sądowego wymiaru kary. Pokłosie X Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego*, Warszawa 2014, s. 27-28.

⁵⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 kwietnia 2004 r., sygn. IV KK 25/04, OSNwSK 2004, nr 1, poz. 668; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 października 2006 r., sygn. II KK 52/06, OSNwSK 2006, nr 1, poz. 1902; Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 czerwca 2008 r., sygn. V KK 1/08, OSNKW 2008, nr 9, poz. 75.

⁵¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2003 r., sygn. WK 23/03, OSNwSK 2003, nr 1, poz. 2724.

zmierzających do kształtowania prawnej świadomości ogółu społeczeństwa, która jest jedną z głównych zasad polityki kryminalnej. Tym samym poprzez wyartykułowanie konkretnego zagrożenia za dane przestępstwo, członkowie populacji mają zostać w pewien sposób odstraszeni od ich popełniania⁵². Już samo ryzyko ukarania, a w jego następstwie konsekwencje związane z trybem wykonania kary mają zapobiegać od popełniania przestępstw szczególnie te osoby, które nie wyrażają panujących norm moralnych i obyczajowych, a co za tym idzie nie identyfikują się z ogółem społeczeństwa. W związku z tym kształtowanie świadomości prawnej nie powinno przejawiać się jednak w typowym odstraszaniu, ale być efektem modelowania postaw społecznie pożądanych względem panujących norm moralnych i prawnych, a więc powinno przyczyniać się do realizacji prewencji ogólnej. Jest to tym bardziej istotne z uwagi na opresję jaką wywołuje izolacja i możliwe konsekwencje dla zdrowia psychicznego osadzonych, np. w postaci depresji. Z tych względów z jednej strony konieczne jest zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej osobom pozbawionym wolności (również na etapie profilaktycznym), ale także dostosowania oddziaływań penitencjarnych, które przyczynią się do ochrony zdrowia poprzez swego rodzaju znormalizowanie czasu izolacji.

Zasadne staje się wskazanie, iż aby kara – a szczególnie kara pozbawienia wolności z uwagi na swoją dolegliwość – przyczyniła się do powyższych założeń, niezbędne powinno być spełnienie trzech przesłanek. Pierwszą z nich jest znajomość przez ogół społeczeństwa istniejącego systemu prawnego oraz wynikających z niego praw, obowiązków i kar. W następstwie tego należy przyjąć, że kolejnym czynnikiem jest akceptacja zapadłego wyroku przez sprawcę, a tym samym uznanie go za sprawiedliwy z uwagi na znajomość przepisów prawnych i możliwych konsekwencji określonych działań. Jako ostatni element należy wskazać ponownie aprobatę, ale w tym przypadku już osoby skazanej, odnoszącą się do sposobu wykonywania danej kary. Należy jednak mieć na uwadze, że owa akceptacja będzie możliwa, gdy kara – w omawianym przypadku kara pozbawienia wolności – będzie wykonywana przy zachowaniu określonych standardów, a co za tym idzie także zapewnienia osadzonym realizacji prawa do ochrony zdrowia zarówno w aspekcie związanym ze stricte świadczonymi usługami medycznymi, ale również innymi środkami zapobiegającymi degradacji zdrowotnej, jak np. wspomniana już praca. Jest to związane także z tym, że społeczeństwo powinno mieć świadomość, że istotą kary pozbawienia wolności jest dolegliwość wynikająca z izolacji i tylko w takim aspekcie może być ona wykonywana. Z kolei inne prawa, jak np. ochrona zdrowia

⁵² L. Gardocki, *op. cit.*, s. 191; G. Wiciński, *Postępowania incydentalne...*, s. 49-53.

osadzonych, muszą być respektowane, gdyż w innym przypadku osadzony nie będzie w stanie lub nie będzie chciał współpracować w toku procesu readaptacji społecznej, co może wiązać się z jego negatywnym nastawieniem do administracji penitencjarnej, ale także brakiem nadziei na godne życie w społeczeństwie otwartym.

Wskazane powyżej przesłanki, które można formułować w odniesieniu do prewencji generalnej mogą dotyczyć również drugiej z dyrektyw prewencyjnych o charakterze indywidualnym. Oznacza ona bowiem w toku wymierzania kary uwzględnienie celu wychowawczego skazanego, a w następstwie zapobiegnięcie jego powrotowi do przestępstwa. Jednak, aby osiągnięcie celu resocjalizacyjnego było możliwe, konieczne staje się uwzględnienie w toku jej wymierzenia oraz wykonywania, cech szczególnych sprawcy takich jak osobowość i warunki życia, ale również tzw. jego prognozę kryminologiczną⁵³. Taki tryb działania należy określić terminem indywidualizacji wymiaru kary, a więc dostosowania dolegliwości sankcji do cech osobowościowych sprawcy, jego możliwości intelektualnych, stanu psychicznego, sposobu życia przed naruszeniem porządku prawnego, a także po odbyciu kary, ale również stanu zdrowia i jego ochrony. Wiąże się to bowiem z faktem, iż w niektórych przypadkach orzeczenie kary pozbawienia wolności może nie być zasadne z uwagi na stan zdrowia sprawcy.

Z kolei już w toku odbywania owej kary izolacyjnej ochrona zdrowia jest kluczowa z uwagi na efektywność stosowanych oddziaływań penitencjarnych, gdyż osadzony, który choruje i nie ma zapewnionych odpowiednich świadczeń medycznych może nie być w stanie współpracować w procesie readaptacji społecznej lub w ramach swego rodzaju protestu nie będzie chciał zmienić swoich postaw z uwagi na brak realizacji jego podstawowych praw. Warto jednak ponownie wskazać na związek pomiędzy zapewnieniem ochrony zdrowia osadzonych, a innymi oddziaływaniami penitencjarnymi, które to są we wzajemnie silnej korelacji. Wiąże się to ze swego rodzaju znormalizowaniem okresu pozbawienia wolności, np. poprzez umożliwienie osadzonym pracy, czy uczestniczenia w zajęciach sportowych i kulturalno-oświatowych. Wówczas osoby izolowane mają możliwość zagospodarowania swojego czasu, odczuwania, iż są potrzebni, a także mogą się rozwijać, co daje im szansę na zmianę sposób życia po opuszczeniu jednostki penitencjarnej. Następstwem takich działań jest

⁵³ Por. J. Giezek, [w:] J. Giezek (red.), *op. cit.*, s. 385.

ich dobra kondycja psychiczna, która niewątpliwie pływa także na zdrowie fizyczne oraz efektywność oddziaływań penitencjarnych.

W tym momencie można się zastanowić, czy do osiągnięcia celu kary w postaci prewencji indywidualnej konieczne jest wymierzanie kar bardzo surowych. Skuteczność sankcji wiąże się bowiem z osiąganym efektem w toku ich wymierzania. Tym samym dla niektórych osób bardziej dolegliwe może być wymierzenie grzywny niż pozbawienie ich wolności, gdyż nie posiadając dużych możliwości zarobkowych taka forma kary będzie dla nich bardziej odczuwalna, a co za tym idzie popełnianie przestępstwa stanie się nieopłacalne. Prewencja indywidualna jest jednak postrzegana także jako forma uniemożliwienia działań przestępnych poprzez odizolowanie skazanego i ograniczenie jego działań np. w formie zakazu prowadzenia pojazdów⁵⁴. Wskazać jednak należy, że zakładanie takiej formy prewencji nie wyklucza zupełnie możliwości popełnienia przestępstw zarówno w innej postaci, jak i dotychczasowej. W konsekwencji prewencja indywidualna ma jako główne zadanie uświadomienie sprawcy jego błędów, panujących zasad funkcjonowania społeczeństwa i obowiązujących norm moralnych i prawnych, a w dalszej kolejności umożliwienie podjęcia współpracy przez skazanego celem zmiany swojej postawy i jego readaptacji społecznej. Cel ten może zostać jednak osiągnięty w toku podejmowania stosownych działań ze strony szeroko pojętej administracji państwowej, ale także w wyniku współdziałania w tym zakresie społeczeństwa – co szerzej zostanie omówione w toku dalszych rozważań. Znamienne wydaje się tym samym, że w toku osiągnięcia celu prewencji indywidualnej szczególną rolę mogą odgrywać psychologowie oraz wspomniane oddziaływania penitencjarne, np. w postaci zajęć kulturalno-oświatowych, sportowych, czy pracy. Wiąże się to bowiem z zapewnieniem wsparcia psychicznego osadzonemu, ale także warunków do odbywania kary, w których osadzony będzie miał poczucie sensu swoich działań i dostrzeże opłacalność życia zgodnie z panującymi normami, co w następstwie wiąże się z możliwością zapobieżenia m.in. poczucia wykluczenia, samoagresji, ale także zaburzeń psychicznych i chorób psychosomatycznych.

W związku z dokonany powyżej zarysem głównych dyrektyw wymiaru kary można na obecnym etapie wskazać ich relacje i zależności. Zgodzić się należy z A. Zollem i A. Markiem, iż wszystkie dyrektywy są równie ważne z punktu widzenia wymierzania kar⁵⁵. Wniosek ten nasuwa się z uwagi na swego rodzaju uzupełnianie się owych dyrektyw bez

⁵⁴ L. Gardocki, *op. cit.*, s. 192,

⁵⁵ A. Zoll, *Zasady wymiaru kary w projekcie zmiany kodeksu karnego*, Państwo i Prawo 2001, nr 1, s. 5; A. Marek, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 230 i 232.

których nie mogłaby być realizowana polityka karna z obecnym kształcie. Górną granicę wymierzanej kary wskazuje bowiem stopień zawinienia sprawcy, a dolną poziom społecznej szkodliwości czynu. Tym samym realizowany jest cel prewencji generalnej zagrożenia i wymierzania kar wraz z należytą ochroną dóbr prawnych i zapewnieniem ogółu bezpieczeństwa. Dotyczy to także sfery zdrowotnej, gdyż zastosowanie odpowiednich działań wobec sprawcy czynu (np. konsultacje medyczne, szkolenia prozdrowotne, zajęcia sportowe) może prowadzić zarówno, np. do kształtowania świadomości zdrowotnej i ochronić zarówno szersze społeczeństwo, jak i samego sprawcę przed zagrożeniem wynikającym z chorób zakaźnych. Z kolei z uwagi na prewencję szczególną wymiar kary może zostać miarkowany stosowanie do stopnia zawinienia sprawy oraz z uwzględnieniem konieczności zapewnienia ochrony ogółu społeczeństwa⁵⁶, co jak zostało wskazane powyżej w szczególnych przypadkach również może być związane ze stanem zdrowia sprawcy. Jednocześnie wymierzanie kar musi być dokonywane z poszanowaniem godności ludzkiej, zasady humanitaryzmu i poprzez realizację praw człowieka, a więc także ochrony zdrowia, co szczególnie odnosi się do kary pozbawienia wolności z uwagi na jej dolegliwość i wynikające z tego tytułu ograniczenia, które mogą w określonych przypadkach prowadzić także do zmiany trybu jej wykonania, jak np. w postaci możliwości zastosowania systemu dozoru elektronicznego z uwagi na stan zdrowia skazanego.

W konsekwencji powyższego należy także z punktu widzenia opracowania chociaż krótko wskazać, iż możliwe jest wyróżnienie dyrektywy tzw. pierwszeństwa stosowania kar wolnościowych zawartą w art. 58 § 1 k.k. Ma ona zastosowanie w przypadku możliwości orzeczenia jednej z kar przewidzianych przez ustawodawcę za konkretne przestępstwo, np. w przypadku art. 122, 187, 195, 209, 226 k.k. Wówczas istotne jest dokonanie przez sąd oceny w jaki sposób, w odniesieniu do danego sprawcy i zaistniałych okoliczności, możliwe będzie osiągnięcie celów kary i w dalszej kolejności jej wykonania. Podczas dokonywania owej oceny niewątpliwie należy również brać pod uwagę stan zdrowia sprawcy czynu, który może stanowić czynnik do orzeczenia kary innej niż pozbawienie wolności lub warunkujący indywidualne dobranie oddziaływań penitencjarnych wobec konkretnego skazanego.

⁵⁶ Por. *ibidem*.

3. Zasady i cele wykonywania kary pozbawienia wolności na gruncie kodeksu karnego z 1997 r.

Na obecnym etapie rozważań konieczne jest zarysowanie negatywnych konsekwencji jakie mogą wynikać z orzekania i wykonywania kary pozbawienia wolności. Sankcja ta bowiem w największym stopniu ingeruje we wszystkie sfery życia człowieka oraz jego prawa, a w tym także ochronę zdrowia – szczególnie na jego sferę psychiczną z uwagi na opresję jaką stanowi. Jednak mimo iż jest ona rozumiana jako środek penalny, który ma zmierzać przede wszystkim do readaptacji społecznej osadzonych – z uwagi na swoją dolegliwość – kara pozbawienia wolności prowadzi do wielu dysfunkcji w przypadku nie zastosowania indywidualnie dobranych środków pomocy wobec skazanych. Osoby pozbawione wolności w warunkach izolacji penitencjarnej bardzo często się załamują, rozpadają im się rodziny, tracą pracę, mają depresję. W następstwie czują się niepotrzebni, aż rodzi się w nich agresja i bunt przeciwko ich położeniu, a wrogiem stają się instytucje państwowe i pracownicy jednostek penitencjarnych. Wówczas osadzeni nawiązują nić relacji pomiędzy sobą, co z kolei może prowadzić do degradacji ich postaw i poglądów. Tym samym należy się zastanowić nad swego rodzaju paradoksem dotyczącym tego jaki wpływ na osobę skazaną ma przebywanie z innymi osadzonymi i jak wzajemne relacje i kontakty między więźniami wpływają na proces readaptacji społecznej⁵⁷.

Oczywiście wskazać należy na aktualne regulacje i praktykę w zakresie rozmieszczania skazanych na karę pozbawienia wolności w poszczególnych typach zakładów karnych, oddziałach i w konkretnych celach (np. art. 100 k.k.w., § 10 i § 12 rozporządzenia w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności⁵⁸). Działania podejmowane chociażby w związku z przydzieleniem osadzonego do danej celi mają bowiem na celu taki dobór współosadzonych, aby zapobiec ich demoralizacji. Jednak z punktu widzenia psychologicznego i socjologicznego prawdopodobnym jest, że trudno zgłębić psychikę danego człowieka, który przebywa w warunkach izolacji i boryka się z konsekwencjami opresji, aby móc ocenić jaki będzie miał wpływ na pozostałych współosadzonych. Właśnie z tego względu już na obecnym etapie opracowania należy wskazać na ważną w tym zakresie rolę m.in. psychologów (ze szczególnym naciskiem na wykrywanie

⁵⁷ Por. J. Śliwowski, *Tendencje abolistyczne i skrajnie krytyczne w penitencjarystyce*, [w:] B. Hołyst (red.) *Problemy współczesnej penitencjarystyki w Polsce*, Tom I, Warszawa 1984, s. 17.

⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności, Dz.U. 2016, poz. 2231.

wszelkich zaburzeń, ale także budowanie świadomości społecznej u osadzonych), którzy dbając o prawidłowy stan zdrowia psychicznego więźniów po pierwsze spełniają normy w zakresie ochrony zdrowia *sensu largo*, przestrzegając przy tym zasady humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej, ale również przyczyniają się do zmiany postaw osadzonych. Z kolei jako kolejne z czynników można podać zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, ale także pracę – jako działania penitencjarne zmierzające do zredukowania negatywnych konsekwencji opresji wynikającej z izolacji ze szczególnym akcentem na stan psychiczny osadzonych.

Tym samym proces readaptacji społecznej więźniów jest możliwy do zrealizowania przy zastosowaniu odpowiednich środków oddziaływania penitencjarnego, a w tym poprzez zapewnienie ochrony zdrowia osadzonym. Jednak, aby było to możliwe, niezbędne jest przestrzeganie zasad wykonywania kary pozbawienia wolności, ale także pozytywny stosunek społeczeństwa do osadzonych w postaci ich podmiotowego traktowania i umożliwienia funkcjonowania w społeczeństwie otwartym, np. w postaci zatrudniania osadzonych, czy osób, które już odbyły karę izolacyjną. Konieczne jest bowiem postrzeganie osób pozbawionych wolności podmiotowo również w kontekście prewencji generalnej – każdy człowiek powinien pamiętać, że w konsekwencji popełnienia przestępstw także może zostać odizolowany i borykać się z opresją. Zagadnienie to nabiera także szczególnego znaczenia w kontekście powrotu osadzonych do życia w społeczeństwie otwartym po odbyciu kary, ponieważ mogą oni identyfikować się z pozostałymi ludźmi i ich normami lub demoralizować otoczenie i powodować kolejne szkody zarówno materialne jak i osobowe, np. w postaci szerzenia chorób zakaźnych. Wynika to także ze specyfiki kary pozbawienia wolności, która jest wymierzana najczęściej za przestępstwa nie mające zasięgu oddziaływania na skalę całego społeczeństwa, a które to bezpośrednio dotyczą pojedyncze jednostki – szczególnie w zakresie wyrządzonej szkody materialnej. Można jednak wskazać, że czyny zabronione negatywnie wpływają na ogół społeczności z uwagi na wprowadzanie strachu bądź zgorszenia, ale także w przypadku ich bezkarności zwiększają skalę przestępczości. W związku z powyższym niezbędne jest w dalszej kolejności omówienie zasad i celów wykonywania kary pozbawienia wolności, a także udziału społeczeństwa w tym procesie, gdyż wszystkie te zagadnienia są ze sobą kompatybilne i zależne od siebie oraz warunkują readaptację społeczną osadzonych.

3.1. Zasady wykonywania kary pozbawienia wolności

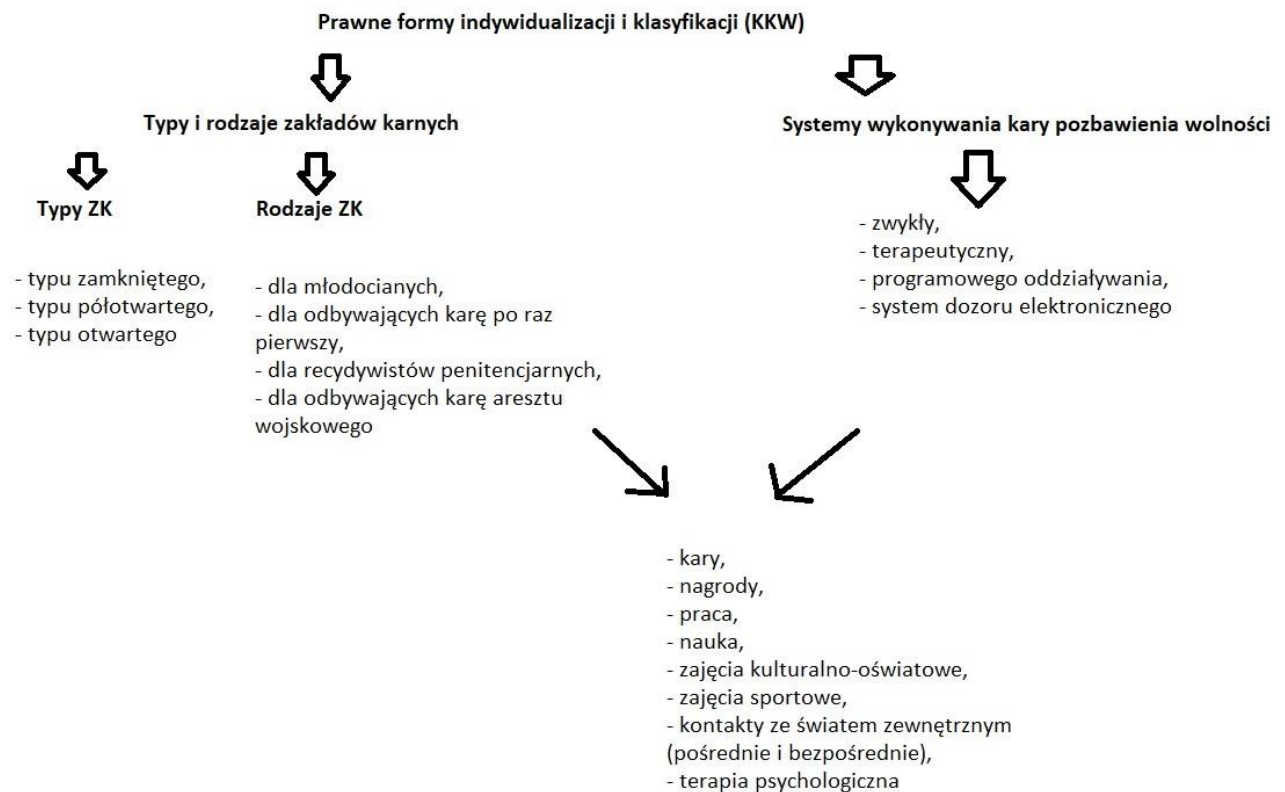
Można ośmielić się na stwierdzenie, iż proces wykonywania kary jest zasadniczym elementem polityki karania, gdyż to od sposobu przeprowadzania tego etapu w głównej mierze zależy możliwość readaptacji społecznej – w naszym przypadku osób pozbawionych wolności – a w dalszej kolejności ich wpływu na ogół społeczeństwa. Właśnie z tych względów konieczne stało się wypracowania zasad, które muszą być realizowane w toku wykonywania kary pozbawienia wolności, aby proces ten był z jednej strony efektywny, ale także by móc zniwelować pejoratywne skutki izolacji przy uwzględnieniu ochrony godności ludzkiej i przestrzeganiu zasady humanitaryzmu. Osiągnięcie takiego stanu będzie jednak możliwe wówczas, gdy dostrzeżone zostaną wzajemne zależności pomiędzy poszczególnymi oddziaływaniami penitencjarnymi, gdyż to kompleksowe zapewnienie odpowiednich warunków odbywania kary może umożliwić osiągnięcie jej celów, jak np. omówiona już relacja ochrony zdrowia i pracy, a także zajęć sportowych i kulturalno-oświatowych.

Z uwagi na wzajemne relacje prawa karnego materialnego, postępowania karnego i prawa karnego wykonawczego wskazać należy na omówione już na wcześniejszym etapie opracowania zasady wymierzania kary pozbawienia wolności, gdyż dyrektywy te bezpośrednio dotyczą także standardów wykonania kar izolacyjnych. W związku z powyższym należy aktualnie odnieść się bezpośrednio do zasad, które w szczególny sposób dotyczą wykonywania kary pozbawienia wolności, a które to normy można wywodzić z analizy przepisów i zespołów norm prawnych zmierzających do osiągnięcia określonego celu. W konsekwencji jako główne zasady wykonywania kary pozbawienia wolności można wskazać:

- a. indywidualizację wykonania kary,
- b. wolnej progresji,
- c. ochrony społeczeństwa i bezpieczeństwa skazanych,
- d. udziału społeczeństwa w procesie readaptacji.

Jako pierwsza wymieniona została zasada indywidualizacji wykonania kary z uwagi na to, iż bezsprzecznie wiąże się z indywidualnym wymierzaniem kary omówionym na wcześniejszym etapie opracowania oraz wpływa także na pozostałe wyznaczniki prawa penitencjarnego. Jest ona dodatkowo o tyle istotna, iż warunkuje podejmowanie określonych oddziaływań penitencjarnych względem konkretnego osadzonego. Tym samym warte

wskazania stają się nakreślenie prawnych form indywidualizacji i klasyfikacji skazanych przedstawionych na poniższym wykresie.



Wyk. nr 1: Prawne formy indywidualizacji i klasyfikacji; *opracowanie własne na podstawie KKW*

W związku z powyższym należy wskazać, że na etapie wykonywania kary zasada indywidualizacji oznacza podejmowanie takich działań, które są dostosowane do indywidualnych właściwości i możliwości osoby skazanej (selekcja negatywna i pozytywna), a więc, m.in. stopnia demoralizacji, społecznego nieprzystosowania, cech osobowości, podatności na oddziaływanie, ale także sytuacji rodzinnej. Relacje międzyludzkie i wizja rodziny może bowiem motywować osobę pozbawioną wolności do zmiany swojej postawy, ale także wzbudzić w niej negatywne emocje, np. buntownicze. Wówczas w zależności od rodzinnych relacji podejmowane środki oddziaływania penitencjarnego muszą albo utrzymać więź rodzinną skazanego, albo wzbudzić w nim motywację do wykazania najbliższemu swojej zmiany celem „ratowania” związku. W takich sytuacjach bardzo ważne może okazać się zaangażowanie osadzonego w pracę lub naukę, które to działania będą kreowały w nim nadzieję na „lepsze życie”, a co z kolei wpłynie na dobrą kondycję psychiczną osoby izolowanej. Niezmiernie ważną rolę odgrywa w toku takich działań również współpraca z psychologiem,

który dostosowując programy terapeutyczne do indywidualnej sytuacji osadzonego umożliwia mu zmianę swojej postawy. W związku z tym szczególną uwagę należy zwrócić na badania osobopoznawcze zmierzające do klasyfikacji skazanych, która w pierwszej kolejności rzutuje na dalszy rodzaj działań penitencjarnych stosowanych wobec osadzonego – art. 82 k.k.w.⁵⁹. Kolejną ważną instytucją jest również system badań diagnostycznych przewidziany w art. 83 k.k.w. przeprowadzanych pod kątem psychologicznym i psychiatrycznym. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r.⁶⁰ jednostki te tworzą oddzielne struktury zakładów penitencjarnych i są powołane celem zweryfikowania stanu zdrowia psychicznego i psychiatrycznego osadzonych, ale także do zarówno wstępnego określenia stopnia demoralizacji skazanego, jak i dalszych zmian postawy oraz oceny podatności na oddziaływania i ewentualnej konieczności zastosowania innych działań penitencjarnych.

Przejawy zasady indywidualizacji wykonania kary można odnaleźć m.in. w art. 67 §2 k.k.w. oraz w art. 69-71 k.k.w., w których wyartykułowane są także względy terapeutyczne jako jeden z elementów determinujących sposób wykonania kary, ale także osiągnięcia jej celów, a w tym readaptacji społecznej osadzonych. Jest to tak ważne zagadnienie z uwagi na konieczność poszanowania godności ludzkiej i przestrzegania zasady humanitaryzmu, a co za tym idzie zapewnienia ochrony zdrowia osobom pozbawionym wolności, które to stanowi prawo podmiotowe każdej jednostki. Realizowanie szeroko pojętego prawa do zdrowia osadzonych jest bowiem jednym z głównych czynników efektywności prawa penitencjarnego i może być postrzegane w dwóch płaszczyznach. Po pierwsze ochrona zdrowia stanowi realizację podstawowych praw człowieka, zapobiega poczuciu wykluczenia ze społeczeństwa otwartego i nie stanowi podstawy do buntowniczej postawy skazanych. Istotne jest, iż zdrowie może być w tym względzie chronione poprzez stosowanie innych oddziaływań penitencjarnych zmierzających do – podnoszonego już – dobrego stanu psychicznego, co będzie wynikało z motywacji osadzonego, zagospodarowania jego czasu, rozwoju osobistego, ale również fizycznego – w zależności od rodzaju podejmowanej współpracy i możliwości.

Z drugiej strony szczególnie w warunkach izolacji nacisk powinien zostać położony na pomoc psychologiczną, a zwłaszcza w kontekście zapobiegania chorobom i demoralizacji.

⁵⁹ Szerzej na ten temat: L. Tyszkiewicz, *Badania osobopoznawcze w prawie karnym. Wprowadzenie w problematykę prawną i kryminologiczną*, Warszawa 1975, s. 8-26.

⁶⁰ 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.

Zdrowie psychiczne człowieka ma bowiem odzwierciedlenie na całe jego życie – w tym również na rozwój chorób fizycznych i możliwość integracji społecznej. Właśnie dlatego tak ważna w toku wykonywania kary pozbawienia wolności jest pomoc psychologiczna od samego początku izolacji. Pozbawienie wolności, a w konsekwencji oderwanie od życia codziennego, zerwanie stałych kontaktów z bliskimi, brak pełnej możliwości decydowania o sobie, stanowi największą dolegliwość i wpływa destrukcyjnie na skazanych. Wówczas istnieje zagrożenie agresji, buntu, ale także autodestrukcji, która może prowadzić do samookaleczenia, zapadania na choroby psychosomatyczne, a także podejmowania prób samobójczych – readaptacja społeczna osadzonych jest w takich przypadkach procesem zdecydowanie utrudnionym. Należy w związku z tym postawić pytanie: jak temu zapobiec? Rozważania zmierzające do uzyskania odpowiedzi na to pytanie będą podejmowane w toku całego opracowania, jednak już wstępnie można wskazać, że podstawą jest zastosowanie indywidualnie dobranych do danej osoby działań od samego początku izolacji, a szczególnie także w odniesieniu do prewencyjnych programów psychologicznych oraz rozpowszechniania pracy i zajęć kulturalno-oświatowo-sportowych.

Kolejną zasadą wykonywania kary pozbawienia wolności, która w dużej mierze wiąże się z indywidualnym sposobem jej wykonania jest zasada wolnej progresji. W swojej klasycznej postaci polega ona na zbieraniu przez osadzonych punktów od ilości których zależą warunki odbywania przez nich kary i możliwość łączenia się ze społeczeństwem otwartym. Aktualnie jednak ta forma progresji nie jest stosowana. Główną ideę w postaci możliwości wpływania przez osoby pozbawione wolności na swój los w toku izolacji można odnaleźć w art. 70 k.k.w., 89 k.k.w. oraz art. 100 k.k.w, które przewidują różne typy zakładów karnych oraz szansę na awansowanie lub degradację w zależności od zachowania, ale także w art. 77 k.k. i następnych, w których przewidziano możliwość zastosowania warunkowego zwolnienia z odbywania reszty kary. W takich przypadkach po raz kolejny należy podnieść jak ważną rolę w toku działań penitencjarnych pełni zdrowie psychiczne osadzonych, ich postawa względem przestępstwa i społeczeństwa otwartego, a co za tym idzie jak kluczowa jest pomoc psychologiczna i stosowanie odpowiednich oddziaływań penitencjarnych.

Bardzo ważną zasadą wykonywania kary pozbawienia wolności jest również ochrona społeczeństwa, ale także bezpieczeństwa skazanych w jednostkach penitencjarnych. Odzwierciedlenie tych zasady można odnaleźć m.in. w art. 139, 140, 82 §2, 88 §3 k.k.w., ale

także w art. 2 ust. 2 pkt. 5 i 6 ustawy o służbie więziennej⁶¹. Ochrona społeczeństwa jest rozumiana przez pozostałe osoby przede wszystkim jako bezpośrednia izolacja przestępcy od społeczeństwa otwartego i tym samym zminimalizowanie zagrożenia popełnienia kolejnego przestępstwa. Również z badań wynika, iż zasada ta w niniejszej postaci jest powszechnie uważana za najważniejszą wśród społeczeństwa⁶². Należy jednak to zagadnienie rozważyć również w jego szerszym znaczeniu, a więc także w kontekście readaptacji społecznej osadzonych, która to następnie przejawia się w ochronie ogółu społeczności przed zagrożeniem naruszenia porządku prawnego. Bowiem jedynie w przypadku dobrowolnej zmiany swojej postawy osadzonych, negatywnego nastawienia względem przestępstwa, wykreowania poczucia więzi ze społeczeństwem i nadziei na lepszy los, społeczeństwo może być bezpieczne. Sama izolacja nie ma bowiem sensu, gdyż osadzony wychodząc na wolność wraca wówczas do poprzedniego trybu życia i ponownie popełnia przestępstwa zagrażając tym samym różnego rodzaju dobrom indywidualnym i ogólnym. Dopiero w przypadku indywidualnie dostosowanych działań penitencjarnych z uwzględnieniem postawy osadzonego, realnie możliwa staje się jego readaptacja społeczna, a tym samym ochrona społeczeństwa. Z uwagi na dobro ogółu ważna jest także ochrona bezpieczeństwa skazanych, także realizowana w toku działań penitencjarnych (m.in. poprzez pomoc psychologiczną i szeroko pojęte świadczenia medyczne, zajęcia sportowe i oświatowe), aby osadzeni nie czuli się wykluczeni, nie byli agresywni i aby warunki panujące w jednostkach penitencjarnych były jak najbardziej zbliżone do tych na wolności celem umożliwienia skazanym powrotu do życia w społeczeństwie otwartym.

Jednak, aby powyższe zasady mogły być realizowane oraz aby umożliwiły readaptację społeczną osób pozbawionych wolności niezbędne jest zapewnienie i w dużej mierze uaktywnienie społeczeństwa szczególnie w toku wykonywania kary izolacyjnej (z uwagi na jej dolegliwości i możliwość negatywnych konsekwencji) w zakresie readaptacji społecznej osadzonych. Bez udziału społeczeństwa otwartego w toku wykonywania kary pozbawienia wolności osadzeni nie będą mieli bowiem m.in. możliwości do identyfikowania się z pozostałymi członkami społeczeństwa, a poczucie ich wykluczenia będzie barierą nie do pokonania, która może prowadzić do depresji lub innych zaburzeń psychicznych i chorób

⁶¹ Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, Dz. U. 2010 Nr 79 poz. 523 z późn. zm.

⁶² A. Szymanowska, T. Szymanowski, *Opinia społeczna w Polsce o niektórych zachowaniach patologicznych, kontrowersyjnych, przestępstwach i środkach kontroli prawno-karnej*, Warszawa 1996, s. 108 i 113; T. Szymanowski, *Cele, zasady funkcje oraz istota kary pozbawienia wolności* [w:] T. Szymanowski J. Migdał, *Prawo karne...*, s. 267.

psychosomatycznych. Sposób realizacji tej zasady został zawarty przede wszystkim w rozdziale VII kodeksu karnego wykonawczego, ale także w wielu innych przepisach. W toku wykonywania kary mogą działać, a także czuwać nad jej przebiegiem przedstawiciele fundacji, stowarzyszeń, kościoły, osoby godne zaufania oraz określone organizacje i instytucje poprzez prowadzenie działalności społecznej, kulturalnej, oświatowej, religijnej, sportowej i resocjalizacyjnej. Udział społeczeństwa w wykonywaniu kary pozbawienia wolności jest jednak tak obszernym i istotnym z uwagi na możliwości podejmowanych działań zagadnieniem, że zostanie podjęty szerzej w następnym fragmencie pracy. W chwili obecnej odwołać należy się jednak do art. 41 k.k.w., w którym podniesiono, iż jednym z głównych czynników umożliwiających readaptację społeczną osadzonych jest zapewnienie im pomocy medycznej. Można domniemywać, iż ustawodawca dostrzegł tym samym, że człowiek jest w stanie skupić się na swoim rozwoju i pracować nad zmianą postaw w przypadku, gdy ma zapewnione ku temu warunki, m.in. w postaci dostępu do wizyt lekarskich, niezbędnych leków, sprzętu medycznego, ale także zajęć sportowych, oświatowych i pracy, które oprócz bezpośredniego wpływu na zdrowie fizyczne mają wpływ na dobrą kondycję psychiczną osadzonych.

Z uwagi na rozwój szeroko pojętego prawa karnego, a szczególnie nauk penitencjarnych, ale także zmiany społeczne, ekonomiczne i kulturowe można wskazać, iż aktualnie powstają dodatkowe zasady wykonywania kar, które mają szczególne znaczenie w odniesieniu do kary pozbawienia wolności. Wskazuje się bowiem na⁶³:

- a. zasadę podmiotowego traktowania skazanych, a w następstwie swego rodzaju partnerskich relacji pomiędzy skazanymi, a pracownikami penitencjarnymi,
- b. zasadę zachowania kontaktów osadzonych ze światem zewnętrznym, ale również kontaktów między jednostkami penitencjarnymi – koncepcji tej należy przypisać szczególne znaczenie w odniesieniu do ochrony zdrowia psychicznego osadzonych, co ma w następstwie przełożenie na realizację celu wykonywania kary pozbawienia wolności, .

Istotne jest, iż wskazane wyżej zasady nie mają w chwili obecnej wiążącego charakteru, który jest ograniczony chociażby z uwagi na treść kary pozbawienia wolności. Można jednak wnioskować, iż w dużej mierze wytyczne te są swego rodzaju dopełnieniem opisanych

⁶³ *ibidem*, s. 268.

wcześniej fundamentalnych zasad wykonywania kar oraz wynikiem rozwoju nauk penitencjarnych i społeczno-ekonomicznych. Podmiotowe traktowanie skazanych jest bowiem następstwem poszanowania godności ludzkiej i zasady humanitarnego traktowania. Wówczas możliwe jest także stworzenie partnerskich relacji pomiędzy pracownikami struktur penitencjarnych, a osobami pozbawionymi wolności. Odnosząc się do tematu rozprawy można stwierdzić, że zbudowanie takich relacji w warunkach izolacji z jednej strony będzie możliwe w przypadku, m.in. zapewnienia ochrony zdrowia osadzonym *stricte* w znaczeniu medycznym, ale również w ramach profilaktycznych (w sensie zdrowotnym) działań, jak rozwój kulturowy i sportowy, czy poprzez pracę z uwagi, np. na wypełnienie wolnego czasu osadzonych oraz ich rozwój, co niweluje powstawanie zaburzeń psychicznych. Wówczas, gdy osoby pozbawione wolności będą w stanie podejmować wspólne działania może to doprowadzić, iż będą one również chciały współpracować w zakresie zmian swoich postaw w sytuacji, gdy zaufają pracownikom penitencjarnym.

Wypracowanie wzajemnych stosunków z osadzonymi jest bowiem niezwykle ważne z uwagi na dolegliwość kary izolacyjnej oraz potrzebę realizacji głównego celu kary pozbawienia wolności w postaci readaptacji społecznej skazanych. Jak zostało wskazane, tylko wówczas możliwa jest społecznie pożądana zmiana postaw osadzonych, którzy doświadczają zrozumienia, wsparcia, nie odczuwają wykluczenia oraz mają warunki jak najbardziej dostosowane do panujących na wolności, aby po odbyciu kary móc nie tylko wrócić do społeczeństwa otwartego, ale również identyfikować się z nim i szanować panujące szeroko pojęte zasady. Do osiągnięcia takich rezultatów niezbędne staje się jednak umożliwienie zachowania kontaktów osób pozbawionych wolności ze światem zewnętrznym, aby utrzymać relacje rodzinne, więzi ze znajomymi, ale także, aby osadzeni mogli być na bieżąco z różnego rodzaju wydarzeniami i rozwojem społeczno-technologicznym. W konsekwencji już po odbyciu kary pozbawienia wolności osoby takie nie odczuwają znajdowania się w „innym świecie”, a co za tym idzie łatwiej odnaleźć im się w panującej rzeczywistości, co często z uwagi na wieloletnie izolowanie może być bardzo trudne. Konieczne jest, aby wskazane powyżej oddziaływania miały także odzwierciedlenie w czynnościach z zakresu ochrony zdrowia osadzonych. Tylko mając możliwość uzyskania potrzebnych świadczeń medycznych, jak również pomocy psychologicznej, tak samo jak pozostali członkowie ogółu społeczeństwa, osadzeni nie czują się wykluczeni, dyskryminowani oraz mogą poświęcić się w pełni pracy w toku pozostałych oddziaływań penitencjarnych. W tym aspekcie warto ponownie podkreślić wzajemną zależność poszczególnych oddziaływań penitencjarnych, jak np. ochrony zdrowia

i pracy. Osadzony, który pracuje czuje się bowiem potrzebny, rozwija się, ma kontakt z innymi osobami, ma zwiększoną aktywność fizyczną, a co za tym idzie jego stan zdrowia może być dużo lepszy niż innego osadzonego, a szczególnie w płaszczyźnie psychicznej. Z kolei jeśli osoba pozbawiona wolności czuje się zdrowa i bezpieczna chce podejmować współpracę w zakresie różnych oddziaływań penitencjarnych. Człowiek bowiem jest w stanie podejmować w swoim życiu różne działania zmierzające do rozwoju, jednak w przypadku problemów zdrowotnych inne zagadnienia tracą na wartości. To samo dotyczy osób pozbawionych wolności, które mając zagwarantowaną realizację ich podstawowych praw mogą współpracować w zakresie zmiany swoich prospołecznych postaw.

Istotne jest jednak, że w postępowaniu wykonawczym muszą zostać zrealizowane ogólne cele i funkcje kary, które były także indywidualnie zamierzone przez sąd na etapie wyrokowania. Oczywiście jest, że mogą one zostać zrealizowane za pomocą różnych kar. Jednak w toku wykonywania kary pozbawianie wolności, aby móc doprowadzić do readaptacji społecznej konieczne staje się także np. zapobieganie demoralizacji ze strony innych więźniów, zapewnienie bezpieczeństwa, ale także rozmieszczenie w odpowiednich jednostkach penitencjarnych, np. w systemie terapeutycznym. Aczkolwiek przebywanie osadzonych w danej celi lub systemie określonego zakładu może ulegać zmianie w konsekwencji podejmowanych przez skazanych działań, gdyż jeśli przemawiają za tym zachowanie osadzonego i pozytywna postawa może on zostać przeniesiony do innego typu zakładu lub korzystać z większej liczby uprawnień.

Wszystkie podejmowane działania przez pracowników jednostek penitencjarnych muszą jednak zmierzać do umożliwienia osobom pozbawionym wolności ich readaptacji społecznej. Kluczowe jest jednak podejście do „zmiany” osadzonego, gdyż w wyniku szeroko pojętych przemian społecznych, kulturowych i prawnych stanowi ono jego uprawnienie, a nie przymus. Osoba izolowana może skorzystać z oferowanej mu pomocy, ale nie musi tego robić. Właśnie z tego względu tak ważne jest podejmowanie działań penitencjarnych dostosowanych indywidualnie, ale w oparciu o relację z szerszą częścią społeczeństwa, aby wzbudzić w osadzonym chęć współpracy i zmiany swojej postawy na społecznie pożądaną, która będzie odznaczała się umiejętnością powrotu do życia na wolności, ale wraz z poszanowaniem prawa i norm powszechnie panujących. Z punktu widzenia niniejszej rozprawy w chwili obecnej sygnalizacyjnie warto wskazać – szerzej tematyka ta poruszania będzie w dalszej części opracowania – na ową dobrowolność współpracy osadzonych w toku podejmowanych

oddziaływań penitencjarnych, która to autonomiczność odnosi się również do czynności medycznych. Ustawodawca uregulował jednak w art. 118 § 2 k.k.w. szczególne sytuacje, w których wobec osadzonego można wykonać zabieg leczniczy, a także chirurgiczny nawet w przypadku sprzeciwu chorego, co wiąże się niewątpliwie z ciężącym na instytucjach państwowym obowiązku ochrony zdrowia osadzonych, ale również zmierzania do osiągnięcia celów wykonywania kary pozbawienia wolności, które zostaną następnie poddane pod rozwagę.

3.2. Cele wykonywania kary pozbawienia wolności

Cele wykonywania kary pozbawienia wolności są jednym z najistotniejszych zagadnień prawa penitencjarnego i polityki karania będącej częścią polityki kryminalnej, ponieważ wpływają na zakres i sposób podejmowanych oddziaływań na osadzonych. Już z dotychczasowych rozważań, a szczególnie w zakresie teorii kary, wnioskować można, iż jej cele ulegały modyfikacji na przestrzeni lat pod wpływem obowiązującej w danym czasie filozofii karania oraz postrzegania praw człowieka. Z punktu widzenia niniejszego opracowania główna uwaga zostanie jednak skupiona na aktualnych celach jakim ma sprostać proces wykonywania kary pozbawienia wolności oraz wiążących się z tym perspektyw. Już na wstępie wskazać jednak należy, że ich realizacja jest możliwa przy zagwarantowaniu przez władze państwowe, administrację penitencjarną, ale także przedstawicieli społeczeństwa odpowiednich ku temu warunków, np. poprzez ograniczenie przeludnienia jednostek (m.in. poprzez zagwarantowanie europejskiego minimum powierzchni w celi na jednego osadzonego w wymiarze 4 m²), bądź dofinansowanie programów oddziaływania penitencjarnego i zakup koniecznych osadzonemu zasobów, m.in. książek, ubrań, określonej żywności, leków, sprzętu rehabilitacyjnego. Tym samym zgodzić należy się ze stanowiskiem J. Śliwowskiego⁶⁴, iż prawo karne wykonawcze stanowi „czystą empirię”, a co za tym idzie przepisy dotyczące tej materii należy traktować jako wyznacznik działań, które muszą ostatecznie być weryfikowane i dostosowywane do indywidualnych czynników osadzonych⁶⁵. Założenia te są istotne już na obecnym etapie, gdyż w toku dalszych rozważań niezbędne staje się zakreślenie nie tylko

⁶⁴ J. Śliwowski, *Kodeks karny wykonawczy. Wykonywanie kary pozbawienia wolności*, Warszawa 1970, s. 41.

⁶⁵ Por. G. Wiciński, *Postępowania incydentalne...*, s. 59.

samych celów wykonywania kary pozbawienia wolności, ale także podjęcie prób określenia sposobu ich osiągnięcia.

Jako sztandarowy przepis stanowiący o celach wykonywania kary pozbawienia wolności na gruncie polskiego ustawodawstwa należy wskazać art. 67 k.k.w. zgodnie, z którym głównym założeniem do osiągnięcia jest – najogólniej w chwili obecnej wskazując – readaptacja i reintegracja społeczna osób izolowanych, które to procesy ciążyą na instytucjach państwowych wykonujących karę⁶⁶. Konieczne jednak należy zaznaczyć ewolucję do podejścia zmian postaw społecznych osadzonych, co wyraźnie wyartykułowano w uzasadnieniu projektu kodeksu karnego wykonawczego z 1997 r., w którym stwierdzono, że „Ujęcie zadań wykonywania kary w projekcie różni się wyraźnie od dawnego tym zwłaszcza, że oddziaływanie resocjalizacyjne stosowane wobec skazanego ma stać się jego uprawnieniem lub ofertą ze strony organu wykonującego, z której nie musi on skorzystać (...) Odrzucenie przymusu resocjalizacji w czasie odbywania kary wychodzi więc z koncepcji poszanowania praw człowieka do decydowania o sobie oraz z realistycznego uznania faktu, że efektywne jest takie zwłaszcza działanie na dorosłego człowieka, które on sam akceptuje i jako jego podmiot – nawiąże współdziałanie z wychowawcami, nauczycielami, terapeutami itd.”⁶⁷. Tym samym jako główne założenie wykonywania kary pozbawienia wolności należy wskazać prewencję szczególną, co jednocześnie odwołuje się do tradycyjnej koncepcji europejskiej penologii, która sięga teorii J. Benthama⁶⁸. W konsekwencji na gruncie art. 67 k.k.w. wykonywanie kary izolacyjnej ma doprowadzić do osiągnięcia celu owej kary w płaszczyźnie jej oddziaływania indywidualnego⁶⁹, w którym to przepisie wyrażono *expressis verbis* składowe do urzeczywistnienia readaptacji i reintegracji społecznej osób pozbawionych wolności, a więc:

- a. proces rozbudzenia w skazanym chęci do współpracy w toku kształtowania jego postaw społecznie pożądanych,
- b. wywołanie poczucia odpowiedzialności,
- c. wzbudzenie akceptacji konieczności przestrzegania porządku prawnego (poprawa jurydyczna).

⁶⁶ S. Leleńtal, *Cel wykonywania kary pozbawienia wolności oraz warunki i środki jego realizacji w świetle art. 67 KKW* [w:] V. Konarska-Wrzošek, J. Lachowski, J. Wójcikiewicz (red.) *Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi*, Warszawa 2010, s. 868.

⁶⁷ Uzasadnienie rządowego projektu kodeksu karnego wykonawczego [w:] *Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami*, Warszawa 1998, s. 25 i n. oraz 545.

⁶⁸ *Ibidem*, s. 545.

⁶⁹ S. Leleńtal, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wyd. II, Warszawa 2001, s. 225.

Tym samym ustawodawca wprowadzając wskazaną konstrukcję art. 67 k.k.w. odwołał się do zasady podmiotowego traktowania osadzonych i ich partnerskich relacji z administracją państwową w odniesieniu do przestrzegania ich praw i wolności. Oznacza to, iż w toku wykonywania kary pozbawienia wolności osadzony oczywiście podlega określonym ograniczeniom, jednak nie mogą one ingerować w jego godność i być niezgodne z zasadą humanitaryzmu. W związku z tym realizacja programów w toku oddziaływania penitencjarnego jest wynikiem wzajemnej współpracy skazanych i szeroko pojętego personelu danych jednostek, którego celem jest wzbudzenie u osadzonych woli współdziałania.

W związku z powyższym treść przepisu art. 67 k.k.w. należy rozpatrywać w powiązaniu z innymi przepisami, a w szczególności z art. 4 k.k.w., który to wręcz nakazuje, aby wykonywanie kary odbywało się w sposób humanitarny oraz z poszanowaniem godności ludzkiej i praw skazanego jako człowieka i obywatela z jednoczesnym zakazem tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania. Należy jednak zadać pytanie, co w przypadku, gdy osoba pozbawiona wolności nie może w pełni realizować swojego prawa do ochrony zdrowia w warunkach izolacji, gdyż jest np. chora na cukrzycę i nie ma zapewnionej dostatecznej liczby dawek insuliny lub zaczyna czuć przygnębienie i wykluczenie, ale musi oczekiwać na spotkanie z psychologiem zbyt długo? Czy wówczas dochodzi do naruszeń ze strony instytucji państwowych, a jeśli tak to dlaczego, jak można to zmienić i jak to wnika na proces readaptacji społecznej osadzonych? Pytania te w chwili obecnej pozostaną otwarte z uwagi na konieczność dokonania szerokich rozważań zarówno na gruncie normatywnym, jak i aksjologicznym. Sformułowanie ich stanowi jednak punkt wyjścia umożliwiający wypracowanie wniosków w zakresie sposobu realizacji celów kary pozbawienia wolności oraz uzależnienia ich osiągnięcia m.in. od ochrony szeroko pojętego zdrowia osadzonych.

Na obecnym etapie rozważań wyjaśnić należy co oznacza termin readaptacji społecznej, a szczególnie w kontekście osób pozbawionych wolności. Wynika to bowiem po pierwsze z potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa społeczeństwu i osadzonemu, ale także najczęściej z faktu, że osoby pozbawione wolności przed odizolowaniem ich nie potrafiły prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie, a ich trudna sytuacja życiowa wiązała się np. z brakiem wykształcenia, niedostatecznymi zarobkami, różnego rodzaju uzależnieniem. Termin readaptacji można na podstawie różnych źródeł zdefiniować jako proces przystosowania człowieka, najczęściej po pewnym okresie wyłączenia go z ogółu, do aktywnego

i samodzielnego życia w społeczeństwie zgodnie z obowiązującymi przepisami i normami moralnymi⁷⁰.

Tym samym zapewnienie pomocy osadzonym i w następstwie umożliwienie im powrotu do życia w społeczeństwie otwartym zgodnie z obowiązującymi normami i przepisami jest tak kluczowe, gdyż stanowi punkt wyjścia do zapewnienia bezpieczeństwa zarówno w kontekście prewencji indywidualnej, jak i generalnej⁷¹. Wiąże się to z problemem starcia dwóch rzeczywistości z jakimi ma do czynienia osadzony po odbyciu kary, a więc warunków panujących w jednostce penitencjarnej, do których zdążył się już zaadaptować oraz zmienionych realiów świata zewnętrznego, które osoba izolowana знаła wcześniej, a które to uległy przekształceniu. Przeżycie przez osadzonego lub osobę, która już odbyła karę izolacyjną *sui generis* szoku związanego ze zmianą rzeczywistości i potencjalnym nieprzystosowaniem się do niej może stanowić tym samym barierę do zmiany swoich postaw, a także wpływać na stan emocjonalny i psychiczny danej osoby. W związku z tym jako konieczne należy uznać oferowanie pomocy osobom izolowanym już na etapie odbywania kary pozbawienia wolności, aby po opuszczeniu zakładu nie czuły lęku, wykluczenia, braku wsparcia ze strony rodziny, np. w postaci umożliwienia podjęcia pracy, czy zajęć kulturalno-oświatowych, co niewątpliwie wpłynie pozytywnie na zdrowie psychiczne osadzonych.

W związku z readaptacją społeczną osadzonych należy jednak zauważyć, iż istnieje bardzo ważny problem, z którym musi się zmierzyć zarówno administracja penitencjarna, jak i społeczeństwo. Chodzi mianowicie o podejmowanie takich działań, które zmotywują osadzonego do pracy w toku oddziaływania penitencjarnego, ponieważ uzna on chociażby, że zmiana postawy i akceptacja powszechnie panujących norm mu się opłaca i wówczas będzie aktywnie korzystał z oferowanej mu pomocy. Programy te muszą być jednocześnie dostosowane do indywidualnych możliwości i potrzeb osób izolowanych z uwzględnieniem takich elementów jak poziom wykształcenia i intelektualny, stopień rozwoju, samokrytycyzm, poczucie winy, odporność na stres, poziom samooceny i stopień ulegania wpływom. Owe indywidualne działania powinny bowiem skuteczniej wywrzeć wpływ na daną jednostkę do podjęcia współpracy i zmiany swojej postawy, gdyż pokazując jej możliwość osiągnięcia celów, czy realizacji marzeń w oparciu o tryb życia zgodny ze społecznie oczekiwanym

⁷⁰ B. Dunaj (red.), *Słownik współczesnego języka polskiego*, Warszawa 1996, s. 228; W. Ambrozik, *Readaptacja społeczna i reorganizacja środowisk lokalnych jako warunek skuteczności oddziaływań resocjalizacyjnych*, [w:] B. Urban, J.M. Stanik (red.) *Resocjalizacja: teoria i praktyka pedagogiczna*, Warszawa 2007, s. 190.

⁷¹ Por. A. Kieszowska, *Problemy readaptacyjne osób opuszczających placówki resocjalizacyjne*, *Probacja* 2009, nr 2, s. 99.

wzbudzona jest nadzieja na lepszą przyszłość. Proces readaptacji społecznej powinien bowiem dążyć nie tylko do namacalnej zmiany zachowania osadzonego, dzięki czemu nie będzie on popełniał przestępstw, ale także do wzbudzenia poczucia identyfikowania się go ze społeczeństwem otwartym, wypracowania umiejętności samokontroli, akceptacji norm społecznych i moralnych, a w następstwie prawidłowego wypełniania ról społecznych.

Wskazać także należy, że kwestie związane z bezpośrednim przystosowaniem osoby pozbawionej wolności do opuszczenia jednostki penitencjarnej regulują art. 164 i 165 k.k.w. zakreślając termin 6 miesięcy przed zwolnieniem na podejmowanie określonych działań. Niezbędne jest jednak dostrzeżenie konieczności udzielania stosownej pomocy osadzonym od samego początku odbywania kary, gdyż mają one wpływ na efektywność systemu penitencjarnego. Jednym z takich działań, które zachęca, ale przede wszystkim umożliwią prawidłowe funkcjonowanie osób pozbawionych wolności w toku readaptacji społecznej jest także zapewnienie ochrony ich zdrowia zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym, co powinno być szczególnie uwzględnione jako czynnik działań profilaktycznych. Wynika to bowiem z natury człowieka, sposobu jego funkcjonowania i oddziaływania stanu zdrowia na pozostałe aspekty życia. Osoba chora najczęściej nie skupia się na swoim rozwoju, nie ma motywacji do działania, czuje się źle i jest w opozycji. Tak samo reaguje osadzony, który ma problemy ze zdrowiem zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej, ponieważ wówczas m.in. buntuje się przeciwko personelowi, nie chce współpracować w toku przeprowadzanych programów, doprowadza do samookaleczeń, prób samobójczych, a wsparcie najczęściej odnajduje wśród współosadzonych, czego efektem może być demoralizacja. Wówczas szczególnego znaczenia nabiera pomoc psychologów i podejmowane działania terapeutyczne (co szerzej zostanie omówione na dalszym etapie rozważań), ale także inne działania penitencjarne, które upodabniają warunki panujące w jednostkach penitencjarnych do istniejących w społeczeństwie otwartym i minimalizują występowanie problemów zdrowotnych.

Podkreślić jednak należy, że wszelkie oddziaływania penitencjarne zmierzające *stricto* do readaptacji społecznej osadzonych stanowią swego rodzaju ofertę współpracy, z której osoba izolowana może, ale nie musi skorzystać. Kluczowe staje się zatem wzbudzanie u osadzonych woli to współpracy, która to polega na wykreowaniu umiejętności do świadomego, dobrowolnego i zamierzonego podejmowania bądź powstrzymywania się od różnych

czynności⁷². W odniesieniu do osób pozbawionych wolności oznacza to swobodne wyrażenie chęci udziału w programach oddziaływania penitencjarnego celem świadomej zmiany swojej postawy. Istotne jest jednak, że mimo wskazanej powyżej fakultatywności w zakresie uczestnictwa osadzonych w określonych programach readaptacyjnych, instytucje państwowe są zobligowane do podejmowania czynności, które mają chronić osoby pozbawione wolności z tytułu poszanowania ich godności i przestrzegania zasady humanitaryzmu, co trafnie odzwierciedla cytat: „Program minimum współczesnej penitencjarystyki zakłada, że człowiek nie powinien wyjść z zakładu karnego gorszy pod względem psychofizyczny, moralnym i kompetencji społecznych, zawodowych, niż do niego trafił”⁷³.

W kontekście readaptacji społecznej jako głównego celu wykonywania kary pozbawienia wolności należy odwołać się już w chwili obecnej chociaż pokrótce do wytycznych zawartych w Europejskich Regułach Więziennych z 1987 r.⁷⁴ i 2006 r.⁷⁵, które z uwagi na systematykę pracy omówione zostaną dokładniej w dalszej części opracowania. Jednak już na obecnym etapie konieczne staje się wskazanie zmiany podejścia do celu i sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności, co jest uwidocznione na przykładzie Europejskich Reguł Więziennych stanowiących również aktualnie bardzo ważne wytyczne w zakresie polityki penitencjarnej. Zgodnie bowiem z podstawowymi zasadami ERW z 1987 r., najogólniej ujmując, głównym celem podejmowanych wobec osadzonych indywidualnie dobranych działań było zachowanie ich zdrowia oraz zmiana postawy na społecznie pożądaną, które to programy miały być wprowadzane jak najszybciej od momentu rozpoczęcia izolacji, a które to finalnie miały zapobiegać powrotowi do przestępstwa. Tym samym kładziono nacisk na efekt działań, w których osoby pozbawione wolności musiały uczestniczyć. Odmienną koncepcję zawarto z kolei w znowelizowanych ERW z 2006 r., w których wyartykułowano proces reintegracji społecznej osadzonych, z którego mogą świadomie i dobrowolnie skorzystać. Jednocześnie dostrzeżono wagę nie tylko zachowania zdrowia, ale także leczenia – również w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Wnioskować zatem można, że ochrona zdrowia została ujęta w sposób szerszy jako jedno z podstawowych praw osób pozbawionych

⁷² W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1992, s. 231.

⁷³ J. Utrat-Milecki, *Doktrynalne i normatywne źródła kryzysu więziennictwa* [w:] J. Utrat-Milecki (red.) *Reformy prawa karnego. W stronę spójności i skuteczności*, Warszawa 2013, s. 62.

⁷⁴ European Prison Rules. Recommendation No. R (87)3 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 12 February 1987. Tekst rekomendacji w języku angielskim dostępny na stronie: www.coe.int.

⁷⁵ European Prison Rules. Recommendation Rec (2006)2 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 11 January 2006. Tekst rekomendacji w języku angielskim dostępny na stronie: www.coe.int.

wolności z zaakcentowaniem udzielania pomocy psychologiczno-psychiatrycznej, która może stanowić klucz do realizacji celu wykonywania kary pozbawienia wolności.

Podniesione wytyczne zawarte w ERW w zakresie pojmowania celów kary izolacyjnej znalazły także odzwierciedlenie w polityce penitencjarnej innych krajów europejskich. Przykładem mogą być Niemcy, w których proces readaptacji społecznej osadzonych ma przejawiać się w przeciwdziałaniu ujemnym skutkom izolacji oraz pomocy w integracji ze społeczeństwem już po odbyciu kary. Kolejnym państwem, w którym doszło do zmodyfikowania postrzegania celów kary pozbawienia wolności jest Szwajcaria, w której polityka penitencjarna od typowego modelu wychowawczego ewoluowała w kierunku rozwoju u osadzonego społecznych umiejętności, które mają także skutkować brakiem popełniania przestępstw – eksponując tym samym cel indywidualno-prewencyjny wykonywania kary pozbawienia wolności⁷⁶.

4. Polski system penitencjarny

Podjęcie rozważań w przedmiocie polskiego systemu penitencjarnego staje się niezbędne nie tylko z uwagi na tematykę niniejszej rozprawy, ale także ze względu na ich charakter praktyczny, gdyż zmierzają one do zapoznania się z więzienną rzeczywistością. W konsekwencji istnieje wówczas możliwość zoptymalizowania warunków zmierzających do osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności i związanych z tym także zadań penitencjarnych, m.in. w zakresie ochrony zdrowia osadzonych.

Na początku jednak należy odnieść się do znaczenia „systemu penitencjarnego”. Z uwagi na ograniczone ramy opracowania pominięte zostaną rozważania dotyczące znaczenia samego terminu „system”, gdyż w toku podjętej analizy najistotniejsze jest kompleksowe ujęcie prezentowanego pojęcia zmierzające do wskazania ewolucji poglądów w zakresie celu wymierzania i wykonywania kar, a szczególnie kary pozbawienia wolności oraz co za tym idzie sposobów jej wykonywania i podejmowanych w tym toku działań. Jak podaje S. Ziemiński system penitencjarny w jego najogólniejszym znaczeniu oznacza całokształt instytucji, środków i zasad funkcjonowania i stosowania, które są określone

⁷⁶ B. Stańdo-Kawecka, *Cele wykonywania kary pozbawienia wolności w krajach europejskich*, CZPKiNP 2007, z. 1, s. 302-307.

prawem i mają służyć do realizacji celu wykonywania kary pozbawienia wolności⁷⁷. Niezbędne staje się jednocześnie wskazanie elementów, z których system penitencjarny się składa, a także ich wzajemnych relacji i współzależności. Tym samym jako części składowe systemu penitencjarnego można wskazać⁷⁸:

- zbiór norm prawnych i obowiązujących zasad,
- idee i cele wykonywania kary pozbawienia wolności,
- środki karne implikujące pozbawienie wolności,
- różne rodzaje zakładów karnych,
- klasyfikacja skazanych,
- organizacja jednostek penitencjarnych i istniejące w nich oddziały,
- wyposażenie jednostek penitencjarnych,
- warunki bytowe i sanitarne zakładów karnych,
- obowiązki i prawa osób pozbawionych wolności,
- personel jednostek penitencjarnych,
- nadzór penitencjarny,
- postępowania incydentalne,
- opieka postpenitencjarna.

Przed podjęciem rozważań dotyczących bezpośrednio systemu penitencjarnego w Polsce należy jednak odwołać się chociażby pokrótce do jego historii na arenie międzynarodowej. Znaczenie i formy systemu penitencjarnego zmieniały się bowiem na przestrzeni lat z uwagi na różnego rodzaju czynniki, jak np. ekonomiczne, polityczne, ale także filozoficzne i społeczne. Ewolucja poszczególnych rodzajów systemów miała także związek z postrzeganiem celu wykonywania kary pozbawienia wolności, a następnie sposobów jej wykonywania i stosowanych środków oddziaływania penitencjarnego zmierzających do jego osiągnięcia. Tym samym najogólniej wyróżnić można system celkowy i progresywny. Ich pierwotne koncepcje nie obowiązywały jednak długo, a ulegały modyfikacjom – najczęściej

⁷⁷ S. Ziemiński, *Klasyfikacja skazanych*, Warszawa 1973, s. 9.

⁷⁸ Por. *Ibidem*, J. Śliwowski, *Prawo i polityka penitencjarna*, Warszawa 1982, s. 83, 99-100; M. Kuć, M. Gałązka, *Prawo karne wykonawcze*, Warszawa 2009, s. 113.; T. Bulenda, *System penitencjarny i postpenitencjarny. Wybrane zagadnienia* [w:] P. Szczepaniak (red.), *Polski system penitencjarny, Ujęcie integralno-kulturowe*, Warszawa 2013, s. 54.

w zależności od miejsca ich ówczesnego stosowania, co wynikało z dostosowania ich do aktualnie panujących wyżej wymienionych czynników.

Wskazać jednak należy, że w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych na przełomie XVIII i XIX wieku doszło do przekształceń w sferze filozofii karania oraz pojmowania i traktowania osób pozbawionych wolności. Poszczególne systemy penitencjarne można sklasyfikować tym samym w poniższym zestawieniu⁷⁹:

- system celkowy – jego genezy można dopatrywać się w działalności protestanckiej grupy kwaków na terenie Stanów Zjednoczonych pod koniec XVIII w. (inne określenie systemu to pensylwański, filadelfijski). Jego cechą charakterystyczną było całkowite odosobnienie, które miało zmierzać do odstraszenia i poprawy, ale też miało stanowić swego rodzaju pokutę z uwagi na wpływ religii – miało to także odzwierciedlenie w postaci obowiązkowego czytania Biblii oraz nakazie milczenia. Biorąc pod uwagę warunki ówczesnego odbywania kary pozbawienia wolności oraz nauki psychospołeczne należy wnioskować, iż taki system nie był jednak efektywny. Można pokusić się wręcz o stwierdzenie, że system ten „produkował” chorych psychicznie osadzonych, co wynikało ze sposobu wykonywania kary izolacyjnej. Osoby pozbawione wolności były bowiem całkowicie izolowane przez co odczuwały opresję jeszcze silniej, ponieważ nie mogli rozmawiać, tracili kontakt ze światem zewnętrznym i rodziną, ale przede wszystkim nie widzieli sensu odbywania kary w taki sposób i nie mieli nadziei na polepszenie swojej sytuacji. Wynikało to również z braku zorganizowania ich czasu, co sprowadzało się do przebywania przez osadzonych bez przerwy w celi nic nie robiąc, a czego konsekwencjami były zaburzenia i choroby psychiczne. Jednocześnie z uwagi na zupełną izolację i prawie całkowitą bezczynność osoby już po odbyciu kary nie potrafiły zapewne odnaleźć się wśród społeczeństwa, co doprowadzało do ponownego popełniania przestępstw. Jednak jako niewątpliwą zaletę systemu celkowego należy wskazać, iż jego głównym postulatem było odejście od kary śmierci, co mimo ogółu opresji jaka spotykała osadzonych było dużą ewolucją w zakresie polityki karania;
- system celkowy auburnski (nazywany także systemem milczenia) – jego nazwa wywodzi się od miejscowości położenia więzienia w Auburn w stanie Nowy Jork w USA. W następstwie negatywnych konsekwencji całkowitego odizolowania

⁷⁹ J. Pomankiewicz, *op. cit.*, s. 200-202; J. Śliwowski, *op. cit.*, s. 83-99; J. Migdał, *op. cit.*, s. 182-188.

przeprowadzono eksperyment w zakresie różnych sposobów odosobnienia. Wówczas okazało się, że najbardziej efektywna jest izolacja jedynie w postaci samotnego przebywania w nocy, a w ciągu dnia wykonywania przez osadzonych wspólnie określonych prac. Jednak w dalszej mierze podstawowym przejawem odwetowego i represyjnego charakteru wykonywania kary pozbawienia wolności był obowiązek milczenia, który miał położyć nacisk już nie na odosobnienie fizyczne, ale przede wszystkim izolację w sensie psychicznym. Tym samym niewątpliwym progresem w owym systemie była aktywizacja osadzonych poprzez pracę, co pozwalało następnie osobom pozbawionym wolności po odbyciu kary odnaleźć się w społeczeństwie otwartym oraz w ogóle przetrwać izolację w lepszej kondycji psychofizycznej z szansą na zmianę swojej postawy. Mimo to nakaz milczenia niewątpliwie należy uznać za szczególną opresję pod względem psychicznym, z którą to wielu osadzonych nadal mogło sobie nie radzić;

- system progresywny – można stwierdzić, że powstał on w odpowiedzi na ujemne skutki systemu celkowego i wyróżnia się do w dwóch odmianach, a mianowicie angielskiej i irlandzkiej. Najogólniej go ujmując należy wskazać, iż polegał na podzieleniu okresu wykonywania kary pozbawienia wolności na różne etapy, które to z kolei miały odznaczać się łagodniejszymi warunkami odbywania kary – stopniowe zmniejszenie dolegliwości było jednak uzależnione od współpracy osadzonego i jego poprawy. System progresywny irlandzki różni się od swego pierwowzoru wyodrębnieniem dodatkowej fazy odbywania kary pobawienia wolności stanowiącej jej ostatnie stadium, a mianowicie dodano tzw. zakład zakończenia kary, który stanowił swego rodzaju stadium przejściowe, w którym to osadzeni korzystali z serii przywilejów mających zmierzać do umożliwienia przestępcom powrotu do życia w społeczeństwie otwartym. Tym samym system progresywny wykształtował celowość kary w postaci możliwości poprawy sytuacji osadzonych i zmiany ich postawy w ten sposób, że mieli oni motywację do podejmowania różnych działań, co z kolei dawało im nadzieję na lepsze możliwości – w konsekwencji opresja była zmniejszona, a osadzeni mieli lepszą kondycję psychiczną;
- system regresywny – zarówno ten jak i następne rodzaje systemów powstały w oparciu o system progresywny. Jego cechą charakterystyczną było odwrócone założenie w odniesieniu do wyżej wymienionego i polegało na rozpoczęciu przez osadzonego odbywania kary pozbawienia wolności w najłagodniejszych warunkach,

a z kolei w przypadku złego, niepożądanego zachowania skazanego dochodziło do jego przeniesienia do surowszych warunków;

- system reformatorów amerykańskich – powstał w oparciu o jednostkę penitencjarną funkcjonującą w Stanach Zjednoczonych przeznaczoną dla ludzi do 30 roku życia, jednak jego geneza sięga pierwszego amerykańskiego kongresu penitencjarnego z 1870 r. i opracowanej wówczas Deklaracji Praw Człowieka i Więźnia⁸⁰. Istotne jest, iż wypracowano wówczas określone postulaty i tezy zmierzające do umożliwienia osadzonym ich readaptacji społecznej przy jednoczesnym zachowaniu zdrowia fizycznego, ale przede wszystkim psychicznego. Wiązało się to z założeniem, iż podstawą prawidłowego funkcjonowania osadzonych jest wzbudzenie w nich nadziei na możliwość poprawy, gdyż wtedy będą chcieli współpracować w tym zakresie i doprowadzi to z kolei do ich moralnego uszlachetnienia i wykształtowania w nich prospołecznych postaw obywatelskich⁸¹. Zakłady funkcjonujące w tym systemie miały na celu przede wszystkim wychowywanie i kształcenie (a szczególnie zawodowe), co wzbudzało w osadzonych również chęć działania, ale także poczucie swojej wartości i możliwości. Jednak, aby w pełni móc osiągnąć zrealizowanie określonych celów jako swego rodzaju zabezpieczenie wprowadzono w tym systemie wyroki nieoznaczone (podana była jedynie minimalna długość), co oznaczało, iż długość odbywania kary pozbawienia wolności zależała od administracji więziennej, która to oceniała stopień poprawy danego osadzonego – można jednak wnioskować, iż było to czynnikiem do odejścia od tego systemu, gdyż osadzeni nie znając maksymalnego wymiaru kary mogli w następnej kolejności tracić sens podejmowanych działań i nadzieję, że kiedyś przyniosą one rezultat, przez co pogarszał się ich stan psychiczny;
- system wolnej progresji – jest ostatnim rodzajem z systemów penitencjarnych, który można określić jako najbardziej elastyczny, który to z kolei nie został ściśle zdefiniowany i określony, a rozwinął się bardziej pod kątem praktycznym wykonywania kary pozbawienia wolności. Jego najważniejszym celem jest „wychowanie” osadzonych, ale przy jednoczesnym zindywidualizowaniu warunków odbycia przedmiotowej kary, które to ulegały zmianie stosownie do realizacji określonych rezultatów oddziaływania. Wnioskować można, że system ten pozytywnie mógł wpływać na stan zdrowia osadzonych, a szczególnie ich kondycję psychiczną,

⁸⁰ T. Kalisz, *Zatrudnianie skazanych odbywających karę pozbawienia wolności*, Wrocław 2004, s. 43.

⁸¹ Por. T. Kalisz, *op. cit.*, s. 42 i nast.; L. Rabinowicz, *Podstawy nauki o więziennictwie*, Warszawa 1933, s. 69 i nast.

gdyż w jego toku mieli nadzieję na zmianę swoich postaw i perspektyw życiowych, co nie doprowadzało ich do depresji, czy apatii.

Odnosząc się do wyżej wymienionych systemów wskazać należy, że sposoby wykonywania kary pozbawienia wolności jak i rodzaje oddziaływania ulegały zmianom na przestrzeni lat. Wiązało się to z ewolucją podejścia do praw człowieka, rozwojem gospodarczym, ekonomicznym i społecznym w danych państwach. To z kolei niewątpliwie wpłynęło na zmianę postrzegania celu kary, sposobów jego osiągnięcia oraz podmiotowego traktowania osadzonych. Z tego względu mimo niezwykle opresji wobec osadzonych jaką wywoływał już sam system celkowy można traktować jako mały krok na przód. Zaczęto bowiem odchodzić od orzekania i wykonywania kary śmierci, a jako cel zupełnej izolacji można podać ochronę przed wzajemną demoralizacją osadzonych. Jako niezwykle istotne chociażby z uwagi na temat niniejszej rozprawy należy wskazać, że warunki izolacji i stosowane sposoby oddziaływania na skazanych w systemie celkowym wpływały destrukcyjnie zarówno na zdrowie fizyczne osadzonych, ale także psychiczne. Pozbawienie wolności nie wiązało się bowiem jedynie ze sferą fizyczną, ale także psychiczną i zupełnym odizolowaniem przejawiającym się braku w możliwości komunikowania z kimkolwiek. W konsekwencji osadzeni stawali się apatyczni, mieli problemy ze zdrowiem fizycznym i psychicznym, co również wpływało na liczbę samobójstw. Taki obraz wykonywania kary pozbawienia wolności niewątpliwie wskazuje jednak jak destrukcyjnie na człowieka wpływa izolacja, a w konsekwencji jak ważna jest realizacja podstawowych praw człowieka w przypadku osadzonych i zastosowanie indywidualnego oddziaływania stosownie do potrzeb i możliwości danej jednostki. Właśnie z tych względów już swego rodzaju postępem było uaktywnienie osadzonych w toku wykonywanych prac, co nie przyczyniało się w tak znacznym stopniu do ich intelektualnej i psychicznej destrukcji. Jednak jako zdecydowany progres należy uznać idee szerzone przez systemy progresywne, jak progresja penitencjarna, więzienia przejściowe, a także warunkowe przedterminowe zwolnienie i zmierzanie w kierunku zmian postaw osadzonych poprzez stosowanie dobranych indywidualnie oddziaływań penitencjarnych, które to miały wpływ na pozytywne nastawienie osób izolowanych, ich motywację do współpracy, a co za tym idzie przyczyniały się do poprawy przede wszystkim ich zdrowia psychicznego, ale także fizycznego zapobiegając rozwojowi chorób psychosomatycznych.

W następstwie powyższych ustaleń możliwe staje się podjęcie rozważań co do polskiego systemu penitencjarnego. Na gruncie naszego kraju system ten także przeszedł

bowiem szereg modyfikacji. Wynikało to zarówno z aspektów historycznych związanych bezpośrednio z naszym państwem. Jednak wpływ na kształtowanie się systemu penitencyjnego w Polsce miał także rozwój myśli m.in. socjologicznej, psychologicznej, ekonomicznej oraz ewolucja postrzegania praw człowieka na gruncie międzynarodowym. Wiązało się to z kolei z przemianami w zakresie rozumowania teorii kary i celu jej wykonania, a w konsekwencji także ewolucją podejścia do podejmowanych oddziaływań penitencyjnych.

W polskim ustawodawstwie penitencyjnym już od długiego okresu czasu można jednak dostrzec określanie celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Jednak z uwagi na ograniczone ramy opracowania, temat niniejszej rozprawy oraz obszerną historię polskiej myśli penitencyjnej, w dalszym etapie rozważań zostaną poruszone zagadnienia związane z ewolucją systemu penitencyjnego w Polsce od czasu Kodeksu karnego wykonawczego z 1969 r.⁸², aż do chwili obecnej. Wynika to z faktu, iż wskazany okres przemian najbardziej rzutuje na aktualną sytuację w jednostkach penitencyjnych w Polsce oraz umożliwia podjęcie prób weryfikacji obowiązującego systemu i wysunięcie wniosków *de lege ferenda*.

Na początku wskazać należy, że zgodnie z art. 37 § 1 kodeksu karnego wykonawczego z 1969 r. celem wykonywania przedmiotowej kary było bowiem bezpośrednio kształtowanie postaw osadzonych, które są społecznie pożądane. Szczególny nacisk był jednak wówczas położony na wdrażanie osób pozbawionych wolności do pracy społecznie użytecznej, ale także celem wykreowania w osadzonych postawy zmierzającej ku przestrzeganiu porządku prawnego, co w konsekwencji miało się przyczynić do zapobiegania powrotowi do przestępstw osób odizolowanych po powrocie do życia w społeczeństwie otwartym. Niewątpliwie jako zaletę ówczesnej koncepcji należy uznać angażowanie osadzonych do pracy, dzięki czemu nie odczuwali oni tak silnie opresji, co przyczyniało się do ich lepszej kondycji psychicznej. Odmienną koncepcję celu wykonania kary pozbawienia wolności zawarto jednak w art. 37 § 1 kodeksu karnego wykonawczego z 1997 r., gdyż w prawdzie głównym założeniem jest zmiana postaw osadzonych, ale już nie w kontekście nakazu. Postrzegana jest bowiem jako uprawnienie realizowane w postaci wzbudzania w osobach pozbawionych wolności woli współdziałania zmierzającą do zmiany ich postaw i prawidłowego wykonywania ról społecznych. W takim ujęciu celu wykonania kary mamy do czynienia z podmiotowym pojmowaniem osadzonych, a nie przedmiotowym – jak miało to miejsce na gruncie poprzedniej regulacji prawnej. Jednocześnie dzięki takiemu podejściu osadzony nie odczuwa swego rodzaju

⁸² Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 13, poz. 98, ze zm.).

nacisku i powinien być świadomy, iż jego dalszy los zależy od jego działania, co z kolei daje mu *sui generis* autonomię w zakresie decydowania o swoim losie, a także nadzieję na pozytywne rezultaty efektywnej współpracy. W następstwie osoba izolowana ma motywację i cel podejmowanych działań, co jednocześnie wpływa korzystnie na stan jej zdrowia psychicznego.

W związku z powyższym podkreślić należy, że w aktualnym systemie penitencjarnym w Polsce wyeksponowano w toku pracy z osobami pozbawionymi wolności wzbudzenie poczucia odpowiedzialności. W konsekwencji ma to doprowadzić do wykształcenia się u osadzonych potrzeby przestrzegania porządku prawnego, identyfikacji ze społeczeństwem, a w dalszej kolejności zapobieganiu jego powrotowi do przestępstw poprzez podejmowanie indywidualnie dobranych oddziaływań penitencjarnych, które to mają także wpływ na stan zdrowia osadzonych. Celem realizacji wskazanych założeń, zgodnie z art. 62 kodeksu karnego oraz art. 81 obowiązującego kodeksu karnego wykonawczego karę pozbawienia wolności można wykonywać w jednym z czterech systemów, które to z kolei zostaną pokrótce omówione, tj.:

1. systemie dozoru elektronicznego,
2. programowego oddziaływania,
3. terapeutycznym,
4. zwykłym.

4.1. System dozoru elektronicznego

System dozoru elektronicznego, określane dalej skrótem SDE, to instytucja wprowadzona do polskiego ustawodawstwa ponad dekadę temu. Polega on na kontrolowaniu zachowań osób skazanych przebywających poza zakładem karnym przy zastosowaniu specjalnych urządzeń elektronicznych. Pierwotnie SDE był uregulowany w ustawie o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego⁸³. Ustawa ta jednak przestała obowiązywać z dniem 01 lipca 2015 r. Wiązało się to z przeprowadzeniem gruntownej reformy prawa karnego. W polskim ustawodawstwie

⁸³ Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego, Dz.U. 2007 nr 191 poz. 1366.

system dozoru elektronicznego miał bowiem początkowo zastosowanie jedynie w odniesieniu do kary pozbawienia wolności. Stanowił on alternatywę dla jej wykonywania w zakładzie karnym.

Z kolei w następstwie nowelizacji przeprowadzonej w 2015 r. SDE miał być wykorzystywany jako forma wykonywania kary ograniczenia wolności. Takie rozwiązanie nie przyniosło jednak pozytywnych rezultatów, ponieważ liczba kar orzekanych w systemie dozoru elektronicznego oraz liczba dokonanych instalacji znacząco spadły. Jak wynika ze statystyk liczba instalacji przed reformą kształtowała się na poziomie około 1000 na miesiąc. Jednak po wejściu w życie nowelizacji liczba ta permanentnie spadała, żeby przez kilka miesięcy utrzymywać się na poziomie ok. 450⁸⁴.

W konsekwencji braku efektywności SDE ustawodawca zdecydował się na przywrócenie poprzedniego zastosowania tej instytucji jako nieizolacyjnego sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności. W tym celu z dniem 15 kwietnia 2016 r. weszła w życie ustawa z dnia 11 marca 2016 r. o zmianie ustawy Kodeks karny oraz ustawy Kodeks karny wykonawczy⁸⁵. Z przeprowadzonych statystyk Służby Więziennej wynika, że od czasu jej obowiązywania wzrosła liczba dokonywanych instalacji⁸⁶. Z tego można wnioskować, że decyzja o przywróceniu poprzednich zasad funkcjonowania SDE okazała się korzystna i od samego początku jej wdrożenia przynosi pozytywne rezultaty. Na tym etapie rozważań niezbędne staje się wskazanie, iż nowelizacją obowiązującą od dnia 1 lipca 2015 r. wprowadzono drugą możliwość wykorzystania systemu dozoru elektronicznego w polskim systemie prawnym, która to nadal obowiązuje. Mowa o zmianie rozdziału X kodeksu karnego dotyczącego środków zabezpieczających, które zostaną z kolei omówione w dalszej części pracy. Jednocześnie z uwagi na temat niniejszego opracowania pominięte zostaną szczegółowe zasady orzekania i wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego. Krótco można jedynie zaznaczyć, że SDE może zostać zastosowany w chwili obecnej (gdyż planowane są zmiany w tym zakresie) wobec sprawców skazanych na karę pozbawienia wolności do roku. Wówczas w przypadku spełnienia określonych wymogów

⁸⁴ <http://sw.gov.pl/pl/o-sluzbie-wieziennej/centralny-zarząd-sw/biuro-dozoru-elektronicznego/> [dostęp online: 16 listopada 2017 r.].

⁸⁵ Ustawa z dnia 11 marca 2016 r. o zmianie ustawy Kodeks karny oraz ustawy Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. 2016 poz. 428.

⁸⁶ <http://sw.gov.pl/pl/o-sluzbie-wieziennej/centralny-zarząd-sw/biuro-dozoru-elektronicznego/> [dostęp online: 16 listopada 2017 r.].

technicznych i administracyjnych w miejscu stałego pobytu skazanego zamontowane zostają rejestratory, a na ręce lub nodze montuje się nadajnik.

Niezbędne staje się jednak wskazanie, że system dozoru elektronicznego może stanowić ważną alternatywę w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności w przypadku skazanych, którzy mają problemy zdrowotne wiążące się z koniecznością, np. stałego dojazdu na dializy, które to świadczenia medyczne nie są realizowane w ramach jednostek penitencjarnych. Wówczas transport osadzonego do placówki ochrony zdrowia może generować szereg kosztów i problemów organizacyjnych związanych z organizacją transportu oraz jego bezpośrednim wykonaniem. Tym samym skazany mogący odbywać karę w systemie dozoru elektronicznego ma możliwość uzyskania koniecznych dla jego stanu zdrowia świadczeń medycznych bez generowania dodatkowych kosztów dla Skarbu Państwa. Owa forma wykonywania kary pozbawienia wolności może przyczyniać się jednocześnie do ochrony zdrowia osadzonych z uwagi na to, że jej rozpowszechnienie może ograniczyć ewentualne przeludnienie jednostek penitencjarnych, co zostanie poruszone w dalszej części opracowania. Jako jeden z kluczowych pozytywów stosowania systemu dozoru elektronicznego należy jednak wskazać (oprócz możliwości ochrony zdrowia skazanych w znaczeniu *stricte* medycznym) jego pozytywny wpływ na kondycję psychiczną osób wobec których został orzeczony. Skazani odbywający karę w tym systemie nie tracą bowiem kontaktu z bliskimi, mogą podejmować pracę, uczyć się, czy rozwijać swoje pasje. Oznacza to tym samym, iż nie odczuwają opresji związanej z izolacją w tak znacznym stopniu jak podczas pobytu w jednostce penitencjarnej oraz mają stały kontakt ze społeczeństwem otwartym. W konsekwencji dostając swego rodzaju kredyt zaufania osoby takie mają motywację do zmiany swojego postępowania, przy jednoczesnej ochronie ich kondycji psychofizycznej, co należy uznać za bardzo ważny środek stosowany przez instytucje państwowe do ochrony zdrowia osób wobec których orzeczono karę pozbawienia wolności.

4.2. System programowanego oddziaływania

Jako podstawową formę wykonywania kary pozbawienia wolności wskazuje się system programowanego oddziaływania, który ma realizować jej cel w najszerszym zakresie⁸⁷.

⁸⁷ Z. Hołda, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności* [w:] Z. Hołda, J. Hołda, B. Żórawska, *Prawo karne wykonawcze*, Warszawa 2012, s.157

Przejawia się on w stosowaniu działań zmierzających do wykreowania u osadzonych chęci współpracy, a w konsekwencji dostrzeżenia przez osoby pozbawione wolności potrzeby zmiany swojej postawy i akceptacji systemu wartości ogółu społeczeństwa. Aby osadzeni mogli osiągnąć takową transformację swoich poglądów i przekonań podejmowane są działania rozwijające ich umiejętności społeczne oraz zawodowe dzięki, którym po opuszczeniu jednostki penitencjarnej będą mogli funkcjonować w społeczeństwie otwartym⁸⁸. Należy wnioskować, że system ten pozytywnie oddziałuje na ochronę zdrowia osadzonych zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Podejmowane oddziaływania penitencjarne uaktywniają bowiem osoby pozbawione wolności, dają im możliwość dodatkowego poruszania się, rozwoju, kontaktów z innymi ludźmi, ale również kreują nadzieję na poprawę swojego losu, co daje motywację do działania. W konsekwencji osadzony nie odczuwa tak silnie opresji związanej z izolacją, co ma szczególne przełożenie na jego kondycję psychiczną.

Co do zasady skazani mają wybór odnośnie odbywania kary pozbawienia wolności w omawianym systemie – istnieją jednak wyjątki. Obligatoryjnie są bowiem do niego kierowani młodociani oraz skazani wymagający uczestnictwa w specjalnych programach resocjalizacyjnych z uwagi na brak przystosowania do ogółu społeczeństwa, jak np. osoby uzależnione od alkoholu, bez podstawowego wykształcenia i bezrobotni. Jednak zachowanie możliwości wyboru przez skazanych odbywania kary pozbawienia wolności w systemie programowanego oddziaływania należy uznać jako poszanowanie godności ludzkiej, podmiotowe traktowanie osadzonych, ale przede wszystkim dostrzeżenie wartości dobrowolnie podejmowanych przez skazanych działań i w następstwie efektywności współpracy w zakresie ich readaptacji społecznej. Ma to niewątpliwie również wpływ na stan psychiczny osadzonych, gdyż mają szansę zmiany swoich postaw i zaadaptowanie się po odbyciu kary w społeczeństwie otwartym. Dostrzec jednak należy możliwość instrumentalnego traktowania tego systemu przez skazanych, którzy chcą w jego toku korzystać z mniejszego rygoru odbywania kary pozbawienia wolności, większych ulg, a także m.in. możliwości pracy, dodatkowych widzeń, czy przepustek. W konsekwencji realizacja celu readaptacyjnego z punktu widzenia osadzonych nie jest kluczowym motywem zdecydowania się na odbywanie kary pozbawienia wolności w systemie programowanego oddziaływania. Mimo to zaletą jest wskazany pozytywny wpływ na kondycję psychofizyczną osadzonych, ponieważ w toku podejmowanych oddziaływań niwelowana jest możliwość powstawania zaburzeń psychicznych i chorób

⁸⁸ Szerzej na ten temat: S. Paweła, *Prawo karne wykonawcze*, Warszawa 2007, s. 184.

psychosomatycznych. Z tego względu realizacja celu kary pozbawienia wolności w kontekście długoterminowym jest możliwa jedynie w konsekwencji dostrzeżenia przez osadzonych potrzeby zmiany swoich postaw, a następnie akceptacji norm moralnych obowiązujących w społeczeństwie, z którym skazany się identyfikuje. To właśnie system programowanego oddziaływania stwarza największe szanse na zmianę sposobu życia osadzonych⁸⁹, jednak wymaga ze strony pracowników jednostek penitencjarnych działań, które będą motywowały osadzonych do współpracy i pokazywały możliwości życia w społeczeństwie otwartym zgodnie z obowiązującymi powszechnie zasadami, a także które to działania będą zmniejszały odczuwalną opresję wynikającą z izolacji i zapewniały warunki do rozwoju przybliżone jak poza jednostką penitencjarną.

Jednak, aby takowa transformacja mogła zostać urzeczywistniona nie jest wystarczające jedynie przeprowadzanie dla osób pozbawionych wolności programów z zakresu edukacji, czy pracy. Niezbędne staje się bowiem zagwarantowanie osadzonym takich warunków izolacji, które będą jak najbardziej zbliżone do panujących w realiach wolnościowych. Właśnie dlatego konieczne jest także zapewnienie osobom pozbawionym wolności ochrony ich zdrowia. Jest to kluczowy element systemu penitencjarnego, gdyż stanowi przejaw poszanowania godności ludzkiej i przestrzegania zasady humanitaryzmu. Jednocześnie zagwarantowanie ochrony zdrowia osadzonym po pierwsze nie przyczynia się do ich wykluczenia społecznego – zarówno w bezpośrednim odczuciu skazanych, jak również w odbiorze społeczeństwa – a po drugie nie wpływa negatywnie na postawę osadzonych względem podejmowania współpracy z funkcjonariuszami jednostek penitencjarnych celem ich readaptacji społecznej. Osoba, która ma problemy ze zdrowiem nie jest bowiem w stanie prawidłowo funkcjonować oraz wypełniać swoich ról społecznych. Jednocześnie jest nastawiona negatywnie do otoczenia i osób, które mogą jej pomóc, gdyż odczuwa odrzucenie, brak zrozumienia, a także brak pomocy i wsparcia w potrzebie. Tylko przy zachowaniu uprawnień wynikających z bycia istotą ludzką osadzeni mogą dostrzec potrzebę zmiany swoich postaw i podejmować zmierzającą ku temu współpracę.

