



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 08-06-2020 r.

Adam Bodnar

IX.517.777.2019.KKo

**Pan
gen. Jacek Kitliński
Dyrektor Generalny
Służby Więziennej**

Szanowny Panie Dyrektorze,

dbałość o skuteczną realizację konstytucyjnych praw osób pozbawionych wolności do ochrony zdrowia, jak również o kształtowanie warunków prawnych i organizacyjnych, które sprzyjałyby funkcjonariuszom Służby Więziennej w ich wysiłkach na rzecz wykonywania tymczasowego aresztowania i kary pozbawienia wolności w sposób uwzględniający stan zdrowia osadzonych, to temat, któremu stale poświęcam uwagę. Stąd w podległym mi Biurze poddano analizie jeden z aspektów tego zagadnienia, tj. kwestię realizacji postanowień sądów wydawanych na podstawie art. 260 § 1 k.p.k. wobec osób, u których istnieje konieczność wykonywania tymczasowego aresztowania w odpowiednim zakładzie leczniczym.

Analizie poddano informacje zawarte we wnioskach kierowanych do Biura RPO, wyniki postępowań wyjaśniających prowadzonych w sprawach dotyczących przedmiotowej kwestii oraz dane zbierane podczas wizytacji jednostek penitencjarnych. Kluczowe znaczenie miały jednak informacje przedstawione przez Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej, do których zwrócono się, pismem z dnia 4 lipca 2019 r., o opisanie praktycznych trudności doświadczanych przez przedstawicieli administracji jednostek penitencjarnych, zobowiązanych do realizacji postanowień wydanych na podstawie art. 260 § 1 k.p.k.

Przeprowadzone czynności ujawniły kilkanaście zagadnień, które składają się na skomplikowany obraz sytuacji osób z poważną chorobą somatyczną lub psychiczną, wobec których stosowany jest środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania.

Analiza dotyczyła także uwarunkowań, w jakich Służba Więzienna, w tym lekarze, wypełniają swoje zobowiązanie do zapewnienia osadzonemu właściwego leczenia w warunkach izolacji penitencjarnej. Zdiagnozowane problemy ogniskują się bowiem w działaniach Służby Więziennej i to na niej spoczywa trud właściwego wykonywania tymczasowego aresztowania wobec tej szczególnej grupy osadzonych.

Poniżej przekazuję zatem opis zagadnień wraz z konkluzjami, które przekonują mnie o potrzebie podejmowania dalszych działań w przedmiotowej sprawie. Przed przystąpieniem do formułowania wniosków o charakterze generalnym, pragnę jednak poznać stanowisko Pana Dyrektora wobec przedstawionych poniżej kwestii.

1. Brak bieżącej informacji o skali wykonywania dyspozycji art. 260 § 1 k.p.k. utrudnia racjonalne zaplanowanie liczby niezbędnych miejsc w oddziałach szpitalnych.

Obowiązujące przepisy nie przewidują zamieszczania w Centralnej Bazie Osób Pozbawionych Wolności informacji o realizowaniu wobec danej osoby dyspozycji art. 260 § 1 k.p.k. Stan ten powoduje, że próba ustalenia dla jakiej liczby pacjentów potrzebne są miejsca w oddziałach szpitalnych, staje się bardzo pracochłonna.

Rzecznik Praw Obywatelskich, pragnąc oszacować aktualną skalę stosowania art. 260 § 1 k.p.k., zwrócił się do wszystkich Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej z prośbą o podanie, według stanu na dzień 30 czerwca 2019 r., liczby osadzonych przebywających w podległych im jednostkach, wobec których tymczasowe aresztowanie miało być wykonywane w odpowiednim podmiocie leczniczym¹.

Dyrektorzy podkreślali, że zebranie tych informacji wymaga żmudnego przeglądu dostępnych danych ewidencyjnych, a część z tych danych – w sytuacji gdy np. osadzony przebywa w pozawięziennym podmiocie leczniczym – nie jest im dostępna. Łącznie wskazali, że dyspozycją art. 260 § 1 k.p.k. objętych było 98 tymczasowo aresztowanych. Zastrzegali jednak, że dane te mogą nie być miarodajne. Wnioski o umieszczenie w podmiotach leczniczych są realizowane na bieżąco i raportowanie o nich z perspektywy czasu wiąże się właśnie z powyższymi trudnościami.

¹ Zwrot „tymczasowo aresztowany” – odnosi się do osób, wobec których stosowany jest ten środek zapobiegawczy z zastosowaniem art. 260 § 1 k.p.k.

Niemniej jednak większość Dyrektorów zgodnie potwierdza, że liczba pacjentów jest duża i przewyższa możliwości szpitali więziennych do szybkiego przyjęcia kierowanych pacjentów. Szczególnie trudna sytuacja panuje w oddziałach psychiatrycznych, zważywszy, że dodatkowo prowadzi się w nich obserwację sądowo-psychiatryczną i postępowanie lecznicze wobec chorych skazanych. Jeden z Dyrektorów zwrócił także uwagę na trudności wynikające z warunków lokalowych, które potęgują problemy w przyjmowaniu kierowanych pacjentów: w szpitalach psychiatrycznych nie jest możliwe wprowadzenie dostawek łóżek czy użytkowanie łóżek piętrowych, sprzęt kwaterunkowy w salach chorych jest przytwierdzony na stałe, sale są nieduże i często wieloosobowe. Nie wydziela się oddziału żeńskiego i męskiego, przy czym oczywistym jest, że osadzone nie mogą przebywać w sali chorych z osadzonymi, co również zmniejsza elastyczność zagospodarowania pomieszczeń. Bardzo ważny jest także odpowiedni dobór chorych do pobytu w jednej sali np. ze względów temperamentalnych czy dostosowując rozmieszczenie do aktualnego stanu psychicznego pacjentów.

Z praktyki Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej wynika, że postanowienia o zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k. wydawane są przez sądy bez sprawdzenia możliwości przyjęcia pacjentów na oddział szpitalny, a nawet bez uwzględnienia posiadanej już informacji, że w danym momencie oddział nie dysponuje wolnymi miejscami z powodu pełnego obłożenia. Natomiast, gdy określony podmiot zostanie wskazany w postanowieniu jako właściwy do wykonywania w nim tymczasowego aresztowania dla danego pacjenta, to inne więzienne i pozawięzienne oddziały szpitalne (nie wskazane w postanowieniu) nie są zobligowane do przyjęcia danej osoby – szczególnie, gdy nie zachodzą przesłanki do hospitalizacji wbrew woli pacjenta, a ten nie wyraża zgody na przyjęcie. Nakłada to na administrację jednostki penitencjarnej ogromną presję i konieczność np. wypisania z oddziału innego pacjenta, nieobjętego dyspozycją art. 260 § 1 k.p.k., co nie oznacza, że mniej potrzebującego hospitalizacji. Drugą ewentualnością jest poszukiwanie przez administrację jednostki innego oddziału, który zgodzi się przyjąć pacjenta, co często polega na długotrwałych ustaleniach telefonicznych i korespondencyjnych. Powyższe odnosi się w przeważającej większości do szpitali psychiatrycznych – chorzy somatycznie szybciej znajdują właściwe dla swojego schorzenia miejsce szpitalne, zarówno w więziennych, co pozawięziennych strukturach służby zdrowia.

