

Tomasz Jurek<sup>1</sup>, Marek Bujak<sup>2</sup>, Maciej Szostak<sup>1</sup>, Barbara Świątek<sup>1</sup>

## Opiniowanie sądowno-lekarskie o zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności a możliwości Więziennej Służby Zdrowia

### Medicolegal opinions assessing the ability to undergo imprisonment vs. capacity of the Prison Health Service facilities

<sup>1</sup> Z Katedry Medycyny Sądowej, Zakład Prawa Medycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. B. Świątek

<sup>2</sup> Z Biura Służby Zdrowia w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej  
Dyrektor: ppłk lek. M. Ksel

Ustalenie zdrowotnych przesłanek do przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności lub stosowania aresztu jest przedmiotem opiniowania sądowno-lekarskiego. Przepisy prawa wskazują na istnienie przesłanek negatywnych w postaci „ciężkiej choroby” lub „ważnych względów zdrowotnych”, przy których warunki izolacji stanowią dla zdrowia i życia poważne niebezpieczeństwo. Przerwa w odbywaniu kary lub zaprzestanie jej wykonywania musi być jedyną możliwością zniesienia tego niebezpieczeństwa. Biegły w opinii powinien określić potrzeby zdrowotne skazanego i możliwości ich zaspokojenia w warunkach izolacji uwzględniając przy tym możliwości więziennej służby zdrowia i jej współpracę z wolnościowymi zakładami opieki zdrowotnej.

Estimating the subject's ability to undergo imprisonment has become a medicolegal opinionating problem. Polish penal law indicates the presence of negative prerequisites, such as a "serious disease" and "important health-associated reasons". In these cases, the conditions of imprisonment pose a direct danger of death or detriment to health. Interruption of imprisonment or remission of the penalty of imprisonment must constitute the only possibility of avoiding such dangers. In his opinion, the expert should define the health-associated needs of the condemned and the possibilities of meeting such needs in the situation of imprisonment, also taking into consideration the capacity of the prison health service facility and its cooperation with regular health care institutions.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowno-lekarskie, odroczenie kary pozbawienia wolności, więzienna służba zdrowia

Key words: medicolegal opinionating, interruption of execution of the penalty, prison health service

#### WSTĘP

Przepisy prawa karnego zawierają dyrektywy, które precyzują możliwości zastosowania pozbawienia wolności, jako środka zapobiegawczego lub kary. Do negatywnych przesłanek uniemożliwiających przebywanie w warunkach izolacji należy stan zagrożenia zdrowia i życia sprawcy przestępstwa. W przypadku tymczasowego aresztowania, zgodnie z art. 259 k.p.k.<sup>1</sup>, jest to poważne niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia oskarżonego. Wykonanie kary pozbawienia wolności zawiesza się z powodu przeszkody, którą może być „ciężka choroba skazanego” zgodnie z art. 15 i 150 k.k.w.<sup>2</sup>. Sądowno-lekarskie opiniowanie może być w takich sytuacjach podstawą decyzji organów procesowych o zastosowaniu pozbawiania wolności. W procesie opiniodawczym niezbędna staje się nie tylko wnikliwa analiza stanu zdrowia oskarżonego czy też skazanego, ale również umiejętność poprawnej interpretacji wspomnianych przepisów i wiedza o możliwościach więziennej służ-

<sup>1</sup> Ustawa Kodeks Postępowania Karnego, Dz.U. nr 89, poz. 555, 1997 z późn. zm.

<sup>2</sup> Ustawa Kodeks Karny Wykonawczy, Dz.U. nr 90, poz. 557, 1997 z późn. zm.

by zdrowia. Weryfikacja opinii biegłego powinna być dokonywana poprzez porównanie zawartych w niej wniosków z rzeczywistą sytuacją z jaką spotyka się osoba poddana karze izolacji.

