RZECZPOSPOLITA POLSKA
Zastępca
Rzecznika Praw Obywatelskich
Ryszard CZERNIAWSKI

RPO-742891-VII-720/13/MF/MMa

00-090 Warszawa Tel. centr. 22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 22 827 64 53

Warszawa, 27 listopada 2013 r.

Pan
Igor Radziewicz-Winnicki
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na Pana pismo z dnia 30 września 2013 r. (znak: MZ-ZP-P-078-27558-2/AA/13) uprzejmie dziękuję za ustosunkowanie się do wniosków zawartych w *Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012.* Jednocześnie, pragnę odnieść się do niektórych z przedstawionych w nim kwestii.

I. W pierwszej kolejności pragnę wskazać, iż przywołana przez Pana ustawa z dnia 4 stycznia 2013 r. *o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* na dzień przygotowania Pańskiej odpowiedzi - a nawet obecnie - **nie jest jeszcze aktem prawa powszechnie obowiązującym.** Wprawdzie senacki projekt wskazanej wyżej ustawy został uchwalony przez Sejm w dniu 4 stycznia 2013 r., jednak Prezydent RP przed jej podpisaniem - w ramach tzw. kontroli prewencyjnej - złożył w dniu 31 stycznia 2013 r. wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie niektórych jej przepisów z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.). W dniu 24 lipca 2013 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł o niezgodności z Konstytucją RP wskazanych przez Prezydenta RP przepisów ustawy. Obecnie prace nad ustawą pozostają nadal niezakończone. Z tego też powodu zastanawiające jest powołanie się przez Pana na przepisy ustawy, które nie zostały wprowadzone do systemu prawnego.

II. Mając na uwadze powyższe i zakładając jednocześnie, że wskazane **przepisy ustawy regulujące kwestię stosowania monitoringu w izbach wytrzeźwień** wejdą w życie, należy zauważyć, iż **nie będą** one **satysfakcjonujące z punktu widzenia ochrony praw człowieka.** Przede wszystkim nadal aktualne pozostaną postulaty Rzecznika Praw Obywatelskich odnoszące się do zakresu regulacji, jaka została przeniesiona z rozporządzenia do aktu prawa rangi ustawowej. W szczególności należy w tym miejscu wymienić możliwość naruszenia prawa do intymności osób umieszczonych w izbach w związku z brakiem ustawowego zagwarantowania realizacji prawa do ochrony życia prywatnego osób trafiających do izb. Ponadto warto wskazać, iż samo sformułowanie zawarte w cytowanej przez Pana ustawie z dnia 4 stycznia 2013 r. budzi wątpliwości w kontekście instalowania systemu monitoringu w izbach. Zgodnie z art. 42 ust. 1 izby są wyposażone „w system umożliwiający obserwację osób", podczas gdy przytoczone przez Pana argumenty zapewnienia bezpieczeństwa w izbach i kontroli prawidłowego stosowania środków przymusu bezpośredniego prowadzą do wniosku, iż system ten będzie obejmował także nagrywanie, co nie jest pojęciem zawierającym się w terminie „obserwacja". Trzeba też podnieść, iż przepis wskazuje na obligatoryjny charakter instalowania w izbach monitoringu, albowiem brzmi *„pomieszczenia i urządzenia izby wytrzeźwień lub placówki odpowiadają wymaganiom odpowiednim do wykonywania zadań, w tym są wyposażone w system umożliwiający obserwację osób w nich umieszczonych w celu zapewnienia bezpieczeństwa tych osób".* To z kolei budzi wątpliwość, czy ingerencja ustawodawcy mająca na celu zapewnienie bezpieczeństwa, nie jest jednak zbyt daleko idąca, skoro nakazuje wyposażać izby w monitoring, nadto nie przewiduje sytuacji (np. badanie lekarskie) czy miejsc, w których monitoring byłby ograniczony (np. pomieszczenia sanitarne). Przepis wskazuje, że pomieszczenia są wyposażone w monitoring i niejako w sposób dorozumiany przyjmuje, że jest to równoznaczne z decyzją o jego używaniu w każdej sytuacji. **Brak przepisów gwarancyjnych, określających sytuacje oraz miejsca w których jego stosowanie będzie ograniczone, już teraz nakazuje postawić pytanie, czy taka regulacja jest zgodna z odpowiednimi przepisami Konstytucji.**