Jednocześnie podnieść należy, iż ochrona zdrowia ma szczególne znaczenie w toku odbywania kary pozbawienia wolności z uwagi na wykrywanie potencjalnych zaburzeń psychicznych u osób pozbawionych wolności. Izolacja ma bowiem szereg negatywnych konsekwencji, takich jak zmieniona sytuacja rodzinna, zachowanie współosadzonych, czy brak możliwości realizacji planów życiowych, z którymi wiele osób, mimo początkowo dobrego

⁸⁹ Por. Z. Hołda, *op. cit.*, [w:] Z. Hołda, J. Hołda, B. Żórawska, *op. cit.*, a. 157

stanu zdrowia, nie jest w stanie sobie poradzić – szczególnie z uwagi na opresję wynikająca z izolacji. Właśnie z tego względu istotną rolę w toku readaptacji społecznej osadzonych spełnia psycholog więzienny, a także takie indywidualne dostosowanie oddziaływań penitencjarnych, które umożliwi danemu osadzonemu na odczuwanie nadziei na funkcjonowanie w społeczeństwie otwartym zgodnie z obowiązującymi normami. Wieloletni pobyt w jednostce penitencjarnej może bowiem skutkować swego rodzaju przyzwyczajaniem się osadzonego do panujących warunków, rozpadem rodzin, a także utratą umiejętności zawodowych. Pomoc psychologa jest wówczas niezbędna do zachowania lub wykształcenia u skazanego identyfikowania się ze społeczeństwem otwartym, umiejętności odnalezienia się w „nowej” rzeczywistości, ale również zrozumienia swojego położenia i akceptacji ogólnie panujących norm. Zapewnienie dobrej kondycji psychicznej wiąże się również ze wskazanym już umożliwieniem, np. pracy, a także nauki, które to powinny być dostosowane do indywidualnych możliwości i potrzeb danego osadzonego, jak również umożliwieniem utrzymania relacji rodzinnych⁹⁰.

Podnieść także warto rolę psychologów na wczesnym etapie wykrywania potencjalnych zaburzeń u osób pozbawionych wolności. To bowiem specjaliści tej dziedziny są w stanie poznać cechy osadzonych, ich pasje, pragnienia, ale również problemy, których nie mają możliwości dostrzec inni pracownicy jednostek penitencjarnych. Wówczas, w przypadku pojawiania się pierwszych symptomów zaburzeń psychicznych, psycholog jest w stanie stosownie zareagować celem uniknięcia rozwoju potencjalnej choroby przy jednoczesnym dalszym prawidłowym odbywaniu kary pozbawienia wolności i umożliwieniu readaptacji społecznej skazanego, np. poprzez dostosowanie indywidualnie innych oddziaływań penitencjarnych. Szerzej zagadnienia te zostaną jednak omówione w dalszej części pracy.

4.3. System terapeutyczny

W związku z powyższym koniecznie wskazać należy, że ochrona zdrowia ma również niebagatelne znaczenie w systemie terapeutycznym. Skazany może bowiem trafić do niego na samym początku wykonywania kary pozbawienia wolności, ale także w konsekwencji wyżej

⁹⁰ Por. A. Mańka, *Kara pozbawienia lub ograniczenia wolności jako czynnik modyfikujący system rodzinny skazanego* [w:] D. Lizoń-Szłapowska (red.), *Kryzys w resocjalizacji a wybrane aspekty pracy penitencjarnej*, Częstochowa 2012, s. 51.

wskazanych zaburzeń osobowościowych, które wymagają specjalistycznego leczenia. System ten nabiera szczególnego znaczenia z uwagi na to, iż stan zdrowia – w tym momencie z naciskiem na zdrowie psychiczne – wpływa na efektywność stosowanych względem skazanego oddziaływań penitencjarnych. Istnieją jednak przypadki, w których owe oddziaływania muszą być indywidualnie dostosowane do stanu psychicznego danego osadzonego, aby możliwe stało podjęcie jakiegokolwiek współpracy i ociążenie celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Tym samym najogólniej można stwierdzić, że w systemie tym karę odbywają osadzeni:

- upośledzeni umysłowo,
- uzależnieni – od alkoholu oraz innych środków odurzających lub psychotropowych,
- z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi – w tym także skazani za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej,
- niepełnosprawni fizycznie.

W konsekwencji powyższego system ten odznacza się szczególnym naciskiem na ochronę zdrowia osób pozbawionych wolności oraz różnorodnością specjalności lekarskich, które mają w nim zastosowanie. Jako główne zadania środków stosowanych w systemie terapeutycznym, które uwzględniają właściwości człowieka, można wskazać⁹¹:

- przywrócenie równowagi psychicznej osadzonego – proces ten ma szczególne znaczenie po trafieniu skazanego do jednostki penitencjarnej i odczuwaniu przez niego wykluczenia oraz braku pozytywnej wizji przyszłości,
- zapobieganie nasileniu się pejoratywnych cech osobowych – środek ten jest istotny z uwagi na wzbudzenie u osadzonych poczucia swojej winy i dostrzeżenia wad, a także możliwości jakie może za sobą nieść zmiana postawy i akceptacja norm społecznych,
- wykształcenie umiejętności życia w społeczeństwie otwartym – działania w tym zakresie są kluczowe z uwagi na zapobieganie powrotowi do przestępstwa przez osadzonych oraz ich identyfikację ze społeczeństwem,
- przygotowanie osób pozbawionych wolności do samodzielnego życia – proces ten przejawia się zarówno w zakresie wyżej wskazanej identyfikacji z pozostałymi ludźmi i normami powszechnie panującymi, ale także m.in. w odniesieniu do posiadanych

⁹¹ Por. T. Szymanowski, *op. cit.*, s. 284.

umiejętności oraz możliwości zarobkowych i mieszkaniowych, a co za tym idzie zmierza do zapewnienia dobrej kondycji psychicznej osadzonego poprzez zapewnienie mu warunków umożliwiających odnalezienie się w społeczeństwie otwartym i dając nadzieję na życie zgodne z powszechnie obowiązującymi normami.

Poddając analizie system terapeutyczny należy odnieść się szerzej jednak do kilku kwestii, które mają duże znaczenie z uwagi na temat niniejszego opracowania. W pierwszej kolejności rozważania te zostaną skupione na sytuacji osób upośledzonych umysłowo, które mimo prowadzonych badań psychiatrycznych i wydawanych opiniach specjalistycznych przebywają w warunkach izolacji. Wynika to zapewne ze stopnia zaawansowania danej choroby, czy upośledzenia umysłowego, który to mógł się zwiększyć dopiero w toku wykonywania kary pozbawienia wolności. Jednocześnie podkreśla się, że niektóre osoby chcą wręcz ukryć swoją niepełnosprawność⁹², aby nie wyróżniać się od innych i nie być z tego powodu wykluczonymi. Mimo to waga problemu posiadanych dysfunkcji intelektualnych w toku odbywania kary pozbawienia wolności jest bardzo duża, gdyż generuje szereg problemów (np. lęk, wycofanie, zaniedbanie higieniczne, trudność porozumiewania się), ale również zagrożeń dla danego osadzonego (np. bycie obiektem drwin, agresji, wyzysku)⁹³, co jest ważne ze względu na ciążący na instytucjach państwowych obowiązek ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Z tych względów, w niektórych przypadkach konieczne może okazać się zweryfikowanie zasadności izolacji danej osoby, w toku której to z uwagi na intensyfikację zaburzeń intelektualnych może stać się niemożliwe osiągnięcie celów wykonywania kary pozbawienia wolności.

Niezbędne staje się następnie odniesienie również do skazanych uzależnionych od środków odurzających. Konieczne jest przy tym wskazanie, że umieszczenie uzależnionej skazanej osoby w systemie terapeutycznym nie stanowi przejawu przymusowej terapii⁹⁴. Można jednak rozpatrywać uczestniczenie w owych programach jako obowiązek skazanego, co wiąże się

⁹² J. Heitzman, *Niepełnosprawni intelektualnie i chorzy psychicznie w jednostkach penitencjarnych* [w:], E. Dawidzук, M. Mazur (red.), *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych. Z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich*, Warszawa 2017, s. 29.

⁹³ Por. T. Rozwadowski, *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych* [w:], E. Dawidzук, M. Mazur, *op. cit.*, s. 211-212.

⁹⁴ A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przesłanka stosowania odpowiedniego leczenia lub rehabilitacji w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności. Uwagi na tle art. 117 k.k.w.* [w:] T. Kalisz (red.), *Prawo karne wykonawcze w systemie nauk kryminologicznych. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Leszka Boguni*, Wrocław 2011, s. 255 .

choćby z art. 116 § 1 pkt. 3 k.k.w. Co za tym idzie wnioskować należy, że owe regulacje przewidziane przez ustawodawcę wprowadzają swego rodzaju ograniczenie w zakresie dobrowolności poddawania się terapii przez osoby uzależnione. Wynika to zapewne ze zmierzania do osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności oraz ochrony zdrowia osoby skazanej również w aspekcie psychologicznym, a więc poprzez zapobieganie rozwijania się patologicznych cech u danej jednostki. Świadczy o tym również możliwość objęcia na podstawie art. 117 k.k.w. odpowiednim leczeniem i rehabilitacją uzależnionego skazanego na podstawie orzeczenia sądu penitencjarnego nawet w przypadku braku zgody osoby izolowanej. Stanowisko takie wynika także z dyspozycji art. 96 k.k.w.⁹⁵. Tym samym przewidziane regulacje zmierzają do ochrony zdrowia jednostki w warunkach izolacji również w przypadku sprzeciwu osadzonego, który z uwagi na swoje uzależnienie nie chce się leczyć lub nie jest w stanie podjąć stosownej decyzji⁹⁶. Należy jednak zastanowić się nad skutecznością przeprowadzanego w takiej formie leczenia. Można bowiem wnioskować, że osoba poddana leczeniu wbrew swojej woli nie będzie chciała współpracować, co w konsekwencji wpłynie zarówno na brak zmiany jej postawy, możliwy rozwój dolegliwości fizycznych, ale także pogorszenie kondycji psychicznej w konsekwencji czego nie będzie realne osiągnięcie readaptacji społecznej.

Kolejną istotną płaszczyzną w toku analiz dotyczących systemu terapeutycznego jest sytuacja skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, których to grupa skazanych winna być objęta specjalistyczną opieką zdrowotną z uwagi na aspekty kryminologiczne⁹⁷. Wiąże się to bowiem z tym, iż różnego rodzaju dysfunkcje natury psychicznej stanowią bardzo często czynnik do popełniania czynów zabronionych⁹⁸. Warto jednak wskazać na swego rodzaju rozbieżność w podnoszonych zagadnieniach, a mianowicie możliwość skierowania skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym bez jego zgody, która to już jest co do zasady wymagana celem podjęcia stosownego leczenia. Zasadniczym pytaniem staje się bowiem efektywność podejmowanych działań względem osadzonego i realność osiągnięcia celu wychowawczo-leczniczego umieszczenia go w systemie terapeutycznym. W sytuacjach, gdy osadzony został w nim

⁹⁵ Por. S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 1998, s. 233, K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 524.

⁹⁶ A. Muszyńska, *Podstawy prawne szczególnie traktowania skazanych uzależnionych od środków odurzających* [w:] A. Kwieciński (red.), *Postępowanie z wybranymi grupami skazanych w polskim systemie penitencjarnym. Aspekty prawne*, Warszawa 2013, s. 118.

⁹⁷ A. Kwieciński, *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi* [w:] A. Kwieciński (red.) *Postępowanie...*, s. 150.

⁹⁸ B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2009, s. 551.

umieszczony wbrew swojej woli i nie wyraża zgody na podjęcie względem niego działań medycznych można stwierdzić, że zastosowanie systemu terapeutycznego było w jego przypadku bezzasadne, gdyż nie będzie skutkowało osiągnięciem zamierzonych celów leczniczo-wychowawczych.

Wskazać należy, że w systemie terapeutycznym bardzo ważne funkcje pełni również psycholog – chociażby w zakresie wyżej wymienionych zadań – jednak istotne role odgrywają także specjaliści pozostałych dziedzin medycznych. Biorąc jednak pod uwagę zadania i cele dotychczasowych wskazanych systemów można odróżnić rolę owych specjalistów. W systemie programowanego oddziaływania szeroko pojęci pracownicy opieki zdrowotnej mają głównie za zadanie działać w zakresie profilaktyki prozdrowotnej, zapewniać ochronę zdrowia w sytuacjach rozwoju poszczególnych dolegliwości, dostarczać leki i niezbędne przedmioty medyczne, a także zapewnić potrzebne świadczenia medyczne – tak jak w przypadku osób żyjących na wolności. Z kolei w systemie terapeutycznym pracownicy ochrony zdrowia mają szersze cele. To od nich zależy bowiem nie tylko realizacja celu wykonania kary pozbawienia wolności, ale także sama możliwość odbycia tej kary.

Skazani, którzy nie chcą uczestniczyć w przygotowanych dla siebie programach, ani nie kwalifikują się do odbycia kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym trafiają do zwykłego systemu wykonywania kary. Mogą do niego trafić także osadzeni, którzy nie przestrzegają wymogów systemu programowego oddziaływania, a także ci, którzy mają krótki wymiar kary pozbawienia wolności. Jednak mimo iż, skazany został zakwalifikowany do omawianego systemu, może zostać w toku odbywania kary przeniesiony do innej jego formy, gdy pojawią się ku temu przesłanki. Może to być, np. chęć udziału w określonych programach, ale także konsekwencja rozwoju choroby. Nie można jednak zapomnieć, iż w systemie zwykłym osadzeni mają możliwość zatrudnienia, czy kontaktów z rodziną – jednak procesy readaptacyjne nie są wówczas tak zintensyfikowane, co prowadzi do zmniejszonych korzyści dla osoby pozbawionej wolności.

Dodatkowo wskazać należy, że kara pozbawienia wolności może być odbywana w systemie dozoru elektronicznego, który został uregulowany w rozdziale VIIa kodeksu karnego wykonawczego i na gruncie jego unormowań jest stosunkowo nowym rozwiązaniem. Ten sposób wykonywania kary pozbawienia wolności oraz jego integralność z tematem niniejszej rozprawy zostanie jednak szczegółowo omówiony w dalszej części pracy, z uwagi na zachowanie systematyki opracowania.

5. Klasyfikacja skazanych i typy jednostek penitencjarnych

Na obecnym etapie rozważań trzeba podnieść, iż systemy wykonywania kary pozbawienia wolności przejawiają się także w różnych rodzajach i typach jednostek penitencjarnych oraz klasyfikacji skazanych, co nierozdzielnie wiąże się z dostosowaniem ochrony zdrowia osadzonych w zależności od warunków ich izolacji oraz osobistych przesłanek. Odpowiedni przydział danego skazanego chociażby do konkretnej celi ma bowiem znaczenie zarówno pod względem realizacji celów wykonywania kary pozbawienia wolności, ale także ochrony zdrowia osadzonego szczególnie w zakresie jego prawidłowej kondycji psychicznej. Wynika to z tego, że skazany, który trafia do jednostki penitencjarnej i musi zmierzyć się z opresją wynikającą z izolacji jest najprawdopodobniej podatny, np. na współosadzonych, którzy mogą zarówno pomóc mu odnaleźć się w danych warunkach i dostrzec możliwości zmiany, ale mogą również wpłynąć na jego demoralizację, czy stanowić źródło agresji i szykan, co z kolei może prowadzić do zaburzeń psychicznych, m.in. w postaci zaburzeń adaptacyjnych, depresji, czy samoagresji.

5.1. Klasyfikacja skazanych

Potrzeba klasyfikacji skazanych wynika z faktu, że do jednostek penitencjarnych trafiają osoby na podstawie różnych tytułów prawnych, a na podstawie przepisów prawa karnego wyróżnia się:

- osoby skazane na karę pozbawienia wolności,
- osoby tymczasowo aresztowane,
- osoby ukarane karą aresztu.

Do populacji więziennej powinno się jednak zaliczać tylko osoby odbywające karę pozbawienia wolności i ukaranych, gdyż osoby tymczasowo aresztowane z uwagi na charakter tej instytucji nie podlegają kryteriom klasyfikacji do czasu wydania prawomocnego wyroku w ich sprawie, a zasady izolacji wynikają z toczącego się postępowania karnego.

Jak zostało wskazane na wcześniejszym etapie pracy klasyfikację skazanych można rozpatrywać jako element składowy systemu penitencjarnego. Oznacza ona bowiem taki podział osadzonych w następstwie, którego będzie można optymalnie stosować metody i środki

oddziaływania penitencjarnego w ramach każdego z systemów⁹⁹. Tym samym wnioskować należy, że klasyfikacja zmierza również do zapewniania prawidłowego stanu psychicznego osadzonych i fizycznego (choćby pod względem zapobiegania agresji) oraz wpływa na efektywność współpracy w toku podejmowanych działań zmierzających do readaptacji społecznej. Kryteria klasyfikacji ujęte w art. 82 § 1 k.k.w. można podzielić na materialne, takie jak płeć, wiek, stopień demoralizacji, poprzednia karalność, szczególne właściwości skazanego, ale również umyślność lub nieumyślność i stan zdrowia (zarówno fizycznego jak i psychicznego) oraz na formalne, a więc rodzaj wymierzonej kary, jej wysokość i charakter przestępstwa¹⁰⁰.

Wskazać należy, że aktualnie na gruncie prawa międzynarodowego zastosowano w niektórych aktach przymus segregacji osadzonych. Przykładem są m.in. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Europejskie Reguły Więzienne. Polska w związku z ratyfikacją owych konwencji oraz własnymi uregulowaniami zawartymi w art. 82 § 1 k.k.w. i 88 § 3 k.k.w. przyjęła cele podziału skazanych określone jako:

- zapewnienie warunków umożliwiających indywidualne oddziaływanie na osadzonych,
- odizolowanie skazanych zdemoralizowanych od reszty osadzonych celem uniknięcia ich szkodliwego wpływu na pozostałych,
- ochrona osobistego bezpieczeństwa skazanych w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności,
- zapewnienie bezpieczeństwa jednostce penitencjarnej, ale również w dalszym zasięgu ochrona społeczeństwa przed osadzonymi, którzy stwarzają poważne zagrożenie.

Z uwagi na ograniczone ramy opracowania oraz tematykę rozprawy pominięte zostaną dalsze szczegółowe rozważania w zakresie klasyfikacji skazanych. Odniesić się jednak należy do kryterium klasyfikacji jakim jest stan zdrowia osób trafiających do jednostek penitencjarnych oraz celów owego podziału osadzonych, które to są we wzajemnej korelacji. Od dokonanej klasyfikacji zależy bowiem w jakim systemie osadzony będzie odbywał karę oraz jakie środki zostaną w stosunku do niego zastosowane. Kryterium stanu zdrowia nie dotyczy jednak wyłącznie ochrony konkretnie osoby trafiającej do zakładu karnego, ale

⁹⁹ S. Ziemiński, *op. cit.*, s. 5.

¹⁰⁰ Por. *Ibidem*, s. 53-102.

również zabezpieczenia zdrowia pozostałych osadzonych, np. w następstwie wykrycia u przyjmowanego skazanego choroby zakaźnej. Zastosowanie klasyfikacji sprzyja tym samym realizacji prawa osób odbywających karę pozbawienia wolności do ochrony zdrowia zarówno jako jednostki, ale także w odniesieniu do ogółu społeczności więziennej.

5.2. Typy jednostek penitencjarnych

W następstwie powyższych rozważań należy odnieść się do podziału jednostek penitencjarnych. Zgodnie z art. 69 k.k.w. wyróżnia się bowiem rodzaje zakładów karnych dla:

- młodocianych,
- odbywających karę po raz pierwszy,
- recydywistów penitencjarnych,
- odbywających karę aresztu wojskowego.

Przedstawiony podział uwzględnia wiek osadzonych, a także dotychczasową liczbę skazań danej osoby. Należy przypomnieć, iż skazani młodociani odbywają obligatoryjnie karę pozbawienia wolności w systemie programowanego oddziaływania. Również zgodnie z wcześniejszymi uwagami, niezależnie od konieczności ochrony szeroko pojętego zdrowia, należy ponownie w tym przypadku podnieść rolę jaką pełni psycholog oraz oddziaływania penitencjarne zmierzające do zniwelowania opresji wynikającej z izolacji, jak np. praca, zajęcia naukowe i kulturalne. Osadzeni młodociani, a więc co do zasady osoby do 21. roku życia, mogą się bowiem odznaczać życiowym zagubieniem oraz niedojrzałością psychiczną i emocjonalną, których efektem jest łamanie prawa. Praca psychologów oraz indywidualnie dobrane programy zmierzające do rozwoju osadzonych mają również kluczowe znaczenie w zakładach karnych dla recydywistów penitencjarnych, gdyż ich readaptacja społeczna jest utrudniona z uwagi na swego rodzaju więzienne doświadczenia i brak umiejętności do życia w społeczeństwie. Z kolei w odniesieniu do osób odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy istotną wagę ma zarówno ochrona zdrowia psychicznego i fizycznego. Skazani pierwszy raz nie powinni bowiem czuć się wykluczeni, gorsi, zaniedbani. Właśnie dlatego konieczne staje się zapewnienie im wszelkich niezbędnych świadczeń medycznych, ale także wsparcia psychologa, który pomoże takim osadzonym odnaleźć równowagę psychiczną i ograniczy rozwój negatywnych cech osobowościowych. Z kolei w dalszym toku odbywania kary siła

oddziaływań zmierzających do zapewnienie dobrej kondycji psychicznej osadzonych mogłaby zostać przesunięta na działania ich aktywizujące.

Z kolei zgodnie z art. 70 §1 k.k.w. można wyróżnić typy zakładów karnych, a więc:

- zamkniętego,
- półotwartego,
- otwartego.

Z uwagi na temat opracowania pominięte zostaną szczegóły związane z zasadami odbywania kary pozbawienia wolności w poszczególnych typach zakładów karnych. Wskazać jedynie należy, że różnią się one przede wszystkim stopniem zabezpieczenia i izolacji osadzonych, możliwością ich poruszania się po terenie jednostki penitencjarnej, a także zakresu obowiązków i praw osób pozbawionych wolności oraz kontaktów międzyludzkich. Zakłady typu zamkniętego można uznać za najsurowsze, gdyż prawa więźniów są najbardziej ograniczone, a zakres kontroli najszerszy. W konsekwencji osadzeni w nich przebywający mogą odczuwać opresję wynikającą z izolacji w bardzo silny sposób. Z kolei jednostki typu półotwartego charakteryzują się łagodniejszymi zasadami odbywania kary, np. w postaci zwiększonej liczby widzeń w miesiącu, swobodniejszego przemieszczania się, ograniczonej cenzury i kontroli, co niewątpliwie może przyczyniać się do lepszej kondycji psychicznej osadzonych w nich przebywających. Z kolei w zakładach karnych typu otwartego wiele ograniczeń i kontroli jest całkowicie zniesiona, np. w zakresie korespondencji, liczby widzeń, czy komunikacji z innymi osadzonymi.

Z punktu widzenia niniejszej rozprawy odwołanie się do wskazanego podziału zakładów karnych ma istotne znaczenie z uwagi na dostosowanie ochrony zdrowia osób izolowanych do panujących warunków. W zakładach typu zamkniętego trzeba bowiem położyć większy nacisk na zdrowie fizyczne poprzez zapewnienie dostatecznej ilości ruchu, gdyż osadzeni mają maksymalnie ograniczone przemieszczanie się. Jednocześnie w takim przypadku oraz w następstwie odczuwania większej presji psychicznej skazani mogą mieć więcej problemów ze zdrowiem psychicznym w porównaniu do osadzonych przebywających w zakładach typu otwartego.

6. Charakterystyka populacji osób odbywających karę pozbawienia wolności w Polsce

W toku niniejszych rozważań niezbędne staje się na obecnym etapie zarysowanie charakterystyki populacji osób odbywających karę pozbawienia wolności w Polsce. Z uwagi na szeroki zakres wskazanej problematyki zaprezentowane dywagacje zostaną ograniczone do głównych tendencji kształtujących się w więziennej populacji, a które to mają związek z tematem niniejszej rozprawy, np. w obszarze potencjalnego przeludnienia. Z kolei szczegółowe rozważania w zakresie społeczności osadzonych i ochrony ich zdrowia zostaną podniesione w dalszej części opracowania opartej na przeprowadzonych badaniach. Charakterystyka populacji osób odbywających karę pozbawienia wolności – chociażby przedstawiona w zarysie – jest jednak ważna z punktu widzenia niniejszej rozprawy z uwagi np. na zidentyfikowanie potrzeb osadzonych w zakresie ochrony ich zdrowia, wiążących się z tym potencjalnych problemów i wykrycie ich źródeł.

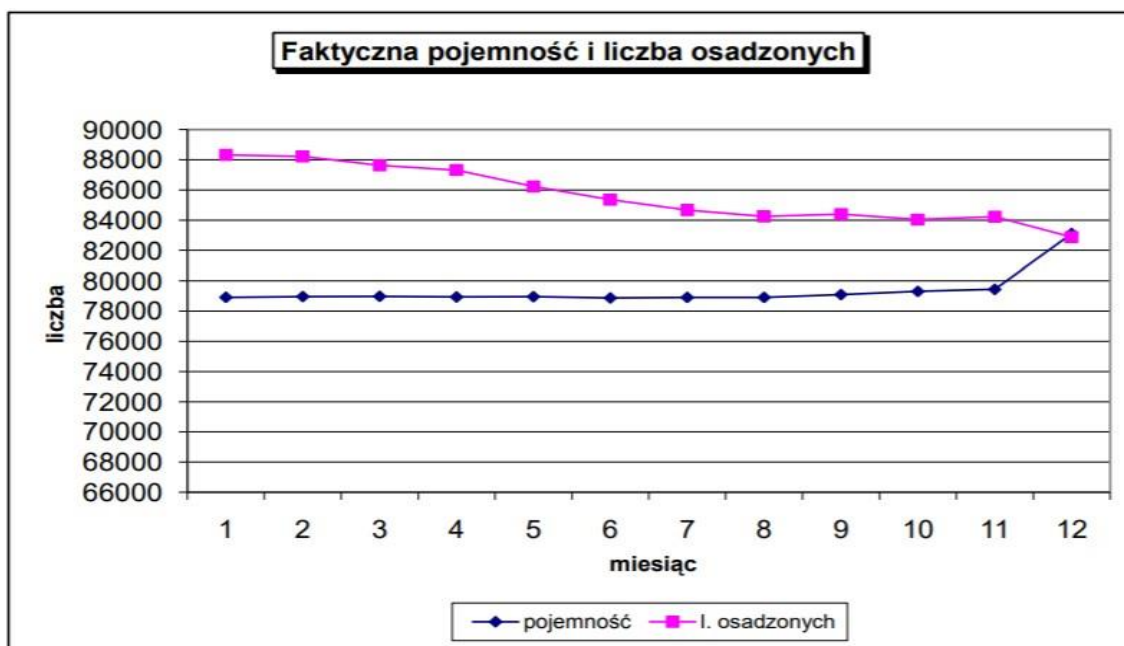
W pierwszej kolejności wskazać trzeba na ogólną liczbę osób przebywających w jednostkach penitencjarnych w Polsce na przestrzeni kilku ostatnich lat. Poniższa tabela prezentuje średnią liczbę osób odbywających kary izolacyjne w poszczególnych latach. Z przedstawionych danych wnioskować można, że stan zaludnienia w polskich jednostkach penitencjarnych ulega systematycznemu zmniejszaniu. Konkluzja w takiej postaci jest bardzo ważna, gdyż Polska od długiego czasu borykała się z przeludnieniem więzień, a z danych przedstawianych przez Ministerstwo Sprawiedliwości i Centralny Zarząd Służby Więziennej wynikałoby, iż aktualnie problem ten został zniwelowany. Tym samym w Polsce miałyby być przestrzegane rygory międzynarodowe wraz z poszanowaniem godności ludzkiej i zasadą humanitaryzmu, co miałyby także odzwierciedlenie w ochronie zdrowia osadzonych poprzez zapewnienie odpowiednich warunków bytowych i sanitarnych. Jak zostanie bowiem wskazane w dalszej części opracowania przeludnienie jednostek penitencjarnych wywołuje szereg negatywnych konsekwencji również w sferze zdrowotnej, którymi mogą być złe samopoczucie osadzonych, agresja, negatywne nastawienie względem administracji penitencjarnej, ale również zagrożenie szerzenia chorób zakaźnych.

Rok	Średnia ogółem	Tymczasowo aresztowani	Skazani	Ukarani
------------	-----------------------	-------------------------------	----------------	----------------

2013	83 898	6 781	76 406	711
2014	78 987	6 687	71 221	1 079
2015	74 814	5 140	68 529	1 146
2016	71 456	4 917	65 421	1 118
2017	73 807	6 474	66 292	1 040

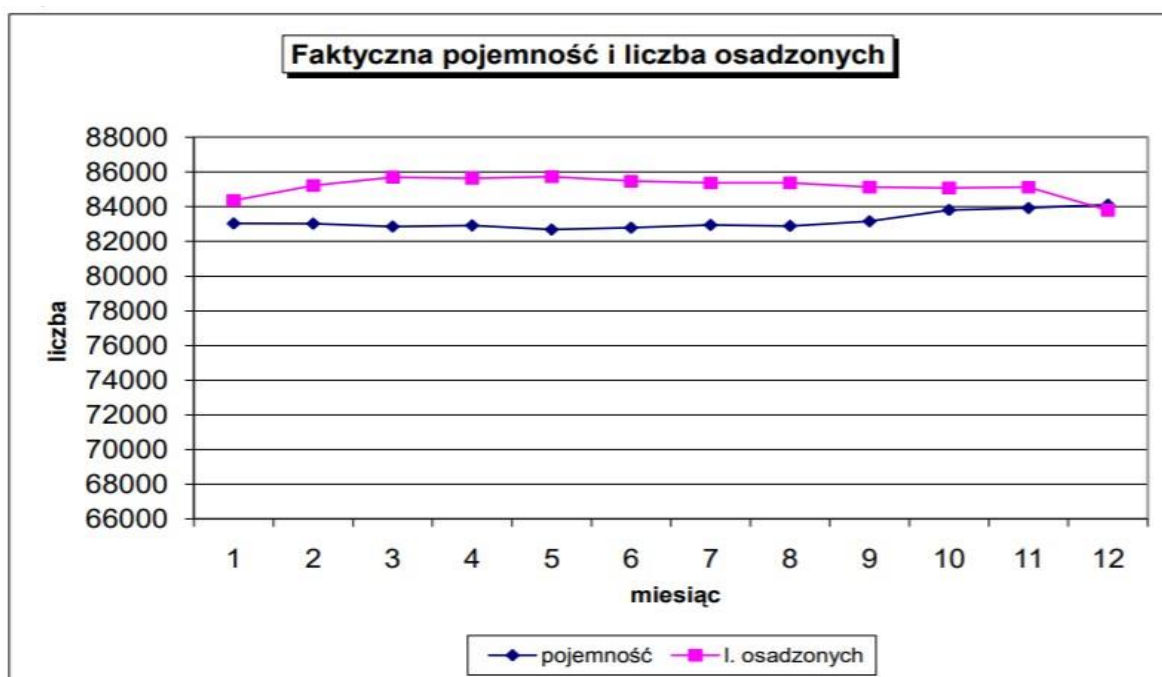
Tab. 1. Średnia liczba tymczasowo aresztowanych, skazanych i ukaranych w latach 2013-2017; źródło: *Roczne Informacje Statystyczne Ministerstwa Sprawiedliwości i Centralnego Zarządu Służby Więziennej za lata 2013-2017*, <http://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> [dostęp: 02 maja 2018 r.]

Niezbędna staje się jednak weryfikacja wyżej wskazanych wniosków, które można wysnuć z prezentowanych danych. Dzieje się tak dlatego, iż w konsekwencji przeludnienia polskich jednostek penitencjarnych oraz możliwych z tego tytułu konsekwencji Minister Sprawiedliwości wydał rozporządzenie z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie trybu postępowania właściwych organów w wypadku, gdy liczba osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych przekroczy w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów, które to następnie było zmienione w 2015 r. Zgodnie z tym aktem prawnym od 01 stycznia 2010 r. do liczenia zależności pojemności i zaludnienia jednostek penitencjarnych nie uwzględnia się cel i oddziałów dla „N”, cel izolacyjnych, szpitali, izb chorych, oddziałów tymczasowego zakwaterowania skazanych, a także domów dla matek i dzieci. W konsekwencji pod rozwagę należy poddać realność prezentowanych danych, tym bardziej, iż można zauważyć ich diametralną rozbieżność w latach przed wydaniem przedmiotowego rozporządzenia, a także po roku 2010, co będą przedstawiały wykresy zaprezentowane poniżej. Dodatkowo należy poddać pod rozwagę ów problem z uwagi na to, iż ewentualne przeludnienie w jednostkach penitencjarnych godzi w godność ludzką, jest sprzeczne z zasadą humanitaryzmu, a także stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia osadzonych. Podkreślić bowiem warto, że Polska przez długi czas miała problem z istniejącym przeludnieniem (który to problem w toku przeprowadzonych na potrzeby niniejszego opracowania badań empirycznych sygnalizują ankietowani osadzeni), a instytucje europejskie zalecają zwiększenie istniejącej normy powierzchni przypadającej na jednego osadzonego – szerzej na dalszym etapie rozprawy.



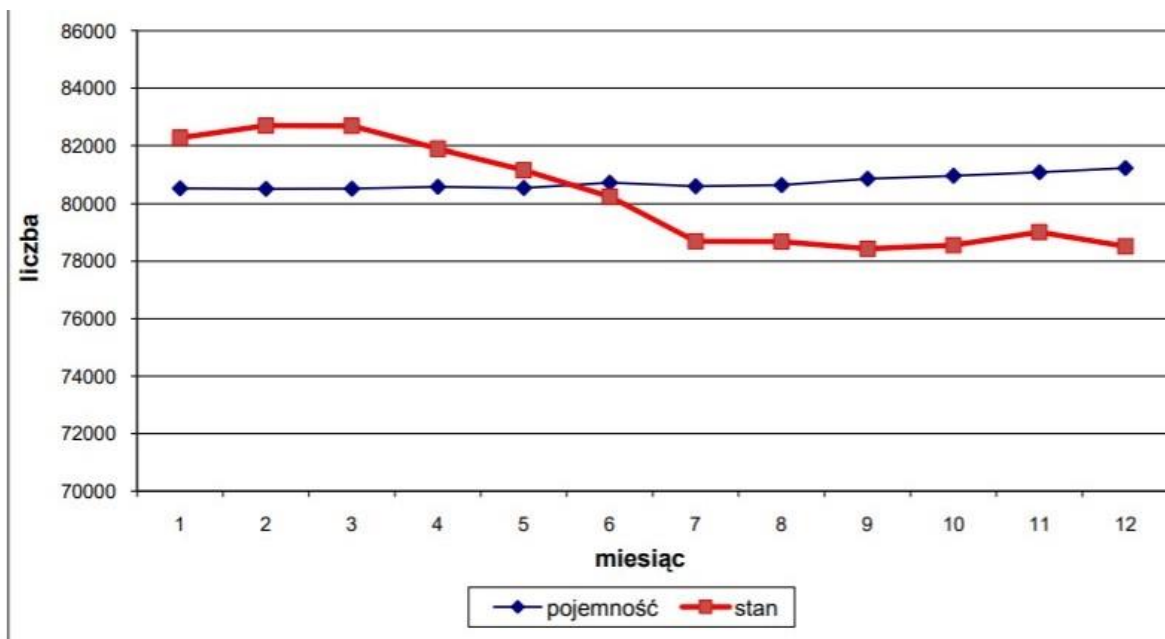
Wyk. 2. Pojemność jednostek penitencjarnych i liczba osadzonych w Polsce w 2008 r.;

źródło: *Roczna Informacja Statystyczna Ministerstwa Sprawiedliwości i Centralnego Zarządu Służby Więziennej za rok 2008*, <http://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> [dostęp: 02 maja 2018 r.]

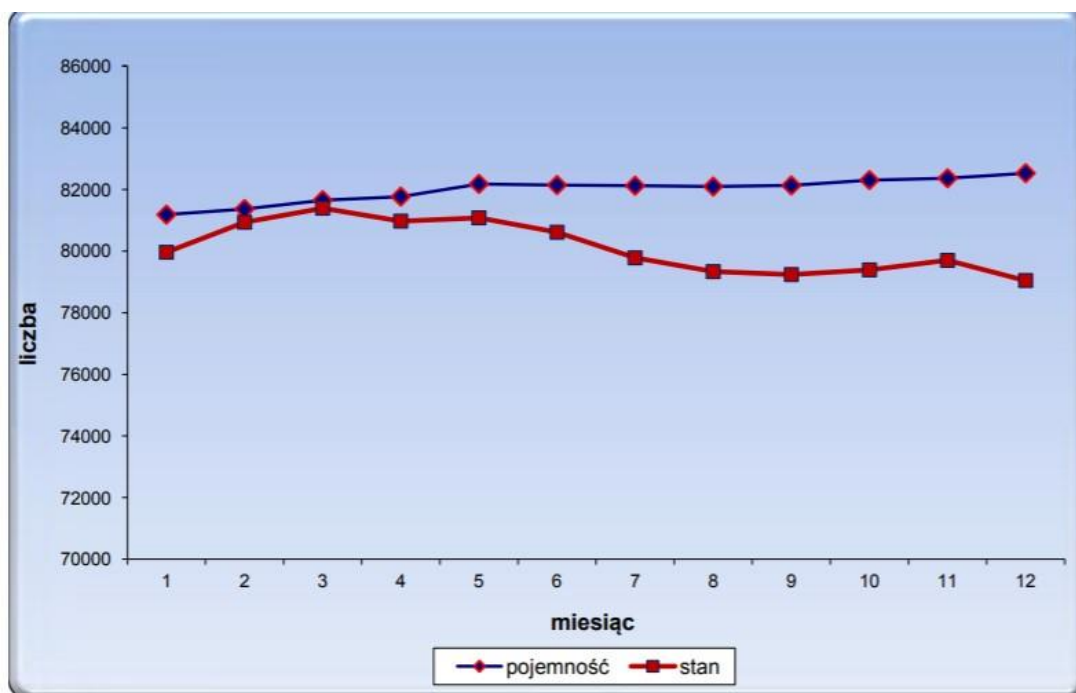


Wyk. 3. Pojemność jednostek penitencjarnych i liczba osadzonych w Polsce w 2009 r.;

źródło: *Roczna Informacja Statystyczna Ministerstwa Sprawiedliwości i Centralnego Zarządu Służby Więziennej za rok 2009*, <http://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> [dostęp: 02 maja 2018 r.]



Wyk. 4. Pojemność oddziałów mieszkalnych i liczba osadzonych w oddziałach w Polsce w 2010 r.; źródło: *Roczna Informacja Statystyczna Ministerstwa Sprawiedliwości i Centralnego Zarządu Służby Więziennej za rok 2010*, <http://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> [dostęp: 02 maja 2018 r.]



Wyk. 5. Pojemność oddziałów mieszkalnych i liczba osadzonych w oddziałach w Polsce w 2011 r.; źródło: *Roczna Informacja Statystyczna Ministerstwa Sprawiedliwości i Centralnego Zarządu Służby Więziennej za rok 2011*, <http://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> [dostęp: 02 maja 2018 r.]

W odniesieniu do powyższych danych wskazać dodatkowo należy, iż z Rocznych Informacji Statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości i Centralnego Zarządu Służby Więziennej sporządzonych za następne lata można dostrzec tendencję potencjalnego zmniejszenia się zaludnienia jednostek penitencjarnych. Konieczne jest więc oszacowanie skali populacji więziennej z zastrzeżeniem dodania osób wyłączonych na podstawie w/w rozporządzenia z dnia 25 listopada 2009 r. od uwzględniania ich w tym przedmiocie. Wówczas stanie się możliwe wskazanie rzeczywistego stanu zaludnienia polskich jednostek penitencjarnych oraz dostosowanie podejmowanych działań celem faktycznego wyeliminowania przeludnienia i jego konsekwencji, które to zagadnienie zostanie omówione w dalszej części rozprawy. Pamiętać jednak należy, że Polska jest jednym z krajów z największym zaludnieniem jednostek penitencjarnych, a wahania liczby osadzonych nie zawsze są uzależnione od stopnia przestępczości, ale również innych czynników. Ustalenia te powinny być szczególnie poddane pod rozwagę z uwagi na możliwość słabej kondycji psychicznej osadzonych w następstwie przeludnienia i ingerowania współosadzonych w jego bezpieczną sferę komfortu, a w następstwie możliwe zaburzenia psychiczne, które utrudnią bądź uniemożliwią readaptację społeczną osób pozbawionych wolności.

Niezbędne staje się jednak wskazanie, iż z danych Statystyk Rocznych wynika, że liczba osadzonych kobiet w polskich jednostkach penitencjarnych waha się na przestrzeni lat na poziomie od 2.500 do 3.000. Z kolei liczba osadzonych młodocianych sukcesywnie spada od poziomu ok. 2.500 do 1.164 w 2017 r. Oznacza to, że te grupy osadzonych stanowią bardzo małą część ogółu populacji więziennej. Należy jednak zwrócić na nie szczególną uwagę w związku z ich charakterem. Skazani młodociani bowiem, jak zostało już wskazane, trafiając do zakładu karnego często są dopiero na etapie kształtowania swoich osobowości, postaw społecznych i wartości. Wówczas stosowanie odpowiednich programów oraz pomocy psychologicznej ma zmierzać do umożliwienia ich readaptacji społecznej. Z kolei kobiety mogą być np. narażone na zajście w ciążę, co może pociągać za sobą konsekwencje m.in. w postaci zapewnienia opieki prenatalnej. Właśnie dlatego realizowanie prawa do ochrony zdrowia osadzonych jest tak ważne – zarówno z punktu widzenia zmian postaw skazanych i chęci podejmowania przez nich współpracy celem powrotu do życia w społeczeństwie otwartym, ale także w kontekście edukacji prozdrowotnej. Owa profilaktyka jest również kluczowa z uwagi na odbywanie kary pozbawienia wolności przez osoby zmagające się z chorobami zakaźnymi, celem uświadomienia choremu skazanemu ryzyka związanego z daną chorobą i sposobów działania zmierzających do zabezpieczenia pozostałych osadzonych przed zakażeniem.

Z punktu widzenia tematu niniejszego opracowania niezbędne staje się na obecnym etapie rozważań, wskazanie na elementy, które charakteryzują populację osadzonych, a które to w Statystykach Rocznych zostały pominięte. Ważnym czynnikiem wpływającym za ochronę zdrowia jest bowiem np. wiek osadzonego, który z uwagi na różnego rodzaju ograniczenia fizyczne wynikające z zaawansowanego wieku może potrzebować leków bądź specjalistycznego sprzętu. Podobna sytuacja dotyczy osób niepełnosprawnych fizycznie, których stan często wymaga określonych warunków technicznych oraz udostępnienia niezbędnego sprzętu medycznego, aby ich prawo do zdrowia mogło być realizowane. Jako przykład można podać sytuację osadzonego, który nie posiada jednej nogi i nie jest w stanie poruszać się bez użycia kul ortopedycznych. Wówczas w przypadku braku zagwarantowania potrzebnego sprzętu skazany z jednej strony traci możliwości fizycznej aktywności, co może w konsekwencji doprowadzić do kolejnych zaburzeń organizmu. Jednocześnie taka sytuacja może doprowadzić do poczucia przez skazanego odrzucenia i wykluczenia, ale również do zaburzeń psychicznych, jak np. depresja.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że charakterystyka populacji osób odbywających karę pozbawienia wolności, a także podział systemów wykonywania przedmiotowej kary i jednostek penitencjarnych są niezbędnymi elementami zmierzającymi do umożliwienia osadzonemu readaptacji społecznej. Aby cel ten mógł zostać urzeczywistniony konieczne jest jednak podejmowanie przez instytucje państwowe oraz szeroko pojętą kadrę penitencjarną takich działań, które skłonią skazanych do podjęcia współpracy, zmiany swoich postaw i wykształtowania umiejętności życia w społeczeństwie otwartym po odbyciu kary. Jednym z takich elementów jest zapewnienie osadzonemu ochrony ich zdrowia, które to jest pojmowane jako jedno z podstawowych praw człowieka, wynikające z jego godności. Z kolei człowiek, który nie ma zagwarantowanych należnych mu praw czuje odrzucenie, poniżenie, wykluczenie, a w dalszej kolejności złość, bunt i agresję – wówczas proces readaptacji społecznej osadzonych nie jest możliwy.

7. Udział społeczeństwa w wykonywaniu kary pozbawienia wolności

Już z dotychczasowych rozważań wnioskować można, iż rola społeczeństwa jest niezmiernie istotna podczas wykonywania kar, a w szczególności kary pozbawienia wolności. Wiąże się to z jej dolegliwością i z reguły długotrwałością, a co za tym idzie koniecznością zminimalizowania negatywnych skutków przy jednoczesnym podjęciu takich działań, które

umożliwią readaptację społeczną osadzonych. Osoby pozbawione wolności mają bowiem szansę na zmianę swojej postawy, zaprzestanie działań przestępczych i zaakceptowanie norm społeczno-prawnych jedynie w przypadku identyfikowania się z ogółem społeczności i posiadania umiejętności życia na wolności zgodnie z obowiązującymi moralami. Tym samym readaptacja społeczna osadzonych staje się efektem współpracy szeroko pojętej administracji penitencjarnej wraz z przedstawicielami społeczeństwa otwartego, co przyczynia się niewątpliwie do ochrony zdrowia psychicznego osadzonych, które ma w dużej mierze również wpływ na kondycję fizyczną. Osoby izolowane nie tracą wówczas pełni kontaktu ze światem zewnętrznym będąc na bieżąco z różnego rodzaju wydarzeniami, rozwojem technologicznym, przemysłowym i kulturalnym oraz mają możliwość odnalezienia się w swoich rolach społecznych. Można sobie bowiem wyobrazić przykład osadzonego X, który przebywa w zakładzie karnym od 2000 r. i w dniu dzisiejszym kończy odbywanie kary. Osoba taka po wyjściu na wolność zderza się z rzeczywistością, która aktualnie nie jest w żaden sposób podobna do realiów z którymi była obeznana. Pan X może nie znać telefonów z dotykowym ekranem, może nie potrafić obsługiwać laptopa i tabletów, nie wiedzieć jak funkcjonują elektroniczne zwolnienia i recepty, może nie wiedzieć jak funkcjonują płatności internetowe, a w konsekwencji może nie poradzić sobie z dokonaniem opłaty w zautomatyzowanej placówce pocztowej. Wówczas Pan X, który odzyskał wolność może czuć się zagubiony, odrzucony przez innych, nie może znaleźć pracy. W następstwie powraca do działań przestępczych, gdyż nie potrafi funkcjonować w otaczającym go środowisku tak powszechnym dla pozostałych ludzi. Przedstawiony przykład stanowi jedynie uproszczony schemat degradacji społecznej osadzonych i konieczności ich obcowania ze społeczeństwem otwartym. Jednak, aby relacje te były efektywne, kluczowe jest nastawienie ogółu ludności do osób pozbawionych wolności oraz zrozumienie, że urzeczywistnienie przysługujących im praw jest wynikiem poszanowania godności ludzkiej, a nie realizacją przywilejów.

Zgodnie ze wspomnianymi już uregulowaniami kodeksu karnego wykonawczego społeczeństwo może angażować się w proces wykonywania kary pozbawienia wolności w ramach działania fundacji, stowarzyszeń, związków religijnych oraz innych organizacji i instytucji, które to działania realizują określone prawem zadania. Rolą działań podejmowanych przez owe grupy jest rozwój społeczny, kulturalny, oświatowy, religijny, sportowy i resocjalizacyjny osadzonych, co wpływa na ich kondycję psychofizyczną. Zgodnie z art. 38 k.k.w. realizacja wymienionych zadań może przybierać formę współpracy z jednostkami penitencjarnymi, wsparcia osadzonych i ich rodzin, a także uczestnictwa

w społecznej kontroli nad wykonywaniem wszelkiego rodzaju kar. Z kolei zgodnie z treścią uzasadnienia rządowego projektu kodeksu karnego wykonawczego¹⁰¹ zakres udzielanej pomocy dotyczy wsparcia materialnego, prawnego, w znalezieniu pracy, a także medycznego. Z punktu widzenia niniejszego opracowania wskazać należy, że działania te tym samym mogą obejmować potrzeby osób pozbawionych wolności, np. w zakresie uzyskania niezbędnych świadczeń medycznych i sprzętu w przypadku, gdy dany osadzony ma określone potrzeby zdrowotne, których realizacja dotychczas nie przyniosła koniecznych efektów. Przedstawiciele społeczeństwa mogą bowiem uzyskać finansowanie z Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej i uzyskane środki przeznaczyć na zakup leków, sprzętu do rehabilitacji, protez, odpowiedniej żywności, ale także zorganizowanie dodatkowej pomocy psychologicznej, specjalistycznej rehabilitacji. Udział społeczeństwa w toku wykonywania kary pozbawienia wolności jest także czynnikiem pozytywnie wpływającym na stan psychiczny osadzonych, którzy dzięki wsparciu osób spoza jednostki penitencjarnej mogą, m.in. pracować i zdobywać doświadczenie, uczyć się, ale również czuć się członkami ogółu społeczeństwa.

W związku z powyższym podnieść należy jak ważnym czynnikiem w procesie wykonywania kary pozbawienia wolności jest udział społeczeństwa, który to niezmiernie wpływa na efektywność readaptacji społecznej osadzonych oraz realizację ich prawa do ochrony zdrowia. Działalność owych podmiotów stanowi bowiem swego rodzaju dopełnienie tradycyjnego oddziaływania penitencjarnego. Wynika to przede wszystkim z braku skrzepowania ich w toku podejmowanych czynności przez szereg administracyjnych wymogów, które obligatoryjnie zrealizować muszą służby penitencjarne chociażby w związku z administrowaniem daną jednostką. Podmioty te mają także bardziej elastyczne możliwości pozyskania środków finansowych celem niesienia pomocy osobom pozbawionym wolności. Kluczowy jest jednak stopień zaangażowania społeczeństwa w działalność na rzecz osadzonych, która jest zdecydowanie bardziej rozwinięta niż czynności podejmowane przez jednostki penitencjarne, a szczególnie w zakresie działalności kulturalnej, zawodowej i sportowej, gdyż przedstawiciele ogółu mają coraz to nowsze sposoby oddziaływania.

Jako główny cel zadań podmiotów uprawnionych do podejmowania czynności w imieniu społeczeństwa w toku wykonywania kary pozbawienia wolności można najogólniej wskazać usprawnienie procesu readaptacji społecznej osadzonych poprzez podwyższenie

¹⁰¹ Uzasadnienie rządowego projektu....., s. 540.

efektywności działań organów państwowych¹⁰². Szczególną uwagę należy jednak zwrócić na aspekt profilaktyczny udzielanej pomocy, gdyż finalnym celem podejmowanych działań staje się przeciwdziałanie powrotowi do przestępstwa skazanych, zapobieganie przestępczości, a także najdalej idące kształtowanie u osadzonych postaw społecznie pożądanych. Osiągnięcie wskazanych założeń osiągnąć można w drodze stosowania różnego rodzaju programów, np. w zakresie aktywizacji zawodowej, utrzymania więzi rodzinnych, czy też edukacji prozdrowotnej.

Należy jednak zwrócić uwagę na potrzebę ochrony zdrowia pod kątem wsparcia psychologicznego osadzonych, gdyż można ośmielić się na stwierdzenie, iż jest ona niezbędna w toku ich readaptacji społecznej, a szczególnie na początku izolacji. Założenie to wynika z korelacji pomiędzy nastawieniem osadzonego do współpracy, a efektywnością procesów umożliwiających mu powrót do życia w społeczeństwie wolnościowym, które to oddziaływania penitencjarne następnie również wpływają na stan psychiczny i motywację do działania osadzonego celem zmiany swoich postaw. W sytuacji poczucia przez osobę pozbawioną wolności wykluczenia, braku nadziei na zmianę i jej pozytywne aspekty, osamotnienia, braku realizacji jej praw i poszanowania godności osadzony nie dostrzega tym samym potrzeby zmiany swojego postępowania, a co za tym idzie albo wcale nie uczestniczy w procesach readaptacyjnych, albo nie przyswaja ich. Jednak w przypadku poznania potrzeb osoby izolowanej, uświadomienia jej co do posiadanych możliwości w warunkach wolnościowych, osadzony jest skłonny do współpracy i zmiany swojej postawy, gdyż dostrzega, iż życie zgodnie z powszechnie obowiązującymi normami i przepisami może się mu opłacać, a co za tym idzie ma nadzieję na lepszą przyszłość. Właśnie dlatego pomoc psychologa, jak i dostosowane indywidualnie oddziaływania penitencjarne, m.in. w postaci umożliwienia pracy, nauki, rozwoju kulturalnego, jest tak niezmiernie ważna od samego początku odbywania kary pozbawienia wolności, gdyż osoby izolowane bardzo często tracą kontakt z najbliższymi, a w przypadku braku dostatecznego wsparcia ze strony profesjonalnych podmiotów,

¹⁰² Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 01 grudnia 2003 r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu uczestnictwa podmiotów w wykonywaniu kary, środków karnych, zabezpieczających i zapobiegawczych, a także społecznej kontroli nad ich wykonywaniem, Dz.U. 2003 nr 211 poz. 2051, - uznany za uchylony,

obecnie

Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie współdziałania podmiotów w wykonywaniu kar, środków karnych, kompensacyjnych, zabezpieczających, zapobiegawczych oraz przypadku, a także społecznej kontroli nad ich wykonywaniem, Dz.U. 2016 poz. 2305.

uzyskiwanie pomocy ze strony współwięźniów może wpłynąć demoralizująco i destrukcyjnie na postawę osadzonego, a w następstwie uniemożliwić proces readaptacji społecznej.

W związku z powyższymi rozważaniami można stwierdzić, że udział społeczeństwa w toku wykonywania kary pozbawienia wolności i tym samym możliwość organizowania dodatkowych programów oddziaływania penitencjarnego, kontrolowanie prawidłowości wykonywania przedmiotowej kary i zapewnienie wsparcia osadzonemu ma bardzo ważne znaczenie na proces ich readaptacji społecznej oraz ochronę zdrowia. Z jednej strony wynika to z szerszych możliwości podejmowanych działań przez przedstawicieli społeczeństwa oraz czasami także ich większego zaangażowania, ale również z uwagi na styczność społeczności więziennej z wolnościową, co może wpływać pozytywnie na osadzonych, gdyż otrzymując pomoc doświadczają tzw. dobrych wzorców oraz nie odczuwają tak silnie opresji wynikającej z izolacji w konsekwencji czego zachowują lepszą kondycję psychiczną. Z kolei społeczeństwo otwarte ma możliwość doświadczenia położenia osób pozbawionych wolności, ich potrzeb, warunków panujących w zakładach karnych, a w następstwie zrozumienia ich i zapewnienia niezbędnej pomocy. Można domniemywać, że osadzeni mogą także wykazywać większą chęć współpracy z uprawnionymi podmiotami z poza struktury więziennej, gdyż nie odczuwają dystansu jak w relacji pomiędzy skazanym, a personelem jednostek penitencjarnych. Takie założenie z kolei wpływać może na wnioskowanie, iż współdziałanie osób pozbawionych wolności, np. z psychologiem zorganizowanym w toku działań podejmowanych przez przedstawicieli ogółu społeczeństwa bądź podejmowanie pracy poza jednostką penitencjarną będzie bardziej efektywne m.in. z uwagi na większą otwartość osadzonych i brak stygmatyzacji, a także dodatkowe zaangażowanie m.in. psychologa w podejmowane działania.

ROZDZIAŁ II

Izolacja wynikająca z wykonywania kary pozbawienia wolności w obliczu ochrony zdrowia osób izolowanych

W następstwie dotychczasowych rozważań należy wskazać, że społeczeństwo nie tylko w kontekście globalnym, ale również krajowym i lokalnym jest bardzo zróżnicowane. Owa różnorodność nie dotyczy jednak tylko takich elementów jak np. kolor włosów, waga, wykonywany zawód, posiadany samochód, miejsce zamieszkania, upodobania. Niektóre składniki „nierówności” wynikają jednak bezpośrednio z cech natury biologicznej, jak np. kolor oczu, skóry, wzrost, odmienność płci. Jednak te elementy mają charakter indywidualny i z punktu widzenia podejścia socjologicznego nie są istotne dla funkcjonowania społeczeństwa. Niejednorodność społeczeństwa wiąże się bowiem z różnego rodzaju nierównościami, jak np. brak pieniędzy, problemy zdrowotne czy pobyt w zakładzie karnym.

W sytuacji występowania nierówności między ludźmi niezbędne staje się bowiem, aby pozostała część społeczeństwa wraz z ustawodawcą zmiarali do wyrównywania szans i zagwarantowania realizacji podstawowych praw każdemu człowiekowi. Jest to związane z przestrzeganiem i realizacją zasady godności ludzkiej, która jest niezbywalna i przysługuje każdemu człowiekowi bez względu na jakiegokolwiek okoliczności, np. ułomności, wykształcenie, wysokość zarobków, skazanie za przestępstwo.

Z uwagi na temat niniejszej pracy konieczne staje się na tym etapie odwołanie do założeń funkcjonalizmu socjologicznego zgodnie, z którym choroba stanowi dysfunkcję, która uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie społeczeństwa jako ogółu¹⁰³. Z punktu widzenia opracowania założenie to jest ważne z uwagi na jego konsekwencje. W następstwie prezentowanego ujęcia osoba chora nie jest bowiem w stanie realizować prawidłowo swoich ról społecznych i wypełniać obowiązków – przez co z kolei zostaje zaburzony także tryb życia osób ją otaczających oraz zmniejsza się wydajność i efektywność osoby chorej. W takim przypadku np. osoba odbywająca karę pozbawienia wolności nie będzie chciała (lub nie będzie mogła) współpracować z administracją więzienną i zmienić swojego postępowania (również z uwagi na doznawane przeżycia w związku z wystąpieniem choroby), a w przypadku braku

¹⁰³ Por. A. Giddens, *Socjologia*, Warszawa 2008, str. 181; T. Parsons, *The Social System*, London 1952.

należytej opieki medycznej lub zapewnienia oddziaływań pozytywnie wpływających na kondycję psychiczną osadzonych może wystąpić także bunt, agresja i zamknięcie się w sobie, co z kolei wpłynie negatywnie lub całkiem uniemożliwi realizację celu wykonywania kary pozbawienia wolności.

Celem działania ustawodawcy nie może być jednak dążenie do wyeliminowania różnorodności w społeczeństwie i wykreowanie równości ludzi pod każdym względem. Wiąże się to z tym, iż każdy człowiek jest wolny, a jego autonomia przejawia się w każdej sferze życia – również pod względem podejmowania decyzji mogących mieć wpływ na zachowanie życia i zdrowia danej jednostki. W następstwie tego prawo powinno gwarantować możliwość wyrównywania szans oraz realizację praw człowieka, tak, aby zapewnić ludziom określone minimum społeczne i bezpieczeństwo (zarówno w sferze ekonomicznej, jak i prawnej oraz zdrowotnej) w celu urzeczywistnienia zasady ochrony godności każdej jednostce w społeczeństwie. Zagadnienie to jednak nabiera szczególnego znaczenia w kontekście osób odbywających kary izolacyjne, co nierozdzielnie związane jest z celem i zasadami wykonywania kary pozbawienia wolności, które to rzutują na sposób postępowania przez organy państwowe z więźniami. Zakłady karne oprócz bycia miejscami egzekucji kary pozbawienia wolności są bowiem jednocześnie strefą obserwacji osób w nich przebywających, od czego jest w pewnym stopniu uzależniona ich efektywność oraz możliwość readaptacji społecznej więźniów.

W związku z powyższymi ustaleniami można odwołać się do dwóch klasycznych podejść filozoficznych w zakresie rozumienia autonomii człowieka, także w odniesieniu jej do decydowania w przedmiocie ochrony zdrowia. Pierwsze stanowisko zaprezentował Immanuel Kant, który wskazał, że jakiegokolwiek naruszenie autonomii jednostki stanowi także naruszenie jej człowieczeństwa, a co za tym idzie prowadzi do uprzedmiotowienia człowieka. Z kolei John Stuart Mill podnosił, że poszanowanie autonomii człowieka w dłuższej perspektywie po prostu bardziej się opłaca i generuje więcej korzyści – co z kolei nawiązuje do postawy utilitaryzmu¹⁰⁴. W następstwie kompilacji zaprezentowanych stanowisk przyjąć można, że konieczność przestrzegania autonomii człowieka jest konsekwencją godności ludzkiej i podmiotowości człowieka, co z kolei wpływa korzystnie na funkcjonowanie jednostki i całego społeczeństwa – również pod względem stabilności emocjonalnej i kondycji psychicznej.

¹⁰⁴ R. Gillon., *Etyka lekarska – Problemy filozoficzne*, [tłum z ang.]: A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Warszawa 1997, s. 72-78.

W takim przypadku – stosownie do tematu rozprawy – osoba pozbawiona wolności będzie miała zapewnioną realizację przysługujących jej praw, poczucie bezpieczeństwa i sprawiedliwości, a to z kolei przełoży się korzystnie na proces jej readaptacji społecznej, dzięki czemu cel wykonywania kar izolacyjnych będzie mógł zostać urzeczywistniony.

Na początku konieczne staje się zatem podkreślenie postanowień zawartych w Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych z 1966 r.¹⁰⁵, który został ratyfikowany przez Polskę w 1977 r. W art. 10 niniejszego Paktu wyartykułowano bowiem zasadę humanitarnego traktowania wraz z jednoczesnym respektowaniem godności ludzkiej osób pozbawionych wolności. Dodatkowo określono priorytetowy cel wykonywania kar izolacyjnych, który ma polegać na readaptacji społecznej więźniów. Istotne jest jednak, iż efekt ten ma zostać osiągnięty poprzez takie „traktowanie więźniów”, które umożliwi im ową poprawę. Jednocześnie w art. 25 i 26 Paktu wskazano zakaz dyskryminacji przy zagwarantowaniu wszystkim równego dostępu do służb publicznych. Prawa te zostały jednak sformułowane bardzo ogólnikowo – można domniemywać, iż celem tego było stworzenie uniwersalnych gwarancji dla społeczeństwa, aby każde z Państw-Stron mogło jak najpełniej je realizować.

Takie ogólne wytyczne skłaniają jednak do refleksji nad doprecyzowaniem przysługujących ludziom praw, które w szczególności mogą dotyczyć m.in. prawa do życia, wolności, wyznania, ale również do zachowania zdrowia. W szczególności odnosi się to do osób, które z różnych względów mogą być negatywnie odbierane przez pozostałą część społeczeństwa – przykładem mogą być mniejszości religijne, rodziny wielodzietne oraz więźniowie. Odnosząc się bezpośrednio do osób pozbawionych wolności należy podnieść, iż ich sytuacja społeczna jest dodatkowo nacechowana ujemnymi czynnikami z uwagi na to, że większość społeczeństwa respektowanie praw więźniów pojmuje jako ich *sui generis* przywileje, a nie jako realizację podstawowych praw przysługujących każdemu człowiekowi. Właśnie z tego względu konieczne jest, aby instytucje państwowe podejmowały takie działania, które umożliwią osobom pozbawionym wolności przestrzeganie praw wynikających z godności ludzkiej oraz umożliwienie im readaptacji społecznej.

Podkreślić również należy, że więźniowie co do zasady mają ograniczoną autonomię, a ciężar zapewnienia im realizacji praw człowieka (w tym prawa do ochrony zdrowia)

¹⁰⁵https://amnesty.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Miedzynarodowy_Pakt_Praw_Obywatelskich_i_Politycznych.pdf.

w specyficzny sposób spoczywa na instytucjach państwowych z uwagi na uzależnienie więźniów od owych instytucji oraz spoczywający obowiązek na administracji penitencjarnej dotyczący szeroko pojętego dbania o osoby pozbawione wolności. Z drugiej strony należy jednak mieć na uwadze, iż istnieją sytuacje (np. uzależnienie od narkotyków, choroba psychiczna lub zakaźna), w których autonomia osoby pozbawionej wolności w zakresie ochrony zdrowia ulega ograniczeniu z uwagi na przyznanie priorytetu innemu dobru, m.in. w postaci ochrony życia innych osadzonych albo ochrony interesu instytucji publicznych lub wymiaru sprawiedliwości. Jednak mimo występowania różnych przypadków, w których możliwe staje się ograniczenie autonomii danego więźnia w zakresie swojego zdrowia i życia, niezbędne staje się, aby instytucje państwowe zawsze stały na straży praw człowieka, a w tym prawa do ochrony zdrowia. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do osób pozbawionych wolności z uwagi na ich ograniczenie, co do swobodnego działania i uzależnienie od aparatu państwowego.

W toku niniejszej analizy należy się odwołać również do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r.¹⁰⁶, w której w art. 3 i 5 także zawarto regulacje dotyczące zakazu tortur i nieludzkiego traktowania oraz praworządnego stosowania pozbawienia wolności. Z kolei w ramach ustawodawstwa polskiego podstawowe wytyczne w zakresie zasad wykonywania kar izolacyjnych statuuje art. 41 Konstytucji RP¹⁰⁷ wraz z art. 40 zgodnie, z którymi do pozbawienia wolności może dojść jedynie w przypadkach przewidzianych ustawą. W razie zastosowania izolacji konieczne jest jednak przestrzeganie zakazu tortur i nieludzkiego zachowania oraz zasady humanitaryzmu, którą reguluje również art. 3 k.k., a także art. 4 k.k.w. Istotny jest też art. 67 k.k.w. określający cel wykonywania kary pozbawienia wolności jako readaptację społeczną – problematyka ta zostanie jednak szerzej omówiona w dalszej części opracowania dotyczącej bezpośrednio analizy regulacji zawartych w polskim ustawodawstwie.

W związku z powyższym niezbędne staje się w następnej kolejności omówienie prawa do ochrony zdrowia, a także podjęcie próby zdefiniowania terminu „zdrowie”, jak również analiza form ochrony zdrowia i zadań służby więziennej w tym zakresie z uwzględnieniem istoty kary pozbawienia wolności.

¹⁰⁶<http://ssdip.bip.gov.pl/artykuly/konwencja-o-ochronie-praw-czlowieka-i-podstawowych-wolnosci.html>
[dostęp: 22 maja 2018 r.].

¹⁰⁷ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 02 kwietnia 1997 r., tekst jednolity Dz.U. z 2009 r., Nr 114, poz. 946.

1. Prawo do ochrony zdrowia

Z ochroną godności ludzkiej i przestrzeganiem praw człowieka nierozzerwalnie wiąże się zagadnienie dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa w zakresie opieki zdrowotnej. Ochrona zdrowia jest bowiem jednym z podstawowych praw człowieka, które po raz pierwszy zostało zapisane w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 r.¹⁰⁸, która to zaczęła obowiązywać od dnia 07 kwietnia 1948 r., kiedy została ratyfikowana przez odpowiednią liczbę państw. Już w preambule podniesiono, że zdrowie jest jednym z podstawowych praw, które przysługuje każdej jednostce ludzkiej bez jakiegokolwiek różnicy np. z uwagi na płeć, rasę, religię, czy warunki ekonomiczne. Dodatkowo podkreślono wagę prawa do ochrony zdrowia wskazując, iż obowiązek umożliwienia jego realizacji obywatelom ciąży na instytucjach państwowych, które mają zagwarantować jak najwyższy poziom świadczonych usług medycznych.

Na obecnym etapie analizy niezbędne staje się także zdefiniowanie terminu „zdrowia” na podstawie omawianej Konstytucji WHO. Określono je bowiem nie tylko jako brak choroby lub ułomności, ale jako stan zupełnej pomyślności zarówno fizycznej, psychicznej, jak również społecznej. Takie rozumienie zdrowia jako zupełnego dobrostanu prowadzi do pojmowania go nie jako jednego z dóbr i praw przysługujących ludziom, ale jako zbiór wszystkich innych dóbr. Przy uwzględnieniu, iż zgodnie z preambułą Konstytucji WHO, każdy człowiek ma mieć możliwość korzystania z najwyższego osiągniętego poziomu zdrowia oraz tak szerokiego ujęcia zdrowia jako zupełnej pomyślności, może prowadzić do stwierdzenia, że każdemu człowiekowi przysługuje prawo do korzystania z najwyższego dostępnego poziomu wszelkich dóbr składających się na życiowe powodzenie. Konsekwencją niniejszych ustaleń może być z jednej strony brak możliwości zagwarantowania przez instytucje państwowe wszystkim ludziom określonych warunków, a z drugiej strony może to rodzić roszczenie społeczeństwa o realizację owych założeń przy jednoczesnej możliwości ubiegania się o odszkodowanie z tytułu braku ich spełnienia. Wynika to bowiem z tego, że zgodnie z założeniami Konstytucji WHO instytucje państwowe odpowiadają za zdrowie ludzi zarówno w wymiarze sanitarnym, jak i socjalnym.

¹⁰⁸ <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19480610477> [dostęp: 23 maja 2018 r.].

Następnym ważnym aktem była Powszechna Deklaracja Praw Człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych z dnia 10 grudnia 1948 r.¹⁰⁹ Art. 25 Deklaracji stanowi bowiem, że każdy człowiek ma prawo do takiej stopy życiowej, która zapewni mu i jego rodzinie zdrowie i dobrobyt. Przyczynić się do tego mają m.in. odpowiednie wyżywienie, warunki mieszkalne, odzież, ale również zapewnienie opieki lekarskiej i dostępu do koniecznych świadczeń socjalnych, a także prawo do ubezpieczenia się np. na wypadek bezrobocia lub choroby. Podkreślić należy, iż w Powszechnej Deklaracji brak jest jednak wyraźnego wskazania prawa do ochrony zdrowia, a nacisk został położony na zapewnienie takiej „stopy życiowej”, która to z kolei ma wpływać m.in. na zdrowie obywateli. W związku z powyższym, owa regulacja nakłada z kolei na instytucje państwowe odpowiedzialność za niemal wszystkie sfery życia ludzi, przy jednoczesnym podkreśleniu ich wzajemnych zależności.

W dalszym etapie prawo do ochrony zdrowia zostało podniesione w uchwalonym w 1966 r. Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych¹¹⁰, w którym zagwarantowano obywatelom Państw-Stron możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego na najwyższym dostępnym poziomie. Z punktu widzenia niniejszej pracy istotne jest, iż w art. 12 przedmiotowego Paktu wskazano priorytety dla Państw-Stron, które miały szczególnie przejawiać się w poprawie higieny środowiska oraz higieny przemysłowej we wszystkich aspektach, zapobieganiu chorobom epidemicznym, ich leczeniu i zwalczaniu, a także stworzeniu warunków, które zapewnią wszystkim ludziom pomoc i opiekę lekarską na wypadek zaistnienia choroby. Wymienione działania stanowią jednak *sui generis* konieczność do pełnego realizowania prawa do ochrony zdrowia. Podkreślić jednak należy, że w art. 2.1 wskazano niezbędność podjęcia przez państwa, które nie są w stanie zapewnić pełnej realizacji ochrony zdrowia, koniecznych kroków celem stopniowego przeprowadzenia zmian i w konsekwencji zagwarantowaniu jak najwyższego poziomu usług świadczonych z zakresu ochrony zdrowia.

Kolejnym istotnym dokumentem dotyczącym prawa do ochrony zdrowia jest Deklaracja z Alma-Ata przyjęta w 1978 r. przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia poświęcone Podstawowej Opiece Zdrowotnej¹¹¹. Owa deklaracja miała być odpowiedzią na stwierdzenie ogólnie złego stanu zdrowia społeczeństwa i podjęcie międzynarodowych działań celem

¹⁰⁹ S. Lelental, *Wybór źródeł do nauki prawa karnego wykonawczego*, Łódź 1992 r., s. 17-23.

¹¹⁰ <https://amnesty.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Miedzynarodowy-Pakt-Praw-gosp-spol-kult.pdf> [dostęp online: 25 czerwca 2017 r.]

¹¹¹ http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [dostęp online: 26 czerwca 2017 r.].

zapewnienia wszystkim ludziom na świecie ochrony zdrowia. Co do zasady podtrzymano definicję terminu „zdrowia” z preambuły WHO przy jednoczesnym podkreśleniu, że zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka – bez żadnych wyjątków. Z kolei zapewnienie ludziom najwyższego poziomu ochrony zdrowia ma stanowić podstawę dla społeczności międzynarodowej przy uwzględnieniu współpracy w tym zakresie różnych sektorów państwowych, jak np. zdrowotnego, politycznego, ekonomicznego i prawnego. Jednocześnie w Deklaracji wyartykułowano, iż to rządy są odpowiedzialne za stan zdrowia wszystkich swoich obywateli, co rzutuje na konieczność podejmowania przez instytucje państwowe stosownych działań prozdrowotnych i społecznych. Ludzie mają mieć przy tym jednak prawo do uczestniczenia w planowaniu i wdrażaniu systemu opieki zdrowotnej. Aczkolwiek zasadniczą rolę ma realizować podstawowa opieka zdrowotna, która będzie spełniała pewne minimum w zakresie ochrony zdrowia i zgodnie z Deklaracją ma się ona przejawiać m.in. w dostarczaniu podstawowych leków, zwalczaniu chorób zakaźnych, endemicznych oraz właściwym leczeniu powszechnych chorób i urazów.

W związku z powyższym wnioskować można, że na podstawową opiekę zdrowotną składają się nie tylko *stricte* świadczenia medyczne, ale również aktywność państwa i społeczeństwa, która ma zapewnić ludności podstawowe dobra determinujące zachowanie szeroko pojętego zdrowia. Ustalenie to jest kluczowe z uwagi na temat niniejszej rozprawy, gdyż ciążący na instytucjach państwowych obowiązek zapewnienia wszystkim obywatelom odpowiednich warunków do realizacji prawa do ochrony zdrowia nabiera szczególnego znaczenia w stosunku do osób pozbawionych wolności. Jest to związane z wcześniej już wspomnianym uzależnieniem więźniów od działalności administracji publicznej wraz z umożliwieniem realizacji podstawowego celu wymiaru kary pozbawienia wolności w postaci readaptacji społecznej osób izolowanych.

Z tego względu następnym ważnym dokumentem jest Rezolucja Światowej Konferencji Zdrowia z 1977 r.¹¹² pod nazwą „Zdrowie dla wszystkich”, która w pewnym sensie urzeczywistniła założenia WHO poprzez stwierdzenie, że – owszem, ludzie mają prawo dostępu do jak najwyższego możliwego poziomu ochrony zdrowia, jednak ma to się przejawiać w zapewnieniu przez instytucje państwowe pewnego minimum do realizacji tegoż prawa. Zagwarantowanie przez administrację publiczną minimum w zakresie ochrony zdrowia ma

¹¹² World Health Organization. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care „Health for All” Series, No. 1. WHO, Geneva, 1978.

bowiem warunkować produktywność ludności oraz jej czynny udział w życiu społecznym, przy jednoczesnej realizacji pełnionych przez dane jednostki ról społecznych. W konsekwencji tych ustaleń pojawia się zarys istoty zapewnienia realizacji prawa do ochrony zdrowia przez instytucje państwowe osobom odbywającym kary izolacyjne. Dodatkowo podkreśla to również tytuł omawianego programu „Zdrowie dla wszystkich” - które to ma być możliwe do osiągnięcia w jego szerokim znaczeniu dla każdego człowieka, bez żadnych wyjątków. W następstwie tego, zagwarantowanie ochrony zdrowia więźniom i przełożenie całości ciężaru z tym związanego na aparat publiczny, w sposób szczególny rzutuje na umożliwienie readaptacji społecznej osób odizolowanych. Jest to związane z tym, iż więźniowie mogą stać się produktywni oraz mogą realizować swoje role społeczne w sposób prawidłowy jedynie w przypadku, gdy nie będą dyskryminowani i odrzucani przy jednoczesnym zapewnieniu im warunków jak najbardziej podobnych do panujących w otwartym społeczeństwie. To z kolei wpływa na konieczność zagwarantowania im realizacji prawa do ochrony zdrowia, które jak zostało wyżej wspomniane wpływa na postawę ludzi i ich działanie.

W toku analizy prawa do zdrowia niezbędne staje się także odniesienie do Ogólnych Komentarzy Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ, który to ma weryfikować realizację założeń Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych – również w zakresie ochrony zdrowia i aspektów z tym związanych – poprzez rozpatrywanie raportów składanych przez Państwa-Strony co pięć lat.

Z punktu widzenia tematu opracowania jako najważniejsze, poświęcone prawu do zdrowia, należy wskazać Ogólne Komentarze nr 3 (1990)¹¹³, 14 (2000)¹¹⁴, nr 19 (2008)¹¹⁵ i nr 20 (2009)¹¹⁶. Na ich podstawie można wyróżnić rodzaje przysługujących ludziom praw, które są ściśle związane ze zdrowiem i które poniekąd je warunkują. Zagwarantowanie ochrony zdrowia nie ma bowiem dotyczyć jedynie opieki medycznej, ale również m.in. prawa do zdrowego pożywienia i odpowiednich warunków mieszkalnych. Takie ujęcie zdrowia po raz kolejny nakłada obowiązek zapewnienia realizacji prawa do zdrowia nie tylko przez sektor medyczny, ale również przez inne instytucje państwowe wykonujące świadczenia społeczne,

¹¹³ CESCR [1990] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „The Nature of States Parties’ Obligations – General Comment 3 (1990)” 5th Session, Geneva, 14 December, 1990.

¹¹⁴ CESCR [2000] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „The Right to the Highest Attainable Standard of Health – General Comment 14 (2000),” 22nd Session, Geneva, April 25 – May 12, 2000.

¹¹⁵ CESCR [2008] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „The right to social security – General Comment 19 (2008)” 39th Session, Geneva, 5–23 November 2007, 2008.

¹¹⁶ CESCR [2009] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „Non-discrimination in economic, social and cultural rights – General Comment 20 (2009)” 42nd Session, Geneva, 4–22 May, 2009.

np. administrację więzienną, policję, ośrodki pomocy społecznej. Jednocześnie możliwe staje się także określenie warunków dostępu do „elementów prawa do zdrowia”, a więc do dóbr ściśle związanych z realizacją ochrony zdrowia. Muszą one być bowiem osiągalne dla wszystkich – z poszanowaniem zasady niedyskryminacji i godności ludzkiej – a więc konieczne staje się zapewnienie ich w dostatecznej ilości, z możliwością skorzystania z nich w każdej chwili – również przy uwzględnieniu odpowiedniej wartości pieniężnej wraz z udostępnieniem stosownych informacji.

Dodatkowo uprawnienia przysługujące ludziom i świadczenia związane z ochroną zdrowia muszą być akceptowane przez społeczeństwo jak i podmioty profesjonalne oraz cechować się odpowiednim poziomem usług. Jest to bardzo istotne w odniesieniu do nastawienia polskiego społeczeństwa względem realizacji praw przysługujących osadzonemu. Większość uważa bowiem ich zagwarantowanie osobom odbywającym karę pozbawienia wolności jako *sui generis* przywileje. Taka postawa powinna być jednak negowana, gdyż osadzeni są takimi samymi ludźmi, jak pozostałe osoby żyjące w społeczeństwie otwartym. Tylko z tego tytułu, że każda osoba pozbawiona wolności jest człowiekiem, przysługują jej wszelkie prawa wynikające z godności ludzkiej i zasady humanitaryzmu – również w zakresie ochrony zdrowia. Z kolei postawa członków społeczeństwa w postrzeganiu osadzonych jest bardzo ważna. W sytuacji braku akceptacji osób pozbawionych wolności, instytucje państwowe mają bowiem ograniczone możliwości w celu realizacji ich praw i urzeczywistnienia celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Wiąże się to z tym, iż nawet gdyby regulacje prawne były skonstruowane w sposób wzorcowy, ich pełna realizacja nie byłaby możliwa. Przejawem tego może być dyskryminacja więźniów już po wyjściu z jednostki penitencjarnej, np. w zakresie znalezienia pracy, przyznania lokalu mieszkalnego, a także zawarcia nowych znajomości towarzyskich. Konsekwencją gruntownej reformy więziennictwa mogłyby być również manifestacje lub chęć zmiany rządzących.

Spółeczeństwo polskie powinno jednak zauważyć, że od tego jaki jest efekt odbywania kary pozbawienia wolności w dużej mierze zależy całokształt funkcjonowania społeczeństwa i gospodarki. Przykład na to, iż zmiana nastawienia ludzi żyjących „na wolności” w stosunku do osadzonych jest niezbędna, stanowi ewolucja przedmiotowego podejścia w społeczności w Kirgistanie¹¹⁷. W kraju tym bowiem zauważono swego rodzaju opłaczalność zapewnienia

¹¹⁷ *Bрудна зона*/Paweł Moczydłowski; rozm. przepr. Magdalena Grzebałkowska, Gazeta Wyborcza 2009, nr 27, s. 14-15.

osadzonym realizacji ich praw z uwagi na konsekwencje takiego działania w przyszłości. W następstwie rozpoczęto reformę więziennictwa m.in. pod względem ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności, które przebywając w jednostkach penitencjarnych były do tej pory z reguły chore na różne choroby zakaźne. W konsekwencji braku odpowiedniej profilaktyki i leczenia, choroby te rozprzestrzeniały się poprzez kontakt osadzonych z osobami bliskimi w zakładach karnych lub z innymi ludźmi już bezpośrednio po odbyciu kary. Wówczas okazało się, że dla dobra ogółu opłacałoby się „zadbanie” o osoby odbywające kary izolacyjne. Mimo iż prezentowany tok myślenia w pewien sposób odbiega od zasady ochrony godności ludzkiej i zasady humanitaryzmu względem osadzonych, skłania on jednak społeczeństwo do refleksji m.in. nad warunkami bytowymi, sanitarnymi i zdrowotnymi wykonywania kary pozbawienia wolności. Jest to bowiem związane w dłuższej perspektywie chociażby z oddziaływaniem osób, które już odbyły karę pozbawienia wolności na pozostałych członków społeczeństwa. Zależność tę z pewnością zauważono w krajach skandynawskich, w których osadzeni mają zapewnione jak najwyższe standardy, które instytucje państwowe są w stanie im zapewnić¹¹⁸. Szczególny nacisk kładzie się na współpracę z więźniami, z którymi relacje są bardzo indywidualne chociażby z uwagi na fakt, iż w krajach tych na jednego skazanego przypada minimum jeden funkcjonariusz. Możliwe jest wówczas szczegółowe poznanie osadzonego. Nie może ono jednak mieć charakteru wyłącznie wglądu do akt, sporadycznej rozmowy z więźniem i jego okresowej obserwacji. Polegać ono powinno na poznaniu osobowości danego osadzonego, posiadanych przez niego wartości, marzeń, priorytetów, sytuacji rodzinnej i ekonomicznej. Wówczas więzień może poczuć zrozumienie i wsparcie, a także otrzymać cenne wskazówki dotyczące życia codziennego, które z uwagi na wcześniejszy styl życia były mu zupełnie obce. W takich sytuacjach osadzony mający zapewnione odpowiednie wsparcie (również w formie konsultacji psychologicznych, udziału w różnego rodzaju terapiach uzależnień, otrzymywania potrzebnych mu leków lub pomocy niezbędnej w wyniku niepełnosprawności fizycznej) jest aktywny, współpracuje i dostrzega potrzebę zmiany swojego życia.

Z powyższego można wnioskować, iż prawo do zdrowia jest kluczowym czynnikiem wpływającym na osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności i może być realizowane m.in. w przypadku zapewnienia odpowiednich cen leków, wyposażenia szpitali, wysokiego poziomu wykształcenia pracowników medycznych, udzielania informacji na temat

¹¹⁸ *Ibidem.*

produktów medycznych i żywnościowych. Jednak, aby przysługujące ludziom prawa, a także dobra poniekąd warunkujące dobre zdrowie mogły być realizowane, niezbędne staje się wykonywanie przez instytucje państwowe określonych obowiązków, które będą stopniowo wypełniały założenia zawarte w Pakcie. W celu realizacji tych zobowiązań przez Państwa-Strony poszczególne kraje, przy uwzględnieniu ich sytuacji gospodarczej, prawnej, społecznej i kulturowej powinny podjąć wszelkie niezbędne kroki, w każdym z poszczególnych sektorów zmierzające do umożliwienia wszystkim ludziom korzystania z najwyższego osiągniętego w danym państwie poziomu ochrony zdrowia. O ile jednak część działań będzie mogła, a wręcz musiała być realizowana stopniowo z uwagi na powyższe czynniki, np. rozwój medycyny, zakup sprzętu, o tyle niektóre elementy składowe prawa do zdrowia muszą być zagwarantowane natychmiastowo, np. przestrzeganie humanitarnego traktowania i zakazu dyskryminacji. W toku analizy Paktu oraz wyżej wymienionych Ogólnych Komentarzy można również stwierdzić, że obowiązek ochrony zdrowia przejawia się w ochronie dóbr konstytuujących zdrowie, ale również dóbr, które to zdrowie warunkują.

Prawo do zdrowia powinno być jednak realizowane w dwóch płaszczyznach. Pierwsza dotyczy bowiem zapewnienia jego ochrony i zagwarantowania świadczenia niezbędnych w danym przypadku usług medycznych. Z kolei druga płaszczyzna powinna odnosić się do autonomii każdej osoby, co do decydowania o podejmowaniu działań zmierzających do zachowania i odzyskania zdrowia, ale również w przypadku rezygnacji ze świadczeń medycznych.

Zapewnienie ochrony zdrowia jest również wskazane jako jeden z celów polityki prowadzonej przez Unię Europejską w art. 191 ust. 1 Traktatu o Funkcjonowaniu UE¹¹⁹, które ma być realizowane na wysokim poziomie (art. 114 Traktatu). W ramach działalności UE wskazać trzeba także powołaną na mocy ww. Traktatu Europejską Kartę Społeczną, w której prawo do ochrony zdrowia sformułowano w części I pkt. 11 oraz wiąże się ono z podjęciem przez Państwa-Strony działań, które będą zmierzały do jak najdalej idącej eliminacji chorób przy jednoczesnym zagwarantowaniu dostępu do informacji, porad i szeroko pojętych świadczeń medycznych. Jednocześnie Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej¹²⁰ statuuje, iż każdy człowiek ma prawo zarówno do leczenia jak i profilaktyki w warunkach istniejących

¹¹⁹ Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej – wersja skonsolidowana, Dz.U. Unii Europejskiej C 326/47.

¹²⁰ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (2010/C 83/02), Dz. U. Unii Europejskiej C 83/389.

w poszczególnych państwach członkowskich – celem staje się jednak zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzi.

Na obecnym etapie niniejszego opracowania należy odwołać się także do polskiego ustawodawstwa odnoszącego się do prawa do zdrowia, które to z kolei zostanie szerzej omówione w dalszej części pracy, gdzie zostaną szczegółowo przeanalizowane regulacje prawne obowiązujące w Polsce, dotyczące ochrony zdrowia w kontekście osób pozbawionych wolności. W pierwszej kolejności podnieść trzeba jednak, iż prawo do ochrony zdrowia jest zagwarantowane w Konstytucji RP w jej art. 68. co kładzie szczególny obowiązek na instytucje państwowe w zakresie zapewnienia gwarancji jego realizacji. Ma to szczególne znaczenie w związku z tym, iż uprawnienie to wynika z poszanowania godności ludzkiej, zasady humanitaryzmu i niedyskryminacji przy jednoczesnym traktowaniu prawa do ochrony zdrowia jako prawa podmiotowego. Jednocześnie należy odnieść się do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹²¹ z dnia 27 sierpnia 2004 r., w której wyartykułowano szereg zadań do zrealizowania przez poszczególne szczeble władzy państwowej w celu ochrony zdrowia społeczeństwa. To na instytucjach państwowych spoczywa bowiem obowiązek zapewnienia m.in. warunków do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, finansowanie świadczeń medycznych, promocja zdrowia i jego profilaktyka, ale także analiza potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz ich ocena. Z kolei zgodnie z art. 15 tejże ustawy wszystkie osoby uprawnione mają mieć dostęp do szerokiego zakresu usług medycznych w postaci, np. podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń wysokospecjalistycznych, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, różnego rodzaju leków, a także środków spożywczych specjalnego przeznaczenia.

1.1. Wielowymiarowość zdrowia

W następstwie dokonania powyższej analizy prawa do zdrowia i ustaleniem zakresu obowiązków jakie ciąży na instytucjach państwowych w związku z zagwarantowaniem ludziom jego realizacji można podjąć próbę definicji „zdrowia”. Wskazać jednak trzeba, że

¹²¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2017, poz. 858.

termin ten należy odróżnić od pojęcia „zdrowia publicznego”, które dotyczy szerszej zbiorowości, a co zostanie wyjaśnione poniżej.

Pojęcie „zdrowia” najogólniej je ujmując można odnosić do jednostek i zgodnie z odwiecznym rozumieniem definiować jako stan opozycyjny do choroby – taka definicja jest jednak niewystarczająca. W pewnym sensie, nawiązując do zakresu pojęciowego wypracowanego przez WHO, zdrowie można rozumieć także jako *sui generis* stan równowagi i harmonii organizmu¹²². Z punktu widzenia niniejszego opracowania kluczowe może być pojmowanie zdrowia nie tylko jako brak choroby, ale także jako dobre samopoczucie i możliwość społecznego przystosowania się w warunkach najkorzystniejszych jakie są w danej chwili osiągalne¹²³ oraz jako proces, którego celem jest doskonalenie się ludzi i stwarzanie coraz lepszych warunków umożliwiających dalszy rozwój. Oznacza to, że „zdrowie” stanowi pewnego rodzaju stan dobrostanu, który przejawia się w aspekcie fizycznym, psychicznym, ale także społecznym. Koncepcja ta nawiązuje do myśli Hipokratesa zgodnie, z którą na zdrowie ma wpływ równowaga człowieka z jego środowiskiem¹²⁴, co oznacza, że zdrowie zależy od uwarunkowań zewnętrznych środowiska w jakim przebywa dany człowiek.

Na przestrzeni lat jednak znaczenie i rola zdrowia zmieniały swój charakter. Wskazać m.in. należy na rozwój teorii wzrostu endogenicznego, która rozpowszechniła się w latach 80. ubiegłego wieku, a zgodnie z którą to kapitał ludzki jest jednym z głównych czynników rozwoju gospodarczego. Z kolei kapitał ludzki rozumiany jest obecnie jako podstawowy czynnik rozwoju, a jego cechą szczególną jest integralność z człowiekiem i brak możliwości samodzielnego funkcjonowania. W tym kontekście zgodzić się należy z T. W. Schultzem¹²⁵ i G. S. Beckerm¹²⁶ uważanych za prekursorów teorii dotyczącej kapitału ludzkiego, którzy wskazali, że na owy czynnik rozwoju składa się m.in. edukacja, migracja, ale również opieka zdrowotna rozumiana w kontekście świadczonych usług zdrowotnych. Prezentowane stanowisko jest tak ważne z punktu widzenia niniejszego opracowania, gdyż jak zostało wskazane wcześniej to na instytucjach państwowych ciąży szczególny obowiązek w zakresie

¹²² Por.; M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010, s. 22; K. Dąbrowski, *Zdrowie psychiczne*, Warszawa 1979, s. 34.

¹²³ C. Korczak, J. Leowski, *Problemy higieny i ochrony zdrowia*, WSiP Warszawa 1977 s. 3.

¹²⁴ T.B. Kulik, *Koncepcje zdrowia w medycynie*, [w:] T.B. Kulik, I. Wrońska (red.), *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola 2000, s. 15–38.

¹²⁵ Schultz T.W. (1961), *Investment in Human Capital*, „The American Economic Review” 51, Nr. 1 (1. March): 1-17, s. 2-3.