## PRZESŁANKI PRAWNE

Art. 259 § 1 k.p.k. zakłada istnienie przesłanek negatywnych do stosowania tymczasowego aresztowania. Mogą one mieć znaczenie „jeżeli szczególne względy nie stoją temu na przeszkodzie”. Zwrot ten oznacza pewną warunkowość realizacji przesłanek. Mogą mieć miejsce sytuacje, w których pomimo ich występowania, tymczasowe aresztowanie zostanie jednak zastosowane. Wówczas „szczególne względy”, stawiane są przez ustawodawcę ponad przesłankami negatywnymi będącymi w istocie rzeczy określonymi dobrami zatrzymanego. Ustawodawca w pewnych sytuacjach chroniąc interes społeczny stawia znacznie wyżej dobro prowadzonego postępowania niż związane z aresztem niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia zatrzymanego [1]. Tymczasowe aresztowanie może zostać przerwane lub niezastosowane gdy „... spowodowało by [ono] dla jego życia lub zdrowia poważne niebezpieczeństwo”. Warto zwrócić uwagę na kolejny element warunkowości niezastosowania aresztu. Ustawodawca godzi się z tym, że warunki izolacji będą powodowały dla życia i zdrowia osadzonego pewne niebezpieczeństwo. Dopiero „poważne” niebezpieczeństwo może stać się powodem odstąpienia od zastosowania środka zapobiegawczego. Ustawa przewiduje też inne rozwiązanie – wykonanie środka zapobiegawczego w zakładzie leczniczym<sup>3</sup>. Chodzi tu o możliwość umieszczenia zatrzymanego zarówno w oddziale szpitalnym zakładu karnego jak i w zakładzie leczniczym nie będącym jednostką organizacyjną więziennictwa – „pod strażą” [2, 3].

Podobne rozwiązania znajdujemy w kodeksie karnym wykonawczym. Art. 15 zezwala na zawieszenie postępowania wykonawczego w określonych sytuacjach, do których należy wymieniana w § 2 „choroba psychiczna lub inna przewlekła, ciężka choroba”. Sprecyzowanie dyspozycji tego przepisu odnajdujemy w rozdziale 10 dotyczącym odroczenia i przerwy w karze pozbawienia wolności. Kara ta jest odraczana do czasu ustania przeszkody, którą, zgodnie z art. 150 k.k.w., może być „ciężka choroba” – „taki stan skazanego, w którym umieszczenie go w zakładzie karnym może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo”. Konstrukcja wymienianej tu przesłanki negatywnej jest podobna jak w przypadku aresztu

– stopień zagrożenia wspomnianych dóbr osadzonego musi być znaczny – „poważny”. Tryb przerwy w wykonaniu kary określa art. 153 k.k.w. Sąd uznając, że zachodzą przesłanki wymienione w art. 150 k.k.w. udziela przerwy (art. 153 § 1) lub stosuje rozwiązanie fakultatywne, o którym mowa w art. 153 § 2. Sąd penitencjarny może, ale nie musi, udzielić przerwy w odbywaniu kary. W przepisach tych spotykamy kolejne pojęcie – „ważne względy zdrowotne”. Taki stan zdrowia jest interpretowany podobnie jak wspomniana powyżej „ciężka choroba”. Ciężar gatunkowy ujemnych skutków osadzenia w zakładzie karnym musi więc być tego rodzaju, że w żaden inny sposób niż „przez udzielenie przerwy nie można im zaradzić”<sup>4</sup>. Warto tu zwrócić uwagę na pewien kontekst historyczny. Przepisy karne obowiązujące przed wejściem w życie kodeksów powojennych<sup>5</sup>, które dostosowywały prawo II Rzeczypospolitej do realiów Polski Ludowej, wskazywały na jeszcze jedną możliwość odroczenia kary pozbawienia wolności. Był to stan zdrowia, „którego nie można pogodzić z istniejącymi w więzieniu lub areszcie urządzeniami.” Jest tu wyraźne odniesienie do możliwości zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej osadzonym i odpowiednich warunków socjalno-bytowych. Zapis ten zdawał się wprost wskazywać na takie stany, jak np. niedowłady wymagające stałej opieki. Obecna sytuacja wymaga sprawdzenia czy ma miejsce „ciężka choroba”, z której objawami organizacja więziennictwa nie może sobie poradzić.