Dodatkowo, ustawodawca w ramach prac legislacyjnych pominął całą materię obejmującą obowiązki gwarancyjne nałożone na administratora danych w postaci

nagrań z monitoringu w takim zakresie jak: udostępnianie, przetwarzanie i przechowywanie zapisów z monitoringu.

III. W odpowiedzi wskazuje Pan, iż wątpliwości budzi propozycja nałożenia na wszystkie organy samorządu terytorialnego w miastach liczących powyżej 50 tysięcy mieszkańców obowiązku tworzenia izby wytrzeźwień lub innych placówek sprawujących opiekę nad osobami w stanie nietrzeźwości. Pragnę zauważyć, iż przedstawiona interpretacja rozwiązania zawartego w *Raporcie* wypacza sens wyrażonej przeze RPO idei. Jak bowiem zostało w nim wskazane, obecnie znacznym problemem jest mała liczba izb wytrzeźwień. Sytuacja ta spowodowana jest zmianą brzmienia przepisu art. 39 ustawy z dnia 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1356 ze zm., dalej: ustawa o wychowaniu w trzeźwości), który od 1 stycznia 1999 r. określił, iż tworzenie izb wytrzeźwień jest fakultatywne. Od tamtego czasu organy samorządu terytorialnego z różnych względów, również finansowych, zaczęły likwidować izby wytrzeźwień. Ostatecznie doprowadziło to do sytuacji, w której ciężar opieki nad osobami w stanie nietrzeźwości, został w większości przerzucony na jednostki policji. Należy w tym miejscu podkreślić, że **wskazując na kształt art. 39 ustawy o wychowaniu w trzeźwości Rzecznik Praw Obywatelskich poddawała w wątpliwość brak obligatoryjności w tworzeniu izb wytrzeźwień, natomiast kwestia jak gęsta powinna być ich sieć, nie była przedmiotem wystąpienia Rzecznika.**

Za nietrafny uznać należy wysunięty przez Pana argument, jakoby obligowanie gmin lub powiatów do prowadzenia izb wytrzeźwień naruszał wyrażoną w przepisie art. 165 Konstytucji RP zasadę samodzielności jednostek samorządu terytorialnego. Rozważania nad tym pojęciem prowadzą do wniosku, iż „każdorazowo ustawodawca, korzystając ze swych suwerennych uprawnień, będzie wyznaczał zakres przedmiotowy, w którym ta samodzielność może się przejawiać. Samodzielność samorządu terytorialnego zawsze ma charakter względny, który wyraża się w tym, że jednostka samorządu terytorialnego działa w ramach prawa i jest podporządkowana temu prawu" . Należy uznać, iż możliwe jest wprowadzenie obowiązku zmian w zakresie organizacji izb wytrzeźwień

[1] J. Jagoda, *Pojęcie samodzielności samorządu terytorialnego* [w:] *Sądowa ochrona samodzielności jednostek samorządu terytorialnego,* LEX 2011.

bez naruszania zasady samodzielności jednostek samorządu terytorialnego. Dodatkowo trzeba zauważyć, iż ustawodawca nakłada na jednostki samorządu terytorialnego liczne obowiązki, zatem - idąc tym tokiem rozumowania - zawsze mogłyby one podnieść zarzut naruszenia art. 165 Konstytucji RP, a ustawodawca *de facto* zostałby pozbawiony możliwości ich nakładania.