¹²⁶ Becker G.S. (1964), *Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. University of Chicago Press.

zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej osobom odbywającym kary izolacyjne. W tym kontekście zdrowie stanowi składnik kapitału ludzkiego, który wpływa na długość życia, siłę ludzi, witalność, chęć współpracy, samorozwoju i zmianę ich postawy, a tym samym na umożliwienie readaptacji społecznej osadzonych. Z kolei w następstwie zapewnienia należytych warunków do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności przez instytucje państwowe, osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności staje się możliwe do zrealizowania. Dotyczy to nie tylko celu minimum, którym jest readaptacja społeczna osadzonych, ale także celu maksimum, którym jest identyfikacja więźnia ze społeczeństwem otwartym i akceptacja panujących w nim norm moralnych. Stan zdrowia wpływa bowiem także bezpośrednio na pełnienie przez ludzi ich ról społecznych. Zmierzające działania instytucji państwowych w zakresie zapewnienia ochrony zdrowia prognozują z kolei pozytywnie nie tylko w odniesieniu do celu wychowawczego kar izolacyjnych, ale także w szerszym znaczeniu na rozwoju społeczeństwa i w dalszym etapie gospodarki. Ponoszone bowiem nakłady na ochronę zdrowia decydują o stanie fizycznym i psychicznym jednostek, ale również całego społeczeństwa i w następstwie mogą wpływać na jego produktywność i rozwój ekonomiczny¹²⁷.

W związku z powyższymi ustaleniami należy podkreślić wielowymiarowość zdrowia. Takie rozumienie omawianego terminu jest bardzo ważne z punktu widzenia osób pozbawionych wolności. Wiąże się to bowiem z kilkoma zagadnieniami. Po pierwsze, każda jednostka ludzka musi mieć zagwarantowaną ochronę zdrowia z uwagi na to, iż zdrowie stanowi *sui generis* prawo podmiotowe każdego obywatela, które to z kolei jest w ścisłym powiązaniu z godnością ludzką oraz przestrzeganiem zasady humanitaryzmu. Po drugie, w następstwie tego, iż zdrowie jest dobrem prawnie chronionym (zarówno na gruncie prawa międzynarodowego, europejskiego i krajowego) to na instytucjach państwowych ciąży obowiązek realizacji jego ochrony, a także zapewnienia wszelkich niezbędnych ku temu środków. Zrealizowanie zadań przez administrację państwową w zakresie ochrony zdrowia musi być ściśle powiązane z działalnością społeczeństwa oraz poziomem naukowym i stanem ekonomicznym danej zbiorowości. Każda jednostka ludzka powinna bowiem mieć dostęp do wszelkiego rodzaju świadczeń medycznych dostępnych w danym państwie – oraz w ramach zagranicznej współpracy – które są niezbędne w jej przypadku w celu zachowania szeroko pojętego zdrowia. Oczywiście podkreślić należy w tym momencie aspekt społeczny

¹²⁷ Por. Laskowska I., *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*, Łódź 2012, str. 18.

zapewnienia ochrony zdrowia, gdyż o ile instytucje państwowe są zobligowane do zapewnienia podstawowych filarów w tym zakresie, np. odpowiednich przepisów, przeznaczenie środków finansowych na opiekę zdrowotną, zatrudnienie dostatecznej liczby personelu medycznego, zagwarantowanie dostępu do leków, o tyle to na każdym człowieku ciąży obowiązek dbałości o siebie i otaczające go środowisko. Powinność ta wynika bowiem z zasad współżycia społecznego oraz złożonego charakteru zdrowia, a także jego współzależności z życiem każdej osoby i stanowieniem jednego z elementów kapitału ludzkiego.

1.2. Znaczenie zdrowia w toku wykonywania kary pozbawienia wolności

Ograniczone osobiste działania w sferze ochrony zdrowia mają jednak osoby pozbawione wolności. Przejawia się to m.in. w braku możliwości samodzielnego udania się na wizytę lekarską, zakupu leków, zapewnienia sobie stosownej diety i higienicznych warunków bytowych, przeprowadzania badań kontrolnych, czy zagospodarowania czasu wolnego. Więźniowie przebywając w odizolowaniu są w następstwie uzależnieni od instytucji państwowych. W konsekwencji tego, to na organach publicznych spoczywa obowiązek zapewnienia osobom pozbawionym wolności wszelkich elementów składowych związanych z ochroną zdrowia, które wiąże się z poszanowaniem godności ludzkiej oraz zasadą humanitarnego traktowania ludzi. Wskazać przy tym należy, iż zagwarantowanie realizacji prawa do ochrony zdrowia przez instytucje państwowe osobom izolowanym ma szczególny charakter z uwagi na cel wykonywania kary pozbawiania wolności, którym jest umożliwienie więźniom readaptacji społecznej, co musi tym samym wiązać się z zapewnieniem ku temu sprzyjających warunków.

Jak zostało wyżej wskazane, na zdrowie składa się wiele elementów – tym samym jego ochrona również musi być złożona. Biorąc pod uwagę cel wykonywania kary pozbawienia wolności oraz wielowymiarowość zdrowia, a także zapewnienie jego ochrony przez ustawodawcę, należy podkreślić ciążący na instytucjach państwowych obowiązek związany z realizacją tych założeń. W związku z tym to administracja publiczna jest zobligowana do zapewnienia więźniom takich warunków, które tę ochronę będą wypełniały. Biorąc pod uwagę, że szeroko pojęte zdrowie człowieka jest ściśle powiązane z jego bytem w społeczeństwie, stanem emocjonalnym, postrzeganiem świata, rozwojem duchowym i naukowym, a także ekonomicznym, należy przyjąć, że w przypadku braku ochrony zdrowia uniemożliwiona będzie

readaptacja społeczna odizolowanych jednostek. Będzie się to bowiem wiązało z ich poczuciem odrzucenia, dyskryminacji, braku możliwości rozwoju, ale również ze strachem i swego rodzaju buntem przeciwko sytuacji, w której się znaleźli oraz w zakresie współpracy m.in. z pracownikami administracji więziennej. Doprowadzić to może do bezskuteczności wykonywania kary pozbawienia wolności poprzez brak „poprawy” więźniów, a także do powstania dużych różnic pomiędzy osobami odizolowanymi, a żyjącymi w społeczeństwie otwartym, co w następstwie może skutkować znacznymi dysproporcjami pomiędzy ludźmi i konfliktami społecznymi. W następstwie powyższego zapewnienie ochrony zdrowia osadzonym przez instytucje państwowe jest tak ważne. Wiąże się to również z postrzeganiem zdrowia jako dobra w dwóch płaszczyznach¹²⁸, a więc jako dobro inwestycyjne (stanowiące element kapitału ludzkiego, które może być odnawiane i powiększane poprzez ponoszenie odpowiednich nakładów) oraz konsumpcyjne, gdy jest odczuwalne indywidualnie przez jednostkę i generuje jej dobre samopoczucie, zadowolenie, chęć do pracy i aktywności. Właśnie z uwagi na prezentowane stanowisko ochrony zdrowia nie należy rozpatrywać jedynie w kontekście ponoszonych kosztów, ale przede wszystkim jako inwestycję w rozwój społeczeństwa i umożliwienie zmian poszczególnym jednostkom poprzez zapewnienie odpowiednich ku temu warunków.

W związku z tematem niniejszego opracowania oraz wpływem jaki ma ochrona zdrowia na proces readaptacji społecznej więźniów, a także konsekwencji tych działań na osobę pozbawioną wolności oraz na społeczeństwo, należy pokrótce wskazać również czym jest zdrowie publiczne. Pierwszą i najbardziej trafną definicję tego pojęcia opracował C. Winslow, który zdefiniował zdrowie publiczne jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności, warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”¹²⁹. Bezspornie da się zauważyć, iż przedstawiona definicja jest bardzo szeroka i składa się na nią kilka elementów. Podkreśla to jednak złożoność samego pojęcia zdrowia i jego wpływ na całe społeczeństwo. Światowa Organizacja Zdrowia w w/w deklaracjach dodała jednak do sfery przedmiotowej

¹²⁸ Grossman, Michael, *On the concept of health capital and the demand for health*, JoPE 1972, s.243-246, [dostęp online 25 czerwca 2017 r. <https://pdfs.semanticscholar.org/e656/466bba4f898ad560498998639eb147f62396.pdf>].

¹²⁹ M. Miller, A. Zieliński, *Zdrowie publiczne – misja i nauka*, Przegląd Epidemiologiczny 2002, Nr 56, s. 552.

definicji zdrowia publicznego również element zdrowia psychicznego. Należy uznać to jako trafny zabieg, gdyż zdrowie publiczne dotycząc danego społeczeństwa musi realizować ochronę zdrowia w szerokim zakresie. Jak zostało bowiem wcześniej wspomniane, zdrowie to nie tylko brak choroby, ale ogólny stan umożliwiający prawidłowe funkcjonowanie człowieka zarówno w sferze indywidualnej, jak i w społeczeństwie, a co za tym idzie konieczne staje się zapewnienie ludziom odpowiednich warunków ku temu zmierzających. Odnosząc to do osób pozbawionych wolności należy wnioskować, że legalna izolacja obliuguje organy państwowe do zabezpieczenia dóbr więźniów oraz zapewnienia im bezpieczeństwa m.in. poprzez ochronę ich zdrowia. Ponoszenie odpowiedzialności przez instytucje publiczne za ochronę dóbr osób pozbawionych wolności nabiera szczególnego znaczenia z uwagi na to, że zwłaszcza osoby izolowane są bardzo podatne na proces wiktylizacji. Tym samym to organy państwowe muszą zrealizować obowiązek zapewnienia wszelkich niezbędnych dóbr osobom pozbawionym wolności, które są powszechnie dostępne w otwartym społeczeństwie. Powyższe stanowisko reprezentuje również Europejski Trybunał Praw Człowieka¹³⁰.

Jednocześnie, jak zostało już podniesione, należy pamiętać, że więzienia nie są miejscami jedynie wykonywania kar, ale charakteryzują się także podejmowaniem obserwacji osób pozbawionych wolności. Na tej podstawie możliwe staje się poznanie zachowań więźniów, ich skłonności, ocenienie ewentualnej poprawy, a także potrzeb i pragnień. Pogląd taki wyrażają także M. Foucault i L. Faucher¹³¹. W ten sposób administracja penitencjarna może stworzyć takie warunki pobytu skazanych, które będą oddziaływały pozytywnie na ich „poprawę” i skłonią ich do podjęcia działań zmierzających do readaptacji społecznej. Zapewnienie odpowiednich warunków ochrony zdrowia jest tak kluczowe, także z uwagi na negatywne konsekwencje niskiego poziomu zdrowia człowieka. Biorąc za przykład osobę osadzoną w jednostce penitencjarnej, która ma problemy zdrowotne i nie otrzymuje pomocy można sobie wyobrazić konsekwencje istniejącego stanu rzeczy. Więzień staje się rozgoryczony, zły, apatyczny, nie chce współpracować, buntuje się – w takich okolicznościach nie jest możliwe osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Tak samo dzieje się bowiem w społeczeństwie otwartym, gdy zły stan zdrowia, choroba negatywnie wpływa na aktywność ekonomiczną i gospodarczą, a także często na relacje rodzinne.

¹³⁰ Wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka: w sprawie Tomasi v. Francja z dnia 27 sierpnia 1992 r., sygn. 12850/87; w sprawie Aerts v. Belgia z dnia 30 lipca 1998 r., sygn. 25357/94.

¹³¹M. Foucault, *op. cit.*, s. 242.

Z kolei w odniesieniu do osób pozbawionych wolności można przyjąć, że odczuwanie jakichkolwiek pejoratywnych doznań jest znacznie silniejsze niż w przypadku osób żyjących w otwartym społeczeństwie z uwagi na ich izolację, uzależnienie od administracji więziennej i brak możliwości swobodnego działania. Właśnie dlatego tak ważne jest zapewnienie osadzonym warunków jak najbardziej zbliżonych do panujących poza jednostką penitencjarną, aby wzbudzić w nich identyfikację ze społeczeństwem otwartym i umożliwić proces readaptacji społecznej.

Należy jednak zauważyć, że przedstawione pojmowanie zdrowia – również w kontekście definicji WHO – kładzie nacisk na prawidłowe funkcjonowanie człowieka w sferze fizycznej, psychicznej, jak również społecznej, które przejawia się z kolei w satysfakcjonujących go działaniach w wymienionych obszarach. Wyznaczenie takiego zakresu terminu zdrowia wpływa następnie na jego oddziaływanie na jakość życia ludzi. W związku z tym proces leczenia, a szerzej ochrony zdrowia, nie powinien polegać jedynie na usunięciu objawów chorób, czy przedłużaniu życia, ale także na poprawie ogólnej sytuacji chorej osoby. Celem takiego działania powinno być bowiem zapewnienie choremu warunków jak najbardziej zbliżonych do tych odpowiadających ludziom zdrowym – wtedy wówczas leczenie można nazwać efektywnym¹³². Podkreślić należy, że także zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia na jakość życia składają się takie elementy jak stan fizyczny i psychiczny człowieka, relacje społeczne, otaczające środowisko, przekonania i poglądy. Z kolei zagadnienie jakości życia jest tak ważne z punktu widzenia niniejszej pracy, gdyż ludzie wykazują chęć zmiany swojej osoby w sprzyjających dla nich warunkach.

W odniesieniu do osób odbywających kary izolacyjne, które są uzależnione od instytucji państwowych zarówno w zakresie codziennego funkcjonowania, jak również możliwości rozwoju i ochrony zdrowia, powyższe twierdzenia są tym bardziej istotne. Właśnie dlatego to administracja jest zobligowana do ponoszenia ciężaru zapewnienia osadzonym odpowiednich warunków do realizacji ich praw wynikających z godności ludzkiej i zasady humanitaryzmu, np. poprzez dostarczenie potrzebnych leków, ale także umożliwienie pracy i nauki. Poprzez zagwarantowanie osobom pozbawionym wolności realizacji ich praw i odczuwanie przez nich satysfakcji, *sui generis* dobrostanu, można bowiem umożliwić im codzienną aktywność, dobrą kondycję psychiczną i chęć zmiany, a tym samym urzeczywistnić ich readaptację społeczną.

¹³² Por. B. Tobiasz-Adamczyk, Społeczny wymiar jakości życia i jego uwarunkowania. [w:] M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak (red.) *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*, Warszawa 2016, s. 171-183; K. Nowak, *Jakość życia w chorobie psychicznej*, Radom 2010, s. 47.

Dzieje się tak dlatego, że człowiek, który czuje się spełniony, usatysfakcjonowany potrzebny oraz ma możliwość rozwoju – adekwatnie do swojego położenia i otaczającego go środowiska – wyraża gotowość do podjęcia współpracy. To z kolei jest tak ważne podczas zmierzania do osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności, ponieważ osadzeni z reguły są negatywnie nastawieni do pracowników jednostek penitencjarnych odmawiając tym samym współpracy i uniemożliwiając ich readaptację społeczną.

W toku prowadzonej analizy pojawia się pytanie, czy jest jednak możliwe takie oddziaływanie na osoby odbywające kary izolacyjne, które skłoni je do poprawy? Pytanie to jest istotne z uwagi na charakter jednostek penitencjarnych, które można nazwać instytucjami zupełnymi, tworzącymi swój oddzielny świat i funkcjonującymi na własnych zasadach – często innych niż panujących w społeczeństwie otwartym. Właśnie dlatego należy zgodzić się ze stanowiskiem P. Stępniaka i W. Siwińskiego, którzy wskazują, że działania administracji więziennej nie mogą ograniczać się jedynie do działań następczych, ale muszą być połączone z profilaktyką¹³³. Zgodzić się należy z przytoczonym stanowiskiem z uwagi na to, iż w przypadku zaspokojenia podstawowych potrzeb osadzonych i realizacji przysługujących im praw można byłoby zapobiec negatywnym skutkom następczym.

Odnosząc się bezpośrednio do tematu niniejszego opracowania, w przypadku prowadzenia odpowiedniej profilaktyki prozdrowotnej istniałaby możliwość wyeliminowania dużej liczby ujemnych skutków chorobowych. Takie działanie z kolei można powiązać z dwoma aspektami pracy ze skazanymi. Po pierwsze, w przypadku prowadzenia odpowiedniej profilaktyki zdrowotnej istniałaby szansa na utrzymanie w/w jakości życia osadzonych, którzy w następstwie odczuwania zadowolenia i satysfakcji w związku z brakiem pojawiania się chorób podejmowałiby współpracę w toku pracy penitencjarnej, która to współpraca rokowałaby readaptacją społeczną więźniów. Po drugie zaś profilaktyka w zakresie ochrony zdrowia powinna odnosić się do braku pogarszania się zdrowia osób już chorych i zapewnienia im odpowiednich świadczeń medycznych. Skoro bowiem sam pobyt w więzieniu stanowi dolegliwość, to jednostka w nim przebywająca ma mieć wówczas szansę skorzystania z oddziaływań terapeutycznych, także w zakresie udzielanych świadczeń medycznych.

¹³³ P. Stępniaak, W. Siwiński, Kilka propozycji co do nowej wizji pracy penitencjarnej a ochrona zdrowia skazanych [w:] D. Kowalczyk, A. Szecówka, S. Grzesiak (red.), *Resocjalizacja penitencjarna w kontekstach interdyscyplinarnych*, Wrocław 2015, s. 89.

Zgodnie z przytoczonym już stanowiskiem dodatkowego podkreślenia wymaga praca psychologów z osadzonymi, która również powinna mieć charakter profilaktyczny celem wyeliminowania pejoratywnych skutków izolacji. Wówczas praca penitencjarna zmierzająca do readaptacji społecznej osadzonych musi uwzględniać takie cechy charakterystyczne poszczególnych jednostek jak wiek, płeć, stan zdrowia psychicznego i fizycznego, wykształcenie, poglądy i przekonania oraz stan rodzinny. Wtedy dopiero poznając dokładne potrzeby i priorytety konkretnego więźnia można podjąć stosowne działania do pokazania mu możliwości zrealizowania jego planów i marzeń. Stwarzając osadzonym taką szansę – również poprzez zapewnienie im ochrony zdrowia – rodzi się w nich nadzieja „nowego życia”, w którym mogą być szczęśliwi, a mając taką wizję przyszłości są oni skłonni do efektywnej współpracy celem umożliwienia im powrotu do życia w społeczeństwie otwartym. Jest to związane również z postrzeganiem przez większość członków społeczeństwa zdrowia jako wartości wyższej m.in. od wykształcenia, a także życia. Można wnioskować, że taka postawa wynika z tego, że o ile zdobycie określonego poziomu wykształcenia zależy w głównej mierze od działań danej osoby, o tyle człowiek nie jest w stanie zupełnie wpłynąć na stan swojego zdrowia i zapewnianą mu opiekę medyczną. Podobnie jest z życiem, które dla większości osób chorych i cierpiących, a także niepełnosprawnych nie ma sensu przy takim stanie rzeczy. Takie wartościowanie zdrowia przez społeczeństwo dodatkowo podnosi jego rangę i wytacza kierunki do realizowania jego ochrony, a jednocześnie wskazuje, iż zdrowie jest priorytetem i jego ochrona stanowi klucz do aktywności ludzi i ich gotowości do zmian swoich postaw.

W związku z powyższym oraz z tematem niniejszej pracy niezbędne w dalszej kolejności staje się poddanie analizie zdrowia fizycznego i psychicznego, a także form ochrony zdrowia i zadań więziennej służby zdrowia w tym zakresie, aby móc następnie podjąć weryfikację założeń ustawodawcy co do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności z ich realizacją oraz zaproponować ewentualne kierunki zmian.

2. Definicja zdrowia fizycznego

W toku niniejszego opracowania niezbędna staje się próba charakterystyki zdrowia fizycznego oraz jego zakresu, dzięki czemu możliwe będzie wskazanie priorytetów jednostek medycznych celem ochrony zdrowia. Jednocześnie wskazać będzie można zakres konkretnych

działań podejmowanych przez instytucje państwowe i więzienną służbę zdrowia, które są niezbędne do zrealizowania przysługujących osadzonemu uprawnień z tego tytułu.

Jak zostało wskazane powyżej już termin „zdrowia” stanowi bardzo szerokie pole do dyskusji i obejmuje swoim zakresem wiele aspektów. Jednym z nich jest właśnie zdrowie fizyczne, które najprościej rzecz ujmując można określić jako prawidłowe funkcjonowanie organizmu, a także jego narządów i układów. Uwzględnia ono bowiem stan całego ciała ludzkiego z wszystkimi czynnikami zaczynając od braku choroby do aktualnego poziomu sprawności fizycznej. Można przyjąć, że zdrowie fizyczne ma szczególne znaczenie dla odczuwanej satysfakcji z życia i zadowolenia, gdyż od niego uzależnione jest ogólne samopoczucie osoby, a w następstwie aktywność życiowa danej jednostki. Wskazuje się, że na stan zdrowia fizycznego mogą wpływać takie czynniki jak¹³⁴:

- styl życia danej osoby, na który to z kolei składają się m.in. aktywność fizyczna, sposób odżywiania, ale także określone zachowania, jak np. częste spożywanie alkoholu, palenie papierosów,
- biologiczne cechy jednostki, a więc różnego rodzaju czynniki genetyczne i fizjologiczne,
- otaczające jednostkę środowisko, które powinno być rozumiane w dwojakim zakresie – po pierwsze jako warunki bytowe, w których przebywa człowiek, a więc np. nasłonecznienie, klimat, czystość powietrza, ale także jako wpływ oddziaływania otaczającego jednostkę społeczeństwa, które z kolei jest związane z wykształceniem określonego stylu życia,
- świadczona opieka zdrowotna, która powinna być rozumiana przede wszystkim w zakresie profilaktyki zmierzającej do zapobiegania powstawania chorób, a także ich wczesnym wykrywaniu.

Wyżej wymienione czynniki warunkujące stan zdrowia fizycznego należy bezpośrednio odnieść do tematu niniejszego opracowania, gdyż wyznaczają one zakres działań koniecznych do podejmowania przez instytucje państwowe celem ochrony zdrowia osób odbywających kary izolacyjne. Administracja penitencyjna musi bowiem brać pod uwagę takie czynniki panujące w zakładzie karnym jak np. stan higieniczny osadzonych, możliwość przeludnienia, odpowiednie wyżywienie, umożliwienie rozwoju sportowego, dostęp więźniów do świadczeń

¹³⁴ <https://www.eupati.eu/pl/glossary/zdrowie-fizyczne/> [dostęp online: 24 kwietnia 2018 r.].

medycznych, leków i sprzętu medycznego, ale również ich przyzwyczajenia i nałogi. Wówczas istnieje możliwość dostosowania świadczeń medycznych do potrzeb poszczególnych osadzonych oraz prowadzenia skutecznej profilaktyki prozdrowotnej.

Stan zdrowia fizycznego osoby skazanej na odbycie kary pozbawienia wolności lub już przebywającej w jednostce penitencjarnej jest również istotny z uwagi na pytanie, czy w ogóle odbycie przedmiotowej kary jest możliwe w przypadku zaistnienia określonych przesłanek. Zagadnienie to zostanie szczegółowo omówione w dalszej części pracy, mimo to wskazać już należy, że w razie wystąpienia ciężkiej choroby sąd może po orzeczeniu kary pozbawienia wolności odroczyć jej wykonanie albo już w przypadku jej wykonywania orzec przerwę celem wyzdrowienia. Podejmowanie takich działań jest ściśle związane z celem wychowawczym wykonywania kary pozbawienia wolności. Nie jest bowiem możliwe, aby osoba ciężko chora, której stan zagraża jej życiu mogła aktywnie uczestniczyć w procesie readaptacji społecznej, gdyż jej cała uwaga jest skupiona na powrocie do zdrowia. Z kolei w przypadku, gdy powrót do zdrowia byłby osadzonemu uniemożliwiony zostałyby naruszone jego podstawowe prawa, dana osoba nastawiłaby się negatywnie do współpracy i okazywałaby bierność i agresję. To właśnie z uwagi na powyższe oraz na fakt uzależnienia od instytucji państwowych osób pozbawionych wolności, tak niezbędne staje się zapewnienie im realizacji prawa do ochrony zdrowia.

3. Zdrowie psychiczne i jego zaburzenia

Zdrowie psychiczne można nazwać terminem wieloznacznym, który nie posiada jednolitej i uniwersalnej definicji. Jednak zgodnie z konstytucją WHO z 1948 r. oznacza ono dobrostan psychiczny, w którym jednostka ma możliwość realizacji swoich zamierzeń, radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i produktywnie działać. Jednak sama Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że w wyniku różnic kulturowych, społecznych, gospodarczych, subiektywnych odczuć termin zdrowia psychicznego jest postrzegany w różnoraki sposób. Zdrowie psychiczne można jednak rozumieć jako zdolność do logicznego i prawidłowo myślenia. Z kolei odnosząc się do sfery emocjonalnej można definiować je jako zdolność do radzenia sobie z uczuciami, umiejętność ich rozpoznawania i okazywania, ale także zdolność radzenia sobie ze stresem, różnego rodzaju lękami i napięciami.

Wyróżnić jednak można kilka zaburzeń psychicznych, takich jak¹³⁵:

- nerwica i lęki,
- depresja i mania,
- zaburzenia osobowości,
- schizofrenia,
- urojenia.

Stany nerwicowe i lękowe charakteryzują się tym, że osoby cierpiące na te zaburzenia szczególnie przejmują się opinią innych, są nieustannie i nadmiernie lękliwe mimo występowania ku temu obiektywnych przyczyn. Z kolei o ile większość społeczeństwa zdefiniowałaby najprawdopodobniej nerwicę jako niestabilny stan nerwów przejawiający się w drażliwości i agresywności, o tyle psychiatrzy i psychologowie rozumieją jako nieświadomy konflikt wewnątrz psychiki danej osoby, nad którym nie można zapanować¹³⁶.

Depresja jest uznawana za najpowszechniejsze zaburzenie psychiatryczne i polega na głębokim poczuciu nieszczęścia oraz utraty nadziei na jakąkolwiek przyszłość, a także braku wiary w swoje możliwości i krytycznym nastawieniem do swojej osoby. Stany maniakalne z kolei objawiają się drażliwym nastrojem i z jednej strony mogą być przyczyną nieuzasadnionej euforii albo wręcz przeciwnie – źródłem gniewu i frustracji¹³⁷.

Zaburzenia osobowości zostały z kolei wymienione w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia pod numerem kodu F60¹³⁸. Wiążą się one z wcześniejszym stylem życia chorego i tego jak postrzega on swój stan zdrowia. Zaburzenia osobowości można określić również jako skrajne lub znaczne od standardowych zachowań pozostałych ludzi w danym środowisku. Kluczowe są jednak czynniki, które wpływają na wykształtowanie się określonej osobowości. Można przyjąć, że są nimi, m.in. doświadczenia dziecięce, wpływ osób dorosłych podczas wychowania i styl wychowawczy, podejmowane decyzje w okresie dojrzewania, wpływ szkoły i czynniki kulturowe, a także pozostałe elementy otaczającego daną osobę środowiska¹³⁹.

¹³⁵ T. Burns T., *Psychiatria*, Kalinowski M.L. [przekład], Sopot 2012, s. 29-34.

¹³⁶ *Ibidem*, s. 40-45.

¹³⁷ *Ibidem*, s. 36-39; www.portal.abczdrowie.pl/depresja-i-mania [dostęp online: 25 październik 2018 r.].

¹³⁸ www.stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf [dostęp online: 25 październik 2018 r.].

¹³⁹ Por. www.portal.abczdrowie.pl/zaburzenia-osobowosci [dostęp online: 25 październik 2018 r.].

Odnosząc się do schizofrenii, w naukach medycznych wskazuje się, że jest jedną z najcięższych chorób psychicznych i odznacza się ona podstawowym zakłóceniem myślenia, które to z kolei jest niedostosowane do otaczających osobę realiów. Jednym z czynników wywołujących schizofrenię mogą być, np. ciężkie, stresogenne przeżycia. W umyśle chorego występują wówczas urojenia, głosy, tzw. echo myśli oraz głosy komentujące go w trzeciej osobie, powstają halucynacje i zanika dbałość o higienę osobistą i ubiór¹⁴⁰.

Zaburzenia w postaci urojeń wyróżniają się z kolei tak silnymi i trwałymi urojeniami, które nie kwalifikują się do innego rodzaju chorób psychicznych. Mogą także towarzyszyć zaburzeniom innego rodzaju. Odznaczają się postrzeganiem rzeczywistości w sposób sprzeczny z jej realnym odbiciem, a osoby chore są bezsprzecznie przekonane co do swoich twierdzeń i odczuć oraz nie akceptują sprzeciwu i słów krytyki¹⁴¹.

W stosunku do osób odbywających kary izolacyjne zagadnienie dotyczące zdrowia psychicznego ma szczególne znaczenie. Wiąże się to z tym, iż ich stan umysłowy warunkuje możliwość odbycia kary pozbawienia wolności – w tym przypadku nie są brane pod uwagę osoby, które były niepoczytalne w chwili popełnienia czynu, gdyż z uwagi na brak możliwości pokierowania przez nich swoim działaniem, nie można przypisać im winy i tym samym nie mogą zostać one ukarane, gdyż nie popełniają przestępstwa. Interesujące przypadki stanowią zaś osoby dopuszczające się przestępstwa, które już po jego dokonaniu doznały zaburzeń psychicznych i mimo ponoszenia przez nich odpowiedzialności karnej nie jest możliwe wykonanie kary pozbawienia wolności. Z kolei inną grupę stanowią już osadzeni w jednostkach penitencjarnych, którzy podczas wykonywania kary mają problemy natury psychicznej – najczęściej w wyniku ich aktualnego położenia. Jeszcze kolejną kategorię stanowią osoby, które są chore psychicznie, ale dopuszczają się przestępstwa w chwili tzw. remisji, a więc w chwili braku objawów chorobowych, gdy osoby te są w pełni świadome podejmowanych przez siebie działań. Wówczas w stosunku do poszczególnych kategorii osób konieczne jest zastosowanie określonych sposobów działania, które to z kolei zostaną szczegółowo omówione w dalszej części opracowania.

¹⁴⁰ www.stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf , s. 216 [dostęp online: 25 październik 2018 r.]; Burns T. *op. cit.*, s. 27.

¹⁴¹ www.stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf , s. 218 [dostęp online: 25 październik 2018 r.].

4. Pojęcie niepełnosprawności

Aby zrozumieć dokładniej, co oznacza termin zdrowia fizycznego i psychicznego niezbędne staje się jednak odwołanie *a contrario* do niepełnosprawności, która w odniesieniu do ułomności fizycznych często nazywana jest niepełnosprawnością ruchową. Pojęcie to jednak ewoluowało na przestrzeni lat z uwagi na takie czynniki jak zmiany społeczno-kulturowe, gospodarcze, geograficzne i historyczne. Do chwili obecnej terminu tego nie udało się jednak dokładnie sprecyzować.

Najogólniej można przyjąć, że niepełnosprawność ruchowa oznacza różnego rodzaju dysproporcje fizyczne, które stwarzają trudności w wykonywaniu powszechnych czynności życia codziennego. Osoba niepełnosprawna fizycznie nie może bowiem częściowo lub całkowicie zrealizować niektórych czynności samodzielnie i wymaga przy tym pomocy osób trzecich. Stan swego rodzaju uzależnienia osób niepełnosprawnych od innych ludzi może mieć różny charakter, ponieważ może wynikać z dysfunkcji wrodzonych, nabytych, stałych lub czasowych. W zależności od rodzaju niepełnosprawności sposób przeżywania swojej odmienności może być różny przez poszczególne osoby. Na pewno zdecydowanie łatwiej odnaleźć się w codziennej rzeczywistości osobom, które mają różne ograniczenia od urodzenia, gdyż nie znają oni innego sposobu funkcjonowania i taki stan rzeczy jest dla nich naturalny. Podobnie jest z osobami, których niepełnosprawność jest jedynie czasowa i mają oni możliwość powrotu do pełni fizycznego funkcjonowania – wówczas osoby takie nie tracą nadziei na poprawę swojego stanu zdrowia i chętnie poddają się, np. rehabilitacji i podejmują współpracę ku temu zmierzającą. Lustrzanym odbiciem takiej postawy są osoby pozbawione wolności, które mają nadzieję na zmianę swojego życia po wyjściu z jednostki penitencjarnej, chcąc tym samym „nauczyć się” funkcjonowania w społeczeństwie otwartym i urzeczywistnić proces readaptacji społecznej. Osadzeni jednak także mają różne ograniczenia fizyczne, z którymi muszą im pomóc sobie radzić instytucje państwowe. Owe wsparcie, a dokładniej rzecz ujmując realizacja przysługujących osadzonym w tym zakresie praw może polegać, m.in. na dostępie do rehabilitacji, czy korzystania z wózka inwalidzkiego.

Z kolei niepełnosprawność psychiczna, nazywana inaczej intelektualną, odnosi się do zaburzeń uniemożliwiających dostateczne rozeznanie w codzienności. Termin ten jest jednak bardzo złożony i nie do końca wyjaśniony. Istotne jest jednak, że zdrowie psychiczne warunkuje prawidłowo funkcjonujący ośrodkowy układ nerwowy, a w wyniku jego zaburzeń

lub uszkodzeń powstają problemy natury psychicznej. Zdefiniowania terminu niepełnosprawności podjęła się również Światowa Organizacja Zdrowia, która wyodrębniła kilka jej wariantów:

- niesprawność (impariment) – a więc utratę sprawności lub istnienie pewnej nieprawidłowości w funkcjonowaniu lub budowie organizmu zarówno pod względem psychicznym, psychologicznym oraz *stricte* fizycznym,
- niepełnosprawność (disability) – oznacza różnego rodzaju ograniczenia lub całkowity brak możliwości prowadzenia aktywnego trybu życia odnośnie wykonywania czynności życia codziennego,
- ograniczenie w wypełnianiu ról społecznych (handicap) – a więc dysfunkcja danej osoby, która ogranicza lub uniemożliwia realizację ról społecznych, które osoba ta mogłaby pełnić w społeczeństwie.

Niepełnosprawność została także zakreślona w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej¹⁴², w której wyodrębniono jej trzy stopnie:

- znaczny stopień niepełnosprawności – do którego zalicza się osoby z naruszoną sprawnością organizmu, które są niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i które wymagają, w celu możliwości pełnienia określonych ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób trzecich w związku z tym, iż są one niezdolne do samodzielnej egzystencji,
- umiarkowany stopień niepełnosprawności - zalicza się do niego osoby u których występuje naruszona sprawność organizmu, które są niezdolne do pracy albo zdolne do pracy tylko w warunkach pracy chronionej lub wymagające czasowej albo częściowej pomocy osób trzecich, aby możliwe stało się pełnienie przez nich ról społecznych,
- lekki stopień niepełnosprawności – do którego zalicza się osoby mające naruszoną sprawność organizmu, powodującą istotne obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w odniesieniu do osób o podobnych kwalifikacjach zawodowych mających pełną sprawność psychiczną i fizyczną lub osoby mające ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, które dają się kompensować przy pomocy stosowania przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych lub środków technicznych.

¹⁴² Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.

Z kolei zgodnie z rozporządzeniem w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności¹⁴³ wyróżnione zostały takie rodzaje niepełnosprawności jak:

- upośledzenie umysłowe;
- choroby psychiczne;
- zaburzenie głosu, mowy i choroby słuchu;
- choroby narządu wzroku;
- upośledzenie narządu ruchu;
- epilepsja;
- układu oddechowego i krążenia;
- choroby układu pokarmowego;
- choroby układu moczowo-płciowego;
- choroby neurologiczne;
- inne, w tym schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego;
- całościowe zaburzenia rozwojowe

Różne mogą być także przyczyny niepełnosprawności fizycznej jak i psychicznej, np. choroby genetyczne i wrodzone, choroby zakaźne, nowotworowe, psychiczne, ale także różnego rodzaju urazy, szkodliwe warunki środowiska oraz szkodliwy styl życia. Istotne jest także, że odróżnienie choroby od stanu zdrowia fizycznego jest dużo prostsze niż w przypadku rozpoznania zaburzeń psychicznych. Jest to bardzo istotne z uwagi na temat niniejszego opracowania, gdyż można przyjąć, że instytucje państwowe i jednostki ochrony zdrowia znając przyczyny powstawania niepełnosprawności (lub choroby) mają możliwość albo skutecznie jej zapobiegać jako skutkowi ujemnemu danego zdarzenia, albo są w stanie zapewnić niepełnosprawnym (chorym) osadzonym niezbędne świadczenia zdrowotne, usługi i potrzebny sprzęt medyczny w celu umożliwienia im funkcjonowania w społeczeństwie. Takie działania są jednak możliwe tylko w konsekwencji zapewnienia prawidłowego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia osób odbywających kary izolacyjne.

¹⁴³ Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. z późniejszymi zmianami w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

5. Standardy i formy ochrony zdrowia oraz zarys funkcjonowania i zadań więziennej służby zdrowia

Z uwagi na temat niniejszego opracowania w prezentowanym aktualnie zagadnieniu pominięta zostanie kwestia uprawnień osób chorych do korzystania ze świadczeń medycznych na gruncie regulacji międzynarodowych oraz poza granicami kraju, w którym mieszkają. Głównym problemem, który zostanie poruszony będą bowiem formy ochrony zdrowia w polskim systemie prawnym i medycznym, a także zadania więziennej służby zdrowia zmierzające do realizacji przez więźniów przysługujących im w tym zakresie praw. Jednocześnie zadania te zostaną wskazane pod względem obowiązków jakie ciążyą na administracji więziennej w celu ochrony zdrowia osadzonych. Z kolei zestawienie tych obowiązków i związanych z nimi założeń zostaną skonfrontowane w dalszej części pracy odnoszącej się do przeprowadzonych badań aktualnego stanu systemu ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności.

5.1. Standardy i formy ochrony zdrowia

Na wstępie konieczne staje się wskazanie problemu dotyczącego standardów udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zagadnienie to jest bowiem problematyczne z uwagi na konieczność wypracowania kompromisu pomiędzy z reguły wysokimi oczekiwaniami społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia, a możliwościami finansowymi organów państwowych, które to z kolei są ściśle ograniczone. Podkreśla się również w doktrynie, że regulacje prawne dotyczące prezentowanej materii są niespójne¹⁴⁴, co dodatkowo powoduje wiele rozbieżności i utrudnia wypracowanie jak najbardziej efektywnego systemu ochrony zdrowia. Także Europejska Konwencja Bioetyczna¹⁴⁵ posługuje się pojęciem „właściwej jakości” świadczonej opieki medycznej. Nie ma jednak wskazanej dokładnej definicji tego terminu. Z kolei Europejska Karta Praw Pacjenta¹⁴⁶ podnosi, że pacjenci mają prawo do takich świadczeń, które zapobiegają chorobom (tym samym położono nacisk na profilaktykę

¹⁴⁴ M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, PiM 2005, s. 15.

¹⁴⁵ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: konwencja o prawach człowieka i biomedycynie z dnia 04 kwietnia 1997 r., Rada Europy

¹⁴⁶ www.fum.info.pl/esp/files/Europejska_Karta_Praw_Pacjenta.doc [dostęp online: 26 października 2018 r.].

prozdrowotną) oraz usług będących na wysokim poziomie (adekwatnym do aktualnego stanu zdrowia) zmierzających już bezpośrednio do wyleczenia chorego.

Na gruncie polskiego ustawodawstwa odwołać się należy do art. 19 ust. 1 pkt 1. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹⁴⁷, w którym wskazano, że świadczone usługi zdrowotne muszą odpowiadać wymaganiom wiedzy medycznej. Jednocześnie w Kodeksie Etyki Lekarskiej¹⁴⁸ rozszerzono swobodę działań lekarzy wskazując w art. 4 iż powinni oni podejmować takie czynności, które będą zgodne z ich sumieniem oraz aktualną wiedzą medyczną. Podobne sformułowanie można odnaleźć w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁴⁹ uzależniając przy tym dodatkowo możliwości działania lekarzy do dostępnych im metod i środków służących do rozpoznania i leczenia chorób, a także profilaktyki.

Z powyższego można w prawdzie wnioskować, że zgodnie z obowiązującymi standardami osobom chorym należy zapewnić świadczenia medyczne na jak najwyższym poziomie w korelacji do aktualnej wiedzy medycznej. Obserwując jednak system ochrony zdrowia i stan ekonomiczno-gospodarczy społeczeństwa i instytucji państwowych można stwierdzić, że powyższe założenia nie są możliwe do realizacji. Wiąże się to głównie z czynnikami ekonomicznymi i ograniczonymi środkami finansowymi, które mogą być przeznaczone na ochronę zdrowia. Problem ten zauważył także Sąd Najwyższy, który w orzeczeniu z dnia 01 grudnia 1998 r. stwierdził, że w celu ochrony zdrowia należy stosować powszechne metody leczenia, nie można korzystać z metod, które są stare i nie rokują. Wskazano jednak również, że dostęp do świadczeń medycznych jest ograniczony z uwagi na możliwości finansowe systemu ubezpieczeń społecznych¹⁵⁰. Z przedstawionego stanowiska Sądu Najwyższego można wnioskować, że orzeczeniem tym nie podkreślono priorytetu świadczenia usług medycznych na jak najwyższym poziomie, a jedynie określono poziom minimum w zakresie ochrony zdrowia, który powinien być przynajmniej na przeciętnym poziomie w odniesieniu do publicznej opieki zdrowotnej. Takie stanowisko można uznać jednak za kontrowersyjne i jednocześnie bardzo odważne. W opozycji stoją bowiem oczekiwania społeczeństwa, co do realizacji prawa do ochrony zdrowia i poczucie ich

¹⁴⁷ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst pierw.: Dz.U. 1991, nr 91, poz. 408 z późn. zm.

¹⁴⁸ https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0004/99454/KODEKS-ETYKI-LEKARSKIEJ.pdf [dostęp online: 26 października 2018 r.].

¹⁴⁹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn. Dz.U. 2014, poz. 1877 z późn. zm.

¹⁵⁰ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 01 grudnia 1998 r., sygn. akt III CKN 741/98, OSNC 1999 z.6, poz. 112.

bezpieczeństwa. Jest to poniekąd związane z koniecznością uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne i roszczeniami z tego wynikającymi. Ludzie w następstwie ponoszenia określonych kosztów z konkretnego tytułu oczekują bowiem zaspokojenia ich potrzeb w przypadku zaistnienia ku temu przesłanek. W sytuacji, gdy np. osoba chora nie może wrócić do zdrowia z uwagi na brak refundacji leków i brak swoich środków finansowych na ten cel występuje wówczas niechęć, agresja, zrezygnowanie, poczucie braku sprawiedliwości. W tym przypadku należałoby wypracować kompromis, który w prawdzie wskazywałby określone minimum, ale jedynie w zakresie profilaktyki zdrowotnej i edukacji w tym zakresie. Z kolei już w przypadku wystąpienia choroby pacjenci powinni mieć zagwarantowane świadczenia na jak najwyższym poziomie przy uwzględnieniu ich indywidualnego stanu zdrowia i wynikających z tego tytułu potrzeb.

Na tym etapie opracowania niezbędne staje się określenie świadczeń gwarantowanych na gruncie polskiego systemu prawnego i medycznego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 5 pkt. 34 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵¹ wyróżniono bowiem takie świadczenia medyczne jak:

- świadczenia zdrowotne – można je interpretować jako działania w zakresie profilaktyki, zachowania, ratowania i przywracania zdrowia, ale także w kontekście jego poprawy ;
- świadczenia zdrowotne rzeczowe – oznaczają one wszelkiego rodzaju sprzęt medyczny, leki, przedmioty ortopedyczne;
- świadczenia towarzyszące – można je rozumieć jako usługi w zakresie zakwaterowania i wyżywienia w placówce medycznej lub jako transport sanitarny.

Również w ramach w/w ustawy w art. 15 pkt. 2 określono zakres świadczeń gwarantowanych osobom chorym, który dotyczy, m.in. podstawowej opieki medycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień, rehabilitacji, programów prozdrowotnych, świadczeń wysokospecjalistycznych, dostępu do leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia, zaopatrzenia w wyroby medyczne. Z kolei zgodnie z § 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych¹⁵² podstawowa opieka medyczna

¹⁵¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

¹⁵² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. 2013, poz. 1248 z późn. zm.

obejmuje świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz transport sanitarny. Odwołać się jednak należy do art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, w której ustawodawca użył sformułowania, iż „władze publiczne zapewniają” ochronę zdrowia „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej”. Oznacza to bowiem, że ochrona zdrowia jest jednym z zadań władz publicznych, które ma być zrealizowane wobec wszystkich obywateli – również (lub w szczególności z uwagi na ich charakter) w stosunku do osób odbywających karę pozbawienia wolności.

Odnosząc się jednak do sytuacji osób odbywających karę pozbawienia wolności należy zauważyć, że część z tych świadczeń jest dla nich niedostępna na zasadach obowiązujących w społeczeństwie otwartym. Sposób udzielania świadczeń medycznych i postępowania z osadzonymi w zakresie ochrony ich zdrowia jest bowiem ściśle regulowany przez ustawodawcę i przepisy wewnętrzne danej jednostki penitencjarnej (zasady te zostaną jednak zaprezentowane w rozdziale IV niniejszej rozprawy). Kluczowe jest jednak, że osadzeni chorują tak samo jak pozostali członkowie społeczeństwa. Mają oni jednakże ograniczone możliwości samodzielnego działania w zakresie profilaktyki i podjęcia leczenia z uwagi na uzależnienie ich od administracji penitencjarnej. Osoba przebywająca w zakładzie karnym nie ma bowiem możliwości pójścia na wizytę do lekarza kiedy tylko chce, nie może kupić w aptece samodzielnie leków, których potrzebuje lub nie jest w stanie zapewnić sobie niezbędnego sprzętu medycznego – realizacja tych zadań spoczywa bowiem na jednostkach penitencjarnych. W związku z tym oraz z uwagi na konieczność realizacji zasady humanitaryzmu i przestrzegania godności ludzkiej, to na instytucjach państwowych ciąży szczególnie obowiązek ochrony zdrowia osadzonych. Nie jest to jednak wynikiem jedynie wymienionych czynników. Zachowanie zdrowia jest bowiem jednym z kluczowych czynników umożliwiających proces readaptacji społecznej więźniów, a więc urzeczywistniającym cel wykonywania kary pozbawienia wolności.

5.2. Zarys funkcjonowania i zadań więziennej służby zdrowia

W związku z powyższym wskazać należy jakie zadania pełni lub powinna pełnić więzienna służba zdrowia odnośnie realizacji przysługującego osadzonym w tym zakresie

prawa. Słowem wstępu nadmienić jednak trzeba, że więzienna służba zdrowia stanowi element składowy struktury Służby Więziennej, która to z kolei zgodnie z obowiązującą ustawą z 2010 r.¹⁵³ stanowi umundurowaną i uzbrojoną formację apolityczną i podlega Ministrowi Sprawiedliwości. Służba Więzienna najogólniej ujmując ma realizować zadania w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności, ale także w odniesieniu do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz środków przymusu, które skutkują pozbawieniem wolności. Z kolei na tle tych zadań ma ona szereg działań do wykonania, a w tym zapewnienie osobom pozbawionym wolności przestrzegania ich praw, porządku i bezpieczeństwa w danej jednostce, humanitarnego traktowania i warunków bytowych, a co za tym idzie poszanowania godności ludzkiej oraz zapewnienia opieki zdrowotnej. Istotne jest przy tym, że pracownicy i funkcjonariusze Służby Więziennej w postępowaniu wobec osób pozbawionych wolności winni są kierować się szeregiem określonych zasad, a mianowicie:

- a. zasadą praworządności i bezstronności,
- b. zasadą humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej oraz przestrzeganiem praw człowieka,
- c. pomocą przy rozwiązywaniu problemów osób izolowanych,
- d. pozytywnym oddziaływaniem na osoby pozbawione wolności swoim zachowaniem, a także
- e. dokładaniem starań do urzeczywistnienia procesu readaptacji społecznej osób osadzonych

W związku z wyżej wymienionymi zasadami, którymi muszą się kierować osoby pracujące w Służbie Więziennej, a tym samym w zakresie więziennej służby zdrowia należy przejść bezpośrednio do prezentowanego tematu rozprawy. W następstwie dotychczasowych rozważań najogólniej i zarazem najprościej można określić, że zadaniem więziennej służby zdrowia jest zapewnienie opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności, które przebywają w jednostkach penitencjarnych. Jej działalność organizuje, koordynuje i jednocześnie nadzoruje Naczelny Lekarz Więziennictwa razem z zespołem określonych specjalistów.

¹⁵³ Ustawa o Służbie Więziennej z dnia 9 kwietnia 2010 r. (Dz.U. Nr 79, poz. 523) z późn. zm.

Struktura więziennej służby zdrowia odpowiada ogólnej strukturze Służby Więziennej, a jej główne obowiązki to¹⁵⁴:

- nadzór nad panującymi warunkami zdrowotnymi i żywieniowymi osadzonych oraz stanem sanitarnym jednostki penitencjarnej,
- przeprowadzanie badań osób odbywających kary izolacyjne w celu profilaktycznym, diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym
- zapewnienie badań psychologicznych i terapii,
- kontrolne badania stomatologiczne i leczenie,
- opieka medyczna nad kobietą w trakcie ciąży, porodu i porodu, a także bezpośrednio nad noworodkiem,
- edukacja prozdrowotna,
- zapewnienie zaopatrzenia medycznego w postaci leków, sprzętu medycznego aparatury,
- współpraca z publicznymi placówkami medycznymi celem zapewnienia osadzonym niezbędnych świadczeń.

Z powyższego wynika, że zakres świadczeń medycznych udzielanych osadzonym przez więzienną służbę zdrowia jest szeroki, a więzienne zakłady opieki zdrowotnej można by traktować jako samodzielne jednostki, które powinny być w stanie kompleksowo ochronić zdrowie osadzonych. Wskazać też należy, że świadczenia z zakresu ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności finansowane są w całości ze środków publicznych. Z kolei wydatki przeznaczone, m. in. na zakup wyrobów medycznych, odpowiedniego sprzętu oraz zapewnienie odpowiednich warunków pomieszczeń sanitarnych pokrywane są ze środków finansowych budżetu więziennictwa.

Istotne jest także, iż w pierwszej kolejności wszelkie świadczenia medyczne udzielane są osadzonym w ramach wchodzących w skład jednostek penitencjarnych zakładów opieki zdrowotnej, którymi są m.in. szpitale więzienne, pracownie diagnostyczne, ambulatoria z izbami chorych, gabinety dentystyczne. Na obecnym etapie rozważań koniecznym staje się odwołanie do art. 115 k.k.w., w którym przewidziano możliwość udzielenia świadczeń

¹⁵⁴ 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. 2011.

medycznych osadzonemu w placówce medycznej poza jednostką penitencjarną w razie zaistnienia określonych przesłanek. Zgodnie z przytoczonym przepisem „skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne, świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, pozawięzienne zakłady opieki zdrowotnej współdziałają ze służbą zdrowia w zakładach karnych w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest w szczególności:

- natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego,
- przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego,
- zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego”.

W związku z powyższym należy jednak mieć na uwadze, że wszelkiego rodzaju transporty osadzonego związane są z dokonaniem szeregu czynności proceduralnych oraz wymagają poświęcenia ku temu dużej ilości czasu, zaangażowania wielu funkcjonariuszy, a co za tym idzie poniesieniem dodatkowych kosztów. Tym samym wnioskować można, że z tych względów miejscem najbardziej optymalnym do realizacji ochrony zdrowia osób odbywających kary izolacyjne są placówki medyczne działające w obrębie jednostki penitencjarnej¹⁵⁵. Zgodnie z danymi Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej¹⁵⁶ aktualnie w Polsce znajduje się 155 ambulatoriów, w skład których wchodzi także izby chorych (wyjątkiem są Zakład Karny nr 2 w Łodzi oraz Areszt Śledczy w Warszawie-Mokotowie). Na terenie kraju funkcjonuje z kolei ogółem 11 szpitali posiadających 27 specjalistycznych oddziałów o różnych profilach. Szpitale nie funkcjonują jednak na terenach okręgowych inspektoratów Służby Więziennej w Rzeszowie, Lublinie, Opolu, Olsztynie i Białymstoku.

Do zakresu wykonywanych czynności personelu medycznego oddziałów szpitalnych należy oprócz realizacji procedur diagnostyczno-leczniczych, także zapewnienie osadzonemu opieki medycznej w wymiarze całodobowym, w przypadku ich przebywania w warunkach

¹⁵⁵ Por. Sprawozdanie z prac zespołu do opracowania koncepcji oraz warunków sprawowania opieki zdrowotnej wobec osób pozbawionych wolności. Centralny Zarząd Służby Więziennej. <http://www.rpo.gov.pl/pliki/1190801308.pdf> [dostęp online: 15 stycznia 2018 r.].

¹⁵⁶ <http://www.sw.gov.pl/jednostka/biuro-sluzby-zdrowia> [dostęp online: 15 stycznia 2018 r.].

ambulatoryjnych. Do struktury organizacyjnej szpitali funkcjonujących w ramach więziennej służby zdrowia należy zaliczyć oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne, gabinety lekarskie, pracownie rehabilitacyjne, gabinety stomatologiczne, ale także apteki zakładowe i działy szpitalnej farmacji działające w Łodzi i Potulicach.

Oprócz wcześniej wymienionych zadań więziennej służby zdrowia należy wskazać, iż realizuje szereg ogólnokrajowych programów prozdrowotnych skierowanych do osób odbywających kary izolacyjne, takich jak:

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

Z powyższego wynika, że w zakresie przeprowadzanych programów główny nacisk skierowany jest na choroby i zaburzenia związane z różnego rodzaju uzależnieniami celem wyeliminowania ich. Niewątpliwie skutkować ma to brakiem zaburzeń percepcji osób pozbawionych wolności, a w następstwie umożliwić ich współpracę z przedstawicielami administracji więziennej w zakresie ich readaptacji społecznej i zmiany dotychczasowych postaw. Odnosząc się z kolei do programu zapobiegającego zakażeniom HIV i zwalczania AIDS można wnioskować, że w tym wypadku – biorąc pod uwagę specyfikę *sui generis* społeczeństwa więziennego - celem staje się zagwarantowanie bezpieczeństwa osadzonych, ale także w dalszej kolejności ochrona społeczeństwa otwartego przed rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych zarówno po wyjściu osadzonego na wolność, ale także już w momencie przebywania w jednostce penitencjarnej w przypadku kontaktu z osobami bliskimi.

Zastanović się jednak należy nad ewentualnym poszerzeniem tematycznym przeprowadzanych programów prozdrowotnych skierowanych do osób pozbawionych wolności. Wprawdzie dopiero w toku dalszej analizy podjętej w niniejszym opracowaniu wskazane zostaną potrzeby osadzonych w zakresie realizacji ich prawa do ochrony zdrowia, niezbędne staje się już w chwili obecnej nakreślenie zagadnienia do dalszej dyskusji w postaci konieczności opracowania szerszej tematyki programów skierowanych do osadzonych, np.

w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia oraz szeregu zaburzeń psychicznych. Pojawia się jednak pytanie co do chęci podjęcia tego typu działań przez instytucje państwowe. Rozważania te nasuwają się głównie z uwagi na charakter chorób, czy zaburzeń uwzględnionych w dotychczasowych programach. Problemy zdrowotne osadzonych związane z uzależnieniami lub chorobami zakaźnymi najczęściej wynikają bowiem bezpośrednio z przyczyn leżących po stronie osób pozbawionych wolności. Jednak w przypadku opracowania programów prozdrowotnych w zakresie innych dolegliwości osadzonych, instytucje państwowe w pewnym sensie potwierdziłyby występowanie np. zaburzeń psychicznych wśród skazanych lub braku dostatecznego dostępu do sprzętu medycznego. Wówczas należałoby się zastanowić nad podłożem występujących problemów, a skutkiem tych rozważań mogłby być wniosek, iż administracja penitencjarna nie zapewnia należytych warunków do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Przykładem może być osadzony borykający się ze stanami depresyjnymi, który nie mając dostępu do dostatecznej ilości spotkań z psychologiem dopuszcza się próby samobójczej. W takiej sytuacji oznaczałoby to zaniedbanie ze strony instytucji państwowych, a w następstwie mogłoby pociągać za sobą negatywne konsekwencje. Rozważania na tle prezentowanego problemu zostaną jednak poruszone w dalszej części pracy w zestawieniu z badaniami empirycznymi.

Kończąc rozważania w przedmiocie celów i zasad funkcjonowania więziennej służby zdrowia należy wspomnieć o jednym ze stanowisk Sądu Apelacyjnego w Krakowie zgodnie, z którym jako główne założenie działań podejmowanych przez więzienną służbę zdrowia stanowi zachowanie osadzonych przy życiu oraz w niepogorszonym zdrowiu¹⁵⁷. Pogląd taki można nazwać standardem minimum, jednak nie można się z nim w pełni zgodzić. Owszem, więzienna służba zdrowia poprzez swoje działanie ma zapewnić osobom pozbawionym wolności możliwość realizacji ich prawa do zdrowia, jednak nie jest to celem głównym, ostatecznym. Finalnie zagwarantowanie ochrony zdrowia osadzonym ma umożliwić i w pewnym sensie zachęcić ich do podjęcia współpracy w zakresie readaptacji społecznej. Cel ten, stanowiący wyraz standardu maximum ochrony zdrowia, może bowiem zostać osiągnięty jedynie wówczas, gdy osadzony nie znajduje się w stanie zagrażającym jego życiu oraz ma możliwość pełnego rozeznania, gdyż jego percepcja nie jest zaburzona, np. w następstwie uzależnienia od alkoholu lub środków psychotropowych¹⁵⁸.

¹⁵⁷ Postanowienie SA w Krakowie z dnia 30 kwietnia 2002 r., sygn. akt: II AKz 128/02, KZS 2002, nr 4, s. 22.

¹⁵⁸ Por. T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 112-113.

ROZDZIAŁ III

Ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności w świetle standardów międzynarodowych

Jak zostało wskazane we wcześniejszym rozdziale prawo do ochrony zdrowia należy rozpatrywać w kontekście prawa podmiotowego przysługującego każdej jednostce ludzkiej. Na przestrzeni lat stosunek do ochrony zdrowia i zapewnienia określonych standardów jednak ewoluował w różny sposób, aż zostały ustanowione dość precyzyjne regulacje międzynarodowe, które w szczególny sposób odnoszą się do osób odbywających karę pozbawienia wolności i innych środków izolacyjnych. Można przy tym wnioskować, że większość społeczeństwa w Polsce odnosi się sceptycznie do różnego rodzaju gwarancji przyznawanych więźniom, gdyż są one postrzegane w tym przypadku jako *sui generis* przywileje. Należy jednak pamiętać, że osoby odbywające karę pozbawienia wolności są ludźmi jak wszyscy inni i już tylko z tego tytułu przysługuje im zapewnienie wszelkich gwarancji wynikających z godności ludzkiej i humanitarnego traktowania również w zakresie ochrony zdrowia. Nadto fakt pozbawienia człowieka wolności nakłada na instytucje państwowe szczególny obowiązek w tym względzie.

1. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka

Ludzie od setek, a nawet tysięcy lat walczyli i walczą do tej pory o swoją wolność i poszanowanie godności. Z punktu widzenia historii tematyka praw człowieka sięga starożytności, gdzie można było zauważyć przejawy wyznawania pewnych podstawowych swobód obywatelskich takich jak równość obywateli wobec prawa oraz wolność słowa i czynów w granicach określonych przepisami. Jednak w zależności od kultury czasami pewne przywileje przysługiwały tylko mężczyznom, jak np. w starożytnych Atenach. Idea wrodzonych praw człowieka pojawiła się głównie w tradycji judeo-chrześcijańskiej, w której podkreślano przede wszystkim godność ludzi, ich wolność oraz sprawiedliwość

w traktowaniu każdego człowieka. W kolejnych latach poglądy w tej kwestii ulegały jednak różnym zmianom w zależności od panującego ustroju politycznego i nastawienia społeczeństwa. W dobie niewolnictwa, czy feudalizmu wśród ludzi zapanował podział klasowy, a poszczególnym grupom społeczeństwa przypisywano różne prawa i obowiązki.

W następstwie kolejnych rewolucji (m.in. amerykańskiej i francuskiej) zaczęto formułować w sposób konkretny podstawowe swobody człowieka. Przykładem na to może być Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela z 26 sierpnia 1789 r.¹⁵⁹, w preambule której wskazano, iż wszelkie nadużycia władz państwowych są wynikiem braku poszanowania praw człowieka. W konsekwencji tego w owej Deklaracji wymieniono naturalne i niezbywalne prawa przysługujące każdej jednostce ludzkiej. W art. II wymieniono m.in. bezpieczeństwo jako naturalne prawo człowieka, które musi być chronione przez instytucje państwowe. Domniemać można szeroki zakres pojęciowy terminu „bezpieczeństwo” użytego w przedmiotowym zapisie, a co za tym idzie można wnioskować, iż gwarancją objętą zostało również bezpieczeństwo w kontekście ochrony zdrowia – mimo braku jego wyraźnego wyartykułowania. W pierwszej połowie XX wieku doszło jednak do regresu doktryn związanych z prawami człowieka i ich ochroną. Ideologie takie jak komunizm lub faszyzm nie wyznawały wolności jednostki chcąc podporządkować ludzi władzy państwowej. Po II wojnie światowej świadomość społeczeństwa co do praw człowieka oraz postrzegania jego godności uległa zmianie. W konsekwencji sformułowanie praw człowieka oraz ich sformalizowanie stało się jednym z głównych priorytetów międzynarodowej społeczności, a co za tym idzie w dniu 10 grudnia 1948 r. Zgromadzenie Organizacji Narodów Zjednoczonych uchwaliło Powszechną Deklarację Praw Człowieka¹⁶⁰. Owa Deklaracja nie mając rangi traktatu ani konwencji była aktem symbolicznego nadania prawom człowieka miana uniwersalnych zasad, które obejmują wszystkie aspekty życia ludzi tworząc tym samym „pierwszy filar” międzynarodowych regulacji dotyczących praw człowieka. Tym samym przedmiotowy dokument można zakwalifikować do tzw. miękkiego prawa międzynarodowego, który mimo braku posiadania wiążącego charakteru odznacza się szczególną doniosłością prawną.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka w preambule w pierwszej kolejności uznaje przyrodzoną godność ludzką, z której to wynikają kolejne uprawnienia i zasady. Z kolei art. 1 i 2 kładą nacisk na równość wszystkich ludzi pod każdym względem i bez żadnych

¹⁵⁹ Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela z 26 sierpnia 1789 r., źródło: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/francja-18.html> [dostęp online: 29 kwietnia 2017 r.].

¹⁶⁰ S. Lelental, *Wybór źródeł do nauki prawa karnego wykonawczego*, Łódź 1992 r., s. 17-23.

wyjątków. W prawdzie akt ten nie zawiera bezpośredniego wskazania jakoby ochrona zdrowia była jednym z przysługujących człowiekowi praw, z którego wynikałby ciążyący na organach państwowych obowiązek zapewnienia stosownych warunków do jego realizacji, to Powszechna Deklaracja Praw Człowieka stanowi jednak wyznacznik dla równego traktowania wszystkich ludzi. Powołać się w tym momencie należy na art. 3, w którym zawarto uprawnienie do życia, wolności, a także bezpieczeństwa danej jednostki. Norma ta ma szczególne znaczenie w kontekście niniejszego opracowania z uwagi na to, iż zapewnienie ludziom bezpieczeństwa powinno się interpretować również w odniesieniu do bezpieczeństwa w zakresie ochrony zdrowia. Przejawem tego powinno być zapewnienie społeczeństwu przez jednostki państwowe jak najbardziej optymalnych warunków zmierzających do ochrony zdrowia, zagwarantowanie równego dostępu do świadczeń medycznych i niezbędnej pomocy. Jednocześnie istotnym zagadnieniem powinno być skonstruowanie takiego systemu ochrony zdrowia, który przyczyniłby się do ukształtowania w społeczeństwie poczucia bezpieczeństwa co do pewności zapewnienia pomocy w określonych przypadkach. To z kolei przedkłada się na to, iż każdy człowiek ma prawo do życia, ale nie tylko w kontekście urodzenia się i zakazu zabijania, ale również do ochrony życia poprzez zapewnienie optymalnej opieki zdrowotnej, by zminimalizować ryzyko wcześniejszej śmierci.

Kolejną ważną normą jest art. 21.2, w którym podkreślono, że każda osoba ma prawo do równego dostępu do służb publicznych w swoim kraju. W konsekwencji tego – biorąc pod uwagę, iż obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia ciąży na instytucjach państwowych – równy dostęp do służby publicznej należy rozumieć również w zakresie równego dostępu do placówek medycznych i świadczonych przez nich usług. Z punktu widzenia niniejszej rozprawy kluczowy jest jednak art. 25.1, który stanowi, że każda jednostka ludzka – bez jakichkolwiek wyjątków – ma prawo do takiej stopy życiowej, dzięki której będzie miała zapewnione zdrowie i dobrobyt dla siebie i swojej rodziny. Wyartykułowano dodatkowo, iż owe uprawnienie ma się przejawiać m.in. w zakresie opieki lekarskiej, ale także ubezpieczeń na wypadek choroby.

Wskazane regulacje zawarte w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka należy traktować jako niezbędne wytyczne co do gwarancji praw przysługujących każdemu człowiekowi wynikających z godności ludzkiej, zasady humanitaryzmu, a także zakazu dyskryminacji. Tym samym należy odnieść się do ochrony zdrowia jako prawa przysługującego każdej jednostce bez wyjątków, a więc również osobom odbywającym karę pozbawienia wolności. W tym miejscu warto dodatkowo zaznaczyć, iż ochrona zdrowia nie jest jedynie prawem każdego

człowieka, ale obliuguje również obowiązek na organach państwowych do zapewnienia odpowiednich warunków społeczeństwu w celu umożliwienia ludziom realizacji uprawnień wynikających z tego tytułu. Szerzej ten problem zostanie jednak omówiony w dalszej części pracy.

2. Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności

Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności nazywana w skrócie Europejską Konwencją Praw Człowieka lub Konwencją została podpisana w dniu 04 listopada 1950 r.¹⁶¹ w Rzymie przez dwanaście państw będącymi członkami Rady Europy. Z kolei weszła w życie z dniem 08 września 1953 r. po ratyfikowaniu jej przez wymaganą liczbę dziesięciu państw. Polska ratyfikowała Europejską Konwencję Praw Człowieka w dniu 19 stycznia 1993 r., a od dnia 01 maja 1993 r. uznała jurysdykcję Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie przyjmowania i rozpatrywania indywidualnych skarg, który to został powołany do życia na mocy przepisów Konwencji. Aktualnie stronami Konwencji są wszystkie państwa członkowskie Rady Europy co stanowi konieczny wymóg przynależności do niej. Należy wskazać, że Europejska Konwencja Praw Człowieka jest umową międzynarodową, a więc w odróżnieniu od poprzednio omówionych dokumentów jest ona aktem wiążącym państwa ją ratyfikujące i rodzi po ich stronie obowiązek jej przestrzegania.

Z przeprowadzonej analizy preambuły i dalszych przepisów Europejskiej Konwencji Praw Człowieka należy przyjąć, że państwa ją uchwalające miały na celu stworzenie w oparciu o Powszechną Deklarację Praw Człowieka międzynarodowego katalogu praw człowieka oraz systemu ich ochrony. Niniejsza umowa jest tak istotna jednak nie tylko z uwagi na swój wiążący charakter, dokładne sklasyfikowanie praw człowieka i zasięg obejmowania, ale również dlatego, że został w niej zawarty tryb kontroli co do przestrzegania owych norm. Polega on bowiem na możliwości domagania się zaprzestania naruszania danych praw człowieka, możliwości przywrócenia stanu, który jest z nimi zgodny oraz uzyskania zadośćuczynienia finansowego z tytułu ich naruszenia. Funkcja kontrolna nad przestrzeganiem praw człowieka została powierzona Europejskiemu Trybunałowi Praw Człowieka z siedzibą w Strasburgu oraz Komitetowi Ministrów Rady Europy.

¹⁶¹ S. Lelental, *op. cit.*, s. 24-32.

Pierwotny katalog praw i wolności człowieka zawarty w Europejskiej Konwencji był jednak stopniowo rozszerzany i uzupełniany kolejnymi dodatkowymi protokołami. Jako jedno z podstawowych praw i wolności każdego człowieka wymieniono prawo do życia, zakazu stosowania tortur i poniżającego traktowania, prawo do szeroko pojętej wolności i bezpieczeństwa jednostki oraz zakaz dyskryminacji, a także prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, do nauki, swobodnego przemieszczania się, jak również szereg praw związanych z postępowaniem sądowym. Zawarte w Europejskiej Konwencji wyliczenie stanowi jednak katalog *numerus apertus* praw człowieka. Oznacza to, że podlega on ciągłemu rozszerzaniu i dostosowywaniu do aktualnych potrzeb społeczeństwa.

W odniesieniu do problematyki niniejszej pracy nie można pominąć faktu, że w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka nie wymieniono wyraźnie zdrowia jako jednego z praw człowieka. Wskazać jednak trzeba art. 3 Konwencji dotyczący bezwzględного zakazu stosowania tortur oraz nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. Z tego właśnie przepisu należy wywodzić uprawnienie dla osób odbywających karę pozbawienia wolności polegające na zagwarantowaniu im odpowiedniej opieki medycznej w celu zachowania zdrowia i w związku z poszanowaniem ich godności. Niezbędna staje się jednak próba określenia terminów nieludzkiego lub poniżającego traktowania. Na podstawie analizy orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka oraz w odniesieniu do tematu niniejszego opracowania można sformułować definicję nieludzkiego traktowania jako postępowania przez funkcjonariuszy publicznych podejmowanego względem osób odbywających kary izolacyjne, które pejoratywnie ingeruje w ich strefę nietykalności fizycznej oraz psychicznej¹⁶². Działanie takie – będące złym, nieludzkim traktowaniem więźniów – może przejawiać się np. poprzez badanie osoby pozbawionej wolności przy obecności strażnika odmiennej płci lub przeprowadzanie zbyt częstych, dokładnych i nieuzasadnionych badań lekarskich.

Z kolei termin poniżającego traktowania można rozumieć jako podjęcie czynności wobec danej osoby polegające na przekroczeniu niezbędnego minimum do uzyskania pożądanego efektu. Owe działanie nie musi wiązać się z użyciem siły lub naruszeniem integralności cielesnej. Do zaistnienia sytuacji, w której dochodzi do poniżającego traktowania kluczowe jest, aby u danej osoby zostały wywołane uczucia upokorzenia, dyskomfortu, poniżenia lub aby

¹⁶² Wyroki ETPCz. w sprawie İlhan p. Turcji, par. 86–87 z dnia 27.06.2000 r.; w sprawie Menesheva p. Rosji, par. 62 z dnia 9.03.2006 r.; w sprawie Bati and Others p. Turcji, par. 122–123 z dnia 3.06.2004 r.; w sprawie Van der Ven p. Holandii, par. 61–62 z dnia 4.02.2003 r.; w sprawie Wieser p. Austrii, par. 39–41 z dnia 22.02.2007 r.

miało miejsce zdarzenie związane ze złamaniem jej woli albo naruszeniem godności ludzkiej¹⁶³. Podkreślić należy, że jakiegokolwiek działanie polegające na poniżeniu człowieka lub jego upokorzeniu i wykraczające poza granicę legalnych czynności podejmowanych w związku z realizacją prawa będzie uznawane za naruszenie godności ludzkiej. Jako przykład poniżającego traktowania można wskazać warunki panujące w jednostkach penitencjarnych, które wywołują u osoby odbywającej karę izolacyjną uczucie podporządkowania, strachu, zniewolenia i obawy o własne życie.¹⁶⁴ Dalsze rozważania tego tematu zostaną jednak rozwinięte w rozdziale poświęconym analizie orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności oraz jej standardów.

3. Wzorcowe Reguły Minimalne Postępowania z Więźniami Organizacji Narodów Zjednoczonych

W toku ewolucji przestępczości i sposobów karania na przestrzeni lat wykształcił się na arenie międzynarodowej pogląd, iż karą najbardziej uniwersalną za nieprzestrzeganie porządku prawnego jest kara pozbawienia wolności. W konsekwencji każde państwo stworzyło – lub stwarza do chwili obecnej – swój określony system penitencjarny. Nie sposób jednak oderwać transformacji polityki penitencjarnej i systemu wykonywania kary pozbawienia wolności od zmian ustrojowych i społecznych w poszczególnych krajach. W następstwie wydarzeń historycznych (szczególnie I i II wojny światowej, a także zmian ustrojowych) na arenie międzynarodowej zaczęto wypracowywać wspólny pogląd w zakresie wykonywania kary pozbawienia wolności oraz jej standardów w kontekście przestrzegania praw człowieka osób osadzonych, czego wyrazem były m.in. Wzorcowe Reguły Minimalne Postępowania z Więźniami¹⁶⁵ (dalej zwane Regułami Minimalnymi - RM).

Słowem wstępu do rozważań dotyczących regulacji zawartych w Regułach Minimalnych należy wspomnieć o ich swego rodzaju pierwowzorze, który był następstwem dostrzeżenia na arenie międzynarodowej konieczności stworzenia ogólnych norm postępowania z więźniami. Pierwsze koncepcje dotyczące omawianej kwestii pojawiły się już w trakcie kongresów

¹⁶³ Wyroki ETPCz . w sprawie Iwańczuk p. Polsce z dnia 15.11.2001 r.; w sprawie Valasinas p. Litwie, par. 117 z dnia 24.07.2001 r.; w sprawie Wiktoro p. Polsce, par. 53–54 z dnia 31.03.2009 r.

¹⁶⁴ ETPCz, Sprawa Kudła przeciwko Polsce, Sprawa nr 30210/96, Wyrok z dnia 26 października 2000 r.

¹⁶⁵ S. Lelental, *op.cit.*, s. 40-60.

penitencjarnych w 1878 r. w Sztokholmie oraz w 1885 r. w Rzymie¹⁶⁶. Owe reguły uchwalone przez Ligę Narodów miały stanowić międzynarodowe wytyczne dla wszystkich ustawodawców oraz praktyków. Z uwagi na swój uniwersalny charakter bez uwzględnienia różnic występujących między poszczególnymi państwami, m.in. pod względem prawnym, ekonomicznym, społecznym, gospodarczym czy kulturowym reguły opracowane przez Ligę Narodów były bardzo ogólnikowe i nie stanowiły adekwatnego do potrzeb zabezpieczenia interesów osób odbywających karę pozbawienia wolności. W konsekwencji w 1949 roku opracowano nowe reguły, które po wprowadzeniu poprawek zostały przyjęte przez I Kongres Narodów Zjednoczonych w Genewie rezolucją z dnia 30 sierpnia 1955 r., a zatwierdzone w dniu 31 lipca 1957 r. przez Radę Społeczno-Gospodarczą rezolucją nr 663 CI (XXIV) jako Wzorcowe Reguły Minimalne Postępowania z Więźniami. Potrzeba wprowadzania regulacji i unormowań w zakresie organizacyjnym więzień, jak i zapewnienia osadzonym realizacji przysługujących im uprawnień wynikała poniekąd także z dostrzeżenia, iż jednostki penitencjarne są skomplikowanymi i wieloaspektowymi instytucjami, których głównym zadaniem nie jest izolacja przestępców od społeczeństwa otwartego, ale chęć zmiany postawy osoby pozbawionej wolności na prospołeczną oraz jednoczesne zniechęcenie jej do dalszej działalności przestępczej.

W Regułach Minimalnych już na wstępie zostało wskazane, że nie są one twardą i sztywną regulacją, która ma na celu stworzenie wzoru najbardziej adekwatnego systemu penitencjarnego. Stanowią one jedynie ogólne wytyczne dla państw co do właściwych zasad i stosowania odpowiednich praktyk postępowania wobec osób odbywających karę pozbawienia wolności, ale również w zakresie zarządzania instytucjami o charakterze izolacyjnym. W konsekwencji realizacja założeń zawartych w Regułach Minimalnych ma stanowić jedynie punkt wyjścia do niezbędnych przemian w zakresie zapewnienia więźniom minimum ich uprawnień i swobód, a także co do wymagań stawianych w stosunku do administracji więziennej. Jak zostało wyżej zauważone, brak uwzględnienia przez Ligę Narodów różnych sytuacji poszczególnych państw, a co za tym idzie duża ogólnikowość zawartych regulacji, przyczyniły się do podjęcia tych rozważań na gruncie Reguł Minimalnych. W rezolucji podkreślono bowiem świadomość istnienia zróżnicowanych warunków w różnych krajach, które są spowodowane takimi przesłankami jak wyżej wymienione rozbieżności w zakresie obowiązującego prawa, panującej kultury, rozwoju i nastawienia społeczeństwa oraz sytuacji

¹⁶⁶ J. Górny, *Rola międzynarodowych kongresów penitencjarnych w rozwoju teorii i praktyki wykonania kary*, Warszawa 1980, s. 124-135.

gospodarczej, a które to prowadzą do istnienia różnorodnych systemów penitencjarnych, które wymagają odmiennego podejścia. Wskazano, że owe reguły stanowią jedynie minimalne wytyczne, co do ochrony osób odbywających karę pozbawienia wolności w celu zabezpieczenia ich przed niewłaściwym traktowaniem i powinny być stosowane w zależności od panujących warunków i istnienia możliwości do ich realizacji. Reguły Minimalne należy jednak interpretować jako *sui generis* drogowskaz do zapewnienia należytych warunków i przestrzegania stosownych zachowań w stosunku do więźniów, który pobudzi organy i ustawodawców do przewyższania m.in. trudności technicznych, tym samym podnosząc obecne standardy.

W tym momencie istotne jest jednak to, że Reguły Minimalne będące jedynie rekomendacją nie mają mocy przepisów prawnych, a mimo to państwa decydujące się ich przestrzegać starają się podejmować stosowne środki w celu realizacji ich zamierzeń oraz regularnie składają sprawozdania z wprowadzanych zmian, a także współpracują z obecnie licznymi już organizacjami (np. Human Right Watch, Prison Reform, International i Amnesty International) czuwającymi nad stanem przestrzegania prawa w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności. Przeprowadzanie takich działań oznacza, że regulacje zawarte w Regułach Minimalnych były odpowiedzią na potrzebę usystematyzowania pewnych aspektów dotyczących osób odbywających karę pozbawienia wolności w celu zapewnienia im określonych standardów, które wcześniej nie były przestrzegane.

W Regułach Minimalnych podniesiono, że głównym celem oraz poniekąd uzasadnieniem kary pozbawienia wolności, a także innych instytucji izolacyjnych jest zapewnienie społeczeństwu bezpieczeństwa przed przestępczością. Zaznaczono jednak przy tym, że kara w postaci pozbawienia wolności musi być wykonywana z zachowaniem zasady humanitaryzmu i przestrzeganiem godności ludzkiej. W regule 60. pkt. 1 podkreślono to wyraźnym sformułowaniem, iż kary izolacyjne powinny minimalizować różnice pomiędzy życiem na wolności, a życiem w więzieniu w celu zapewnienia więźniom należytego szacunku przysługującym im jako istotom ludzkim. Tym samym zaznaczono rangę istoty godności ludzkiej oraz wynikających z niej konsekwencji, jakim jest równe traktowanie wszystkich osób, niezależnie od sytuacji oraz w taki sposób aby zagwarantować im pewne minimum do egzystencji. Jest to tym istotniejsze, iż można stwierdzić, że osoby odbywające karę pozbawienia wolności są uzależnione od instytucji państwowych, na których w konsekwencji ciąży odpowiedzialność za więźniów oraz obowiązek zapewnienia im stosownych warunków

egzystencji przy uwzględnieniu praw człowieka, a w tym m.in. zasady humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej. Potwierdzeniem tych ustaleń jest reguła 61., w której zwrócono uwagę na sposób postępowania z osobami odbywającymi karę izolacyjną, który to powinien zagwarantować równość więźniów z innymi członkami społeczeństwa również poprzez danie im sposobności resocjalizacji oraz m.in. zabezpieczenia socjalnego.

Z racji tematu opracowania szczególnego znaczenia nabiera reguła 62. Nakłada ona na więzienną służbę zdrowia powinność dążenia do zapewnienia więźniom opieki medycznej zmierzającej do wykrycia i leczenia szeroko pojętych chorób fizycznych i psychicznych. Jednak z punktu widzenia niniejszej analizy istotne jest, że w regule tej wskazano, iż zapewnienie opieki medycznej ma przyczynić się do umożliwienia resocjalizacji osób odbywających karę izolacyjną – nie ma tutaj mowy, iż niniejsze gwarancje wywodzą się z zasady poszanowania godności ludzkiej i humanitarnego traktowania, co wskazuje na inne założenia przyjętych regulacji, których celem jest ochrona społeczeństwa przed przestępczością oraz readaptacja społeczna więźniów przy wykorzystaniu odpowiednich środków jakim jest m.in. zapewnienie osobom odbywającym karę izolacyjną warunków jak najbardziej podobnych do panujących w życiu na wolności. W prawdzie można jednak odnieść się do tego, iż zalecenia dotyczące ochrony zdrowia zawarte w Regułach Minimalnych mają swoje źródło w zastosowaniu praw człowieka z uwagi na pierwotnie wskazany szeroki zakres wzorców jakie zakreślają oraz podstawy, którymi powinni się kierować ustawodawcy i instytucje państwowe w odniesieniu do więźniów, które to zostały wskazane powyżej.

Odnosząc się dalej bezpośrednio do regulacji zawartych w Regułach Minimalnych dotyczących świadczenia usług medycznych zagwarantowanych osobom odbywającym karę pozbawienia wolności można zauważyć, iż ich dokładny zakres i sposób zapewnienia pozostaje w gestii ustawodawców poszczególnych państw. Wniosek taki wysuwa się z reguły 22., która wskazuje na potrzebę dostosowania usług medycznych świadczonych osobom odbywającym kary izolacyjne z aktualnie obowiązującym systemem opieki zdrowotnej w danym państwie. Mimo to w Regułach Minimalnych zawarto kilka wytycznych stanowiących niezbędne podstawy w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej więźniom. W regule 22. wskazano, iż w każdej instytucji posiadającej charakter izolacyjny dostępna ma być pomoc medyczna przez co najmniej jednego lekarza posiadającego stosowne kwalifikacje. Zaznaczono przy tym, że lekarz ten musi odznaczać się również wiedzą z dziedziny psychiatrii. W konsekwencji tego w przypadku braku posiadania takiego wykształcenia przez jedyne go lekarza pracującego we

więzieniu, konieczny będzie dodatkowo dostęp do lekarza psychiatry. Tym samym zakres opieki zdrowotnej przewidzianej w Regułach Minimalnych obejmuje zdrowie *sensu largo*, a więc jego aspekt fizyczny jak i psychiczny. Przewidziano również wymóg, aby szpitale działające na terenie instytucji o charakterze izolacyjnym były wyposażone na takim poziomie, który zapewni chorym więźniom wszelką niezbędną pomoc wraz z uwzględnieniem wykwalifikowanego personelu medycznego. W odniesieniu do osób odbywających karę pozbawienia wolności lub inny środek izolacyjny zwrócono jednocześnie uwagę na potrzebę dostępu do lekarza dentystry, a w przypadku kobiet w ciąży na zapewnienie należytej opieki zdrowotnej jak również warunków technicznych im oraz och dzieciom.

Z punktu widzenia regulacji, którym w Regułach Minimalnych nadano szczególny priorytet jest niewątpliwie konieczność badania przez lekarza każdego więźnia jak najszybciej po przyjęciu go do jednostki penitencjarnej. Świadczy o tym fakt użycia w regule 24. sformułowania: „każdy więzień będzie badany przez lekarza...”, które to kładzie nacisk na konieczność przeprowadzenia wskazanych czynności przez personel medyczny w określonym czasie. Tym samym również więźniowie nie mają możliwości zrezygnowania z takich badań, a poddanie się im stanowi ich obowiązek. Z tego tytułu, jak również w oparciu o inne przesłanki medyczne, w przypadku zalecenia lekarza wobec osób odbywających karę izolacyjną można zastosować środki przymusu bezpośredniego. Przykładem takiej sytuacji będzie m.in. obezwładnienie więźnia, który będzie agresywny w szczególności w związku z zaburzeniami psychicznymi.

Kolejnym ważnym elementem z zakresu świadczenia usług medycznych dla osób odbywających karę pozbawienia wolności jest konieczność zapewnienia stałej opieki zdrowotnej w dużych zakładach poprzez zamieszkiwanie przynajmniej jednego z lekarzy na terenie jednostki penitencjarnej lub w innych przypadkach zamieszkiwanie stosunkowo blisko w celu umożliwienia udzielenia pomocy w nagłych przypadkach. Wskazane reguły wyraźnie wyznaczają elementarne minimum, które każde więzienie musi spełniać niezależnie od sytuacji prawnej, gospodarczej czy społecznej panującej w danym kraju. O ile bowiem Reguły Minimalne zostały sformułowane tak ogólnikowo, aby można je było zastosować w każdym państwie w sposób odpowiedni do panujących warunków, o tyle reguły dotyczące m.in. konieczności dostępu do lekarza w każdej chwili oraz przeprowadzenia obowiązkowych badań więźnia zaraz po przyjęciu do jednostki penitencjarnej stanowią *sui generis* obowiązek ciążyący na państwie, który musi zostać zrealizowany przez służby.

Podkreślenia wymaga jednak główny powód zapewnienia należytej opieki zdrowotnej więźniom, a tym samym celu jaki ma spełniać kara pozbawienia wolności zgodnie z założeniami Reguł Minimalnych, który to można wywieść z wcześniej już wspomnianej reguły 24. Mianowicie pierwszorzędym założeniem omawianej instytucji jest umożliwienie przeprowadzenia resocjalizacji osób odbywających karę pozbawienia wolności. W związku z tym ochrona zdrowia więźniów ma być na takim poziomie i zorganizowana w taki sposób, aby nie odbiegać od poziomu w warunkach nieizolacyjnych. W konsekwencji więźniowie nie będą musieli czuć się osobami wykluczonymi ze społeczeństwa, a po odbyciu kary będą mieli ułatwioną zdolność przystosowania się do życia w otwartym społeczeństwie. Jest to również związane z zachowaniem odpowiedniego stanu zdrowia w celu przydzielenia więźniom adekwatnej do ich możliwości fizycznych i zdrowotnych pracy, która w następstwie będzie mogła być wykonywana po odbyciu kary.

Podsumowując dotychczasowe rozważania na temat Reguł Minimalnych można zauważyć, że stanowią one jedynie podstawowe minimum praw i obowiązków przysługujących osobom odbywającym kary izolacyjne, a także minimum wymogów stawianych administracji więziennej co do czynności podejmowanych wobec więźniów. Ich zakresu i szczegółowości nie zmieniły również poprawki i modyfikacje wprowadzane na początku obecnego wieku. Mimo swej ogólności oraz braku mocy przepisów prawnych rezolucji, można ją uznać za podstawową regulację prawa międzynarodowego w zakresie zapewnienia więźniom elementarnych uprawnień z poszanowaniem zasady humanitaryzmu i godności ludzkiej. Należy także w tym kontekście odnieść się do wpływu jakie wywarły Reguły Minimalne na zmiany polskiego systemu penitencjarnego. Mimo iż stanowiły one jedynie tzw. miękkie prawo odegrały jednak na gruncie polskiego ustawodawstwa duży wpływ w kontekście wypracowania określonej polityki karania. W latach 50. ubiegłego wieku zmienił się bowiem w Polsce system wykonywania kary pozbawienia wolności z izolacyjnego na tzw. resocjalizacyjny. Z drugiej jednak strony uniwersalność Reguł Minimalnych może stanowić ich zaletę, np. w przypadku krajów, gdzie przestrzeganie praw człowieka nie ma prawie żadnego odzwierciedlenia nawet w obecnych czasach. W takich okolicznościach owy dokument stanowi fundament człowieczego zachowania w odniesieniu do osób odbywających karę pozbawienia wolności i minimalną granicę stosowanych wobec nich środków przymusu, a także zapewnienia godnych warunków bytowych należnych każdemu człowiekowi.

W toku rozważań nad Regułami Minimalnymi konieczne staje się także odwołanie do tzw. Reguł Mandeli, które mimo iż nie są w chwili obecnej wiążące dla Polski stanowią międzynarodowy wyznacznik zasad postępowania z osobami pozbawionymi wolności i są swego rodzaju uaktualnieniem RM z 1955 r. Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło bowiem w dniu 07 października 2015 r. projekt rezolucji o nazwie Wzorcowe Reguły Minimalne Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z więźniami (Reguły Mandeli)¹⁶⁷. Nelson Mandela był bowiem wieloletnim więźniem i walczył o przestrzeganie praw człowieka, a także brak dyskryminacji. Wskazać można na jego cytat, iż: „*nikt prawdziwie nie pozna narodu, dopóki nie zobaczy jego więzień*”. Stanowisko to jest bardzo interesujące z uwagi na dotychczasowe rozważania, gdyż jak zostało już wskazane, panująca sytuacja w jednostkach penitencjarnych jest uzależniona od nastawienia społeczeństwa wobec osób osadzonych, od działań rządu, możliwości organizacyjnych i finansowych, a także postępu w zakresie społeczno-gospodarczo-prawnym. Społeczeństwo bowiem – także wraz z osobami pracującymi we więzieniach – musi dostrzegać potrzebę zmian istniejących warunków odbywania kary pozbawienia wolności i traktowania osadzonych. Wiąże się to po pierwsze z przestrzeganiem praw człowieka, ale także z realizacją celu kary i perspektyw dla ogółu społeczeństwa i gospodarki w przyszłości w przypadku readaptacji i reintegracji społecznej osób odbywających kary izolacyjne. Jest to tak istotne z uwagi na to, iż w sytuacji powrotu osadzonego do życia w społeczeństwie otwartym, utożsamiania się przez niego z osobami żyjącymi na wolności i z istniejącym porządkiem moralno-prawnym, osadzony jest w stanie realizować swoje role społeczne i nie powróci do popełniania przestępstw. Dzięki temu z kolei nie będzie generował dodatkowych kosztów w przypadku pobytu w jednostce penitencjarnej wspomagając jednocześnie rozwój gospodarki poprzez podjęcie pracy.

Dodatkowo w następstwie odpowiedniej edukacji i chociażby rozwoju prozdrowotnego osoba po odbyciu kary izolacyjnej nie będzie przyczyniała się chociażby do rozprzestrzeniania chorób zakaźnych, co również pozytywnie wpłynie na całokształt społeczeństwa. Jest to istotne z uwagi na to, że od tego w jaki sposób osadzony odbywa karę pozbawienia wolności, jakie ma doświadczenia i perspektywy zależy jego przyszłość i to jakim będzie człowiekiem i jak będzie oddziaływał na innych. W związku z powyższym tak ważne jest nastawienie ludzi żyjących w społeczeństwie otwartym do osób osadzonych, gdyż to w następstwie wpływa na działania władz państwowych, które nie są ograniczane obawą o negatywną reakcję ludności. To z kolei

¹⁶⁷ https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Reguly_Mandeli.pdf [dostęp online: 30 października 2018 r.].

na pewno pozytywnie oddziaływałyby także na nastawienie szeroko pojętych pracowników służby więziennej i w efekcie przyczyniłoby się do efektywnej pracy z osadzonymi. Stosunek społeczeństwa do więźniów jest bowiem w konsekwencji odzwierciedleniem postrzegania świata przez osadzonych i ich dalszego zachowania.