Brak wolnych miejsc w oddziałach szpitalnych skutkuje także niekiedy niewykonywaniem dyspozycji art. 260 § 1 k.p.k. (zwykle czasowym, do zwolnienia się miejsca bądź do chwili uzgodnienia przyjęcia w pozawięziennym podmiocie leczniczym), stwarzając niebezpieczeństwo dla zdrowia pacjenta, a przedstawiciele Służby Więziennej narażając na zarzut niewykonania postanowienia sądu, mimo, iż czynią starania o zapewnienie tymczasowo aresztowanemu opieki medycznej.

Szpitalne więzienne udzielają świadczeń zdrowotnych wszystkim osobom pozbawionym wolności, a więc w znaczącej większości osobom skazanym. Kierowanie do nich zbyt dużej liczby osób tymczasowo aresztowanych w związku z realizacją dyspozycji art. 260 § 1 k.p.k., szczególnie jeżeli część z nich, jak wykazane zostanie w dalszej części niniejszej analizy, nie wymaga hospitalizacji, powoduje trudności w zapewnieniu właściwej opieki medycznej wszystkim osobom jej wymagającym.

Na Służbie Więziennej spoczywa obowiązek realizacji postanowienia sądu o zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k., jak również obowiązek zapewnienia niezbędnych świadczeń zdrowotnych skazanym, zgodnie z art. 115 k.k.w. Tym samym w przypadku, gdy brak jest miejsc do hospitalizacji skazanego w oddziale szpitalnym w ramach więziennej służby zdrowia – Służba Więzienna musi sprostać wysiłkom organizacyjnym i finansowym, aby zapewnić hospitalizację w podmiocie zewnętrznym, pod konwojem funkcjonariuszy.

Powyżej przedstawione kwestie wskazują na istnienie problemu niewystarczającej liczby miejsc w oddziałach szpitalnych, odpowiednio przygotowanych do udzielania oczekiwanych świadczeń zdrowotnych wobec osadzonych, które gwarantowałyby rzeczywistą możliwość niezwłocznego umieszczenia w nich osób tymczasowo aresztowanych.

Niecelowym jest jednak bezrefleksyjne zwiększanie liczby miejsc na oddziałach szpitalnych, lecz poszukiwanie rozwiązań, które doprowadzą do tego, że do szpitali trafiać będą wyłącznie osoby bezwzględnie tego wymagające.

W dalszej części niniejszej analizy wskazane zostaną różnego rodzaju uwarunkowania, które warto brać pod uwagę rozważając kwestię realnego zapotrzebowania na umieszczanie osób tymczasowo aresztowanych w szpitalach – głównie w oddziałach psychiatrycznych. Refleksja nad tymi uwarunkowaniami, połączona ze stałym monitorowaniem liczby pacjentów w celu oszacowania potrzeb, może stać się punktem wyjścia do zaplanowania racjonalnej liczby miejsc w oddziałach szpitalnych.

2. Stosowanie art. 260 § 1 k.p.k. wobec osób, u których nie stwierdza się choroby psychicznej.

Podstawowym problemem, na jaki zwrócili uwagę Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej, a który pojawiał się także w toku wywiadów prowadzonych przez pracowników Biura RPO z dyrektorami jednostek podstawowych i lekarzami więziennymi w czasie wizytowania jednostek penitencjarnych – była kwestia asekuracyjnego stosowania przez sądy art. 260 § 1 k.p.k. u osób bez objawów choroby psychicznej czy zaburzeń na tle psychicznym.

Kierowanie ich do wykonania tymczasowego aresztowania w szpitalu psychiatrycznym podyktowane było, jak wskazują Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej, np. nietypowością zachowania w czasie popełnienia przestępstwa, werbalizowaniem przez te osoby zamiarów samobójczych bądź przejawianiem zachowań autodestruktywnych, zaburzeniami osobowości, niepełnosprawnością intelektualną czy faktem zażywania w przeszłości leków zleconych przez psychiatrę. Przedstawiciele Służby Więziennej podkreślali, że u osób tych nie zdiagnozowano jednak choroby psychicznej, a tym bardziej takiego jej przebiegu, który wymagałby w danym momencie hospitalizacji.

Stwierdzić należy, że pobyt w szpitalu psychiatrycznym może mieć negatywne konsekwencje dla psychiki osoby zdrowej. Natomiast umieszczanie wśród osób chorujących psychicznie osoby o zaburzonej osobowości może stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, ponieważ osoby przejawiające zaburzenia osobowości mogą zachowywać się agresywnie, wykorzystywać nieporadność innych pacjentów czy fakt pozostawiania przez nich pod wpływem leków. Nie każdy także akt samoagresji wymaga, aby następowała po nim hospitalizacja w szpitalu psychiatrycznym, nawet jeżeli nie było to tylko działanie instrumentalne, mające na celu np. uniknięcie aresztowania.

Należy dodać, iż nawet jeżeli osoby psychicznie zdrowe zgadzają się na przyjęcie do szpitala, np. chcąc uniknąć zakwaterowania w celi mieszkalnej aresztu śledczego, to przyjęcie ich jest nie tylko przeciwwskazane ze względów medycznych, ale – przy braku dostatecznej liczby miejsc na oddziałach psychiatrii – odbiera możliwość hospitalizacji innym skazanym i tymczasowo aresztowanym, co do których istnieją przesłanki do hospitalizacji.

Postulatem zgłoszonym przez Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej byłoby w takich przypadkach umieszczanie przez sąd w postanowieniu o tymczasowym aresztowaniu, nakazu natychmiastowej konsultacji psychiatrycznej (ze wskazaniem powodu)

po przyjęciu danej osoby do jednostki penitencjarnej i pozostawienie kwestii ewentualnego dalszego leczenia psychiatrycznego w kompetencji więziennego lekarza psychiatry.