Kolejnym elementem, konsekwentnie wymienianym przez ustawodawcę w opisie negatywnych przesłanek do przebywania w warunkach izolacji, jest źródło zagrożenia życia. Wspomniane wyżej „poważne niebezpieczeństwo” musi być wywołane warunkami, jakie panują w miejscu izolacji. Nie wystarczy by choroba, na którą cierpi osadzony, była zagrożeniem zdrowia lub życia. Zagrożenie to musi wynikać z przebywania w izolacji, np. braku możliwości leczenia lub zapewnienia osadzonemu odpowiednich warunków<sup>6</sup>. Abstrahując od możliwości leczenia: w przypadku

<sup>4</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 18.01.2006, II AKzw 871/05, KZS, 2006, 6, 108.

<sup>5</sup> Patrz: Obwieszczenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 września 1950 roku o ogłoszeniu jednolitego tekstu Kodeksu Postępowania Karnego, Dz.U. nr 40, poz. 364, 1950, art. 419.

<sup>6</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 18.01.2006, II AKzw 871/05, LEX nr 168028: „... ciężka choroba w rozumieniu tego przepisu, to „taka ciężka choroba, która uniemożliwia wykonanie kary, to znaczy może zagrozić życiu skazanego lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo w wypadku osadzenia go w zakładzie karnym (...) stan zdrowia skazanego może ulec pogorszeniu niezależnie od tego czy będzie on odbywał karę, czy też przebywał poza jednostką penitencjarną”.

<sup>3</sup> Ustawa Kodeks Postępowania Karnego, Dz.U. nr 89, poz. 555, 1997 z późn. zm., art. 260.

„ciężkich chorób” [w rozumieniu omawianych przepisów] niebezpieczeństwo nie ustanie przecież gdy skazany opuści więzienie. Na wolności zagrożenie to będzie istniało dalej, jest ono spowodowane schorzeniem, a nie warunkami izolacji. Odwracając sytuację – to nie samo pozbawienie wolności zmienia poziom bezpieczeństwa zdrowotnego skazanego, ale warunki w jakich przebywa i ewentualny brak możliwości leczenia. Wymienione w przypisie powyżej orzeczenie sądu jest wyjątkowe. W jego uzasadnieniu warto zwrócić uwagę na rzadko spotykany fakt – negatywną (i trafną) ocenę przez sąd opinii biegłych. Lekarze w przypadku skazanego cierpiącego na zespół Marfana powikłany tętniakiem rozwarstwiający aorty i tętnic biodrowych stwierdzili, że nie może on odbywać kary pozbawienia wolności. Argumentem miała być możliwość nagłego pogorszenia stanu zdrowia (pęknięcie tętniaka) co niewątpliwie byłoby dla jego życia poważnym niebezpieczeństwem. W ocenie lekarzy pobyt na wolności w takiej sytuacji „zwiększy szanse natychmiastowego leczenia operacyjnego, a więc ratowania życia” a przebywanie skazanego w zakładzie karnym obciąży więzienną służbę zdrowia „nadmierną odpowiedzialnością wiążącą się z zapewnieniem mu odpowiedniej opieki specjalistycznej”. Sąd weryfikując opinię słusznie podniósł, że „pogorszenie stanu zdrowia skazanego jest możliwe bez względu na to, w jakim otoczeniu będzie skazany przebywał” a „dowiedzenie skazanego na specjalistyczne leczenie jest (...) możliwe również w trakcie odbywania przez niego kary pozbawienia wolności”. Jednocześnie zauważył zasadność umieszczenia skazanego w jednostce penitencjarnej położonej w miejscowości, gdzie znajduje się specjalistyczny zakład kardiochirurgiczny. W tym przypadku organ procesowy trafnie zwrócił uwagę na fakt, że istotne jest nie tylko określenie stanu zdrowia skazanego i rokowań, ale przede wszystkim zagrożeń związanych z przebywaniem w warunkach izolacji oraz porównanie możliwości uniknięcia tych zagrożeń w warunkach wolnościowych i izolacyjnych. Sąd Najwyższy wskazuje na okoliczności wyłączające zastosowanie aresztu – to taka sytuacja, „w której charakter schorzenia, na jakie cierpi oskarżony lub rozmiar doznanego przez niego uszkodzenia ciała są tego rodzaju, że – z uwagi na brak środków do odpowiedniej interwencji medycznej w warunkach pozbawienia wolności lub co najmniej znacznego utrudnienia w aplikowaniu zaleconego sposobu leczenia – osiągnięcie rezultatów zapewniających uniknięcie w tych warunkach wskazanego wyżej niebezpieczeństwa nie jest możliwe...”<sup>7</sup> Poza tą ogólną wskazówką odnaleźć możemy szereg bardziej szczegółowych uwag przedstawiających stanowisko sądu co do oko-