Wracając jednak bezpośrednio do Reguł Mandeli można stwierdzić, iż stanowią one obecnie jeden z najważniejszych i najbardziej doniosłych aktów dotyczących ochrony praw człowieka. Przyjąć można, iż ich właściwe stosowanie może oddziaływać na zmniejszenie powrotu do przestępczości osób opuszczających jednostki penitencjarne. Reguły Mandeli zmierzają bowiem przede wszystkim do:

- podmiotowego traktowania osadzonych,
- odpowiedniej klasyfikacji osób pozbawionych wolności,
- zapewnienia osadzonym kontaktu ze światem zewnętrznym,
- zapewnienia zindywidualizowanej oferty programów readaptacyjnych,
- odpowiedniego doboru kadry penitencjarnej.

Z punktu widzenia niniejszego opracowania kluczowe są postanowienia w zakresie podmiotowego traktowania osadzonych oraz odpowiedniego doboru kadry penitencjarnej. Wynika to bowiem z tego, iż osoby pozbawione wolności muszą być traktowane zgodnie z przysługującą im – z tytułu bycia istotą ludzką – godnością i wszelkie działania administracji muszą ku temu zmierzać, także poprzez przestrzeganie zasady humanitaryzmu w zakresie ochrony zdrowia. Z kolei zapewnienie doboru odpowiedniej kadry penitencjarnej dotyczy nierozdzielnie odpowiedniego do potrzeb dostępu do kadry medycznej, a także stałej i efektywnej możliwości współpracy z psychologiem oraz w razie takiej potrzeby uzyskania od niego stosownej pomocy jeszcze na etapie zapobiegającym rozwojowi np. chorób psychosomatycznych. Szczególną uwagę należy zwrócić na regułę 24, w której wskazano na ciężar leżący po stronie instytucji państwowych w zakresie zapewnienia więźniom opieki zdrowotnej na poziomie dostępnym osobom żyjącym na wolności. W odniesieniu do niniejszej rozprawy oraz wyżej podniesionych twierdzeń kluczowa jest także reguła 25, zgodnie z którą obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia jest utożsamiany z procesem readaptacji społecznej osadzonych i stanowi on jeden z podstawowych warunków jej pozytywnej realizacji. Istotne jest jednak, że przedmiotowy obowiązek musi być realizowany zgodnie z powszechnymi

standardami, także w zakresie przestrzegania autonomii osadzonych i innych praw przysługujących im z tytułu bycia pacjentem.

4. Europejskie Reguły Więzienne

Komitet Ministrów Rady Europy w odpowiedzi na Wzorcowe Reguły Minimalne Postępowania z Więźniami ONZ opracował własne reguły postępowania z osobami odbywającymi karę pozbawienia wolności, które zostały przyjęte w dniu 12 lutego 1987 r.¹⁶⁸ Europejskie Reguły Więzienne były wynikiem zmian społecznych i ekonomicznymi w Europie oraz stanowiły dorobek jej doświadczeń wojennych. W następstwie II wojny światowej doszło bowiem do transformacji poglądów społeczeństwa m.in. na temat praw człowieka, jego godności, humanitarnego traktowania - nabrały one nowego wymiaru, zaczęto je postrzegać jako niezbędne minimum do przestrzegania we wszelkich aspektach życia każdego człowieka. W związku z tym zauważono również potrzebę kreowania norm dotyczących osób odbywających karę pozbawienia wolności nie tylko w sferze filozoficznej, ideologicznej – jak to miało miejsce wcześniej, ale głównym celem stało się stworzenie nowych, bardziej precyzyjnych reguł, które miałyby przyczynić się do powstania konkretnego modelu wykonywania kar izolacyjnych i zmienić dotychczasową praktykę penitencjarną. Wiązało się to poniekąd z rozwojem przestępczości, jej nowymi formami, ale również ożywieniem w zakresie nauk takich jak kryminologia i penitencjarystyka.

Jednocześnie nowego wymiaru nabrały nauki psychologiczne, które wpłynęły na sposób postrzegania osób odbywających kary izolacyjne oraz zmodyfikowanie głównego celu wykonywania tej kary jakim stała się readaptacja społeczna osadzonych. Odwołać się w tym momencie należy do tzw. teorii społecznego uczenia, która miała swoje źródło w podejściu behawiorystycznym. Jej twórcą był Albert Bandura¹⁶⁹, który opracował mechanizm kreowania nowych zachowań, ich utrwalania, zmian oraz degradacji. Sposób zachowania człowieka został uzależniony od wpływu czynników zarówno indywidualnych jak i środowiskowych. W konsekwencji jednostka ma nabywać różnego rodzaju wzorce postępowania poprzez obserwację zachowań innych członków społeczeństwa, a także odczuwanych przez nich skutków owych reakcji – bez pierwotnego podejmowania jakichkolwiek decyzji samemu oraz

¹⁶⁸ S. Lelental, *op. cit.*, s. 70-94.

¹⁶⁹ A. Bandura, *Teoria społecznego uczenia się*, Warszawa 2007, s. 28-31.

wykonywania jakichkolwiek samodzielnych działań. W taki tzw. „sposób modelowania” nabywanie umiejętności odbywa się w sposób szybszy i sprawniejszy, a jego główne funkcje to m.in. pobudzanie emocji, instruowanie, ale także hamowanie. W konsekwencji ludzie uzyskują umiejętności takie jak celowe zachowanie się w konkretnych sytuacjach, przewidywanie ich skutków, a także zmiana podejmowanych działań stosownie do okoliczności i uzyskania pożądanych efektów.

Zaprezentowana teoria uczenia się poprzez obserwację może mieć dwojakie odzwierciedlenie w kontekście niniejszego opracowania. Po pierwsze bowiem można ją rozpatrywać jako metodę poznawczą administracji państwowej stanowiącą źródło informacji o osobach odbywających kary izolacyjne. Wówczas istnieje możliwość poznania m.in. ich zachowań, reakcji, charakterów, priorytetów i zachodzących zmian ich postępowania i postrzegania świata. Z drugiej strony teoria społecznego uczenia się może stać się bezpośrednim determinantem określonego zachowania osadzonego. W tym przypadku jednak również można tę kwestię rozpatrywać w dwóch znaczeniach. Osoba pozbawiona wolności może bowiem „uczyć się” z negatywnych doświadczeń innych osadzonych, a w konsekwencji jej zachowanie będzie stanowiło reakcję obronną na działania podejmowane np. przez funkcjonariuszy Służby Więziennej. Jeśli jednak administracja państwowa teorię społecznego uczenia się wykorzysta stosownie do potrzeb więźniów i jako źródło informacji o osadzonych, celem zapewnienia im stosownych warunków umożliwiających readaptację społeczną, to wówczas „uczenie się przez obserwację” z punktu widzenia osoby pozbawionej wolności będzie stanowiło element pozytywnej zmiany jego postawy i powrotu do życia w społeczeństwie.

Wymienione wyżej transformacje podejścia do systemu penitencyjnego mogły jednocześnie być wynikiem doświadczeń wojennych osób, które w tym czasie zostały uwięzione i mogły samodzielnie doświadczyć warunków panujących w zakładach izolacyjnych oraz sposobu traktowania więźniów. Regulacjom zawartym w Europejskich Regułach Więziennych nadano bowiem nowy wymiar poprzez określenie ich przez pryzmat zasad moralnych, którymi trzeba się kierować podczas orzekania i wykonywania kary pozbawienia wolności. Tym samym reguły stworzone przez Radę Europy miały umożliwić prowadzenie prawidłowej, szeroko pojętej polityki karnej stosownie do europejskich standardów. Europejskie Reguły Więzienne z 1987 r. zakładały bowiem realizację ich założeń opartą na poszanowaniu godności ludzkiej, zasadzie humanitaryzmu, ale także na sprawiedliwości

i moralności. Podejście takie było przejawem ewolucji międzynarodowej polityki karnej i jej priorytetów, które skupiały się na osobie pozbawionej wolności i umożliwieniu jej powrotu do życia w społeczeństwie i wypełniania określonych ról społecznych, a nie jedynie na ukaraniu takiej osoby i odizolowaniu jej od pozostałych. Po krótko wskazać można, że „pierwsze” Europejskie Reguły Więzienne wskazywały wytyczne odnośnie zasad wykonywania kary pozbawienia wolności, sposobu zarządzania jednostką penitencjarną, funkcjonowania personelu więziennego, a przede wszystkim redefiniowały wyżej wymieniony cel wykonywania kary pozbawienia wolności oraz sposoby i środki jego osiągnięcia. Przede wszystkim podnoszono jednak, że warunki panujące w jednostkach penitencjarnych powinny odpowiadać średnim warunkom życia panującym w społeczeństwie otwartym. Powyższe wskazuje, że w Europejskich Regułach Minimalnych zmieniono w porównaniu do wcześniejszych dokumentów nie tylko podejście aksjologiczne, ale także semantyczne wykonywania kary pozbawienia wolności. Co za tym idzie warunki zarówno bytowe, jak i społeczne (kontakty na linii więzień-funkcjonariusz/inny pracownik więzienia oraz więzień-więzień) powinny odpowiadać warunkom życia w społeczeństwie otwartym, a wszelkie obostrzenia nie mogą mieć negatywnego wpływu na proces readaptacji społecznej osadzonych oraz muszą się ograniczać jedynie do zapewnienia porządku i bezpieczeństwa w jednostce penitencjarnej.

Jednak w związku z kolejnymi na przestrzeni lat transformacjami społecznymi, gospodarczymi i prawnymi m.in. w zakresie polityki karnej, praktyki skazywania, ogólnego zarządzania więzieniami w Europie, a także w związku z wytycznymi wynikającymi z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w dniu 11 stycznia 2006 r. Komitet Ministrów Rady Europy przyjął „nowe” Europejskie Reguły Więzienne (zwane dalej również ERW), które wymagają szerszego omówienia z uwagi na ich aktualne obowiązywanie oraz przełomowe podejście do kary pozbawienia wolności. Wnioskować bowiem należy, iż wskazana kara szkodzi. Jednak w konsekwencji uwzględnienia postępu cywilizacyjnego należy ją wykonywać w jak najmniej szkodliwy sposób, który przyczyni się do readaptacji społecznej osadzonych.

Europejskie Reguły Więzienne z 2006 r. zawierają 108 reguł. Na początku zostały wymienione podstawowe zasady, które to z kolei nie były uwzględnione w Regułach Minimalnych ONZ. Podniesiono wagę takich standardów jak np. konieczność traktowania osób pozbawionych wolności z poszanowaniem praw człowieka, zasadę zachowania wszystkich

praw przez więźniów, jeśli prawo w danej sytuacji nie przewiduje wyjątków, a także zapewnienie w miarę możliwości standardów życia we więzieniu odpowiadającym pozytywnym aspektom życia w otwartym społeczeństwie. Podstawowe zasady zawarte w regułach 1-6 ERW stanowią *sui generis* deklarację programową oraz podstawę interpretacji pozostałych reguł. Podkreślono, iż głównymi zasadami czynności podejmowanych w odniesieniu do osób odbywających karę pozbawienia wolności oraz inne kary izolacyjne jest humanitaryzm, moralność, sprawiedliwość oraz poszanowanie godności ludzkiej.

W porównaniu do Reguł Minimalnych w omawianym akcie wyznaczono inne podstawy działania i cele do osiągnięcia. Celem Reguł Minimalnych jest bowiem dążenie do umożliwienia poszanowania godności ludzkiej. Z kolei Europejskie Reguły Więzienne ochronę godności ludzkiej traktują jako fundament, warunek podstawowy do zachowania prawidłowych relacji w warunkach izolacji – nie tylko w odniesieniu do kontaktów więźnia z funkcjonariuszem, ale również na linii więźnia z drugim osadzonym lub w kontakcie między pracownikami jednostek penitencjarnych. W toku analizy omawianego dokumentu nasuwa się także wniosek, że za proces wykonywania kary i readaptacji społecznej osób pozbawionych wolności w pierwszej kolejności odpowiedzialne są jednostki penitencjarne współpracujące z władzą zarówno ogólnokrajową, jak i lokalną – tym samym to na wskazanych instytucjach spoczywa główny ciężar dążenia do realizacji celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Kluczowe jest jednak, że cel ten nie może być realizowany poprzez narzucenie osadzonym konieczności określonego zachowania się. Proces readaptacji społecznej ma bowiem być osadzonym umożliwiony, a wszelkie czynności podejmowane przez administrację więzienną mają zmierzać do podjęcia przez więźnia samodzielnej decyzji w zakresie współpracy nad zmianą swojej postawy.

Wspomnieć należy, że tematyka „zmiany”, czy też „naprawy” osób pozbawionych wolności jest znana od XVIII w., kiedy to zostało utworzone więzienie w Filadelfii¹⁷⁰. Wówczas była jednak pojmowana jako konieczność i realizowana poprzez stosowanie swego rodzaju przymusu wobec osadzonych, co w konsekwencji wiązało się z napiętnowaniem więźniów przez funkcjonariuszy, a także społeczeństwo. Jednak w toku wyżej wskazanej ewolucji podejścia do praw człowieka, poszanowania jego godności i zmian w zakresie polityki karania Europejskie Reguły Więzienne wyartykułowały stanowisko, iż istotą kary pozbawienia wolności, a co za tym idzie największą dolegliwością jest samo pozbawienie wolności

¹⁷⁰ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne z 2006 r.*, PiP 2008/2/3-17.

w następstwie czego reżim wykonania tej kary nie może powodować innych dolegliwości. Jest to jednak bezsprzecznie związane z rozumieniem kary pozbawienia wolności jako *ultima ratio* w procesie karania, która ma umożliwić osadzonym ich readaptację społeczną.

4.1. Ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności w kontekście ERW

W związku z powyższym, w kontekście niniejszej pracy, odnosząc się m.in. do reguł nr 1, 2, 5 i 6 ERW należy wnioskować, że zapewnienie ochrony zdrowia osobom pozbawionym wolności stanowi standard w zakresie wykonywania kar izolacyjnych. Jest to prawo podmiotowe przysługujące każdemu więźniowi, które wynika przede wszystkim z poszanowania godności ludzkiej, ale również z konieczności zapewnienia poziomu życia w jednostce penitencjarnej odpowiadającym pozytywnym przejawom życia w otwartym społeczeństwie. Elementy te niewątpliwie wiążą się z umożliwieniem i ułatwieniem osobom pozbawionym wolności reintegracji społecznej. Tym samym ochronę zdrowia więźniów można rozumieć z jednej strony jako przysługujące prawo każdej osobie pozbawionej wolności, a z drugiej strony jako jeden z elementów przyczyniających się do stworzenia sprzyjających warunków w celu umożliwienia powrotu do życia w otwartym społeczeństwie oraz prawidłowego realizowania pełnionych ról społecznych.

Prawo do ochrony zdrowia i standardy realizowanej opieki zdrowotnej więźniów zostały uregulowane w Części III pod tytułem „Zdrowie, Opieka zdrowotna”. Już zastosowanie wskazanej terminologii pokazuje jak szeroki zakres został objęty zaleceniami w zakresie prawa do ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności. Jak zostało bowiem doprecyzowane we wcześniejszej części pracy ochrona zdrowia odnosi się zarówno do zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Z kolei termin opieki zdrowotnej obejmuje szeroki zakres świadczeń dla chorych, jak również szereg czynności podejmowanych w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia choroby. Kluczowe jest jednak, że regulacje zawarte w Części III ERW należy postrzegać w kontekście „Zasad podstawowych”, z których fundamentalne są niniejsze zasady:

1. „Wszystkie osoby pozbawione wolności muszą być traktowane z poszanowaniem praw człowieka”

oraz

4. „Warunki więzienne naruszające prawa człowieka nie mogą być uzasadniane brakiem środków”.

Wymienione wyżej zasady są tak istotne z punktu widzenia ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności, ponieważ więźniów należy traktować na równi z osobami żyjącymi w społeczeństwie otwartym. Jest to wynikiem poszanowania godności ludzkiej oraz przestrzegania zasady humanitaryzmu, a także innych uprawnień przysługujących człowiekowi z faktu bycia jednostką ludzką. Szczególne znaczenie ma również wyżej wymieniona reguła 4. z uwagi na konieczność dostosowania warunków panujących w jednostkach penitencjarnych, bez względu na możliwości finansowe, stosownie do standardów odpowiadających swym zakresem przestrzeganiu praw człowieka, a co za tym idzie również, co do zagwarantowania ochrony zdrowia więźniów. Norma ta jest bardzo ważna, ponieważ z uwagi na to, iż więźniowie są uzależnieni w swym bycie od instytucji państwowych, to na tych jednostkach ciąży szczególnie obowiązek zagwarantowania osobom odbywającym kary izolacyjne realizacji ich wszelkich praw – również w zakresie ochrony zdrowia – bez względu na możliwości finansowe danej jednostki penitencjarnej. Można sobie bowiem wyobrazić sytuację, w której jeden z więźniów chory na cukrzycę musi mieć dostarczane zastrzyki z insuliny, jednak z uwagi na brak środków pieniężnych nie zostały one zakupione. Jest to sytuacja niewyobrażalna z punktu widzenia chorego, jak również każdego obywatela, ponieważ wiąże się to z brakiem zagwarantowania przez instytucje państwowe możliwości realizacji swoich podstawowych praw przez każdego człowieka oraz niehumanitarnym i niegodnym zachowaniem. W konsekwencji powyższego, oprócz pogwałcenia praw człowieka będzie miała miejsce sytuacja, w której to chory osadzony negatywnie będzie odbierał działania, m.in. administracji więziennej, a przez to nie podejmie współpracy, przez co z kolei uniemożliwiona zostanie realizacja głównego celu kary. Osadzony będzie bowiem wówczas odczuwał dyskomfort, odrzucenie i niesprawiedliwość, a w konsekwencji jego postawa będzie apatyczna lub agresywna.

W toku przedmiotowych rozważań niezbędne staje się odwołanie do wskazanych na wcześniejszym etapie opracowania aspektów psychologicznych i społecznych ochrony zdrowia osób odbywających kare pozbawienia wolności. Innym przykładem jest przypadek zachorowania przez jednego z więźniów na gruźlicę, a w następstwie zainfekowania innych osób poprzez brak stosownie wczesnej diagnozy i odizolowania chorego od pozostałych osadzonych – również z uwagi na brak dostatecznej ilości izolatek. W takich sytuacjach

zachodzi przesłanka braku realizacji norm zawartych w ERW, co z kolei w oparciu o pozostałe unormowania może stanowić podstawę do złożenia przez więźnia, którego prawa nie są realizowane skargi do stosownego organu i dochodzenia przez niego zaspokojenia swoich roszczeń w postaci wypłaty odszkodowania.

Przechodząc bezpośrednio do analizy Części III Europejskich Reguł Więziennych należy szczególną uwagę zwrócić na:

1. Organizację służby zdrowia w więzieniu, która musi być ściśle powiązana z ogólną administracją szeroko pojętej służby zdrowia,
2. Integrację polityki zdrowotnej obowiązującej we więzieniu z narodową polityką zdrowotną,
3. Przestrzeganie zasad antydyskryminacyjnych w zakresie ochrony zdrowia więźniów,
4. Zagwarantowanie więźniom wszelkich niezbędnych usług medycznych – również w przypadku, gdy występuje konieczność ich świadczenia poza jednostką penitencjarną
5. Zapewnienie więźniom korzystania z usług co najmniej jednego wykwalifikowanego lekarza pierwszego kontaktu, dentysty oraz okulisty.

Dodatkowo w Europejskich Regułach Więziennych podkreślono znaczenie takich standardów jak przestrzeganie tajemnicy lekarskiej oraz zajmowanie się objawami uzależnień więźniów, które to w społeczeństwie otwartym są naturalnym zachowaniem. Zawarcie tego typu regulacji jest istotne, ponieważ mimo wyraźnego wskazania, iż osoby odbywające karę pozbawienia wolności zachowują wszelkie prawa, a godność ludzka jest fundamentem do wyznaczania pozostałych norm oraz do podejmowania wobec nich stosownych działań w praktyce, konieczne staje się wyraźne wyartykułowanie nadrzędnych zasad, aby nie było żadnych wątpliwości co do ich realizacji. Można wnioskować, że poniekąd jest to spowodowane negatywnym nastawieniem społeczeństwa w stosunku do osób odbywających karę pozbawienia wolności, a w konsekwencji chęcią ograniczenia praw im przysługujących – również w postaci podstawowych gwarancji w zakresie ochrony zdrowia.

Warto zwrócić również uwagę na autonomię więźnia jako osoby chorej. Prawo do ochrony zdrowia stanowi bowiem uprawnienie, z którego można, ale nie trzeba skorzystać. W przypadku osób odbywających karę pozbawienia wolności możemy mówić jednak o różnych zależnościach. Więźniowie, jak zostało już wcześniej wspomniane, są bowiem uzależnieni od instytucji państwowych, również w zakresie korzystania z ochrony swojego

zdrowia, na których to instytucjach z kolei ciąży obowiązek zadbania o ich życie i zdrowie. W takich przypadkach odnieść należy się np. do wielokrotnych prób samobójczych w zakładach karnych¹⁷¹. Jest to tak istotne, gdyż w sytuacji potraktowania takich zachowań więźniów jako wyraz ich autonomii i efekt podjęcia świadomej decyzji, dylematem staje się przymusowa interwencja medyczna związana z przedmiotową sytuacją. Zwrócić należy jednak uwagę na regulę 47.2 dotyczącą zapewnienia leczenia psychiatrycznego wszystkim osadzonym, którzy wymagają takiego leczenia oraz nakładającą szczególny nacisk w tym aspekcie na zapobieganie samobójstwom. Oznacza to, że zgodnie z Europejskimi Regulami Więziennymi dopuszczalne, a nawet konieczne jest takie działanie administracji więziennej, które w pewnym sensie ochroni więźniów przed samounicestwieniem, a tym samym zapewni byt jednostce ludzkiej w celu dalszego umożliwienia readaptacji społecznej.

4.2. Wpływ ERW na sytuację osób pozbawionych wolności w Polsce

W toku niniejszych rozważań podkreślić należy jakie znaczenie wywarły ERW na polski system penitencjarny i sposób wykonywania kary pozbawienia wolności. Od lat 70. ubiegłego wieku następował bowiem ciągły wzrost liczby osób przebywających w jednostkach penitencjarnych. Jak zostało już wcześniej wskazane wskaźnik zaludnienia więzień był w Polsce wówczas także dużo większy niż w krajach Europy Zachodniej, a z upływem kolejnych lat dysproporcja ta dodatkowo znacząco się pogłębiała. W latach 70-80. bowiem średnio na 100.000 osób liczba osób pozbawionych wolności w Polsce wahała się ok. 250-300 osób, a z kolei, np. w 1990 r. wskaźnik ten wynosił 1316, przy czym z kolei w tym roku w Anglii wynosił 96,2, w Niemczech 83,8, a we Francji 78,5¹⁷².

W konsekwencji powyższego stanu rzeczy oraz porównania sytuacji polskiego więziennictwa na tle międzynarodowym, a także w następstwie wykształtowania się określonych wymogów na arenie europejskiej w zakresie sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności i jej celu Polska musiała podjąć działania zmierzające do swego rodzaju dostosowania się do owych wymogów i tym samym poprawy sytuacji w krajowych jednostkach penitencjarnych. Poniekąd działania te wiązały się z wyżej wskazanym problemem przeludnienia

¹⁷¹ Por. T. Głowik, A. Matyba, *Samobójstwa osadzonych w latach 2006–2009*, Przegląd Więziennictwa Polskiego 2010, nr 66, s. 5–23.

¹⁷² Dane za: M. Melezini, *Punitivność wymiaru sprawiedliwości karnej w Polsce w XX wieku*. Białystok 2003, s. 509.

i jego negatywnymi konsekwencjami (które zostaną szerzej omówione w dalszej części pracy), ale przede wszystkim z pozycją Polski wśród krajów europejskich i jej dążeniem kraju do rozwoju i akceptacji. Właśnie dlatego Polska musiała podjąć zdecydowane kroki również w zakresie humanitaryzacji wykonywania kary pozbawienia wolności i zapewnienia osadzonym określonych standardów oraz realizacji ich praw. Formułując jednak krytyczne podejście do wcześniej istniejącego stanu polskiego więziennictwa podnoszono, iż jest on wynikiem uwarunkowań politycznych. Potwierdzeniem tej tezy był m.in. Komentarz z 1974 r. do tymczasowego regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności. Na wstępie wskazano bowiem, że „na VI Zjeździe PZPR określono dalszy, rozwinięty program budownictwa socjalistycznego w naszym kraju w latach 1971-1975 (...)uchwała zjazdu nakazuje, by organy porządku publicznego i wymiaru sprawiedliwości zdecydowanie i konsekwentnie zwalczały nadużycia i przestępstwa wymierzone przeciwko własności społecznej oraz wszelkie czyny godzące w żywotne interesy państwa i obywateli”¹⁷³. Względy polityczne i przeludnienie więzień nie mogły sprzyjać readaptacji społecznej osób odbywających karę pozbawienia wolności, który to cel we wcześniejszych latach nie był priorytetowym założeniem wykonywania tej kary na gruncie polskiej polityki penitencjarnej.

Znaczące zmiany w polskim więziennictwie można było jednak zauważyć po 1989 r. kiedy doszło do reformy zarówno ustrojowo-prawnej jak i społeczno-gospodarczej. Polska musiała wówczas dostosować się do określonych standardów europejskich, aby jej pozycja była zauważalna na tle międzynarodowym. Wówczas odnotowano poprawę warunków bytowych i socjalnych w polskich jednostkach penitencjarnych, co przejawiało się m.in. w zapewnieniu odpowiedniego oświetlenia, zbudowaniu kabin sanitarnych oraz zagwarantowaniu opieki lekarskiej.

Z uwagi na powyższe rozważania należy jednak dokonać zestawienia sytuacji osób pozbawionych wolności w Polsce oraz regulacji prawnych w tym zakresie z unormowaniami zawartymi w ERW, których to wytyczne dotyczą takich sfer jak:

- ustawowa,
- zarządzanie jednostkami penitencjarnymi,
- wykonywania kary pozbawienia wolności.

¹⁷³ Komentarz wprowadzający do tymczasowego regulaminu wykonania kary pozbawienia wolności. Centralny Zarząd Zakładów Karnych, Warszawa, luty 1974, s. 5.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż przełom w polskim ustawodawstwie i systemie penitencjarnym nastąpił po uchwaleniu dwóch kluczowych ustaw w tym zakresie, a więc w 1996 r. ustawy o Służbie Więziennej oraz w 1997 r. ustawy Kodeks karny wykonawczy. Dopiero wówczas można mówić o osiągnięciu w Polsce w przeważającej części poziomu europejskich unormowań. Nie udało się jednak wyeliminować wszystkich odstępstw, a najbardziej znaczącym jest przeludnienie polskich jednostek penitencjarnych. To z kolei wpływa m.in. na pogorszone warunki sanitarne, brak możliwości przeznaczenia cel wykorzystanych na mieszkalne, np. na zajęcia sportowe lub oświatowe. Jednocześnie w Polsce nie ma zrealizowanego wymogu wskazanego w regule 18.5 ERW odnoszącej się do przebywania osadzonych w osobnych celach w porze nocnej. Nierozzerwalnie wiąże się to z kolejnym ważnym elementem przyczyniającym się do dostosowania polskiego systemu penitencjarnego do norm europejskich, którym jest sposób zarządzania jednostkami penitencjarnymi – także na szczeblu rządowym, co wiąże się chociażby z zagospodarowaniem środków budżetowych, ale również podziałem zarządzania i sposobem ponoszenia odpowiedzialności za podjęte działania. Kluczowe jest jednak podjęcie rozważań w zakresie wykonywania kar izolacyjnych w kontekście przestrzegania ERW zarówno przez pracowników Służby Więziennej, jak również pozostałych pracowników jednostek penitencjarnych z uwagi na ich bezpośredni kontakt z osadzonymi i swego rodzaju odpowiedzialność za realizowanie określonych standardów. Jednocześnie z uwagi na istniejące przeludnienie w polskich jednostkach penitencjarnych i wpływ tego zjawiska na zdrowie osób pozbawionych wolności podnieść należy szczególną rolę dozoru elektronicznego, który w ostatnim czasie został znowelizowany. Niewątpliwie wpływa on bowiem na liczbę osadzonych w zakładach karnych, ale także przyczynia się do readaptacji społecznej skazanych zapewniając im przy tym możliwość samodzielnego dbania np. o swój stan zdrowia. Tematyka ta jednak z uwagi na systematykę niniejszej rozprawy zostanie omówiona w dalszej części pracy.

5. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)

Kolejnym niezbędnym punktem odniesienia w niniejszej rozprawie z uwagi na jej temat jest podjęcie analizy działalności Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który powstał na mocy art. 1 Europejskiej Konwencji o Zapobieganiu Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu

Traktowaniu albo Karaniu sporządzonej w 1987 r.¹⁷⁴ w Strasburgu. Działalność tego organu jest niezmiernie ważna z uwagi na to, iż mimo że w przedmiotowej Konwencji nie został zawarty nowy katalog praw i wolności człowieka to w jej preambule doprecyzowano jednak założenia art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Wskazano bowiem, iż skoro przepis ten odnosi się do osób, które już stały się ofiarami jego naruszenia, niezbędne staje się opracowanie mechanizmów zapobiegających sytuacjom, w których osoba pozbawiona wolności może być szczególnie narażona na niewłaściwe traktowanie.

Doniosłość pełnionej roli przez Komitet wynika także z faktu, iż stoi on na straży ochrony praw jednostki w sferze zakazu niehumanitarnego lub poniżającego traktowania, która to tematyka jest szeroko poruszana w orzecznictwie ETPCz z uwagi na najczęstsze naruszenia państw w zakresie działania dotyczącego prezentowanego obszaru. Tym samym działalność przedmiotowej instytucji wiąże się także z zapewnieniem należytej ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności i weryfikacją aktualnego stanu faktycznego panującego w jednostkach penitencjarnych, a standardami jakie powinny w nich obowiązywać. Odnosząc się do ogólnych działań Komitetu bezsprzecznym jest, iż CPT wykazuje się dużą aktywnością i w następstwie przyczynia się do poprawy sytuacji osób pozbawionych wolności. Instytucja ta ma bowiem bardzo silny charakter oddziaływania na państwa-Strony. Wiąże się to z tym, iż CPT należy zakwalifikować jako jeden z najważniejszych instrumentów kontrolnych Rady Europy, który można określić mianem pozasądowego organu konwencyjnego lub inaczej traktatowego. Oznacza to, że Komitet powstał na bazie traktatowych ustaleń, jego zadaniem jest ochrona ściśle określonych praw człowieka, a w celu jego realizacji używa określonych pozasądowych środków oddziaływania.

Odnosząc się jednak do celu działalności Komitetu i założeń leżących ku podstawie jego powołania można sformułować twierdzenie, że CPT jest swego rodzaju uzupełnieniem Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i dopełnieniem zapewnia ochrony praw człowieka w jak najszerszym zakresie. ETPCz w toku prowadzonego postępowania odpowiada bowiem na pytanie, czy doszło do konkretnego naruszenia praw w danym przypadku. Celem działań CPT jest z kolei zapobieganie nadużyciom w sferze psychicznej i fizycznej osób odbywających kary izolacyjne. W dalszej kolejności wskazać należy, że ETPCz jest bowiem ograniczony

¹⁷⁴ Europejska Konwencja o Zapobieganiu Torturom oraz Niehumanitarnemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z dnia 26 listopada 1987 r.; <http://strasburgre.msz.gov.pl/resource/253acb5c-d003-48f7-9358-5e515cf478de> [dostęp online: 02 listopada 2018 r.].

w swoich działaniach odnośnie panujących już standardów przestrzegania praw człowieka. CPT zaś w toku podejmowanych czynności odnosi się do jak najszerszego kręgu międzynarodowych regulacji i skonstruowanego w ich następstwie orzecznictwa. W zakresie sprawowanej kontroli istotne jest, iż Europejski Trybunał Praw Człowieka poddaje weryfikacji konkretną sytuację dopiero po złożeniu skargi, a postępowanie zostaje zakończone poprzez wydanie prawomocnego wyroku. Komitet z kolei przeprowadza wizyty okresowe lub *ad hoc* z urzędu, w celu stałej kontroli prawidłowości przestrzegania praw osób pozbawionych wolności. W konsekwencji z poszczególnych kontroli opracowywane są raporty, a w przypadku zdiagnozowania nadużyć do poszczególnych państw konstruowane są zindywidualizowane zalecenia. W przypadku, gdy zalecenia te nie są realizowane przez państwo, CPT może wydać publiczne oświadczenie, które z kolei może pejoratywnie wpłynąć na postrzeganie danego kraju na arenie międzynarodowej. Należy jednak wnioskować, że w związku ze zmianami sojuszniczymi w ostatnich latach, ugruntowaniem pozycji poszczególnych państw w sferze stosunków gospodarczych i ekonomicznych, a także w konsekwencji zmian społecznych, kraje w stosunku do których zostanie wydane publiczne oświadczenie w zakresie niehumanitarnego lub poniżającego traktowania osób pozbawionych wolności, mogą odczuć negatywne skutki ze strony innych państw. Tym samym, znaczenie działalności Komitetu i jego oddziaływania nabiera szczególnego znaczenia z uwagi na to, że mimo iż CPT nie dysponuje określonymi sankcjami, może w przypadku zdiagnozowania nadużyć i braku ich likwidacji przez dane państwo wpłynąć na zmianę jego pozycji na arenie międzynarodowej, co może z kolei powodować szereg dalszych negatywnych skutków.

W związku z powyższym charakter omawianej instytucji należy określić jako prewencyjny. Wiąże się to z tym, iż na instytucje państwowe nałożony został obowiązek zapewnienia więźniom m.in. ochrony ich zdrowia sensu largo z uwagi na to, iż jest to prawo przysługujące każdej jednostce ludzkiej wynikające z godności. Dodatkowo prawo do ochrony zdrowia więźniów – jak zostało wskazane szerzej już na wcześniejszym etapie opracowania – musi być realizowane w oparciu o zasadę humanitaryzmu oraz o zakaz dyskryminacji. Jednocześnie przypomnieć należy podstawę prawną, na którą powołują się więźniowie skarżący naruszenie jakiego dopuściło się dane państwo w zakresie przysługujących im uprawnień co do ochrony zdrowia, a mianowicie na art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka – który to z kolei jest podstawą podjęcia Europejskiej Konwencji o Zapobieganiu Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu.

Z uwagi na powyższe, celem ochrony praw więźniów i zapobieżenia ewentualnych naruszeń względem osób pozbawionych wolności powołano wskazany Komitet, który poprzez przeprowadzane wizytacje będzie mógł dokonać kontroli wszystkich miejsc na terenie kraju-Strony, w których przebywają osoby pozbawione wolności np. zakłady karne, areszty śledcze, posterunki policji, szpitale psychiatryczne. Można wyróżnić wizytacje okresowe, które są przeprowadzane w danym państwie co 4 lata lub wizytacje *ad hoc* realizowane w miarę potrzeb. Po przeprowadzanych kontrolach sporządzane są raporty, na które z kolei odpowiadają poszczególne państwa. Istotne jest, iż w skład Komitetu wchodzi eksperci z różnych dziedzin, np. prawnicy, lekarze, kryminolodzy, będący przedstawicielami państw członkowskich Rady Europy. Taki skład członkowski gwarantuje bowiem dokonanie szerokiej analizy stanu przestrzegania praw osób pozbawionych wolności – zarówno pod względem istniejących przepisów, ale także potrzeb osadzonych.

Podstawowymi zasadami działalności omawianej instytucji są współpraca (art. 3) oraz poufność (art. 6 ust.1 i art. 11). Odnosząc się bezpośrednio do zasady współpracy należy zwrócić uwagę na jej złożony charakter. Należy ją bowiem rozumieć jako ciężący na administracji i władzach państwowych obowiązek kooperacji z przedstawicielami Komitetu w zakresie przeprowadzanej wizytacji, a więc m.in. udostępniania dokumentów, przekazywania raportów. Zgodnie z art. 8 ust. 3 i 4 Konwencji możliwe jest również przeprowadzanie przez członków Komitetu rozmów na osobności z osobami odbywającymi kary izolacyjne oraz z innymi ludźmi, którzy mogą mieć wiedzę na temat istotnych informacji w związku z ewentualnymi naruszeniami władz publicznych w stosunku do osób pozbawionych wolności. Tego typu działania kontrolujące są na pewno o wiele bardziej czasochłonne niż jedynie analiza dokumentów oraz wymagają dodatkowego nakładu pracy i pieniędzy. Jednak z punktu widzenia rzetelności przeprowadzanych kontroli, ich wniosków i zmierzaniu do likwidacji nadużyć należy przyjąć, że przeprowadzanie bezpośrednich rozmów z osobami pozbawionymi wolności oraz innymi posiadającymi wiedzę w tym zakresie jest jednym z najcenniejszych źródeł informacji. Wiąże się to m.in. z możliwością weryfikacji informacji zawartych np. w raportach oraz zeznaniach pracowników służby więziennej. Bezpośrednie rozmowy skutkują też uzyskaniem niezakłóconej niczym informacji z jednoczesną możliwością analizy danej jednostki osobowej i jej nastawienia względem działań penitencjarnych. Drugim aspektem wiążącym się z pojęciem współpracy Komitetu z państwami-Stronami jest konieczność zastosowania wszelkich niezbędnych i możliwych środków w celu poprawy sytuacji osób odbywających kary izolacyjne zgodnie z wymogami

i zaleceniami Komitetu. Z kolei zgodnie z zasadą poufności sprawozdania Komitetu sporządzone po wizytacjach nie mogą być publikowane, jeśli nie zażąda tego państwo zainteresowane lub samo nie opublikuje owego sprawozdania.

5.1. Publiczne oświadczenia CPT

Istotny jest jednak już wcześniej wspomniany mechanizm, który może zastosować Komitet w przypadku braku chęci dostosowania się przez państwo-Stronę do zaproponowanych zaleceń lub bezpośredniej odmowy współpracy. W takiej sytuacji zgodnie z art. 10 ust. 2 istnieje możliwość wydania publicznego oświadczenia – nie ma wtedy zastosowania reguła poufności. Tym samym, w przypadku braku pozytywnej odpowiedzi ze strony zainteresowanego państwa co do podjęcia współpracy, do publicznej wiadomości mogą zostać podane informacje wynikające z przeprowadzonej kontroli, które w negatywny sposób mogą wpłynąć na relacje z innymi krajami. Publiczne oświadczenie jest jednak stosowane bardzo rzadko, a jego skuteczność w dużej mierze jest uzależniona od okoliczności politycznych i relacji między państwami – o czym świadczą poniższe przykłady. Do tej pory instytucja ta była bowiem wykorzystana w sumie 7 razy, a dokładnie dwa razy wobec Turcji, trzy razy wobec Rosji, a także jednokrotnie wobec Grecji i Bułgarii.

- Publiczne oświadczenie przyjęte przez CPT w dniu 15 grudnia 1992 r. dotyczące Turcji – dokument CPT/Inf(93)1¹⁷⁵,
- Publiczne oświadczenie przyjęte przez CPT w dniu 09 grudnia 1996 r. dotyczące Turcji – dokument CPT/Inf(96)34¹⁷⁶,
- Publiczne oświadczenie przyjęte przez CPT w dniu 10 lipca 2001 r. odnośnie Republiki Czeczenii Federacji Rosyjskiej – dokument CPT/Inf(2001)15¹⁷⁷,

¹⁷⁵ CPT, Public statement on Turkey (Adopted on 15 December 1992) <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806981a6> – [dostęp online: 01 maja 2017 r.].

¹⁷⁶ CPT, Public statement on Turkey (issued on 6 December 1996); <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806981d8> – [dostęp online: 01 maja 2017 r.].

¹⁷⁷ CPT, Public statement concerning the Chechen Republic of the Russian Federation (issued on 10 July 2001); <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680697a50> – [dostęp online: 01 maja 2017 r.].

- Publiczne oświadczenie przyjęte przez CPT w dniu 10 lipca 2003 r. odnośnie Republiki Czeczenii Federacji Rosyjskiej – dokument CPT/Inf(2003)33¹⁷⁸,
- Publiczne oświadczenie przyjęte przez CPT w dniu 13 marca 2007 r. odnośnie Republiki Czeczenii Federacji Rosyjskiej – dokument CPT/Inf(2007)17¹⁷⁹,
- Publiczne oświadczenie przyjęte przez CPT w dniu 15 marca 2011 r. odnośnie Grecji – dokument CPT/Inf(2011)10¹⁸⁰,
- Publiczne oświadczenie przyjęte przez CPT w dniu 26 marca 2015 r. odnośnie Bułgarii – dokument CPT/Inf(2015)17¹⁸¹,

W tym momencie niezbędne staje się chociaż krótkie przeanalizowanie wyżej wskazanych dokumentów oraz omówienie na ich podstawie działalności CPT i podkreślenie jego założeń i priorytetów. W konsekwencji możliwe stanie się także wskazanie aktualnych problemów, z którymi muszą zmierzyć się władze państwowe poszczególnych krajów, aby zapewnić optymalne warunki osobom pozbawionym wolności.

Po pierwsze odnieść się należy do publicznych oświadczeń dotyczących Turcji, których wydanie było następstwem nieludzkiego lub poniżającego traktowania osób przebywających w policyjnych aresztach w związku z konfliktem kurdyjskim. W oświadczeniu z 1992 r. Komitet podniósł występowanie dużej liczby skarg dotyczących zarzutów nieludzkiego traktowania przez policję oraz ich wzajemną spójność. Dotyczyły one przede wszystkim takich zachowań jak zawieszanie osób pozbawionych wolności za nadgarstki, porażenia prądem elektrycznym, bicie podeszw stóp, uwięzienia w bardzo małych i ciemnych izolatkach, upokorzenia psychiczne. Podnoszono również ogólne złe warunki przetrzymywania ludzi w odwiedzonych jednostkach penitencjarnych i policyjnych, a także negatywne nastawienie funkcjonariuszy względem tych osób. W pkt. 8 oświadczenia CPT/Inf(93)1 Komitet wskazał, iż po przeprowadzonej kontroli zalecono tureckim władzom zwalczanie nieludzkiego zachowania i tortur, m.in. poprzez skrócenie maksymalnych okresów zatrzymania, dostęp do

¹⁷⁸ CPT, Public statement concerning the Chechen Republic of the Russian Federation (made on 10 July 2003); <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680697a52> – [dostęp online: 01 maja 2017 r.].

¹⁷⁹ CPT, Public statement concerning the Chechen Republic of the Russian Federation (made on 13 March 2007), <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680697bd0> – [dostęp online: 01 maja 2017 r.].

¹⁸⁰ CPT, Public statement concerning Greece (made on 15 March 2011), <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680696608> – [dostęp online: 01 maja 2017 r.].

¹⁸¹ CPT, Public statement concerning Bulgaria (made on 26 March 2015), <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806940ef> – [dostęp online: 01 maja 2017 r.].

adwokata jak również przeprowadzanie badań lekarskich zatrzymywanych osób. Władze Turcji nie zastosowały się jednak do zaleceń Komitetu, czego następstwem było wydanie przedmiotowego oświadczenia. Z kolei w oświadczeniu CPT/Inf(96)34 z 1996 r. podniesiono, iż doszło do pewnych postępów z uwagi na wydanie przez władze tureckie szeregu instrukcji, a także opracowano strategię szkolenia programów dotyczących praw człowieka. Zauważono jednak, że czas od przeprowadzenia poprzedniej wizyty okazał się zbyt krótki, aby całkowicie wyeliminować tortury oraz nieludzkie i poniżające traktowanie zatrzymywanych osób – tym samym odnotowano kolejne przypadki takiego traktowania. Na przestrzeni kolejnych lat odnotowano jednak w Turcji taki postęp pod względem poszanowania praw osób pozbawionych wolności, dzięki któremu nie było konieczne zastosowanie przez Komitet instytucji publicznego oświadczenia. Można domniemywać, iż wprowadzone zmiany były w pewnym stopniu uzależnione od wygaśnięcia konfliktu kurdyjskiego oraz podejmowanych przez Turcję starań odnośnie przyjęcia jej do Unii Europejskiej.

W dalszej kolejności należy podjąć temat oświadczeń publicznych Komitetu stosowanych względem Rosji, które miały bezsprzecznie związek z konfliktem z Czeczenią oraz krajami sąsiednimi. Istotne jest jednak, iż w przypadku niniejszego kraju oświadczenia CPT odnosiły się nie tylko do aspektów materialnych (jak chociażby w przypadku Turcji), ale także do aspektów proceduralnych, które dotyczyły odmowy współpracy przez rosyjskie władze. W oświadczeniu CPT/Inf(2001)15 wskazano, iż podczas kontroli ujawniono wiele przypadków nieludzkiego traktowania osób pozbawionych wolności oraz stosowania wobec nich tortur, a mimo zaleceń władze rosyjskie nie poczyniły żadnych kroków w celu wyeliminowania takich sytuacji. Dodatkowo władze publiczne nie wykazały chęci jakiegokolwiek współpracy z Komitetem, a w skierowanej odpowiedzi nie było żadnych konkretnych informacji w odniesieniu do podjętych przez władze rosyjskie działań. W kolejnym publicznym oświadczeniu z 2003 r. zauważano pewnego rodzaju postęp w postaci wydania szeregu poleceń i instrukcji, które miały wpłynąć na respektowanie praw człowieka przez siły federalne. Podkreślono również postęp w zakresie sądownictwa oraz działalności prawników. Mimo to odnotowano dalsze stosowanie przez siły wojskowe i policyjne tortur i nieludzkiego zachowania wobec osób pozbawionych wolności, a przedmiotowe oświadczenie nie zostało opublikowane. Jako jedno z ważniejszych można jednak wskazać publiczne oświadczenie z 2007 r. dotyczące Rosji. Wówczas w odwiedzanej jednostce zauważono znaczny postęp, a szczególnie w zakresie warunków bytowych osób zatrzymanych. Wykazano jednak, iż tortury oraz nieludzkie traktowanie są nadal stosowane,

np. w postaci duszenia plastikową torbą, rozległych pobić, rażenia prądem elektrycznym, zadawanie poparzeń przy użyciu papierosa lub zapalniczki. Komitet wykazał jednak dodatkową chęć dalszych działań zmierzających do zmiany systemu, ale podkreślono, że jest to możliwe jedynie w przypadku chęci współpracy ze strony Rosji, która do tej pory blokowała wzajemne kontakty.

Następnym przykładem wydania publicznego oświadczenia przez Komitet są naruszenia jakich dopuściła się Grecja. Owe uchybienia dotyczyły przetrzymywania migrantów i więźniów w bardzo złych warunkach w komisariatach policji oraz innych nieprzystosowanych do tego pomieszczeniach – nawet opuszczonych magazynach. Okres owych pobytów wynosił około 6 miesięcy lub dłużej. W takich przypadkach ograniczony był dostęp migrantów i więźniów do świeżego powietrza, ruchu, a także jakichkolwiek świadczeń medycznych. W oświadczeniu CPT/Inf(2011)10 podkreślono, że takie działania nie mogą mieć miejsca, a od samego początku powinno się zagwarantować migrantom i więźniom odpowiednie miejsce do pobytu oraz zapewnić ochronę ich zdrowia. W związku z brakiem reakcji greckich władz na poprzednie zalecenia, Komitet podjął decyzję o zastosowaniu instytucji publicznego oświadczenia. Po wydaniu owego dokumentu w Grecji została przeprowadzona cykliczna wizytacja w 2013 roku, a także w latach 2015-2016 trzy kontrole *ad hoc*. Było to niewątpliwie spowodowane poprzednimi problemami władz owego kraju z przestrzeganiem praw człowieka w odniesieniu do więźniów i migrantów biorąc pod uwagę ich ilość i częstotliwość napływu. Aktualna sytuacja społeczno-gospodarcza Grecji może bowiem przyczyniać się do różnego rodzaju naruszeń praw jednostki w celu chęci zapobieżenia przez instytucje państwowe ewentualnym negatywnym skutkiem niepożądanego zachowania migrantów. Zauważyć jednak należy, że po wydaniu publicznego oświadczenia podczas następnych wizytacji nie odnotowano aż takich naruszeń, który miałyby być podstawą do wydania kolejnego oświadczenia przez Komitet. Domniemywać należy, że poprawa sytuacji osób pozbawionych wolności zarówno w Grecji jak i wcześniej w Turcji wiąże się z presją jakie te kraje odczuwają ze strony państw Unii Europejskiej oraz tego jakie mają priorytety. Turcji bowiem może zależeć na ścisłej współpracy z krajami europejskimi z uwagi na chęć przyłączenia się do UE, a z kolei Grecji z uwagi na jej sytuację ekonomiczno-gospodarczą może zależeć na otrzymywaniu kolejnych dotacji finansowych.

Ostatnim wydanym przez Komitet do dnia 02 maja 2017 r. oświadczeniem publicznym jest dokument CPT/Inf(2015)17 dotyczący naruszeń dokonywanych przez Bułgarię. Podczas

kontroli ujawniono bowiem poważne uchybienia w zakresie działalności policji i zakładów penitencjarnych, które mimo wcześniejszych zaleceń nie zostały wyeliminowane. Jako główne uchybienia wskazano złe warunki bytowe we więzieniach, ale przede wszystkim zwrócono uwagę na niewystarczającą opiekę w zakresie ochrony zdrowia oraz niski poziom kwalifikacji personelu medycznego. Rząd Bułgarii w skonstruowanej odpowiedzi na raport z przeprowadzonej kontroli tłumaczył obecny stan panujący w zakładach penitencjarnych brakiem dostatecznych środków finansowych umożliwiających zapewnienie określonych standardów. Członkowie Komitetu uzyskali również bezpośrednie informacje od osób pozbawionych wolności, że nieludzkie i poniżające traktowanie w bułgarskich więzieniach przejawia się także w uderzeniach klapsami, kopnięciach oraz uderzeniach pałkami. W wyniku interwencji Komitetu udało się jednak osiągnąć postęp w zakresie prawnego zabezpieczenia przed niewłaściwym traktowaniem ze strony funkcjonariuszy policji, możliwy stał się szybki dostęp do prawnika. Podczas wizyty w 2015 r. ujawniono również istnienie dokładnych zapisów odnoszących się do tajemnicy lekarskiej oraz braku rejestracji wszystkich urazów występujących w danej jednostce penitencjarnej. Komitet jednak w oświadczeniu publicznym CPT/Inf(2015)17 podkreślił swoisty charakter służby zdrowia w trakcie wykonywania kar izolacyjnych oraz rolę jaką pełnią lekarze w procesie zapobiegania niewłaściwemu traktowaniu.

Jako cel wyeksponowania przez Komitet szczególnego znaczenia personelu medycznego oraz zapewnienia ochrony zdrowia więźniom można wskazać na wcześniej poczynione już w opracowaniu ustalenia. Zagwarantowanie ochrony zdrowia osobom odbywającym kary izolacyjne jest bowiem obowiązkiem ciężącym na instytucjach państwowych z uwagi na to, iż więźniowie są w pewnym sensie całkowicie od nich uzależnieni. W związku z tym, to na władzy publicznej spoczywa powinność stworzenia warunków w zakładach penitencjarnych, dzięki którym osoby pozbawione wolności będą miały możliwość readaptacji społecznej przy jednoczesnym poszanowaniu godności ludzkiej, zasady humanitaryzmu i zakazu dyskryminacji. W następstwie tego lekarz jako *sui generis* strażnik zdrowia i życia ma stać na straży ochrony każdej jednostki ludzkiej niezależnie od sytuacji i panujących warunków. Nabiera to szczególnego znaczenia w odniesieniu do jednostek penitencjarnych i przebywających tam osób. W takich przypadkach można domniemywać, że lekarz jest dla więźnia pewnego rodzaju gwarantem przysługujących mu praw i udzielenia bezwarunkowej pomocy w zależności od potrzeb. Jednocześnie uznać należy, że personel

medyczny w przypadkach poniżającego i niehumanitarnego traktowania powinien niezwłocznie reagować z uwagi na fakt, iż może „namacalnie” ocenić efekty i skutki takiego traktowania.

5.2. Aktualne problemy w zakresie ochrony zdrowia osadzonych w Polsce na podstawie wizytacji CPT

W toku niniejszego opracowania jako niezbędne uznano również szersze omówienie raportu CPT z dnia 27 listopada 2013 r. z ostatniej wizyty Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Niehumanitarnemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu przeprowadzonej w Polsce w dniach 5 - 17 czerwca 2013 r.¹⁸² Z kolei wcześniejsze kontrole były przeprowadzane w latach 1996, 2000, 2004 i 2009, a wszystkie raporty i odpowiedzi polskiego rządu zostały na wniosek władz polskich upublicznione. W dokumentach tych podnoszono, iż w polskich jednostkach penitencjarnych głównym problemem jest przepełnienie, ale także niewłaściwa opieka medyczna, która przejawia się m.in. w niedoborze personelu, braku odpowiedniego sprzętu medycznego, wyposażenia i leków. Z uwagi na to, iż w dalszej części opracowania będzie ku temu poświęcona szersza refleksja, wstępnie należy tylko zaznaczyć z czego wynika zjawisko przepełnienia w polskich jednostkach penitencjarnych – co ma zarazem wpływ także na inne aspekty wykonywania kary pozbawienia wolności. Głównym czynnikiem jest bowiem aktualna polityka kryminalna i karania w Polsce. Uznać można, że stosowanie kary pozbawienia wolności jest dwójako nadużywane. Po pierwsze przez ustawodawcę, który przewiduje możliwość orzeczenia tej kary za różnego rodzaju przestępstwa, a często wyłącznie kary pozbawienia wolności. Po drugie zaś z uwagi na zbyt częste orzekanie tej kary przez sądy mimo iż ma ona charakter ultima ratio. To z kolei bezpośrednio wpływa na liczbę osób przebywających w jednostkach penitencjarnych, a także dopiero oczekujących na wykonanie kary izolacyjnej. W drugim przypadku realizacja celu kary pozbawienia wolności staje się szczególnie wątpliwa. Skazany nie odczuwa bowiem bezpośrednio po wydaniu wyroku dolegliwości jaką powoduje izolacja. W następstwie tego, już w momencie, gdy ma on odbyć karę pozbawienia wolności w psychice skazanego zaciera się związek przyczynowy pomiędzy czynem, a karą – co także wpływa negatywnie na jego postawę względem administracji więziennej oraz potęguje niechęć do podjęcia współpracy

¹⁸²<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680697928> – [dostęp online: 04 maja 2017 r.].

w toku procesu readaptacyjnego z uwagi na brak poczucia sprawiedliwości ze strony instytucji państwowych.

Odnosząc się jednak do najbardziej aktualnego sprawozdania Komitetu co do sytuacji osób pozbawionych wolności w Polsce, który weryfikuje także ewentualny postęp zmian w porównaniu do poprzednich kontroli, należy wskazać, iż współpraca władz krajowych i personelu jednostek, które podlegały wizytacji są na jak najwyższym poziomie. Podkreślono, iż delegacja CPT miała umożliwiony dostęp do wszystkich jednostek, które chciała skontrolować (m.in. Komenda Stołeczna Policji, Policyjna Izba Dziecka w Bydgoszczy i Lublinie, Areszty Śledcze w Bydgoszczy i Szczecinie), a także do ich dokumentów. Jednocześnie bez żadnych przeszkód istniała możliwość przeprowadzenia bezpośrednich rozmów z osobami pozbawionymi wolności. Mimo to Komitet dostrzegł uchybienia władz polskich w zakresie realizacji zadań, których celem jest poprawa sytuacji osób odbywających kary izolacyjne, a które to zgodnie z poprzednimi raportami wymagały zmiany. Szczególną uwagę zwrócono na konieczność podjęcia działań w zakresie realizacji zaleceń długookresowych, które dotyczą uchybień polskich instytucji państwowych w przedmiocie zapewnienia podstawowych gwarancji osobom pozbawionym wolności (także w zakresie ochrony zdrowia), co do egzekwowania prawa oraz uregulowań prawnych dotyczących osób tymczasowo aresztowanych, a także usprawnienia przeprowadzanych kontroli w jednostkach penitencjarnych.

Z uwagi na temat niniejszego opracowania szczególny nacisk należy położyć na stanowisko Komitetu, który wyartykułował również uchybienia w zakresie funkcjonowania więziennej ochrony zdrowia oraz prawa tzw. dostępu do lekarza. Dodatkowo zwrócono szczególną uwagę na problem przeludnienia polskich jednostek penitencjarnych, który ma niewątpliwie duże znaczenie w kontekście ochrony zdrowia więźniów i zapewnienia im odpowiednich ku temu warunków – problem ten będzie jednak szerzej omówiony w dalszej części opracowania. Jednocześnie w omawianym raporcie podkreślono, iż zasada współpracy nie odnosi się jedynie do ułatwienia ze strony instytucji państwowych do przeprowadzenia kontroli przez delegację CPT, ale przede wszystkim polegać ma na dostosowywaniu przez władze krajowe przepisów prawnych i sposobu ich realizacji do zagwarantowania osobom pozbawionym wolności określonych standardów z poszanowaniem praw im przysługujących. Znaczące jest również, że Komitet podniósł możliwość zastosowania wobec Polski instytucji publicznego oświadczenia w przypadku niedostosowania się do wskazanych zaleceń.

Odnosząc się bezpośrednio do odnotowanej przez Komitet sytuacji osób pozbawionych wolności w Polsce w zakresie ochrony ich zdrowia podkreślenia wymaga częste nieprzestrzeganie tajemnicy lekarskiej m.in. poprzez brak zachowania poufności podczas badań, kiedy to funkcjonariusz policji może osiąść zbędne dla niego informacje o stanie zdrowia. W tym momencie należy podnieść, że nawet w przypadku udzielania przez lekarza informacji funkcjonariuszowi policji o stanie zdrowia osoby zatrzymanej, jej zakres powinien ograniczyć się jedynie do niezbędnego minimum, które pozwoli zapobiec powstaniu ewentualnego ryzyka dla danej osoby lub innym współwięźniom. Taki sposób działania wynika z praw przysługujących człowiekowi odnośnie prawa do prywatności wynikającego z godności ludzkiej, a także w związku z koniecznością zachowania tajemnicy lekarskiej. Uchybienia te można odnieść do praktyki wykonywania kary pozbawienia wolności, co także w swojej odpowiedzi potwierdza poniekąd rząd Polski, który odwołuje się do poprawnych jego zdaniem regulacji prawnych w tym zakresie. Wskazać jednak należy chociażby na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 lutego 2014 r., sygn.. akt K 22/10¹⁸³, w którym orzeczono, iż przepisy nakazujące każdorazową obecność podczas badania czy pomocy medycznej skazanemu funkcjonariusza, który nie wykonuje zawodu medycznego są niezgodne z Konstytucją RP. Stwierdzono bowiem, że art. 115 § 7 zdanie pierwsze ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy narusza prawo do prywatności osoby pozbawionej wolności. W tym stanie rzeczy wnioskować należy, że różnego rodzaju uchybienia w zakresie ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawiania wolności dotyczą przede wszystkim praktyki wykonywania tej kary, ale również w poszczególnych przypadkach obowiązującego stanu prawnego.

W toku przeprowadzonej kontroli ujawniono także braki w prowadzonej dokumentacji medycznej, w której nie są zawierane wszystkie przypadki obrażeń więźniów i udzielanej im pomocy zdrowotnej. Należy również zauważyć, że każda osoba pozbawiona wolności ma prawo do skorzystania z pomocy medycznej – również co do wybranego przez siebie lekarza i przeprowadzenia badania na koszt osoby zatrzymanej – niezwłocznie po pozbawieniu jej wolności, a które prawo nie może być w żaden sposób ograniczane. W polskim systemie penitencjarnym odnotowano jednak braki kadrowe, m.in. w przypadku liczby dostępnych

¹⁸³ <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20140000287/O/D20140287.pdf> [dostęp online: 10 lutego 2018 r.].

psychiatrów i psychologów, a także pielęgniarek, co w dalszej kolejności wpływa negatywnie na czas oczekiwania celem uzyskania niezbędnej konsultacji i pomocy.

Istotne jest jednak, że podniesiono również problem osób pozbawionych wolności, które mają kłopoty ze zdrowiem psychicznym. Zauważono bowiem, iż konieczne jest skonstruowanie różnorodnego systemu pomocy terapeutycznej, który będzie dostępny dla każdego potrzebującego w każdej chwili. Zastanović się jednak należy nad występowaniem u osadzonych chorób psychosomatycznych i *sui generis* prewencyjnym działaniem m.in psychologów. Z uwagi na dolegliwość jaką jest pozbawienie wolności wśród osób pozbawionych wolności w pierwszej kolejności pojawia się bowiem bunt, niechęć, zamknięcie w sobie, apatia. Osadzeni odczuwają presję otoczenia, wykluczenie społeczne. Dodatkowo w przypadku braku realizacji ich podstawowych praw wszelkie odczucia są potęgowane. To może z kolei doprowadzić do powstawania chorób psychosomatycznych, a więc takich, które co do zasady są dolegliwościami fizycznymi, jednak ich podłoże stanowią czynniki psychologiczne, emocjonalne. Przykładem może być depresja. W takiej sytuacji kluczowa jest wyżej wspomniana prewencyjna rola personelu danej jednostki penitencjarnej, a w tym pracowników medycznych. Jak zostało bowiem podkreślone na wcześniejszym etapie rozważań ochrona zdrowia nie może przejawiać się jedynie w jego niepogarszaniu lub leczeniu już istniejących chorób. Prawo to należy rozumieć także jako zapobieganie powstawania różnego rodzaju dysfunkcji organizmu człowieka.

W konsekwencji powyższego, prewencyjne działania w odniesieniu do chorób psychosomatycznych są tak istotne, gdyż zapobiegają rozwojowi pozostałych chorób. To z kolei wpływa korzystnie chociażby na zasoby finansowe (z uwagi na zapobieganie powstawania chorób nie ma potrzeby ponoszenia dalszych kosztów ich leczenia), ale także na poczucie bezpieczeństwa osób pozbawionych wolności, a co za tym idzie ich otwartość, chęć współpracy i urzeczywistnienie procesu ich readaptacji i reintegracji społecznej. Dokładne rozważania co do warunków panujących w polskich jednostkach penitencjarnych w zakresie ochrony szeroko pojętego zdrowia więźniów zostaną jednak poruszone w dalszej części pracy dotyczącej aktualnych problemów polskiego więziennictwa w tym obszarze.

Nadmienić jednak należy, iż polskie władze udzielając Komitetowi odpowiedzi na zaprezentowany raport wskazały na nieustające działania w celu wprowadzenia szeregu koniecznych zmian dotyczących traktowania osób pozbawionych wolności oraz zapewnienia im optymalnych warunków bytowych przy realizowaniu przysługujących im praw.

Podniesiono jednak, że szybkość i efektywność wprowadzanych modyfikacji jest w dużej mierze uzależniona od możliwości finansowych Krajowego Mechanizmu Prewencji, który to z kolei jest uzależniony od decyzji Parlamentu w tym przedmiocie oraz sytuacji ekonomicznej państwa. Z takim stanowiskiem nie sposób się jednak zgodzić. Oczywistym jest, że bardzo duży wpływ na wprowadzanie jakichkolwiek zmian ma czynnik finansowy. Ilość posiadanych środków ekonomicznych nie jest jednak jedynym wyznacznikiem podejmowanych działań, a co za tym idzie nie może on być swego rodzaju usprawiedliwieniem dla braku przestrzegania podstawowych praw człowieka. Od ilości posiadanych pieniędzy ważniejsze jest bowiem ich zagospodarowanie, zasoby personalne, ale również zmiana nastawienia społeczeństwa w zakresie traktowania osób pozbawionych wolności – także w odniesieniu do osób pracujących w jednostkach penitencjarnych. Aby bowiem wprowadzić określone zmiany w zakresie traktowania osadzonych, szeroko rozumiane społeczeństwo musi dostrzec problem w postaci nieprawidłowego traktowania osób pozbawionych wolności oraz w konsekwencji potrzebę tych zmian. Wówczas istnieje możliwość np. przekształcenia relacji na linii osadzony-funkcjonariusz. W konsekwencji zmianie ulega panująca w jednostce penitencjarnej atmosfera, a osadzeni nie nastawiają się negatywnie, chcą podejmować współpracę i zmieniać swoją postawę. Tym samym, brak modyfikacji niektórych pejoratywnych zdarzeń nie wynika z uzależnienia od zasobów finansowych, a jedynie od tzw. dobrej woli i umiejętności organizacyjnych.

We wskazanej wyżej odpowiedzi Polski na raport CPT z 2013 r. wyartykułowano jednocześnie, iż co do niewłaściwego traktowania osób pozbawionych wolności przez funkcjonariuszy policji prowadzone są akcje promujące odpowiednie zachowanie, szkolenia edukacyjne w tym zakresie oraz rozpowszechniane są informacje odnośnie przypadków poniżającego traktowania lub karania. Dodatkowo rozbudowywany zostaje aparat kontrolny mający na celu identyfikowanie istniejących nieprawidłowości oraz ich eliminację.

Z kolei z uwagi na tematykę niniejszej rozprawy dotyczącą ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności i poruszoną w tym zakresie odpowiedź władz polskich na raport Komitetu z 2013 r. oraz zagadnienia dotyczące implementacji zaleceń CPT do polskiego prawa penitencjarnego należy wskazać, że Polska w odpowiedzi na wyżej wymieniony raport podejmuje swego rodzaju wytłumaczenie istniejącego stanu. Jednocześnie rząd RP nie zgodził się z zaleceniami CPT jakoby w Polsce konieczne było wprowadzenie regulacji w zakresie dostępu przez osoby zatrzymane do wybranego dowolnie lekarza z uwagi

na konsekwencje jakie by się z tym miały wiązać pod względem organizacyjnym – w tym przypadku pod dyskusję znów można byłoby poddać chęć zmiany systemu swojej pracy przez instytucje państwowe. W odpowiedzi na raport CPT wskazano także, że zalecenia w przedmiocie obecności wykwalifikowanej pomocy pielęgniarskiej niezbędnej w przypadku konieczności udzielenia pierwszej pomocy i zapewnienia podstawowej opieki są realizowane poprzez szkolenia w tym zakresie działu ochrony służby więziennej.

Pojawia się jednak pytanie, czy taki sposób zrealizowania zaleceń CPT jest wystarczający i czy podniesiona ewentualna możliwość korzystania z Państwowego Ratownictwa Medycznego przez jednostki penitencjarne zapewnia należyłą ochronę zdrowia osadzonych. Wnioskować należy, że odpowiedź na postawione pytanie będzie negatywna. Wynika to bowiem z tego, że przeszkolenie pracowników ochrony z zakresie pierwszej pomocy nie jest wystarczające. Owszem – jest to pozytywna forma działania, gdyż pracownikom tym mogą przydać się dodatkowe kwalifikacje w zakresie udzielania pierwszej pomocy medycznej. Jednak w przełożeniu na złożoność funkcjonowania jednostek penitencjarnych jest to niewystarczająca forma ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Wiąże się to także, w przypadku zaistnienia takiej potrzeby, chociażby z dotarciem jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego do zakładu karnego i zrealizowaniem określonej procedury w sytuacji, gdy upływ czasu może zagrażać zdrowiu lub życiu osadzonego. Polska podniosła także, że dla więźniów mających problemy z uzależnieniem od narkotyków są przeprowadzane określone terapie.

Interesujące jest, iż w omawianym raporcie CPT skonstruowano wiele zaleceń w odniesieniu do oddziału sądowo-psychiatrycznego znajdującego się w Areszcie Śledczym w Warszawie-Mokotowie, m.in. w zakresie zapewnienia bardziej osobistych i przyjaznych warunków sanitarno-bytowych, a także zatrudnienia terapeuty i wygospodarowania miejsca do przeprowadzania zajęć. Polska odpowiedziała jednak, iż z uwagi na położenie oddziału psychiatrycznego nie ma miejsca do przeznaczenia go na cele terapii zajęciowej, a tym samym nie ma podstaw do stworzenia wakatów dla terapeuty. W tym stanie rzeczy stanowisko polskiego rządu jest nie do przyjęcia, gdyż uniemożliwia realizację prawa do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Jest to tym bardziej istotne, gdyż w danej jednostce chodziło o oddział psychiatryczny, a więc bezpośrednio odpowiedzialny za organizację tego typu zajęć dla osadzonych. W konsekwencji powyższego należy wnioskować, że w przypadku braku realizacji podstawowych założeń przez określoną jednostkę więziennej służby zdrowia nie ma

możliwości ochrony zdrowia osób izolowanych w szerokim znaczeniu. Jednocześnie skoro nie ma możliwości leczenia już powstałej choroby domniemywać należy brak działań w zakresie profilaktyki prozdrowotnej, co również negatywnie wpływa na przestrzeganie podstawowych praw osadzonych oraz uniemożliwia realizację celu wykonywania kary pozbawienia wolności.

Szerzej tematyka zdiagnozowanych przez CPT problemów w zakresie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności w Polsce oraz dysfunkcji więziennego systemu opieki zdrowotnej wynikającego z przeprowadzonych badań zostanie omówiona w dalszej części pracy z uwagi na jej systematykę. Konieczne staje się jednak na obecnym etapie rozważań poddanie pod zastanowienie sytuacji w jakiej aktualnie znajduje się Areszt Śledczy w Warszawie-Mokotowie, który to jest w stanie likwidacji, a na którego terenie ma powstać Muzeum Żołnierzy Wyklętych i Więźniów Politycznych PRL. Pytania w tym zakresie dotyczą bowiem przyczyn zlokalizowania owego muzeum akurat na terenie danej jednostki penitencjarnej, a także konsekwencji jej likwidacji. Można bowiem domniemywać, iż likwidacja AŚ w Warszawie-Mokotowie stanowi swego rodzaju likwidację problemu w postaci nieprzestrzegania standardów międzynarodowych w zakresie realizacji praw człowieka i zasady humanitarnego wykonywania kary pozbawienia wolności, a także ewentualnych konsekwencji dla Polski w tym zakresie na arenie międzynarodowej. Wskazać jednak należy, że tego typu działanie jest przejawem braku należytej organizacji i odpowiedniego zagospodarowania środków finansowych. W konsekwencji mamy do czynienia z sytuacją, w której np. osadzeni przebywający w jednostce penitencjarnej w Białymstoku, którzy zmagają się problemami zdrowotnymi i wymagają specjalistycznego działania w sferze psychiatrycznej, muszą zostać skierowani i przetransportowani do najbliższej jednostki mogącej udzielić im takiej pomocy, a więc do Zakładu Karnego nr 2 w Łodzi, który jest oddalony o ok. 400 km. Taka sytuacja prowadzi do generowania dodatkowych kosztów, problemów organizacyjnych oraz czasowych ograniczeń personalnych w jednostce penitencjarnej transportującej osobę pozbawioną wolności.

Podsumowując rozważania dotyczące działalności Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) można stwierdzić, iż jest to instytucja, która znacząco wpływa na aktualny stan przestrzegania praw człowieka, a w szczególności w odniesieniu do osób pozbawionych wolności. Zastanović się jednak należy nad systemem działalności Komitetu i wiarygodnością przeprowadzanych

kontroli. Zgodnie z art. 19 Konwencji zbiera on podstawowe dane odnośnie aktualnej sytuacji osób pozbawionych wolności w danym państwie ze sporządzonych sprawozdań przez konkretny kraj. Z kolei na podstawie art. 20 Konwencji Komitet chcąc przeprowadzić kontrolę jest zobligowany do współpracy z władzami danego państwa, m.in. poprzez wcześniejsze uprzedzenie o planowanej wizycie w celu umożliwienia przeprowadzenia owej kontroli. W tym stanie rzeczy należałoby się zastanowić nad sensem takiej regulacji skoro można domniemać, iż jednostki uprzedzone o planowanej kontroli mogą podjąć pewne działania zmierzające do ukrycia niepożądanych informacji – w takim przypadku podważyć można wiarygodność zebranych danych przez Komitet i sformułowanych wniosków. Z drugiej strony taki system działania Komitetu ma na celu przeprowadzenie kontroli w krótkim czasie, a zarazem jak najbardziej efektywnie – np. bez straty czasu na oczekiwanie w celu uzyskania różnych dokumentów. Jednocześnie nasuwa się wniosek, iż Komitet chce działać w sposób polubowny z krajami członkowskimi i niejako pomagać im w usuwaniu różnego rodzaju nadużyć i nieprawidłowości w działaniu względem osób pozbawionych wolności niwelując przy tym możliwość powstania ewentualnego sporu. Świadczyć może o tym również wyżej wskazana liczba publicznych oświadczeń wydanych przez Komitet jedynie w skrajnych przypadkach nadużyć ze strony poszczególnych państw. W pozostałych sytuacjach CPT wydaje szereg zaleceń i przeprowadza kolejne kontrole *ad hoc* w celu weryfikacji działań podjętych przez władze państwowe, aby w razie potrzeby wydać kolejne zalecenia i wskazać możliwe rozwiązania.

Aktywność przedmiotowej instytucji ma jednak szczególne znaczenie w kontekście tematu niniejszej pracy z uwagi na to, iż priorytetem działalności Komitetu jest zwalczanie możliwości stosowania tortur oraz niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania wobec osób pozbawionych wolności – a więc odnosi się do art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka na podstawie którego więźniowie wnoszą skargi również w związku z niewłaściwą ochroną ich zdrowia. Tym samym brak realizacji uprawnień przysługujących osobom odbywającym kary izolacyjne w zakresie zapewnienia im optymalnej opieki medycznej należy rozumieć jako niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karanie. Potwierdzeniem tego jest także stanowisko Komitetu, który w swoich raportach sporządzanych z kontroli oraz oświadczeniach publicznych zauważa uchybienia w zakresie ochrony zdrowia więźniów. Dodatkowo podkreśla znaczenie lekarzy i ochrony zdrowia w procesie readaptacji społecznej oraz zapobiegania niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Należy jednak zwrócić uwagę, iż efektywność oddziaływania przez Komitet na władze publiczne w danym kraju jest

ograniczona. Szybkie wdrażanie zaleceń jest bowiem możliwe m.in. w przypadku chęci podjęcia bezzwłocznej współpracy ze strony państwa oraz w sytuacji posiadania przez nie odpowiednich środków finansowych. Dodatkowym impulsem do podjęcia efektywnych działań przez władze państwowe zmierzające do poprawy sytuacji osób pozbawionych wolności jest zależność konkretnego kraju od pozostałych państw europejskich. Przykładem na to może być Turcja, której – jak już zostało szerzej wskazane – zależy na integracji z państwami europejskimi w celu umożliwienia członkostwa w UE oraz Grecja, której zależy na dotacjach finansowych zapewniających stabilność kraju. Przeciwnieństwem jest z kolei Rosja, która nie czuje się związana w żaden sposób europejskimi standardami, a możliwe sankcje nie stanowią dla niej znaczących ograniczeń z uwagi na znaczenie Rosji na rynkach gospodarczych całego świata.

6. Sytuacja osób pozbawionych wolności w zakresie ochrony zdrowia oraz jej standardy według orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka

Ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności jest tematem szeroko poruszonym w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka na co przykładem będą zaprezentowane poniżej wyroki. Najczęściej sprawy te są rozpoznawane jako naruszenie artykułu 3. Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, który to ma dotyczyć niehumanitarnego i poniżającego traktowania lub karania. W następstwie tego ETPCz rozpoznaje każdą sprawę indywidualnie badając, czy można mówić w konkretnym przypadku o naruszeniu artykułu 3. Konwencji poprzez ocenę stopnia dolegliwości danego traktowania w odniesieniu do konkretnego więźnia. Przedmiotowe sprawy dotyczą bowiem przede wszystkim różnego rodzaju niedopełnienia obowiązków przez instytucje państwowe – również w zakresie realizacji prawa do ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności. Jednak na przestrzeni lat można zauważyć pewne standardy, które zostały wypracowane w tej kwestii w wyrokach ETPCz, a które to orzecznictwo jest niezbędne do omówienia.

Jako pierwszy przykład można podać sprawę Kudła v. Polska¹⁸⁴ z 2000 roku, w której zapadł *sui generis* precedensowy wyrok co do warunków więziennych. Uznano bowiem, że

¹⁸⁴ Europejski Trybunał Praw Człowieka, Sprawa Kudła przeciwko Polsce, Sprawa nr 30210/96, Wyrok z dnia 26 października 2000 r.

mogą one stać się powodem naruszenia Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, a zdrowie osób odbywających karę pozbawienia wolności powinno być właściwie chronione, przede wszystkim w zakresie zapewnienia stosownej opieki medycznej.

Przedmiotowa sprawa dotyczyła Andrzeja Kudły, który był przez okres blisko 4 lat tymczasowo aresztowany. Skarżący twierdził, że w tym czasie nie została mu zapewniona właściwa opieka medyczna, co doprowadziło go do stanów depresyjnych oraz podejmowania prób samobójczych. Istotne jest, iż Andrzej Kudła miał zgłaszać swoje problemy zdrowotne już na samym początku toczącego się przeciw niemu postępowania, w konsekwencji czego zostały przeprowadzone badania Skarżącego, które to z kolei wykazały, iż może on przebywać w areszcie śledczym. Od tego czasu Andrzej Kudła złożył kilkadziesiąt wniosków o zwolnienie ze względów zdrowotnych oraz od odwołań, które tego zwolnienia odmawiały. Po tym, jak w październiku 1991 r. Skarżący podjął próbę samobójczą, a od listopada 1991 r. strajk głodowy władze w listopadzie tegoż roku podjęły decyzję o przebadaniu aresztowanego. Zgodnie z opinią biegłych z Wydziału Psychiatrii Sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego z dnia 25 listopada 1991 r. uznano, że w przypadku istnienia potrzeby dalszego aresztowania Andrzej Kudła powinien przebywać na oddziale psychiatrycznym więziennego szpitala. W konsekwencji wydania przedmiotowej opinii Skarżącego przeniesiono do Szpitala Więziennego w Bytomiu, gdzie został umieszczony na wydziale chorób wewnętrznych i poddany leczeniu z uwagi na jego stan psychiczny.

Andrzej Kudła przebywał we wskazanym szpitalu przez pewien czas, a następnie został przeniesiony z powrotem do Aresztu Śledczego w Krakowie. W dalszej kolejności Skarżący został dwukrotnie przebadany przez specjalistów z zakresu medycyny sądowej, którzy uznali, iż wymaga on opieki psychiatrycznej w warunkach izolacji, ale nie jest konieczne, aby miał przebywać na oddziale psychiatrycznym. W toku procesu została wydana kolejna opinia przez lekarzy z Krakowskiej Kliniki Psychiatrii oraz Akademii Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, którzy w swoim raporcie wskazali, iż Andrzej Kudła wykazuje ciągłe tendencje samobójcze oraz cierpi na syndrom głębokiej depresji w konsekwencji czego powinien zostać poddany leczeniu psychiatrycznemu, a dalsze aresztowanie zagraża jego życiu. W oparciu o przedmiotową opinię Sąd Wojewódzki w Krakowie w dniu 27 lipca 1992 r. uchylił tymczasowy areszt. Sprawa toczyła się dalej, jednak w związku z zaniebdaniami Andrzeja Kudły oraz dopuszczeniem się przez niego wykroczenia drogowego w październiku 1993 r. trafił on ponownie do Aresztu Śledczego w Krakowie. Na podstawie kolejnej opinii biegłego

z zakresu psychiatrii Skarżący został uznany za osobę zdolną do przebywania w warunkach izolacji z uwagi na swój prawidłowy stan zdrowia psychicznego. Następnie Andrzej Kudła w grudniu 1994 r. złożył zażalenie na sposób leczenia psychiatrycznego w areszcie oraz złożył wniosek o zwolnienie go ze względów zdrowotnych, które nie przyniosło jednak oczekiwanego rezultatu. W trakcie całego postępowania skarżący podejmował kolejne próby samobójcze, które jednak na podstawie profesjonalnych opinii były uznane jako próba zwrócenia na siebie uwagi oraz chęć posiadania kontroli nad toczącym się postępowaniem przez Andrzeja Kudłę. Podsumowując twierdzenia skarżącego wskazywał on na domniemane naruszenie art. 3. Konwencji w postaci nieotrzymania stosownej opieki psychiatrycznej dążącej do leczenia jego depresji, przebywania w Areszcie Śledczym w Krakowie, który nie posiadał oddziału psychiatrycznego, braku zapewnienia odpowiednich lekarstw. ETPCz po rozpatrzeniu sprawy uznał, że nie można wiązać prób samobójczych Andrzeja Kudły z jakimikolwiek zaniedbaniami po stronie władz. Podkreślono, że skarżący był poddawany badaniom w następstwie, których otrzymywał pomoc psychiatryczną w zależności od swoich potrzeb. Tym samym Trybunał nie stwierdził naruszenia art. 3. Konwencji. Zauważono jednak, że na podstawie niniejszego postanowienia Konwencji po stronie Państwa istnieje obowiązek zapewnienia odpowiednich warunków osadzenia, które nie będą narażały osób odbywających kary izolacyjne na różnego rodzaju niedogodności, które to z kolei mogłyby się przyczynić do naruszenia ich prawa do ochrony zdrowia. Tym samym podniesiono, że instytucje państwowe są zobowiązane do zapewnienia więźniom opieki medycznej dostosowanej do ich potrzeb oraz na poziomie zgodnym z aktualnie obowiązującym w społeczeństwie otwartym.

Kolejnym przykładem może być sprawa *Dybeku v. Albania*¹⁸⁵. Skarżący został skazany w 2003 r. na karę dożywotniego pozbawienia wolności za nielegalne posiadanie materiałów wybuchowych oraz zabójstwo. Miał on cierpieć na przewlekłą schizofrenię paranoidalną w związku, z którą podejmował leczenie w różnych szpitalach psychiatrycznych. W następstwie wyroku skazującego został jednak osadzony w zwykłym zakładzie karnym, gdzie przebywał w celi ze zdrowymi więźniami i tak też był traktowany on sam. W skardze do ETPCz podniesiono naruszenie artykułu 3. Konwencji poprzez brak zagwarantowania ze strony władz odpowiedniej opieki medycznej skarżącemu oraz nie zapewniły mu adekwatnych warunków bytowych do jego stanu zdrowia. Miało to w konsekwencji być przyczyną

¹⁸⁵ Europejski Trybunał Praw Człowieka, Sprawa *Dybeku przeciwko Albanii*, Sprawa nr 41153/06, Wyrok z dnia 18 grudnia 2007 r.

pogorszenia się stanu zdrowia Ilira Dybeku. W następstwie rozważenia sprawy Trybunał uznał, iż artykuł 3. Konwencji został naruszony. Podniesiono, iż rodzaj choroby na jaką cierpiał Skarżący powodował, że pozbawienie go wolności potęgowało odczuwanie niepokoju, strachu i szeroko pojętego cierpienia psychicznego. Dodatkowo przebywanie Ilira Dybeku wraz ze zdrowymi osadzonymi oraz traktowanie go na równi z nimi było naruszeniem standardów postępowania z więźniami, którzy są chorzy psychicznie. Istotne jest również, że w przytoczonym wyroku Trybunał wyraźnie wyartykułował, iż chociaż art.3. Konwencji nie stanowi generalnego obowiązku zwolnienia więźniów ze względów zdrowotnych to jest on jednak podstawą do zagwarantowania należytej opieki zdrowotnej osadzonym tego potrzebującym. Szczególne znaczenie ma to w stosunku do osób odbywających kary izolacyjne, które są chore psychicznie, z uwagi na ich wrażliwość oraz częsty brak możliwości złożenia skargi na niestosowne traktowanie.

Innym przykładem naruszenia art. 3. Konwencji w związku z niewłaściwą opieką medyczną – w tym przypadku w odniesieniu do osób cierpiących na ciężkie choroby – jest sprawa *Xiros v. Grecja*¹⁸⁶, w której wyrok został wydany w dniu 09 września 2010 r. Savvas Xiros odbywał karę pozbawienia wolności w związku z udziałem w organizacji terrorystycznej. Gdy w 2002 r. przygotowywał zamach doznał poważnych obrażeń w skutek wybuchu bomby w jego rękach. Skutkiem tego były problemy z poruszaniem się, ze wzrokiem i słuchem. Mimo przeprowadzenia dużej liczby operacji wzrok Skarżącego nadal się pogarszał. W konsekwencji tego Savvas Xiros złożył w 2006 r. wniosek o zawieszenie odbywania kary pozbawienia wolności w celu podjęcia specjalistycznego leczenia okulistycznego w jednej z klinik, które było zalecane przez trzech z czterech badających go lekarzy. Sąd krajowy nie uwzględnił jednak jego wniosku. Ostatecznie sprawa trafiła pod rozstrzygnięcie ETPCz, który stwierdził naruszenie art. 3. Konwencji poprzez niewłaściwe leczenie problemów okulistycznych Skarżącego. Trybunał podniósł, iż sąd krajowy nie powinien sam podjąć przedmiotowej decyzji co do kwestii czysto medycznej. Koniecznym było bowiem zwrócenie się o dodatkową specjalistyczną opinię co do konieczności leczenia, a w następstwie wydania orzeczenia adekwatnego do stanowiska biegłych. Dodatkowo istotne w niniejszej sprawie było, iż opieka medyczna, która była świadczona skarżącemu w zakładzie karnym nie odpowiadała standardom usług medycznych gwarantowanych w szpitalu.

¹⁸⁶ [http://hudoc.echr.coe.int/fre#{"itemid":\["003-3254457-3633943"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/fre#{) [dostęp online: 01 marca 2018 r.].

Z przedstawionych powyżej przykładowych wyroków ETPCz oraz pozostałego orzecznictwa Trybunału¹⁸⁷ wysuwają się bardzo stanowcze wnioski. Można łatwo zauważyć, iż system opieki zdrowotnej w jednostkach penitencjarnych różnych państw boryka się z różnorodnymi problemami, m.in. takimi jak:

- brak odpowiedniego zaplecza medycznego,
- niedostateczna liczba wykwalifikowanego personelu medycznego,
- niedostosowanie świadczonej opieki medycznej do potrzeb danego chorego więźnia,
- brak dostatecznej ilości środków finansowych,
- niewłaściwe podejście personelu więziennego w stosunku do chorych więźniów,
- zbyt pochopne orzekanie sądów krajowych w kwestiach medycznych bez zaciągnięcia specjalistycznej wiedzy.

Kluczowe jest również to, że opieka medyczna świadczona osobom odbywającym kary izolacyjne musi w każdej sytuacji spełniać określone wymogi i odpowiadać powszechnym standardom, a także być zapewniona wszystkim bez żadnego wyjątku. Nie ma w tym przypadku znaczenia, czy więzień trafił już chory do jednostki penitencjarnej, czy jednak choroba ujawniła się, rozwinęła w warunkach izolacji, a także to, czy więzień sam doprowadził się do danego stanu zdrowia. Władze państwowe mają bowiem obowiązek zawsze i bez żadnego wyjątku zagwarantować świadczenie usług medycznych każdemu więźniowi w zależności od jego stanu zdrowia i potrzeb. Nie mniej istotne jest, że wszelka opieka zdrowotna ma być dla osób odbywających kary izolacyjne bezpłatna – również w sytuacji, gdy nie ma możliwości zapewnienia określonych usług w danej jednostce penitencjarnej i pojawia się konieczność opieki medycznej poza zakładem. Tym samym zapewnienie opieki zdrowotnej ma być realizowane na standardowym poziomie w porównaniu do szpitali publicznych, a w przypadku istnienia konieczności świadczenia szerszego spectrum usług medycznych należy korzystać ze specjalistycznych powszechnych jednostek szpitalnych. Ów odpowiedni poziom świadczenia opieki medycznej dla więźniów w porównaniu z pozostałą częścią społeczeństwa przejawiać się ma m.in. w zakresie długości oczekiwania na określone usługi (np. wykonanie badania krwi, usg nerek, konsultacja medyczna), refundacji leków oraz dostępności do potrzebnych środków

¹⁸⁷ Por.: Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 14 października 2010 r. Logvinenko v. Ukraina; Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 07 czerwca 2001 r. Papon v. Francja; Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 03 maja 2012 r. M.S. v. Wielka Brytania

lecniczych. Oczywiście nadmienić trzeba, iż sytuacja, w której więzień np. czeka pewien czas na konsultację u okulisty może mieć miejsce jedynie, gdy jego aktualny stan nie zagraża życiu i zdrowiu. W tzw. sytuacjach nagłych wszelkie świadczenia medyczne muszą być bowiem przeprowadzane niezwłocznie. Niezbędne jest również dokonanie całościowej oceny stanu zdrowia osoby przebywającej w warunkach izolacji, która będzie oparta na dokumentacji. Dodatkowo konieczne jest, aby chory więzień mógł kontynuować leczenie po przyjęciu go do jednostki penitencjarnej, a osoba, która dopiero zachoruje w warunkach izolacji miała zapewnioną stałą opiekę lekarską.

Istotny jest również sposób w jaki Europejski Trybunał Praw Człowieka bada zasadność pozbawienia wolności danej osoby w związku z jej stanem zdrowia. W sytuacji konieczności sprawdzenia istnienia podstaw prawnych do dalszego pozbawienia wolności Trybunał w tym kontekście bada takie elementy jak aktualny stan zdrowia więźnia, jakość świadczonej opieki medycznej w jednostce penitencjarnej oraz cel dalszego wykonywania kary przy uwzględnieniu obecnego stanu zdrowia osadzonego. Jednocześnie to na skarżącym ciąży obowiązek udowodnienia, że cierpi on na chorobę, która ma uniemożliwić dalsze wykonanie kary. Trybunał bierze jednak pod uwagę dokumenty zgromadzone przez skarżącego, jak również przez rząd oskarżonego państwa. Tym samym ETPCz bada daną sprawę kompleksowo, a w konsekwencji wydaje orzeczenie wiążące strony, które staje się również wyznacznikiem dla pozostałych państw.

Podsumowując powyższe rozważania można wysnuć wniosek, iż ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności oraz innych środków izolacyjnych jest problemem szeroko poruszonym w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Wiąże się to z licznymi skargami ze strony więźniów, które z kolei mają dwojaki charakter. Po pierwsze dotyczą one ochrony zdrowia w aspekcie przysługującego każdemu człowiekowi prawa, a więc z koniecznością zapewnienia pewnych standardów w zakresie usług medycznych dostosowanych do potrzeb i oczekiwań chorych. Drugi charakter skarg odnosi się z kolei do ochrony zdrowia jako obowiązku ciążącego na jednostkach władzy państwowej. Jak został wskazane wcześniej, zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej osobom pozbawionym wolności wynika z podstawowych praw człowieka, które są niezbywalne i przysługują każdej jednostce. Jako fundamentalne zasady, na których musi być oparty obowiązek świadczeń zdrowotnych należy bowiem wskazać przestrzeganie godności człowieka oraz zasadę humanitaryzmu, a także zakaz dyskryminacji. W następstwie tego osoby pozbawione wolności

muszą być traktowane na równi z pozostałymi obywatelami – również w zakresie ochrony ich zdrowia. W następstwie przysługują im wszelkie uprawnienia, a standard świadczonej opieki medycznej ma odpowiadać poziomowi istniejącemu w szpitalach publicznych. Kluczowe jest również to, że więźniowie – z uwagi na izolację i panujące ograniczenia – są praktycznie całkowicie uzależnieni od instytucji państwowych. W konsekwencji tego, to na jednostkach władzy spoczywa obowiązek zapewnienia wszelkich niezbędnych instrumentów umożliwiających realizowanie prawa do ochrony zdrowia więźniów, ale również w aspekcie dbania o obywateli poprzez dostarczanie im chociażby odpowiednich leków, sprzętu medycznego, jak również możliwości korzystania ze specjalistycznych konsultacji. Istotne jest jednak także to, iż ochrona zdrowia więźniów nierozzerwalnie wiąże się z umożliwieniem osobom pozbawionym wolności readaptacji społecznej. Instytucje państwowe, aby zrealizować nadrzędny cel kary izolacyjnej, jakim jest ułatwienie powrotu do życia w społeczeństwie otwartym i należytego wykonywania swoich ról społecznych, muszą zapewnić więźniom warunki w zakładach zamkniętych odpowiadające jak najbardziej standardom panującym na wolności. Dodatkowo wiąże się to z koniecznością przestrzegania praw człowieka.