3. Stosowanie art. 260 § 1 k.p.k wobec osób chorujących psychicznie, będących w fazie remisji.

Wskazaniem do hospitalizacji może być jedynie aktualny stan zdrowia pacjenta – fakt samego występowania choroby psychicznej, która w danym okresie znajduje się w fazie remisji nie uzasadnia konieczności przyjęcia danej osoby do szpitala.

Ze zgłoszeń przekazanych RPO przez Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej wynika, że art. 260 § 1 k.p.k. stosowany jest wobec pacjentów będących w remisji, co – tak jak powyżej zasygnalizowane problemy hospitalizowania osób psychicznie zdrowych – skłania do negatywnej oceny takiej praktyki.

4. Stosowanie art. 260 § 1 k.p.k. wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, u których nie stwierdza się choroby psychicznej.

Jedną z sytuacji, w której dochodzi do prób lub nawet do hospitalizacji osób, u których nie stwierdza się choroby psychicznej, jest stosowanie art. 260 § 1 k.p.k. wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Dotychczasowe działania podjęte przez Rzecznika² skłaniają do wyrażenia stanowiska, że izolacja penitencjarna wobec tych osób powinna być rozważana ze szczególną ostrożnością. Komisja Europejska w Zaleceniu z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie gwarancji procesowych dla osób wymagających szczególnego traktowania podejrzanych lub oskarżonych w postępowaniu karnym (2013/C 378/02), nawołuje bowiem do podjęcia przez państwa członkowskie wszelkich kroków w celu zapewnienia, aby w przypadku osób wymagających szczególnego traktowania, a do takich należą osoby z niepełnosprawnością intelektualną, pozbawienie wolności przed wydaniem wyroku skazującego było środkiem ostatecznym, proporcjonalnym i podejmowanym w warunkach dostosowanych do potrzeb tych osób.

² Opisane m.in. w przygotowanej w Zespole ds. Wykonywania Kar BRPO monografii „Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych” pod redakcją dr E. Dawidziuk i dr M. Mazura.

Z analizy spraw indywidualnych prowadzonych w Biurze RPO wynika, że próba umieszczenia osoby z niepełnosprawnością intelektualną w szpitalnym oddziale psychiatrycznym podczas wykonywania tymczasowego aresztowania bywa wyrazem opisaną wyżej troski, próbą zapewnienia tej osobie warunków innych niż typowo więzienne, dostosowania środowiska do jej potrzeb. Niemniej jednak należy podkreślić, że niepełnosprawność intelektualna nie jest chorobą psychiczną i nie poddaje się leczeniu, sama w sobie nie jest przesłanką do hospitalizacji, a warunki panujące w więziennych oddziałach szpitali psychiatrycznych są nadal warunkami jednostki penitencjarnej, z ich reżimem i prawnymi uwarunkowaniami.

Osoby niepełnosprawne intelektualnie, które często przed aresztowaniem nigdy nie przebywały w psychiatrycznym oddziale szpitalnym, tym samym trafiają de facto w środowisko, w którym panują warunki penitencjarne. Dodatkowo są w kontakcie z pacjentami np. psychotycznymi, niekiedy agresywnymi, u których nieporadność czy infantylnizm zachowania osób niepełnosprawnych intelektualnie, może dodatkowo powodować konflikty i zagrożenie dla bezpieczeństwa.

Z doświadczeń Rzecznika wynika i znajduje potwierdzenie w opiniach przedstawianych przez Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej, że odpowiednie osadzenie w celi mieszkalnej, poza szpitalem, wśród odpowiednio dobranych współosadzonych – zdrowych psychicznie, wyrozumiałych, cierpliwych – może wspomóc osoby niepełnosprawne intelektualnie w procesie adaptacji do warunków penitencjarnych. Rozważać należy nie ich hospitalizację, a zapewnienie wsparcia psychologicznego oraz konsultacji psychiatrycznej, która wyznaczy kierunki ewentualnej dalszej diagnozy i postępowania.

5. Brak skierowania do szpitala psychiatrycznego osób tymczasowo aresztowanych przy zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k.

Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej zwrócili uwagę na kwestię formalną związaną z brakiem skierowania do szpitala osób tymczasowo aresztowanych, umieszczanych w nim przy zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego³, określającym wzór skierowania, zawiera ono informację m.in. o rozpoznaniu choroby psychicznej oraz innych merytorycznych przesłankach do psychiatrycznego leczenia w warunkach szpitalnych. Jak wskazali Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej osoby tymczasowo aresztowane przybywają do jednostki bez skierowania, a często bez informacji o dotychczasowym leczeniu czy nawet bez wskazania jaką chorobę psychiczną u nich rozpoznano.

Wzór skierowania, o którym mowa powyżej, wskazuje także czy pacjent kwalifikowany do przyjęcia jest osobą ubezwłasnowolnioną oraz czy wyraża zgodę na leczenie. Tymczasowo aresztowani, wobec których zastosowano art. 260 § 1 k.p.k. nie mogą odmówić przyjęcia do szpitala, tym samym mogą być umieszczani w szpitalu psychiatrycznym wbrew swojej woli (nawet wówczas, gdy nie istnieją medyczne przesłanki do przyjęcia ich do szpitala bez zgody – co zostanie uzupełnione poniżej), bez określenia przez lekarza izby przyjęć wskazań do hospitalizacji, a jeżeli pacjent nie wyraża zgody na badanie, to również bez badania wstępnego. Tym samym pozbawieni zostają prawa do decydowania o procesie swojego leczenia, a w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, tego prawa pozbawia się także ich opiekunów prawnych.

Rozwiązaniem, które pojawiło się w konsultacjach z Dyrektorami Okręgowymi Służby Więziennej, było wystawianie odpowiedniego skierowania przez biegłego lekarza opiniującego podejrzanego/oskarżonego na potrzeby sądu. Propozycja ta wymaga dalszych analiz, szczególnie, że nie w każdej sprawie przed zastosowaniem art. 260 § 1 k.p.k. sąd powołuje biegłych.

6. Brak przesłanek merytorycznych do leczenia pacjenta bez jego zgody.

Najpowszechniejszym problemem zgłaszanym przez Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej, który budzi niepokój Rzecznika także przy rozpoznawaniu spraw indywidualnych, jest problem przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osób tymczasowo aresztowanych, które nie wyrażają zgody na leczenie.

³ Dz. U. z 2018 r. poz. 2475.