<sup>7</sup> Postanowienie S.N. z 21.02.1995, WZ 35/95, OSNKW 1995, 7-8, 52.

liczności stanowiących poważne zagrożenie zdrowia lub życia. Na przeszkodzie do osadzenia nie stoją np. konieczność stosowania diety wysokokalorycznej, konieczność stosowania rehabilitacji<sup>8</sup> czy choroba mogąca być leczona w warunkach izolacji.<sup>9</sup>

Taki sposób interpretacji przepisów jasno pokazuje, że poza diagnozą stanu zdrowia skazanego i dalszych rokowań, równie istotnym elementem w opiniowaniu jest ocena wpływu warunków panujących w aresztach śledczych i zakładach karnych. Sprowadza się to do wiedzy o możliwościach więziennej służby zdrowia. Element ten często bywa pomijany przez lekarzy opiniujących o zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności. Na taką konieczność zwracają jednak uwagę prawnicy [1, 4] aprobując orzeczenia Sądów: „...Jeżeli przetrzymywanie osoby tymczasowo aresztowanej w warunkach aresztu stwarza zagrożenie dla jej zdrowia lub życia, przed podjęciem decyzji o uchyleniu aresztowania należy rozważyć możliwość wykonywania go w odpowiednim zakładzie leczniczym służby więziennej...”<sup>10</sup>; czy też: „...nawet długotrwała, czy wręcz przewlekła choroba nie daje podstaw do zawieszenia postępowania, o ile może być leczona w warunkach odbywania kary pozbawienia wolności, ewentualnie w szpitalu więziennym...”<sup>11</sup>. Sąd wskazuje, że przesłanką do przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności jest „ciężka choroba” ale tylko wówczas – gdy nie może być skutecznie leczona w warunkach izolacji.<sup>12</sup>

W praktyce jakość opiniowania o stanie zdrowia zatrzymanych i możliwości ich przebywania w warunkach izolacji nie jest zadowalająca. Istnieje duża dowolność w interpretacji przepisów przez biegłych, nie mówiąc już o spójności wyciąganych wniosków [5, 6]. Szczegółowa analiza nieprawidłowości w tego typu opiniach, przedstawiona przez ośrodek bydgoski, ukazuje olbrzymią skalę problemu [7]. Pomimo to, w literaturze medyczno-sądowej niewiele jest szczegółowych interpretacji zagadnienia. Większość podręczników akademickich przytacza wnioski Popielskiego [8, 9], że chodzi tu o „taki stan cielesny skazanego, który nie daje się pogodzić z warunkami

<sup>8</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 26.03.1991, II AKz 10/91, KZS 1994, 4, 19.