ROZDZIAŁ IV

Ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności w świetle polskiego prawa wewnętrznego

Rozważając położenie osób pozbawionych wolności, ich prawa i obowiązki oraz specyfikę i cele polskiego systemu penitencjarnego, a także prawnego *sensu largo* można postawić sobie pytania, a mianowicie¹⁸⁸:

1. za C. Lombroso: „dlaczego niektórzy ludzie dopuszczają się przestępstw?”;
2. za E. Durkheimem: „dlaczego większość ludzi nie popełnia przestępstw?”;
a także stojące w swego rodzaju opozycji:
3. dlaczego większość ludzi popełnia przestępstwa?.

Biorąc pod uwagę obszerność teorii kryminalnych, a także cel niniejszego opracowania, temat ten zostanie pominięty. Powyższe pytania mają jednak posłużyć do refleksji nad dążeniem do osiągnięcia celu kary pozbawienia wolności, jak i jej wykonywania, co – jak zostało już wcześniej podkreślone – jest możliwe do realizacji w następstwie współpracy osadzonych z personelem jednostek penitencjarnych, poznania ich cech osobowościowych, warunków środowiskowych, potrzeb i zapewnienia ochrony ich praw, a w tym także ochrony zdrowia. Poznanie każdego osadzonego indywidualnie jest bowiem tak ważne, gdyż wówczas można zastosować środki oddziaływania penitencjarnego bezpośrednio dostosowane do danej osoby. W konsekwencji realna do osiągnięcia staje się prewencja indywidualna. Jednak nie mniej istotna jest prewencja generalna w toku której, do jej skuteczności, powinno uwzględniać się zmiany społeczne. Wskazane zagadnienia wiążą się szczególnie z ostatnim z postawionych pytań. Wzrost przestępczości odnotowuje się bowiem w przypadku jakichkolwiek zmian, a w szczególności zmian gwałtownych, gdy dochodzi do dezorganizacji, a część społeczeństwa nie potrafi w odpowiednim czasie przystosować się do nowych realiów, co z kolei prowadzi

¹⁸⁸ K. Krajewski, *Zmiana społeczna, kontrola społeczna, anomia, przestępczość* [w:] K. Buczkowski, W. Klaus, P. Wiktorowska, D. Woźniakowska-Fajst (red.) *Zmiana i kontrola. Społeczeństwo wobec przestępczości*, Warszawa 2017, s. 12-13.

do tego, że mechanizmy kontroli społecznej nie są wydajne¹⁸⁹. Należy jednak pamiętać, że istnieje grupa członków społeczeństwa (a może jest to nawet większość), która popełnia przestępstwa tylko nie zdaje sobie z tego sprawy, nie została z tego tytułu ujęta i nie poniosła odpowiedzialności karnej. Mogą bowiem to być, np. przestępstwa w ruchu drogowym, groźby, czy pomówienia. Właśnie dlatego jako ważne zagadnienie należy uznać stosowanie takich środków oddziaływania penitencjarnego, które będą umożliwiały odnalezienie się przez osadzonych po odbyciu kary do życia w społeczeństwie otwartym, ale także – w odniesieniu do prewencji generalnej – zniechęca pozostałe osoby do popełniania przestępstw oraz refleksji w codziennym życiu nad podejmowanymi czynami, ich skutkami i konsekwencjami.

W toku podejmowania jakichkolwiek działań w stosunku do osadzonych konieczne jest jednak postępowanie zgodnie z obowiązującymi normami i przepisami celem ochrony ich godności ludzkiej oraz przestrzegania zasady humanitaryzmu, co w dużej mierze przekłada się na stan psychiczny osadzonych i efektywność podejmowanych oddziaływań penitencjarnych. Jakby się mogło wydawać, te oczywiste elementy odnoszące się do poszanowania człowieczeństwa i stanowiące standard stanowienia i wykonywania prawa nabierają szczególnego znaczenia właśnie w stosunku do osób pozbawionych wolności. Wynika to bowiem z faktu, iż jak zostało już wcześniej wskazane, izolacja jest najdotkliwszym sposobem karania, która wywołuje szereg negatywnych skutków – również w postaci deprivacji potrzeb, czy to ograniczenia możliwości samodzielnej realizacji swoich praw przez osadzonych. Właśnie dlatego to na instytucjach państwowych spoczywa szczególny obowiązek zapewnienia ochrony podstawowych praw człowieka osobom pozbawionym wolności – w tym także ochrony zdrowia – aby finalnie umożliwić im readaptację społeczną. Możliwość osiągnięcia celu wykonywania kary wiąże się również z podejmowaniem adekwatnych działań dostosowanych indywidualnie do osadzonych przy jednoczesnym uwzględnieniu możliwości modyfikacji sposobu jej wykonania w przypadku zaistnienia określonych przesłanek.

W związku z powyższym niezbędne staje się odwołanie do statusu prawnego skazanych, ale także do fundamentalnych założeń prawa w Polsce wynikających z Konstytucji RP oraz pozostałych aktów prawnych. Na ów status składa się bowiem ogół praw i obowiązków

¹⁸⁹ A. Kossowska, *Teoria kontroli społecznej w kryminologii*, Archiwum Kryminologii 1983, t. X, s. 7-22; A. Kossowska, *Dezorganizacja społeczna, a przestępczość*, Archiwum Kryminologii 1988, t. XV, s. 9-32.

skazanego w toku postępowania wykonawczego¹⁹⁰. Z kolei za Z. Hołdą można trafnie postrzegać osoby odbywające karę pozbawienia wolności w dwóch perspektywach¹⁹¹:

1. jako użytkownika jednostki penitencjarnej – wówczas prawa i obowiązki osadzonych są związane ze stosunkiem łączących ich z administracją penitencjarną,
2. jako uczestnika w procesie wykonywania kary – owe prawa i obowiązki są związane z uczestnictwem osadzonego w toku postępowania przed sądem penitencjarnym.

Status prawny skazanego, mimo iż początkowo był marginalny¹⁹² jednak z uwagi na zmiany społeczne, gospodarcze, kulturowe, a w następstwie ewolucję praw człowieka, prawa karnego i polityki karania został rozszerzony. W teorii i doktrynie podnosi się jednak, że status prawny osób izolowanych powinien być szczegółowo uregulowany w drodze ustawy, a jakiegokolwiek ograniczanie lub uchylanie praw skazanych pozaustawowo jest niedopuszczalne¹⁹³. Wskazany już wcześniej rozwój praw człowieka i ewolucja prawa *sensu largo* niewątpliwie skłaniają do refleksji, iż podniesione powyżej stanowisko w zakresie rozwoju statusu skazanego wynika z poszanowania godności ludzkiej, która jest przyrodzona i niezbywalna oraz przysługuje każdej jednostce ludzkiej, a co za tym idzie także osobom pozbawionym wolności. Tym samym status skazanego (osadzonego) ma zmierzać do respektowania, ale także realizacji przysługujących mu praw¹⁹⁴, co z uwagi na złożoność tematu szczegółowo omówione zostanie w poniższym rozdziale.

1. Gwarancje ochrony praw osób pozbawionych wolności w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

Oczywistym jest, iż głównym aktem prawnym w Polsce jest Konstytucja RP, która to warunkuje jakiegokolwiek inne działania ustawodawcze, ale także praktyczne, np. w postaci podejmowania działań w celu ochrony praw poszczególnych jednostek¹⁹⁵. Tym samym stanowi

¹⁹⁰ S. Paweła, *Kodeks karny wykonawczy*, Warszawa 1999, s. 271.

¹⁹¹ Z. Hołda, *Status prawny skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności (ze szczególnym uwzględnieniem statusu zakładowego)*, Lublin 1988, s. 5 oraz s. 19-20.

¹⁹² A. Nawój-Śleszyński, *Przeludnienie więzień w Polsce – przyczyny, następstwa i możliwości przeciwdziałania*, Łódź 2013, s. 45.

¹⁹³ Z. Hołda, *Prawo karne wykonawcze*, Kraków 1998, s. 95; T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 1998, s. 230; A. Nawój-Śleszyński, *op. cit.*, s. 46

¹⁹⁴ Por. A. Nawój-Śleszyński, *op. cit.*, s. 46.

¹⁹⁵ Por. E. Łętowska, *Po co ludziom konstytucja?*, Warszawa 1995.

ona również źródło prawa karnego wykonawczego i jego podstawy aksjologiczne. Konstytucja RP wskazuje bowiem także, które chronione prawa i wolności nie mogą być w żaden sposób ograniczane, a które mogą ulegać redukcji, ale jedynie w drodze ustawy i określonych ku temu przypadkach.

W odniesieniu do niniejszego tematu szczególną uwagę należy zwrócić na art. 40, art. 41 ust. 1, art. 41 ust. 4 Konstytucji RP w ramach których zostały ustanowione dwie naczelne zasady wykonywania orzekanych kar, a mianowicie zasada praworządności i humanitaryzmu. Gwarancję ich przestrzegania stanowi przede wszystkim możliwość wniesienia skargi do Trybunału Konstytucyjnego w przypadku naruszenia konstytucyjnych praw lub wolności zgodnie z art. 79 Konstytucji RP. Jednak z uwagi na specyfikę postępowania wykonawczego, a w szczególności wykonywani kary pozbawienia wolności, niezmiernie ważnym przepisem jest art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który stanowi, iż „Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”. W konsekwencji powyższego regulacje dotyczące wykonywania kary pozbawienia wolności – z uwagi na już wcześniej wskazany charakter prawa karnego oraz prawa karnego wykonawczego, który to prowadzi do naruszania podstawowych praw i wolności jednostek – muszą mieć doniosłość przepisów ustawowych¹⁹⁶.

Z punktu widzenia niniejszego opracowania istotne jest, iż w Konstytucji RP zawarto szeroki katalog praw i wolności jednostek, co oznacza, iż w przypadku osób pozbawionych wolności konieczne jest podejmowanie działań przez instytucje państwowe na szeroką skalę w celu zapewnienia ich ochrony. W toku analizy ustawy zasadniczej można je podzielić na trzy kategorie¹⁹⁷:

1. prawa i wolności osobiste,
2. prawa i wolności polityczne,
3. prawa i wolności socjalne, ekonomiczne i kulturalne.

¹⁹⁶ Por. M. Szydło, *Objaśnienia do art. 31 ust. 3 [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz Art. 1-86*, Warszawa 2016, s. 771.

¹⁹⁷ Por. Z. Hołda, *Prawo karne wykonawcze*, Warszawa 2012, s. 70.

Owe prawa i wolności nie są jednak w Konstytucji RP jedynie sklasyfikowane, ale także przez nią chronione (np. art. 77 ust. 1, art. 77 ust. 2, art. 78, art. 79, art. 80 Konstytucji RP). Osoba, której prawa lub wolności zostały naruszone może bowiem dochodzić naprawy swojej szkody na drodze postępowania sądowego, ale także złożyć skargę konstytucyjną lub wystąpić z wnioskiem o pomoc w ochronie przysługujących praw do Rzecznika Praw Obywatelskich. W związku z wykonywaniem kary pozbawienia wolności, a szczególnie pod względem ekonomicznym i gospodarczym, istotne znaczenie ma art. 77 ust. 1 Konstytucji RP, który w konsekwencji może być odczuwalny dla ogółu społeczeństwa. W przypadku naruszenia praw i wolności przez instytucje państwowe osobie poszkodowanej należne jest bowiem wynagrodzenie tej szkody, które zazwyczaj wiąże się z koniecznością zapłaty określonej przez sąd kwoty tytułem odszkodowania lub zadośćuczynienia. Wówczas uiszczanie zasądzonych sum pieniężnych może stanowić obciążenie dla budżetu państwowego, a w następstwie negatywnie wpłynąć na gospodarkę kraju. Z punktu widzenia niniejszego opracowania zagadnienie to jest tak ważne, ponieważ osoby pozbawione wolności mają ograniczone prawie do minimum możliwości samodzielnej ochrony swoich praw i realizowania przysługujących im wolności. W konsekwencji, jak już wcześniej zostało podniesione, to na instytucjach państwowych ciąży obowiązek ochrony praw osób pozbawionych wolności (oraz ciężar odpowiedzialności za ową ochronę) z uwagi na poszanowanie ich godności ludzkiej, a co za tym idzie humanitarne traktowanie. Prawo do odszkodowania za bezprawne działanie organów państwa ma również istotne znaczenie z uwagi na to, że obywatel z reguły nie jest w stanie zabezpieczyć się przed ryzykiem powstania szkody przez działania instytucji państwowych. Wyeliminowanie takiego zagrożenia nie jest możliwe także ze względu, iż pracownicy owych jednostek mogą pomylić się jak każdy inny człowiek¹⁹⁸. Tym samym art. 77 ust. 1 Konstytucji RP stanowi zabezpieczenie interesu pokrzywdzonego działaniami administracji państwowej, który ma co do zasady słabszą pozycję niż owe instytucje, co szczególnie odnosi się do osób pozbawionych wolności, które są dodatkowo uzależnione od aparatu państwowego.

Na gruncie niniejszego opracowania koniecznym staje się także wskazanie, że po stronie instytucji państwowych ciąży również obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia w określonym zakresie wszystkim członkom społeczeństwa. Wskazuje na to art. 68 Konstytucji RP, z którego należy wnioskować, iż prawo do ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych każdej jednostki ludzkiej, a tym samym ma charakter powszechny. Wspomniany obowiązek ochrony

¹⁹⁸ L. Bosek, *Objaśnienia do art. 77 ust. 1* [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), *op. cit.*, s. 1727.

zdrowia społeczeństwa przejawia się chociażby w zapewnieniu każdej osobie równego dostępu do określonych świadczeń medycznych, które są finansowane z państwowych środków. Tym samym gwarancje te dotyczą także osób pozbawionych wolności, które jednak z uwagi na status jednostek izolowanych oraz dolegliwość tej formy karania mają szczególny charakter, co wynika m.in. z ograniczenia samodzielnego działania więźniów oraz zmierzania do osiągnięcia celu kary pozbawienia wolności. Ustalenia te są tym bardziej interesujące, że wskazuje się, iż o ile instytucje publiczne chronią zdrowie, a więc dobro niemajątkowe, to jednak wynikające z tego obowiązki mają już charakter głównie majątkowy¹⁹⁹, co może generować szereg kosztów. W związku z tym – z uwagi na temat niniejszego opracowania – konieczne jest podejmowanie takich działań, które w toku odbywania kary pozbawienia wolności nie będą zmierzały jedynie do leczenia, ale przede wszystkim do zapobiegania powstawaniu chorób zarówno poprzez profilaktyczne działania medyczne, ale także indywidualnie dobrane oddziaływania penitencjarne wpływające, np. praca, nauka, które warunkują dobrą kondycję psychiczną osadzonych i możliwość ich readaptacji społecznej.

1.1. Godność jako fundamentalne prawo człowieka

Z punktu widzenia historii pierwsze ślady pojmowania godności człowieka można odnaleźć w filozofii i kulturze greckiej. Wówczas godność była wyznacznikiem statusu danej osoby i rozumiano ją jako cześć, cnotę, wyraz szacunku, co w konsekwencji wiązało się z tym, iż przysługiwała ona jedynie wybranym grupom społeczeństwa uznawanym za elity. Następnie idea godności ewoluowała, aby w XX wieku mogło zostać wypracowane jej podłoże na bazie m.in. teorii egzystencjalizmu, personalizmu, czy filozofii dialogu²⁰⁰, które w obecnym kształcie po raz pierwszy zawarto w Karcie Narodów Zjednoczonych²⁰¹. W konsekwencji rozwoju praw człowieka oraz ewolucji w postrzeganiu każdej jednostki ludzkiej w aspekcie podmiotowym godność człowieka stała się fundamentalnym prawem każdej osoby oraz wyznacznikiem dla wszystkich pozostałych wprowadzanych norm prawnych i społecznych. Wyraz tego stanowić musi cały system prawny, a co za tym idzie także polityka i prawo penitencjarne. Poszanowanie godności ludzkiej oraz jej ochrona nabierają bowiem szczególnego znaczenia w kontekście

¹⁹⁹ L. Bosek, *Objaśnienia do art. 68* [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), *op. cit.*, s. 1525.

²⁰⁰ Por. E. Podrez, *Godność. Z historii teorii godności* [w:] A. Maryniarczyk, E. Grendeka, T. Zawojka, A. Szymaniak (red.), *Powszechna encyklopedia filozofii*, T. 4, Lublin 2003, s. 17-19.

²⁰¹ Karta Narodów Zjednoczonych z 26 czerwca 1945 r., http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/karta_onz.php [dostęp online: 17 sierpnia 2018 r.].

osób pozbawionych wolności z uwagi na już wcześniej wspomnianą zależność osób izolowanych od administracji państwowej i penitencjarnej oraz ograniczoną możliwość samodzielnej realizacji i ochrony swoich praw, która to w niniejszym przypadku spoczywa na jednostkach państwowych. Poszanowanie godności ludzkiej jest bowiem obowiązkiem władzy publicznej, a wykonywanie kary pozbawienia wolności powinno być prowadzone w sposób nienaruszający godności człowieka. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego należy wskazać, że poziom wyznaczający granicę niehumanitarnego i poniżającego zachowania oraz wyznaczone ograniczenia i odczuwana dolegliwość wynikająca z izolacji nie mogą przekraczać koniecznego zakresu działań związanych z zastosowaniem danej kary i osiągnięciem jej celu²⁰², gdyż w przeciwnym razie będzie dochodziło do naruszenia godności ludzkiej.

Aby móc podjąć dalszą analizę w zakresie obowiązków ciążących na szeroko pojętej administracji państwowej celem poszanowania godności osób odbywających karę pozbawienia wolności, a w konsekwencji także ochrony ich zdrowia konieczne jest w pierwszej kolejności rozważenie samego terminu godności ludzkiej. Pojęcie to należy uznać za nieostre, różnorodne. Jednak w toku myśli aksjologów oraz na bazie orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego RP można wskazać na dwie postacie jego postrzegania, a mianowicie²⁰³:

- a. godność osobista, którą należy rozumieć jako cechę danej osoby określającą jej pozycję w społeczeństwie i dobre imię,
- b. godność ludzka (osobowa) w szerszym znaczeniu, która przysługuje każdemu człowiekowi, jest źródłem pozostałych praw.

Można stwierdzić, że pojęcie godności ludzkiej obejmuje swym zakresem najważniejsze dla człowieka wartości, powszechnie obowiązujące oraz przysługuje wszystkim, a co za tym idzie stanowi walor uniwersalny, który wiąże się z wolnością i umiejętnością rozumowania. Tym samym, jak zostało wyżej wspomniane, godność ludzka stanowi fundament całego systemu prawnego, co potwierdza także fakt zawarcia zasady ochrony godności ludzkiej w Konstytucji RP. W art. 30 wskazano bowiem, że godność ludzka jest przyrodzona, niezbywalna i nienaruszalna, a także stanowi źródło pozostałych praw i wolności ludzi. Jednocześnie konstytucyjnie zagwarantowano ochronę i poszanowanie godności ludzkiej przez władze

²⁰² Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 18 października 2011 r., III CZP 25/11, OSNC 2012, nr 2, poz. 15.

²⁰³ J. Koziński, *Godność a charakter człowieka*, Więź 5/1984, s. 21; Z. Hołda, *Ochrona godności ludzkiej skazanego w toku odbywania kary pozbawienia wolności*, Palestra 1988, nr 7, s. 116; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 05 marca 2003 r., K 7/01, OTK-A 2003, Nr 3, poz. 19.

publiczne. Oznacza to, iż każdej osobie, bez względu np. na jej wiek, płeć, rasę, status zawodowy, wykształcenie, stan zdrowia, czy pozbawienie wolności przysługuje prawo do wszystkich dóbr i wolności, które wpływają na jej realizację jako osoby ludzkiej. Godnością ludzką stanowiącą fundamentalną wartość człowiek nie można także rozporządzać lub zbyć się jej. Jest ona punktem wyjścia do poszanowania istoty ludzkiej, przysługujących jej praw i wolności, ale także w konsekwencji podstawą obowiązujących norm moralnych i prawnych oraz obowiązków ciążących na instytucjach państwowych celem zapewnienia jej ochrony z uwagi na to, iż godność podlega bezwzględnej ochronie²⁰⁴. Na potwierdzenie tego należy powołać się chociażby na stanowisko Trybunału Konstytucyjnego w uzasadnieniu którego wskazano, iż „Przedmiotem prawa do godności jest, w najogólniejszym ujęciu, stworzenie (zagwarantowanie) każdemu człowiekowi takiej sytuacji, by miał możliwość autonomicznego realizowania swojej osobowości, ale przede wszystkim, aby nie stał się przedmiotem działań ze strony innych (zwłaszcza władzy publicznej) i nie stanowił tylko instrumentu w urzeczywistnianiu ich celów”²⁰⁵. W odniesieniu do osób pozbawionych wolności warto odnieść się do relacji art. 30 i 40 Konstytucji RP. Należy bowiem uznać, że art. 40 konkretyzuje ochronę godności ludzkiej, która to ochrona ma przejawiać się m.in. w postaci zakazu tortur i okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania i karania. To z kolei nakłada tożsamy obowiązek na instytucje państwowe w zakresie ochrony owych dóbr²⁰⁶. Szerzej ten wątek będzie jednak poruszony w następnej części opracowania.

Poszanowanie godności ludzkiej nabiera jednak szczególnego znaczenia w przypadku osób skazywanych na poszczególne kary, co związane jest z treścią art. 3 k.k. i art. 4 § 1 k.k.w. zgodnie, z którymi kary, środki karne, zabezpieczające i zapobiegawcze wykonuje się m.in. z poszanowaniem godności ludzkiej. Zauważyć przy tym należy, że stopień uciążliwości dla instytucji państwowych związany z poszanowaniem godności skazanych zależy w dużej mierze od wymierzonego rodzaju kary lub środka karnego. W przypadku zasądzenia np. kary grzywny lub zakazu przebywania w określonych miejscach zagwarantowanie ochrony godności ludzkiej jest prostsze, gdyż nie wymaga ono podejmowania daleko idących działań. Inaczej za to kształtuje się obowiązek ciążący na państwie w zakresie poszanowania godności ludzkiej w stosunku do osób pozbawionych wolności, ponieważ ich autonomia i możliwość samodzielnego działania są znacznie ograniczone – w konsekwencji czego podmioty

²⁰⁴ Por. L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2014, s. 90-93.

²⁰⁵ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 09 lipca 2009 r., SK 48/05, Prok. i Pr. 2010, Nr 1, Poz. 44, s. 53-54.

²⁰⁶ Por. L. Bosek, *Objaśnienia do art. 30 [w:] [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), op. cit.*, s. 729.

państwowe są zobowiązane do ochrony praw skazanych w sposób szczególny. Wynika to także z podmiotowego traktowania osób pozbawionych wolności oraz pojawiania się najczęściej na etapie wykonywania kary barier z poszanowaniem godności ludzkiej. Problem ten miał istotne znaczenie pod koniec ubiegłego wieku, kiedy to rozwój praw człowieka w Polsce i aktualny system polityczny wpływały na postrzeganie osób izolowanych w sposób przedmiotowy, przy jednoczesnym postrzeganiu skazanych przez społeczeństwo jako jednostki o mniejszej wartości²⁰⁷.

Należy się jednak zastanowić się nad zagadnieniem poszanowania godności osób pozbawionych wolności również w chwili obecnej na gruncie aktualnie obowiązujących przepisów i ewolucji myśli w zakresie postrzegania człowieka jako podmiotu praw i wolności. Zgodzić się należy z Z. Hołdą, iż kara nie stanowi ingerencji w godność człowieka, a z jej zagrożeniem, bądź naruszeniem można mieć do czynienia zazwyczaj w toku jej wykonywania²⁰⁸. Sama istota kary bowiem nie ma na celu reglamentacji praw człowieka. Wymierzenie kary stanowi następstwo autonomicznie podjętego działania przez sprawcę czynu zabronionego, które wykonuje on mając prawo wolności i wyboru wynikające z godności ludzkiej. Jednak w przypadku postępowania penitencjarnego dochodzi do szeregu ich ograniczeń z uwagi na brak możliwości samodzielnego działania osadzonych. Kluczową zmianą na przestrzeni ostatnich lat jest jednak omówiona już na wcześniejszym etapie opracowania modyfikacja w zakresie procesu readaptacji społecznej osób izolowanych. Podjęcie współpracy w zakresie powrotu do życia w społeczeństwie otwartym jest bowiem opcją dla osadzonego, który może wyrazić chęć zmiany swojej postawy lub odmówić współdziałania – w czym szczególnie przejawia się podmiotowe traktowanie osób izolowanych, gdyż jest to wyrazem poszanowania ich woli i autonomii, a co za tym idzie także godności.

Odnosząc się również do aktualnych wydarzeń związanych z nowelizacją uchwaloną ustawą z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw²⁰⁹ (co do której Senat zgłosił poprawki i aktualnie na moment pisania rozprawy proces legislacyjny nie dobiegł jeszcze końca) w przedmiocie braku możliwości zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności w przypadku popełnienia przez sprawcę tzw. „przestępstwa pedofilii” warto rozpatrzyć ten przypadek pod względem poszanowania

²⁰⁷ Z. Hołda, *op. cit.*, s. 118.

²⁰⁸ *Ibidem*, s. 117.

²⁰⁹ [http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/3451_u/\\$file/3451_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/3451_u/$file/3451_u.pdf) [dostęp online: 29 maja 2019 r.].

godności ludzkiej i ochrony zdrowia osadzonych. Można bowiem ośmielić się na stwierdzenie, że w wyniku takiej nowelizacji będzie dochodziło do naruszeń godności. Owe stanowisko jest konsekwencją wnioskowania, iż godność ludzka oznacza również prawo do nadziei każdego człowieka. Umożliwia ono bowiem – w niniejszym przypadku osadzonym – posiadanie motywacji do współpracy i zmiany swoich postaw celem życia po odbyciu kary pozbawienia wolności zgodnie z powszechnie panującymi normami. Tym samym w przypadku braku możliwości zawieszenia wykonywania kary pozbawienia wolności osadzony ma odebraną nadzieję na ewentualną zmianę swojego położenia w toku izolacji w następstwie podejmowanej współpracy w toku oddziaływań penitencjarnych. Konsekwencjami mogą być apatia, agresja, depresja, czy inne zaburzenia psychiczne lub choroby psychosomatyczne. Z tych względu może okazać się niemożliwe osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności.

1.2. Zasada humanitaryzmu

W międzynarodowym i polskim systemie prawnym kluczową rolę odgrywa zasada humanitaryzmu. Przepisy szczególne oraz doktryna doprecyzowały obecnie jej znaczenie, jednak niezbędne staje się szersze rozważenie humanitaryzmu oraz sposobu postępowania zgodnego z ową zasadą. Według definicji słownikowych humanitaryzm pochodzi od łacińskiego słowa *humanitas* oznaczającego ludzkość i człowieczeństwo. Tłumaczy się je jako postawę cechującą szacunek wobec człowieka oraz troskę o jego dobro. Z kolei humanitarny oznacza postępującego zgodnie z zasadami humanitaryzmu, a więc stawiającego sobie za cel dobro innego człowieka²¹⁰. Jednocześnie wskazuje się, że humanizm stanowi wartość intelektualną wywodzącą się z nurtu antycznego i oświeceniowego, zaś humanitaryzm jest wartością etyczną²¹¹.

Na gruncie rozwoju szeroko pojętego prawa i polityki karania do znaczącego przełomu w zakresie humanitarnego karania doszło w dobie epoki oświecenia, kiedy to Cesare Beccaria zaprotestował stosowaniu tortur oraz był przeciwny karze śmierci²¹². Z humanitarnym traktowaniem skazanych oraz sposobem wykonywania kar wiążą się nierozdzielnie inne sztandarowe reguły, takie jak m.in. omówione już poszanowanie godności ludzkiej, ale także

²¹⁰ L. Drabik, E. Sobol, *op. cit.*, s. 150; J. Okaramus, M. Tytuła, *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 2011, s. 94.

²¹¹ T. Sinko, *Od filantropii do humanitaryzmu i humanizmu*, Warszawa 1960, s. 6.

²¹² A. Dziadzio, *Powszechna historia prawa*, Warszawa 2009, s. 150.

zakaz tortur oraz okrutnego lub poniżającego traktowania, czy karania. W przepisach nie zawarto jednak definicji legalnej terminu „humanitarne traktowanie”, którego zdefiniowanie staje się niezbędne celem umożliwienia prawidłowej realizacji tej fundamentalnej zasady. Tym samym – również w oparciu o powyższe wskazania – można w toku rozważań przyjąć, iż humanitarne traktowanie należy postrzegać w dwóch płaszczyznach, a więc w pozytywnej i negatywnej. Ujęcie pozytywne należy wówczas rozumieć jako działania podejmowane względem danej osoby z poszanowaniem jej podstawowych praw i wolności zmierzające do zapewnienia jej powszechnie panujących standardów w danym społeczeństwie²¹³. Z kolei ujęcie negatywne odnosi się do postępowań, które są niehumanitarne, a więc są sprzeczne z podstawowymi prawami i wolnościami ludzi oraz powszechnie panującymi normami traktowania jednostek.

W kontekście osób pozbawionych wolności zasada humanitaryzmu dotyczy jednak również zapewnienia stosownych warunków socjalno-bytowych, np. w postaci stanu sanitarno-higienicznego jednostek penitencjarnych, zapobiegania przeludnieniu, zapewnienia dostępu do leków, czy umożliwienia edukacji i zatrudniania osadzonych, które to łagodzą odczuwaną opresję i przyczyniają się do readaptacji społecznej, m.in. z uwagi na pozytywny wpływ na kondycję psychiczną osadzonego i następnie jego zdolność i chęć do podjęcia współpracy w toku stosowanych oddziaływań penitencjarnych. W tym miejscu można odwołać się do stanowiska Trybunału Konstytucyjnego zgodnie z którym „za niehumanitarne uznać należy takie działania organów władzy państwowej, które – nie służąc bezpośrednio założonym celom kary pozbawienia wolności – prowadzą do udręki fizycznej skazanych, do poniżania ich godności osobistej, uszczuplania ich praw albo uniemożliwiania im ochrony swoich praw”²¹⁴. Oznacza to tym samym, iż instytucje państwowe oraz szeroko pojęty personel jednostek penitencjarnych nie tylko nie mogą podejmować działań, które w jakikolwiek sposób mogłyby naruszać prawa i wolności osadzonych, ale także spoczywa na nich obowiązek ochrony praw osób pozbawionych wolności, które to przysługują im z tytułu bycia jednostką ludzką, tak samo jak pozostałym członkom społeczeństwa.

Z powyższego wynika, że zasada humanitaryzmu jest jedną z podstawowych fundamentów zarówno prawa karnego materialnego, postępowania karnego, ale przede wszystkim

²¹³ Por. P. Sarnecki, *Komentarz do art. 41 Konstytucji RP*, [w:] L. Garlicki (red.) *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, Warszawa 2003, s. 8.

²¹⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 maja 2008 r., sygn. akt SK 25/07, Dz.U. 2008 nr 96 poz. 620.

egzekwowania kary, kiedy to może dochodzić w najszerszym zakresie do naruszania praw i wolności skazanych.

W pierwszej kolejności należy jednak odnieść się do uregulowań zawartych w Konstytucji RP, gdzie we wskazanym już art. 40 wyartykułowano zakaz stosowania tortur oraz niehumanitarnego, okrutnego i poniżającego traktowania lub karania, a także posługiwania się karami cielesnymi. Regulacja ta jest bardzo ogólna, jednak można z tego wnioskować jak szeroki zakres obejmuje zasada humanitaryzmu, która to odnosi się w prawdzie do zakazu zachowań ingerujących, np. w sferę cielesną człowieka, które to mogą stanowić naruszenie jego godności, ale dotyczy także zakazu traktowania poniżającego, które z kolei w dużej mierze odnosi się do sfery psychicznej i uczuć danej jednostki, jej wrażliwości i potrzeb. Z punktu widzenia niniejszego opracowania istotnym przepisem jest również art. 41 ust. 4 Konstytucji, który odnosi się bezpośrednio do osób pozbawionych wolności poprzez zapewnienie im humanitarnego traktowania²¹⁵. Pozbawienie wolności oznacza bowiem uniemożliwienie osadzonemu korzystania z tego prawa oraz ograniczenie możliwości samodzielnego realizowania innych praw i wolności, jak chociażby zapewnienie ochrony zdrowia, które w warunkach izolacji wiąże się z podjęciem szeregu procedur. W konsekwencji to na instytucjach państwowych spoczywa cały obowiązek ochrony praw i wolności osadzonych, co wynika z absolutnego charakteru zasady humanitaryzmu, a co wiąże się z zapewnieniem osobom pozbawionym wolności warunków umożliwiających i zachęcających ich do podjęcia współpracy w zakresie zmian swoich postaw, a co za tym idzie ich readaptacji społecznej.

Wskazać należy, że zagadnienia w zakresie ochrony praw i wolności osób izolowanych oraz wynikających z tego obowiązków ciążących na instytucjach państwowych na gruncie przepisów szeroko pojętego prawa karnego – w tym także w zakresie ochrony zdrowia – będą podejmowane na dalszym etapie opracowania. Jednak już w chwili obecnej niezbędne staje się odniesienie do owych przepisów w kontekście obowiązywania i przestrzegania zasady humanitaryzmu zarówno w toku orzekania jak i wykonywania kar, a w tym w szczególności kary pozbawienia wolności.

W związku z powyższym wskazać należy na art. 3 k.k. i art. 4 k.k.w., w których wyraz znalazła zasada humanitaryzmu wraz z poszanowaniem godności ludzkiej, poprzez wskazanie ich jako podstaw stosowania kar i pozostałych środków przewidzianych w owych kodeksach.

²¹⁵ Szerzej: P. Karlik, P. Wiliński, *Objaśnienia do art. 41* [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), *op. cit.*, s. 999-1001.

W kodeksie karnym zawarto bowiem ogólną zasadę przestrzegania wskazanych wytycznych w odniesieniu do kar i innych środków. Tym samym należy wnioskować, iż poszanowanie godności ludzkiej i humanitarne traktowanie są fundamentem postępowania na wszystkich etapach prawa karnego, a więc również w toku wykonywania kar. Wiąże się to także z ochroną zdrowia osadzonych, a w szczególności pod względem pozytywnego oddziaływania na ich stan psychiczny, który warunkuje szeroko pojęte zdrowie oraz możliwość osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności.

Na uwagę zasługuje pogląd A. Zolla, który wskazuje, iż zasada humanitaryzmu przewidziana w art. 3 k.k. jest w pierwszej kolejności adresowana do sądów, które to powinny ją uwzględniać na etapie orzekania wraz z poszanowaniem godności osoby karanej. Istotne jest, że w konsekwencji nie może mieć miejsca prewencja generalna w jej negatywnym ujęciu, a więc oznaczającym odstraszenie potencjalnych sprawców przez wymierzanie kar tak surowych, które mogą przekroczyć stopień zawinienia osądzanego sprawcy²¹⁶. Stanowisko to jest tak znaczące z uwagi na aktualną politykę karania, rozwój praw człowieka i cele orzekania jak i wykonywania kar, co ponownie wiąże się z ochroną zdrowia i pozytywnym oddziaływaniem na kondycję psychiczną osadzonych, którzy czując się niesprawiedliwie osądzeni mogą doznać zaburzeń psychicznych lub nie chcieć współpracować w toku podejmowanych oddziaływań penitencjarnych. Prawo karne musi bowiem spełniać funkcję gwarancyjną i sprawiedliwościową poprzez kształtowanie świadomości społecznej w zakresie obowiązujących przepisów i norm prawnych, ale także postaw identyfikowania się z nimi. W związku z powyższym zasada humanitaryzmu powinna stanowić wyznacznik do wymierzania kar wyłącznie w przypadkach przewidzianych prawem oraz w granicach zmierzających do realizacji celów prawa karnego, ale także minimalizowania dolegliwości kary i cierpień z nią związanych.

Wskazany powyżej art. 3 k.k. należy także uwzględniać w toku wykładni art. 4 k.k.w., który to stanowi swoiste dopełnienie regulacji prawa karnego materialnego, a który należy z kolei określić mianem przepisu programowego, ponieważ jest on uznawany jako ogólna dyrektywa stosowania również prawa penitencjarnego²¹⁷. Jednocześnie koniecznym staje się wskazanie, iż w następstwie dokonanych rozważań – także w przedmiocie przepisów międzynarodowych

²¹⁶ K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny : część ogólna : komentarz do art. 1-116 Kodeksu karnego*, Kraków 1998, s. 58.

²¹⁷ Por. A. Marek, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 17-19; T. Szymanowski, *Godność sprawcy przestępstwa w nowym prawie karnym*, PWP 1995, nr 10, s. 29-30.

jak i polskich – zawarcie regulacji wyrażonych w art. 4 k.k.w. było w pełni zasadne i nie należy interpretować ich jako powielanie określonych norm²¹⁸. Wiąże się to z już wcześniej wskazanym problemem jakim jest pozycja osób skazanych, a w szczególności na karę pozbawienia wolności, która przejawia się w braku akceptacji przez społeczeństwo, co z kolei może implikować szereg dalej idących negatywów i naruszeń ich praw. Osoby izolowane mogą bowiem być narażone na nieprawidłowe traktowanie (również w zakresie ochrony ich zdrowia), które jednocześnie nie będzie zmierzało do osiągnięcia celów kary. Właśnie dlatego tak ważne jest zapewnienie osobom pozbawionym wolności poszanowania ich godności i przestrzegania zasady humanitaryzmu, a dodatkowe wyartykułowanie (art. 4 k.k.w.) ciążącego w tym zakresie po stronie instytucji państwowych obowiązku stanowi dodatkową gwarancję ochrony praw skazanych na etapie postępowania wykonawczego. Jest to tym bardziej znaczące, gdyż – jak zostało już wskazane – osoby pozbawione wolności są uzależnione od instytucji państwowych, a ich możliwe działania są ściśle uregulowane i kontrolowane przez pracowników jednostek penitencjarnych, którzy to mogą z kolei nawet nieświadomie eksponować swoją „wyższą” pozycję. W konsekwencji może dochodzić do swego rodzaju nadużyć godzących w godność osadzonych, które będą miały znamiona, np. nieludzkiego, czy poniżającego traktowania. Właśnie z tych względów jako niezbędne należy uznać wypracowanie takich oddziaływań penitencjarnych i sposobów ich wykorzystywania, które będą mogły zachęcić osadzonych do współpracy z administracją penitencjarną, ale też owym pracownikom zapewnią kondycję psychiczną, która to wpłynie na sposób postrzegania przez nich osób izolowanych, co zwiększy niewątpliwie efektywność wykonywania kary pozbawienia wolności oraz będzie przejawem poszanowania godności ludzkiej i przestrzegania zasady humanitaryzmu.

2. Kodeks karny w obliczu problemów zdrowotnych sprawcy czynu

Na gruncie przepisów kodeksu karnego można zauważyć dwie płaszczyzny związane ze zdrowiem danej osoby. Po pierwsze są to regulacje w przedmiocie ochrony zdrowia, które zawierają penalizację przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, jak np. spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, uszkodzenia prenatalne, narażenie na zarażenie. Z punktu widzenia niniejszego opracowania istotne jest jednak, iż stan zdrowia danej osoby może wyłączyć przypisanie jej winy, co nie będzie skutkowało odpowiedzialnością karną, ale także wpływać

²¹⁸ Z. Hołda, *Publiczne oświadczenie Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom*, PWP 2008, nr 60, s. 6.

na orzeczenie wobec niej jednego ze środków zabezpieczających, co w konsekwencji będzie wiązało się z realizacją często dodatkowych zadań przez instytucje państwowe oraz szeroko pojęty personel penitencjarny.

2.1. Problem niepoczytalności i poczytalności ograniczonej na etapie postępowania przygotowawczego i jurysdykcyjnego

Tematyka niepoczytalności stanowi przedmiot zainteresowania zarówno przedstawicieli różnych nauk, jak i społeczeństwa od wielu wieków. Postępowanie osób chorych psychicznie było i jest do chwili obecnej dla reszty społeczeństwa najczęściej niezrozumiałe, abstrakcyjne, sprzeczne z obowiązującymi normami, a w konsekwencji niebezpieczne. Aktualnie jednak – również w efekcie rozwoju praw człowieka, społeczeństwa i kultur – osoby mające problemy natury psychicznej są traktowane w sposób humanitarny, dostrzeżono konieczność ich leczenia oraz udzielania im różnego rodzaju wsparcia. Na przestrzeni minionych wieków osoby takie były jednak bardzo często postrzegane jako gorsze, co zmierzało także do ich wykluczenia. Pierwotnie zaburzenia psychiczne były bowiem tłumaczone jako forma kary zesłana przez bogów uniemożliwiająca osobie prawidłowe rozeznanie w rzeczywistości. Z kolei w średniowieczu rozumiano je zazwyczaj jako opętanie, które miało skutkować najczęściej surowszym wymiarem kary. Następnie w dobie epoki odrodzenia osoby chore psychicznie poddawano przymusowej izolacji od reszty społeczeństwa. Do przełomu w podejściu do zaburzeń psychicznych doszło dopiero w XIX i następnie XX wieku wraz z rozwojem nauk i zdefiniowaniem psychiatrii²¹⁹, co ostatecznie miało także przełożenie na sprecyzowanie poglądów doktryny prawniczej i orzecznictwa.

Konieczne stają się jednak odróżnienie od stanu niepoczytalności stanu poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym w kontekście przepisów karnych, na co wskazał chociażby Sąd Najwyższy, który w jednym z wyroków wyartykułował, iż: „Niepoczytalność i poczytalność stanowią dwa przeciwstawne bieguny w ocenie stanu psychicznego sprawcy. Pomiędzy nimi istnieją stany pośrednie, w których odchylenia od normy mają rozmaite nasilenie, poczynając od nieznaczących odchyień *in minus* od normalnej psychiki, a kończąc na

²¹⁹ F. Bolechała, *Wspólne drogi psychiatrii i medycyny sądowej – historia i rozwój pojęcia niepoczytalności od czasów antycznych po współczesne*, AMSiK 2009, nr 4, s. 300-308; A. Golonka, *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona*, Warszawa 2013, s. 26-32.

stanach, w których zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem albo obie te zdolności, aczkolwiek niewyłączone całkowicie, są jednak w bardzo znacznym stopniu ograniczone”²²⁰. Oznacza to, iż sprawca czynu może znajdować się w różnych stanach sprawności umysłowej, które to wywołują odmienne konsekwencje prawne.

2.1.1. Niepoczytalność i jej konsekwencje na gruncie kodeksu karnego

Zgodnie z art. 31 § 1 obowiązującego kodeksu karnego niepoczytalność oznacza stan, w którym osoba nie ma możliwości rozpoznania znaczenia swojego czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, który to stan jest spowodowany upośledzeniem umysłowym, chorobą psychiczną lub innym zakłóceniem czynności psychicznych. Kluczowe jest, iż stan ten musi mieć miejsce w chwili czynu. Jest to spowodowane tym, iż w przypadku, np. doznanych przeżyć i wizji izolacji sprawca czynu może stać się niepoczytalny, ale wówczas jego stan nie wpływa na ocenę prawnokarną czynu.

Analizując obszerną w swojej materii literaturę dotyczącą metod określania niepoczytalności oraz jej źródeł można wskazać na kilka sposobów jak np. metoda biologiczna, psychologiczna i mieszana²²¹. Z uwagi na tematykę opracowania oraz bardzo złożoną problematykę niepoczytalności konieczne staje się pokrótce wskazanie, iż na gruncie polskich przepisów karnych definicja niepoczytalności została oparta na metodzie mieszanej, gdyż łączy w sobie elementy określonego stanu psychicznego sprawy w postaci niemożności rozpoznania znaczenia swojego czynu lub pokierowania swoim zachowaniem przy jednoczesnym uwzględnieniu przyczyn biologiczno-psychiatrycznych zaistniałego stanu, którymi mogą być choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenia czynności psychicznych. W konsekwencji, aby sprawca czynu nie ponosił odpowiedzialności karnej z uwagi na swoją niepoczytalność konieczne jest wystąpienie łącznie jednej z przyczyn wskazanej w art. 31 § 1 k.k., w następstwie której dana osoba nie będzie w stanie pokierować swoim zachowaniem lub rozpoznać znaczenia swoich działań.

Upośledzenia umysłowe oraz choroby psychiczne stanowiące przyczynę niepoczytalności sprawcy zostały już omówione w rozdziale dotyczącym zdrowia

²²⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 listopada 1973 r., III KR 257/73, PiŻ 1974, nr 10, s. 14.

²²¹ A. Golonka, *op. cit.*, s. 63-70, J. Konecki, *Niepoczytalny sprawca czynu zabronionego w postępowaniu karnym*, Warszawa 2015, s. 29-31.

psychicznego. Po krótko można jednak przypomnieć, że upośledzenie umysłowe należy rozumieć jako istotne ograniczenie sprawności umysłowej stanowiące wynik zaburzenia rozwojowego. Z kolei choroba psychiczna oznacza dysfunkcyjne zaburzenia psychiczne, które mogą skutkować, np. psychozą, urojeniami. Scharakteryzować jednak należy również inne zakłócenia czynności psychicznych, które mogą leżeć u podstaw niepoczytalności sprawcy. Zgodnie z zasadami logiki i wykładni można wnioskować, iż ustawodawca miał zamiar objęcia tym terminem innych form ograniczenia poczytalności, które to nie są ani chorobą psychiczną, ani upośledzeniem umysłowym. Można je określić jako „krótkotrwałe, przemijające zaburzenia psychiczne ze zmianami świadomości, często pobudzeniem ruchowym, pokryte niepamięcią (...) pojawiające się nagle wśród pełnego zdrowia i przemijające bez defektów psychicznych, albo pewne zjawiska fizjologiczne, zwłaszcza w koegzystencji z czynnikami frustrującymi”²²². Tym samym są to stany człowieka wywołane np. wysoką gorączką, zatruciem, klimakterium lub skrajnym przemęczeniem.

W zdiagnozowaniu niepoczytalności sprawcy czynu kluczowe jest również – jak już zostało wskazane – określenie następstw wyżej wymienionych przyczyn. Brak możliwości rozpoznania znaczenia swojego czynu przez daną osobę oznacza bowiem niemożność przewidzenia możliwych skutków podejmowanych działań, ale także brak umiejętności ich oceny społeczno-moralnej. Przesłanka ta bazuje na zakłóceniu świadomości danej osoby w aspekcie prawidłowego odbioru rzeczywistości²²³. Oznacza to, iż sprawca czynu albo nie rozumie tego co robi, albo nie potrafi tego prawidłowo ocenić. Istotne jest jednak odróżnienie stanu osoby niepoczytalnej od pozostawania w błędzie. Niepoczytalność jest spowodowana określonymi wadami psychicznymi ograniczającymi zdolność osoby do realnego odbioru rzeczywistości, zaś w przypadku pozostawania w błędzie sprawca ma możliwość realnej oceny sytuacji, jednak z uwagi na określone okoliczności jej nie wykorzystuje. Z kolei niemożność pokierowania swoim postępowaniem – stanowiąca drugi element psychologiczny definiowania niepoczytalności – należy rozumieć jako zakłócenie woli²²⁴, a więc uniemożliwienie swobodnego i świadomego decydowania co do podejmowanych działań. Wskazać także należy na kompatybilną relację między brakiem możliwości pokierowania swoim postępowaniem, a uniemożliwionym rozpoznaniem znaczenia czynu, gdyż pierwszy z tych członów wynika

²²² J. Przybysz, *Kompendium psychiatrii sądowej. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Toruń 2011, s. 41.

²²³ T. Bojarski [w:] T. Bojarski (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 109.

²²⁴ *Ibidem*, s. 109; L. Gardocki, *op. cit.*, s. 137.

z drugiego²²⁵. Oznacza to bowiem, iż osoba, która nie jest świadoma rodzaju i skutków podejmowanych przez siebie działań nie może również należycie pokierować swoim zachowaniem. Należy jednak odróżnić sytuacje, w których osoba rozpoznaje znaczenie swojego czynu, ale nie jest w stanie pokierować swoim postępowaniem, np. z uwagi na tzw. głód narkotykowy, co również będzie przesłanką do stwierdzenia jej niepoczytalności.

Zakreślić należy, że tematyka wskazanych zagadnień jest bardzo obszerna i często stanowi samodzielny temat do szerokich analiz, co uzasadnia skupienie się w chwili obecnej na karnomaterialnych następstwach stanu niepoczytalności sprawcy, a w konsekwencji na podejmowanych w stosunku do niego dalszych działaniach, w których kluczowe znaczenie odgrywa ochrona zdrowia z uwagi na stan psychofizyczny osoby niepoczytalnej. W prawie karnym jednym z fundamentalnych członów przestępstwa jest bowiem wina sprawcy, co zostało bezpośrednio ujęte chociażby w art. 1 § 3 k.k. oraz art. 1 § 2 k.k.s. i art. 1 § 2 k.w., a która to w bardzo uproszczony sposób rozumiana jest jako obiektywna zarzucalność wobec danej osoby popełnienia czynu zabronionego, której przesłanki określone są ustawą²²⁶. Jak wynika już z dotychczasowych rozważań winy nie można przypisać osobie niepoczytalnej w chwili czynu, co w konsekwencji skutkuje brakiem odpowiedzialności karnej²²⁷. Jednak z uwagi, np. na zagrożenie popełnienia kolejnego czynu zabronionego wobec osoby niepoczytalnej można orzec określone środki zabezpieczające, np. w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, czy poddania danej osoby terapii. W toku rozważań w przedmiocie niepoczytalności pojawia się jednak jakże kluczowe z punktu widzenia wykonywania kary pozbawienia wolności zagadnienie dotyczące niepoczytalności sprawcy czynu, który to stan niepoczytalności wystąpił już na etapie postępowania penitencjarnego, np. w wyniku doznanych przeżyć. Wówczas powstaje pytanie, czy w takim przypadku możliwa jest realizacja celów kary pozbawienia wolności wraz z poszanowaniem godności ludzkiej i przestrzeganiem zasady humanitaryzmu. Kolejnym problemem może być także sytuacja, w której sprawca czynu w odniesieniu do pewnych swoich działań był niepoczytalny, jednak w zakresie innych posiadał już pełną świadomość swoich czynów. Rozwiązania tych dylematów należy upatrywać w zastosowaniu wyżej wymienionych środków zabezpieczających, a także postępowań incydentalnych, które to zagadnienia zostaną omówione w dalszej części rozprawy.

²²⁵ A. Golonka, *op. cit.*, s. 177; J. Konecki, *op. cit.*, s. 64-65.

²²⁶ Por. L. Gardocki, *op. cit.*, s. 54.

²²⁷ Por. A. Zoll, *Kodeks...*, s. 524.

2.1.2. Poczytalność ograniczona w stopniu znacznym i jej konsekwencje na gruncie kodeksu karnego

Omawiając tematykę niepoczytalności sprawcy czynu nie można pominąć zagadnienia związanego ze stanem poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym, który na gruncie szeroko pojętego prawa karnego stanowi istotną materię. W art. 31 § 2 k.k. wskazano bowiem jego konsekwencje uznając, iż w przypadku znacznego ograniczenia poczytalności w czasie popełnienia przestępstwa sąd może zastosować wobec sprawcy nadzwyczajne złagodzenie kary. Oznacza to, iż stan znacznie ograniczonej poczytalności wpływa na obniżenie stopnia winy, ale nie wyłącza jej całkowicie, a co za tym idzie sprawca czynu popełnia przestępstwo oraz w konsekwencji ponosi odpowiedzialność karną. W praktyce problematyczne staje się określenie jakie stany wchodzi w skład pojęcia poczytalności ograniczonej w stopniu znacznym, a ich rozważenie stanowi szerokie pole naukowe²²⁸. W związku z powyższym można w uproszczeniu wskazać, iż poczytalność ograniczona w stopniu znacznym jest terminem stosownym w nauce i doktrynie prawa do określania takich stanów psychiki człowieka, które to obniżają jego zdolność prawidłowego rozeznania w rzeczywistości oraz w następstwie podejmowania pożądaných lub zaniechania nieprawidłowych zachowań²²⁹.

Jak zostało już wskazane, w przypadku rozpoznania, iż sprawca czynu miał w chwili jego popełnienia znacznie ograniczoną niepoczytalność sąd może zastosować wobec niego nadzwyczajne złagodzenie kary. W przedstawionej konstrukcji skorzystanie z owej instytucji prawa karnego jest jednak fakultatywne. Oznacza to, że poczytalność ograniczona w stopniu znacznym jest jedynie jednym z warunków do zastosowania nadzwyczajnego złagodzenia kary obok innych czynników. Tym samym wnioskować należy, że posłużenie się ową instytucją jest możliwe wówczas, gdy poczytalność ograniczona w stopniu znacznym wraz z pozostałymi okolicznościami przemawia za tym, że w przypadku orzeczenia kary za dane przestępstwo zgodnie z przewidzianymi ramami doszłoby do niewspółmiernej surowości²³⁰, co byłoby sprzeczne chociażby z poszanowaniem godności ludzkiej, a także nie zmierzałoby do osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności. W konsekwencji zdiagnozowanie

²²⁸ Szerzej w tym temacie: A. Golonka, *op. cit.*, s. 223-233.

²²⁹ Por. *ibidem*, s. 235.

²³⁰ Por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 1977 r., V KR 52/55, OSNKW 1977, nr 7-8, poz. 83; I. Andrejew, *Kodeks karny. Krótki komentarz*, Warszawa 1986, s. 41; Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 2010 r., V KK 7/10, KZS 2010, z. 6, poz. 28.

stanu poczytalności ograniczonej w znacznym stopniu nie przesądza ostatecznie o zastosowaniu nadzwyczajnego złagodzenia kary wobec sprawcy czynu. Konieczne jednak należy odwołać się do sztandarowego celu wymiaru kary oraz jej wykonania, a więc społecznego oddziaływania względem skazanego umożliwiającego mu readaptację społeczną. Jest to tak ważne zagadnienie z uwagi na to, iż w przypadku niewspółmiernego orzeczenia kary do stopnia winy i zaistniałych okoliczności w sferze psychicznej sprawcy czynu, proces wykonania kary (a w szczególności kary pozbawienia wolności z uwagi na jej charakter i dolegliwość) będzie bardzo utrudniony, a w konsekwencji readaptacja społeczna może stać się jedynie złudnym zamierzeniem do osiągnięcia. Wynikać to bowiem może z chociażby z poczucia przez skazanych *sui generis* niesprawiedliwości, skrzywdzenia, a w następstwie niechęci do podejmowania współpracy w toku oddziaływań penitencjarnych, jak również zaburzeń psychicznych.

Z punktu widzenia niniejszego opracowania istotne jest, iż w przypadku stwierdzenia ograniczonej poczytalności w stopniu znacznym sprawcy czynu sąd może zastosować także inne instrumenty prawne wobec takiej osoby oprócz nadzwyczajnego złagodzenia kary. Chodzi mianowicie o możliwość orzeczenia środka zabezpieczającego zgodnie z art. 93c pkt. 2 k.k. polegającym np. na umieszczeniu sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym (art. 93g § 2 k.k.). Wówczas w toku wykonywania kary izolacyjnej niezbędne jest zagwarantowanie ochrony zdrowia takich skazanych w sposób szczególny. Jest to związane z tym, iż osoby takie mogą być mniej samodzielne w zakresie zabezpieczenia swoich interesów (w tym zadbania chociażby w stopniu podstawowym o swoje zdrowie, np. w postaci zgłaszania problemów zdrowotnych), a jednocześnie mogą być zagrożeniem dla życia i zdrowia swojego i innych, co finalnie może wpływać na realizację celów wykonywania kary pozbawienia wolności. Zagadnienia te zostaną jednak omówione w następnej części rozprawy.

2.2. Orzekanie środków zabezpieczających

Z przeprowadzonych dotychczas rozważań wynika, że w niektórych przypadkach istnieje możliwość, iż wobec sprawcy czynu zostanie orzeczony jeden ze środków zabezpieczających przewidzianych przez ustawodawcę w kodeksie karnym. W związku z tym wskazać należy na istotę owej instytucji, ponieważ jest ona odmienna niż w przypadku kar oraz na przestrzeni ostatnich lat wprowadzono szereg nowelizacji w jej przedmiocie, czego efektem jest usystematyzowanie przepisów dotyczących wskazanej materii.

Na wstępie rozważań w zakresie środków zabezpieczających można wskazać na fragment uzasadnienia rządowego projektu nowelizacji prawa karnego z 2015 r., w którym wskazano, że: „Środki zabezpieczające, obok kar i środków karnych, stanowią instytucję prawa karnego stosowaną wobec sprawców czynów zabronionych. Służą one zabezpieczeniu społeczeństwa przed zagrożeniem porządku prawnego, powodowanym przez sprawcę. Z tego też powodu środki zabezpieczające stosowane są tradycyjnie wobec szczególnych kategorii sprawców – osób, których nie można ukarać (gdyż z powodu niepoczytalności nie ponoszą winy), osób, wobec których zachodzi uzasadniona obawa, że pomimo ukarania w dalszym ciągu będą popełniać przestępstwa, czy w końcu osób, których nie można ukarać dostatecznie surowo ze względu na granicę stopnia winy, a zachodzi potrzeba realizacji względów izolacyjnych lub prewencyjnych. Natomiast środek karny ma charakter pośredni między karą a środkiem zabezpieczającym, gdyż stanowi zarówno represję, jak i metodę zabezpieczenia przed niepożądanymi zachowaniami sprawcy”²³¹. Środki zabezpieczające mają bowiem na celu ochronić społeczeństwo przed ponownym popełnieniem czynów zabronionych o znacznej społecznej szkodliwości przez osoby wobec, których inne formy sankcji przewidziane prawem nie są wystarczające. Oznacza to, iż nie mają one charakteru kary, a stanowią swego rodzaju barierę ochronną pomiędzy sprawcą czynu, a pozostałymi ludźmi, ale także zmierzają do ochrony samego sprawcy i wyleczenia go w przypadku istnienia szeroko pojętych dolegliwości zdrowotnych²³². Wynika to z faktu, iż np. niektóre osoby, które popełniły dany czyn nie mogą ponosić odpowiedzialności karnej z uwagi na ich stan psychiczny. Jednak właśnie stan ten może powodować, że stanowią one zagrożenie dla reszty społeczeństwa i konieczne jest podjęcie stosownych środków by zabezpieczyć resztę osób, ale także samego sprawcę czynu, który może stanowić niebezpieczeństwo także dla siebie. W dalszej części opracowania z uwagi na jego tematykę zostaną jednak pominięte rozważania w przedmiocie środków określonych w art. 39 pkt. 2-3 k.k., które to mogą zostać orzeczone także tytułem środka zabezpieczającego.

Szerszego omówienia w zakresie środków zabezpieczających wymaga jednak odniesienie się do ich transformacji w następstwie nowelizacji kodeksu karnego z 20 lutego 2015 r.²³³, która to weszła w życie z dniem 01 lipca 2015 r. Nowe regulacje doprowadziły bowiem do

²³¹ Uzasadnienie do rządowego projektu o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Druk 2393.

²³² Por. K. Zgryzek, *Postępowanie w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających w polskim procesie karnym*, Kraków 1989, s. 16-23; A. Zoll, *op. cit.*, s. 524; A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 59-61.

²³³ Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy — Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015 r. poz. 396.

uporządkowania wykazu środków zabezpieczających oraz modyfikacji ich katalogu i możliwości zastosowania. Przekształceń dokonano w zakresie terapii i terapii uzależnień, wprowadzono możliwość odbywania kary pozbawienia wolności w formie elektronicznej kontroli miejsca pobytu oraz zrezygnowano z możliwości umieszczenia sprawcy czynu w zakładzie karnym, w którym stosowane są szczególne środki rehabilitacyjne albo lecznicze. W związku z powyższym wnioskować należy, że dominującą cechą obecnie funkcjonujących środków zabezpieczających jest ich zwiększony charakter wolnościowy.

Z punktu widzenia niniejszego opracowania istotne jest, że zaprezentowane następnie środki zabezpieczające mają charakter leczniczy i psychiatryczny, a więc nierozzerwalnie wiążą się z szeroko pojętym stanem zdrowia sprawcy czynu – zarówno w chwili jego popełnienia, jak i na dalszym etapie postępowania – oraz mają na celu z jednej strony wyżej podniesioną ochronę społeczeństwa przed popełnieniem kolejnego czynu zabronionego przez daną osobę, ale także ochronę samego sprawcy przed zagrożeniem, które może stwarzać dla samego siebie, m.in., poprzez próbę przywrócenia jego zdrowia do stanu niedeterminującego zagrożenia dla innych jednostek oraz systemu prawnego. Środki te, chociażby z uwagi na swój charakter i cel, muszą być realizowane z poszanowaniem określonych zasad, a mianowicie:

- konieczności – oznacza ona, iż orzeknięcie środka zabezpieczającego jest możliwe jedynie wtedy, gdy jest to konieczne z uwagi na zapobiegnięcie ponownego popełnienia czynu przez danego sprawcę, ale gwarantuje jednocześnie jego uchylenie, gdy nie będzie już konieczny,
- wymienności – oznacza to, że w przypadku bezskuteczności lub niemożności wykonania orzeczonego środka zabezpieczającego sąd może zmienić go na inny,
- proporcjonalności – jest gwarantem orzeczenia i wykonania środka zabezpieczającego w taki sposób, który będzie odpowiedni do potrzeb i postępów podejmowanych wobec sprawcy terapii, stopnia zagrożenia popełnienia kolejnego czynu oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia,
- możliwości orzekania aktualnie więcej niż jednego środka zabezpieczającego wobec sprawcy czynu – wyjątkiem jest to, iż pobyt w zakładzie psychiatrycznym może zostać orzeczonej jedynie w przypadku, gdy przewiduje to ustawa.

Znamiennym zagadnieniem, które trzeba niewątpliwie poruszyć jest nowelizacja środków leczniczo-zabezpieczających w ten sposób, iż w określonych przypadkach istnieje

możliwość orzekania środka zabezpieczającego w postaci „pobytu w zakładzie psychiatrycznym”. Oznacza to tym samym, iż w jednostkach tych nie dochodzi jedynie do podejmowania działań leczniczych, ale cały proces wykonywania owego środka odbywa się w ramach ich struktury, a nie jak do tej pory w zakładach karnych. W konsekwencji to na instytucjach psychiatrycznych ciąży obecnie obowiązek zapewnienia opieki i leczenia sprawców czynów niedozwolonych, których poczytalność jest ograniczona w stopniu znacznym lub którzy odznaczają się zaburzeniami preferencji seksualnych. Pojawia się jednak pytanie, czy podmioty takie są przygotowane do realizowania owych zadań? Odpowiedź na nie może prowadzić do różnorodnych wniosków, a tym bardziej, gdy od kilku lat nie realizowano Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego²³⁴.

Jednocześnie w związku z wykonywaniem przez jednostki psychiatryczne zadań z zakresu prawa karnego wykonawczego wskazać należy, że przy określaniu norm z tym związanych oraz podejmowanych procedur konieczne stać się także powinno uwzględnienie aktualnie obowiązującego poziomu wiedzy oraz możliwości jej zastosowania przez podmioty lecznicze – także w sferze szeroko pojętego prawa karnego. Pracownicy placówek psychiatrycznych winni tym samym nie tylko wykazywać się wiedzą medyczną, ale jednocześnie znajomością norm prawnych, aby móc realizować cele wykonywania środków zabezpieczających, ale także, np. w przypadku, gdy nie jest już to konieczne zasygnalizować możliwość zakończenia wykonywania konkretnego środka zabezpieczającego. Takie wnioski wyprowadzane z aktualnego stanu prawnego nasuwają jednak kolejną potrzebę w postaci udziału lekarzy, np. z zakresu psychiatrii i psychologii w toku tworzenia prawa. Jest to w tym wypadku istotne chociażby z dwóch powodów.

Po pierwsze środowisko medyczne miałoby szerszy wpływ na powstające normy prawne, ale jednocześnie mogłoby poszerzać swoją wiedzę prawną. Po drugie owa współpraca mogłaby się przyczynić do bardziej efektywnych działań ustawodawcy. W efekcie możliwa byłaby do osiągnięcia skuteczniejsza korelacja standardów prawnych oraz praktyki medycznej, np. w postaci doprecyzowania zasad opiniodawczych oraz ujednolicenia ich procedur, usprawnienia sfery praktycznej w zakresie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności lub w stosunku, do których orzeczono wykonanie określonego środka zabezpieczającego, ale również dostrzeżenia przez środowisko prawne problemów z zakresu opieki zdrowotnej

²³⁴ L. Paprzycki, *Środki zabezpieczające o charakterze psychiatrycznym* [w:] L. Paprzycki (red.), *System Prawa Karnego, Tom 7, Środki zabezpieczające*, Warszawa 2015, s. 685.

w odniesieniu do sprawców czynów zabronionych, a także nauczania się przez pracowników medycznych celów jakim ma sprostać wykonywanie kary pozbawienia wolności lub środków zabezpieczających w toku realizacji, których personel medyczny ma niebagatelną rolę.

W ramach przypomnienia, odnosząc się do dotychczasowych rozważań oraz refleksji, które będą następnie poczynione, należy podkreślić wspomnianą już rolę personelu medycznego w toku odbywania kary pozbawienia wolności lub określonego środka zabezpieczającego. Realizacja celu kary izolacyjnej w postaci readaptacji społecznej osadzonych jest bowiem możliwa jedynie w przypadku zapewnienia im swego rodzaju przyjaznych warunków do podjęcia współpracy z personelem penitencjarnym. Jednym z elementów składających się na zapewnienie osadzonym owych warunków motywujących ich do działań w zakresie readaptacji społecznej jest ochrona ich zdrowia. Prawo to musi być realizowane zarówno pod względem zdrowia fizycznego, jak i psychicznego oraz jako określone działania instytucji państwowych w ramach realizowanych zadań, ale także w formie dostępności świadczeń medycznych w przypadku indywidualnych potrzeb osób pozbawionych wolności.

Jako jeden z podstawowych przykładów działań administracji penitencjarnej wraz z personelem medycznym można wskazać pomoc z zakresu psychologii i psychiatrii. Polegać ona bowiem powinna w pierwszej kolejności na inicjatywie pracowników jednostek penitencjarnych w zakresie poznania osadzonego, jego cech charakteru, osobowości, potrzeb, środowiska, rodziny, marzeń, ale również czynników demotywujących i negatywnych przeżyć. Wówczas staje się możliwe nawiązanie porozumienia z osobą pozbawioną wolności, wykazanie zrozumienia dla jej niektórych zachowań, wskazanie innych opcji działania oraz możliwych do zrealizowania planów w przyszłości. Takie środki oddziaływania na osadzonego będą skutkowały też zapobiegawczo w jego sferze psychicznej ograniczając, np. możliwość zachorowania na depresję, inne zaburzenia psychiczne, ale również zapobiegając autoagresji, demoralizacji i negatywnemu nastawieniu w stosunku do personelu penitencjarnego. Z drugiej jednak strony pomoc z zakresu szeroko pojętej realizacji prawa do ochrony zdrowia przez osadzonych powinna przejawiać się w dostępności świadczeń medycznych w przypadkach ich indywidualnych potrzeb, np. w postaci, gdy wykazują chęć dodatkowej rozmowy z psychologiem, ponieważ zaistniały okoliczności, z którymi samodzielnie nie są w stanie sobie poradzić. W takich przypadkach istotne jest jednak, iż nie powinno chodzić tylko o udzielenie takiej pomocy w ogóle. Świadczenia tego rodzaju, które są zainicjowane przez więźniów

powinny być bowiem od razu poddane analizie, co do ich priorytetu, ponieważ niektóre ze świadczeń powinny być realizowane niezwłocznie. Można sobie bowiem wyobrazić sytuację, gdy jeden ze skazanych zasygnalizował problem z łuszczycą. Wówczas pomoc ze strony specjalisty jest oczywiście niezbędna, jednak z uwagi, np. na dzień widzeń w zakładzie karnym takową konsultację lekarską można ustalić na kolejny termin.

Innym przykładem jest zgłoszenie przez osadzonego prośby o rozmowę z psychologiem z uwagi na myśli samobójcze. W takim przypadku pomoc powinna być udzielona niezwłocznie, gdyż stan skazanego wskazuje na możliwość zamachu na swoje życie. W związku z powyższym ważne powinno być zorganizowanie takiej struktury penitencjarnej, które umożliwi profilaktyczne działania w zakresie, m.in. ochrony zdrowia osadzonych, ale także szybkiego dostrzeżenia ich problemów i reagowania na zaistniałe sytuacje. Problem ten zostanie jednak szerzej omówiony w toku analizy przeprowadzonych badań na podstawie, których możliwe będzie poddanie rozważeniu potrzeb osadzonych w zakresie ochrony ich zdrowia z rzeczywistym stanem realizacji świadczeń medycznych.

W ramach wstępnych rozważań w przedmiocie orzekania środków zabezpieczających wskazać również należy na ogólne regulacje dotyczące owych środków – również o charakterze leczniczym, które w szczególności wynikają z ostatnich nowelizacji prawa karnego. Aktualnie na podstawie art. 93c k.k. środki te mogą być orzekane wobec sprawców czynów wobec, których umorzono postępowanie z uwagi na ich niepoczytalność, ale także w stosunku do skazanych sprawców, którzy popełnili czyn w stanie poczytalności ograniczonej lub w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub innych podobnie działających substancji. Część ze środków zabezpieczających można orzec także później niż w chwili wyrokowania lub po skończeniu wykonywania innego. Orzeczenie środka zabezpieczającego jest jednak możliwe, jedynie gdy jest to konieczne. W tym wypadku nie wystarczy sama przesłanka celowościowa. Tym samym można zastanowić się nad stwierdzeniem, iż środki zabezpieczające mają charakter subsydiarny, co oznacza, że mogą być stosowane jedynie w przypadku, gdy inne instytucje okażą się niewystarczające²³⁵. Abstrahując od tematu niniejszej rozprawy dotyczącej osób pozbawionych wolności, rozważeniu można poddać także dość istotną zmianę na gruncie wskazanej nowelizacji prawa karnego w postaci możliwości orzekania środków zabezpieczających niezależnie od rodzaju i długości kary.

²³⁵ Por. K. Krajewski, *Środki zabezpieczające o charakterze leczniczym stosowane wobec sprawców przestępstw uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych* [w:] L. Paprzycki, *op. cit.* s. 342

W konsekwencji istnieje opcja, że w odniesieniu do osoby, co do której orzeczono, np. karę grzywny zostanie także zastosowana terapia uzależnień. Taki przypadek będzie jednak zależał od konieczności zapobiegnięcia popełnienia ponownego przestępstwa, która to konieczność powinna być motywowana indywidualną analizą osobowości sprawcy, motywami dotychczasowego działania oraz okolicznościami popełnienia poprzedniego czynu zabronionego.

2.2.1. Elektroniczna kontrola miejsca pobytu

Na pierwszy plan rozważań w toku bezpośredniego omawiania możliwych do orzeczenia środków zabezpieczających wysuwa się elektroniczna kontrola miejsca pobytu (dalej również w skrócie EKMP), co jest także wynikiem zastosowania przez ustawodawcę *sui generis* hierarchii owych środków, co nierozdzielnie wiąże się z ogólnymi przesłankami ich stosowania, a więc szczególnie ze wspomnianymi zasadami konieczności, proporcjonalności i *ultima ratio*.

Wskazując pokrótce specyfikę elektronicznej kontroli miejsca pobytu w korelacji z tematyką niniejszego opracowania należy się odwołać do art., 93e k.k. zgodnie, z którym osoba wobec, której został orzeczony owy środek zabezpieczający ma obowiązek poddania się stałej kontroli miejsca swojego pobytu realizowanej za pomocą środków technicznych, co oznacza w praktyce założenie na rękę lub nogę opaski monitorującej z nadajnikiem oraz konieczność przebywania w określonym czasie we wskazanych miejscach (tzw. dozór elektroniczny mobilny). Szczególnie pochylić się jednak należy nad swego rodzaju rozbieżnością istniejącą w aktualnym systemie prawnym. Chodzi mianowicie o relację EKMP z art. 202 k.k.w., w którym przewidziano konieczność zastosowania odpowiedniego postępowania leczniczego, psychoterapeutycznego, rehabilitacyjnego lub resocjalizacyjnego w stosunku do skazanych wobec, których wykonywany jest jakikolwiek środek zabezpieczający, a więc także elektroniczna kontrola miejsca pobytu. Celem takiej regulacji jest najogólniej rzecz ujmując ochrona zdrowia skazanych oraz ich readaptacja społeczna²³⁶. Wspomniana rozbieżność wynika jednak z faktu, iż EKMP może być orzeczona samodzielnie, a więc bez zastosowania środków leczniczych. W konsekwencji utrudnione może być

²³⁶ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 985.

zrealizowanie założeń z zakresu poprawy stanu zdrowia skazanych oraz pomocy im w powrocie do życia w społeczeństwie otwartym bez bezpośredniej współpracy z nimi. Wniosek taki nasuwa się chociażby z dostrzegania potrzeby podejmowania bezpośrednich działań zarówno leczniczych jak i readaptacyjnych przez personel jednostek penitencjarnych w odniesieniu do skazanych/osadzonych. Można bowiem rozważyć sytuację, gdy orzeczono EKMP wobec osoby cierpiącej na zaburzenia osobowości bez zastosowania innych działań zmierzających do poprawy stanu jej zdrowia. Skazany może pozostać wówczas bez profesjonalnej pomocy medycznej i psychologicznej w zakresie w jakim jest ona mu potrzebna, gdyż utrudniona jest jego kontrola w zakresie chociażby częstotliwości poddawania się leczeniu oraz możliwości udzielenia skazanemu natychmiastowej pomocy w nagłych przypadkach. W konsekwencji pod rozwagę należy poddać konieczność znowelizowania przepisów w tym zakresie, aby wraz z orzeczeniem środka zabezpieczającego w postaci EKMP obligatoryjne było zastosowanie form działania przewidzianych w art. 202 k.k.w., aby móc jak najefektywniej poprawić stan zdrowia skazanego oraz umożliwić mu funkcjonowanie w społeczeństwie bez obawy stwarzania przez niego zagrożenia dla innych ludzi, ale również dla samego siebie.

2.2.2. Terapia

Terapia stanowi drugi z przewidzianych przez ustawodawcę środków zabezpieczających i zgodnie z art. 93f §1 k.k. można wyróżnić jej trzy rodzaje, a mianowicie:

- terapię farmakologiczną,
- psychoterapię,
- psychoedukację.

Nakreślając ogólnie specyfikę terapii należy wskazać, iż polega ona na każdorazowym stawianiu się przez sprawcę w placówce wyznaczonej przez sąd oraz w terminach wyznaczonych z kolei przez odpowiedniego w tym przypadku lekarza specjalistę, a także obowiązku poddania się określonej formie terapii²³⁷. Celem przeprowadzania terapii farmakologicznej jest osłabienie popędu seksualnego, zaś psychoterapii oraz psychoedukacji poprawa funkcjonowania sprawcy czynu w społeczeństwie otwartym. Dokonując szerszej

²³⁷ M. Mozgawa, *Art. 93(f)*. [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, [dostęp online: <https://sip.lex.pl/#commentary/587689337/486777>].

interpretacji wskazanego art. 93f §1 k.k. można wnioskować, iż z uwagi na użyte przez ustawodawcę sformułowanie „stawiennictwa (...) w terminach wyznaczonych” terapia stanowiąca środek zabezpieczający ma charakter ambulatoryjny, a więc nie jest wykonywana w formie stałego pobytu w zamkniętej jednostce leczniczej. Wynika z tego w praktyce, że sprawca wobec którego orzeczono terapię odbywa szereg spotkań ze specjalistami, które zmierzają do udzielenia mu stosownej pomocy i ochrony społeczeństwa przed jego ewentualnymi dalszymi działaniami. Reszta procesu związanego z przeprowadzaniem terapii zostanie pominięta z uwagi na ograniczone ramy rozprawy oraz fakt, iż temat ten został już szeroko poruszony w literaturze. Warto jednak zaznaczyć kwestię dobrowolności poddania się przez sprawcę czynu terapii i terapii uzależnień w trybie stacjonarnym, co ma niewątpliwie związek z bardziej efektywnym prowadzeniem terapii oraz jak najkrótszym okresem wykonywania danego środka zabezpieczającego²³⁸.

Na gruncie niniejszego opracowania interesującym zagadnieniem może być jednak to, iż sąd orzekający w danej sprawie nie ma kompetencji do precyzowania, czy chociażby zakreślania oddziaływań terapeutycznych stosowanych wobec sprawcy w toku prowadzonej terapii, które to leżą w kompetencjach osób prowadzących owe terapie. O ile taki stan rzeczy jest zrozumiały z uwagi na konieczność podjęcia specjalistycznych działań i analiz celem doboru odpowiednich oddziaływań wobec sprawcy przez osoby posiadające do tego niezbędną wiedzę, o tyle zastanowić się można nad trybem samego rozpoczęcia terapii. Odwołać się bowiem należy do przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²³⁹ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej²⁴⁰. Zgodnie z wymienionymi aktami prawnymi listy osób oczekujących na świadczenia medyczne – w tym terapie – tworzone są w oparciu o kryteria zdrowotne, co oznacza, że w przypadku, gdy pacjent nie spełnia szczególnych przesłanek zostaje wpisany na listę osób oczekujących do uzyskania danego świadczenia medycznego. Jest to o tyle istotne z punktu widzenia niniejszego opracowania, że ustawodawca nie przewidział

²³⁸ P. Hofmański, L. Paprzycki, A. Sakowicz, *Art. 93(f)*. [w:] M. Filar (red.) Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2016, [dostęp online: <https://sip.lex.pl/#/commentary/587705865/503305>].

²³⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

²⁴⁰ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, Dz.U. 2005, Nr 200, poz. 1661.

możliwości przeprowadzenia terapii wobec osób, w stosunku do których orzeczono owo środki zabezpieczający bez ich oczekiwania w kolejce. Oznacza to, iż sprawca mimo orzeczenia wobec niego obowiązku odbycia terapii, np. czeka na swoją kolejkę kilka miesięcy pozostając wówczas bez niezbędnej pomocy, co może utrudniać lub uniemożliwić realizację celu środków zabezpieczających. Osoba taka nie jest bowiem odizolowana od społeczeństwa, a w następstwie oczekiwania w kolejce na udzielenie jej pomocy może stanowić realne zagrożenie dla pozostałych członków społeczeństwa, co może wynikać, np. z jej stanu psychicznego. Jednocześnie przyczynić się do tego może fakt, iż ustawodawca zarówno w odniesieniu do terapii, jak i terapii uzależnień – która to będzie omawiana w dalszej kolejności – nie przewidział możliwości doprowadzenia sprawcy przymusem celem wykonania owych środków zabezpieczających. W konsekwencji niestawiennictwa się przez sprawcę w wyznaczonym terminie, udzielenie mu pomocy znów odsuwa się w czasie, co także może powodować zagrożenie dla innych osób.

2.2.3. Terapia uzależnień

Jako odrębny środek zabezpieczający została przewidziana w polskim kodeksie karnym terapia uzależnień wprowadzona nowelizacją wskazaną już nowelizacją z 20 lipca 2015 r. Dokonując przekrojowej analizy polskiego systemu szeroko pojętego prawa karnego można wysnuć wniosek, że owe wyodrębnienie terapii uzależnień wynika z tego, iż jest ona stosowana wobec szczególnych sprawców, którzy są uzależnieni od różnych środków. W konsekwencji powyższego, mimo iż terapia uzależnień nie została zdefiniowana przez ustawodawcę, można wyróżnić terapie, które mają na celu leczenie uzależnień od²⁴¹:

- alkoholu,
- środków odurzających,
- innych podobnie działających środków.

Tym samym terapię uzależnień można orzec w stosunku do sprawców, którzy popełnili czyn w konsekwencji swojego uzależnienia od którejkolwiek z powyższych substancji. Tak samo jak w odniesieniu do terapii sprawca jest zobligowany do stawiennictwa się

²⁴¹ Por. P. Hofmański, L. Paprzycki, A. Sakowicz, *Art. 93(f)*. [w:] M. Filar (red.) *op. cit.*, [dostęp online: <https://sip.lex.pl/#/commentary/587705865/503305>].

w wyznaczonej do tego placówce medycznej w określonych przez specjalistów terminach celem leczenia odwykowego, a więc jest to nie izolacyjny środek zabezpieczający, który może być jednak orzeczony wraz z każdą karą.

Wskazać należy, że zasady orzekania i stosowania terapii uzależnień zostały już w literaturze szeroko scharakteryzowane. Przypomnieć można, że zarówno w stosunku do terapii jak i terapii uzależnień nie określa się terminu ich zakończenia, gdyż jest to uzależnione od stanu zdrowia konkretnego skazanego oraz postępów jego leczenia. Istotne jest jednak, że orzekanie i wykonywanie omawianych środków zabezpieczających ma na celu ochronę społeczeństwa przed popełnianiem kolejnych czynów przez danego sprawcę, ale także poprawę stanu jego zdrowia. Właśnie z tego względu można wskazać na słuszność regulacji umożliwiającej orzekanie środka zabezpieczającego w postaci elektronicznej kontroli miejsca pobytu, np. wraz z terapią i terapią uzależnień jako instrument wspomagający realizację celów owych środków²⁴².

2.2.4. Pobyt w zakładzie psychiatrycznym

Ostatnim z wymienionych enumeratywnie przez ustawodawcę w art. 93a k.k. środków zabezpieczających jest pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Można określić go jako najbardziej daleko idący środek, gdyż ma charakter izolacyjny, a sprawca nie musi wyrazić zgody na pobyt w ściśle określonym zakładzie. Pobyt w zakładzie psychiatrycznym można także zastosować jedynie w stosunku do określonych sprawców, którzy to z wysokim prawdopodobieństwem mogą popełnić czyn o znacznej społecznej szkodliwości. Tym samym omawiany środek zabezpieczający może zostać orzeczony w stosunku do sprawców, którzy:

- w chwili czynu byli niepoczytalni,
- w chwili czynu mieli ograniczoną poczytalność,
- popełnili jedno z określonych przestępstw w związku z zaburzeniami swoich preferencji seksualnych – a więc również w stosunku do osób poczytalnych, które to jednak popełniły czyn zabroniony w konsekwencji anomalii preferencji seksualnych.

²⁴² I. Zgoliński. *Art. 93(a) Środki zabezpieczające – katalog*, (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, <https://sip.lex.pl/#/commentary/587715720/570979> [dostęp online: 30 grudnia 2018 r.] .

Podobnie jak w przypadku wcześniej już wymienionych środków zabezpieczających również w odniesieniu do pobytu w zakładzie psychiatrycznym nie określa się czasu owego pobytu. Jest on bowiem zależny od stanu zdrowia skazanego oraz jego postępów w leczeniu uzasadniających brak zagrożenia z jego strony popełnieniem kolejnego czynu zabronionego, co oznacza, iż uchylenie środka zabezpieczającego w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym nie jest zależne od „wyleczenia” sprawcy czynu, a jedynie od wykluczenia możliwości popełnienia ponownie przestępstwa²⁴³, co będzie uzasadnione przez lekarzy psychiatrów odpowiednią poprawą stanu zdrowia.

Z uwagi na temat rozprawy zasadnym staje się zaś podkreślenie konieczności dostosowania indywidualnie stosowanych działań medycznych w stosunku do konkretnego skazanego, aby możliwe było osiągnięcie celu środków zabezpieczających. W przypadku pobytu w zakładzie psychiatrycznym nabiera to szczególnego znaczenia, gdyż jak zostało już wspomniane, sprawca może zostać umieszczony w takiej jednostce także przymusowo. Przymusowe działania mogą z kolei potęgować niechęć współpracy i poddania się leczeniu, co szczególnie w przypadku różnego rodzaju schorzeń psychicznych może pogłębiać owe zaburzenia utrudniając leczenie. Tym samym zasadne staje się po raz kolejny zaakcentowanie roli psychologa jako specjalisty, który zarówno dzięki poznaniu osoby skazanego jest w stanie określić jego potrzeby i zaproponować określone działania, ale także który to bezpośrednio może nawiązać nić porozumienia z danym skazanym celem zapobiegnięcia jego swego rodzaju autodestrukcji, demoralizacji oraz rozwojowi chorób psychosomatycznych przy jednoczesnym leczeniu zmierzającym do ogólnej poprawy zdrowia.

3. Kodeks karny wykonawczy w obliczu ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności

W wyniku dotychczasowych rozważań można stwierdzić, że ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności ma istotne znaczenie w toku wykonywania przedmiotowej kary, co niewątpliwie wynika z dolegliwości kary pozbawienia wolności oraz celu jej wykonywania. Ochronie zdrowia osadzonych można bowiem przypisać szereg różnych atrybutów. Ma ona

²⁴³ Por. I. Zgoliński, *Art. 93(g)*. [w:] V. Konarska-Wrzosek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2018, [dostęp online: <https://sip.lex.pl/#/commentary/587715726/570985>].

przede wszystkim być przejawem realizacji przysługujących osobom pozbawionym wolności praw człowieka, poszanowania ich godności i realizacji zasady humanitaryzmu.

W toku wykonywania omawianej kary izolacyjnej ochronie zdrowia można jednak nadać przymiot umożliwiania readaptacji społecznej osadzonych, a więc czynnika zmierzającego do osiągnięcia celu kary pozbawienia wolności. Jak wynika z dotychczasowych rozważań, osoba izolowana może być w stanie podjąć działania zmierzające do zmiany swojej postawy w przypadku, gdy ma zapewnione do tego odpowiednie warunki. Jednym z nich jest właśnie ochrona zdrowia, dzięki której osadzony nie mający, np. problemów ze zdrowiem psychicznym, w przypadku powzięcia chęci współpracy w zakresie zmian swojej postawy nie napotyka na czynniki uniemożliwiające mu różnych działań. Z drugiej jednak strony zapewnienie realizacji prawa do zdrowia osób pozbawionych wolności należy rozpatrywać w kontekście dolegliwości i charakteru omawianej kary izolacyjnej. Osadzony bowiem powinien odczuć skutki pozbawienia wolności stanowiącego karę. W tym aspekcie ochrona zdrowia może być rozumiana jako czynnik do prawidłowego odbioru przez osoby pozbawione wolności bodźców wynikających z izolacji. Wynika to z faktu, iż w przypadku, gdy osadzony jest chory i nie ma zapewnionych środków do ochrony swojego zdrowia, wówczas nie zważa na inne sprawy, a co za tym idzie może nie odczuwać ujemnych skutków pozbawienia wolności i w konsekwencji może nie dostrzec potrzeby zmiany swojej postawy.

W związku z powyższymi ustaleniami jako niezbędne należy uznać w dalszej kolejności podjęcie rozważań w przedmiocie bezpośredniej relacji ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności z przepisami kodeksu karnego wykonawczego. Wynika to bowiem ze stanowiska, że ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności powinna być pojmowana jako fundament do dalszych działań z osadzonymi. Wniosek taki jest efektem to nie tylko z ciążącego na instytucjach państwowych obowiązku zapewnienia osobom izolowanym realizacji ich praw jako istot ludzkich, ale także zmierzania do readaptacji społecznej osadzonych. Urzeczywistnianie takich założeń powinno wówczas mieć pozytywne przełożenie na materializację głównego celu wykonywania kary pozbawienia wolności nie tylko w odniesieniu do jednostki-osadzonego, ale także w kontekście całego społeczeństwa. Jako następstwa takich działań można bowiem wymienić, np.:

- zwiększenie bezpieczeństwa w społeczeństwie otwartym,
- zmniejszenie rozprzestrzeniania się chorób takich jak HIV, AIDS, żółtaczka, świąd,

- szeroko pojęty rozwój gospodarczy i ekonomiczny w przypadku powzięcia przez osoby opuszczające jednostki penitencjarne pracy, ale także zmniejszenie liczby osadzonych.

3.1. Uprawnienia osadzonych w kontekście ochrony ich zdrowia

Jak zostało już wielokrotnie wskazane w toku niniejszej rozprawy szereg praw osób pozbawionych wolności i ich realizacja jest wynikiem bycia po prostu istotami ludzkimi. Prawa człowieka przysługują bowiem osadzonym tak samo jak każdemu innemu członkowi społeczeństwa. Jednak z uwagi na izolację i istotę kary pozbawienia wolności na instytucjach państwowych spoczywa szczególnych obowiązek podejmowania działań, które będą miały na celu realizację praw człowieka osadzonych, ale także, które to działania same w sobie nie będą naruszały godności ludzkiej i zasady humanitaryzmu. Zarówno szereg sposobów działania, jak i praw przysługujących osadzonym w toku izolacji uregulowanych jest w kodeksie karnym wykonawczym. W ustawie tej, jak i licznych rozporządzeniach wymieniono jednak jedynie przykładowe uprawnienia osób pozbawionych wolności, co może być wynikiem wzięcia przez ustawodawcę pod uwagę dynamiki zmian społecznych, kulturowych i gospodarczych, które mogą mieć wpływ na zakres owych uprawnień. Przykładem może być pkt. 6 art. 102 k.k.w., w którym nie ma wymienionej możliwości korzystania przez osadzonych z internetu, mimo to wnioskować można, że osoba taka mogłaby chcieć i miałaby prawo do uzyskiwania informacji publicznej w takiej formie przekazu²⁴⁴. Jednak z uwagi na temat niniejszego opracowania, główna uwaga w dalszych rozważaniach poświęcona zostanie zagadnieniom dotyczącym bezpośrednio i pośrednio ochronie zdrowia osób pozbawionych wolności.

3.1.1. Prawa osób odbywających karę pozbawienia wolności wynikające z art. 102 pkt. 1 kodeksu karnego wykonawczego

Powyżej wskazano, iż w toku kolejnych analiz podjęte zostaną rozważania dotyczące zagadnień bezpośrednio, ale także pośrednio związanych z ochroną zdrowia osadzonych. Jako działania bezpośrednie można wskazać np. zagwarantowanie świadczeń medycznych, dostęp do potrzebnych leków i środków medycznych, a z kolei jako działania pośrednie można uznać

²⁴⁴ Wyrok NSA z dnia 21 czerwca 2012 r., I OSK 730/12, LEX nr 1216574.

m.in. dostarczenie odpowiedniej odzieży, czy zapewnienie właściwych warunków bytowych. W kontekście tym wskazać należy przede wszystkim na art. 102 pkt. 1 k.k.w., który to wymienia przykłady uprawnień – przytoczone także powyżej – przysługujących osadzonym przyczyniających się do zachowania zdrowia przez skazanych. Nie można jednak pominąć takich przepisów jak chociażby art. 112 k.k.w. (stanowiący o konieczności wypoczynku w wymiarze niezbędnym dla zachowania zdrowia) oraz art. 115 § 1 k.k.w. (gwarantujący bezpłatne świadczenia zdrowotne, artykuły sanitarne i leki).