Przesłanki przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody, określone zostały w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁴ i wiążą się z występowaniem zachowań bezpośrednio zagrażających zdrowiu i życiu pacjenta lub innych osób. Organy dysponujące często ignorują fakt, że wskazania do hospitalizacji w więziennym szpitalu psychiatrycznym są tożsame z obowiązującymi w pozawięziennej służbie zdrowia – czyli medyczne i zgodne z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego. Tylko stan psychiczny stwierdzany u danej osoby w określonym momencie winien być przesłanką do hospitalizacji, co szerzej zostało omówione we wcześniejszych punktach niniejszego opracowania.

Natomiast zasady przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego zostały określone we wskazanej wyżej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego⁵ oraz rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności⁶, które w § 13 dookreśla, iż w oddziale psychiatrycznym szpitala umieszcza się osobę pozbawioną wolności:

1) jeżeli sąd zarządził jej badanie psychiatryczne połączone z obserwacją;

2) skierowaną – z zachowaniem zasad określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – przez lekarza psychiatrę podmiotu leczniczego, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – przez innego lekarza podmiotu leczniczego, z powodu rozpoznania u niej zaburzeń psychicznych wymagających badania lub leczenia w warunkach oddziału psychiatrycznego.

Wobec powyższego, jeżeli osoba tymczasowo aresztowana, u której sąd postanowił o zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k. przybywa do jednostki penitencjarnej (zazwyczaj bez skierowania, które mogłoby wskazywać na konieczność przyjęcia bez zgody, co omówione zostało we wcześniejszym punkcie) i odmawia hospitalizacji, a lekarz badający ją nie stwierdza medycznych wskazań do hospitalizacji wbrew woli – trudno jest na gruncie obowiązujących przepisów uzasadnić, iż samo zastosowanie art. 260 § 1 k.p.k. przez sąd jest dla lekarza wiążącą przesłanką do przyjęcia pacjenta do oddziału.

Obok prawa i obowiązku lekarza do postępowania zgodnie z wiedzą medyczną i obowiązującym prawem w przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala bez jego zgody,

⁴ Tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 685.

⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 2475.

⁶ Tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 2131.

podkreślenia wymaga, że zastosowanie tymczasowego aresztowania nie pozbawia danej osoby prawa do decydowania o swoim zdrowiu i leczeniu. Wobec wszystkich obywateli, także wobec pacjentów więziennej służby zdrowia, ma bowiem zastosowanie generalna zasada, obowiązująca na mocy art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷. Stanowi ona, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, a ograniczenie tego prawa może mieć miejsce jedynie w wyjątkowych przypadkach, określonych w ustawie. Przesłanki ustawowe do przyjęcia pacjenta bez zgody omówione zostały na wcześniejszych etapach niniejszego opracowania.

Rozważania w tym przedmiocie osadzić należy nie tylko w kontekście omówionych przepisów prawa krajowego, ale także międzynarodowych reguł, które kształtować powinny prawne ramy i praktykę postępowania z osobami chorującymi psychicznie, pozostającymi w detencji.

Wskazać należy na przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 17 grudnia 1991 r. Zasady ochrony osób z chorobą psychiczną i poprawy opieki nad chorymi psychicznie⁸. W rezolucji tej zostało wymienionych 25 reguł, z których najważniejsze z perspektywy omawianego zagadnienia – przyjęcia pacjenta bez jego zgody do szpitala psychiatrycznego – opisano poniżej.

Reguła 15 stanowi, że jeśli dana osoba wymaga leczenia w szpitalu psychiatrycznym, podejmuje się szereg działań, aby uniknąć przyjęcia pacjenta bez zgody. Dostęp do szpitala psychiatrycznego powinien być zapewniony na tych samych zasadach, co w przypadku przyjęcia do innego podmiotu leczniczego z powodu jakiegokolwiek innej choroby. Ponadto, każdy pacjent, który został przyjęty do szpitala psychiatrycznego dobrowolnie, ma prawo opuścić szpital w każdym czasie, chyba że zachodzą przesłanki zatrzymania w szpitalu bez zgody.

Nadto, zasada 20 odnosi się wprost do osób odbywających karę pozbawienia wolności bądź tymczasowo aresztowanych, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną bądź przypuszcza się, że taka choroba występuje. Wszystkie takie osoby powinny otrzymać opiekę na najwyższym, dostępnym poziomie, zgodnie z regułą 1. Przy czym omawiane zasady powinny być stosowane wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w najszerszym możliwym

⁷ Tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

⁸ Rezolucja A/RES/46/119, <https://undocs.org/en/A/RES/46/119>, w tekście wykorzystano tłumaczenie dr Ewy Dawidziuk, zawarte w opracowanej w Biurze RPO monografii „Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych” pod redakcją dr E. Dawidziuk i dr M. Mazura.

zakresie, z takimi określonymi odstępstwami i modyfikacjami, które są niezbędne w danych okolicznościach. Żadne modyfikacje i wyjątki nie mogą jednak naruszać praw określonych w regule 1.59. Prawo krajowe może upoważniać sąd lub inny kompetentny organ do tego, aby na podstawie niezależnej opinii medycznej umieścić daną osobę w szpitalu psychiatrycznym. Przy czym traktowanie osób, u których stwierdzono chorobę psychiczną, powinno być w każdych okolicznościach zgodne z regułą 11, która odnosi się do wyrażenia zgody na leczenie.

7. Niemożność wypisania pacjenta, gdy ustały przesłanki do hospitalizacji.

Poza omówionymi kwestiami, dotyczącymi zasadności i procedur przyjęcia pacjenta do oddziału psychiatrycznego, Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej zwracali także uwagę na fakt, iż stosując art. 260 § 1 k.p.k. sądy, co zrozumiało, nie wskazują długości hospitalizacji. Jednak oznacza to w praktyce, iż w intencji sądu ma ona trwać do zakończenia stosowania tymczasowego aresztowania, często przedłużanego. Tym samym o konieczności dalszej hospitalizacji pacjenta nie decyduje stan jego zdrowia, tylko sam fakt pozbawienia wolności.

Przy oczywistym założeniu, że pobyt w szpitalu ma służyć poprawie stanu zdrowia pacjenta – powinna istnieć realna możliwość jego wypisania z oddziału, gdy w ocenie lekarza hospitalizacja nie jest już konieczna. Również art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jasno wskazuje, że przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy. Tym samym – rezygnacja z najbardziej restrykcyjnej metody, jaką jest pobyt w oddziale psychiatrycznym, powinna następować, gdy tylko stan zdrowia pacjenta na to pozwala.

Tymczasowo aresztowani, wobec których sąd zdecydował o zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k., są tej gwarancji pozbawieni – monity lekarzy o konieczności zwolnienia pacjentów często pozostają bez odpowiedzi sądu lub sąd decyduje się utrzymać w mocy dyspozycję art.