<sup>9</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 22.07.1993, II AKz 200/93, KZS 1993, 6-8, 49: „...uogólnione zmiany kręgosłupa z dyskopatią itp. dolegliwości skutkujące zaostrzeniem objawów z zespołem bólowym, wymagające ćwiczeń mięśni grzbietu, spania na twardym łożu i okresowego przyjmowania środków przeciwbólowych...”

<sup>10</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 18.03.1992, II AKz 54/92, KZS 1992, 3-9, 108.

<sup>11</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 25.01.2006, II AKz 827/05, KZS 2006, 2, 44.

<sup>12</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 09.06.1999, II AKz 304/99, Opubl.: OSA 1999, 10, 78, 28.

panującymi w więzieniu”. Obecnie interpretację tę należałoby poszerzyć o konieczność ustalenia czy stan zdrowia skazanego można pogodzić z możliwościami leczniczymi i organizacyjnymi więziennej służby zdrowia.

## ORGANIZACJA WIĘZIENNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Więziennictwo realizuje ustawowy obowiązek zapewnienia bezpłatnej opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności<sup>13</sup>. Świadczenia zdrowotne zapewnia się osadzonym w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, wchodzących w skład struktury organizacyjnej jednostek penitencjarnych. Są nimi: ambulatoria z izbami chorych, szpitale więzienne, pracownie diagnostyczne, gabinety stomatologiczne, gabinety rehabilitacji oraz fizykoterapii. Podstawowe kierunki działalności, siedzibę oraz strukturę organizacyjną każdego z funkcjonujących zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności określa statut nadany przez Ministra Sprawiedliwości<sup>14</sup>. Działalność więziennej służby zdrowia organizuje i nadzoruje Naczelny Lekarz Więziennictwa z zespołem specjalistów w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej.

W każdym z 15 okręgowych inspektoratów Służby Więziennej zatrudniony jest naczelny lekarz okręgowego inspektoratu, którego zadaniem jest kontrola, nadzór i koordynacja funkcjonowania więziennej służby zdrowia na swoim terenie. Udzielane świadczenia zdrowotne finansowane są z budżetu Ministerstwa Sprawiedliwości.

W skład każdego zakładu opieki zdrowotnej wchodzi ambulatorium z izbą chorych oraz (poza

pojedynczymi przypadkami) gabinet stomatologiczny – zadaniem każdego zakładu jest zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem świadczeń, którym poddanie się jest obowiązkowe. W roku 2006 udzielono 1 311 014 porad o charakterze podstawowym, z czego 3 697 (0,28%) udzielono w pozawięziennych zakładach opieki zdrowotnej. W zakresie opieki stomatologicznej udzielono 248 595 porad, z czego 918 (0,37%) miało miejsce poza więzienną służbą zdrowia.

Świadczenia z zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej udzielane są – w zależności od możliwości – w ramach macierzystych jednostek, w innych jednostkach penitencjarnych lub w ramach współdziałania z pozawięziennymi zakładami opieki zdrowotnej. W 2006 roku miało miejsce 250 171 konsultacji specjalistycznych, z czego 17 681 (7,0%) odbyło się w ramach pozawięziennych zakładów opieki zdrowotnej.

Więzienna służba zdrowia dysponuje 13 szpitalami. W obrębie szpitali zostały powołane następujące oddziały (stan na 31.12.2006):

- chorób wewnętrznych – 11;
- chirurgiczne – 6;
- przeciwgruźlicze – 3;
- obserwacyjno-psychiatryczne – 6;
- detoksykacyjne – 2;
- po jednym: psychiatryczny, laryngologiczny, ginekologiczno-położniczy, okulistyczny, wewnętrzny dla przewlekłe chorych, neurologiczny, urologiczny, rehabilitacji leczniczej, rehabilitacji neurologicznej, hepatologiczny, dermatologiczny, ortopedyczny oraz intensywnej opieki medycznej.