Prawa osób pozbawionych wolności, które to głównie statuuje ww. art. 102 pkt. 1 k.k.w., ale również inne przepisy wykonawcze, można uznać jako szeroki zbiór uprawnień m.in. z zakresu ochrony zdrowia osadzonych, które to uprawnienia z kolei tworzą katalog *numerus apertus*, gdyż z uwagi na ich specyfikę nie byłoby możliwe ich enumeratywne wypunktowanie. Przypomnieć wszakże warto, iż ustawodawca w art. 102 pkt. 1 k.k.w. przewidział, że na ochronę zdrowia osadzonych mogą składać się takie elementy jak odpowiednie wyżywienie, odzież, warunki bytowe i higieniczne, czy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Niektóre z owych determinantów realizacji prawa do zdrowia zostały jednak skonkretyzowane w dalszych przepisach kodeksu karnego wykonawczego. Unormowania zawarte we wskazanych przepisach nie tylko konkretyzują regulacje zawarte w art. 102 pkt. 1 k.k.w., ale stanowią również wyraz przestrzegania zasady humanitaryzmu w toku wykonywania kary pozbawienia wolności. Przykładem może być art. 109 k.k.w. stanowiący o minimalnych standardach wyżywienia osób pozbawionych wolności. Szczegółowe zasady związane z podawanymi osadzonym posiłkami reguluje z kolei rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r.²⁴⁵. Jednak z uwagi na temat niniejszej rozprawy jako ważne zagadnienie z punktu widzenia ochrony zdrowia można wskazać jako i sposób przygotowywanych osadzonym posiłków, a także często konieczność dostosowania ich do potrzeb zdrowotnych. Również pod tym względem na administracji jednostek penitencjarnych ciąży obowiązek zagwarantowania odpowiedniej jakości wyżywienia, co reguluje również § 35 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności²⁴⁶. Istotne jest, iż ciężar kontroli zarówno posiłków, sposobu ich przyrządzania, ale również, np. czystości pomieszczeń, oświetlenia i wentylacji spoczywa zarówno na pracowniku lub funkcjonariuszu służby kwatermistrzowskiej danej

²⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz.U. 2016 poz. 302.

²⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności, Dz.U. 2016 poz. 2231.

jednostki, ale wraz z pracownikiem służby zdrowia. Tym samym regulacją tą podkreślono wpływ omawianych czynników na zachowanie zdrowia osadzonych.

W kontekście ochrony zdrowia osadzonych jako bardzo ważny punkt należy uznać również konieczność zagwarantowania takich warunków bytowych, które umożliwiają zachowanie zdrowia osób pozbawionych wolności. Wiąże się to z zapewnieniem osadzonym odpowiedniej powierzchni mieszkalnej, co z kolei koreluje z liczbą osób przebywających w jednej celi oraz standardami istniejącymi w owych pomieszczeniach. Zagadnienie to jest tak ważne, gdyż na przestrzeni ostatnich lat polski system penitencjarny doświadczał zwiększającego się zjawiska przeludnienia jednostek karnych²⁴⁷, co może wykluczać realizację praw człowieka w warunkach izolacji oraz przysługujących osadzonym uprawnień – także z zakresu ochrony ich zdrowia. Z tego względu na obecnym etapie rozważań nie można pominąć także art. 110 k.k.w. regulującego standardy panujące w celach osadzonych, które to regulacje w dużej mierze są powiązane z ochroną zdrowia osób pozbawionych wolności. Odnieść się bowiem należy do minimalnej powierzchni celi mieszkalnej przypadającej na jednego osadzonego, która w chwili obecnej wynosi w Polsce 3 m², zaś w innych państwach Unii Europejskiej powierzchnie te są znacznie wyższe i wahają się w granicach 4-11 m² na jednego osadzonego²⁴⁸. Zastrzeżenia budzi także fakt, iż ustawodawca przewidział również w szczególnych przypadkach możliwość obniżenia minimalnej powierzchni celi przypadającej na jednego osadzonego do minimum 2 m². Istnienie problemu w postaci przeludnienia w polskich jednostkach penitencjarnych dostrzegł Europejski Trybunał Praw Człowieka²⁴⁹, Rzecznik Praw Obywatelskich, a także Trybunał Konstytucyjny. Jednak z uwagi na szeroki zakres tematyczny zakreślonego zagadnienia zostanie on omówiony w dalszej części opracowania.

Jako czynnik wpływający na standard ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności należy również wskazać zapewnienie odpowiedniej odzieży i umożliwienie szeroko pojętej higieny, co zostało przewidziane w podnoszonym już kilkakrotnie art. 102 pkt. 1 k.k.w., ale także w stanowiącym jego dopełnienie art. 111 k.k.w. W owych przepisach brakuje jednak precyzyjnych sformułowań i można mieć wrażenie, że istnieją w nich wykluczające się nawzajem regulacje. Pierwszy z artykułów statuuje bowiem,

²⁴⁷ S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wyd. V, Warszawa 2014, s. 339.

²⁴⁸ Por. A. Nawój-Śleszyński, *op. cit.* s. 58; <https://www.infor.pl/prawo/wieziennictwo/skazany-w-postepowaniu-wykonawczym/258765,Jaka-jest-minimalna-powierzchnia-celi-mieszkalnej.html> [dostęp online: 06.04.2019 r.].

²⁴⁹ Wyrok ETPC z dnia 22 października 2009 r. w sprawie Orchowski p. Polsce skarga nr 17599/05; Wyrok ETPC z dnia 22 października 2009 r. w sprawie Sikorski p. Polsce, skarga nr 17885/04.

iż osadzonemu przysługuje odzież, która zapewni mu zachowanie zdrowia bez dodatkowych obostrzeń. Z kolei art. 111 § 1 k.k.w. przewiduje, że osobie izolowanej przysługuje odzież, bielizna i obuwie, które są dostosowane do pory roku, ale jedynie wtedy, gdy nie korzysta ona z własnych zasobów. Mimo owych rozbieżności należy zgodzić się z S. Lelentalem, iż właściwe jest stanowisko, że prawo do otrzymania odpowiedniej odzieży przysługuje każdemu osadzonemu, bez względu na posiadanie przez niego własnych ubrań, a także w każdym czasie (a więc niezależnie od pory roku), gdy chce on skorzystać z tego prawa z uwagi na zachowanie swojego zdrowia²⁵⁰. Postawę taką uzasadniać może konieczność poszanowania godności ludzkiej oraz przestrzegania zasady humanitaryzmu w toku wykonywania kary pozbawienia wolności wraz z realizacją ciężącego na instytucjach państwowych obowiązku zagwarantowania ochrony zdrowia osadzonym. W przypadku przyjęcia, iż dochodziłoby jednak do różnych wyłączeń w zakresie dostarczanej szeroko pojętej odzieży, np. w postaci wykluczenia zapewnienia osadzonym butów z uwagi na brak ich literalnego wskazania w art. 102 pkt. 1 k.k.w. mogłoby w efekcie dojść do szeregu zaniedbań i negatywnych konsekwencji zarówno dla danej jednostki (np. różnego rodzaju problemy zdrowotne izolowanych osób), jak i dla Polski (np. postępowanie przed sądem o odszkodowanie i ewentualna wypłata należnego za zaniedbanie ekwiwalentu).

Oczywistym wydaje się również, że do ochrony zdrowia konieczne jest zapewnienie higieny zarówno osobistej, jak i pomieszczeń, w których przebywają dane osoby. Tę kwestię również reguluje art. 111 § 1 k.k.w., który to jednak nakłada na administrację jednostki penitencjarnej jedynie ciężar dostarczenia niezbędnych środków i zapewnienia odpowiednich warunków do utrzymania higieny osobistej. Z kolei obowiązek przestrzegania owej higieny, czystości pomieszczeń oraz dbałości o schludny wygląd stanowi już obowiązek skazanego, który jest przewidziany w art. 116 § 1 pkt. 2 k.k.w., ale również w § 31 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności. Jako formy realizacji zapewnienia osadzonym niezbędnych warunków do utrzymania higieny osobistej oraz czystości pomieszczeń można wskazać, np. możliwość korzystania co najmniej raz w tygodniu z ciepłej kąpieli, ostrzyżenie, wymianę bielizny, ale także zapewnienie odpowiedniej wentylacji cel. Po stronie administracji jednostek penitencjarnych ciąży także obowiązek kontrolowania stanu czystości zarówno poszczególnych pomieszczeń, ale również przestrzegania higieny osobistej przez osadzonych.

²⁵⁰ S. Lelental, *op. cit.* s. 366.

W konsekwencji takich regulacji można wnioskować, że – mimo iż osoby izolowane mają powinność dbania o swoją czystość i schludny wygląd, a za niedopełnianie tego obowiązku mogą zostać ukarane – to w dalszym ciągu instytucje państwowe muszą pełnić nadzór nad wykonywaniem owych zadań przez osadzonych, gdyż w przypadku niedopełnienia powinności kontroli możliwa byłaby ich odpowiedzialność z tego tytułu.

Jako kolejny czynnik warunkujący zachowanie zdrowia można wskazać potrzebę wypoczynku, co ustawodawca przewidział również w odniesieniu do osób pozbawionych wolności w art. 112 k.k.w. Tym samym osadzonym co do zasady przysługuje w ciągu doby prawo do 8-godzinnego czasu na sen, a także co najmniej godzinny spacer. W przepisie tym literalnie wyartykułowano, iż unormowania dotyczące wypoczynku są niezbędne właśnie z uwagi na zdrowie osadzonych. Na realizację prawa do ochrony zdrowia składa się również możliwość uczestniczenia w zajęciach sportowych, które oprócz zapewnienia ich w polskim systemie prawnym (np. art. 135 k.k.w.) są także zagwarantowane przez regulacje europejskie, np. w regule 27.3 ERW. Teraz należy się zastanowić dlaczego wypoczynek i udział w zajęciach sportowych koreluje z zachowaniem zdrowia przez osadzonych. Jest to bowiem wynikiem pozytywnego wpływu owych czynników zarówno na sferę fizyczną danej jednostki, ale także zdrowie psychiczne osadzonych, dzięki czemu mają oni możliwość prawidłowego funkcjonowania, a w następstwie podejmowania działań zmierzających do ich readaptacji społecznej.

3.1.2. Świadczenia zdrowotne w kontekście art. 115 kodeksu karnego wykonawczego

Wśród społeczeństwa jako najbardziej namacalny przejaw ochrony zdrowia mogą być uznawane szeroko pojęte świadczenie zdrowotne. Na gruncie kodeksu karnego wykonawczego jako fundamentalny przepis statuujący opiekę medyczną w jednostkach penitencjarnych jest art. 115 tejże ustawy, który to konkretyzuje zapewnienie osadzonym świadczeń zdrowotnych i warunków bytowych odpowiednich do zachowania zdrowia. Tym samym zastanowić należy się nad terminem odpowiedniości owych świadczeń. Zgodzić się bowiem należy z S. Lelentalem, że pojęcie to ma charakter ocenny²⁵¹, a co za tym idzie „odpowiedniość” może

²⁵¹ S. Lelental, *op. cit.*, s. 374.

być różnie interpretowana przez poszczególne osoby w zależności od ich indywidualnych potrzeb. Właśnie z tego względu pojawić może się problem w jakim zakresie świadczenia medyczne mają być udzielane osobom pozbawionym wolności, którym przysługuje prawo do ochrony zdrowia. W konsekwencji przyjęć należy, że podejmowane działania medyczne nie mogą ograniczać owego prawa, jednak ich odpowiedniość polega na świadczeniu pomocy zmierzającej do zachowania zdrowia, a więc z uwzględnieniem ich konieczności²⁵².

Co do zasady osadzonym zapewnia się świadczenia zdrowotne w zakładach opieki zdrowotnej takich jak szpitale więzienne, ambulatoria z izbami chorych, czy specjalistyczne gabinety, które to stanowią element struktury jednostek penitencjarnych. Na obecnym etapie rozważań wskazać także warto na sposób finansowania ochrony zdrowia osób izolowanych. Więziennych zakładów medycznych nie objęła bowiem reforma publicznej służby zdrowia przeprowadzona w 1999 r., a w konsekwencji usługi medyczne świadczone osobom pozbawionym wolności są finansowane z budżetu państwa, a więc środki na ich realizację są wygospodarowywane przez dyrektorów poszczególnych jednostek penitencjarnych. Z budżetu państwa pokrywane są również świadczenia medyczne udzielane osadzonym w publicznych jednostkach medycznych. Sytuacja taka nie ma jednak miejsca w przypadku, gdy osadzonemu zostaje udzielona przerwa w wykonaniu kary pozbawienia wolności z uwagi na stan jego zdrowia. Wówczas skazany uzyskuje świadczenia w ramach NFZ. Zagadnienia te mogą okazać się istotne w toku dalszych rozważań z uwagi na to, iż taka forma finansowania świadczeń medycznych osadzonych ze środków Ministerstwa Sprawiedliwości może skutkować brakiem efektywności ochrony zdrowia osób izolowanych. Z kolei następstwem tego może być zwiększenie liczby udzielanych przerw, co może dalej skutkować wzrostem przestępczości po opuszczeniu jednostki penitencjarnej przez chorego. Przykładem takiego zjawiska może być sprawa recydywisty penitencjarnego, który to w trakcie udzielonej mu przerwy nie skorzystał z potrzebnych mu świadczeń medycznych, a dopuścił się gwałtu²⁵³. Problemy związane z finansowaniem opieki zdrowotnej osadzonych zostaną jednak szerzej poruszone w dalszej części opracowania.

Przechodząc dalej do rozważań w przedmiocie świadczeń medycznych udzielanych osobom pozbawionym wolności odwołać się należy również do rozporządzenia Ministra

²⁵² Por. *ibidem*, s. 375.

²⁵³

https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Do_MS_ws_zmiany_systemu_opieki_medycznej_dla_wiezniov.pdf
[dostęp online: 08.04.2019 r.].

Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r.²⁵⁴ w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności wraz z jego późniejszą nowelizacją. W § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia wymieniono bowiem enumeratywnie przykładowy zakres udzielanych świadczeń medycznych, które to dotyczą, m.in.:

- badań, porad lekarskich i leczenia,
- badań i przeprowadzania terapii psychologicznej,
- rehabilitacji,
- pielęgnacji chorych i niepełnosprawnych,
- badań diagnostycznych,
- opieki nad kobietami w ciąży, a także po porodzie,
- świadczeń dentystycznych i protetycznych,
- zaopatrzenia środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne.

W przypadku osób pozbawionych wolności ścisła organizacja dotyczy także przyjmowania osadzonych przez lekarzy, które to szczegółowo określa dyrektor danej jednostki penitencjarnej poprzez wskazanie dni, godzin oraz miejsca przeprowadzanych konsultacji. W ww. rozporządzeniu z dnia 14 czerwca 2012 r. zapewniono również możliwość codziennego zgłaszania przez osadzonych potrzeby porady od lekarza dentysty lub lekarza danego podmiotu leczniczego. Wskazani specjaliści mogą także przyjąć osadzonego w godzinach swojej pracy poza ustalonym porządkiem w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia się jego stanu zdrowia. Poza potrzebą udzielenia pomocy w nagłych przypadkach może jednak pojawiać się problem co do okresu oczekiwania na uzyskanie określonej konsultacji, pomocy medycznej. Rozważania te będą poruszone w toku analizy przeprowadzonych badań, jednak już w chwili obecnej warto zaznaczyć, iż zjawisko to może być związane z brakami personelu medycznego w jednostkach penitencjarnych i utrudnionego dostępu do lekarzy specjalistów.

Prawo do ochrony zdrowia doznaje jednak pewnych ograniczeń w warunkach izolacji m.in. pod względem możliwości swobodnego decydowania przez osadzonych, np. o wyborze lekarza i pielęgniarki. W art. 115 k.k.w. przewidziano również wyjątek od co do zasady bezpłatnej pomocy medycznej, gdyż ustawodawca uzależnił zapewnienie nieodpłatnych protez, przedmiotów pomocniczych i protez ortopedycznych od skutków ich ewentualnego braku,

²⁵⁴ 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.

które mogłyby doprowadzić do ewentualnego pogorszenia zdrowia osadzonego lub uniemożliwienia odbywania kary pozbawienia wolności. W konsekwencji takich regulacji – gdy konieczne jest zweryfikowanie potrzeb zdrowotnych osoby izolowanej w odniesieniu do efektywności wykonywania kary pozbawienia wolności – może dochodzić do różnego rodzaju konfliktów w przypadku niezaspokojenia potrzeb osadzonego. Powstawanie owych rozbieżności może mieć także podłoże w innych działaniach dotyczących ochrony zdrowia, gdy prawo do ochrony zdrowia osoby izolowanej nie było realizowane lub było realizowane w sposób nienależyty. Warto jednak mieć na uwadze, iż może dochodzić również do sytuacji, gdy osadzony, mimo dołożenia przez administrację jednostki penitencjarnej wszelkich prawidłowych działań, podejmie, np. próbę samobójczą. Zdarzenia takie mogą bowiem mieć miejsce z uwagi na chęć zmanifestowania przez więźnia swoich postulatów, wzbudzenia szacunku wśród współosadzonych lub osiągnięcia innego zamierzonego celu. Wówczas niezbędne jest sprawowanie nadzoru i kontroli nad, m.in. stanem sanitarnym jednostki, jakością świadczonej opieki medycznej oraz ogólną realizacją prawa do ochrony zdrowia. Potrzeba owej weryfikacji wynika także z faktu, iż osadzeni kierują bardzo dużo skarg w przedmiocie świadczeń medycznych, a niektóre sprawy trafiają do rozpoznania również przez Europejski Trybunał Praw Człowieka.

Z przedstawionych powyżej informacji w przedmiocie świadczeń medycznych przysługujących i udzielanych osobom pozbawionym wolności można już w chwili obecnej sformułować pewne twierdzenia z zakresu jakości i prawidłowości realizacji prawa do ochrony zdrowia osadzonych. Mimo iż zagadnienia te będą w prawdzie omawiane w dalszej części rozprawy warto wymienić przykłady istniejących dylematów w polskich jednostkach penitencjarnych, które to dostrzegła m.in. Helsińska Fundacja Praw Człowieka²⁵⁵, czy Najwyższa Izba Kontroli. Więzienna służba zdrowia powinna bowiem podjąć rozważania, np. w zakresie:

- odpowiedniego dostępu do środków higienicznych,
- odpowiedniej wentylacji pomieszczeń w jednostkach penitencjarnych,
- relacji pomiędzy osadzonymi, a personelem medycznym,
- odpowiedniej liczby miejsc na oddziałach szpitalnych,

²⁵⁵ M. Wolny, *Zakłady karne i areszty śledcze* [w:] Helsińska Fundacja Praw Człowieka, *Raport 2018. Prawa osób pozbawionych wolności. Podstawowe problemy prawne i praktyczne. Perspektywa HFPC*, Warszawa 2018, s. 21-24.

- odpowiedniego wyposażenia medycznego,
- odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów.

Wymienione sfery z zakresu ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności stanowią jedynie częściowe wyliczenie zadań z jakimi musi zmierzyć się więzienna służba zdrowia, ale również instytucje państwowe celem realizacji prawa do ochrony zdrowia oraz umożliwienia osadzonemu readaptacji społecznej.

3.2. Przymusowe działania medyczne wobec osób odbywających karę pozbawienia wolności

Jako standardową zasadę udzielania świadczeń medycznych można wskazać konieczność uzyskania zgody pacjenta, która to stanowi wyraz autonomii człowieka i jest przejawem jego prawa do samostanowienia. Owa autonomia przysługuje bowiem każdej jednostce ludzkiej jako jej dobro osobiste i fundamentalne prawo każdego pacjenta. Konieczność wyrażenia zgody na przeprowadzanie świadczeń medycznych traktowana jest również jako podstawowy akt woli, który decyduje nie tylko o ich rodzaju i zakresie, ale także o legalności podejmowanych czynności medycznych. W dużej mierze stanowisko takie wynika z tego, iż prawo do samostanowienia jest jedną z form uzewnętrzniania wolności człowieka, która to jest z kolei chroniona konstytucyjnie (art. 41 ust. 1 Konstytucji RP), ale jej rangę dostrzega także Sąd Najwyższy²⁵⁶.

Wspomnieć warto, że zgoda wyrażana przez pacjenta na określone świadczenia medyczne musi spełniać szereg wymogów, aby można było uznać ją za prawidłowo udzieloną, a daną usługę medyczną za przeprowadzoną zgodnie z prawem. Przesłankami do skutecznej zgody są²⁵⁷:

- wyrażenie jej przez pacjenta lub inny podmiot do tego uprawniony,
- udzielenie pacjentowi dokładnej informacji w związku z planowymi działaniami medycznymi,
- wyrażenie zgody w sposób dobrowolny i szczegółowy,

²⁵⁶ Postanowienie SN z dnia 27 października 2005 r., sygn. akt: III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7-8, str. 137.

²⁵⁷ R. Kubiak, *Prawo medyczne. Wykłady specjalizacyjne*, Warszawa 2010, s. 340 .

- wyrażenie zgody w wymaganej formie oświadczeni woli w danym przypadku.

Ustawodawca przewidział jednak pewne wyjątki, w których przeprowadzenie świadczeń medycznych jest dopuszczalne pomimo braku zgody, ale również w przypadku sprzeciwu właściwej jednostki. Pierwsza sytuacja dotyczy konstrukcji tzw. zgody domniemanej, zaś druga odnosi się do przymusu leczenia²⁵⁸, który to z uwagi na temat niniejszej rozprawy będzie dalej analizowany. Zagadnienie to należy uznać jako istotne w toku podjętych rozważań, ponieważ wnioskować należy, że przewidziane wyjątki oprócz ochrony zdrowia i życia danej jednostki mają na celu także zabezpieczenie innych interesów. Jako przykłady podać można zabezpieczenie społeczeństwa przed występowaniem różnego rodzaju patologii, rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych, ale również niebezpieczeństwem wynikającym z zachowania osób niepoczytalnych. W związku z powyższymi rozważaniami wskazać należy, że zakres tematyczny przymusowych działań medycznych jest bardzo szeroki i dotyczy, m.in. poddania się w określonych przypadkach konkretnym czynnościom w konsekwencji borykania się z chorobą zakaźną²⁵⁹, chorobą lub zaburzeniami psychicznymi²⁶⁰, ale także na potrzeby postępowania karnego²⁶¹.

Z uwagi na temat niniejszego opracowania szczególna uwaga zostanie jednak poświęcona sytuacjom, w których dopuszczalne jest przeprowadzenie przymusowych działań medycznych względem osób pozbawionych wolności. Jako cel takowych postępowań można wskazać zabezpieczenie interesu wymiaru sprawiedliwości, umożliwienie realizacji celu wykonywania kary pozbawienia wolności, ale również zabezpieczenie innych osadzonych. Przymusowe działania medyczne wykonywane względem osób izolowanych dotyczą tym samym takich sfer jak²⁶²:

- przymusowe badania psychologiczne i psychiatryczne,
- przymusowe leczenie i rehabilitacja osób, które są najogólniej stwierdzając uzależnione oraz osadzonych za przestępstwa seksualne, które to z kolei zostały popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych,

²⁵⁸ Por. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 370-372; T. Dukiet-Nagórska, *op. cit.*, str. 101.

²⁵⁹ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570 z późn. zm.

²⁶⁰ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.

²⁶¹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie poddania badaniom lub wykonania czynności z udziałem oskarżonego lub osoby podejrzanej, Dz. U. Nr 33, poz. 299.

²⁶² Por. R. Kubiak, *Zgoda na zabieg medyczny. Kompendium dla lekarzy*, Kraków 2013, s. 185-189.

- przymusowe wykonanie zabiegu, który zmierza do uratowania życia.

Odnoszą się w pierwszej kolejności do przymusowych badań psychologicznych i psychiatrycznych należy odwołać się do art. 83 k.k.w. Przepis ten statuuje bowiem, iż badania te mogą być wykonane jedynie przypadku wyrażenia zgody przez właściwy podmiot, jednak dopuszczono też możliwość przeprowadzenia ich bez zgody skazanego w przypadku stosownej decyzji sądu penitencjarnego. Istotne jest natomiast, że ustawodawca nie wskazał przesłanek do podjęcia rozstrzygnięcia ograniczającego autonomię skazanego. W konsekwencji bazując na analizowanym przepisie można obawiać się ewentualnych nadużyć. W rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie zasad przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych²⁶³ sprecyzowano jednak procedurę udzielenia zezwolenia na przymusowe badania psychiatryczne i psychologiczne. W przypadku uzyskania pozwolenia na owe działania osadzony jest zobowiązany do udzielenia informacji na temat swojego stanu zdrowia, przebytych chorobach oraz warunkach w jakich dorastał, ale także musi wykonywać niezbędne czynności zmierzające do przeprowadzenia badań. Czynności te są obligatoryjne dla osoby pozbawionej wolności, gdyż w przypadku ich niewykonania na podstawie art. 142 § 1 k.k.w. podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Komentując z kolei możliwość zastosowania względem osadzonych przymusowego leczenia i rehabilitacji z uwagi na ich uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, a także skazanych za przestępstwa seksualne popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych należy odwołać się do art. 117 k.k.w. Zgodnie ze wskazanym przepisem w pierwszej kolejności zastosowanie przedmiotowej terapii ma być wynikiem wyrażonej zgody skazanego. Wnioskować bowiem należy, że taka regulacja stanowi przejaw ochrony godności ludzkiej oraz wolności człowieka. Jednocześnie zmierzać ma do zwiększenia efektywności prowadzonej terapii, a w następstwie także do ociążnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Osadzony, który sam decyduje się na podjęcie terapii i nie ma względem niego stosowanego przymusu w tym przedmiocie zachowuje lepszą kondycję psychiczną, a także efektywnie współpracuje w toku podjętego leczenia i zmiany swoich postaw prospołecznych. Przewidziano jednak także możliwość przymusowego leczenia i rehabilitacji osadzonych w oparciu o orzeczenie sądu penitencjarnego, które to musi poprzedzić wydana na potrzeby postępowania opinia psychologa. Przywołać jednak należy

²⁶³ 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. 2000 nr 29 poz. 369.

rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie warunków i trybu postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego w stosunku do osadzonych²⁶⁴, w którym zawarto regulacje w przedmiocie procedur administracyjnych, jak i warunków wykonywania terapii i rehabilitacji. Istotą wskazanych świadczeń medycznych jest jednak dobrowolne uczestnictwo w nich osadzonych. Tym samym zastosowanie przymusu musi stanowić wyjątek przy uwzględnienia indywidualnych okoliczności osadzonego, a także wpływu udziału w owych zajęciach na proces jego readaptacji społecznej.

Ostatnim niezbędnym zagadnieniem do zakreślenia w przedmiocie działań medycznych w stosunku do osadzonych przeprowadzanych bez ich zgody jest przymusowe wykonanie zabiegu, który to zmierza do uratowania życia. Możliwość takową przewiduje art. 118 k.k.w. w § 2, 3 i 4, w których wskazano wykonanie – można by rzec, że każdej czynności medycznej, gdyż przewiduje również przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego – bez zgody osadzonego, a nawet wbrew jego woli. Do podjęcia takich czynności niezbędne jest jednak spełnienie określonych przesłanek. Po pierwsze stan zdrowia osadzonego musi stwarzać poważne niebezpieczeństwo dla jego życia, a przeprowadzenie danych czynności medycznych musi mieć formę pilnej interwencji. Po drugie zaś owe zagrożenie musi zostać stwierdzone przez co najmniej dwóch lekarzy. Z kolei w sytuacji, gdy osoba pozbawiona wolności wyraża sprzeciw na dokonanie wskazanych świadczeń wymagana jest także zgoda sądu penitencjarnego. Ustawodawca przewidział jednak również sytuacje nagłych przypadków, w których życie osadzonego jest zagrożone. Wówczas o dokonaniu danych czynności medycznych decyduje jedynie lekarz.

W związku z powyższym na podstawie art. 118 k.k.w. można wyróżnić trzy tryby postępowania zależne od stanu zdrowia osadzonego i stopnia jego zagrożenia²⁶⁵:

1. dyrektor jednostki penitencjarnej zawiadamia sąd o istnieniu możliwego zagrożenia dla życia osadzonego lub poważnego niebezpieczeństwa dla jego zdrowia w toku wykonywania kary pozbawienia wolności,

²⁶⁴ 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. 2007 nr 5 poz. 40.

²⁶⁵ K. Postulski, *op. cit.*, s. 624-625.

2. sąd penitencjarny – mimo sprzeciwu osadzonego – orzeka o przeprowadzeniu zabiegu, gdy jego życiu zagraża poważne niebezpieczeństwo, które to zostało stwierdzone przez co najmniej dwóch lekarzy,
3. lekarz decyduje o przeprowadzeniu zabiegu medycznego w nagłym przypadku, gdy istnieje bezpośrednie zagrożenie dla życia osadzonego.

W związku z powyższym niezbędne staje się bardziej szczegółowe odniesienie do wymienionej przesłanki dokonania przymusowych czynności medycznych względem osadzonego w postaci poważnego niebezpieczeństwa dla jego życia. Wynika to z potrzeby wyeliminowania ewentualnych nadużyć i zakreślenia obowiązków ciążących po stronie więziennej służby zdrowia w zakresie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności. Tym samym należy wnioskować, iż przymusowych świadczeń medycznych nie można dokonywać, gdy istnieje w prawdzie poważne niebezpieczeństwo, ale tylko dla zdrowia osadzonego.

Omawiając przypadki wykonania świadczeń medycznych bez zgody osadzonego należy zakreślić także problem aktów autoagresji osób pozbawionych wolności, które to mogą przybierać wszelakie formy, jak np. podcinanie żył, próba powieszenia, głodówka, połknięcie trujących substancji, połknięcie ostrych przedmiotów. Wówczas, gdy niezbędna jest nagła interwencja medyczna w związku z bezpośrednim zagrożeniem życia osadzonego można wykonać przymusowo dany zabieg. Warto jednak zastanowić się nad motywami podejmowanych zachowań autoagresywnych. Można bowiem wnioskować, że należą do nich, np. sam fakt izolacji, stres, gniew, postawa buntownicza, stany depresyjne, wpływy współosadzonych i chęć zaimponowania im, ale również chęć osiągnięcia określonych zamierzeń, jak chociażby krótkotrwały pobyt w placówce medycznej poza jednostką penitencjarną.

Warto odwołać się również do stanowiska ETPCz²⁶⁶, który to podkreślił, że mimo iż badania osadzonych przeprowadzane przez lekarzy sądowych zmierzają do ich zabezpieczenia również przed złym traktowaniem to wymagają one jednak uregulowania prawnego i zgody osoby pozbawionej wolności z uwagi na ingerencję jej sferę fizyczną. W przeciwnym przypadku można by stwierdzić, że osadzony zostaje pozbawiony gwarancji prawnych, które

²⁶⁶ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie nr 24209/94 Y.F. przeciwko Turcji, Lex nr 80328.

chronią go przed narzuconą interwencją medyczną i naruszeniem jego godności²⁶⁷. Z drugiej strony podnosi się, że art. 118 k.k.w., mimo że nie używa tego terminu wprost to jednak dopuszcza możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego celem przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego w przypadku braku zgody osadzonego²⁶⁸. Stanowisko takie uzasadnia się praktyczną oceną występujących sytuacji. Trudno bowiem wyobrazić sobie przypadek, w którym osoba pozbawiona wolności – mimo wyrażonego sprzeciwu na dokonanie konkretnego zabiegu chirurgicznego – po arbitralnej decyzji stosownego podmiotu poddaje się owemu zabiegowi bez żadnego oporu. Wskazaną regulację należy jednak traktować jako wyjątek przewidziany wyłącznie w określonych przypadkach²⁶⁹.

W konsekwencji realizacji ochrony zdrowia osadzonych należy przyjąć, że na instytucjach państwowych ciąży w takich przypadkach obowiązek nie tylko „ratowania życia”, ale także zapobiegania autoagresji osób pozbawionych wolności. Tym samym ponownie podkreślić warto rolę psychologa w toku odbywania kary pozbawienia wolności oraz indywidualnie dostosowanych oddziaływań penitencjarnych zmierzających do zapewnienia dobrej kondycji psychicznej osadzonych, a w szczególności z położeniem nacisku na działania profilaktyczne.

3.3. Postępowania incydentalne związane ze stanem zdrowia osadzonych

Na różnych etapach postępowania karnego, jak i wykonawczego mogą pojawić się jednak pewne okoliczności związane ze stanem zdrowia skazanego lub osadzonego, które uniemożliwiają odbywanie kary pozbawienia wolności. Wówczas istnieje możliwość przeprowadzenia określonego w danym przypadku postępowania incydentalnego, które może skutkować odroczeniem, przerwą, skróceniem lub zakończeniem izolacji. Warto podkreślić, że instytucje odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności jak i przerwy w wykonywaniu tej kary zostały przewidziane już w kodeksie postępowania karnego z 1928 r.²⁷⁰, co niewątpliwie należy uznać za przejaw humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej. Wiąże się to z tym, że działania takie umożliwiają skazanym lub osobom, które już odbywają karę pozbawienia

²⁶⁷ Por. B. Gronowska, *Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu z 22.07.2003 r. w sprawie Y.F. przeciwko Turcji*, Prok. i Pr. 2003/11, s. 167.

²⁶⁸ M. Świdowska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 271-272.

²⁶⁹ M. Muszyńska, *op. cit.* [w:] A. Kwieciński, *Postępowanie...*, s. 119.

²⁷⁰ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 marca 1928 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 1928 nr 33 poz. 313.

wolności ochronę swojego zdrowia w przypadku, gdy prawo to nie może być realizowane w warunkach izolacji z przyczyn przewidzianych przez ustawodawcę.

Jednocześnie zaznaczyć warto, iż w niektórych sytuacjach zdrowotnych osadzonych nie ma możliwości osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności. W konsekwencji zastosowanie jednej ze wskazanych instytucji ma zmierzać do pogłębienia zasady humanitaryzmu poprzez ochronę praw człowieka oraz urzeczywistnienie readaptacji społecznej osadzonych. Wynika to z podkreślanego już kilkakrotnie faktu, iż niektóre osoby izolowane mające problemy zdrowotne mogą nie chcieć współpracować w toku podejmowanych działań penitencjarnych lub po prostu mogą nie być w stanie ich wykonywać w następstwie swojego stanu zdrowia. Tym samym, przewidziane przez ustawodawcę postępowania incydentalne powinny zmierzać do realizacji celu kary pozbawienia wolności przy jednoczesnym usprawnieniu efektywności systemu penitencjarnego, poszanowania godności ludzkiej i przestrzegania zasady humanitaryzmu.

W toku prowadzonych rozważań, jak również bezpośrednio w postępowaniach w przedmiocie orzeczenia jednej z instytucji incydentalnych w konsekwencji stanu zdrowia skazanego należy pamiętać o tym, iż w przypadku jego niektórych problemów zdrowotnych izolacja może faktycznie przyczynić się do poprawy kondycji zdrowotnej osadzonego²⁷¹. Sytuacje takie mogą mieć miejsce, np. w razie choroby cukrzycy, gdy skazany w warunkach wolnościowych nie mając pieniędzy nie stosował odpowiedniej diety, którą może mieć zapewnioną w jednostkach penitencjarnych.

3.3.1. Umorzenie postępowania wykonawczego i zawieszenie postępowania wykonawczego

Rozważając możliwości stosowania postępowań incydentalnych związanych z wykonywaniem kary pozbawienia wolności oraz stanem zdrowia skazanych wpływających na ich orzekanie, nie sposób pominąć perspektywy orzeczenia umorzenia postępowania wykonawczego (dalej w skrócie: umorzenie) oraz zawieszenia wykonywania kary pozbawienia wolności (dalej w skrócie: zawieszenie). Obie instytucje zostały przewidziane w części ogólnej kodeksu karnego wykonawczego i są obligatoryjne do orzeczenia przez sąd w przypadku

²⁷¹ Por. G. Wiciński, *Postępowania incydentalne...*, s. 115; S. Zabłocki, P. Wypych, *Orzecznictwo sądów apelacyjnych w sprawach karnych*, Warszawa 2002, s. 701.

zaistnienia określonych przesłanek. Zarówno umorzenie, jak i zawieszenie postępowania wykonawczego mogą dotyczyć całego postępowania, ale również jego części lub postępowania incydentalnego, które toczy się w toku postępowania wykonawczego²⁷².

W pierwszej kolejności odwołać się należy do art. 15 §1 k.k.w., w którym to zawarto ogólną konstrukcję instytucji umorzenia postępowania wykonawczego wraz z przesłankami stanowiącymi podstawę jego orzeczenia. O ile śmierć skazanego, jak i przedawnienie wykonania kary mogą nie budzić aż tak dużych wątpliwości, o tyle jednym z owych warunków, który jest istotny z uwagi na temat niniejszego opracowania jest możliwość zastosowania umorzenia postępowania w razie wystąpienia „innej przyczyny wyłączającej to postępowanie”. Najogólniej stwierdzić można, że oznaczają one ujemne przesłanki, które skutkują niedopuszczalnością postępowania wykonawczego²⁷³. Zastanawiając się nad przykładem sytuacji spełniającej owe kryteria w kontekście zdrowotnym skazanych możliwe staje się wskazanie przypadku, gdy osoba doznała porażenia mózgu i paraliżu całego ciała, które to jest nieodwracalne. Wówczas prowadzenie postępowania wykonawczego mija się z celem wykonywania kary pozbawienia wolności, ale jest również sprzeczne z zasadą poszanowania godności i przestrzeganiem humanitarnego traktowania osadzonych. Jak zostało także wskazane na wcześniejszym etapie orzeczenie umorzenia postępowania wykonawczego winno mieć miejsce po wcześniejszym orzeczeniu zawieszenia wykonywania kary pozbawienia wolności, gdy – odnosząc się do tematu opracowania – stan zdrowia skazanego nie będzie rokował na jakąkolwiek poprawę umożliwiającą odbycie kary pozbawienia wolności.

Z kolei w § 2 art. 15 k.k.w. została przewidziana instytucja zawieszenia postępowania wykonawczego. W przepisie tym wskazano, że podstawą do jego zastosowania jest konieczność istnienia długotrwałej przeszkody, która uniemożliwia postępowanie wykonawcze. Z punktu widzenia niniejszego opracowania wskazać należy, że jako przykłady takich trudności ustawodawca literalnie wymienił, m.in. chorobę psychiczną lub inną przewlekłą, ciężką chorobę – które to terminy zostały już wcześniej zakreślone. Ustawodawca w przepisie tym użył jednak sformułowania „w szczególności”, co oznacza, że katalog wymienionych przesłanek do orzeczenia zawieszenia postępowania wykonawczego jest przykładowy. Tym samym konieczne zdaje się bliższe pochylenie nad czynnikami zdrowotnymi obligującymi zawieszenie wykonania kary, z uwagi na które to postępowanie

²⁷² *Ibidem*, s. 171.

²⁷³ S. Lelenta, *op. cit.*, s. 105.

wykonawcze stało się niemożliwe (np. w następstwie zachorowania na chorobę ciężką już po wydaniu wyroku skazującego) lub mogłoby być potraktowane jako niehumanitarne i nie zmierzające do osiągnięcia celu kary pozbawienia wolności.

W pierwszej kolejności odnieść należy się do konieczności „długotrwałości” występującej do wykonywania kary pozbawienia wolności przeszkody, które nie zostało przez ustawodawcę określone, a co za tym idzie sprowadza się do ocennego ujęcia w każdym przypadku indywidualnie²⁷⁴. Warto odwołać się jednak do stanowiska Sądu Najwyższego zgodnie, z którym długotrwałą przeszkodę (która uniemożliwia wykonywanie kary – w tym przypadku pozbawienia wolności) należy rozumieć jako czynnik, którego czasu ustania nie można w ogóle określić lub z uwagi na jego odległość w czasie jest to nierealne²⁷⁵, co uzasadnia orzeczenie zawieszenia postępowania wykonawczego. Z punktu widzenia tematu niniejszego opracowania niewątpliwie odnieść się również należy do stanowiska Sądu Najwyższego, iż orzeczenia zawieszenia nie uzasadnia okres leczenia sanatoryjnego trwający 24 dni, gdyż nie jest on przeszkodą długoterminową²⁷⁶. Taki przykład można jednak zakwalifikować jako przesłankę do orzeczenia odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności lub przerwy w jej wykonaniu – zależnie od tego, czy skazany odbywa już karę izolacyjną, czy jeszcze nie i czy owe leczenie nie może być zrealizowane w warunkach izolacji.

Następnie należy się także odwołać do warunkowego zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności przewidzianego w art. 152 k.k.w., które jest możliwe do orzeczenia, gdy:

- orzeczona kara nie może przekraczać roku,
- okres trwania odroczenia wynosi co najmniej jeden rok.

Decyzja sądu w przedmiocie warunkowego zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności jest jednak fakultatywna, co oznacza, iż mimo spełnienia przesłanek do zastosowania owej instytucji, sąd może nie przychylić się do przedmiotowego wniosku. Można wnioskować, że taka konstrukcja ma na celu ograniczanie ewentualnego naużywania przez osadzonych swego stanu zdrowia do opuszczenia jednostki penitencjarnej i zweryfikowanie w jakich warunkach najbardziej skuteczne będzie osiągnięcie celu orzeczonej kary pozbawienia wolności. Sąd podejmując decyzję w zakresie orzeczenia owej instytucji, ale również w toku

²⁷⁴ K. Postulski, *Umorzenie i zawieszenie postępowania wykonawczego*, Prokuratura i Prawo 7-8, 2011, s. 105.

²⁷⁵ Wyrok SN z dnia 8 grudnia 1978 r., sygn. Rw 447/78, OSNKW 1979, nr 5, poz. 59.

²⁷⁶ Postanowienie SN z dnia 5 sierpnia 1988 r., sygn. WZ 27/88, OSNKW 1989, nr 1–2, poz. 11.

pozostałych postępowań incydentalnych winien jednak kierować się nie tylko aspektem, np. zdrowia fizycznego, ale także konsekwencjami dla kondycji psychicznej osadzonego, które to jak zostało już niejednokrotnie podkreślone ma niebagatelny wpływ na ochronę zdrowia skazanych, ale także skuteczność podejmowanych programów penitencjarnych i możliwość readaptacji społecznej osadzonych.

Niewątpliwie konieczne staje się wskazanie także dwóch przeciwstawnych aspektów związanych z zawieszeniem wykonywania kary pozbawienia wolności. Można bowiem uznać, że instytucja ta przyczynia się, np. do ochrony zdrowia skazanych, gdyby ich stan nie pozwalał na wykonywanie kary w dłuższej perspektywie, ale także z uwagi na ograniczanie przeludnienia jednostek penitencjarnych. Długotrwałe zawieszenie postępowania wykonawczego może jednak wywoływać negatywne skutki. Sąd z uwagi na zawieszenie jest bowiem zobowiązany do podejmowania szeregu czynności kontrolnych²⁷⁷, które zazwyczaj stanowią jedynie wyraz realizacji obowiązków. Jednocześnie sytuacja taka może przyczynić się negatywnie do stanu zdrowia psychicznego skazanego, który to w prawdzie funkcjonuje w społeczeństwie otwartym, jednak może obawiać się powrotu do izolacji. Mimo to warto rozważyć, czy taka „obawa” może jednak pozytywnie wpłynąć na postawę skazanego. Osoba taka z reguły nie będzie chciała wrócić do jednostki penitencjarnej, a tym samym może zmienić swoją postawę, co będzie wyrazem jej readaptacji społecznej.

Zaznaczyć także warto, iż w przypadku trwania przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności przez co najmniej rok, gdy skazany odbył już co najmniej 6 miesięcy swojej kary istnieje możliwość warunkowego zwolnienia na zasadach ogólnych z odbywania reszty kary, jeżeli nie przekraczała ona lub jej suma 3 lat pozbawienia wolności. Wszystkie te elementy muszą zostać spełnione jednak łącznie, aby istniała podstawa do fakultatywnej decyzji sądu w przedmiocie warunkowego zwolnienia skazanego z odbywania reszty kary, który to statuują art. 77 k.k. i art. 155 k.k.w. Należy wskazać również, iż do zawieszenia postępowania wykonawczego dochodzi zazwyczaj w sytuacjach, gdy stosowana instytucja przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności okazała się niewystarczająca.

Przykładem może być postępująca choroba nowotworowa i konieczność stosowania długotrwałej radioterapii przez chorego skazanego. W przypadku udzielania warunkowego zwolnienia z odbywania reszty kary ponownie istnieje konieczność dokonania prognozy

²⁷⁷ S. Lelental, *op. cit.*, s. 473.

kryminologicznej skazanego – tak samo jak, np. w przypadku instytucji warunkowego zawieszenia wykonania kary. Wnioskować bowiem należy, że warunkowe zwolnienie stanowi jedynie wyraz rezygnacji z wykonywania części kary i jest formą dalszej readaptacji społecznej – już w społeczeństwie otwartym, przy jednoczesnym poddawaniu skazanego kontroli.

Kończąc rozważania w przedmiocie umorzenia postępowania wykonawczego i zawieszenia wykonywania kary pozbawienia wolności warto odwołać się do relacji owych instytucji z odroczeniem wykonania kary pozbawienia wolności, jak również przerwą w wykonaniu przedmiotowej kary. Należy bowiem zauważyć w pierwszej kolejności – o ile istnieją ku temu przesłanki – orzekane winno być odroczenie wykonywania kary lub przerwa w jej wykonaniu, a dopiero wówczas gdy, np. stan zdrowia skazanego nie rokuje na poprawę zasadne staje się zwieszenie postępowania wykonawczego. Związane jest to również z dalszymi konsekwencjami zastosowania owych instytucji, gdyż wskazuje się, że to odroczenie jak i przerwa dają możliwość probacji²⁷⁸, a więc zmierzają do osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Następnie jeśli ów stan zdrowia dalej uniemożliwia wykonywanie kary pozbawienia wolności i nie ma widoków na jego poprawę należy orzec umorzenie postępowania wykonawczego, gdyż istniejące przeszkody uniemożliwiają zarówno wykonanie kary izolacyjnej, jak i osiągnięcie jej celu. Taka swego rodzaju hierarchia stosowania poszczególnych postępowań incydentalnych wiąże się również z racjonalnym podejściem do przesłanek ich stosowania, a także konsekwencji ich orzekania. Jednocześnie w przypadku wykorzystania przez skazanego maksymalnego okresu odroczenia wykonania kary lub przerwy w jej wykonywaniu konieczne staje się orzeczenie w przedmiocie umorzenia owego postępowania²⁷⁹.

3.3.2. Odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności

Jednym z rodzajów postępowań incydentalnych przewidzianych przez ustawodawcę w odniesieniu do osoby skazanej za popełnienie przestępstwa jest odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności (dalej określane także w skrócie jako „odroczenie”) przewidziane w art. 150 i 151 k.k.w., które to odpowiednio statuuje obligatoryjną i fakultatywną formę omawianej

²⁷⁸ G. Wiciński, *Postępowania...*, s. 230.

²⁷⁹ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 27 stycznia 2010 r., II AKz w 11/10, LEX nr 577162; Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 26 listopada 2008 r., II AKz w 922/08, KZS 2009/2, poz. 84.

instytucji. Odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności może zostać orzeczone zanim skazany rozpoczął ją jeszcze odbywać, a możliwość jego orzeczenia jest uzależniona od różnych przesłanek, jednak jedną z nich jest choroba psychiczna lub inna ciężka choroba, która uniemożliwia wykonanie omawianej kary. Te obligatoryjne przesłanki mogą także stanowić podstawę do orzeczenia również obligatoryjnie przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności (dalej określana także w skrócie jako „przerwa”), która to omówiona zostanie w następnej części opracowania.

Obligatoryjne odroczenie wykonywania kary pozbawienia wolności zostało uregulowane przez ustawodawcę we wskazanym art. 150 k.k.w. Zgodnie z jego treścią sąd orzeka odroczenie w przypadku choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby, która uniemożliwia wykonanie owej kary. W przypadku choroby psychicznej skazanego nie zachodzi jednak wymóg w postaci zagrożenia dla jego życia lub zdrowia wynikającego z pobytu w jednostce penitencjarnej, gdyż orzeczenie odroczenia wiąże się wówczas z brakiem możliwości zrozumienia przez skazanego istoty kary oraz osiągnięcia celu jej wykonywania. W takiej sytuacji okres odroczenia jest uzależniony od czasu trwania istniejącej przeszkody, a więc takiego stanu skazanego, który nie tyle prowadzi do stwierdzenia braku choroby, lecz stanu zdrowia, który umożliwi readaptacyjne oddziaływania względem niego²⁸⁰. Odnosząc się do treści omawianego przepisu wątpliwości może wywołać próba interpretacji, czy przesłankę do odroczenia stanowi inna ciężka choroba, a także choroba psychiczna, której postać ma być również ciężka. Stanowisko twierdzące prezentuje w tym przedmiocie K. Postulski²⁸¹. Przeciwny pogląd reprezentują z kolei G. Wiciński²⁸² i S. Lelental²⁸³, który to należy aprobować. Wynika to z tego, iż po pierwsze w art. 31 §1 k.k. ustawodawca odróżnił choroby psychiczne, upośledzenia umysłowe, a także inne zakłócenia czynności psychicznych. Jednocześnie w psychiatrii nie występuje podział na choroby psychiczne ciężkie i pozostałe²⁸⁴.

Odnosząc się do orzeczenia odroczenia wykonywania kary pozbawienia wolności w następstwie innej ciężkiej choroby należy wskazać, że stanowi ona przesłankę do zastosowania owej instytucji, gdy w jej wyniku pobyt skazanego w jednostce penitencjarnej

²⁸⁰ S. Lelental, *op. cit.*, s. 467.

²⁸¹ Z. Hołda, K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy: komentarz*, Gdańsk 2005, s. 498; K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 597.

²⁸² G. Wiciński, *Glosa do postanowienia SA w Katowicach z dnia 09 czerwca 1999 r., II AKz 304/99*, OSA 1999, Nr 10, poz. 78.

²⁸³ S. Lelental, *op. cit.*, s. 466-467.

²⁸⁴ Por. *ibidem*.

mógłby skutkować zagrożeniem życia osadzonego lub poważnym niebezpieczeństwem dla jego zdrowia. Podczas dokonywania oceny zasadności orzeczenia odroczenia z uwagi na ciężką chorobę należy jednak mieć na uwadze możliwość jej leczenia w toku wykonywania kary pozbawienia wolności zarówno przez więzienną służbę zdrowia, jak i jej współpracę z publicznymi podmiotami leczniczymi. Wskazuje się również, że w następstwie takich ustaleń każdy przypadek skazanego winien być oceniany indywidualnie z uwagi na właściwości osobiste (np. różne postrzeganie rzeczywistości i możliwość radzenia sobie z trudnymi sytuacjami), gdyż przesłanką do orzeczenia odroczenia wykonywania kary pozbawienia wolności nie może być jedynie prawdopodobieństwo istnienia zagrożenia dla statystycznej jednostki ludzkiej, gdyż owo zagrożenie musi powodować realne ryzyko skutkujące pogorszeniem się zdrowia w warunkach izolacji²⁸⁵. Tym samym ciężką chorobę, która może być podstawą do orzeczenia odroczenia muszą odróżniać od innych jej konsekwencje oraz związane z nią procesy patologiczne, które nie rokują korzystnie z medycznego punktu widzenia oraz które wymagają takiej opieki medycznej, która nie może zostać zrealizowana w toku izolacji. Właśnie z tych względów w toku postępowania w przedmiocie orzeczenia odroczenia konieczne jest wydanie opinii przez biegłych specjalizujących się w danej dziedzinie. Rozważając problematykę występowania u skazanego właśnie ciężkiej choroby uzasadniającej odroczenie, można także uznać, że owa choroba musi stwarzać bezpośrednio niebezpieczeństwo, którego stopień wystąpienia jest bardzo wysoki, a jednocześnie więzienna służba zdrowia może nie być w stanie zapobiec jego skutkom.

W konsekwencji orzeczenie odroczenia wykonywania kary pozbawienia wolności z uwagi na ciężką chorobę będzie uzasadnione przy uwzględnieniu, że długość tego odroczenia może trwać jedynie tyle, ile jego przyczyna. Tym samym z uwagi na brak możliwości określenia czasu stosowania instytucji odroczenia – nie wiadomo dokładnie ile dana choroba w jej ostrym stadium uniemożliwiająca rozpoczęcie wykonania kary pozbawienia wolności będzie trwała – zasadne wydaje się stanowisko, iż sąd powinien mieć kontrolę nad ewentualnym ustaniem przesłanek odroczenia²⁸⁶. Z tych względów należy zgodzić się, iż sąd orzekając o odroczeniu winien jednak określić termin do kiedy ono następuje. Z kolei po upływie owego czasu, gdy nadal utrzymują się ku temu przesłanki orzeczenie odroczenia ponownie do określonego terminu lub zawiesić postępowanie wykonawcze²⁸⁷. Tym samym jako zasadne

²⁸⁵ Por. K. Postulski, *op. cit.*, s. 702-704.

²⁸⁶ Por. S. Pawela, *Kodeks karny wykonawczy: praktyczny komentarz z indeksem rzeczowym*, Warszawa 1999, s. 337.

²⁸⁷ K. Postulski, *op. cit.*, s. 709; S. Lelental, *op. cit.*, s. 467.

należy uznać, że lekarze specjaliści powinni w toku opiniowania stanu zdrowia danego skazanego wskazać termin kiedy należy przeprowadzić kolejne badania kontrolne weryfikujące ustanie przeszkody do odbycia kary pozbawienia wolności. Wynika to z faktu, iż ustalenie momentu, gdy dana jednostka chorobowa ustanie na tyle, aby możliwe było wykonanie kary pozbawienia wolności jest często niemożliwe z góry do określenia.

Z kolei odroczenie wykonywania kary pozbawienia wolności w jego fakultatywnej formie przewiduje wspomniany już art. 151 k.k.w., co oznacza ocenny charakter podejmowanego postanowienia. Tym samym każdorazowa decyzja sądu w danym przedmiocie musi być oparta o ściśle skonkretyzowane okoliczności badane w sposób indywidualny. W takich przypadkach należy poddać również pod rozważenie, czy odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności będzie stanowiło wyraz poszanowania godności ludzkiej i przestrzegania zasady humanitaryzmu.

Wskazać należy, że jedną z przesłanek zastosowania fakultatywnego odroczenia są zbyt ciężkie skutki dla skazanego, które mogłyby powstać w wyniku natychmiastowej izolacji. Wnioskować zatem można, że sąd ma możliwość oceny, czy dana sytuacja skazanego motywuje orzeczenie odroczenia²⁸⁸. Rozważając możliwe sytuacje uzasadniające zastosowanie owej instytucji, z uwzględnieniem tematu niniejszego opracowania, można wskazać jako ich przykład przede wszystkim choroby, które nie są przewidziane w art. 150 k.k.w., a które to uniemożliwiają bezzwłoczne wykonanie przedmiotowej kary. Innymi sytuacjami związanymi ze stanem zdrowia skazanego jest, np. potrzeba zakończenia chemioterapii lub konieczność przeprowadzenia operacji, której to termin został już zaplanowany, a z jej wykonaniem wiąże się dodatkowe obowiązki po stronie pacjenta. Niewątpliwie wskazać jednak należy, że zastosowanie fakultatywnego odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności wpływa pozytywnie na kondycję psychiczną skazanego i może mieć znaczący wpływ na efektywność podejmowanych względem niego programów penitencjarnych, a tym samym urzeczywistnienie osiągnięcia celu kary pozbawienia wolności. Wspomnieć warto również, że w przypadku fakultatywnego odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności ustawodawca przewidział także jego maksymalny okres trwania, a więc jeden rok. Wymiar ten obowiązuje również w sytuacji kilkukrotnych odroczeń, które to w sumie nie mogą przekroczyć tego czasu²⁸⁹

²⁸⁸ L. Bogunia, *Odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności* [w:] A. Michalska-Warias, I. Nowikowski, J. Piórkowska-Flieger (red.), *Teoretyczne i praktyczne problemy współczesnego prawa karnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Bojarskiemu*, Lublin 2011, s. 943.

²⁸⁹ Por. S. Lelental, *op. cit.*, s. 469; K. Postulski, *op. cit.*, s. 722.

Ciekawe jest, iż panuje stanowisko, że okres minimalny odroczenia powinien trwać 1 miesiąc²⁹⁰. Twierdzenie takie należy jednak poddać pod rozagę z uwagi chociażby na fakt, iż winno ono trwać tyle ile wynosi przeszkoda do rozpoczęcia odbywania kary pozbawienia wolności²⁹¹. Podając przykład na potwierdzenie prezentowanego stanowiska, adekwatny do tematu niniejszego opracowania można bowiem wyobrazić sobie przypadek, gdy skazany potrzebuje tygodnia bądź dwóch „opóźnień” do stawienia się w jednostce penitencjarnej z uwagi na odbywaną kurację sanatoryjną. W takiej sytuacji orzeczenie odroczenia na minimum miesięczny okres byłoby bezzasadne.

Fakultatywne odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności dotyczy także kobiet ciężarnych lub w okresie 3 lat po urodzeniu dziecka w toku sprawowanej nad nim opieki, przy czym w takowych przypadkach nie znajdują zastosowania przesłanki zbyt ciężkich skutków dla matki i dziecka wywołanych izolacją²⁹².

Należy zwrócić również uwagę na § 2 art. 151 k.k.w., w którym ustawodawca przewidział możliwość odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności w stosunku do sprawców tzw. drobniejszych przestępstw, którzy nie są niebezpieczni i zdemoralizowani w przypadku, gdy w skali kraju odnotowane jest przeludnienie jednostek penitencjarnych²⁹³. Regulacja taka ma niewątpliwie na celu ochronę zdrowia zarówno osób skazanych, jak i już osadzonych celem wyeliminowania negatywnych następstw psychicznych wynikających z przeludnienia.

W toku rozważań w przedmiocie orzekania odroczenia wykonywania kary pozbawienia wolności warto jednak zastanowić się nad sytuacjami, w których to osoba już skazana za dane przestępstwa jeszcze nie trafiła do jednostki penitencjarnej i wówczas wystąpiły u niej wyżej omówione przeszkody chorobowe do odbywania kary w warunkach izolacji. Przypadki takie mogą bowiem być związane m.in. ze stanem psychicznym skazanego, swego rodzaju doznania szoku w związku ze zbliżającym się pozbawieniem wolności, obawą przed warunkami panującymi w jednostkach penitencjarnych, wykluczeniem. Wówczas można dostrzec wręcz skutki dolegliwości kary pozbawienia wolności jeszcze przed jej wykonaniem. Efektem takich sytuacji może być jednak wystąpienie, np. choroby psychicznej, która to uniemożliwia

²⁹⁰ S. Leleńtal, *op. cit.*, s. 471.

²⁹¹ G. Wiciński, *Postępowania...*, s. 189.

²⁹² S. Leleńtal, *op. cit.*, s. 470.

²⁹³ Por. *ibidem*, s. 469.

wykonanie kary. Tym samym należy się zastanowić, czy w związku z ochroną zdrowia skazanych, ale także zamierzeniem osiągnięcia celu wykonywania kary pozbawienia wolności nie istnieje potrzeba udzielania skazanym pomocy psychologicznej jeszcze na etapie poprzedzającym izolację. Zakładając zastosowanie takiego rozwiązania istniałaby możliwość *sui generis* przygotowania skazanego do odbywania tej kary, wskazania mu czym się ona charakteryzuje, a także jakie mogą być konsekwencje konkretnych działań osadzonego i jego szanse na powrót do życia w społeczeństwie otwartym. Można domniemywać, że wynikiem takich działań byłoby zapobieżenie powstawania chorób uniemożliwiających wykonywanie kary pozbawienia wolności poprzez zapewnione wsparcie, ale również efektywniejszy proces readaptacji społecznej osadzonych, którzy w toku izolacji podejmowaliby szereg działań związanych z oddziaływaniami penitencjarnymi z większą świadomością i przekonaniem.

Kończąc rozważania w przedmiocie odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności należy określić relację owej instytucji z przerwą w odbywaniu przedmiotowej kary. Oba rodzaje postępowań, mimo iż mają takie same przesłanki do ich obligatoryjnego stosowania, to jednak zasadniczo się od siebie różnią, a szczególnie pod względem momentu, gdy mogą być zastosowane oraz ich skutków²⁹⁴, co będzie wynikało także z zaprezentowanych następnie rozważań.

3.3.3. Przerwa w wykonaniu kary pozbawienia wolności

Kolejnym z rodzajów postępowań incydentalnych związanych ze stanem zdrowia osadzonych jest przerwa w wykonywaniu kary pozbawienia wolności, co oznacza, iż orzeka się ją w stosunku do osób, które już odbywają ową karę. Przerwa tym samym nie powoduje opóźnienia rozpoczęcia wykonywania kary pozbawienia wolności, lecz skutkuje jej przerwaniem na czas trwania przeszkody do odbywania owej kary. Instytucję tę reguluje art. 153 k.k.w., a przesłanki do jej orzeczenia w formie obligatoryjnej – jak zostało już wskazane – są takie same jak w przypadku omówionego już odroczenia wykonania kary izolacyjnej.

Przerwa może zostać orzeczona także fakultatywnie przez sąd w przypadku ważnych względów rodzinnych lub osobistych osadzonego. Z kolei owe ważne względy osobiste mogą obejmować swym zakresem stan zdrowia skazanego, którego nie można zakwalifikować jako

²⁹⁴ Por. S. Lelental, *op. cit.*, s. 465.

przesłanki do obligatoryjnego orzeczenia przerwy²⁹⁵. Odnosząc się do tematu niniejszej rozprawy wskazać jednak należy, że w odniesieniu do kodeksu karnego wykonawczego z 1969 r. wyeliminowana została przesłanka do fakultatywnego orzeczenia przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności w postaci „ważnych względów zdrowotnych”. Literalne wykreślenie takiego warunku może prowadzić do wniosku, że ustawodawca miał na celu wyeliminowanie swego rodzaju nadużyć przez osadzonych zmierzających do uzyskania przerwy, co z kolei prowadzi do pytania, czy udzielanie przerwy z uwagi na stan zdrowia osadzonego w przypadkach, które nie kwalifikują się na podstawie art. 150 k.k.w. jest w ogóle możliwe. Zasadnym jednak wydaje się stanowisko, że możliwość taka jak najbardziej istnieje, co stanowi chociażby wyraz zasady humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej, ale również możliwości wykonywania kary pozbawienia wolności oraz osiągnięcia celu jej wykonywania. Co za tym idzie wskazać należy, że uzasadnione być musi, iż choroby skutkujące orzeczeniem przerwy nie mogą być należycie leczone w jednostkach penitencjarnych poparte tym samym stosowną dokumentacją medyczną.

Orzeczenie w przedmiocie udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności z uwagi na stan zdrowia osadzonego musi być jednak poprzedzone stosowną opinią biegłego lekarza specjalisty, który to oprócz dokonania analizy stanu zdrowia będzie musiał wypowiedzieć się w przedmiocie możliwości leczenia w jednostce penitencjarnej (konstrukcja tożsama z zasadami orzekania odroczenia). Istotne jest, iż sąd może nałożyć na skazanego określone obowiązki do realizowania w toku udzielonej przerwy, które to są również tożsame z powinnościami orzekanymi w przypadku odroczenia. Przykładem takiego obowiązku może być poddanie się właściwemu leczeniu, ale także rehabilitacji lub terapii.

Jak zostało już wskazane przerwa w wykonywaniu kary pozbawienia wolności zostaje udzielona na czas trwania przesłanek stanowiących podstawę jej orzeczenia. Z uwagi na przeszkody zdrowotne ustalenie końca odbywania przerwy, jak i odroczenia może być bardzo trudne zadanie, a szczególnie w przypadku, gdy skazany ma kilka chorób. W takich przypadkach z trudem można określić, że dana osoba jest już zdrowa, albo jej stan pozwala na dalsze odbywanie kary izolacyjnej, co wynika także chociażby z definiowania samego pojęcia zdrowia, która to problematyka została poruszona na wcześniejszym etapie opracowania. Długość udzielonej przerwy winna być jednak racjonalnie dostosowana do indywidualnej

²⁹⁵ Por. S. Lelental, *op. cit.*, s. 477; K. Buchała [w:] K. Buchała, Z. Cwiągalski, M. Szewczyk, A. Zoll, *Komentarz do Kodeksu Karnego*, Warszawa 1990, s. 235.

sytuacji danego osadzonego²⁹⁶. Ustawodawca przewidział także, iż może zachodzić także konieczność udzielania kolejnych przerw, aczkolwiek w art. 153 § 3 k.k.w. zawarto zastrzeżenie, że ponowna przerwa nie może zostać przyznana przed upływem roku od dnia zakończenia poprzedniej przerwy. Od tej regulacji skonstruowano jednak wyjątki wskazane w tym samym przepisie, które uzasadniają możliwość wcześniejszego orzeczenia przerwy. Należą do nich choroba psychiczna lub inna ciężka choroba osadzonego, a także inny wypadek losowy, który to może dotyczyć również jego rodziny. Zasadne zdaje się jednak zgodzić, że wskazana regulacja powieliła się z obligatoryjnym orzeczeniem przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności w zakresie przesłanki choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby – a tym samym jest ona zbyteczna²⁹⁷.

Z uwagi na temat rozprawy zaznaczyć jedynie należy, że zarówno z instytucją odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności, jak i przerwy w jej wykonywaniu wiąże się jeszcze szereg zagadnień, jak możliwe obowiązki skazanego w toku udzielonej przerwy, procedura powrotu skazanego do jednostki penitencjarnej po jej zakończeniu, ale także nadzór nad skazanym w czasie owej przerwy. Jednocześnie zarówno w odniesieniu do odroczenia wykonywania kary pozbawienia wolności, jak i w przypadku udzielenia przerwy uregulowana jest również procedura wydawania orzeczeń w ich przedmiocie oraz możliwości złożenia zażalenia.

Z uwagi na temat niniejszej rozprawy warto w chwili obecnej zastanowić się jednak nad sytuacjami, w których osadzeni podejmują celowe działania przeciwko swojemu zdrowiu, aby uzyskać przerwę w odbywaniu izolacji. Mogą oni bowiem dokonywać, np. samouszkodzeń lub nie realizować zaleconego wobec nich leczenia doprowadzając się do stanu ciężkiej choroby, która uniemożliwia wykonywanie kary pozbawienia wolności. W takich przypadkach warto jednak rozważyć zastosowanie leczenia w szpitalu więziennym lub nawet pozawięziennym podmiocie leczniczym, ale przy uwzględnieniu art. 115 i 118 k.k.w.²⁹⁸. Podjęcie takich działań byłoby wyrazem przestrzegania zasady humanitaryzmu, ochrony zdrowia, ale przy jednoczesnym uniknięciu ewentualnych nadużyć istniejących regulacji przez osadzonych. Wiąże się to również ze stanowiskiem, iż przerwa w wykonywaniu kary pozbawienia wolności jest jedną z najbardziej zaawansowanych form wstrzymania

²⁹⁶ Por. G. Wiciński, *Postępowania...*, s. 189-191.

²⁹⁷ Por. *ibidem*, s. 195.

²⁹⁸ G. Wiciński, *Instytucja przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności w świetle nowego prawa karnego wykonawczego*, PWP 1996, nr 12-13, s. 20; K. Postulski, *Kodeks...*, s. 617.

wykonywania przedmiotowej kary oraz jest wyjątkiem od zasady ciągłości izolacji. Podkreślić jednak należy cel orzekania przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności, która to ma likwidować zbyt ciężkie skutki izolacji, które są silniejsze niż typowa opresja²⁹⁹, ale również takie które uniemożliwiają ociążnienie celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Co za tym idzie zasadne wydaje się stanowisko, iż indywidualnie oceniany stan zdrowia osadzonego może stanowić jedną z przesłanek orzeczenia przerwy w przypadku, gdy jego poprawa w toku jej udzielenia (która nie byłaby możliwa w warunkach izolacji) urzeczywistni readaptację społeczną osadzonego.

Warto również wskazać, że ustawodawca przewidział brak możliwości ponownego orzeczenia udzielenia przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności przed upływem roku. Podnosi się jednak, że obwarowanie to nie dotyczy przypadku, gdy osadzonego dotknie choroba psychiczna, inna ciężka choroba lub innych wypadek losowy³⁰⁰. Z tych względów, jak również z uwagi na zasadę humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej (także w rozumieniu jej jako dawania nadziei na zmianę swojej sytuacji) po raz kolejny należy przyjąć, że stan zdrowia osadzonego stanowi podstawę do orzeczenia względem niego przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności³⁰¹. Należy jednak pamiętać, że przerwa w wykonywaniu kary pozbawienia wolności jak i odroczenie wykonania owej kary mogą zostać odwołane, gdy ustaną przyczyny ich orzeczenia, gdy skazany nie korzysta z tych instytucji dla celów, dla których zostały orzeczone, bądź gdy rażąco narusza porządek prawny lub nie wypełnia spoczywających na nim obowiązków.

Kończąc rozważania w przedmiocie udzielenia przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności należy zastanowić się szerzej nad celem owej instytucji. Stosowanie jej jest niewątpliwie wyrazem poszanowania godności ludzkiej i zasady humanitaryzmu. Orzeczenie przerwy może jednak przyczynić się nie tylko do likwidacji przesłanek uniemożliwiających izolację, ale przede wszystkim do usunięcia przeszkód, które mogłyby udaremnić proces readaptacji społecznej osadzonych. Cele wychowawcze i zapobiegawcze powinny bowiem być brane pod uwagę zarówno podczas wymierzania kary, jak i w toku jej wykonywania. Wówczas osoby pozbawione wolności mogą mieć możliwość realizacji swoich potrzeb życiowych, a w tym zdrowotnych, bez których to odbywanie kary izolacyjnej byłoby niemożliwe. Zaznaczyć jednak warto, iż po udzieleniu takowej przerwy i umożliwieniu

²⁹⁹ K. Postulski, *op. cit.*, s. 736.

³⁰⁰ S. Lelental, *op.cit.*, s. 478, *ibidem*, s.744.

³⁰¹ Por. K. Postulski, *op. cit.*, s. 743.

osadzonemu, np. zastosowania niezbędnego dla niego leczenia, oddziaływania penitencjarne stosowane wobec owej osoby po powrocie do jednostki mogą być bardziej efektywne. Wynikać to może z postawy danego osadzonego oraz jego kondycji psychicznej, który w następstwie możliwości realizacji swoich praw będzie chciał współpracować w toku tych oddziaływań. Mimo to należy przyjąć, że również na etapie orzekania o udzieleniu zarówno odroczenia jak i przerwy, niezbędne jest uwzględnienie przez sąd pozytywnej prognozy kryminologicznej celem zapewnienia bezpieczeństwa społeczeństwu otwartemu, wymiaru sprawiedliwości, jak również samego skazanego.

3.4. Przeludnienie jednostek penitencjarnych w odniesieniu do ochrony zdrowia osadzonych

Instytucje państwowe, administracja jednostek penitencjarnych, jak i sami osadzeni często w toku wykonywania kary pozbawienia wolności napotykają na różnego rodzaju sytuacje problemowe. Jedną z nich jest wspomniane już wcześniej przeludnienie więzień, którego tematyka jest niezwykle rozległa³⁰². Kluczowe jest jednak, że zjawisko to w pierwszej kolejności godzi w poszanowanie godności ludzkiej i humanitarne wykonywanie kary pozbawienia wolności. Można rozważać je również na gruncie różnych polskich przepisów prawnych (art. 110, 151, 152, 155 k.k.w.), ale także omówionych już Europejskich Reguł Więziennych, jak i standardów ETPCz i CPT, które problem przeludnienia nierozzerwalnie wiążą z koniecznością realizacji zasady humanitaryzmu, poszanowania godności ludzkiej oraz zakazem tortur i nieludzkiego i poniżającego traktowania. Jednak z uwagi na temat opracowania główna uwaga zostanie skupiona na relacji przeludnienia z ochroną zdrowia osadzonych i realizacją celów kary. Obszary te są bardzo istotne, gdyż z uwagi na przeludnienie jednostek penitencjarnych może dochodzić do odroczeń wykonywania kary pozbawienia wolności, a skutkiem tego zapewne będzie utrudniona prewencja szczególna, jak i ogólna. Ważne jest również, że w następstwie przeludnienia osadzeni mogą nie mieć zapewnionych odpowiednich warunków bytowych, sanitarnych, co będzie negatywnie oddziaływało zarówno na ich zdrowie fizyczne, jak i psychiczne z uwagi na brak możliwości zachowania bariery swego indywiduum i przestrzegania praw człowieka.

³⁰² Por. A. Nawój-Śleszyński, *op. cit.*

Przeludnienie jednostek penitencjarnych jest powszechnie uznawane jako negatywne zjawisko godzące w prawa człowieka, poszanowanie godności ludzkiej i zasadę humanitaryzmu³⁰³. Jednocześnie wynika z niego szereg negatywnych konsekwencji, a obowiązek ich przeciwdziałaniu, jak i niwelowaniu skutków ciąży na instytucjach państwowych, co dosadnie podkreślił chociażby Trybunał Konstytucyjny z wyroku z dnia 26 maja 2008 r. w sprawie o sygn. akt SK 25/07³⁰⁴ stwierdzając, iż humanitarne traktowanie „obejmuje coś więcej niż tylko niestosowanie tortur i zakaz traktowania okrutnego, nieludzkiego i poniżającego, o którym mowa w art. 40 Konstytucji. Traktowanie humanitarne musi uwzględniać minimalne potrzeby każdego człowieka, z uwzględnieniem przeciętnego poziomu życia w danym społeczeństwie, i wymaga od władzy publicznej pozytywnych działań w celu zaspokojenia tych potrzeb”. W związku z tym zasadne jest poddanie pod rozwagę minimalnej powierzchni jaka powinna przypadać na jednego osadzonego. Jak zostało już wcześniej wskazane, art. 110 § 2 i 2a k.k.w. określają ową minimalną normę jako 3m², przy czym przewidziano również wyjątki w postaci zmniejszenia tej powierzchni do minimum 2m² w wyjątkowych sytuacjach, którymi mogą być, np. epidemia, czy katastrofa budowlana w danej jednostce penitencjarnej. Wskazać należy, że standardy zapewnione przez polskiego ustawodawcę daleko odbiegają od pozostałych europejskich krajów, w których powierzchnia przypadająca na jednego osadzonego waha się w granicach 7-12 m²³⁰⁵. Jednocześnie warto odwołać się do Sprawozdań CPT skierowanych do Polskiego Rządu, w których wyartykułowano istnienie problemu przeludnienia, a także zalecenie zwiększenia minimalnej normy powierzchni do 4m². Warto zauważyć, że w Polsce w latach 2000-2010 miało miejsce nasilenie przeludnienia osadzonych, jednak w ostatnich latach udało się ten problem ograniczyć³⁰⁶. Mimo to, jako wyznacznik dalszych działań penitencjarnych, można wskazać wprowadzenie regulacji prawnych podwyższających standardy powierzchni mieszkaniowej, ale również zwiększenie pojemności jednostek penitencjarnych, a w następstwie zlikwidowanie konieczności oczekiwania na odbycie kary pozbawienia wolności i odzyskanie pomieszczeń infrastruktury, które były zaadaptowane na cele³⁰⁷, jak np. sale chorych.

³⁰³ Zob. Art. 3 Konwencji Praw Człowieka, reguła 18.1 ERW z 2006 r.; Sprawozdanie dla Polskiego Rządu z wizyty CPT w dniach 04-15.10.2004 r., PWP 2006, nr 50, s. 149-151.

³⁰⁴ Wyrok TK z dnia 26 maja 2008 r., sygn. akt SK 25/07, Dz.U. 2008 nr 96 poz. 620.

³⁰⁵ T. Szymanowski [w:] T. Szymanowski, J. Migdał, *op. cit.*, s. 382; J. Jasińska, *Problem przeludnienia zakładów karnych*, PWP 1997, nr 15, s. 22-25.

³⁰⁶ A. Nawój-Śleszyński, *op. cit.*, s. 115-131.

³⁰⁷ Por. *ibidem*, s. 113.

W celu zredukowania, ale również zapobiegania przeludnieniu jednostek penitencjarnych konieczne wydaje się zrozumienie jego negatywnych konsekwencji. Umożliwi to bowiem dostrzeżenie sfer oddziaływania owego zjawiska, a następnie podejmowanie działań profilaktycznych zarówno pod kątem ochronnym przed samym przeludnieniem, ale również jego skutkami. Jest to tak ważne z uwagi na to, iż jak zostało już wskazane, przeludnienie wpływa negatywnie na stan szeroko pojętego zdrowia osadzonych, co prowadzić może do różnego rodzaju dysfunkcji społecznych, a w dalszej kolejności do udaremnienia osiągnięcia celu kary pozbawienia wolności. Jako pejoratywne konsekwencje przeludnienia można również wskazać w pierwszej kolejności sprzeczność owego zjawiska z obowiązującymi przepisami, ale również wypalenie zawodowe kadry penitencjarnej, brak skuteczności oddziaływań penitencjarnych, możliwy wzrost konfliktów i przemocy, a także dodatkowe obciążenie ekonomiczne dla budżetu państwa chociażby z uwagi na następczą konieczność wypłaty odszkodowań.

Na obecnym etapie rozważań główna uwaga zostanie skupiona na relacji przeludnienia jednostek penitencjarnych z ochroną zdrowia osadzonych, którzy przebywając w zbyt ciasnych warunkach mogą mieć problemy psychiczne, jak i fizyczne. Jednym z pierwszych objawów może być zwiększona liczba osadzonych, którzy korzystają z porad lekarskich, a także z leków uspokajających celem zniwelowania stresu³⁰⁸. Efektem przeludnienia jest również wzrost liczby udzielanych porad specjalistycznych z zakresu psychiatrii³⁰⁹. Zjawiska te mogą być wynikiem braku poczucia przez osadzonych intymności i poczucia zachowania granicy swego indywiduum, braku przestrzegania praw człowieka i humanitarnego traktowania, ale również wzrostem agresji i narastającym napięciem³¹⁰, co negatywnie wpływa na szeroko pojęte warunki izolacji. W następstwie można rozważyć także wpływ przeludnienia na liczbę zgonów osób pozbawionych wolności. Może bowiem zaistnieć zjawisko szerzenia się chorób zakaźnych (np. wirusem WZW typu B i C, HIV), które skutkować mogą zarówno ciężką chorobą, ale również zgonem chorego, a z uwagi na przeludnienie oraz brak odpowiednich warunków bytowych i sanitarnych może wzrosnąć prawdopodobieństwo zakażenia. Zgony osadzonych będące następstwem przeludnienia mogą być także konsekwencją zaburzeń psychicznych, nieradzenia sobie z tłokiem, agresją, narastającymi konfliktami.

³⁰⁸ G. Wągiel-Linder, *Groźny tłok pod celą*, Forum Penitencjarne 2001, nr 4, s. 16.

³⁰⁹ A. Nawój-Śleszyński, *op. cit.*, s. 179.

³¹⁰ Por. *ibidem*; M. Ciosek, *Z problematyki przeludnienia więziennego*, PWP 1989, nr 17, s. 39-41.

Jako jedno z przykładowych zachowań osób izolowanych związane z przeludnieniem można podać również zbiorowe głodówki³¹¹, które niejednokrotnie mogą negatywnie wpłynąć na stan zdrowia osadzonych. Owy swego rodzaju protest więźniów ma bowiem przeważnie swoje źródło w złych warunkach socjalno-bytowych, które to mogą być także następstwem przeludnienia³¹². W takich okolicznościach realizacja przez osadzonych prawa do ochrony ich zdrowia i zapewnienie ku temu odpowiednich warunków przez jednostki penitencjarne stają się bardzo ograniczone, a czasem wręcz niemożliwe. Można również wnioskować, że sytuacje takie przekładają się na depryzację osadzonych, która to z kolei negatywnie wpływa na stan ich zdrowia psychicznego, a w następstwie może doprowadzić do obniżenia funkcjonalności całego ludzkiego organizmu. Wiązać się to może z reakcjami emocjonalnymi osadzonych, które są bardziej intensywne, niż u osób żyjących na wolności, a konieczność częstego hamowania popędów, ukrywania wielu emocji, a także przekraczania granicy swojej intymności może prowadzić do szeregu negatywnych konsekwencji zarówno pod względem zdrowia fizycznego, jak i psychicznego³¹³.

W związku z powyższymi rozważaniami należy zastanowić się nad działaniami, które powinny przyczynić się do zredukowania przeludnienia, usunięcia jego negatywnych konsekwencji, ale przede wszystkim nad czynnościami profilaktycznymi, aby owe przeludnienie nie miało racji bytu. Tym samym jako przykłady metod zapobiegawczych (ale również zmierzających do likwidacji przeludnienia) można wskazać zmianę polityki karania poprzez orzekanie innych kar niż izolacyjne lub stosowanie warunkowego przedterminowego zwolnienia (które to będzie wpływało także pozytywnie na kondycję psychiczną osadzonych, ich nadzieję i motywację do zmiany swoich postaw), zwiększenie pojemności istniejących jednostek penitencjarnych lub budowę nowych obiektów, techniczną modernizację systemu dozoru elektronicznego umożliwiające jego powszechniejsze stosowanie, a także zmniejszenie populacji więziennej. Jednak w sytuacjach, gdy dochodzi już do przeludnienia zadaniem instytucji państwowych powinno być w miarę możliwości przeciwdziałanie jego skutkom i łagodzenie ich, które to działania będą również przejawem ochrony zdrowia osadzonych, ich humanitarnego traktowania i poszanowania godności ludzkiej (w szczególności, że izolacja w warunkach przeludnienia może ewoluować w torturę³¹⁴), ale także zmierzania do

³¹¹ *Ibidem*, s. 183.

³¹² Por. K. Bedyński, M. Wołowicz, *Zbiorowe protesty w zakładzie penitencjarnym – próba definicji, klasyfikacji przyczyn i metodologiczne propozycje badań zjawiska*, Przegląd Penitencjarny i Kryminologiczny 1989, nr 17, s. 59-60.

³¹³ Por. A. Baładynowicz, *Probacja. Resocjalizacja z udziałem społeczeństwa*, Warszawa 2011, s. 129.

³¹⁴ J. Jasiński, *op. cit.*, s. 5; A. Nawój-Śleszyński, *op. cit.*, s. 187.

ureczywistnienia realizacji celu kary pozbawienia wolności mimo znacznie trudniejszych warunków. Działania takie mogą polegać na poszerzeniu zajęć kulturalno-oświatowych, zagospodarowaniu wolnego czasu osadzonych, maksymalizacji czasu współpracy z poszczególnymi jednostkami³¹⁵, które to działania wymagają jednak poniesienia chociażby dodatkowych nakładów z uwagi na zwiększenie kadry jednostek penitencjarnych.

Jednak jako formę działań zmierzających do przeciwdziałania i łagodzenia skutków ewentualnego przeludnienia można również wskazać dodatkowe konsultacje psychologiczne. Jak wynika już z dotychczasowych rozważań następstwem zakreślonego zjawiska jest bowiem szereg ujemnych czynników z zakresu zdrowia psychicznego. Mogą one wynikać ze swego rodzaju niemożności poradzenia sobie przez osadzonych z warunkami panującymi w następstwie przeludnienia, które to warunki godzą w ich sferę osobistą. Rola psychologa w tym wypadku powinna skupić się na udzieleniu pomocy co do poradzenia sobie przez osadzonych z zaistniałą sytuacją, przetrwania jej. Pomoc psychologiczna winna skutkować również zapobieganiem powstawania konfliktów (zarówno między samymi osadzonymi, jak i pomiędzy osadzonymi i pracownikami danej jednostki), czy protestów, np. w formie zbiorowych głódówek.

Podsumowując rozważania w przedmiocie przeludnienia jednostek penitencjarnych bezsprzecznie należy stwierdzić, że jest to zjawisko wywołujące szereg patologii w warunkach izolacji. Dysfunkcje te z kolei wpływają negatywnie na proces readaptacji społecznej osadzonych, przestrzeganie ich praw, a także stan ich zdrowia fizycznego i psychicznego. Należy o tym pamiętać, gdyż mimo iż w chwili obecnej w Polsce problem przeludnienia w skali kraju nie jest udokumentowany, to jednak jeszcze niedawno stanowił on kluczowe zagadnienie polskiego systemu penitencjarnego. Jednocześnie warto być świadomym przede wszystkim sposobów zapobiegania zjawisku przeludnienia, a także niwelowania jego skutków, gdyż trudno przewidzieć kiedy można mieć z nim do czynienia. O ile bowiem można zapobiegać przeludnieniu w warunkach codziennej pracy i egzystencji to warto zauważyć, iż mogą pojawić się również sytuacje nadzwyczajne, jak np. katastrofa budowlana, atak terrorystyczny, konflikt zbrojny. Wówczas zarówno system prawny, jak i jednostki penitencjarne i ich pracownicy powinni być przygotowani na podejmowanie stosownych działań.

³¹⁵ A. Nawój-Śleszyński, *op. cit.*, s. 189.

3.5. Rola psychologa w postępowaniu penitencjarnym

W toku prowadzonych rozważań niejednokrotnie podkreślano związek ochrony zdrowia osadzonych z ich readaptacją społeczną. Konieczne jest jednak, aby owo zdrowie było chronione zarówno w rozumieniu jego fizycznego aspektu, jak również psychicznego. Wynika to bowiem z zależności pomiędzy stanem emocjonalnym osoby pozbawionej wolności, jej podatności na wpływy innych osadzonych, poczucie ewentualnego wykluczenia i niezrozumienia, a możliwością podjęcia przez nią współpracy celem swojej readaptacji społecznej, chęcią zmiany swoich postaw oraz uniknięciem występowania m.in. zaburzeń psychicznych, czy chorób psychosomatycznych. Tym samym w toku procesu izolacji niezbędna zdaje się okazać pomoc psychologa, która to może służyć jako narzędzie profilaktyczne w sferze społecznej oraz zdrowotnej (celem uniknięcia odpowiednio, np. demoralizacji przez współosadzonych lub rozwoju zaburzeń psychicznych), jak również może oddziaływać na poczucie zrozumienia osadzonego, uzyskiwanego wsparcia i dostrzeżenia przez niego potrzeby zmiany swoich postaw wobec wartości akceptowalnych w społeczeństwie otwartym.

Nadmienić należy, że tematyka działań psychologów w toku wykonywania kary pozbawienia wolności jest obszernym zagadnieniem regulowanym przez przepisy prawa (np. art. 83 k.k.w., rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych³¹⁶). Bacząc na tematykę opracowania jako zasadne wydaje się poddanie pod rozagę przede wszystkim potrzebę pomocy psychologicznej osadzonym oraz jej skutków w toku wykonywania kary pozbawienia wolności.

Warto wskazać na zależność dziedzin takich jak psychologia i prawo, które to w toku działań penitencjarnych mają silne powiązania. Wynika to zapewne z faktu, iż nauka prawa – a szczególnie prawa karnego – w dużej mierze sprowadza się do oceny poszczególnych zachowań pod względem ich legalności. Z kolei psychologia skupia się na poznaniu mechanizmów owych działań oraz znalezienia ich przyczyn. Z tego względu w toku wykonywania kary pozbawienia wolności pomoc psychologa może pomóc zarówno poznać osobowość danego osadzonego i role społeczne, a w następstwie dostosować do niego

³¹⁶ 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. 2000 nr 29 poz. 369.

indywidualnie programy oddziaływania penitencjarnego, jak również dostrzec samemu osadzonemu znaczenie swoich czynów, ich opłacalność i możliwość życia zgodnie z panującymi normami społecznymi i prawnymi. Zagadnienie to jest istotne także z uwagi na fakt, iż jak zostanie zaprezentowane to w toku dalszych rozważań w przedmiocie przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy badaniach empirycznych osadzeni deklarują zarówno problemy natury emocjonalnej i nieradzenie sobie z izolacją, jak również potrzebę pomocy psychologicznej. Wielce prawdopodobne, że w konsekwencji takich działań skuteczne mogłoby okazać się zapobieganie próbom samobójczym, autoagresji, czy przemocy, przy jednoczesnym wsparciu zachowania więzi rodzinnych i społecznych, co zapobiegałoby poczuciu wykluczenia i tym samym dobrej kondycji psychofizycznej.

Biorąc tym samym pod uwagę dotychczasowe rozważania można stwierdzić, że osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności jest w dużej mierze uzależnione od diagnozy danego osadzonego i dostosowanej indywidualnie do niego pomocy psychologicznej³¹⁷. Jest to tym bardziej ważne, gdyż ową pomoc można traktować także jako przejaw poszanowania godności ludzkiej, przestrzegania zasady humanitaryzmu, a także praw człowieka. Osoby pozbawione wolności muszą mieć bowiem zapewnione takie warunki, które wykluczają poniżające i nieludzkie traktowanie, a które to będą umożliwiały im prawidłowe funkcjonowanie w warunkach izolacji celem zmiany swoich postaw.

Działania psychologów powinny tym samym w dużej mierze mieć charakter profilaktyczny i prospektywny, zarówno pod względem społecznym, jak i zdrowotnym. Z tego względu należy przyjąć, że w każdej jednostce penitencjarnej powinni być zatrudnieni psycholodzy w liczbie umożliwiającej rzetelną i efektywną współpracę z osadzonymi oraz którzy to byłiby do dyspozycji w ramach zgłaszanych potrzeb poszczególnych osób izolowanych, ale którzy również okresowo przeprowadzaliby diagnostyczne rozmowy ze wszystkimi osadzonymi. Wówczas możliwe stałoby się ograniczenie negatywnych skutków izolacji, np. w postaci demoralizacji, rozpadu więzi rodzinnych, wrogiego nastawienia względem pracowników penitencjarnych, konfliktów między osadzonymi, ale również autoagresji, czy zaburzeń psychicznych i chorób psychosomatycznych. Podkreślić po raz wtóry należy, że osadzeni powinni mieć zapewnione warunki, które będą zmierzały do wzbudzenia w nich chęci współpracy w toku ich readaptacji społecznej, ale również takie, aby osoby pozbawione wolności w ogóle były w stanie podjąć samodzielnie jakiegokolwiek działania. Osadzony, który

³¹⁷ Por. A. Szymanowska, *Więzienie i co dalej*, Warszawa 2003, s. 191.

będzie borykał się, np. z zaburzeniami psychicznymi nie będzie miał bowiem rozeznania co do swoich decyzji i zachowań lub całkiem ograniczą mu one możliwość jakiegokolwiek działania celem zmiany swoich postaw.

Potrzeba zwiększonej pomocy psychologicznej może wynikać także z tego, iż chociażby wychowawcy na poszczególnych oddziałach jednostek penitencjarnych mogą nie być w stanie pogodzić wszystkich obowiązków w czasie celem odpowiedniego wsparcia osadzonych, ale również z uwagi na to, że osoby izolowane mogą być negatywnie nastawione do owych wychowawców. W takich przypadkach korzystna wydaje się ingerencja osoby trzeciej, która pozna osobowość danego osadzonego, wykaże zrozumienie, wsparcie, zyska jego zaufanie i nakieruje na prawidłowe działanie. Dokładne poznanie osoby pozbawionej wolności jest ważne z uwagi na, np. odpowiednią klasyfikację osadzonych, ale także owe zrozumienie i wsparcie, które urzeczywistni ich readaptację społeczną przy zastosowaniu specjalistycznych technik oddziaływania. Z tych względów jako konieczne należy uznać poznanie środowiska w jakim funkcjonował w społeczeństwie otwartym osadzony, jego relacji rodzinnych, procesu wychowania i socjalizacji³¹⁸, aby działania penitencjarne były zindywidualizowane. Z zagadnieniami tymi powiązać można także poczucie swojego bezpieczeństwa przez osadzonych, które to w dużej mierze wpływa na ich dalsze zachowanie. Wynika to bowiem z tego, iż w przypadkach, gdy osoba izolowana czuje się zagrożona wówczas może poszukiwać sposobów na opuszczenie celi lub całej konkretnej jednostki penitencjarnej. Do osiągnięcia zamierzonego celu osadzony może posłużyć się głodówką, atakami autoagresji lub nawet próbą samobójczą. W takich przypadkach może dojść do zaburzeń psychicznych, rozwoju chorób psychosomatycznych, ale także zagrożenia zdrowia i życia osoby pozbawionej wolności. Właśnie z tych względów pomoc psychologa może po raz kolejny okazać się niezbędna na różnych płaszczyznach. Pierwotnie psycholog winien bowiem starać się zapobiegać takim rodzajom zdarzeń, a w przypadku ich pojawienia się doprowadzić do złagodzenia ich skutków oraz zidentyfikowania przyczyn danego zachowania osadzonego.