⁹ Reg. 1.5 stanowi: Każda osoba chora psychicznie powinna mieć prawo do korzystania z pełni praw obywatelskich, politycznych, społecznych i kulturalnych, jak uznano w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych oraz innych odpowiednich dokumentach, takich jak Deklaracja praw osób niepełnosprawnych oraz Zasady dotyczące ochrony wszystkich osób pozbawionych wolności.

260 § 1 k.p.k. mimo sugestii lekarza prowadzącego. Tym samym personel medyczny nie jest w stanie skutecznie wypisać pacjenta do właściwego terytorialnie aresztu.

Powyższe dotyczy w głównej mierze tymczasowo aresztowanych chorujących psychicznie, niemniej jednak istnieją pewne trudności związane z wypisywaniem ze szpitali osób tymczasowo aresztowanych chorujących somatycznie i zostały one opisane w punkcie 10 niniejszego opracowania dotyczącym specyficznych problemów występujących w tej grupie pacjentów.

8. Współpraca sądu z lekarzami zatrudnionymi w jednostkach penitencjarnych w sprawach dotyczących art. 260 § 1 k.p.k.

Poza omówionymi uwarunkowaniami ograniczającymi decyzyjność lekarzy zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych co do przyjęcia i zwolnienia pacjentów umieszczanych w szpitalu na mocy art. 260 § 1 k.p.k. – ich głos nie jest także często brany pod uwagę w sytuacji, gdy decyzja sądu o zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k. zapada po upływie jakiegoś czasu, wobec osób przebywających już w areszcie śledczym. Powyższe znów w większej mierze dotyczy osób chorujących psychicznie niż somatycznie. Część pacjentów, nawet jeżeli rozpoznaje się u nich chorobę psychiczną, na tym etapie pobytu w areszcie przeszło już proces adaptacji, dobrze funkcjonują w warunkach jednostki penitencjarnej, nie przejawiają zachowań, które byłyby przesłanką do psychiatrycznego leczenia wbrew woli. Osoby te dostosowują się do obowiązującego porządku wewnętrznego jednostki, mają zapewnioną regularną opiekę medyczną (w tym psychiatryczną), często nie wymagają nawet farmakoterapii i co najistotniejsze – nie są kierowane do szpitala przez lekarza prowadzącego, ze względu na brak wskazań do hospitalizacji.

Kierując taką osobę do więziennego oddziału psychiatrycznego organ dysponujący zdaje się nie zauważać, że decyzja ta może wyrzucić efekt odwrotny od zamierzonego, a więc zdestabilizować i pogorszyć stan zdrowia psychicznego osoby tymczasowo aresztowanej. Wymuszona hospitalizacja w reżimie więziennego oddziału szpitalnego, wśród osób hospitalizowanych z uwagi na bezwzględną konieczność (np. pobudzonymi, często wulgarnymi i agresywnymi słownie, z tendencją do przejawiania agresji fizycznej) nie wpływa korzystnie na stan pacjenta. Często też wiąże się z koniecznością hospitalizacji bez zgody, dla której nie ma bezwzględnych przesłanek, co omówiono wcześniej. Proces ten

może dotyczyć też osób psychicznie zdrowych lub z niepełnosprawnością intelektualną, wobec których dopiero po jakimś czasie sąd decyduje się na zastosowanie art. 260 § 1 k.p.k. pozostając obojętnym na argumenty lekarzy prowadzących.

Innym powodem podjęcia przez sąd decyzji o konieczności wykonywania tymczasowego aresztowania w podmiocie leczniczym jest również sytuacja, w której opinia sądowo-psychiatryczna, uzyskana przez sąd po jakimś czasie od umieszczenia osoby w areszcie, wskazuje na takie cechy osadzonego, które mogą w konsekwencji doprowadzić sąd do orzeczenia niepoczytalności w chwili popełnienia czynu oraz zasadności zastosowania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym. Na tym etapie warto sugerować, aby sąd zasięgał opinii lekarzy więziennych, posiadających bezpośredni kontakt z tymczasowo aresztowanym i rozważał czy aktualnie istnieje konieczność hospitalizacji. Jak wskazuje bowiem § 14 rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności¹⁰ osoba pozbawiona wolności, u której w wyniku badania psychiatrycznego połączonego z obserwacją stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych w rozumieniu art. 31 § 1 Kodeksu karnego, może pozostać w oddziale psychiatrycznym do czasu wydania przez sąd stosownego orzeczenia. Użycie słowa „może” oznacza, że dopuszczalne są inne rozwiązania. W relacjach Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej pojawia się pogląd, że w przypadku formułowania opinii o braku przesłanek do hospitalizacji przez lekarza prowadzącego, zatrudnionego w jednostce penitencjarnej i mającego bezpośredni kontakt z osobą tymczasowo aresztowaną – sąd winien na tym etapie rozpoznawania sprawy pochylić się nad opinią lekarzy więziennych. Ocena aktualnego funkcjonowania osadzonego pozwoli sądowi zważyć czy możliwy jest jego pobyt w warunkach ambulatoryjnych, do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia, gdy konieczne stanie się tym samym zapewnienie odpowiednich warunków, w myśl art. 264 § 4 k.p.k. Zgodnie bowiem z tym przepisem tymczasowe aresztowanie w wypadku orzeczenia już środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym wykonuje się w warunkach umożliwiających stosowanie odpowiedniego postępowania leczniczego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego oraz resocjalizacyjnego.

¹⁰ Tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 2131.

9. Wykonywanie tymczasowego aresztowania w jednostce zapewniającej wyłącznie leczenie ambulatoryjne.

Decyzja o zapewnieniu jedynie leczenia ambulatoryjnego pacjentom poważnie chorym – w szczególności osobom tymczasowo aresztowanym chorującym psychicznie – może spotkać się z różnym odbiorem ze strony środowisk zaangażowanych w ochronę zdrowia psychicznego. Z jednej strony, zgodnie z istotną z punktu widzenia tego zagadnienia – regułą 20 przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 17 grudnia 1991 r. Zasad ochrony osób z chorobą psychiczną i poprawy opieki nad chorymi psychicznie¹¹ – odnoszącą się do osób odbywających karę pozbawienia wolności bądź tymczasowo aresztowanych, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną bądź przypuszcza się, że taka choroba występuje – dążyć należy, aby wszystkie takie osoby otrzymały opiekę na najwyższym, dostępnym poziomie, zgodnie z regułą 1. Może to oznaczać dążenie do leczenia szpitalnego, z całym jego instrumentarium, zapleczem merytorycznym, całodobową opieką medyczną. Z drugiej strony idea leczenia środowiskowego osób chorujących psychicznie może nakazywać dążenie do mniej restrykcyjnego leczenia ambulatoryjnego, które w większym stopniu wspomogłoby realizację włączenia społecznego pacjenta. Szczególnie, że zgodnie ze standardami międzynarodowymi, ale też preambułą wielokrotnie tu przywoływanej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a art. 12 ww. ustawy przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego nakazuje brać pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dążyć do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy.