Szpitale dysponowały łącznie 1135 łózkami. W 2006 roku do szpitali więziennych przyjęto 8798 osób. W pozawięziennych jednostkach hospitalizowano 805 osób – dotyczyło to sytuacji, w których świadczenie zdrowotne nie mogło zostać udzielone przez więzienny ZOZ ze względu na nagłość zdarzenia lub zakres świadczenia przekraczający możliwości więziennej służby zdrowia.

W przypadku braku możliwości leczenia w więziennych ZOZ-ach istnieją usankcjonowane prawnie<sup>15</sup> zasady korzystania z pozawięziennej służby zdrowia. Regulują one sposób uzgadniania czasu i miejsca w którym ma być udzielone świadczenie zdrowotne oraz warunki konwojowania i nadzoru zapewniające

<sup>13</sup> Patrz: kodeks karny wykonawczy, art. 102 i 115, rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 października 2003 roku w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. nr 204, poz. 1985, 2003); Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 roku w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz.U. nr 171, poz. 1665, 2003); Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. nr 55, poz. 490, 2002, z późn. zm.).

<sup>14</sup> Na podstawie zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 lipca 2002 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. Urz. M. S. nr 4 poz. 16 z późn. zm.).

<sup>15</sup> Patrz: art. 115 § 5 k.k.w. oraz Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 roku w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz.U. nr 171, poz. 1665).

prawidłowy tok postępowania karnego oraz bezpieczeństwo pacjentom i pracownikom zakładu opieki zdrowotnej. Sposób finansowania – z budżetu Ministerstwa Sprawiedliwości sprawia, że dla świadczeniodawców (pozawięziennych ZOZ-ów) usługi takie są dodatkowymi, płatnymi procedurami. Nie podlegają kontraktom zawartym z Narodowym Funduszem Zdrowia i stanowią źródło dochodu dla wykonujących je placówek. Dla osadzonych oznacza to brak konieczności oczekiwania w kolejkach na świadczenia diagnostyczne czy też zabiegi planowe. Takiej niedogodności podlegali by w warunkach wolnościowych – realizując świadczenia płatne limitowane przez NFZ. Przykładowo planowa koronarografia w warunkach wolnościowych często łączy się z koniecznością kilkumiesięcznego oczekiwania. Dla osadzonego istnieje możliwość zrealizowania takiego świadczenia w ramach współpracy z wolnościową służbą zdrowia w czasie krótkim – tydzień lub dwa. Za osadzonym bezpośrednio podążają pieniądze, co jest korzystne zarówno dla świadczeniodawców jak i świadczeniobiorców. Niezależnie od tego, w warunkach izolacji, istnieje możliwość nawet codziennych wizyt w ambulatorium podstawowej opieki zdrowotnej (z czego niektórzy skazani skrzętnie korzystają), stosowania diety – zgodnej z normami żywienia komponowanej przez dietetyków (w warunkach wolnościowych komponowanie diety często stwarza problem pacjentom) a możliwości leczenia farmakologicznego nie zależą od sytuacji finansowej osadzonego (nie on wykupuje leki) a budżetu więziennictwa. Paradoksalnie – w przypadku udzielenia przerwy w karze – osadzony zostaje postawiony w sytuacji trudniejszej, jeśli chodzi o dostęp do leczenia (zwłaszcza specjalistycznego) niż w więzieniu. Na wolności ograniczają go przecież limity, kolejki itp. Taka sytuacja pokazuje, że osadzony, na gruncie obowiązujących przepisów, ma teoretycznie zagwarantowane większe możliwości lecznicze niż w sytuacji gdyby pozostawał na wolności.