Podsumowując powyższe rozważania w przedmiocie pomocy psychologicznej osadzonym należy przyjąć, że jest ona niezbędna z uwagi na dolegliwość kary pozbawienia wolności i jej skutki, a więc chociażby stres psychologiczny. Problemy stanów emocjonalnych, zachowań i myślenia mogą bowiem wiązać się ze swego rodzaju oderwaniem osadzonego od jego

³¹⁸ Por. I. Niewiadomska, *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*, Lublin 2007, s. 153-155; P. Szczepaniak, *Kara pozbawienia wolności a wychowanie*, Kalisz–Warszawa 2003, s. 443-444.

naturalnego środowiska w społeczeństwie otwartym, a następnie koniecznością poddania określonym rygorom panującym w jednostkach penitencjarnych i zmierzeniem się z szeregiem oddziaływujących na jego psychikę bodźców, m.in., ze strony współosadzonych, a także możliwym poczuciem odrzucenia i samotności. Konsekwencją mogą być zaburzenia emocjonalne, napięcie psychiczne, złe samopoczucie, lęk, przygnębienie, depresję, które to mogą doprowadzić do wspomnianych już dalej idących zachowań autoagresywnych, czy zaburzeń psychicznych. Takie zjawiska z kolei mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia osadzonych, uniemożliwiać osiągnięcie celów wykonywania kary pozbawienia wolności, zagrażać bezpieczeństwu społeczeństwa otwartego oraz prognozować powrót do popełniania przestępstwa przez danego osadzonego po opuszczeniu jednostki penitencjarnej.

4. Sytuacja osób pozbawionych wolności w polskich jednostkach penitencjarnych w zakresie ochrony ich zdrowia

Wszelkie dotychczasowe rozważania w przedmiocie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności należy odnieść do rzeczywistego stanu panującego w jednostkach penitencjarnych, które były poddawane kontrolom zarówno przez Najwyższą Izbę Kontroli, jak i Helsińską Fundację Praw Człowieka. Podmioty te podejmowały bowiem przedmiotową tematykę z uwagi na dostrzeżenie, iż zazwyczaj nie jest ona podejmowana na szeroką skalę, a większość ewentualnych dysfunkcji pozostaje bolączkami danych jednostek i instytucji państwowych. Ponadto Europejski Trybunał Praw Człowieka wydał kilka wyroków przeciwko Polsce³¹⁹ w przedmiocie skarg związanych z jakością ochrony zdrowia osób izolowanych, które to uznano jako zasadne. W owych orzeczeniach wskazano na takie zaniedbania jak:

- brak zapewnienia właściwej opieki medycznej w odpowiednim czasie,
- brak przekazania w odpowiednim czasie sądowi informacji na temat zdrowia skarżącego,

³¹⁹ Wyrok ETPCz z dnia 09 grudnia 2008 r. w sprawie skargi nr 77766/01 - http://trybunal.gov.pl/uploads/media/Sprawa_Dzieciak_przeciwko_Polsce__skarga_nr_77766_01__wyrok_z_dnia_9_grudnia_2008_r.__.pdf [dostęp online: 16 kwietnia 2019 r.].

Wyrok ETPCz z dnia 03 lutego 2009 r. w sprawie skargi nr 23052/05 - http://trybunal.gov.pl/uploads/media/Sprawa_Kaprykowski_przeciwko_Polsce__skarga_nr_23052_05__wyrok_z_dnia_3_lutego_2009_r.__.pdf [dostęp online: 16 kwietnia 2019 r.].

- przedłużanie tymczasowego aresztowania bez uwzględnienia stanu zdrowia skarżącego,
- brak przeprowadzenia odpowiedniego postępowania wyjaśniającego odnośnie postawionych zarzutów,
- niezapewnienie odpowiedniej opieki medycznej przez wiele lat izolacji osadzonemu choremu na epilepsję,
- niedostateczna organizacja współpracy pomiędzy takimi podmiotami, jak sąd penitencjarny i komisja, a lekarzami.

Z kolei Helsińska Fundacja Praw Człowieka³²⁰ wskazuje, że w toku przeprowadzonego programu „Opieka zdrowotna w polskich więzieniach – dążenie do zgodności ze standardami człowieka” ustalono, iż głównymi problemami w tym przedmiocie są, m.in.:

- brak odpowiednio wyspecjalizowanej kadry medycznej,
- przeciążenie kadry medycznej,
- warunki leczenia panujące w jednostkach penitencjarnych,
- infrastruktura medyczna,
- okres oczekiwania osadzonych na uzyskanie pomocy medycznej,
- sposób traktowania chorych osadzonych,
- stosowane sposoby diagnozowania i leczenia,
- brak orzekania przerwy w wykonywaniu kary pobawienia wolności z uwagi na stan zdrowia osadzonych,
- stosowanie tymczasowego aresztowania pomimo zdrowotnych przeciwwskazań,
- brak przystosowania jednostek penitencjarnych do izolacji osób niepełnosprawnych i starszych,
- brak wystarczających środków finansowych.

Kontrole z zakresu prawidłowej realizacji prawa do ochrony zdrowia osadzonych przeprowadziła także w 2012 roku Najwyższa Izba Kontroli, która to w efekcie sporządziła Informację o wynikach kontroli, pt.: „Sprawowanie opieki medycznej wobec osób

³²⁰ Helsińska Fundacja Praw Człowieka, *Więzienna służba zdrowia. Obecny stan dyskusji i kierunki reform*, <http://www.hfhrpol.waw.pl/zdrowiewwiezieniu/images/stories/file/OpiekaZdrowotna.pdf> [dostęp online: 16 kwietnia 2019 r.], s. 5.

pozbawionych wolności”³²¹. Dane te, mimo iż zebrane kilka lat temu, nadal należy uznać za przydatne, gdyż obrazują z jakimi problemami w zakresie ochrony zdrowia mogą spotkać się lub muszą nadal się mierzyć zarówno jednostki penitencjarne, jak i sami osadzeni. Jednocześnie wyniki ww. kontroli będą stanowiły odniesienie do przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy badań empirycznych. Tym samym wskazać należy, że NIK podkreśliła przede wszystkim problem z infrastrukturą techniczną więziennej służby zdrowia, przestarzałym sprzętem medycznym, a także z nieprzestrzeganiem terminów określonych do przeprowadzania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych. Warto poddać pod rozważenie związek owych problemów z niedostatecznymi środkami finansowymi. Należy uznać ten temat za istotny, gdyż niewystarczający zasób pieniędzy warunkuje zły stan sanitarny jednostek i sprzętu medycznego, ale może także determinować braki leków i deficyt personelu medycznego. O ówczesnej jakości świadczonych usług medycznych i możliwości skutecznego leczenia świadczy chociażby, iż w 11 z 17 badanych przez NIK jednostkach penitencjarnych stwierdzono istnienie aparatów rentgenowskich, które były nie tylko przestarzałe, ale nie przechodziły także koniecznych przeglądów technicznych, a podczas wykonywania badań z ich użyciem osadzeni nie mieli zapewnianych koniecznych środków bezpieczeństwa.

Odnosząc się z kolei do danych w przedmiocie uzyskiwanych porad medycznych przez osadzonych wskazanych w ww. raporcie kontroli wynika, że sukcesywnie rośnie ich ogólna liczba, jednak w 2010 i 2011 r. osoby pozbawione wolności najczęściej korzystały z pomocy psychiatrii, które to stanowiły odpowiednio 25,2% i 26% udzielonych porad specjalistycznych. Jednak mimo uzyskiwania przez osadzonych specjalistycznej pomocy psychiatrycznej na przestrzeni lat 2010-2012 wzrosła o kilkaset liczba orzekanych przerw w wykonywaniu kary pozbawienia wolności. Tym samym należy poddać pod rozważenie przyczyny takiego zjawiska. Mogą one bowiem wiązać się z niedostateczną jakością uzyskiwanej pomocy, istniejącą presją otoczenia i obawą wykluczenia wynikającego z izolacji. Zapewne do zredukowania tego zjawiska przyczyniłaby się współpraca osadzonych z psychologiem, która – jak zostało już omówione – może okazać się istotnym elementem działań penitencjarnych zarówno pod względem redukcji skutków izolacji, ale przede wszystkim jako środek profilaktyczny, który umożliwi prawidłowe wykonywanie kary pozbawienia wolności i umożliwi osiągnięcie celu jej wykonywania.

³²¹Informacja o wynikach kontroli. Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności; NIK, Nr ewid. 180/2012/P/12/122/KZD; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,4619,vp,6181.pdf> [dostęp online: 10 kwietnia 2019 r.].

Celem zobrazowania sytuacji osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych, istniejącego w naszym kraju systemu, a także poszukiwania ewentualnych rozwiązań zwiększających efektywność wykonywania kary pozbawienia wolności zasadne wydaje się również odwołanie do sytuacji panujących w innych krajach europejskich. We Francji bowiem celem zwiększenia efektywności więziennej służby zdrowia i zredukowania problemów finansowych osadzonych objęto powszechnym systemem zdrowotnym. Rozwiązanie takie ma miejsce również w Wielkiej Brytanii. Z kolei aktualnie prowadzone są transformacje struktur ochrony zdrowia w jednostkach penitencjarnych w takich krajach jak Włochy, Szkocja i Gruzja. Ostatnie z wymienionych państw celem zreformowania więziennej ochrony zdrowia i wyeliminowania istniejących problemów aktywnie współpracuje z CPT szczególnie przy tym analizując raporty komitetu. W toku wprowadzanych zmian zwiększono kwalifikacje personelu medycznego jednostek penitencjarnych oraz wyposażono ambulatoria w nowoczesny i potrzebny sprzęt³²².

Biorąc pod uwagę dotychczasowe rozważania w przedmiocie realizacja prawa do ochrony zdrowia osadzonych już w chwili obecnej należy zaznaczyć, iż zarówno na arenie europejskiej, jak i krajowej temat ten może wywoływać *sui generis* problemy. Wiąże się to bowiem z koniecznością przestrzegania w toku wykonywania kary pozbawienia wolności fundamentalnych standardów takich, jak poszanowanie godności ludzkiej osadzonych, ich humanitarne traktowanie, zakaz stosowania tortur oraz niehumanitarnego i poniżającego traktowania. Działania podejmowane przez instytucje państwowe, jak i personel jednostek penitencjarnych muszą jednak – w toku istniejących obwarowań, reżimu i dolegliwości wykonywania kary pozbawienia wolności – zmierzać do readaptacji społecznej osób izolowanych. Jest to tym bardziej istotne, iż wszystkie wymienione elementy stanowią tym samym złożony system, w którym to obowiązek zapewnienia realizacji osobie izolowanej jej praw ciąży na instytucjach państwowych. W konsekwencji podmioty te są zobowiązane do działania na różnych polach, przez co również może dochodzić do różnego rodzaju dysfunkcji – także w zakresie ochrony zdrowia osadzonych. Z tych względów na dalszym etapie pracy jako ważny element rozważań wydaje się omówienie przeprowadzonych badań empirycznych wraz z odniesieniem ich do dotychczasowych zebranych danych.

³²² Helsińska Fundacja Praw Człowieka, *op. cit.*, s. 17-18.

ROZDZIAŁ V

Problemy polskiego więziennictwa w zakresie ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności na przykładzie Zakładu Karnego w Lublińcu (obecnie Oddział Zewnętrzny w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach) i Aresztu Śledczego w Piotrkowie Trybunalskim

Zaprezentowana wcześniej przekrojowa analiza polskiego systemu penitencjarnego wraz z wiążącymi regulacjami międzynarodowymi, które odnoszą się do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności, została także oparta na orzecznictwie krajowym i europejskim oraz dostępnych danych, m.in. Służby Więziennej i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. W celu dopełnienia podjętych rozważań niezbędne jest jak się zdaje przeprowadzenie badań własnych.

Słowem wstępu do opracowania dotyczącego przeprowadzonych badań, należy chociaż pokrótce wyjaśnić pojęcie metodologii. Najogólniej można nakreślić ją jako dziedzinę nauki zajmującą się logiką, metodami badań i procedurami badawczymi, ale także postępowaniem i typami wnioskowania, które to stosowane są w określonej dyscyplinie naukowej. W następstwie zaprezentowanego stanowiska można przyjąć, że metodologia jest nauką o zasadach i sposobach przeprowadzania badań naukowych³²³. W rozumieniu *sensu largo* metodologię można z kolei określić się jako naukę dotyczącą metod badawczych, która jednocześnie uwzględnia warunki uzyskania oraz formułowania posiadanej, zdobytej wiedzy. Metodologia badań polega jednak również na wymianie krytycznych uwagi obserwacji. W następstwie powyższego możliwe staje się opracowanie odpowiednich metod i technik badawczych³²⁴. Jednocześnie wskazać należy na termin samego „badania”, który to zgodnie ze znaczeniem słownikowym oznacza poznawanie czegoś za pomocą analizy naukowej³²⁵. Dalsze rozważania w tym przedmiocie zostaną jednak pominięte z uwagi na swoją obszerność i specjalistyczny charakter, a także z uwagi na tematykę niniejszej rozprawy.

³²³R.A. Podgórski, *Metodologia badań socjologicznych. Kompendium wiedzy metodologicznej dla studentów*, Bydgoszcz – Olsztyn 2007, s. 14.

³²⁴*Ibidem*, s. 53.

³²⁵L. Drabik, E. Sobol, *op. cit.*, s. 16.

1. Przedmiot i cel badań

Na wstępie jako niezbędne należy jednak uznać określenie tematu przeprowadzanych badań, aby w dalszej kolejności możliwe stało się wskazanie ich przedmiotu, a ostatecznie wyznaczenie celu owych badań. W niniejszej pracy, zgodnie z jej tematem, poruszono problem ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności. Priorytetem stało się w tym przypadku scharakteryzowanie polskiego systemu penitencjarnego oraz jego uregulowań prawnych w zakresie prawa do ochrony zdrowia więźniów, obecnych warunków jakie panują w zakładach karnych oraz weryfikacja ich z obowiązującym stanem prawnym i realizacją celów kary.

W literaturze i praktyce podnosi się, że każde badanie naukowe musi mieć swój cel. Warto w tym momencie odwołać się do definicji celu badań zaprezentowanej przez A.W. Maszke, która to jest w swej istocie bardzo uniwersalna. Zgodnie z tym stanowiskiem cel przeprowadzanych badań naukowych to: „dostarczenie dającej się zweryfikować wiedzy umożliwiającej opisanie, zrozumienie i wyjaśnienie interesujących badacza zjawisk i procesów, jak i przewidywanie wynikających z nich następstw”³²⁶. Celem niniejszej pracy stało się przeprowadzenie przekrojowej analizy polskiego systemu penitencjarnego wraz z wiążącymi regulacjami międzynarodowymi, które odnoszą się do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności oraz skonfrontowanie jej wniosków z wynikami badań własnych.

Punktem odniesienia niezbędnym do właściwego postawienia wniosków stała się również dokonana już analiza orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka i orzecznictwa sądów polskich z głównym naciskiem na uregulowania zawarte w polskim kodeksie karnym wykonawczym. Rozważania te finalnie będzie można odnieść do zaprezentowanych w dalszej części pracy wyników ankiet przeprowadzonych w jednostkach penitencjarnych, które to zostały skierowane zarówno do osadzonych jak i administracji więziennej. Jako efekt końcowy prowadzonych badań wskazać można opracowanie modelu funkcjonowania polskiego systemu penitencjarnego w zakresie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności oraz opracowanie wniosków *de lege ferenda*, które mogą wpłynąć na prawidłową realizację celów kary poprzez zagwarantowanie ochrony zdrowia osobom pozbawionym wolności.

³²⁶ A. W. Maszke, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Rzeszów 2008, s. 91.

2. Problemy badawcze i hipotezy

Jako najważniejszy etap przeprowadzanych badań naukowych można uznać określenie problemów badawczych, które to można zdefiniować po wskazaniu tematu, przedmiotu oraz celów badań. J. Brzeziński wskazuje, że „problem badawczy to tyle, co pewne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie”³²⁷. W przypadku niniejszej rozprawy jako problem badawczy można wskazać odpowiedź na pytania:

- Czy obecny system prawny w należyty sposób odpowiada potrzebom w zakresie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności?
- Czy prawo przysługujące osobom pozbawionym wolności do ochrony zdrowia jest należycie realizowane? Jeśli nie – to w jakim zakresie należy zmienić polski system prawnokarny oraz praktykę, aby zagwarantować ochronę zdrowia osobom pozbawionym wolności w jak najszerszym zakresie w zgodzie z międzynarodowymi standardami przy jednoczesnej realizacji celów kary?

W celu uzyskania odpowiedzi na pytania główne oraz zaproponowania ewentualnych zmian, należy przeanalizować kilka zagadnień, które są niezbędne do oceny modelu ochrony zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności w Polsce, jego założeń oraz odniesienia do panujących realiów. Szczegółowej analizy wymagają:

- międzynarodowe i europejskie uregulowania prawne dotyczące prawa do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności,
- polski system prawny z głównym uwzględnieniem kodeksu karnego wykonawczego i obowiązujących w nim zasad odnoszących się do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności,
- orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka,
- orzecznictwa polskich sądów,
- problemy praktyczne polskiego więziennictwa w zakresie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności.

W toku przeprowadzanych badań naukowych konieczne staje się także sformułowanie hipotez, a więc swego rodzaju przypuszczeń, które po uzyskaniu wyników badań poddawane są weryfikacji. W odniesieniu do niniejszych badań wyróżniono na wstępie takie hipotezy jak:

³²⁷ J. Brzeziński, *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 2004, s. 216.

1. Na państwie spoczywa specjalny obowiązek ochrony zdrowia więźniów z uwagi na ich szczególny charakter, który polega na ich niemal zupełnej zależności od wskazanej instytucji.
2. Realizacja prawa do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności budzi zastrzeżenia.
3. Regulacje prawne dotyczące prawa do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności są ujęte zbyt szeroko, a w konsekwencji można mieć wątpliwości co do ich precyzji, co w konsekwencji może utrudniać ich stosowanie.
4. Bywa, że realia związane z ochroną zdrowia osób pozbawionych wolności w polskich zakładach karnych pozostają w kolizji z europejskimi i krajowymi normami prawnymi.
5. Państwo nie realizuje w pełni ciężącego na nim obowiązku zapewnienia należytej ochrony zdrowia osobom pozbawionym wolności.
6. Prawo do ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności wiąże się z zasadą humanitaryzmu wykonywania kary pozbawienia wolności, zapewnieniem gwarancji przestrzegania praw człowieka oraz godności ludzkiej.

3. Wybrane metody, techniki i narzędzia badawcze

Aby przeprowadzenie badań naukowych przyniosło oczekiwane rezultaty, a co za tym idzie, aby badacz mógł uzyskać odpowiedzi na postawione hipotezy, konieczny staje się odpowiedni dobór metod i technik badawczych, które muszą być uporządkowane i dopasowane do tematu i możliwości ich przeprowadzenia w konkretnym przypadku³²⁸.

W toku niniejszych rozważań oraz przeprowadzonych badań naukowych posłużono się metodą badań jakościowych przy jednoczesnym wykorzystaniu technik takich jak analiza dokumentów, analiza treści i kwestionariuszy ankiet. Na potrzeby przedmiotowej rozprawy opracowano dwa kwestionariusze ankiet. Pierwszy typ skierowany był do jednostek

³²⁸ Szerzej na ten temat: M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2006, s. 27; R. Ackoff, *Decyzje optymalne w badaniach stosowanych*, Warszawa 1969, s. 21; A. W. Maszke, *op. cit.*, s. 157.

penitencjarnych, zaś drugi do osób w nich osadzonych. Celem możliwości przeprowadzenia owych badań została uzyskana zgoda Dyrektora Generalnego Służby Więziennej na skierowanie ww. ankiet do takich jednostek jak:

- Areszt Śledczy w Częstochowie
- Areszt Śledczy w Łodzi
- Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim
- Zakład Karny nr 1 w Łodzi
- Zakład Karny nr 2 w Łodzi
- Zakład Karny w Bydgoszczy-Fordonie
- Zakład Karny w Łowiczu
- Zakład Karny w Oleśnicy
- Zakład Karny w Płocku
- Zakład Karny w Sieradzu
- Zakład Karny we Włocławku

Ankiety (po 50 egzemplarzy do każdego podmiotu) zostały wysłane listami poleconymi do wskazanych jednostek w lipcu 2018 r.

4. Charakterystyka obiektów badawczych wraz z wynikami ankiet skierowanych do jednostek penitencjarnych

Mimo uzyskania wyżej wskazanej zgody na przeprowadzenie przedmiotowych badań od Dyrektora Generalnego Służby Więziennej uzyskano odpowiedzi zwrotne jedynie z dwóch placówek, tj. ówczesnego Zakładu Karnego w Lublińcu oraz Aresztu Śledczego w Piotrkowie Trybunalskim, które to dane były zebrane w sierpniu 2018 r.

4.1. Oddział Zewnętrzny w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach (dawniej: Zakład Karny w Lublińcu)

Pierwszą z badanych jednostek jest Zakład Karny w Lublińcu, który to został przekształcony na mocy Zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 sierpnia 2018 r.³²⁹ w Oddział Zewnętrzny Zakładu Karnego w Herbach od dnia 01 grudnia 2018 r., a więc już po przeprowadzonych badaniach. Jednostka ta stanowi zakład typu otwartego wraz z oddziałami aresztu śledczego, a także typu półotwartego i otwartego. Pojemność Oddziału wynosi 230 miejsc, a w sierpniu 2018 r. aktualna liczba osadzonych wynosiła 192 osoby, z czego czterema osobami byli mężczyźni. Kobiety mogą odbywać w tej jednostce karę pozbawienia wolności na oddziałach terapeutycznych skierowanych do osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych, upośledzonych umysłowo oraz z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi.

Zgodnie z danymi wskazanymi przez Służbę Więzienną w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu wobec osadzonych kobiet, które odbywają karę w oddziałach terapeutycznych realizuje się specjalistyczne programy, jak:

- ✓ program edukacyjno-terapeutyczny dla kobiet z problemem alkoholowym,
- ✓ program edukacyjno-terapeutyczny dla kobiet ofiar przemocy domowej,
- ✓ trening umiejętności społecznych,
- ✓ trening gospodarowania budżetem domowym,
- ✓ program edukacyjny w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób zakaźnych i cywilizacyjnych,
- ✓ trening załatwiania spraw urzędowych³³⁰.

Z przeprowadzonych badań ankietowych skierowanych bezpośrednio do administracji jednostek penitencjarnych uzyskano informację, iż w ówczesnym Zakładzie Karnym w Lublińcu:

- znajdowało się 8 łóżek dla chorych,
- były 3 gabinety przyjęć i konsultacji,
- w jednostce istniał gabinet dentystyczny,

³²⁹ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 sierpnia 2018 r. w sprawie utworzenia w Lublińcu Oddziału Zewnętrznego Zakładu Karnego w Herbach, http://g.ekspert.infor.pl/p/_dane/akty_pdf/U06/2018/65/245.pdf#zoom=90 [dostęp online: 07 stycznia 2019 r.].

³³⁰ <https://www.sw.gov.pl/strona/opis-zaklad-karny-lubliniec> [dostęp online: 07 stycznia 2019 r.].

- w jednostce pracowało 6 psychologów, 6 lekarzy (1 psychiatra, 1 chirurg, 1 ginekolog, 1 dentysta i 2 internistów) oraz 5 pielęgniarek – przy czym nikt z personelu medycznego nie pracował w pełnym wymiarze czasu,
- w jednostce przebywały 2 osoby niepełnosprawnie fizycznie,
- na przestrzeni ostatnich 5 lat miał miejsce 1 zgon na tle chorobowym.

Na obecnym etapie rozważań wskazać trzeba, że z omawianej jednostki penitencjarnej nie uzyskano odpowiedzi na takie pytania jak:

- liczba izolatek dla chorych skazanych,
- czy częściej występują wśród osadzonych choroby fizyczne, czy psychiczne i inne zaburzenia,
- liczba konsultacji lekarskich udzielonych osobom pozbawionym wolności,
- liczba samobójstw,
- liczba zgonów w wyniku czynu zabronionego.

Wskazano jednak, że najczęstszymi dolegliwościami (chorobami) fizycznymi wśród osadzonych są bóle głowy, nadciśnienie tętnicze i choroby układu krążenia – nie podano jednak liczby występujących przypadków, o co również pytano. Z kolei jako trzy najczęściej występujące zaburzenia (choroby) psychiczne wskazano zaburzenia osobowości, nerwice i padaczkę.

Administracja badanej jednostki wskazała także, że średnio 1 raz na rok kierowana jest przez osadzonych skarga w związku z ochroną ich zdrowia, ale w ostatnich 5 latach żadna z nich nie została uznana za zasadną. Z kolei we wskazanym czasie przeprowadzono 17 postępowań w zakresie udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności w związku ze stanem zdrowia danych osadzonych, z czego 4 razy orzeczono ową przerwę.

Szczegółowe wnioski na temat uzyskanych wyników będą konstruowane na dalszym etapie opracowania z uwagi na zestawienie danych zebranych od jednostek penitencjarnych i od osób odbywających w nich karę pozbawienia wolności. Już w chwili obecnej warto jednak zauważyć, że obecny Oddział Zewnętrzny w Lublińcu w przeprowadzonej ankiecie wskazał na potrzebę modernizacji ZOZ celem zapewnienia efektywniejszej ochrony zdrowia osadzonych, jednak nie podano szczegółów w tym zakresie.

4.2. Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim

Drugą jednostką penitencjarną, która została poddana analizie jest Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim. Z danych prezentowanych przez Służbę Więzienną jednostkę tę można scharakteryzować jako miejsce pobytu tymczasowo aresztowanych, ale także dla mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności zarówno po raz pierwszy jak i dla recydywistów penitencjarnych. Na terenie jednostki znajduje się także Oddział Terapeutyczny dla osadzonych uzależnionych od alkoholu. Ciekawostką jest jednak pojemność Aresztu Śledczego w Piotrkowie Trybunalskim, którą Służba Więzienna podaje w wymiarze 701 miejsc dodatkowo z miejscami w Oddziale Zewnętrznym w Goleszach (pojemność 71 osadzonych) oraz w Ośrodku Tymczasowego Zakwaterowania Skazanych przy Ośrodku Szkolenia Służby Więziennej w Kulach Oddziale Zamiejscowym w Sulejowie (pojemność 30 osadzonych)³³¹. W sumie pojemność zakładu zgodnie z tymi danymi ma wynosić 792 miejsca, przy czym w danych podanych bezpośrednio przez omawiany Areszt Śledczy liczba ta wynosi 799 miejsc.

Z uzyskanych w toku badań danych wynika, że zgodnie ze stanem z sierpnia 2018 r. w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim przebywało 734 osadzonych mężczyzn. Omawiana jednostka penitencjarna nie odpowiedziała na pytania na temat liczby łóżek dla chorych osadzonych, liczby izolatek, liczby pracujących psychologów na jej terenie oraz na temat liczby przeprowadzonych postępowań incydentalnych dotyczących osadzonych w związku ze stanem ich zdrowia. Z przeprowadzonych badań ankietowych uzyskano jednak informację, iż w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim:

- znajdują się 3 gabinety przyjęć i konsultacji,
- gabinet zabiegowy,
- gabinet dentystyczny,
- w jednostce pracował 1 dentysta, 3 lekarzy POZ, 1 okulista, 1 radiolog, 1 psychiatra, 1 neurolog i 1 dermatolog
- 2 lekarzy pracowało w pełnym wymiarze czasu pracy, 1 w wymiarze 1/5 części etatu, 1 w wymiarze 1/3 części etatu, 1 lekarz w wymiarze 0,65 części etatu, a 4 lekarzy było zatrudnionych w ramach kontraktu,

³³¹ <https://www.sw.gov.pl/strona/opis-areszt-sledczy-w-piotrkowie-trybunalskim> [dostęp online: 07 stycznia 2019 r.].

- w jednostce pracowało 8 pielęgniarek,
- w jednostce przebywało 15 osób niepełnosprawnych,
- na przestrzeni ostatnich 5 lat doszło do 1 zgonu na tle chorobowym oraz do 1 zgonu w wyniku samobójstwa.

Z przeprowadzonych badań wynika także, że w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim wśród osadzonych częściej występują choroby fizyczne, a w ostatnich 5 latach najczęstsze z nich to:

- zmiany skórne – 6.450 przypadków,
- choroby zwyrodnieniowe – 4.720 przypadków,
- nadciśnienie tętnicze – 2.430 przypadków.

Z kolei w ostatnich 5 latach najczęstszymi zaburzeniami (chorobami) psychicznymi występującymi wśród osadzonych w badanej jednostce były:

- zespół zależności alkoholowej (ZZA) – 600 przypadków,
- zaburzenia adaptacyjne – 300 przypadków,
- zaburzenia osobowości – 225 przypadków.

W poniższej tabeli zaprezentowano odpowiedzi administracji Aresztu Śledczego w Piotrkowie Trybunalskim w przedmiocie liczby konsultacji lekarskich udzielonych osadzonym w badanej jednostce na przestrzeni ostatnich 5 lat:

Rodzaj konsultacji	2012		2013		2014		2015		2016	
	Ambulatorium własne	Szpital	Ambulatorium własne	Szpital	Ambulatorium własne	Szpital	Ambulatorium własne	Szpital	Ambulatorium własne	Szpital
Zaburzenia (choroby) psychiczne	318	brak odpowiedzi	375	brak odpowiedzi	482	brak odpowiedzi	498	brak odpowiedzi	716	brak odpowiedzi
Choroby somatyczne	14.534	3	16.046	7	12.739	12	15.062	13	13.896	8
Terapia uzależnień	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi
Konsultacje psychologa	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi

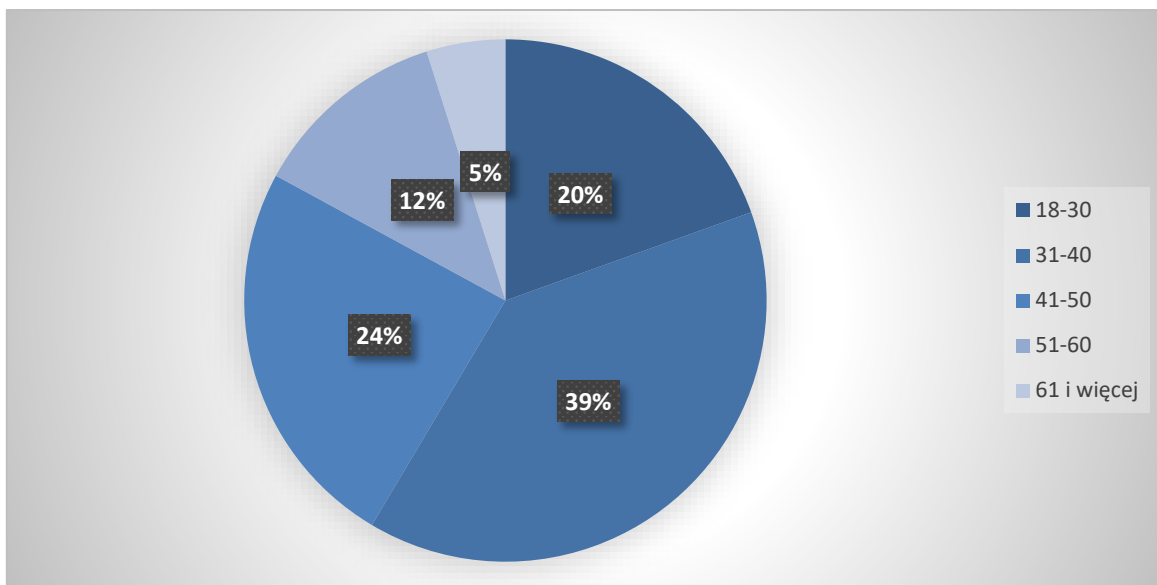
Tab. nr 2: Liczba konsultacji lekarskich udzielonych osadzonym w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim, *źródło: badania własne.*

Z danych przekazanych przez Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim wynika także, że na przestrzeni ostatnich 5 lat osadzeni złożyli 209 skarg dotyczących ochrony ich zdrowia (a więc średnio ok. 42 skargi na rok) z czego 9 uznano za zasadne lub częściowo zasadne.

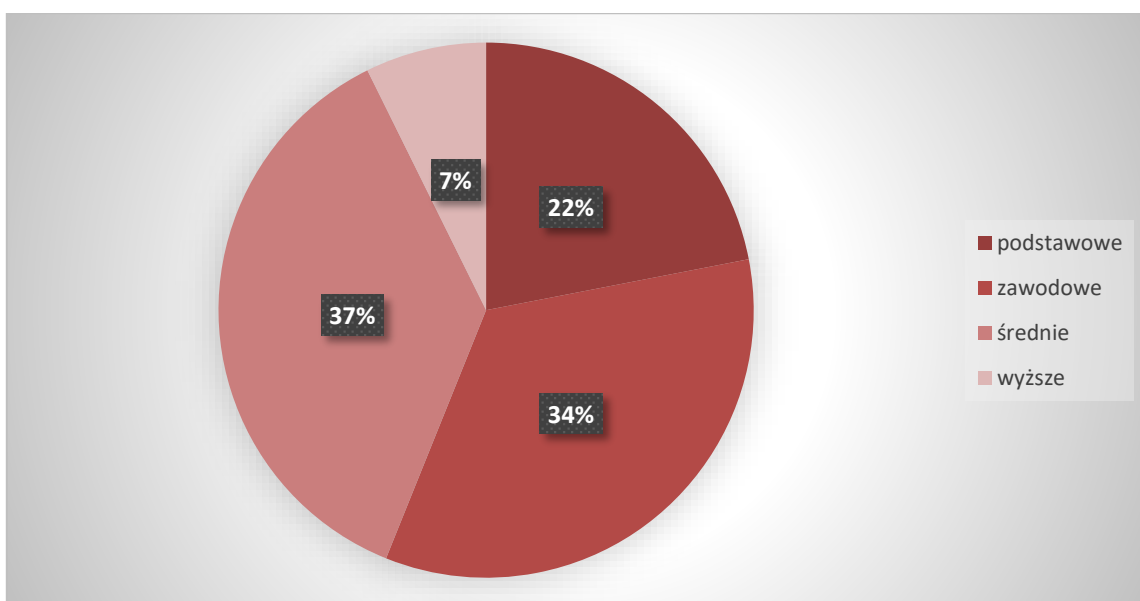
Tak jak w przypadku Oddziału Zewnętrznego w Lublińcu również na późniejszym etapie rozważań zaprezentowane zostaną szczegółowe wnioski z wyników ankiety skierowanej do administracji Aresztu Śledczego w Piotrkowie Trybunalskim, kiedy to będą one zestawiane z wynikami uzyskanymi z danych od osadzonych. Warto już teraz podnieść jednak, że administracja omawianej jednostki wskazała, że aby świadczenie opieki zdrowotnej w ich placówce było bardziej efektywne pod względem ochrony zdrowia osadzonych należałoby poszerzyć diagnostykę, zatrudnić chirurga oraz ortopedę, a także więcej pielęgniarek, a co za tym idzie dostrzega się potrzebę zmian i zwiększonego zapotrzebowania w szczególności na dodatkowy personel medyczny.

5. Wyniki badań i ich analiza – Oddział Zewnętrzny w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach

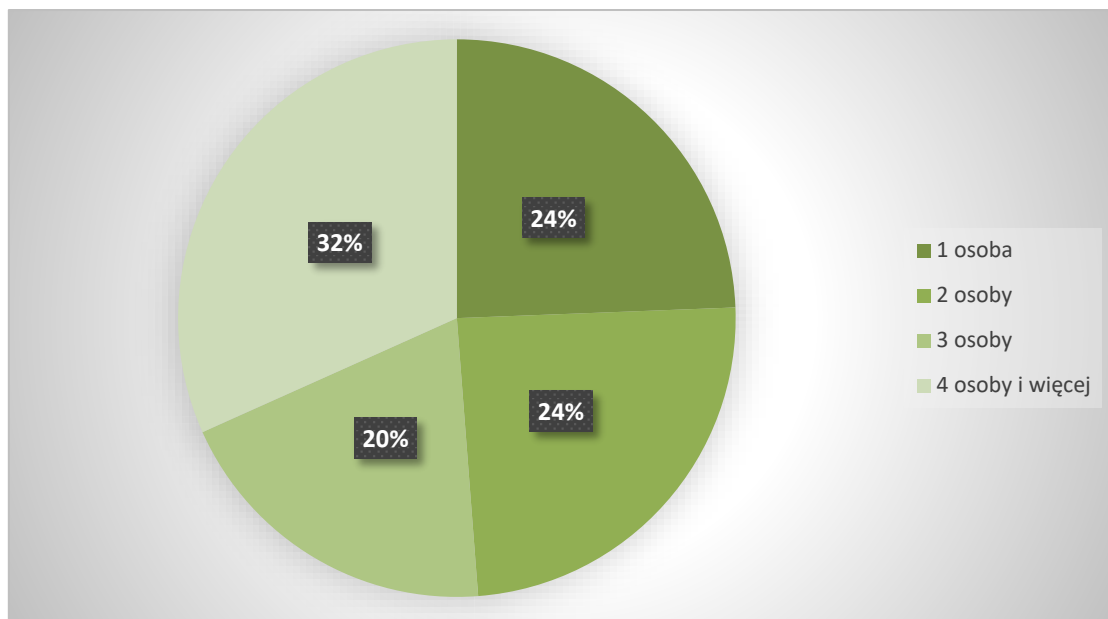
W niniejszej części opracowania zostaną zaprezentowane wyniki badań przeprowadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach. Do jednostki zostało wysłanych 50 egzemplarzy ankiet. W badaniu wzięło udział 41 kobiet. W pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane podstawowe dane z zakresu charakterystyki badanej populacji, co w następstwie będzie miało także przełożenie na podjętą analizę w przedmiocie stopnia efektywności ochrony zdrowia osadzonych w zestawieniu do potrzeb osób izolowanych, ich preferencji, a w następstwie indywidualnego dostosowania zarówno działań penitencjarnych, jak również zmierzających do ochrony ich zdrowia.



Wyk. nr 6: Wiek ankietowanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu; *źródło: badania własne*

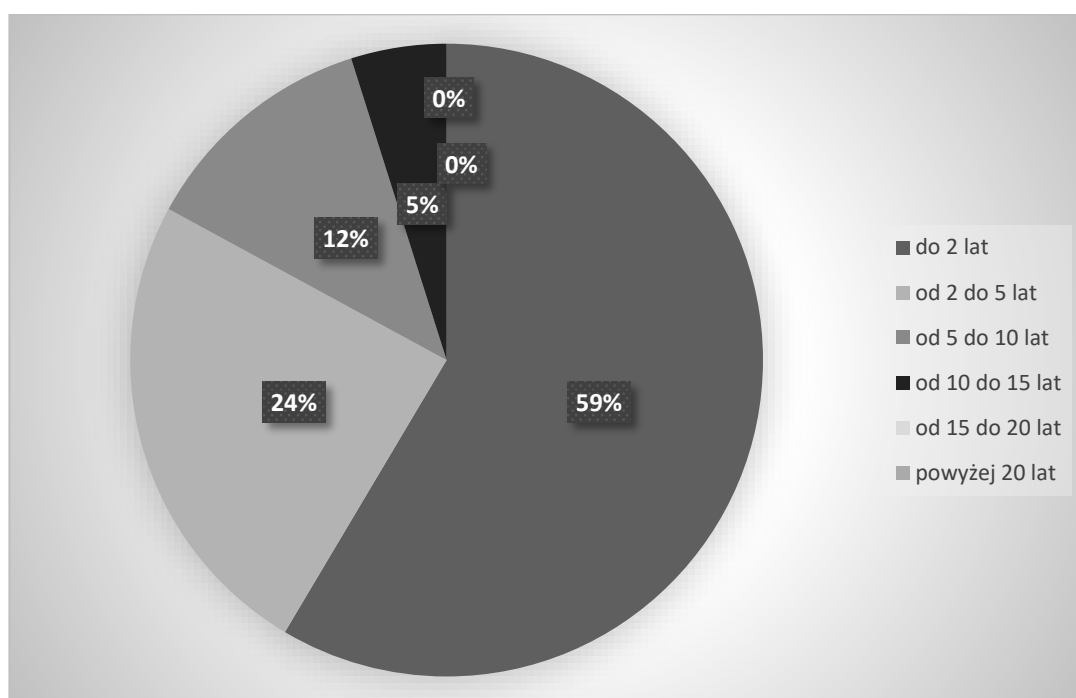


Wyk. nr 7: Wykształcenie ankietowanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu; *źródło: badania własne*



Wyk. nr 8: Liczba osób w gospodarstwie domowym badanej osoby pozbawionej wolności w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu; *źródło: badania własne*

Z osób ankietowanych 14,6% wskazało, iż ma miejsce swojego zamieszkania na wsi, 19,5% w małym mieście, 39% w średnim mieście, a z kolei 26,8% w dużym mieście.



Wyk. nr 9: Czas pobytu w jednostkach penitencjarnych przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu; *źródło: badania własne*

Z powyższego wynika, iż populacja badanych osób pozbawionych wolności stanowi kobiety, które są młode lub w średnim wieku oraz które w większości mają miejsce swojego zamieszkania w średnich lub dużych miastach, a mimo to tylko pojedyncze osoby posiadają wykształcenie wyższe. Zdecydowana większość, ponieważ aż 59% badanych przebywało w jednostkach penitencjarnych do czasu przeprowadzenia ankiety do 2 lat, a z kolei 24% ankietowanych było w sumie pozbawionych wolności od 2 do 5 lat. Uzyskując taki materiał badawczy możliwe będzie tym samym zweryfikowanie potrzeb osób pozbawionych wolności w zakresie ochrony zdrowia na początku ich izolacji wraz z uzyskiwaną pomocą świadczoną przez daną jednostkę penitencjarną.

Na pytanie odnośnie liczby korzystania z usług dentystycznych 26,8% ankietowanych wskazało, iż korzystało z tych świadczeń medycznych od 1 do 3 razy w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności, 19,5% badanych od 4 do 7 razy, a z kolei 2,4% podało liczbę 10 razy. Istotne jest, iż jedynie 14,6% badanych, które korzystało z usług dentystycznych uzyskało te świadczenia z inicjatywy jednostki penitencjarnej, a 39% musiało wykazać w tym przedmiocie własną inicjatywę, aby uzyskać stosowną pomoc. Najbardziej zastanawiające jest jednak, iż 44% badanych wskazało, że nigdy nie korzystało z pomocy dentysty w warunkach izolacji. Jest to tym bardziej niepokojąca informacja z uwagi na fakt, że 11% z tych osób przebywa w warunkach izolacji od 2 do 5 lat, a kolejne 11% od 5 do 10 lat. Okresy te są tym samym bardzo długim czasem, gdy osadzeni nie mieli styczności z dentystą, co może prowadzić do wniosku, iż w zakresie tym istnieją pewne nieprawidłowości.

Kolejne wyniki dotyczą szczególnie ważnego zagadnienia dla rozważań na temat wpływu ochrony zdrowia osadzonych na proces ich readaptacji – również w kontekście profilaktyki zarówno zdrowotnej, jak i społecznej. Chodzi bowiem o dostęp do pomocy psychologa w toku wykonywania kary pozbawienia wolności. Jak zostało już wskazane podczas wcześniejszych rozważań wnioskować należy, że pomoc ta jest bardzo istotna z jednej strony dla prawidłowego stanu zdrowia psychicznego danego osadzonego, który to będąc pozbawiony wolności może odczuwać m.in. wykluczenie, samotność, brak zrozumienia, a także może zachorować na depresję, przez co nie będzie chciał lub mógł współpracować w toku stosowanych wobec niego oddziaływań penitencjarnych. Z drugiej strony u takiego osadzonego może dojść do zwiększonej demoralizacji, co wówczas negatywnie rokuje na jego życie w społeczeństwie otwartym zgodnie z obowiązującymi normami. Jest to tym bardziej istotne, ponieważ z zebranych danych wynika, że ok. 19,5% ankietowanych w czasie swojej izolacji korzystało z porad psychologa tylko 1 raz. Z kolei 17% osadzonych deklarowało

uzyskanie pomocy psychologa od 2 do 3 razy, a 12% od 4 do 6 razy. Jednocześnie 32% z osadzonych korzystających z porad psychologa wskazało, że spotkania te były zainicjowane przez administrację jednostki, zaś 53% ankietowanych musiało w tym przedmiocie wykazać własną inicjatywę. Najbardziej zastanawiające jest jednak, że aż ok. 32% badanych nigdy nie korzystało z pomocy psychologa w toku odbywania kary pozbawienia wolności. Wydaje się, że takie sytuacje nie powinny mieć miejsca, chociażby z uwagi na fakt dolegliwości kary pozbawienia wolności i jej negatywnych konsekwencji m.in. na psychikę człowieka, który bez udzielenia mu wsparcia i zrozumienia może ulec demoralizacji lub może nie poradzić sobie z izolacją, czego konsekwencją mogą być z kolei dalej idące zaburzenia lub choroby psychiczne, psychosomatyczne, albo próby samobójcze.

Swego rodzaju potwierdzeniem powyższego stanowiska są także dane wskazane przez Oddział Zewnętrzny w Lublińcu, gdzie bardzo często występują zaburzenia osobowości i nerwice. Z kolei badani ankietowani wskazali, że zarówno oni jak i pozostali osadzeni zmagają się w dużej mierze z depresją, a 3 osoby potwierdziły próbę samobójczą – tylko 1 podała przyczynę w postaci bezsilności i bezradności. Kilka osób wyraziło jednak stanowisko, że mają dla kogo żyć i najważniejsza jest dla nich rodzina, a życie trzeba szanować. Biorąc pod uwagę fakt, iż w analizowanej aktualnie jednostce penitencjarnej pracuje 6 psychologów można wnioskować, że w postawie izolowanych w tym wypadku kobiet można dostrzec jednak wpływ działań motywujących, a także brak zwiększonej demoralizacji. Zaprezentowane wyniki badań potwierdzają stanowisko istnienia potrzeby wzmożonej pomocy psychologicznej w warunkach izolacji, co znajdzie również odzwierciedlenie w toku analizy badań przeprowadzonych w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim, które to wyniki będą zaprezentowane w kolejnej części rozprawy. Już na obecnym etapie rozważań należy, jednak zastanowić się nad rolą wychowawców w poszczególnych oddziałach jednostek penitencjarnych i nad ich ewentualnym wpływem na kształtowanie postaw osadzonych. Wydawać by się bowiem mogło, że osoby te stanowią fundament w procesie oddziaływań penitencjarnych na osadzonych i umożliwieniem ich readaptacji społecznej, a co za tym idzie można by sformułować stanowisko, iż pomoc psychologów nie jest, aż tak kluczowa. Z przeprowadzonych badań wnioskować jednak należy, że takie stanowisko nie zasługuje na bezkrytyczne podejście, ponieważ w chwili obecnej są zauważalne różne dysfunkcje we współpracy wychowawca-osadzony, czego efektem są różnego rodzaju zaburzenia psychiczne osób pozbawionych wolności oraz podnoszone przez nie zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne.

Odnosząc się z kolei do dolegliwości i chorób fizycznych, które najczęściej występują wśród ankietowanych oraz ich współosadzonych należy wskazać:

- ✓ bóle głowy,
- ✓ bóle i zwyrodnienia kręgosłupa,
- ✓ bóle kończyn i stawów,
- ✓ bóle zębów,
- ✓ nadciśnienie i choroby układu krążenia,
- ✓ problemy żołądkowe.

Osadzeni wskazali również, że najczęściej korzystają z pomocy takich lekarzy i specjalistów jak ginekolog, internista, laryngolog, kardiolog, psycholog i chirurg. Tym samym uwzględniając zapotrzebowanie na personel medyczny z uwagi na najczęstsze dolegliwości można poddać pod rozwagę potrzebę dodatkowych usług ortopedycznych i dentystycznych. Mimo to, aż 51% ankietowanych oświadczyło, iż wcale nie korzysta z konsultacji lekarskich, a większość z tych osób stanowią osadzeni, którzy oświadczyli, że nie mieli nigdy konsultacji dentystycznych i psychologicznych.

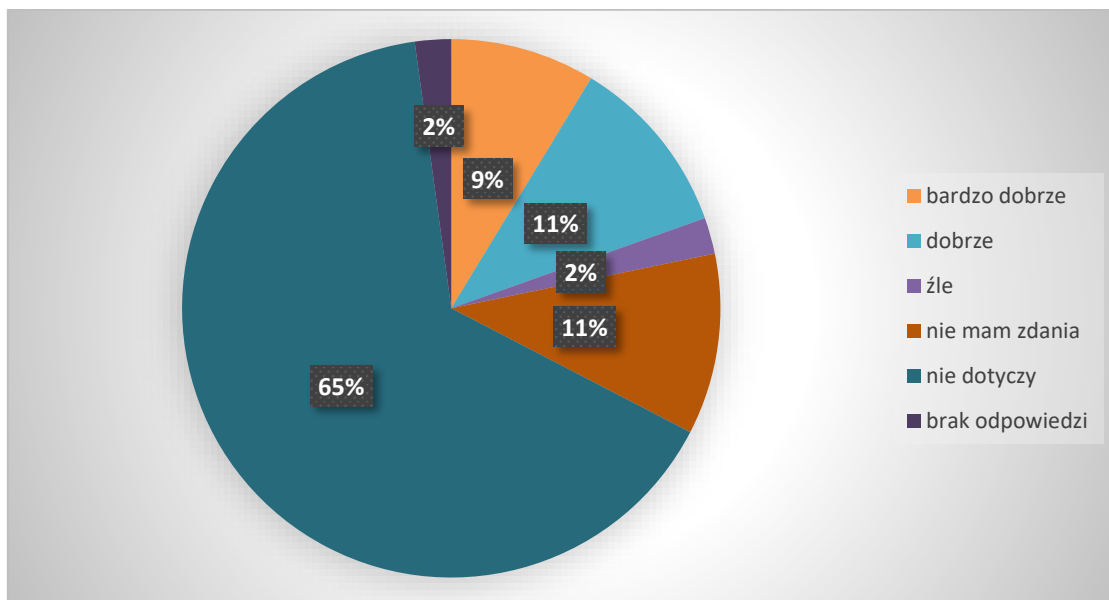
Ankietowani osadzeni mogli wypowiedzieć się również na temat czasu oczekiwania na uzyskanie konsultacji i świadczeń medycznych w danej jednostce penitencjarnej. Około 15% badanych osób wskazało, że czas uzyskania pomocy medycznej jest krótki, jest ona udzielana od razu. Z kolei ok. 20% osadzonych uważa, że na realizację świadczeń medycznych trzeba czekać około tygodnia. Domniemywać można, iż chodzi w tym wypadku o świadczenia z zakresu ochrony zdrowia uzyskiwane w ramach danej jednostki penitencjarnej, ponieważ ok. 10% osadzonych wskazało, że czas oczekiwania na specjalistę spoza zakładu jest długi. Jednocześnie 56% ankietowanych nie udzieliło żadnej odpowiedzi albo stwierdziło, że nie ma wiedzy w tym temacie – wynik ten w pewnym stopniu koreluje z uzyskanymi danymi w zakresie liczby osób korzystających z pomocy medycznej oraz jej częstotliwością.

Wśród osadzonych biorących udział w badaniu w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu nie było osób niepełnosprawnych fizycznie. Z pośród ankietowanych 3 osoby wskazały jednak, że owa jednostka dostosowała warunki bytowe do potrzeb osób niepełnosprawnych, a z kolei 4 osoby udzieliły odpowiedzi negatywnej – domniemywać można by było, iż wiedza ta pochodzi od innych osadzonych, jednak biorąc pod uwagę, iż w badanej jednostce przebywały wówczas 2 osoby niepełnosprawne fizycznie można zrezygnować z dalszej interpretacji w tym przedmiocie z uwagi na jej niereprezentatywność.

Kolejnym poruszonym zagadnieniem w toku przeprowadzonych badań była próba zweryfikowania bezpieczeństwa osadzonych pod względem występowania wśród osób pozbawionych wolności chorób zakaźnych. Z badanej próby 36 ankietowanych wskazało w prawdzie, że nie ma choroby zakaźnej i taka sama liczba osób potwierdziła również, że nie dotyczy ich konieczność zapewnienia niezbędnych środków do leczenia choroby zakaźnej. W pytaniach dotyczących wskazanej materii można dostrzec jednak największe rozbieżności w uzyskanych odpowiedziach w porównaniu do innych pytań. Wynikać one mogą bowiem z faktu, iż 2 osoby nie udzieliły żadnej odpowiedzi na pytania dotyczące chorób zakaźnych, a co istotne 1 osoba zaznaczyła w prawdzie wariant, iż nie jest zakażona HIV, jednak odpowiedziała również, że nie ma zapewnionych niezbędnych leków do leczenia choroby zakaźnej. Jednocześnie 1 osoba oświadczyła, że nie jest zarażona żadną chorobą zakaźną, ale równocześnie odpowiedziała, iż otrzymuje niezbędne leki dla tego typu schorzeń. Z kolei 1 osoba ankietowana wyraziła, że nie wie, czy zmagają się z którąkolwiek z chorób zakaźnych, ale mimo to wskazała, że ma zapewnione środki do ich leczenia. Tym samym z istniejących rozbieżności można wnioskować, że temat ten może być dość krępujący dla osadzonych, a szczególnie wśród badanej grupy, którą to stanowiły kobiety, a które mogą być bardziej wrażliwe na opinię innych i sposób ich postrzegania. Faktu zmagania się z chorobą zakaźną nie powinno się jednak odbierać w ten sposób ze względu na ochronę pozostałych izolowanych, ale też samego chorego. W konsekwencji powyższego prawdopodobna staje się potrzeba dodatkowej edukacji prozdrowotnej osadzonych oraz wzmożone działania profilaktyczne. Wniosek taki można skonstruować również z faktu, iż jak zostało wskazane, większość ankietowanych osadzonych ma wykształcenie podstawowe i zawodowe, a mając na uwadze to, iż w różnych środowiskach społecznych poziom rozwoju kulturalnego jest zróżnicowany, tym samym jako w pełni uzasadniony staje się postulat zwiększonej edukacji prozdrowotnej i prospołecznej osób izolowanych. Rozważania te zostaną jednak szerzej rozwinięte podczas analizy wyników badań przeprowadzonych w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim, gdzie osoby pozbawione wolności zwracają szczególną uwagę na istniejący problem w zakresie chorób zakaźnych.

Następnym tematem podjętych rozważań w toku przeprowadzanych badań była próba weryfikacji udzielania niezbędnej pomocy osadzonym uzależnionym od alkoholu lub innych środków odurzających. Z osób ankietowanych 22% wskazało, że jest uzależniona, a z kolei 66% z nich stwierdziło, że bierze udział w terapii uzależnień, a 33%, iż w takich zajęciach nie uczestniczy. Istotne jest, że 12% wszystkich ankietowanych osadzonych wskazało, że terapia

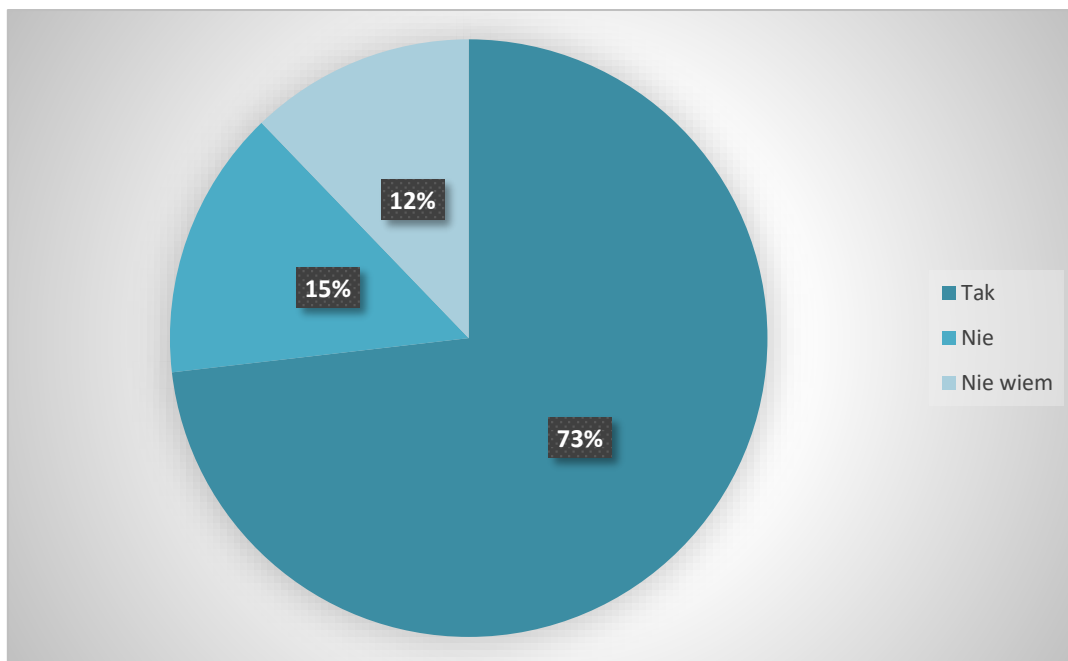
uzależnień nie jest dostępna dla osób zmagających się z takimi problemami, jednak aż 35% osób wskazało, że zajęcia te są dostępne dla uzależnionych osadzonych, a reszta badanych nie była w stanie dokładnie określić się w tym temacie. Próbując zweryfikować uzyskane dane należy odnieść się także do pytania, jak osadzeni oceniają skuteczność terapii uzależnień, która zostanie zaprezentowana na poniższym wykresie.



Wyk. nr 10: Ocena skuteczności terapii uzależnień według badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu; *źródło: badania własne*

Z powyższych danych wynika, że zdecydowana większość badanych osadzonych nie jest w stanie wypowiedzieć się na temat skuteczności terapii uzależnień, gdyż nie dotyczy ich problem uzależnienia lub nie mają zdania w tym temacie. Zauważyć jednak należy, że osoby, które już wypowiadają się na temat jakości terapii uzależnień mają pozytywne wrażenia.

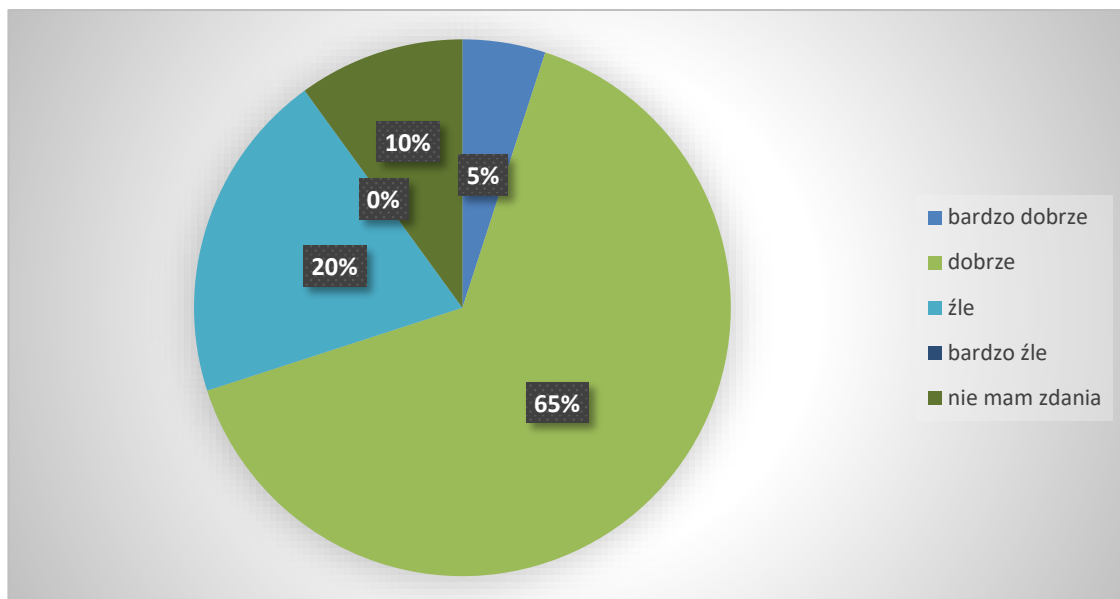
Celem podjęcia rozważań w przedmiocie ochrony zdrowia osadzonych w danej jednostce penitencjarnej oraz zweryfikowania potrzeb osób pozbawionych wolności wynikających z ich stanu zdrowia ze świadczonymi im usługami medycznymi do badanych zostało skierowane pytanie odnośnie ich ogólnego wrażenia na temat swojego stanu zdrowia, co przedstawia poniższy wykres.



Wyk. nr 11: Odpowiedź na pytanie: Czy czuje się Pani/Pan ogólnie zdrowa/y? – osadzeni w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu; *źródło: badania własne*

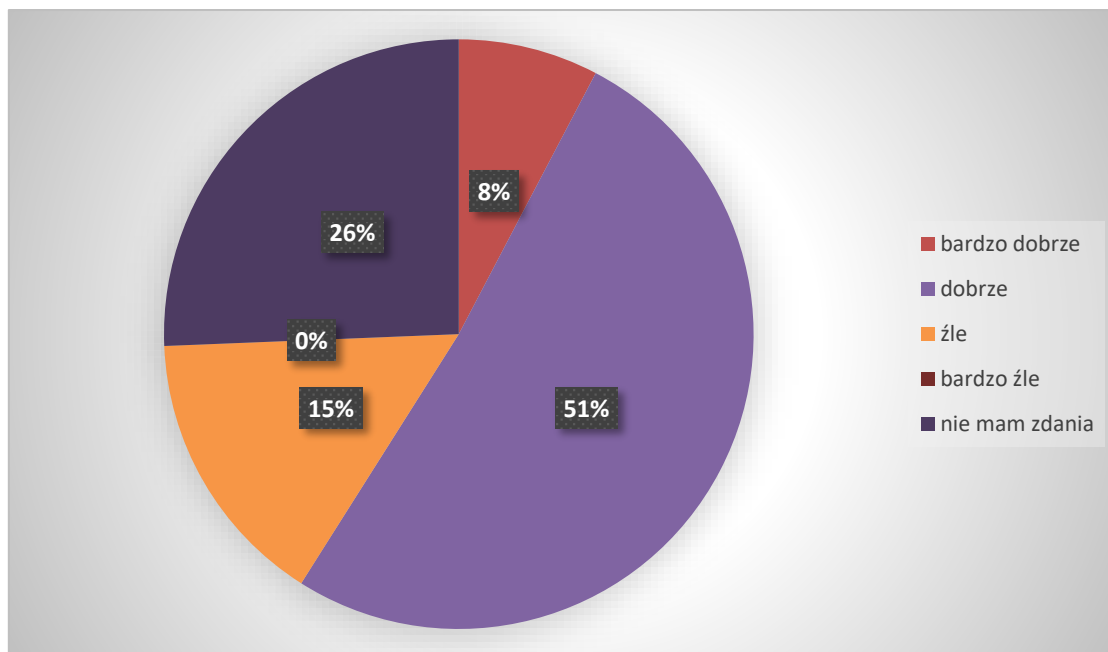
Odnosząc się do powyższego wykresu należy wskazać, że zdecydowana większość badanych osadzonych czuje się zdrowa. Podkreślić jednak trzeba, iż odpowiedzi negatywnej udzieliły przede wszystkim osoby, które korzystają z pomocy psychologa, a więc mają problemy z poradzeniem sobie z istniejącymi okolicznościami. Tym samym wnioskować można, że stan zdrowia psychicznego wpływa na ogólne samopoczucie osadzonych oraz ich zdrowie fizyczne, a pomoc psychologiczna ma znaczące odbicie na odbywanie kary pozbawienia wolności oraz proces readaptacji społecznej osadzonego.

Ankietowani osadzeni odpowiedzieli także na pytania odnośnie ich oceny jakości opieki zdrowotnej świadczonej w badanej jednostce penitencjarnej, warunków sanitarnych panujących w placówce oraz dostępu do leków i sprzętów medycznych.



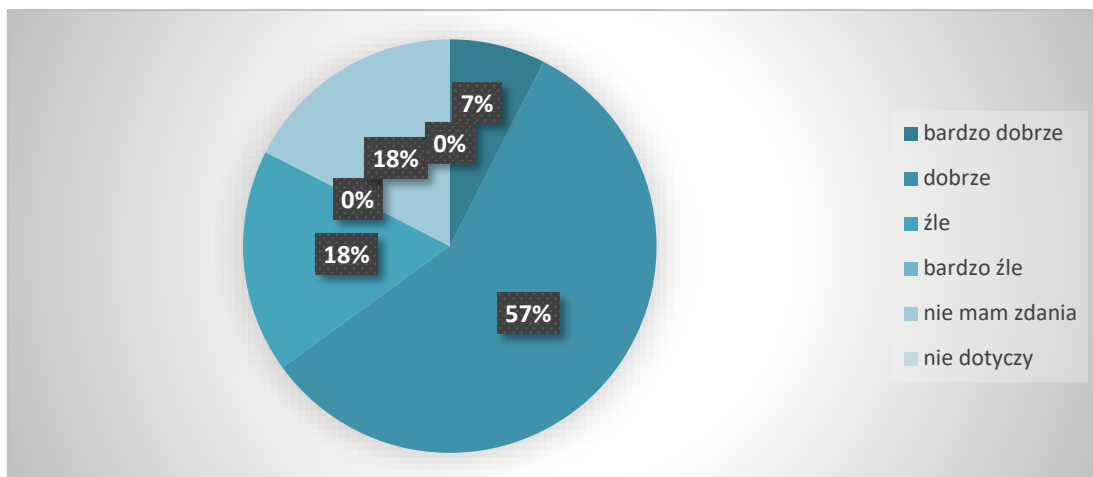
Wyk. nr 12: Ocena jakości opieki zdrowotnej przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu; *źródło: badania własne*

W toku rozważań nad wynikami zaprezentowanymi na wykresie nr 12 niezbędne staje się – celem uwierzytelnienia danych – wskazanie, iż osadzeni oceniający jakość opieki zdrowotnej jako złą byli osobami, które wcale nie korzystały ze świadczeń dentystycznych lub psychologicznych albo korzystały z tych świadczeń, ale jedynie z własnej inicjatywy. Tym samym można wnioskować, że osoby te mogły czuć się ignorowane i pozostawione same sobie, co mogło wpłynąć na ostateczną opinię. Przeważająca część ankietowanych oceniła jakość opieki zdrowotnej w badanej jednostce jako dobrej. Jednak również w tym wypadku koniecznym staje się wskazanie, że odpowiedzi takiej udzieliły głównie osadzone, które albo nie chorują, albo nie wskazały swoich zdrowotnych problemów, a co za tym idzie można wnioskować, że nie mają one stosownych doświadczeń do sformułowania miarodajnej opinii, a w konsekwencji konieczne staje się dalsze zweryfikowanie uzyskanych wyników, które to zostanie dokonane w oparciu o zaprezentowane następnie dane.



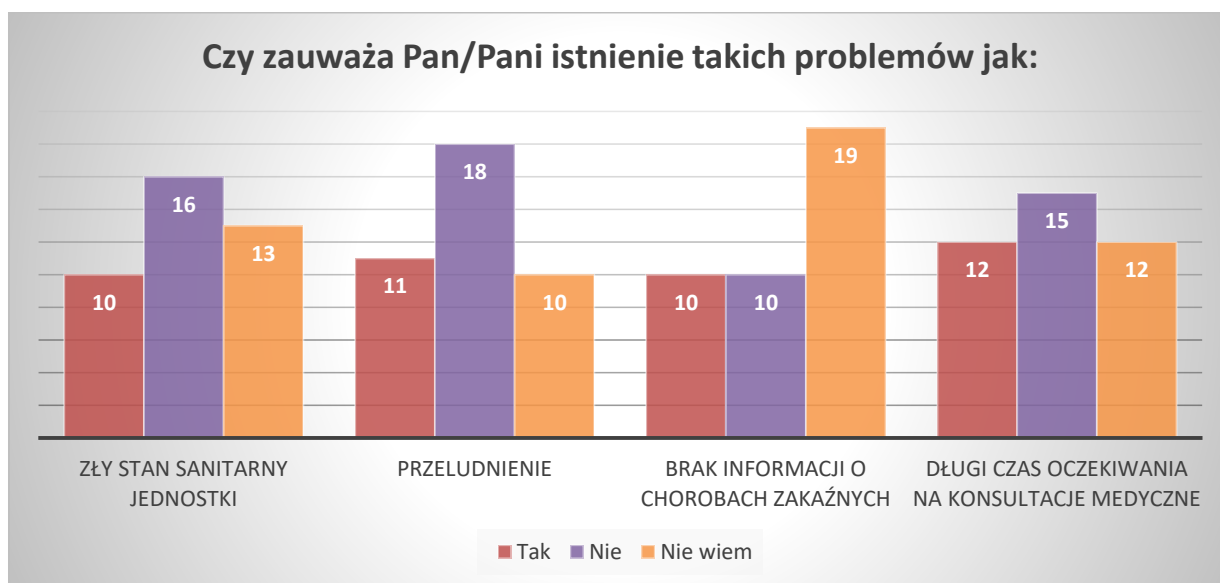
Wyk. nr 13: Ocena warunków sanitarnych przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu; *źródło: badania własne*

Odnosząc się do powyższego wykresu – przy jednoczesnym uwzględnieniu wyników na temat jakości opieki zdrowotnej osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu – można skonstruować wniosek, iż warunki sanitarne panujące w badanej jednostce są na dobrym poziomie, które to korelują z jakością świadczeń medycznych udzielanych osadzonym. Wskazać bowiem można, że badani ankietowani, którzy oceniają warunki sanitarne w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu jako złe nie korzystali, np. z pomocy psychologa lub dentysty, a co za tym idzie mogły nie mieć sposobności do oceny tych warunków lub udzielona odpowiedź mogła stanowić wyraz ich niechęci będący następstwem braku pożądaných przez nich świadczeń. W konsekwencji na następnym wykresie zostaną zaprezentowane wyniki badań w przedmiocie oceny dostępu do leków i sprzętów medycznych w badanej jednostce penitencjarnej, co jednocześnie będzie stanowiło swego rodzaju dopełnienie dotychczasowej analizy. Jednocześnie dotychczas zaprezentowane dane będą możliwe do zweryfikowania w toku dalszej analizy z uwagi na specyfikę budowy ankiety, celem uwierzytelnienia wyników oraz umożliwienia skonstruowania jak najbardziej precyzyjnych wniosków końcowych.

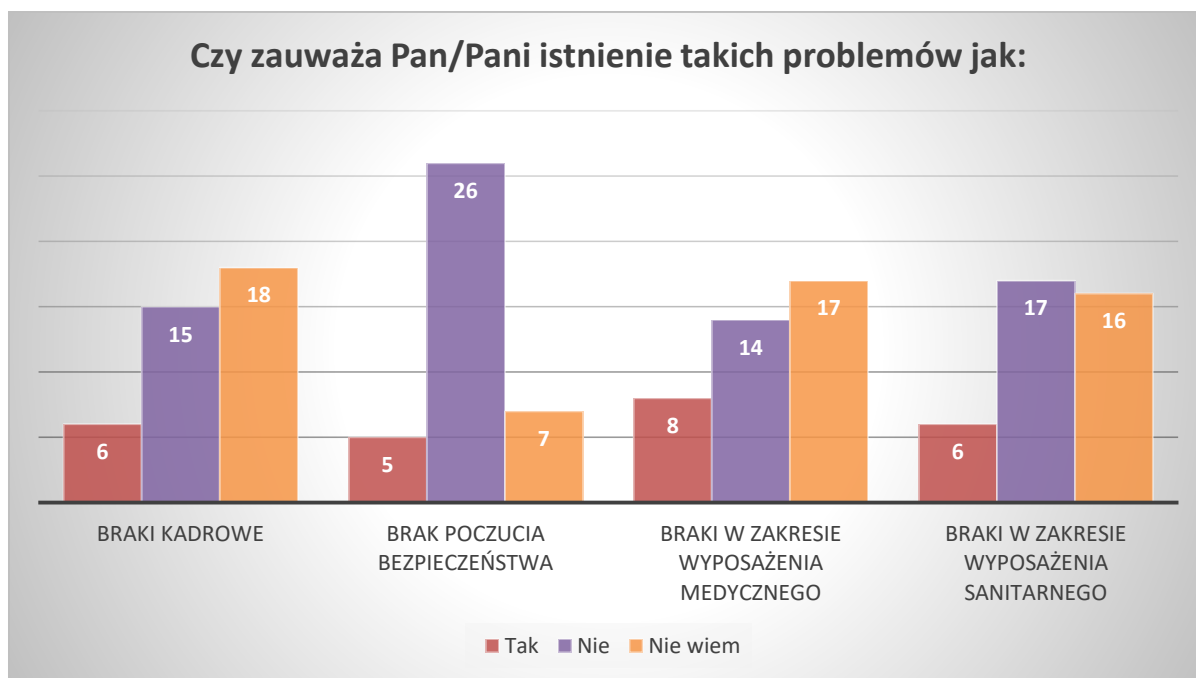


Wyk. nr 14: Ocena dostępu do leków i środków medycznych przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu; *źródło: badania własne*

Z powyższych danych wynika, że zdecydowana większość badanych osadzonych ocenia dostęp do leków i środków medycznych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu jako dobry i bardzo dobry (w sumie 64% ankietowanych). Tym samym już na obecnym etapie można kształtować stanowisko, że ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności w badanej jednostce penitencjarnej odpowiada potrzebom osadzonych pod względem technicznym, a więc w zakresie jakości świadczonej pomocy, stanu sanitarnego jednostki oraz dostępu do leków i środków medycznych. Pewne rozbieżności w tej materii można jednak dostrzec w odpowiedziach ankietowanych osadzonych w pytaniu stanowiącym swego rodzaju szereg wyliczeń, które to wyniki prezentują kolejne wykresy.



Wyk. nr 15: Dostrzeganie przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu określonych problemów cz. 1; *źródło: badania własne*



Wyk. nr 16: Dostrzeżenie przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu określonych problemów cz. 2; *źródło: badania własne*

Z zaprezentowanych danych wynika, że ankietowani osadzeni w przeważającej części albo nie dostrzegają istnienia różnego rodzaju możliwych problemów z zakresu ochrony ich zdrowia w danej jednostce penitencjarnej, albo nie są w stanie się na temat wypowiedzieć. Z pewnością można jednak stwierdzić, że zdecydowana większość badanych czuje się bezpieczna w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu, nie dostrzega braków kadrowych, ani braków w zakresie wyposażenia medycznego i sanitarnego. Tym samym uzyskane dane potwierdzają wyniki z wcześniejszych pytań. Tymczasem bardziej zróżnicowane odpowiedzi dotyczą stanu sanitarnego jednostki oraz długości oczekiwania na konsultacje medyczne, jednak biorąc pod uwagę całokształt uzyskanych danych wnioskować można, iż stwierdzić, że wynika to z różnych doświadczeń i potrzeb osadzonych, np. w postaci uzyskania konsultacji specjalisty spoza jednostki penitencjarnej.

W toku przeprowadzonych badań uzyskano również bardzo interesujące dane od ankietowanych osadzonych, którzy w pytaniach otwartych mogli wyrazić swoje uwagi oraz wskazać, co ich zdaniem należałoby zmienić pod względem ochrony zdrowia osadzonych w danej jednostce penitencjarnej. W konsekwencji 6 osób uznało, że nie ma potrzeby nic zmieniać, a pozostali osadzeni wskazali na takie problemy i potrzeby jak:

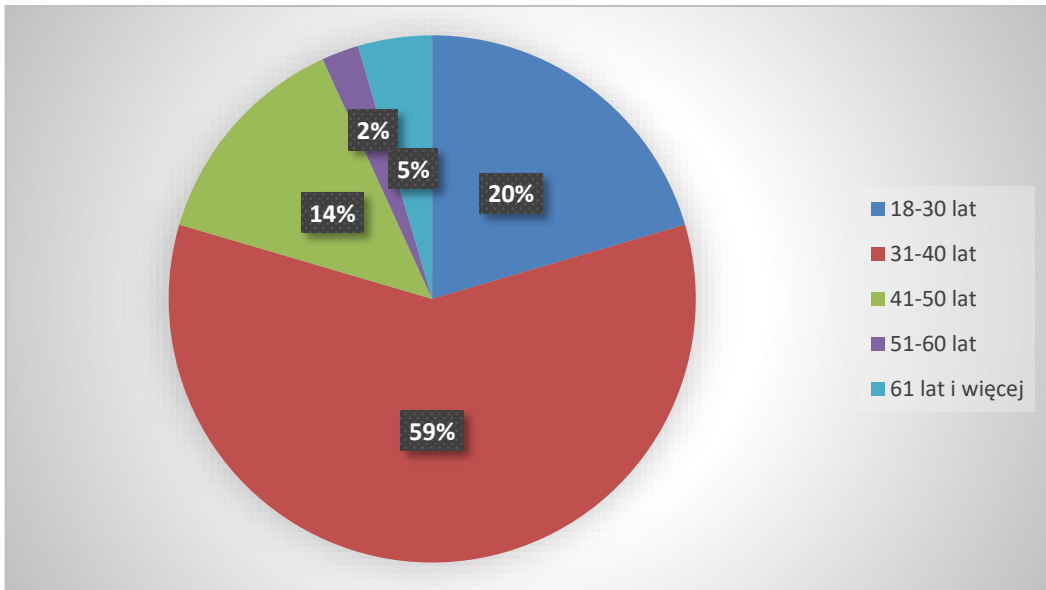
- ✓ uważne słuchanie pacjentów,
- ✓ konieczność bardziej indywidualnego podejścia do każdego osadzonego,
- ✓ „traktowanie jak ludzi”,
- ✓ potrzeba wykonywania badań,
- ✓ potrzeba zmiany dentysty oraz jakości tych usług,
- ✓ potrzeba zmiany lekarza internisty,
- ✓ „zmiana lekarza internisty, zatrudnienie ludzi, którzy swoją pracę wykonują z powołaniem i niesieniem pomocy nawet osobom skazanym”.

Z powyższego wynika, że osoby pozbawione wolności przebywające w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach dostrzegają potrzebę zmian w niektórych aspektach związanych z ochroną ich zdrowia. Największe dysfunkcje zdaniem badanych osadzonych dotyczą jednak aspektów personalnych osób mających świadczyć pomoc medyczną. Znaczące stanowisko dotyczy bowiem konieczności indywidualnego traktowania poszczególnych osadzonych, słuchania ich potrzeb i odczuwalnych dolegliwości. Osadzeni dostrzegają również ich swego rodzaju marginalne traktowanie, rutynowe podejście lekarzy oraz ich niechęć w stosunku do osób odbywających karę pozbawienia wolności.

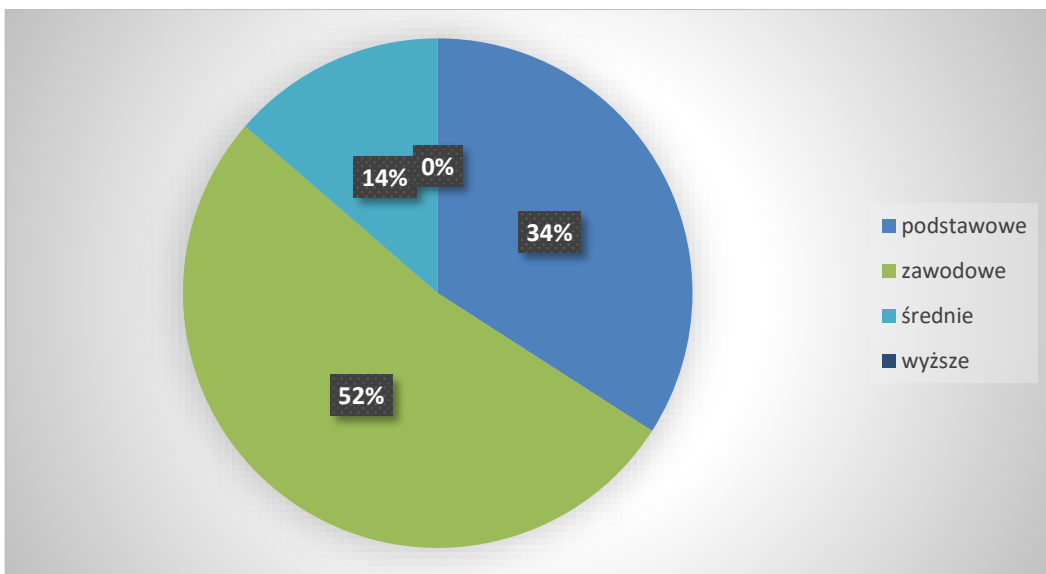
Wskazać także należy, że wśród badanych ankietowanych dwie osoby wniosowały o przerwę w wykonaniu kary pozbawienia wolności z powodów medycznych, która to udzielona została jednej z tych osób.

6. Wyniki badań i ich analiza – Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim

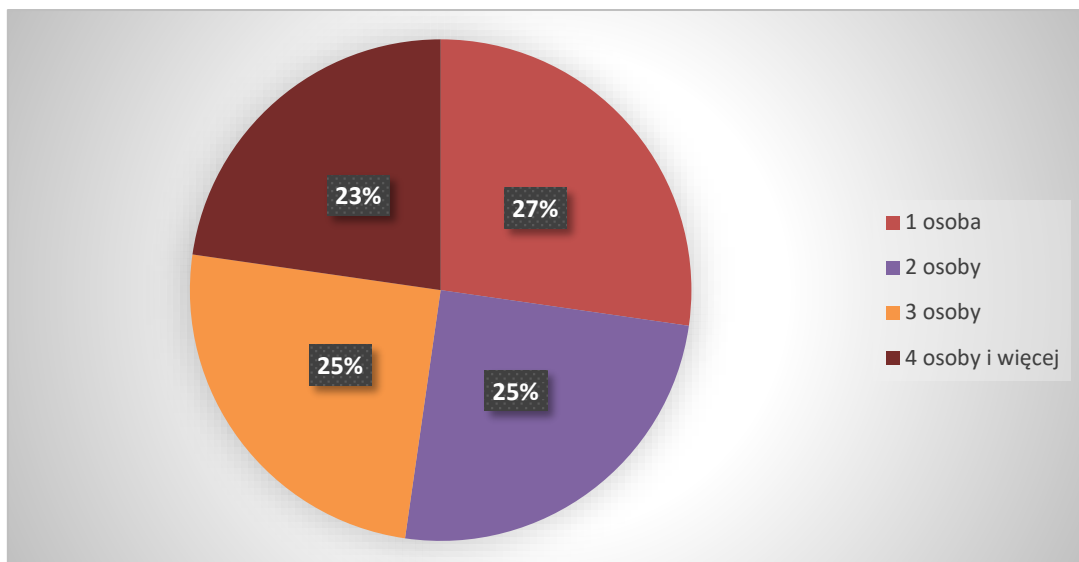
Na obecnym etapie rozprawy zostaną zaprezentowane wyniki badań przeprowadzonych w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim. Do jednostki również zostało wysłanych 50 egzemplarzy ankiet, a w badaniu udział wzięło 44 mężczyzn. Podobnie jak w toku analizy zebranych danych z Oddziału Zewnętrznego w Lublińcu również w niniejszym przypadku w pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane podstawowe dane z zakresu charakterystyki badanej populacji, co w następstwie będzie miało także przełożenie na podjętą analizę w przedmiocie stopnia efektywności ochrony zdrowia osadzonych.



Wyk. nr 17: Wiek ankietowanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim; *źródło: badania własne*

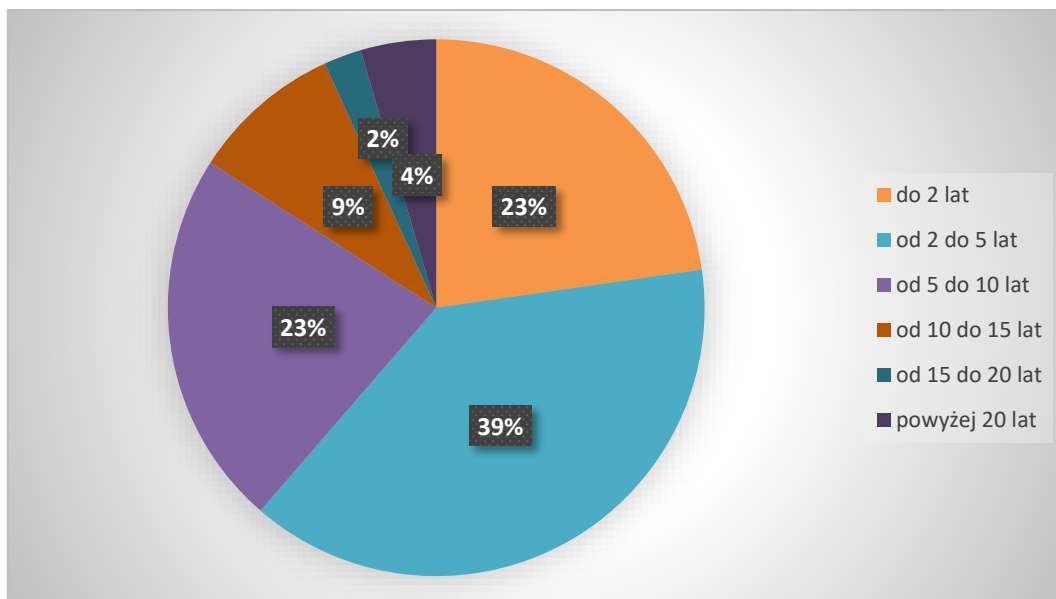


Wyk. nr 18: Wykształcenie ankietowanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim; *źródło: badania własne*



Wyk. nr 19: Liczba osób w gospodarstwie domowym badanej osoby pozbawionej wolności w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim; *źródło: badania własne*

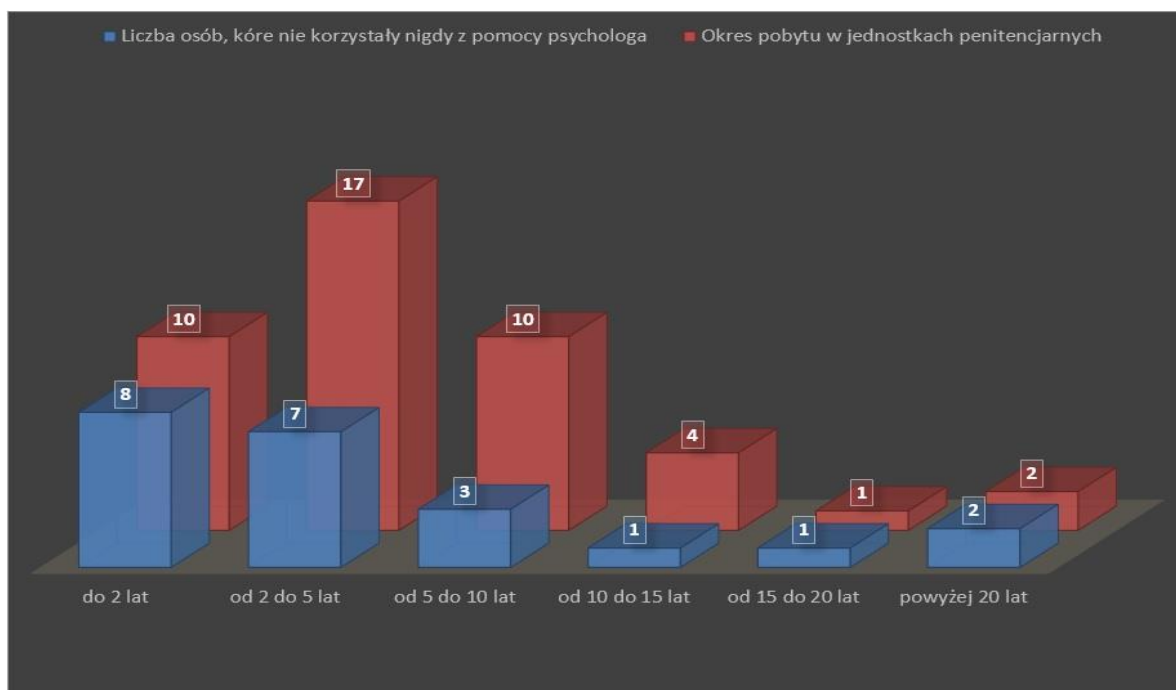
Z zebranych danych wynika, że 18% ankietowanych osadzonych ma swoje miejsce zamieszkania na wsi, 36% w małym mieście, 23% w średnim mieście, a 22% w dużym mieście. Tym samym z przeprowadzonych badań w obu jednostkach penitencjarnych wynika, że większość osadzonych pochodzi z małych i średnich miast, a co za tym idzie w miejscach tych może być zwiększona przestępczość. Taki wniosek z kolei prowadzi do rozważań w zakresie oddziaływań penitencjarnych stosowanych wobec osób pozbawionych wolności, które to powinny być dostosowane do umożliwienia im powrotu do życia w społeczeństwie otwartym, w którym osadzeni mają swoje centrum życiowe, w którym panują określone warunki – również pod względem ochrony ich zdrowia i możliwości w tym zakresie. Z tego względu ponownie podnieść należy postulat edukacji prozdrowotnej osadzonych w toku wykonywania kary pozbawienia wolności.



Wyk. nr 20: Czas pobytu w jednostkach penitencjarnych przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim; *źródło: badania własne*

Z powyższych danych wynika, że populację badanych osadzonych w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim stanowią mężczyźni przeważnie w wieku do 40 lat, a którzy to w większości mają wykształcenie zawodowe i podstawowe. Osoby te jednocześnie w większości przebywają w jednostkach penitencjarnych od 2 do 10 lat. Może to prowadzić do wniosku, że badani osadzeni jako tryb dotychczasowego życia już w młodym wieku przyjęli popełnianie przestępstw, czego efektem jest ich pobyt w izolacji. W takiej sytuacji można przyjąć, że oddziaływania penitencjarne powinny być nakierunkowane szczególnie na przyszłość osadzonych oraz pokazanie im, że opłaca się żyć zgodnie z panującymi normami oraz, że wiąże się to również z możliwością uzyskania określonych świadczeń i pomocy. Tym samym w toku odbywania kary pozbawienia wolności ochrona zdrowia osadzonych jest kluczowa oczywiście z uwagi na realizację praw człowieka, poszanowanie jego godności i przestrzegania zasady humanitaryzmu. Jednak w toku bezpośredniego działania administracji penitencjarnej ochrona zdrowia ma umożliwić podejmowanie przez osadzonych współpracy w toku ich readaptacji społecznej, ale również powinna przejawiać się w działaniach profilaktycznych, które to będą miały przełożenie na danego osadzonego, ale również na resztę społeczeństwa, gdy opuści on jednostkę penitencjarną. Wówczas taki osadzony może bowiem żyć zgodnie z panującymi normami, ale także może nie stwarzać zagrożenia dla członków społeczeństwa otwartego, ponieważ, np. w przypadku choroby zakaźnej będzie on wiedział jak zachować ostrożność, aby nie narazić innych osób.