Kluczowe w dostosowaniu odpowiedniego miejsca wykonywania tymczasowego aresztowania do stanu zdrowia, szczególnie wobec osób chorujących psychicznie, wydaje się elastyczne reagowanie na potrzeby pacjenta. Ilustracją powyższego dążenia może być historia występująca w sprawie indywidualnej badanej przez Biuro RPO u osoby chorującej na schizofrenię. Jako miejsce wykonywania tymczasowego aresztowania wskazano u niej areszt śledczy oferujący jedynie leczenie ambulatoryjne, jednocześnie w uzasadnieniu alarmując, iż tymczasowo aresztowany powinien przebywać w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Adwokat osadzonego również domagał się wykonania dyspozycji art. 260 § 1 k.p.k.

¹¹ Rezolucja A/RES/46/119, <https://undocs.org/en/A/RES/46/119>.

w oddziale szpitalnym argumentując, że wskazanie jako właściwego podmiotu leczniczego – ambulatorium aresztu – de facto sprawia, że jego klient przebywa w celi mieszkalnej, a opieka psychiatryczna sprowadza się do doraźnych wizyt i farmakoterapii, podczas gdy w uzasadnieniu sąd podaje, że wymaga on oddziaływań zapewnianych jedynie w warunkach szpitalnych. Organ dysponujący, informowany zarówno przez adwokata, co przez administrację jednostki i Rzecznika, że istnieje swoisty dwugłós w tak wyrażonej decyzji sądu – nie usunął nieścisłości. W ocenie Kierownika Ambulatorium Aresztu Śledczego stan pacjenta pozwalał na leczenie ambulatoryjne, sposób funkcjonowania osadzonego kontrolował także sędzia penitencjarny, tymczasowo aresztowany był reprezentowany przez profesjonalnego obrońcę, wobec czego RPO nie zdecydował się na działania zmierzające do umieszczenia osadzonego w oddziale szpitalnym. Sposób w jaki w tym przypadku wykonywana była dyspozycja art. 260 § 1 k.p.k. udowadnia, jak istotny jest przepływ informacji i dążenie do elastycznego dostosowania formy leczenia pacjenta – ambulatoryjnej bądź stacjonarnej – do aktualnego stanu zdrowia pacjenta. Taki postulat musi iść w parze z elastycznością organu dysponującego, który powinien niezwłocznie reagować na zgłaszane mu zmiany stanu zdrowia pacjenta, a tym samym konieczność zmiany miejsca wykonywania tymczasowego aresztowania. Problem tej właśnie elastyczności wydaje się szczególnie istotny do rozwiązania.

10. Upowszechnianie wśród sędziów i biegłych sądowych aktualnych informacji na temat warunków panujących w więziennych oddziałach szpitali psychiatrycznych.

Z doświadczeń Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej wynika, że w opiniach biegłych, zalecających wykonywanie tymczasowego aresztowania w więziennym szpitalu psychiatrycznym, pojawiają się stwierdzenia, iż stan psychiczny danego pacjenta nie pozwala na pobyt w jednostce penitencjarnej bądź, że nie powinien on przebywać w warunkach więziennych, wobec czego winien być umieszczony w szpitalu psychiatrycznym przy jednostce penitencjarnej. Zapisy te sugerują jakoby funkcjonowanie więziennych oddziałów szpitalnych pozbawione było rygorów penitencjarnych, a one same nie funkcjonowały w strukturze jednostki penitencjarnej, a „przy” niej – co sugeruje zbliżenie warunków do szpitali funkcjonujących w pozawięziennej służbie zdrowia.

Jeden z Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej posłużył się w korespondencji z RPO obrazowym przykładem, podając, że jeżeli biegły psychiatra, nie znający specyfiki więziennej służby zdrowia, zostanie zapytany w jakich warunkach wobec opiniowanej przez niego osoby ma być wykonywane tymczasowe aresztowanie, praktycznie zawsze wskaże oddział psychiatryczny. Ten sam lekarz, gdyby miał decydować o przyjęciu opiniowanej przez siebie osoby do szpitala pozawięziennego, w którym sam pracuje, odmówiłby przyjęcia oskarżonego wobec braku wskazań medycznych do hospitalizacji. Samo rozpoznanie choroby psychicznej u pacjenta, nie jest bowiem wskazaniem do hospitalizacji psychiatrycznej. Jeżeli jednak jest to osoba aresztowana, to w ocenie tego samego biegłego winna być już umieszczona w oddziale psychiatrycznym aresztu, a nie w celi mieszkalnej. Decyzja o hospitalizacji powinna zawsze opierać się na przesłankach medycznych, a nie pozamedycznej, skąpej niekiedy w ocenie Dyrektorów Służby Więziennej, wiedzy biegłych na temat realiów życia więziennego. Nawet jeżeli podejmowana jest z intencją ochrony dóbr pacjenta w trudnej dla niego sytuacji izolacji penitencjarnej.

Doświadczenia części Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej skłaniają ich także do wyrażenia opinii, że decyzje o zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k. wydawane są niekiedy przez sąd asekuracyjnie, w oparciu o pobieżne sugestie powołanego do badania biegłego, nierzadko w oparciu o opinie sprzed dłuższego czasu lub bez żadnego wglądu w historię choroby pacjenta. Opinie wydawane w takich warunkach, jedynie przez konieczność uniknięcia lekarskiego zaniedbania, zawierają dla sądu sugestie o zasadności dalszej opieki psychiatrycznej w ramach oddziału, co sąd odczytuje jako podstawę do zastosowania dyspozycji określonej w art. 260 § 1 k.p.k. Jak dodał jeden z Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej, z obserwacji prowadzonej w codziennej praktyce wynika, że w przypadku niemożności zrealizowania postanowienia sądu w placówkach więziennych (z uwagi na brak miejsc w oddziałach psychiatrycznych) i zaistnienia konieczności skierowania oskarżonego do placówki pozawięziennej, z reguły biegły wydaje powtórny opinię, która wskazuje na zasadność jedynie opieki ambulatoryjnej.