## WNIOSKI WSKAZÓWKI OPINIODAWCZE

Przedstawiona powyżej analiza pozwala na następujące wnioski:

- ustawodawca dopuszcza możliwość zagrożenia dla życia i zdrowia osadzonego spowodowanego warunkami izolacji, granica dopuszczalnego zagrożenia to „poważne” zagrożenie życia i zdrowia,
- zagrożenie to ma być spowodowane warunkami jakie panują w zakładach izolacji a nie tylko samą chorobą,

- przerwa w odbywaniu kary lub zaprzestanie jej wykonywania musi być jedyną możliwością zniesienia „poważnego zagrożenia życia i zdrowia”, aby móc mówić o stanie zdrowia jako przeszkodzie do odbywania kary,
- istotnym elementem w opiniowaniu sądowno-lekarskim, dotyczącym możliwości przebywania w warunkach izolacji, jest ocena możliwości więziennej służby zdrowia.

W praktyce, opiniując o zdolności do przebywania w warunkach izolacji, należy na bieżąco dokonać oceny możliwości leczniczych i organizacyjnych więziennictwa w odniesieniu do stanu zdrowia osadzonego. Biegły powinien określić potrzeby zdrowotne skazanego. Opinia staje się wówczas swoistym testem ustawowego obowiązku zapewnienia ochrony zdrowia skazanych. Gdy test ten wypada negatywnie – biegły przyjmuje istnienie „ciężkiej choroby” – musi bezwzględnie podać argumenty, wskazujące na „poważne zagrożenie życia lub zdrowia” wiążące się z przebywaniem w warunkach izolacji. Opinia taka powinna wprost określać zagrożenie i wymieniać, które z czynników występujących w warunkach izolacji je powodują i dlaczego. Wnioski powinny być zweryfikowane poprzez ustalenie możliwości zapobiegania zagrożeniu w ramach więziennej służby zdrowia z uwzględnieniem jej współpracy z wolnościowymi zakładami opieki zdrowotnej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Paprzycki L. K.: Komentarz do art. 259 Kodeksu Postępowania Karnego [w:] Grajewski J., Paprzycki L. K., Płachta M.: Kodeks Postępowania Karnego. Komentarz, Tom I i II, Zakamycze, 2003.
2. Postulski K. [w:] Hołda Z., Postulski K.: Kodeks Karny Wykonawczy. Komentarz, Gdańsk 1998, 462.
3. Stefański R. A.: Tymczasowe aresztowanie, Warszawa, 2001, 63.
4. Stefański R. A.: Komentarz do art. 259 Kodeksu Postępowania Karnego [w:] Z. Gostyński (red.), J. Bratoszewski, L. Gardocki, S. M. Przyjemski, R. A. Stefański, S. Zabłocki, Kodeks Postępowania Karnego. Komentarz. Tom I, Dom Wydawniczy ABC, 1998.
5. Mądro R., Teresiński G., Wróblewski K.: Stany chorobowe, ich wpływ na udział w postępowaniu karnym oraz na stosowanie środków i wykonanie kary. Prok. i Pr. 1998, 4, 46-56.
6. Skupień E., Kołodziej J.: Uwagi biegłych do opiniowania o stanie zdrowia dla potrzeb procesowych, Arch. Med. Sąd. i Krym., 2000, 3.

7. Engelgargt P., Bloch-Bogustawska E., Wolska E.: Opiniowanie w sprawach oceny zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności w materiałach Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w latach 1998-2003, Arch. Med. Sąd. i Krym., 2000, 3, 173-180.

8. Popielski B.: Orzecznictwo lekarskie, PZWL, Warszawa 1981, 193-196.

9. Popielski B.: Kobiela J.: Medycyna Sądowa, PZWL, Warszawa 1972, 820.

Adres autora:

dr n. med., mgr prawa Tomasz Jurek  
Katedra Medycyny Sądowej  
Zakład Prawa Medycznego  
Akademii Medycznej we Wrocławiu  
ul. J. Mikulicza-Radeckiego 4  
50-368 WROCŁAW, tel. 71 784 14 74  
[tjurek@forensic.am.wroc.pl](mailto:tjurek@forensic.am.wroc.pl)