IV. Nie ulega wątpliwości, iż osobom zatrzymanym w izbach wytrzeźwień trzeba zapewnić dostęp do kompleksowej informacji na temat możliwości podjęcia leczenia odwykowego. Jednocześnie pragnę wskazać, iż kwestia przekształcania izb wytrzeźwień w wyspecjalizowane placówki nowego typu, a także inne związane z izbami wytrzeźwień zagadnienia, były przedmiotem zorganizowanej w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich konferencji pod tytułem *„Izby wytrzeźwień - prawo a praktyka, kierunki zmian",* do udziału w której był zaproszony Minister Zdrowia. W mojej i uczestników konferencji ocenie wskazany kierunek jest słuszny i nie wymaga prowadzenia dalszych dyskusji, a przystąpienia do wprowadzania zmian w obszarze legislacyjnym.

V. Zdając sobie sprawę z faktu, iż zmiana art. 39 ustawy o wychowaniu w trzeźwości w sugerowanym przez Rzecznika Praw Obywatelskich kierunku będzie wiązała się z koniecznością poniesienia nakładów finansowych pragnę wskazać, iż **źródłem finansowania nowoczesnych centrów winny być opłaty z zezwoleń na sprzedaż alkoholu, o których mowa w art. 9^2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości (tzw. „wyszynkowe/kapslowe").**

W chwili obecnej stosownie do dyspozycji art. 9 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości opłaty, o których mowa w art. 9^2 ust. 1, mogą być wykorzystane przez zarządy województw wyłącznie na finansowanie: zadań określonych w art. 4 ust. 1 ustawy i zadań określonych w Wojewódzkim Programie, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Jak wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli, poświęconego analizie pobierania oraz wykorzystania przez samorządy województw i gmin opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych, nie wszystkie wydatki zakwalifikowane przez skontrolowane jednostki jako koszty realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii faktycznie służyły realizacji tego rodzaju

zadań. NIK ocenił, że **finansowanie ze środków pochodzących z opłat za zezwolenia na handel napojami alkoholowymi zadań innych niż wskazane w ustawie o wychowaniu w trzeźwości, było działaniami nielegalnymi.** Skala stwierdzonych nieprawidłowości jest znacząca skoro stwierdzono je w 3 z 8 (37,5%) skontrolowanych urzędów marszałkowskich i 19 z 32 (59,4%) skontrolowanych urzędów gmin. Przykłady stwierdzonych nieprawidłowości stanowią wymowny obraz tego, że te środki są przeznaczane nieprawidłowo, np. na zakup materiałów z okazji jubileuszu miasta, wyposażenie sali gimnastycznej, zakup sprzętu muzycznego dla młodzieżowej orkiestry dętej, wynagrodzenia pracowników biura ds. uzależnień Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej czy zakup nieruchomości z zamiarem jej wykorzystania na potrzeby rozszerzenia działalności prowadzonej w Wojewódzkim Ośrodku Interwencji Kryzysowej i Rehabilitacji Młodzieży w R..

Jednocześnie trzeba wskazać, iż Najwyższa Izba Kontroli przyjmuje w swoim raporcie, że źródłem finansowania izb wytrzeźwień powinny być opłaty pobierane od osób zatrzymanych (art. 42 ust. 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości). Co do zasady należy zgodzić się z powyższym, jednakże jak wynika z informacji Polskiej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych szacunkowa ściągalność opłat za pobyt w izbie wytrzeźwień utrzymuje się na poziomie ok. 33 % i tylko to źródło finansowania, nie jest wystarczające do tego, by nowoczesne centra takie jak w K. czy B., mogły prawidłowo funkcjonować.

VI. Odnosząc się do stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie wykonywania środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 kodeksu karnego, wskazuje Pan, iż nie podziela opinii RPO dotyczącej **braków w sferze regulacji prawnych dotyczących wykonywania tego środka zabezpieczającego,** wskazując na istniejące przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. *w sprawie wykazu* (a nie „wykonywania środków zabezpieczających") *zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających* (Dz. U. Nr 179, poz. 1854).