W korespondencji RPO z Dyrektorami Okręgowymi Służby Więziennej pojawia się postulat Dyrektorów o konieczności poszerzania wiedzy (np. na drodze staży czy wizyt studyjnych) na temat realiów funkcjonowania szpitali przywięziennych wśród biegłych sądowych opiniujących pacjentów przed zastosowaniem art. 260 § 1 k.p.k. Warto również

zastanowić się nad upowszechnianiem aktualnych informacji na temat warunków panujących w więziennych oddziałach psychiatrycznych wśród sędziów.

11. Stosowanie art. 260 § 1 k.p.k. wobec osób chorujących somatycznie.

Problemy dotyczące wykonywania tymczasowego aresztowania w odpowiednim podmiocie leczniczym ze względu na choroby somatyczne zajmują mniej miejsca, w porównaniu z problemami dotyczącymi leczenia psychiatrycznego, zarówno w relacjach Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej, co wśród spraw badanych przez Rzecznika.

Jeden z Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej w korespondencji z RPO wyraził pogląd, że ze wszystkich dziedzin medycyny jedynie w przypadku psychiatrii zdarza się sądom orzekać o umieszczeniu tymczasowo aresztowanego w oddziale szpitalnym w myśl art. 260 § 1 k.p.k. wyłącznie z uwagi na rozpoznanie u danej osoby choroby psychicznej. Nie nakazuje się automatycznie hospitalizacji np. w oddziale internistycznym, nefrologicznym, kardiologicznym czy endokrynologicznym, tylko dlatego, że pacjent choruje np. na nerki, serce, nadciśnienie czy tarczycę.

Ten obrazowy przykład skłania do sformułowania wniosku, że w przypadku osób chorujących somatycznie o zastosowaniu art. 260 § 1 k.p.k. i przyjęciu do szpitala w większej mierze decydują aktualne w danym czasie medyczne przesłanki do hospitalizacji, a nie sam fakt rozpoznania danego schorzenia, niezależnie od jego obecnego przebiegu czy fazy. Rzadsze w przypadku chorujących somatycznie są także problemy związane z przyjęciem pacjenta bez zgody, dylematami przy zapewnieniu jedynie opieki ambulatoryjnej czy trudnościami z niezwłocznym przyjęciem i późniejszym wypisaniem pacjentów.

Nie oznacza to jednak, że problemy te nie występują. Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej zgłaszali trudności związane z brakiem elastycznego reagowania sądów w przypadku konieczności wypisania ze szpitala pacjentów, których stan somatyczny uległ poprawie. Administracja szpitala decyduje zwykle wówczas o wypisaniu pacjenta, a dyrektorzy jednostek penitencjarnych o przyjęciu tymczasowo aresztowanego do jednostki, informując jednocześnie i często monitując sąd o ustaniu przesłanek do leczenia szpitalnego. Do czasu formalnej zmiany decyzji sądu o uchyleniu stosowania art. 260 § 1 k.p.k. osoba przebywa już często w celi mieszkalnej, co naraża jednak administrację jednostki

penitencjarnej na zarzut nie realizowania, ciągle obowiązującego, postanowienia sądu o konieczności wykonywania tymczasowego aresztowania w podmiocie leczniczym.

Dyrektorzy Okręgowi Służby Więziennej zgłaszali też przypadki, w których lekarze więzienni nie zgadzali się z opinią sądu o konieczności hospitalizacji osoby chorej somatycznie argumentując, że w przebiegu np. danego schorzenia kardiologicznego czy metabolicznego pacjenci nie byłiby hospitalizowani jako osoby niepozbawione wolności. Sąd utrzymywał jednak swoją decyzję w mocy.

12. Zapewnienie osobom, wobec których tymczasowe aresztowanie wykonywane jest w pozawięziennych podmiotach leczniczych, określonych w k.k.w. praw dotyczących widzeń (w tym widzeń z adwokatem w warunkach zapewniających poufność), rozmów telefonicznych, korespondencji, dokonywania zakupów i otrzymywania paczek.

W przypadku wykonywania tymczasowego aresztowania w szpitalu pozawięziennym brak jest uregulowań dotyczących sprawowania faktycznego nadzoru nad prawidłowością wykonania środka zapobiegawczego w taki sposób, jaki gwarantowany jest, gdy dana osoba przebywa w jednostce penitencjarnej. Powyższe może także grozić niezapewnieniem praw należnych tymczasowo aresztowanemu, związanych np. z realizacją widzeń, zakupów, paczek czy korzystaniem z aparatu telefonicznego. Kwestią istotną w kontekście prawa do obrony jest problem, gdy szpital poza więzienną strukturą nie udostępnia odpowiednich pomieszczeń do poufnego spotkania z adwokatem.

13. Uzupelnienie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 czerwca 2015 r. w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów¹² o wykaz podmiotów leczniczych znajdujących się poza systemem więziennictwa.

Rzecznik Praw Obywatelskich kierował w powyższej materii wystąpienia generalne¹³ w dniach 27 sierpnia i 7 grudnia 2015 r. do Ministra Sprawiedliwości oraz w dniu 20 grudnia

¹² Tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 349.

¹³ Sygn. IX.517.411.2015.

2016 r. do Prezesa Rady Ministrów. W odpowiedzi na powyższe działania RPO otrzymał odpowiedź, iż w ocenie Ministra Sprawiedliwości inicjowanie zmian legislacyjnych w sygnalizowanym przez RPO kierunku jest niecelowe.

Argumentując za słusnością swojego stanowiska Minister Sprawiedliwości wskazuje, że przepisy k.k.w. stanowią, że świadczenia zdrowotne zapewniane są osobom pozbawionym wolności przede wszystkim przez więzienne podmioty lecznicze. Jedynie wówczas, gdy konieczne jest udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osadzonego, lub konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji świadczenia zdrowotne mogą być wykonywane przez inne placówki niż podmioty więziennej służby zdrowia (art. 209 k.k.w. w zw. z art. 115 § 4 i 5 k.k.w.). Wówczas swoje zastosowanie znajduje § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 czerwca 2015 r. w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów. Przepis ten dopuszcza, że tymczasowe aresztowanie może być wykonywane również przez inne zakłady lecznicze, jeżeli wykonują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, o ile wymaga tego stan zdrowia tymczasowo aresztowanego lub względy organizacyjne.