W związku z powyższymi rozważaniami po raz kolejny odwołać się można do edukacji prozdrowotnej, potrzeby udzielania osadzonym pomocy psychologicznej i indywidualnie dobieranych programów oddziaływania penitencjarnego, które mają wpływ nie tylko na ich stan psychiczny, ale również fizyczny oraz mogą stanowić fundament do przemiany społecznej osadzonego. Tym samym wskazać należy, że wśród badanych w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim, aż 52% osób wskazało, że nigdy nie korzystało z pomocy psychologa w warunkach izolacji. Z kolei 27% ankietowanych określiło liczbę porad w skali od 2 do 6, a 7% badanych powiedziało, że korzystało z pomocy psychologa kilka razy. Jednocześnie 9% ankietowanych zadeklarowało uzyskanie świadczeń psychologicznych 10 razy, a 1 osoba wskazała, że korzystała z takowej pomocy 15 razy. Warto przy tym jednak zauważyć, że z reguły osadzeni wskazują, iż owe porady psychologiczne były inicjowane przez nich samych, jak i przez administrację jednostki penitencjarnej. Jedynie osoba, która korzystała z pomocy psychologa 15 razy w czasie swojej izolacji robiła to wyłącznie z własnej inicjatywy. Istotne jest jednak, że osadzony ten jest pozbawiony wolności już od 10 do 15 lat, a więc biorąc pod uwagę czas izolacji i tym samym ewentualną częstotliwość uzyskiwanych porad można stwierdzić, że ich liczba nie jest duża. Warto także zwrócić uwagę na tzw. prizonizację, a więc przystosowania się osadzonych do warunków panujących w jednostkach penitencjarnych. Zjawisko to dotyczy jednak przeważnie osób, które są pozbawione wolności przez długi okresu czasu, a jednostkę penitencjarną w dużej mierze traktują jak „swoją dom”. Z przeprowadzonych badań wynika jednak, że większość ankietowanych to osoby przebywające w izolacji do 2 lat, które mogą mieć problemy z zaadaptowaniem się w jednostce penitencjarnej i wykorzystaniem owego czasu na readaptację społeczną. Tym bardziej szczegółowym rozważaniom należy poddać relację czasu pobytu w jednostkach penitencjarnych osób, które nigdy w warunkach izolacji nie korzystały z pomocy psychologa, co zostało zaprezentowane na poniższym wykresie.



Wyk. nr 21: Liczba osób, które nigdy nie korzystały z pomocy psychologa w relacji do długości czasu pobytu w jednostkach penitencjarnych – osadzeni w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim; *źródło: badania własne*

Z powyższych danych wynika, że 8 osób z 10 ankietowanych, które przebywają w izolacji do 2 lat nigdy nie korzystało z pomocy psychologa, a badani osadzeni, którzy są pozbawieni wolności od 15 lat i dłużej również nie uzyskali takowych świadczeń. Stan taki należy uznać jako konieczny do zmiany, co zostało już poruszone w toku analizy wyników badań z Oddziału Zewnętrznego w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach. Pomoc psychologa wydaje się bowiem niezbędna, co można zauważyć chociażby na tle aktualnie badanej jednostki. Wynika to z faktu, iż 16% ankietowanych wskazało, że próbowało popełnić samobójstwo, a dodatkowo jedna osoba skomentowała owe pytanie poprzez odpowiedź „jeszcze nie”. Istotne jest, jednak, że osadzeni, którzy podejmowali próby samobójcze jako motywy wskazywali sprawy rodzinne, załamanie psychiczne, załamanie nerwowe. Padły też odpowiedzi jak „rozstanie z narzeczoną” oraz „nie radzę sobie”. Takie wyniki pokazują, że osadzeni z uwagi na dolegliwość kary pozbawienia wolności potrzebują wsparcia psychologicznego, gdyż doświadczają odrzucenia, samotności oraz nie radzą sobie z odizolowaniem. Wówczas, w przypadku braku odpowiedniego wsparcia mogą mieć oni problemy ze swoim zdrowiem psychicznym jak i fizycznym, mogą ulegać demoralizacji jak i sami negatywnie nastawiać innych osadzonych wobec administracji danej jednostki, a także mogą nie chcieć lub nie móc współpracować w toku podejmowanych wobec nich działań

penitencjarnych. Właśnie z tych względów pomoc psychologa jest bardzo ważna, aby osadzeni nie czuli odrzucenia, zrozumieli swoje błędy oraz dostrzegali dla siebie nadzieję na możliwość życia w społeczeństwie otwartym zgodnie z panującymi normami. Potwierdzeniem potrzeby wzmożonej pomocy psychologicznej w toku izolacji są również wyniki podane w toku przeprowadzonych badań co do najczęściej występujących wśród osadzonych zaburzeń, chorób psychicznych, gdzie obok ZZA najczęściej osadzeni mają problemy z zaburzeniami osobowości oraz zaburzeniami adaptacyjnymi. Podobna sytuacja ma miejsce w omówionym już Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu.

Następnym ważnym zagadnieniem z zakresu ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności jest ich dostęp do usług dentystycznych oraz jakość tych świadczeń. Z przeprowadzonych badań w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim wynika bowiem, że ok. 18% ankietowanych nie korzystało w warunkach izolacji z pomocy dentysty. Z kolei ok. 27% badanych wskazało, że miało świadczone usługi dentystyczne 12 razy, ale miały one miejsce we wszystkich przypadkach z inicjatywy osadzonych. Zgodnie z uzyskanymi wynikami reszta badanych korzystała z pomocy dentysty od 1 do 5 razy, a usługi te były świadczone zarówno z inicjatywy osadzonych jak i administracji danej jednostki.

Odnosząc się z kolei do dolegliwości i chorób fizycznych, które najczęściej występują wśród ankietowanych oraz ich współosadzonych w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim należy wskazać:

- ✓ ból głowy,
- ✓ bóle stawów,
- ✓ bóle zębów,
- ✓ stres, nerwice, choroby umysłowe,
- ✓ bóle pleców, kręgosłupa, kolan, barków, bóle rwy kulszowej
- ✓ bóle brzucha i mdłości,
- ✓ problemy z prostatą,
- ✓ problemy ze wzrokiem,
- ✓ problemy z zasypianiem,
- ✓ choroby serca i nadciśnienie tętnicze,
- ✓ choroby skórne,
- ✓ choroby zakaźne,
- ✓ cukrzyca

Osadzeni wskazali również, że najczęściej korzystają z pomocy takich lekarzy i specjalistów jak dermatolog i okulista (którzy to zostali wskazani przez bardzo dużą liczbę ankietowanych), ale także lekarz ogólny i dentysta. Pojedynczo pojawiały się takie odpowiedzi jak korzystanie pomocy kardiologa, pulmonologa, ortopedy, psychiatry, urologa, neurologa i laryngologa. Osadzeni wskazywali również, że internista nie ma odpowiednich kompetencji oraz traktuje ich rutynowo. Mimo powyższych danych 68% badanych osób wskazało, że czują się ogólnie zdrowi, 2% nie potrafi zająć stanowiska, zaś 30% ankietowanych czuje się ogólnie chora. Powyższe wyniki korelują z danymi uzyskani od jednostki penitencjarnej, gdzie zostało wskazane, że najczęściej wśród osadzonych spotykane są zmiany skórne, choroby zwyrodnieniowe oraz nadciśnienie tętnicze.

Ankietowani osadzenia mogli wyrazić swoje stanowisko również w zakresie czasu oczekiwania na uzyskanie świadczeń medycznych w danej jednostce penitencjarnej. Większość osadzonych wskazała, że podstawowa pomoc medyczna udzielana jest według nich szybko, a więc do ok. tygodnia. Problem stanowią zaś usługi medyczne udzielane przez specjalistów, gdyż zdaniem badanych wówczas okres oczekiwania jest długi. Jeden z osadzonych wskazał, że na konsultację laryngologiczną czeka od 7 miesięcy, a mimo to nadal nie wie kiedy będzie ona miała miejsce. Sytuację taką należy bez wątpienia traktować jako naruszenie prawa do ochrony zdrowia, jak również naruszenie godności ludzkiej i zasady humanitaryzmu. Nie może bowiem mieć miejsca tak długi czas oczekiwania na potrzebną konsultację medyczną nie tylko z punktu widzenia zdrowia fizycznego, ale również stanu psychicznego. Osadzony, który nie może realizować swojego prawa do zdrowia, albo owa realizacja jest nieadekwatna do jego potrzeb może zacząć odczuwać depresję, wykluczenie, a także traktowanie go w sposób przedmiotowy, co może doprowadzić również do agresji i apatii. W takich warunkach można stwierdzić, że osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności jest niemożliwe do osiągnięcia.

W toku prowadzonych badań pojawiły się również odpowiedzi, iż występują trudności w dostępie do psychologa. Odnosząc te wyniki do informacji uzyskanych od administracji Aresztu Śledczego w Piotrkowie Trybunalskim wnioskować można, że istnieje zapotrzebowanie na specjalistów z kadry medycznej, a szczególnie na ortopedę i laryngologa, gdyż osadzeni skarżą się na szereg tego typu dolegliwości przy jednoczesnym długim okresie oczekiwania na konsultacje. Jednocześnie nacisk położyć należy ponownie na popyt na psychologów, którzy to – jak zostało już wielokrotnie wskazane – odgrywają bardzo ważną rolę

w toku odbywania kary pozbawienia wolności, a badani osadzeni również podnoszą potrzebę uzyskiwania tego typu pomocy.

Kolejnym badanym zagadnieniem było dostosowanie warunków bytowych do potrzeb osób niepełnosprawnych w danej jednostce penitencjarnej. Wśród ankietowanych osadzonych była 1 niepełnosprawna osoba według, której Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim zaadaptował się do potrzeb osadzonych z niepełnosprawnością fizyczną. Dodatkowo 5% ankietowanych – mimo iż nie są osobami niepełnosprawnymi – podzieliło to stanowisko, zaś według 11% badanych dana jednostka penitencjarna nie dostosowała panujących w niej warunków bytowych do osób niepełnosprawnych. Z kolei reszta ankietowanych nie wyraziła swojego poglądu na ten temat wskazując, że nie dotyczy ich ten problem. Domniemywać jednak można, że skoro wśród osadzonych nie ma informacji o niedostosowaniu przez Areszt Śledczy w Piotrkowie Trybunalskim warunków bytowych do potrzeb niepełnosprawnych izolowanych, a badany mający tego typu problemy zdrowotne ocenia stan jednostki jako pozytywny, to badana placówka w praktyce może być rzeczywiście odpowiednio zaadaptowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.

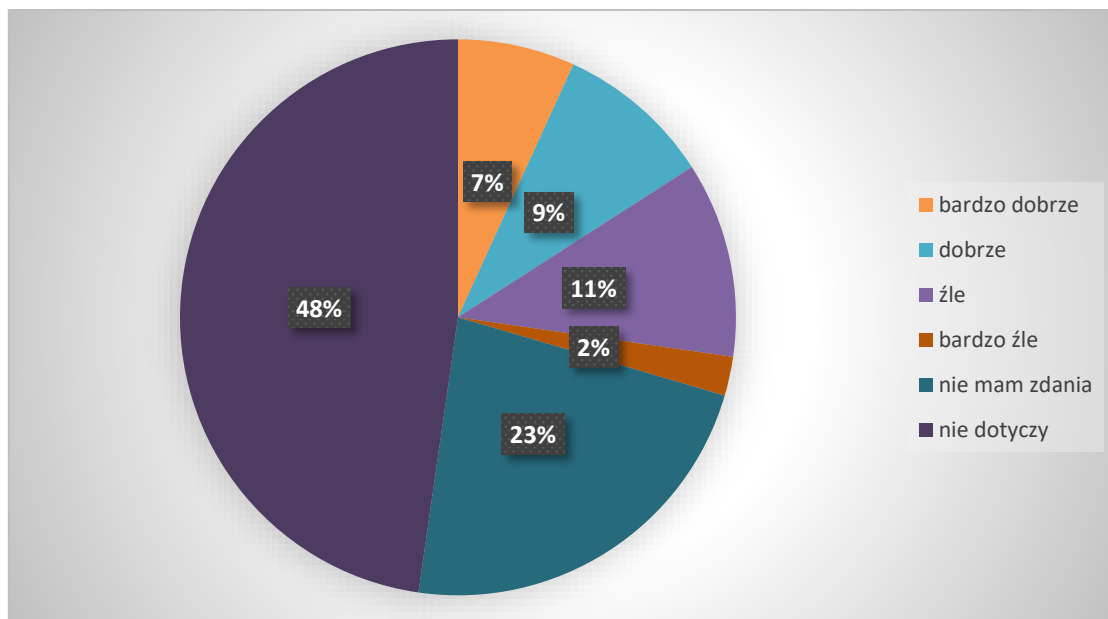
Bardzo ważnym tematem z zakresu ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności są również choroby zakaźne. Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia na tle badań przeprowadzonych w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim. Nikt z ankietowanych osadzonych nie wskazał bowiem, że jest zakażony którąkolwiek z wymienionych chorób. Aczkolwiek podkreślenia wymaga, iż 11% badanych przyznało, że nie ma wiedzy w tym temacie, a kolejne 11% osób w ogóle nie udzieliło odpowiedzi na przedmiotowe pytanie. Interesujące jest jednak, że 9% ankietowanych ogółem przyznało, że nie mają zapewnionych odpowiednich środków do leczenia choroby zakaźnej (z czego 75% były to osoby, które nie udzieliły żadnej odpowiedzi na ewentualne zakażenie wymienionymi chorobami). Jednocześnie 1 osadzony wskazał, że ma zapewnione należyte środki do leczenia choroby, z którą się zmagają, a reszta ankietowanych przyznała, że nie dotyczy ich ten problem. Z zaprezentowanych danych wynika, że osadzeni nie chcą przyznawać się do tego, iż mają chorobę zakaźną. O ile może to być zrozumiałe z uwagi na ich prywatność, zasadnym wydaje się wzmoczenie profilaktyki oraz edukacja prozdrowotna w warunkach izolacji penitencjarnej z uwagi na ochronę zdrowia chorego osadzonego, pozostałych współosadzonych, ale też następczo także osób żyjących w społeczeństwie otwartym. Temat ten ma szczególne znaczenie w toku niniejszego opracowania także z uwagi na to, iż choroby zakaźne występują często

w jednostkach penitencjarnych. Jak wskazuje bowiem Helsińska Fundacja Praw Człowieka, która przeprowadziła w tym zakresie specjalny projekt³³², przykładem na to może być fakt, iż wśród osadzonych częstotliwość występowania wirusa HIV jest ok. 50 razy wyższa niż w społeczeństwie otwartym, a 10% populacji osób chorych na gruźlicę stanowią osadzeni. Jako przyczyny takiego zjawiska można podać np. niehigieniczny tryb życia, złe warunki bytowe i nieprawidłowe nawyki żywieniowe, brak informacji o chorobach zakaźnych, niedostateczna edukacja prozdrowotna, podejmowanie przez osadzonych działań ryzykownych, uzależnienie od alkoholu i narkotyków. Takie wnioski pokrywają się także z faktem, iż większość osadzonych pochodzi z małych miejscowości lub średnich miast oraz ma wykształcenie podstawowe bądź zawodowe, co może wiązać się z ich trybem życia, który potęguje możliwość

Interesujące jest, iż przedmiotowy problem dostrzegają również sami osadzeni, którzy w przeprowadzonych badaniach podnoszą brak informacji na temat chorób zakaźnych oraz brak odpowiednich środków do leczenia owych chorób.

Następnym zagadnieniem poruszonym w toku przeprowadzonych badań było ewentualne uzależnienie osadzonych od alkoholu lub narkotyków. Wśród ankietowanych w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim 20% osób przyznało, że jest uzależniona. Istotne jest jednak, że 1/3 z tych osób nie uczestniczy w terapii uzależnień. Mimo to 32% badanych wskazuje, że terapia uzależnień jest dostępna dla wszystkich osób, które tego potrzebują, a tylko 9% ankietowanych zajęło przeciwne stanowisko. Reszta badanych osadzonych nie miała swojej opinii na ten temat. Tym samym wnioskować można, że terapia uzależnień jest dostępna dla osadzonych, którzy mają takowe problemy. Tym bardziej w stosunku do nich powinny być podejmowane takie oddziaływania penitencjarne, aby chcieli oni brać udział w takich zajęciach, by zwalczyć swój nałóg. Jednak chęć korzystania z terapii uzależnień w dużej mierze może wynikać od jej efektywności oraz sposobu prowadzenia. Na poniższym wykresie zaprezentowana została bowiem ocena osadzonych na temat skuteczności terapii uzależnień.

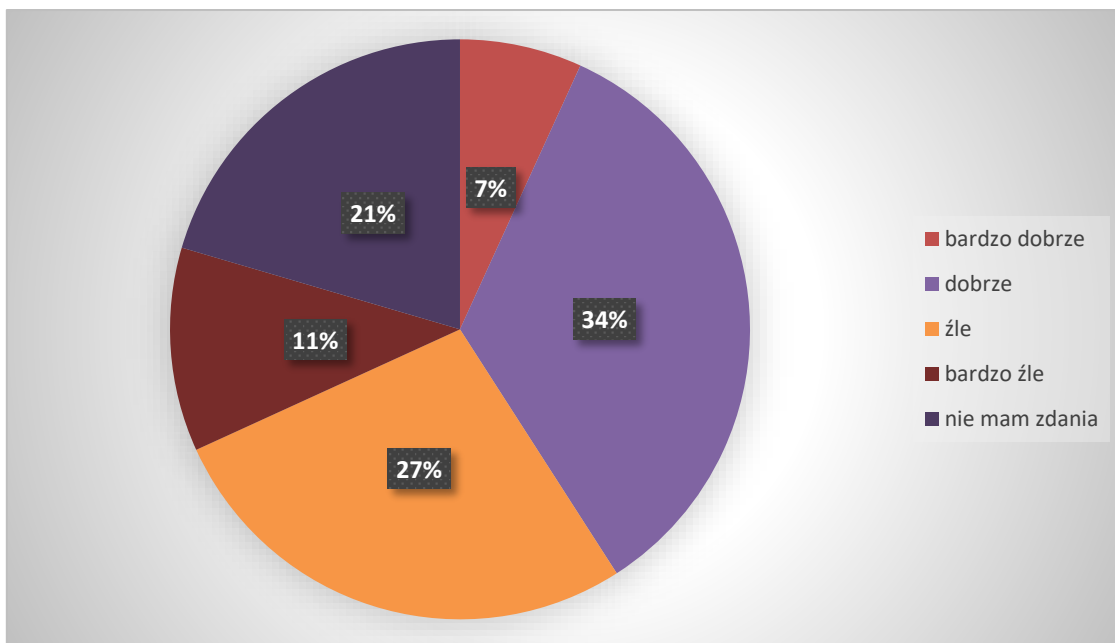
³³² <http://www.hfhr.pl/choroby-zakazne-w-wiezieniach-podsumowanie-projektu/> [dostęp online: 29 stycznia 2019 r.]



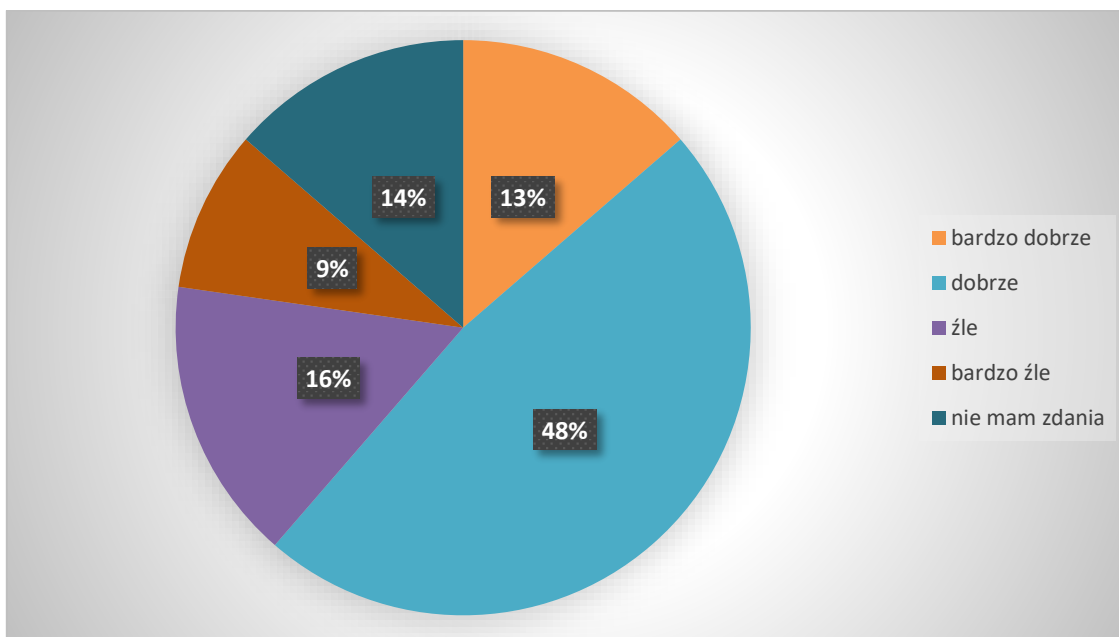
Wyk. nr 22: Ocena skuteczności terapii uzależnień według badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim; *źródło: badania własne*

Z powyższych danych wynika, że większość badanych osadzonych albo nie ma zdania na temat skuteczności terapii uzależnień w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim, albo nie dotyczy ich to zagadnienie. Z kolei zdania ankietowanych, którzy wyrazili swoją ocenę w niniejszej kwestii są porównywalnie podzielone na opinie pozytywne i negatywne. Tym samym wnioskować można, iż prawdopodobne jest, że istnieje potrzeba w zakresie zmiany sposobu prowadzenia owej terapii oraz jej skuteczności. Wówczas większa liczba osadzonych borykających się z uzależnieniami będzie skłonna do udziału w takiej terapii, a w następstwie może przyczynić się to do poprawy ich stanu zdrowia i może mieć pozytywny skutek na funkcjonowanie osadzonego w społeczeństwie otwartym.

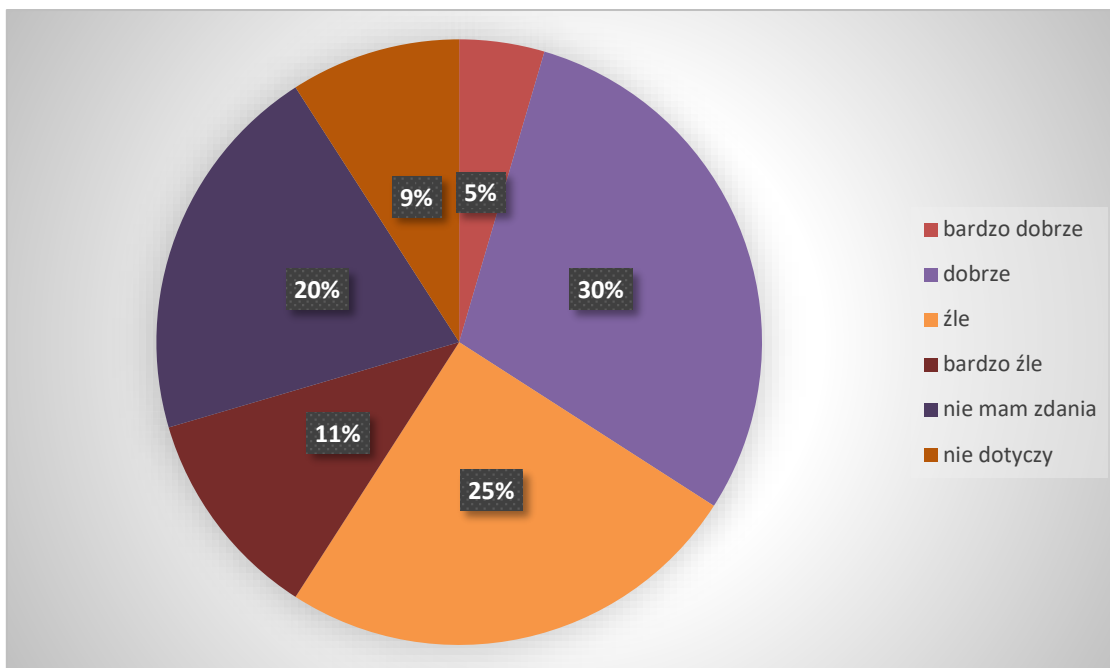
Na obecnym etapie rozważań warto odwołać się do stanowiska ankietowanych osadzonych na ogólne pytanie co do ich opinii na temat jakości ochrony zdrowia w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim. Celem zweryfikowania uzyskanych danych oraz jako ich dopełnienie za niezbędne uznano również uzyskanie opinii osadzonych w zakresie warunków sanitarnych istniejących w badanej jednostce penitencjarnej, a także pod względem dostępu do leków i sprzętów medycznych. Zebrane dane we wskazanych tematach zostaną zaprezentowane na poniższych wykresach.



Wyk. nr 23: Ocena jakości opieki zdrowotnej przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim; *źródło: badania własne*



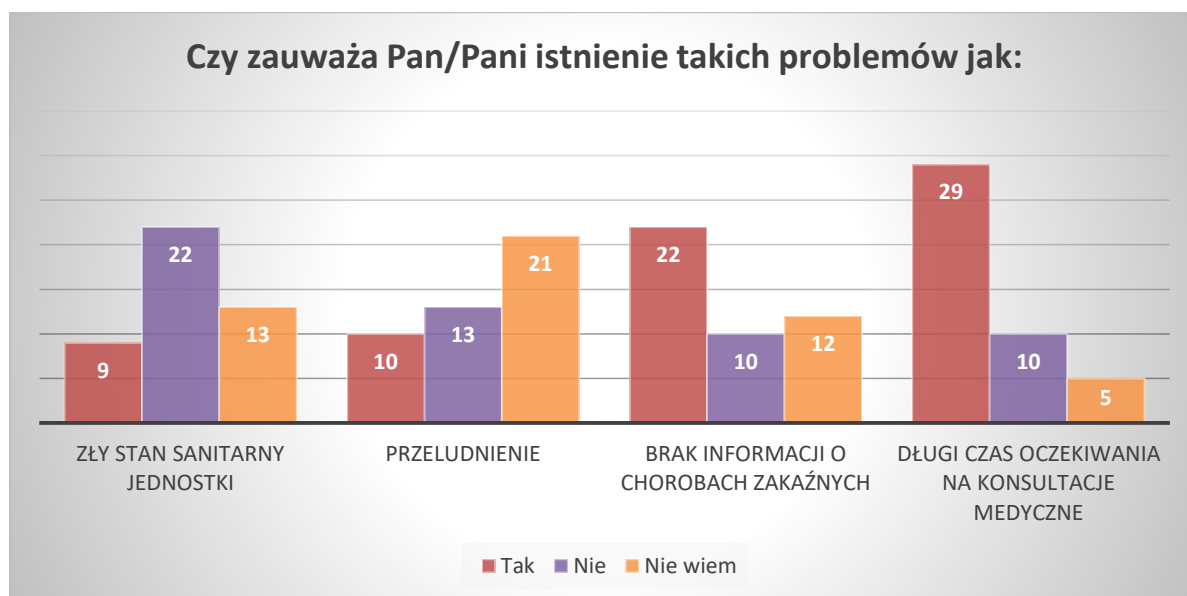
Wyk. nr 24: Ocena warunków sanitarnych przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim; *źródło: badania własne*



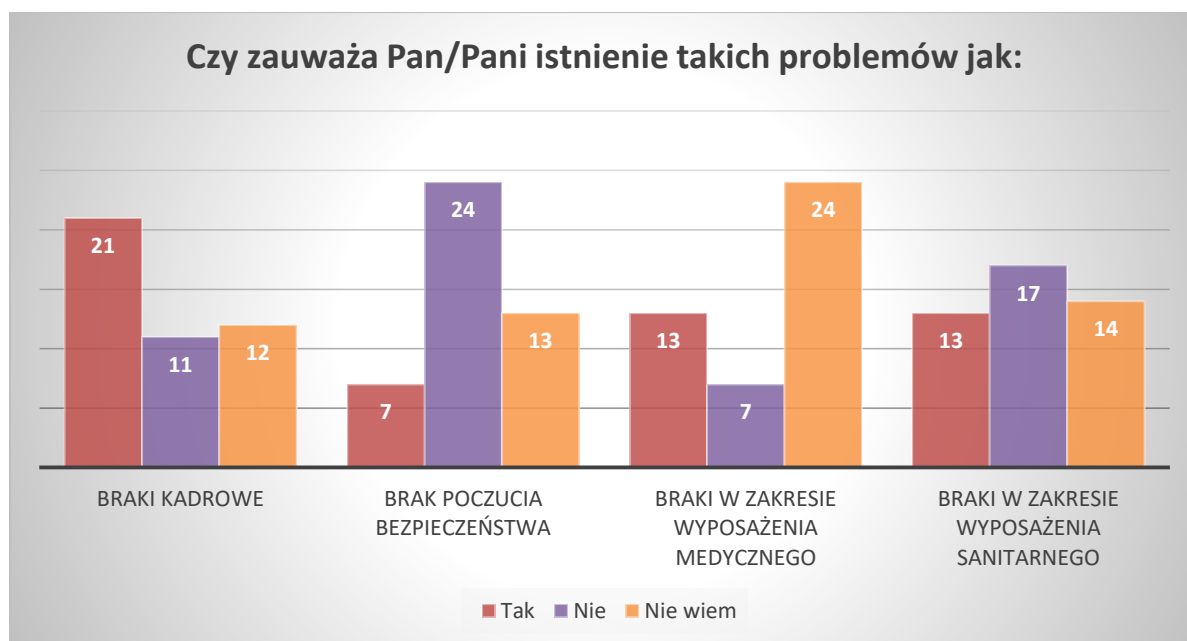
Wyk. nr 25: Ocena dostępu do leków i środków medycznych przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim; *źródło: badania własne*

Z powyższych danych wynika, że zdecydowana większość ankietowanych osadzonych ocenia warunki sanitarne w analizowanej jednostce penitencjarnej pozytywnie. Można wnioskować, że potwierdza to także wcześniej już wskazane stanowisko, iż w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim dostosowano warunki bytowe i sanitarne do potrzeb osób niepełnosprawnych fizycznie. Zastanawiające jest jednak, że ankietowani wyraźnie podzielili się na dwa opozycyjne stanowiska, co do oceny świadczonej opieki zdrowotnej, gdyż podobna liczba osadzonych ocenia ją pozytywnie i negatywnie. Takie wyniki z kolei można odnieść do wyżej już wymienionej oceny terapii uzależnień, która to w przeważającej części odbierana jest negatywnie. W następstwie powyższego wnioskować można, że w danej jednostce penitencjarnej należy poddać pod rozwagę sposób postępowania wobec konkretnych osób przez personel medyczny i stosowane względem nich środki. Zagadnienie to będzie jednak szerzej rozwinięte w toku dalszej analizy zebranych wyników badań. Mimo to wskazać należy również na ocenę przez osadzonych dostępu do leków i potrzebnych im środków medycznych, gdyż ankietowani ponownie podzielili się na dwie opozycyjne grupy co do pozytywnej i negatywnej opinii na ten temat, co może mieć także wpływ na ogólną ocenę świadczonej pomocy medycznej.

Celem dalszego dopełnienia uzyskanych dotychczas wyników oraz ich ewentualnego uwierzytelnienia w toku badań zostało skierowane do osadzonych pytanie odnośnie ewentualnego dostrzegania przez ankietowanych wymienionych enumeratywnie problemów, co zostało zaprezentowane na poniższych wykresach.



Wyk. nr 26: Dostrzeganie przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim określonych problemów cz. 1; *źródło: badania własne*



Wyk. nr 27: Dostrzeganie przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim określonych problemów cz. 2; *źródło: badania własne*

Na podstawie powyższych danych można potwierdzić dotychczasowe stanowisko, że w badanej jednostce penitencjarnej najbardziej problematyczne zagadnienia stanowią braki kadrowe, a w konsekwencji także czas oczekiwania na konsultacje medyczne. Wyraźnie kształtuje się także stanowisko osadzonych w zakresie braku informacji o chorobach zakaźnych. Świadczy to zarówno o tym, że informacje takie nie są przekazywane i osadzeni mogą nie być świadomi potencjalnego zagrożenia lub, że sami chorują, ale również o tym, że ankietowani dostrzegają potrzebę badań oraz udzielania informacji na temat chorób zakaźnych. W konsekwencji wnioskować należy, że konieczne stają się wzmożone działania profilaktyczne w tym przedmiocie oraz zwiększona edukacja prozdrowotna.

Odnosząc się także do ewentualnych doświadczeń ankietowanych osadzonych co do ochrony ich zdrowia należy wskazać, że wśród badanych osób 2 wnioski o udzielenie jej przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności z powodów medycznych. Oznacza to tym samym, iż osoby izolowane doświadczają szeregu problemów zdrowotnych, które to również rzutują na dalszy tryb postępowania wobec nich, czego przykładem jest również to, że jeden z ankietowanych osadzonych ową przerwę uzyskał.

Biorąc pod uwagę wszelkie dotychczas zaprezentowane wyniki badań należy odnieść się do stanowiska osadzonych w zakresie zmian pod względem ochrony zdrowia w Areszcie Śledczym w Piotrkowie Trybunalskim oraz ich pozostałych uwag w tym temacie. Ankietowani osadzeni wskazywali bowiem, że ich zdaniem w badanej jednostce istnieją takie problemy i potrzeby zmian jak:

- ✓ więcej empatii ze strony personelu medycznego,
- ✓ zwiększenie kompetencji lekarzy i pielęgniarek,
- ✓ zmiana lekarza okulisty,
- ✓ szybsze udzielania pomocy w nagłych przypadkach,
- ✓ leczenie odpowiednimi lekami,
- ✓ uzupełnienie zapasów leków i możliwość korzystania z leków powszechnie dostępnych w warunkach wolnościowych, ponieważ jest mały dostęp do środków medycznych,
- ✓ indywidualne podejście personelu medycznego do osadzonych,
- ✓ potrzeba dokładnej diagnozy,
- ✓ potrzeba pomocy psychologa,
- ✓ istnienie złej opieki ortopedycznej,
- ✓ istnienie grzybów w celach,

- ✓ brak owoców i warzyw,
- ✓ brak ciągłości w dostawie ciepłej wody,
- ✓ brak informacji o chorobach zakaźnych,
- ✓ występowanie powszechnie ropniaków i czyraków.

Podsumowując powyższe wyniki należy stwierdzić, że zarówno osadzeni jak i pracownicy Aresztu Śledczego w Piotrkowie Trybunalskim dostrzegają konieczność poszerzenia diagnostyki oraz zwiększone zapotrzebowanie na personel medyczny. W tym momencie odwołać się należy do wyników z badań przeprowadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu Zakładu Karnego w Herbach, które to dane pokrywają się z materiałem badawczym uzyskanym z Aresztu Śledczego w Piotrkowie Trybunalskim. W obu jednostkach osoby pozbawione wolności dostrzegają bowiem również swego rodzaju problemy podmiotowe w postaci, np. braku ich indywidualnego traktowania przez lekarzy, rutynowego podejścia do osadzonych i stosowania leków wyłącznie dostępnych, a także takich, które nie są skuteczne. Osadzeni wskazują również na potrzebę dodatkowej pomocy psychologicznej oraz zrozumienia ich i wsparcia w zaistniałym położeniu. Tym samym jako kluczowe staje się udzielenie im takiej pomocy, aby osoby pozbawione wolności nie czuły się wykluczone oraz, aby dostrzegały możliwość życia w społeczeństwie otwartym zgodnie z obowiązującymi normami.

7. Weryfikacja problemów badawczych i hipotez, a możliwe kierunki zmian

Przeprowadzone w toku niniejszego opracowania rozważania stają się podstawą do zweryfikowania sformułowanych problemów badawczych i hipotez. Jest to możliwe z uwagi na dokonanie przekrojowego przeglądu polskiego systemu penitencjarnego wraz z wiążącymi go regulacjami europejskimi w zakresie ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności, ale również dzięki rozpatrzeniu stanowisk panujących w doktrynie i orzecznictwie. Dokonane analizy dają tym bardziej realny obraz owej płaszczyzny i możliwość postawienia trafnych wniosków z uwagi na scharakteryzowanie obowiązujących uregulowań prawnych, jak również obecnych warunków jakie panują w zakładach karnych wraz z weryfikacją ich z obowiązującym stanem prawnym i realizacją celów kary pozbawienia wolności.

W pierwszej kolejności należy udzielić odpowiedzi na postawione pytania stanowiące problem badawczy. Wnioskować bowiem należy, że obecny system prawny nie odpowiada

należycie potrzebom osób pozbawionych wolności w zakresie ochrony ich zdrowia, a realizowanie tego prawa powinno zostać zmodyfikowane na niektórych płaszczyznach zarówno prawnych, jak i praktycznych, m.in. w zakresie sposobu finansowania więziennej służby zdrowia, nowelizacji norm powierzchni przypadających na jednego osadzonego, rozwoju kompetencji personelu medycznego, a także należytego traktowania osadzonych i zapewnienia im wsparcia psychologicznego.

Odnosząc się bardziej szczegółowo do zaprezentowanych wyżej twierdzeń i postawionych hipotez badawczych w toku przeprowadzanych badań należy w pierwszej kolejności wskazać, iż obowiązek ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności spoczywa na państwie i jego instytucjach. Wynika to ze szczególnego charakteru osadzonych, którzy są niemal zupełnie uzależnieni i podporządkowani odnoszonym do nich przepisom prawnym oraz regułom panującym w jednostkach penitencjarnych. Zależność ta jest konsekwencją specyfiki kary pozbawienia wolności i jej dolegliwości. Tym samym osadzony trafiając do izolacji musi poddać się określonym rygorom i nie jest w stanie zadbać o wszystkie swoje interesy samodzielnie. Jednocześnie wykonywanie kary pozbawienia wolności musi odbywać się z poszanowaniem godności ludzkiej, przestrzeganiem zasady humanitaryzmu i praw człowieka. Z tych względów instytucje państwowe są zobligowane do ochrony zdrowia osadzonych, które to prawo jest przejawem podmiotowego traktowania osób pozbawionych wolności. Ochrona zdrowia w toku izolacji ma jednak również dodatkowe znaczenie, co zostało już w toku prowadzonych rozważań niejednokrotnie podniesione. Ma ona bowiem być elementem do zapewnienia warunków zmierzających do urzeczywistnienia celu wykonywania kary pozbawienia wolności, a więc readaptacji i reintegracji społecznej osadzonych. Osoby izolowane mając problemy zdrowotne mogą nie chcieć lub w ogóle nie móc podejmować współpracy w ramach prowadzonych wobec nich oddziaływań penitencjarnych.

Konieczne staje się w chwili obecnej odwołanie do oceny regulacji prawnych dotyczących ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności oraz ich korelacji z przepisami europejskimi. Można bowiem przyjąć, że co do zasady polski system penitencjarny reguluje niezbędne kwestie w tym przedmiocie, a rozwiązania przyjęte przez ustawodawcę odpowiadają uregulowaniom europejskim. Są jednak obszary, w których polskie normy, ale przede wszystkim realia praktyczne nie spełniają owych standardów. Przykładem jest minimalna powierzchnia mieszkaniowa przypadająca na jednego osadzonego, która chociażby zgodnie z zaleceniami CPT powinna być zwiększona z 3m² do 4m². Mimo to Polska do chwili obecnej

nie zastosowała się do tych wskazań, a swego rodzaju walkę np. z przeludnieniem podjęła poprzez wprowadzenie systemu dozoru elektronicznego lub nowelizację przepisów w zakresie zagrożenia karą pozbawienia wolności konkretnych czynów. Rozważyć jednak można – celem zwiększenia efektywności więziennej służby zdrowia – zrekonstruowanie jej systemu finansowania. Może to być dokonane poprzez objęcie osadzonych powszechnym systemem opieki zdrowotnej lub wprowadzenie specjalnego rodzaju ubezpieczeń zdrowotnych dla osób izolowanych, których składki opłacałoby osadzeni. Wówczas wielce prawdopodobny mógłby się okazać zakup nowego sprzętu medycznego, niezbędnych osadzonym leków, modernizacja ambulatoriów, czy zwiększenie liczebności personelu medycznego. W konsekwencji przyjęcia takiego rozwiązania możliwe byłoby uniknięcie także zbyt powszechnie orzekania instytucji incydentalnych. To z kolei mogłoby się przyczynić do zwiększenia bezpieczeństwa społeczeństwa otwartego poprzez wyeliminowanie możliwości popełnienia przez skazanego, np. w czasie przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności kolejnego przestępstwa.

Wskazany powyżej i niezbędnym do poszerzania efektywności i jakości więziennej służby zdrowia jest także liczebność i dostępność personelu medycznego, ale również stopień jego wykwalifikowania i traktowania osadzonych. Obszar ten jest niezwykle istotny, gdyż negatywne spostrzeżenia w tym przedmiocie dostrzegają zarówno sami osadzeni, jak i instytucje kontrolujące. Można bowiem skonstruować twierdzenie, że w jednostkach penitencjarnych jest zbyt mała liczba lekarzy specjalistów i pielęgniarek. Z kolei duża liczba lekarzy pracuje w ramach kontraktu oraz jest wzmożone zapotrzebowanie na pomoc psychologów. Tym samym ponownie warto poddać pod rozwagę propozycję swego rodzaju wchłonięcia więziennej służby zdrowia przez powszechną opiekę medyczną, jak np. w Norwegii. W przypadku zastosowania takiego rozwiązania w każdej jednostce penitencjarnej mógłby funkcjonować zespół personelu medycznego, który byłby niezależny od instytucji penitencjarnych przy jednoczesnym zapewnieniu osadzonym wszystkich niezbędnych im leków, ale również konsultacji ze specjalistami, których wymaga ich stan zdrowia. Ustalenia są tak ważne, gdyż wiążą się one nierozzerwalnie ze sposobem traktowania osób pozbawionych wolności w procesie ich szeroko pojętego leczenia. W chwili obecnej zdiagnozowano bowiem problem występowania przypadków rutynowego podejścia przez lekarzy względem osadzonych, braku zrozumienia i niedowierzania w relacjonowane dolegliwości, ale także stosowania nieefektywnego leczenia, czy przepisowywania leków będących na stanie bez względu na konkretne dolegliwości. Bez wątpienia można stwierdzić, iż takie działania są sprzeczne z humanitarnym traktowaniem osadzonych, poszanowaniem ich godności, ale utrudniają

również ociążenie celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Wiązać się to bowiem może z negatywnym nastawieniem osadzonych do podejmowanych względem nich działań penitencjarnych, ale także brakiem możliwości działania osoby izolowanej ze względu na jej stan zdrowia. Zastanawiając się nad przyczynami występowania tego typu sytuacji można wnioskować, iż w obecnym systemie penitencjarnym personel medyczny może odczuwać negatywne skutki przepracowania, gdyż świadczenie usług medycznych w jednostkach penitencjarnych zazwyczaj jest ich kolejnym zajęciem. Wówczas mogą nie mieć oni jednak czasu na podnoszenie swoich kwalifikacji. Dodatkowo uzyskiwane przez lekarzy wynagrodzenie z tego tytułu często może być niewspółmierne do presji jakiej są poddawani w toku leczenia osadzonych. Personel medyczny może bowiem spotkać się również z przypadkami, gdy osoby izolowane jako sposób spędzania czasu traktują pisanie skarg również w zakresie ochrony ich zdrowia, a które mimo iż mogą być bezprzedmiotowe, wywołują jednak szereg postępowań i stres. Lekarz więzienny obwarowany jest także dodatkowym formalizmem, np. poprzez konieczność wskazania, czy leczenie danego osadzonego jest możliwe w ramach izolacji. Z kolei osoba pozbawiona wolności z reguły będzie chciała skorzystać z danych świadczeń medycznych poza jednostką, aby chociaż chwilowo opuścić jej teren. W konsekwencji na linii lekarz-osadzony pacjent problematyczne może być zbudowanie zaufania bez którego ich wzajemna relacja jest zdystansowana i budzi niepokój. Takie czynniki mają niewątpliwie wpływ na diagnozowane problemy, a ponownie propozycję ich rozwiązania stanowi objęcie osadzonych powszechnym systemem zdrowotnym wraz ze zwiększeniem wynagrodzenia dla personelu medycznego i zapewnieniem niezbędnych leków i sprzętu medycznego.

Kolejnym rozwiązaniem ww. dysfunkcji więziennej służby zdrowia mogłoby się okazać zwiększenie liczby pracujących w jednostkach penitencjarnych psychologów. Wynika to chociażby z faktu, iż sami osadzeni widzą takie zapotrzebowanie. Tym samym owi specjaliści mogliby w ramach profilaktycznych działań pracować nad zbudowaniem zaufania w relacji personel medyczny – osadzony pacjent, ale także mogliby zapobiegać rozwojowi zaburzeń i chorób psychicznych, chorób psychosomatycznych, jak również niwelować negatywne skutki pozbawienia wolności. W konsekwencji świadczenie usług medycznych zostałoby oparte na wzajemnym zaufaniu, co odbiłoby się pozytywnie nie tylko na efektywnym leczeniu, ale również traktowaniu osadzonych podmiotowo i humanitarnie, z poszanowaniem ich godności.

Wskazując również na dodatkowe zmiany, których wprowadzenie byłoby pożądane w toku ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności można zaproponować zorganizowanie dodatkowych zajęć sportowych, gimnastycznych, czy też edukacyjnych z zakresu prawidłowego odżywiania celem zwiększenia aktywności osadzonych oraz w pewnym sensie umożliwienia im również samodzielnego dbania o stan swojego zdrowia w warunkach izolacji poprzez świadome korzystanie z danych zajęć, czy wprowadzanie w ich konsekwencji zmian w codziennej egzystencji, np. w postaci ograniczenia cukrów i tłuszczu w diecie. Uzasadnione jest również wprowadzanie programów oddziaływania penitencjarnego zmierzających do aktywizacji osadzonych poprzez zapewnienie im warunków zbliżonych do wolnościowych. Miałyby to bowiem przełożenie zarówno na dobrą kondycję psychiczną osadzonych, a także umożliwienie im odnalezienia się po opuszczeniu jednostki penitencjarnej w społeczeństwie otwartym.

Warto jednak rozważyć również sposób udzielanych świadczeń medycznych osadzonym z położeniem szczególnego nacisku na diagnostykę. Osoby pozbawione wolności bezwzględnie powinny być bowiem poddawane badaniom okresowym i kontrolnym celem stałego monitorowania ich stanu zdrowia i możliwości zapobiegania rozwojowi danych dolegliwości. Wskazana profilaktyka winna jednak mieć kluczowe znaczenie w momencie badań wstępnych po przyjęciu skazanego do jednostki penitencjarnej. W ich toku szczególną rolę można przypisać po raz kolejny badaniom psychologicznym, które od samego początku izolacji powinny stanowić podstawę współpracy z osadzonym celem podjęcia w stosunku do niego odpowiednich działań penitencjarnych, ale przede wszystkim, aby zapobiec jego demoralizacji i negatywnemu nastawieniu względem pracowników jednostki penitencjarnej. Można bowiem stwierdzić, że jedynie w przypadku zapewnienia osadzonym odpowiednich ku temu warunków – również w zakresie ochrony ich zdrowia – możliwe jest podjęcie przez nich współpracy celem zmiany swoich postaw i powrotu do życia w społeczeństwie otwartym zgodnie z obowiązującymi normami zarówno moralnymi, jak i prawnymi.

ZAKOŃCZENIE

Ochrona zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności jest niewątpliwie bardzo szerokim tematem, który należy rozpatrywać na wielu płaszczyznach, a więc nie jedynie pod względem świadczonych usług medycznych, ale również działań profilaktycznych oraz stosowanych programów oddziaływania penitencjarnego, które to mają nierozzerwalny związek ze stanem zdrowotnym osadzonych i wzajemnie stanowią fundamentalny czynnik umożliwiający osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności. Konieczność realizacji ciężącego na instytucjach państwowych obowiązku zapewnienia ochrony zdrowia osadzonych należy także oceniać z aprobatą z uwagi na to, iż stanowi on pogłębienie zasady humanitaryzmu i wyraz poszanowania godności ludzkiej, który także zmierza do readaptacji społecznej osób pozbawionych wolności. Prawo do ochrony zdrowia stanowi bowiem prawo podmiotowe każdego człowieka i fundament do prawidłowego wykonywania kary pozbawienia wolności i ociążenia jej celów, a co za tym idzie należy je tym samym rozpatrywać perspektywicznie z uwzględnieniem ewolucji prawa karnego, polityki penitencjarnej, praw człowieka, a także rozwojem społeczeństwa i kultury. Założyć bowiem trzeba, że sposób wykonywania kary pozbawienia wolności i jej cele są wynikiem owych transformacji, które pozostają ze sobą w ścisłym związku i warunkują podejmowanie takich działań (również w przedmiocie ochrony zdrowia) w toku postępowania penitencjarnego, które będą wyrazem poszanowania godności ludzkiej, zasady humanitaryzmu, a także które to będą uwzględniały zarówno indywidualne potrzeby osadzonych, jak i zmierzanie do przeciwdziałania powrotowi do przestępstwa i zabezpieczenie społeczeństwa otwartego.

Odnosząc się do powyższego i rozważań podjętych w toku rozprawy należy bowiem stwierdzić, że kara pozbawienia wolności pociąga dla osadzonych opresję, która z kolei warunkuje podejmowanie oddziaływań penitencjarnych zmierzających do zmniejszenia jej odczuwalności i osiągnięcia celu owej kary. Wnioski takie nasuwają się chociażby w toku dokonanej analizy ewolucji poszczególnych systemów penitencjarnych i praw człowieka, a także pojmowania celów kary pozbawienia wolności. Dostrzec bowiem można jakie destrukcyjne konsekwencje wywoływała izolacja wówczas, gdy jej głównym zamierzeniem była odplata lub, gdy w systemie celkowym osadzeni borykali się zaburzeniami psychicznymi uniemożliwiającymi zmianę ich postaw. Owe następstwa wywołane były zapewne przedmiotowym traktowaniem osób pozbawionych wolności, brakiem zapewnionego im

wsparcia oraz izolacją wręcz totalną, która wykluczała ich ze społeczeństwa. Swego rodzaju postęp można było jednak zauważyć już chociażby w toku wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie celkowym auburnskim, gdzie w związku z nałożeniem na osadzonych obowiązku pracy uległa poprawie ich kondycja psychiczna i fizyczna oraz mieli oni możliwość rozwoju i zdobywania doświadczenia zawodowego. To z kolei pokazuje jak ścisła relacja łączy ochronę zdrowia z innymi rodzajami oddziaływań penitencjarnych.

Tym samym, aby urzeczywistnienie readaptacji społecznej osadzonych było możliwe konieczne jest zapewnienie ku temu odpowiednich warunków odbywania kary pozbawienia wolności, a w tym również poprzez ochronę zdrowia osadzonych. Wiąże się to z faktem, iż w przypadku realizacji prawa do ochrony zdrowia osadzonych mogą oni zarówno być w stanie, jak i chcieć współpracować w toku oddziaływań penitencjarnych celem zmiany swoich postaw na społecznie pożądane. Osoba chora nie skupia się bowiem z reguły na innych aspektach swojego życia, a jej głównym celem jest wówczas ochrona zdrowia. Tym samym w przypadku braku jej zagwarantowania osadzony może czuć się zagrożony, czy nieufny. To z kolei będzie zapewne skutkowało brakiem chęci współpracy lub niemożnością jej podjęcia, ale może prowadzić również do agresji, samookaleczania, a także zaburzeń psychicznych. W takich sytuacjach niewątpliwie osiągnięcie celu wykonywania kary pozbawienia wolności będzie niemożliwe. Ustalenia te są o tyle istotne, iż najkrócej można stwierdzić, że to na instytucjach państwowych spoczywa obowiązek ochrony zdrowia osadzonych, który wynika zarówno uregulowań prawa międzynarodowego i krajowego, poszanowania godności ludzkiej i zasady humanitaryzmu, ale również z charakteru osób pozbawionych wolności, które to są uzależnione od działań instytucji państwowych.

Celem zapewnienia efektywnej ochrony zdrowia osadzonych należy uznać jako konieczne podjęcie działań (zarówno w sferze dotyczącej *stricte* świadczeń medycznych, jak i innych oddziaływań penitencjarnych) zmierzających w szczególności do zmiany czynności praktycznych w tym przedmiocie – ze szczególnym położeniem nacisku na działania profilaktyczne. Tym samym zasadne jest dostosowywanie każdorazowo indywidualnie poszczególnych programów do wyznaczników i możliwości danego osadzonego. Inne priorytety i potrzeby będzie miała bowiem osoba izolowana, która ma chociażby 20 lat, a inne która ma lat 60. W pierwszym przypadku do ochrony zdrowia mogą bowiem przyczynić się podstawowe badania profilaktyczne, konsultacje psychologiczne na początku rozpoczęcia odbywania kary, jak również podjęcie przez osadzonego pracy i zajęć oświatowych. Wówczas

taka osoba nie będzie ulegała demoralizacji, a będzie miała możliwość zachowania dobrej kondycji psychicznej i fizycznej, a także mogąc jednocześnie się rozwijać będzie miała perspektywy odnalezienia się w społeczeństwie otwartym po opuszczeniu jednostki penitencjarnej. Z kolei w drugim przypadku osadzonego w wieku 60 lat praca może okazać się jedynie dodatkowym obciążeniem zarówno psychicznym, jak i fizycznym, a do ociążenia celu wykonywania kary pozbawienia wolności i zachowania zdrowia mogą posłużyć dodatkowe rehabilitacje, szkolenia z zakresu zdrowego odżywiania, konsultacje psychologiczne, czy zajęcia kulturalne. Tym samym konieczne są wzmożone działania aktywizujące osoby pozbawione wolności, które będą niwelowały opresję wywołaną izolacją i przybliżały warunki panujące w jednostkach penitencjarnych do warunków wolnościowych, a w następstwie które to będą wpływały pozytywnie na kondycję psychiczną osadzonych, ale również stan zdrowia fizycznego umożliwiając tym samym efektywny proces readaptacji społecznej.

Rozważając temat ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności nie sposób jednak pominąć obszaru *stricte* działań medycznych i sposobu traktowania osadzonych, które bezpośrednio wpływają na realizację owego prawa. Powyższe twierdzenia uzasadnia nie tylko dogmatyczna analiza przepisów prawnych, ale również badania empiryczne w postaci analizy orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka i raportów Najwyższej Izby Kontroli oraz Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, a także wyników badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy, w których toku – jak zostało niejednokrotnie wskazane – dostrzega się szereg nieprawidłowości. Najistotniejsze jest, iż sami osadzeni wskazują na uchybienia, m.in. w zakresie braku ich indywidualnego traktowania, braków kadrowych, potrzeby dodatkowej pomocy psychologicznej, zapewnienia konsultacji specjalistycznych w odpowiednim czasie, czy profilaktyki w przedmiocie chorób zakaźnych i skórnych. Z punktu widzenia ustawodawcy można wskazać, iż warte uwagi byłoby rozważenie zmniejszenia formalizmu świadczenia usług medycznych w warunkach izolacji, a także sposobu ich finansowania, co niewątpliwie przyczyniłoby się do zwiększenia efektywności ochrony zdrowia osadzonych, jak również poprawy relacji na linii lekarz – pacjent pozbawiony wolności.

Odnosząc się również do wzajemnej zależności pomiędzy ochroną zdrowia, a innymi oddziaływaniami penitencjarnymi warto wskazać ponownie, iż osadzeni widzą potrzebę dodatkowej pomocy psychologicznej, która niewątpliwie jest konieczna szczególnie na początku odbywania kary pozbawienia wolności z uwagi na zapobieganie, m.in. ich

demoralizacji i umożliwieniu zrozumienia swojego położenia. Jednak na dalszym etapie jej wykonywania można zaproponować inne sposoby pozytywnego wpływu na stan psychiczny osadzonych, przy jednoczesnym urzeczywistnieniu ich readaptacji społecznej. Jednym z przykładów może być dodatkowe umożliwienie osobom pozbawionym wolności pracy lub zajęć kulturalno-oświatowych, które to przyczynią się do zwiększonego zaangażowania osadzonych z uwagi na ich rozwój, zorganizowanie im wolnego czasu, a tym samym widoków na zmianę swojej sytuacji życiowej w warunkach wolnościowych. Działania takie mogą także odciążać pracujących w jednostkach penitencjarnych psychologów, którzy mogliby wówczas skupić się na efektywniejszej pomocy osadzonym najbardziej jej potrzebującym, jak również ograniczyć koszty związane z pomocą psychologiczną, gdyż byłoby na nią zmniejszone zapotrzebowanie.

Podjmując temat ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności należy jednak mieć na uwadze, że nawet w przypadku zagwarantowania jej ochrony przez instytucje państwowe na jak najwyższym poziomie zawsze znajdą się jednostki, które będą w jakimś stopniu niezadowolone ze świadczonych usług lub osadzeni, którzy składanie różnego rodzaju skarg (w tym również na jakość ochrony zdrowia) będą traktowali jako zorganizowanie swojego wolnego czasu w izolacji wykazując postawę roszczeniową. Jest to zjawisko, którego nie da się uniknąć, a które to należy jednak mieć na uwadze celem dążenia do osiągnięcia jak najefektywniejszej opieki zdrowotnej. Należy przy tym pamiętać, że jednym ze sposobów przeciwdziałania takowym zdarzeniom może być różnego rodzaju uaktywnienie osadzonych, które będzie się przede wszystkim wiązało z zapewnieniem im kontaktu ze społeczeństwem otwartym (także np. w formie przepustek). Co za tym idzie realna stanie się ich readaptacja społeczna również poprzez dawanie osobom izolowanym nadziei na możliwość funkcjonowania w społeczeństwie otwartym zgodnie z normami powszechnie obowiązującymi, co z kolei niewątpliwie przyczyni się również do dobrej kondycji psychicznej i fizycznej osadzonych.

LITERATURA I INNE ŹRÓDŁA

1. Literatura

- Ackoff R., *Decyzje optymalne w badaniach stosowanych*, Warszawa 1969
- Ambrozik W., *Readaptacja społeczna i reorganizacja środowisk lokalnych jako warunek skuteczności oddziaływań resocjalizacyjnych*, [w:] Urban B., Stanik J.M. (red.) *Resocjalizacja: teoria i praktyka pedagogiczna*, Warszawa 2007
- Andrejew I., *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1976
- Bałandynowicz A., *Probacja. Resocjalizacja z udziałem społeczeństwa*, Warszawa 201
- Bandura A., *Teoria społecznego uczenia się*, Warszawa 2007
- Barcikowski W., *Liga Obrony Praw Człowieka i Obywatela i Kongres Pokoju w Brukseli*, [w:] *Księga wspomnień 1919-1939*, Warszawa 1960
- Becker G.S. (1964), *Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. University of Chicago Press
- Bedyński K., Wołowicz M., *Zbiorowe protesty w zakładzie penitencjarnym – próba definicji, klasyfikacji przyczyn i metodologiczne propozycje badań zjawiska*, *Przegląd Penitencjarny i Kryminologiczny* 1989, nr 17
- Bojarski T. [w:] Bojarski T. (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2012
- Bogunia L., *Odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności* [w:] A. Michalska-Warias, I. Nowikowski, J. Piórkowska-Flieger (red.), *Teoretyczne i praktyczne problemy współczesnego prawa karnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Bojarskiemu*, Lublin 2011
- Bolechała F., *Wspólne drogi psychiatrii i medycyny sądowej – historia i rozwój pojęcia niepoczytalności od czasów antycznych po współczesne*, *AMSiK* 2009, nr 4
- Bosek L., *Objaśnienia do art. 30* [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz Art. 1-86*, Warszawa 2016
- Bosek L., *Objaśnienia do art. 77 ust. 1* [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz Art. 1-86*, Warszawa 2016
- Bosek L., *Objaśnienia do art. 68* [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz Art. 1-86*, Warszawa 2016
- Buchała K. [w:] K. Buchała, Z. Cwiąkałski, M. Szewczyk, A. Zoll, *Komentarz do Kodeksu Karnego*, Warszawa 1990

Buchała K., Zoll A., *Kodeks karny: część ogólna: komentarz do art. 1-116 Kodeksu karnego*, Kraków 1998

Bulenda T., *System penitencjarny i postpenitencjarny. Wybrane zagadnienia* [w:] Szczepaniak P. (red.), *Polski system penitencjarny, Ujęcie integralno-kulturowe*, Warszawa 2013

Burns T., *Psychiatria*, Kalinowski M.L. [przekład], Sopot 2012

Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa 2004

Cieślak M., *O węzłowych pojęciach związanych z sensem kary*, Nowe Prawo 1969, nr 2

Cieślak M., *Wstęp do nauki polskiego prawa karnego*, Gdańsk 1985

Ciosek M., *Z problematyki przeludnienia więziennego*, PWP 1989, nr 17

Czarnecka-Działuk B., Wójcik D., *Mediacja w sprawach nieletnich w świetle teorii i badań*, Warszawa 2001

Dąbrowska-Kardas M., *Analiza dyrektywalna przepisów części ogólnej kodeksu karnego*, Warszawa 2012

Dąbrowski K., *Zdrowie psychiczne*, Warszawa 1979

Drabik L., Sobol E., *Słownik języka polskiego a-poc*, Warszawa 2007

Dukiet-Nagórska T., *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008

Dunaj B. (red.), *Słownik współczesnego języka polskiego*, Warszawa 1996,

Dziadzio A., *Powszechna historia prawa*, Warszawa 2009

Foucault M., *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Warszawa 2009

Gardocki L., *Prawo karne*, Warszawa 2011

Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2014

Giddens A., *Socjologia*, Warszawa 2008

Giezek J., [w:] Giezek J. (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Warszawa 2012

Gillon R., *Etyka lekarska – Problemy filozoficzne*, [tłum z ang.]: Alichniewicz A. i Szczęsna A., Warszawa 1997

Głowik T., Matyba A., *Samobójstwa osadzonych w latach 2006–2009*, Przegląd Więziennictwa Polskiego 2010, nr 66

Golonka A., *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona*, Warszawa 2013

Górny J., *Rola międzynarodowych kongresów penitencjarnych w rozwoju teorii i praktyki wykonania kary*, Warszawa 1980

Gronowska B., *Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu z 22.07.2003 r. w sprawie Y.F. przeciwko Turcji*, Prok. i Pr. 2003/11

Grossman, Michael, *On the concept of health capital and the demand for health*, JoPE 1972,

Halimoniuk-Zięba M., Oklejak G., *Sprawiedliwość naprawcza i jej zastosowanie w praktyce*, Kwartalnik ADR, Nr 1(21)/2013

Hegel G., *Zasady filozofii prawa*, Warszawa 1969

Heitzman J., *Niepełnosprawni intelektualnie i chorzy psychicznie w jednostkach penitencjarnych* [w:], E. Dawidzuck, M. Mazur (red.), *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych. Z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich*, Warszawa 2017

Helsińska Fundacja Praw Człowieka, *Więzienna służba zdrowia. Obecny stan dyskusji i kierunki reform* [dostęp online: <http://www.hfhrpol.waw.pl/zdrowiewwiezieniu/images/stories/file/OpiekaZdrowotna.pdf>]

Hofmański P., Paprzycki L., Sakowicz A., *Art. 93(f)*. [w:] M. Filar (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2016, [dostęp online: <https://sip.lex.pl/#/commentary/587705865/503305>]

Hołda Z., *Ochrona godności ludzkiej skazanego w toku odbywania kary pozbawienia wolności*, Palestra 1988, nr 7

Hołda Z., *Prawo karne wykonawcze*, Kraków 1998

Hołda Z., *Prawo karne wykonawcze*, Warszawa 2012

Hołda Z., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności* [w:] J. Hołda, Z. Hołda, B. Żórawska, *Prawo karne wykonawcze*, Warszawa 2012

Hołda Z., *Publiczne oświadczenie Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom*, PWP 2008, nr 60

Hołda Z., *Status prawny skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności*, Lublin 1988

Hołda Z., Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy: komentarz*, Gdańsk 2005

Hołyst B., *Kryminologia*, Warszawa 2009

Informacja o wynikach kontroli. Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności; NIK, Nr ewid. 180/2012/P/12/122/KZD; [dostęp online: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,4619,vp,6181.pdf>]

Janiszewska-Talago E., *Wykonywanie kar długoterminowego pozbawienia wolności*, Warszawa 1974

Jasińska J., *Problem przeludnienia zakładów karnych*, PWP 1997, nr 15

Kalisz T., *Zatrudnianie skazanych odbywających karę pozbawienia wolności*, Wrocław 2004

Kant I., *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Warszawa 1953

Karlik P., Wiliński P., *Objaśnienia do art. 41* [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz Art. 1-86*, Warszawa 2016

Kieszkowska A., *Problemy readaptacyjne osób opuszczających placówki resocjalizacyjne*, *Probacja* 2009, nr 2

Komentarz wprowadzający do tymczasowego regulaminu wykonania kary pozbawienia wolności, Centralny Zarząd Zakładów Karnych, Warszawa 1974

Konarska-Wrzosek V., *Dyrektywy wyboru kary w polskim ustawodawstwie karnym*, Toruń 2002

Konecki J., *Niepoczytalny sprawca czynu zabronionego w postępowaniu karnym*, Warszawa 2015

Korczak C., Leowski J., *Problemy higieny i ochrony zdrowia*, WSiP Warszawa 1977

Kossowska A., *Dezorganizacja społeczna, a przestępczość*, *Archiwum Kryminologii* 1988

Kossowska A., *Teoria kontroli społecznej w kryminologii*, *Archiwum Kryminologii* 1983, t. X

Kostewicz T., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec więźniów politycznych w latach 1944-1956* [w:] *Przegląd Więziennictwa Polskiego* Nr 1, Warszawa 1991

Kozielecki J., *Godność a charakter człowieka*, *Więź* 5/1984

Krajewski K., *Teorie kryminologiczne a prawo karne*, Warszawa 1994

Krajewski K., *Zmiana społeczna, kontrola społeczna, anomia, przestępczość* [w:] Buczkowski K., Klaus W., Wiktorowska P., Woźniakowska-Fajst D. (red.) *Zmiana i kontrola. Społeczeństwo wobec przestępczości*, Warszawa 2017

Krzymski E., *System prawa karnego ze stanowiska nauki i trzech kodeksów, obowiązujących w Polsce*, Kraków 1921

Kubiak R., *Prawo medyczne. Wykłady specjalizacyjne*, Warszawa 2010,

Kuć M., Gałązka M., *Prawo karne wykonawcze*, Warszawa 2009

Kulik T.B., *Koncepcje zdrowia w medycynie*, [w:] T.B. Kulik, I. Wrońska (red.), *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola 2000

Kwieciński A., *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009

Kwieciński A., *Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi* [w:] A. Kwieciński (red.), *Postępowanie z wybranymi grupami skazanych w polskim systemie penitencjarnym. Aspekty prawne*, Warszawa 2013

Kwieciński A., *Zgoda skazanego jako przesłanka stosowania odpowiedniego leczenia lub rehabilitacji w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności. Uwagi na tle art. 117 k.k.w.*

(w:) T. Kalisz [red.], *Prawo karne wykonawcze w systemie nauk kryminologicznych. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Leszka Boguni*, Wrocław 2011

Laskowska I., *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*, Łódź 2012

Lelental S., *Cel wykonywania kary pozbawienia wolności oraz warunki i środki jego realizacji w świetle art. 67 KKW* [w:] Konarska-Wrzošek V., Lachowski J., Wójcikiewicz J. (red.) *Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi*, Warszawa 2010

Lelental S., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 1998

Lelental S., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wyd. II, Warszawa 2001

Lelental S., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wyd. V, Warszawa 2014

Lelental S., *Wybór źródeł do nauki prawa karnego wykonawczego*, Łódź 1992

Lernell L., *Podstawowe zagadnienia penologii*, Warszawa 1977

Lewandowski J., *Królestwo Polskie pod okupacją austriacką 1914-1918*, Warszawa 1980

Łętowska E., *Po co ludziom konstytucja?*, Warszawa 1995

Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2006,

Machel H., *Psychospołeczne uwarunkowania pracy resocjalizacyjnej personelu więziennego*, Gdańsk 2001

Majewski J., [w:] Zoll A. (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, t. I. Komentarz do art. 1–116 k.k.*, Warszawa 2012

Majewski J., *Stopień winy jako podstawowy wyznacznik dolegliwości reakcji karnej*, [w:] Majewski J. (red.), *Dyrektywy sądowego wymiaru kary. Pokłosie X Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego*, Warszawa 2014

Maleszyk R., *Więziennictwo polskie na tle dziejów państwa w latach 1918-1956* [w:] *Przegląd więziennictwa polskiego* Nr 62-63, Warszawa 2009

Mańka A., *Kara pozbawienia lub ograniczenia wolności jako czynnik modyfikujący system rodzinny skazanego* [w:] Lizoń-Szłapowska D. (red.), *Kryzys w resocjalizacji a wybrane aspekty pracy penitencjarnej*, Częstochowa 2012

Marek A., *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2004

Marek A., *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2010

Marek A., *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, Warszawa 1997

Maszke A. W., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Rzeszów 2008

Melezini M., *Punytwność wymiaru sprawiedliwości karnej w Polsce w XX wieku*, Białystok 2003

Migdał J., *Historia więziennictwa w Polsce* [w:] Szymanowski T., Migdał J., *Prawo karne wykonawcze i polityka penitencjarna*, Warszawa 2014

Miller M., Zieliński A., *Zdrowie publiczne – misja i nauka*, Przegląd Epidemiologiczny 2002, Nr 56

Mozgawa M., Art. 93(f). [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, [dostęp online: <https://sip.lex.pl/#/commentary/587689337/486777>]

Mozgawa M., Szumski J., *Kodeks karny w ocenie doktryny i publicystyki* [w:] Zoll A. (red.), *Racjonalna reforma prawa karnego*, Warszawa 2001

Muszyńska A., *Naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem*, Warszawa 2010

Muszyńska A., *Podstawy prawne szczególnego traktowania skazanych uzależnionych od środków odurzających* [w:] A. Kwieciński (red.), *Postępowanie z wybranymi grupami skazanych w polskim systemie penitencjarnym. Aspekty prawne*, Warszawa 2013

Nawój-Śleszyński A., *Przeludnienie więzień w Polsce – przyczyny, następstwa i możliwości przeciwdziałania*, Łódź 2013

Niewiadomska I., *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*, Lublin 2007

Nowak K., *Jakość życia w chorobie psychicznej*, Radom 2010

Okaramus J., Tytuła M., *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 2011

Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1992

Parsons T., *The Social System*, London 1952

Paprzycki L., *Środki zabezpieczające o charakterze psychiatrycznym* [w:] L. Paprzycki (red.), *System Prawa Karnego, Tom 7, Środki zabezpieczające*, Warszawa 2015

Pawela S., *Kodeks karny wykonawczy*, Warszawa 1999

S. Pawela, *Kodeks karny wykonawczy: praktyczny komentarz z indeksem rzeczowym*, Warszawa 1999

Pawela S., *Prawo karne wykonawcze. Zarys wykładu*, Zakamycze 2003

Pawlak K., *Więziennictwo Polskie w latach 1918-1939*, Kalisz 1995

Płatek M., *Europejskie Reguły Więzienne z 2006 r.*, PiP 2008/2/3-17

Podgórski R. A., *Metodologia badań socjologicznych. Kompendium wiedzy metodologicznej dla studentów*, Bydgoszcz – Olsztyn 2007

Podrez E., *Godność. Z historii teorii godności* [w:] Maryniarczyk A., Grendeka E., Zawojska T., Szymaniak A. (red.), *Powszechna encyklopedia filozofii*, T. 4, Lublin 2003

Pomankiewicz J., *Zarys historii więziennictwa w Polsce* [w:] T. Szymanowski, *Prawo karne wykonawcze z elementami polityki karnej i penitencjarnej*, Warszawa 2017

Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2012

Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2014

Postulski K., *Umorzenie i zawieszenie postępowania wykonawczego*, *Prokuratura i Prawo* 7-8, 2011

Przybysz J., *Kompendium psychiatrii sądowej. Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Toruń 2011

Rabinowicz L., *Podstawy nauki o więziennictwie*, Warszawa 1933

Rafacz J., *Więzienie marszałkowskie w latach 1767–1795*, Lwów 1932

Rozwadowski T., *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych* [w:], E. Dawidziuk, M. Mazur (red.), *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych. Z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich*, Warszawa 2017

Rzepliński A., *Organizacje strażnicze praw człowieka a więziennictwo w Polsce w latach 1919-2008* [w:] Klaus W., Niełacznna M. (red.), *Przestrzeganie praw osób pozbawionych wolności. O monitorowaniu jednostek penitencjarnych*, Warszawa 2008

Safjan M., *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, PiM 2005

Sarnecki P., *Komentarz do art. 41 Konstytucji RP*, [w:] Garlicki L. (red.) *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, Warszawa 2003

Schultz T.W. (1961), *Investment in Human Capital*, „*The American Economic Review*” 51, Nr. 1 (1. March): 1-17

Sienkiewicz Z., [w:] Bojarski M., Giezek J., Sienkiewicz Z., *Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna*, Warszawa 2004

Sinko T., *Od filantropii do humanitaryzmu i humanizmu*, Warszawa 1960

Sprawozdanie dla Polskiego Rządu z wizyty CPT w dniach 04-15.10.2004 r., PWP 2006, nr 50

Stańdo-Kawecka B., *Cele wykonywania kary pozbawienia wolności w krajach europejskich*, CZPKiNP 2007, z. 1

Stępnia P., Siwiński W., *Kilka propozycji co do nowej wizji pracy penitencjarnej a ochrona zdrowia skazanych* [w:] Kowalczyk D., Szecówka A., Grzesiak S. (red.), *Resocjalizacja penitencjarna w kontekstach interdyscyplinarnych*, Wrocław 2015

Sygit M., *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010

Szczepaniak P., *Kara pozbawienia wolności a wychowanie*, Kalisz–Warszawa 2003

Szerer M., *Karanie a humanizm*, Warszawa 1964

Szydło M., *Objaśnienia do art. 31 ust. 3* [w:] L. Bosek, M. Safjan (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz Art. 1-86*, Warszawa 2016

Szymanowska A., *Więzenie i co dalej*, Warszawa 2003

Szymanowska A., Szymanowski T., *Opinia społeczna w Polsce o niektórych zachowaniach patologicznych, kontrowersyjnych, przestępstwach i środkach kontroli prawno-karnej*, Warszawa 1996

Szymanowski T., *Godność sprawcy przestępstwa w nowym prawie karnym*, PWP 1995, nr 10

Szymanowski T., *Prawne podstawy funkcjonowania więziennictwa w Polsce i ich wpływ na wykonywanie kary pozbawienia wolności* [w:] *Przegląd więziennictwa polskiego*, Nr 62-63, Warszawa 2009

Szymanowski T., Świda Z., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 1998

Śliwowski J., *Kodeks karny wykonawczy. Wykonywanie kary pozbawienia wolności*, Warszawa 1970

Śliwowski J., *Prawo i polityka penitencjarna*, Warszawa 1982

Śliwowski J., *Tendencje abolistyczne i skrajnie krytyczne w penitencjarystyce*, [w:] *Problemy współczesnej penitencjarystyki w Polsce*, Tom I, (red.) Hołyst B., Warszawa 1984

Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007

Tobiasz-Adamczyk B., *Społeczny wymiar jakości życia i jego uwarunkowania* [w:] *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*, Cybulski M., Krajewska–Kułak E. (red.), Warszawa 2016

Tyszkiewicz L., *Badania osobopoznawcze w prawie karnym. Wprowadzenie w problematykę prawną i kryminologiczną*, Warszawa 1975

Utrat-Milecki J., *Doktrynalne i normatywne źródła kryzysu więziennictwa* [w:] Utrat-Milecki J. (red.), *Reformy prawa karnego. W stronę spójności i skuteczności*, Warszawa 2013

Walczak W., *Prawo penitencjarne*, Warszawa 1972

Wągiel-Linder G., *Groźny tłok pod celą*, *Forum Penitencjarne* 2001, nr 4

Wiciński G., *Glosa do postanowienia SA w Katowicach z dnia 09 czerwca 1999 r., II AKz 304/99*, OSA 1999, Nr 10, poz. 78

Wiciński G., *Instytucja przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności w świetle nowego prawa karnego wykonawczego*, PWP 1996, nr 12-13

Wiciński G., *Postępowania incydentalne związane z wykonaniem kary pozbawienia wolności w programie probacji*, Łódź 2012

Wolny M., *Zakłady karne i areszty śledcze* [w:] Helsińska Fundacja Praw Człowieka, *Raport 2018. Prawa osób pozbawionych wolności. Podstawowe problemy prawne i praktyczne. Perspektywa HFPC*, Warszawa 2018

Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2010

Zabłocki S., Wypych P., *Orzecznictwo sądów apelacyjnych w sprawach karnych*, Warszawa 2002

Zalewski W., *Sprawiedliwość naprawcza. Początek ewolucji polskiego prawa karnego?*, Gdańsk 2006

Zgoliński I., *Art. 93(a) Środki zabezpieczające – katalog*, [w:] V. Konarska-Wrzosek (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, [dostęp online: <https://sip.lex.pl/#/commentary/587715720/570979>]

Zgryzek K., *Postępowanie w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających w polskim procesie karnym*, Kraków 1989

Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001

Ziembiński S., *Klasyfikacja skazanych*, Warszawa 1973

Zoll A. (red.) *Kodeks karny. Komentarz. Część ogólna*, Zakamycze 2004

Zoll A., *Zasady wymiaru kary w projekcie zmiany kodeksu karnego*, Państwo i Prawo 2001, nr 1

2. Akty prawne

Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela z 26 sierpnia 1789 r., [dostęp online: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/francja-18.html>]

Dekret Naczelnika Państwa Polskiego w sprawie tymczasowych przepisów więziennych z 8 lutego 1919 r. (Dz. Praw Państwa Polskiego nr 15, poz. 202) [dostęp online: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19190150202/O/D19190202.pdf>]

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: konwencja o prawach człowieka i biomedycynie z dnia 04 kwietnia 1997 r., Rada Europy

Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności [dostęp online: <http://ssdip.bip.gov.pl/artykuly/konwencja-o-ochronie-praw-czlowieka-i-podstawowych-wolnosci.html>]

Europejska Konwencja o Zapobieganiu Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z dnia 26 listopada 1987 r. [dostęp online: <http://strasburgre.msz.gov.pl/resource/253acb5c-d003-48f7-9358-5e515cf478de>]

World Health Organization. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care „Health for All” Series, No. 1. WHO, Geneva, 1978

Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej – wersja skonsolidowana, Dz.U. Unii Europejskiej C 326/47

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (2010/C 83/02), Dz. U. Unii Europejskiej C 83/389

Międzynarodowy Pakt Prawy Obywatelskich i Politycznych [dostęp online: https://amnesty.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Miedzynarodowy_Pakt_Praw_Obywatelskich_i_Politycznych.pdf]

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 02 kwietnia 1997 r., tekst jednolity Dz.U. z 2009 r., Nr 114, poz. 946.

Ustawa z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U. 1997 Nr 88 poz. 553 z późn. zm.

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 13, poz. 98, ze zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2017, poz. 858

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst pierw.: Dz.U. 1991, nr 91, poz. 408 z późn. zm.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jedn. Dz.U. 2014, poz. 1877 z późn. zm.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

Ustawa o Służbie Więziennej z dnia 9 kwietnia 2010 r. (Dz.U. Nr 79, poz. 523) z późn. zm.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 marca 1928 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 1928 nr 33 poz. 313

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 1931 r. w sprawie regulaminu więziennego, Dz.U. 1931 nr 71 poz. 577

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 maja 1989 r. w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności, Dz.U. 1989 nr 31 poz. 166

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 maja 1989 r. w sprawie regulaminu wykonywania tymczasowego aresztowania, Dz.U. 1989 nr 31 poz. 167

Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. z późniejszymi zmianami w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności

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

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. 2013, poz. 1248 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz.U. 2016 poz. 302

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności, Dz.U. 2016 poz. 2231

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. 2011.

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

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. 2007 nr 5 poz. 40

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, Dz.U. 2005, Nr 200, poz. 1661

Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie współdziałania podmiotów w wykonywaniu kar, środków karnych, kompensacyjnych, zabezpieczających, zapobiegawczych oraz przepadku, a także społecznej kontroli nad ich wykonywaniem, Dz.U. 2016 poz. 2305

Rozporządzenie Prezydenta RP w sprawie organizacji więziennictwa z 7 marca 1928 r. (Dz.U. Nr 29, poz. 271 i 272).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 22 czerwca 1928 r. o wykonaniu rozporządzenia Prezydenta RP z 7 marca 1928 r. w sprawie organizacji więziennictwa (Dz.U. Nr 64, poz. 591)

Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 sierpnia 2018 r. w sprawie utworzenia w Lublińcu Oddziału Zewnętrznego Zakładu Karnego w Herbach, [dostęp online: http://g.ekspert.infor.pl/p/_dane/akty_pdf/U06/2018/65/245.pdf#zoom=90]

3. Orzeczenia

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 05 marca 2003 r., K 7/01, OTK-A 2003, Nr 3, poz. 19

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 09 lipca 2009 r., SK 48/05, Prok. i Pr. 2010, Nr 1, Poz. 44, s. 53-54

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 maja 2008 r., sygn. akt SK 25/07, Dz.U. 2008 nr 96 poz. 620

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 18 października 2011 r., III CZP 25/11, OSNC 2012, nr 2, poz. 15

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 listopada 1973 r., III KR 257/73, PiŻ 1974, nr 10

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 1977 r., V KR 52/55, OSNKW 1977, nr 7-8, poz. 83;

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1978 r., sygn. Rw 447/78, OSNKW 1979, nr 5, poz. 59

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2003 r., sygn. WK 23/03, OSNwSK 2003, nr 1, poz. 2724

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 kwietnia 2004 r., sygn. IV KK 25/04, OSNwSK 2004, nr 1, poz. 668,

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 października 2006 r., sygn. II KK 52/06, OSNwSK 2006, nr 1, poz. 1902,

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 21 czerwca 2012 r., I OSK 730/12, LEX nr 1216574,

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 1988 r., sygn. WZ 27/88, OSNKW 1989, nr 1–2, poz. 11

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., sygn. akt: III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7-8,

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 czerwca 2008 r., sygn. V KK 1/08, OSNKW 2008, nr 9, poz. 75,

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 2010 r., V KK 7/10, KZS 2010, z. 6, poz. 28;

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 kwietnia 2002 r., sygn. akt AKa 68/02, KZS 2002, nr 5, poz. 45

Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu II Wydział Karny z dnia 13 maja 2015 r., sygn. akt II AKa 101/15, [dostęp online: [http://orzeczenia.wroclaw.sa.gov.pl/content/\\$N/15500000001006_II_AKa_000101_2015_Uz_2015-05-13_002](http://orzeczenia.wroclaw.sa.gov.pl/content/$N/15500000001006_II_AKa_000101_2015_Uz_2015-05-13_002)]

Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 01 grudnia 1998 r., sygn. akt III CKN 741/98, OSNC 1999 z. 6, poz. 112

Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 27 stycznia 2010 r., II AKZw 11/10, LEX nr 577162; Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 26 listopada 2008 r., II AKZw 922/08, KZS 2009/2, poz. 84;

Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 30 kwietnia 2002 r., sygn. akt: II AKZ 128/02, KZS 2002, nr 4

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Tomasi v. Francja z dnia 27 sierpnia 1992 r., sygn. 12850/87;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Aerts v. Belgia z dnia 30 lipca 1998 r., sygn. 25357/94;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie İlhan p. Turcji, par. 86–87 z dnia 27 czerwca 2000 r;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie nr 24209/94 Y.F. przeciwko Turcji, Lex nr 80328

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Menesheva p. Rosji, par. 62 z dnia 9.03.2006 r.;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Bati and Others p. Turcji, par. 122–123 z dnia 3 czerwca 2004 r. ;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Van der Ven p. Holandii, par. 61-62 z dnia 4 lutego 2003 r.;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Wieser p. Austrii, par. 39–41 z dnia 22 lutego 2007 r.;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Iwańczuk p. Polsce z dnia 15.11.2001 r.;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Valasinas p. Litwie, par. 117 z dnia 24.07.2001 r.;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Wiktoro p. Polsce, par. 53–54 z dnia 31.03.2009 r.

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 26 października 2000 r. w sprawie Kudła p. Polsce, Sprawa nr 30210/96,

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 18 grudnia 2007 r. w sprawie Dybeku p. Albanii, Sprawa nr 41153/06,

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 14 października 2010 r. Logvinenko v. Ukraina;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 07 czerwca 2001 r. Papon v. Francja;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 03 maja 2012 r. M.S. v. Wielka Brytania

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 22 października 2009 r. w sprawie Orchowski p. Polsce skarga nr 17599/05;

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 22 października 2009 r. w sprawie Sikorski p. Polsce, skarga nr 17885/04.

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 09 grudnia 2008 r. w sprawie skargi nr 77766/01 p. Polsce

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 03 lutego 2009 r. w sprawie skargi nr 23052/05 p. Polsce

4. Inne źródła online

CPT, Public statement on Turkey (Adopted on 15 December 1992) [dostęp online: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806981a6>]

CPT, Public statement on Turkey (issued on 6 December 1996); [dostęp online: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806981d8>]

CPT, Public statement concerning the Chechen Republic of the Russian Federation (issued on 10 July 2001); [dostęp online: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680697a50>]

CPT, Public statement concerning the Chechen Republic of the Russian Federation (made on 10 July 2003); [dostęp online: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680697a52>]

CPT, Public statement concerning the Chechen Republic of the Russian Federation (made on 13 March 2007), [dostęp online: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680697bd0>]

CPT, Public statement concerning Greece (made on 15 March 2011), [dostęp online: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680696608>]

CPT, Public statement concerning Bulgaria (made on 26 March 2015), [dostęp online: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806940ef>]

European Prison Rules. Recommendation No. R (87)3 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 12 February 1987. Tekst rekomendacji w języku angielskim dostępny na stronie: www.coe.int.

European Prison Rules. Recommendation Rec (2006)2 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 11 January 2006. Tekst rekomendacji w języku angielskim dostępny na stronie: www.coe.int.

Sprawozdanie z prac zespołu do opracowania koncepcji oraz warunków sprawowania opieki zdrowotnej wobec osób pozbawionych wolności. Centralny Zarząd Służby Więziennej [dostęp online: <http://www.rpo.gov.pl/pliki/1190801308.pdf>]

<https://www.infor.pl/prawo/wieziennictwo/skazany-w-postepowaniu-wykonawczym/258765,Jaka-jest-minimalna-powierzchnia-celi-mieszkalnej.html>

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
www.portal.abczdrowie.pl/depresja-i-mania
www.stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf
https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Reguly_Mandeli.pdf
<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680697928>
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20140000287/O/D20140287.pdf>
https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Do_MS_ws_zmiany_systemu_opieki_medycznej_dla_wiezniow.pdf
<https://www.sw.gov.pl/strona/opis-zaklad-karny-lubliniec>
<https://www.sw.gov.pl/strona/opis-areszt-sledczy-w-piotrkowie-trybunalskim>
https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0004/99454/KODEKS-ETYKI-LEKARSKIEJ.pdf [dostęp online: 26 października 2018 r.]
[http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/3451_u/\\$file/3451_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/3451_u/$file/3451_u.pdf)

5. Inne źródła

Uzasadnienie rządowego projektu kodeksu karnego wykonawczego [w:] *Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami*, Warszawa 1998

CESCR [1990] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „The Nature of States Parties’ Obligations – General Comment 3 (1990)” 5th Session, Geneva, 14 December, 1990

CESCR [2000] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „The Right to the Highest Attainable Standard of Health – General Comment 14 (2000),” 22nd Session, Geneva, April 25 – May 12, 2000

CESCR [2008] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „The right to social security – General Comment 19 (2008)” 39th Session, Geneva, 5–23 November 2007, 2008

CESCR [2009] – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), „Non-discrimination in economic, social and cultural rights – General Comment 20 (2009)” 42nd Session, Geneva, 4–22 May, 2009

Bрудna żona/Paweł Moczydłowski; rozm. przepr. Magdalena Grzebałkowska, *Gazeta Wyborcza* 2009, nr 27

SPIS TABEL I WYKRESÓW

Spis tabel:

Tab. nr 1: Średnia liczba tymczasowo aresztowanych, skazanych i ukaranych
w latach 2013-2017.....83

Tab. nr 2: Liczba konsultacji lekarskich udzielonych osadzonym w Areszcie Śledczym
w Piotrkowie Trybunalskim..... 254

Spis wykresów:

Wyk. nr 1: Prawne formy indywidualizacji i klasyfikacji..... 49

Wyk. nr 2. Pojemność jednostek penitencjarnych i liczba osadzonych w Polsce w 2008 r.... 85

Wyk. nr 3. Pojemność jednostek penitencjarnych i liczba osadzonych w Polsce w 2009 r.... 85

Wyk. nr 4. Pojemność oddziałów mieszkalnych i liczba osadzonych w oddziałach
w Polsce w 2010 r..... 86

Wyk. nr 5. Pojemność oddziałów mieszkalnych i liczba osadzonych w oddziałach
w Polsce w 2011 r..... 86

Wyk. nr 6: Wiek ankietowanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu..... 256

Wyk. nr 7: Wykształcenie ankietowanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym
w Lublińcu..... 256

Wyk. nr 8: Liczba osób w gospodarstwie domowym badanej osoby pozbawionej
wolności w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu..... 257

Wyk. nr 9: Czas pobytu w jednostkach penitencjarnych przez badanych osadzonych
w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu..... 257

Wyk. nr 10: Ocena skuteczności terapii uzależnień według badanych osadzonych
w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu..... 262

Wyk. nr 11: Odpowiedź na pytanie: Czy czuje się Pani/Pan ogólnie zdrowa/y? – osadzeni w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu.....	263
Wyk. nr 12: Ocena jakości opieki zdrowotnej przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu.....	264
Wyk. nr 13: Ocena warunków sanitarnych przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu.....	265
Wyk. nr 14: Ocena dostępu do leków i środków medycznych przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu.....	266
Wyk. nr 15: Dostrzeganie przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu określonych problemów cz. 1.....	266
Wyk. nr 16: Dostrzeganie przez badanych osadzonych w Oddziale Zewnętrznym w Lublińcu określonych problemów cz. 2.....	267
Wyk. nr 17: Wiek ankietowanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim.....	269
Wyk. nr 18: Wykształcenie ankietowanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim.....	269
Wyk. nr 19: Liczba osób w gospodarstwie domowym badanej osoby pozbawionej wolności w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim.....	270
Wyk. nr 20: Czas pobytu w jednostkach penitencjarnych przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim.....	271
Wyk. nr 21: Liczba osób, które nigdy nie korzystały z pomocy psychologa w relacji do długości czasu pobytu w jednostkach penitencjarnych – osadzeni w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim.....	273
Wyk. nr 22: Ocena skuteczności terapii uzależnień według badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim.....	278

Wyk. nr 23: Ocena jakości opieki zdrowotnej przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim.....	279
Wyk. nr 24: Ocena warunków sanitarnych przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim.....	279
Wyk. nr 25: Ocena dostępu do leków i środków medycznych przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim.....	280
Wyk. nr 26: Dostrzeganie przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim określonych problemów cz. 1.....	281
Wyk. nr 27: Dostrzeganie przez badanych osadzonych w AŚ w Piotrkowie Trybunalskim określonych problemów cz. 2.....	281