Wobec powyższego Minister Sprawiedliwości podkreśla, że prawodawca przewidział możliwość wykonywania tymczasowego aresztowania w tzw. wolnościowych podmiotach leczniczych, a w praktyce, w zależności od potrzeby i stanu zdrowia osoby tymczasowo aresztowanej, może to być każdy podmiot leczniczy. Przewidywanie, zdaniem Ministra Sprawiedliwości, jaki podmiot leczniczy w danej, indywidualnej sytuacji będzie podmiotem optymalnym do udzielenia świadczenia jest niemożliwe, tym samym umieszczenie ścisłego katalogu podmiotów leczniczych, prowadzące do rezygnacji z normy § 2 ust. 2 ww. rozporządzenia, mogłoby zostać zinterpretowane jako ograniczenie możliwości korzystania przez osoby pozbawione wolności z usług wysoko specjalistycznych podmiotów leczniczych, zwłaszcza w sytuacjach nagłych, zagrożenia życia i zdrowia oraz naruszać konstytucyjne gwarancje tej kategorii osób.

Jak wskazuje Minister Sprawiedliwości tego rodzaju rozwiązanie nie uwzględniałoby również stale zmieniającej się sytuacji na rynku usług medycznych. Dodatkowo Minister Sprawiedliwości podkreśla, iż w sytuacji, gdy pozbawienie oskarżonego wolności spowodowałoby dla jego życia lub zdrowia poważne niebezpieczeństwo w świetle art. 259 § 1 pkt 1 k.p.k. należy odstąpić od stosowania środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania. W ocenie Ministra Sprawiedliwości przepis ten, w połączeniu z wcześniej przedstawionymi uregulowaniami, daje gwarancję respektowania konstytucyjnych praw tymczasowo aresztowanego w zakresie ochrony zdrowia.

Wobec uzyskania powyższego stanowiska RPO nie zdecydował się na dalszą argumentację, jednak stale monitorował sytuację osób, wobec których tymczasowe aresztowanie wykonywane jest w oparciu o 260 § 1 k.p.k. Nadal dostrzegalne są trudności, jakie w praktyce powoduje nieuzupełnienie przedmiotowego wykazu o podmioty lecznicze znajdujące się poza systemem więziennictwa. Ukształtowała się bowiem praktyka, w której sądy wskazując podmioty z przedmiotowego wykazu nie sięgają po możliwość wyznaczenia pozawięziennego podmiotu leczniczego. Pozostaje także pytanie czy podmioty pozawięzienne, nieujęte w wykazie, dają gwarancję wymaganych warunków zabezpieczenia, zgodnych z § 3 ww. rozporządzenia.

Administracja jednostek penitencjarnych napotyka również trudności we współpracy z pozawięziennymi podmiotami, które, jako niewskazane w postanowieniu sądu, odmawiają przyjęcia tymczasowo aresztowanych pacjentów (w szczególności chorujących psychicznie – zarówno ze względu na brak miejsc, co w sytuacji niewyrażenia zgody przez pacjenta na hospitalizację, gdy nie występują przesłanki do przyjęcia go wbrew woli). Pozostawia to Służbę Więzienną osamotnioną w obliczu konieczności realizacji postanowienia sądu.

Istnienie powyższych problemów potwierdzają ustalenia pozyskiwane w sprawach indywidualnych przez Biuro RPO, jak również relacje części Dyrektorów Okręgowych Służby Więziennej. Jeżeli na gruncie przedstawionej przez Ministra Sprawiedliwości argumentacji można przyjąć, iż każda pozawięzienna placówka może zostać uznana za odpowiednią do wykonywania w niej tymczasowego aresztowania w oparciu o art. 260 § 1 k.p.k., należy pilnie zastanowić się nad sposobami zmiany praktyki, aby wyeliminować zasygnalizowane w niniejszym opracowaniu problemy.

Konkludując przedstawione refleksje w szczególności pragnę zwrócić uwagę Pana Dyrektora na problemy opisane w punktach: piątym, szóstym, siódmym, dwunastym i trzynastym powyższej analizy oraz zadać w związku z nimi następujące pytania:

1. Czy w ocenie Pana Dyrektora fakt niewystawiania skierowania do szpitala psychiatrycznego wobec osób umieszczanych tam na mocy art. 260 § 1 k.p.k. jest problemem powszechnym i jakie rodzi on formalne oraz praktyczne trudności dla funkcjonowania więziennej służby zdrowia?

2. Jaki sposób postępowania przyjmuje się w Służbie Więziennej w sytuacji, gdy osoba tymczasowo aresztowana, wobec której sąd zdecydował o konieczności zastosowania art. 260 § 1 k.p.k. w oddziale szpitala psychiatrycznego, odmawia hospitalizacji, a nie zachodzą w ocenie lekarzy określone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁴ przesłanki przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody?

3. Czy w przypadku konieczności przyjęcia osoby pozbawionej wolności do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta, kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia, jak określa art. 23 pkt 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego? Jeżeli nie – dlaczego odstępuje się od tej czynności?

4. Czy w ocenie Pana Dyrektora powszechne jest utrzymywanie przez sąd w mocy dyspozycji art. 260 § 1 k.p.k. mimo monitów ze strony lekarzy więziennych o ustaniu przesłanek do hospitalizacji? Czy problem ten w większej mierze dotyczy osób umieszczanych w oddziałach psychiatrycznych?

5. Z jakimi praktycznymi problemami spotyka się Służba Więzienna w przypadku, gdy tymczasowe aresztowanie jest wykonywane w pozawięziennych podmiotach leczniczych? W szczególności proszę o informację w jaki sposób prowadzony jest wówczas nadzór nad prawidłowością wykonywania środka zapobiegawczego oraz w jaki sposób gwarantuje się osobie tymczasowo aresztowanej możliwość realizacji określonych w k.k.w. praw dotyczących widzeń (w tym widzeń z adwokatem w warunkach zapewniających poufność), rozmów telefonicznych, korespondencji, otrzymywania paczek i dokonywania zakupów?

6. Proszę o zajęcie stanowiska w przedmiocie istnienia po stronie Służby Więziennej potrzeby uzupełnienia rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 czerwca 2015 r.

¹⁴ Tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 685.

w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów¹⁵, o wykaz podmiotów leczniczych znajdujących się poza systemem więziennictwa.

Ponadto, będę wdzięczny za przekazanie przez Pana Dyrektora wszelkich uwag i wskazanie dotychczasowych inicjatyw prowadzonych przez Służbę Więzienną wobec zasygnalizowanych problemów. W szczególności proszę o wskazanie jakie rozwiązania umożliwią Służbie Więziennej skuteczną realizację decyzji sądów w przedmiotowym zakresie.

Z poważaniem,

Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie/

¹⁵ Tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 349.