Wskazałem na nieścisłość w podanym przez Pana tytule rozporządzenia, gdyż jego treść odpowiada zasadniczo przyjętemu tytułowi, a regulacje dotyczące osób, wobec

których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym zawarte są głównie w załączniku nr 6 tego rozporządzenia, który określa *regulamin organizacyjno-porządkowego wykonywania środków zabezpieczających* (dalej: regulamin). Jego regulacje odnoszą się tylko do pacjentów przebywających w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia. **Tworzenie regulaminów dla osób przebywających w warunkach podstawowego zabezpieczenia zostało przekazane do kompetencji dyrektorów placówek.** Jak pokazują, doświadczenia przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji, **regulaminy tych ostatnich, zawierają postanowienia sprzeczne z przepisami powszechnie obowiązującymi czy zastrzeżone dla ustawy, gdyż regulują ograniczenia wolności i praw** (np. w zakresie kontaktów ze światem zewnętrznym). Wobec powyższego, uznaję za wysoce niepokojący brak analogicznych do załącznika nr 6 rozporządzenia, regulacji praw osób, wobec których orzeczono stosowanie środków zabezpieczających w warunkach podstawowego zabezpieczenia. Należy dodatkowo podkreślić, iż status prawny pacjentów szpitala psychiatrycznego znacznie różni się od statusu prawnego osób, wobec których orzeczony został środek zabezpieczający.

Jak wskazano w *Raporcie* obecnie obowiązujące przepisy nie regulują takich kwestii związanych z osobami, wobec których orzeczono zastosowanie środków zabezpieczających, jak: prawo do odmowy leczenia i terapii oraz przerw w wykonywaniu środka zabezpieczającego, które przysługują innym pacjentom oraz skazanym. Pragnę wskazać, że mam na myśli nie tylko przepustki mające walor terapeutyczny, których celem jest sprawdzenie zachowania pacjenta poza placówką. Problemem dotykającym pacjentów, wobec których realizowane są środki zabezpieczające, jest brak przepisów regulujących przerwy na konieczne leczenie somatyczne czy przepustek losowych, związanych z ważnymi wydarzeniami rodzinnymi. Warto zaznaczyć, że w przypadku śmierci osoby bliskiej, skazany może brać udział w pogrzebie (w razie potrzeby również pod nadzorem funkcjonariuszy Służby Więziennej). Brak możliwości udziału w tego typu uroczystości jest wskazywany przez dyrektorów wizytowanych placówek, jako problem mogący pogorszyć stan psychiczny leczonego pacjenta. Bez znaczenia w tej ostatniej sytuacji

pozostaje, w placówce z jakim stopniem zabezpieczenia przebywa pacjent. Przepisy powinny mu dawać możliwość uczestniczenia w tych wydarzeniach.

Wobec powyższego oceniam, iż obecnie obowiązujące przepisy prawa stanowią źródło dyskryminacji osób, które trafiły do szpitala psychiatrycznego w związku z popełnieniem przez nie czynu zabronionego w stanie wyłączającym winę w stosunku do osób, które przebywają w jednostkach penitencjarnych. Wystąpienie elementu niepoczytalności w chwili popełnienia czynu zabronionego i w związku z tym umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym, nie uzasadnia wystąpienia różnic w zakresie korzystania z przepustek losowych. Problem korzystania z przepustek był także przedmiotem wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Sprawiedliwości, który podzielił pogląd o potrzebie zmian w tej materii.

W swojej odpowiedzi akcentuje Pan również, że *„nieuzasadnione wydaje się umożliwianie internowanym pacjentom w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia automatycznie zagwarantowania praw pacjentów, wobec których nie orzeczono środka zabezpieczającego. Szczególnie gdy dotyczy to prawa do: przepustek, swobodnego korzystania z form komunikacji ze światem zewnętrznym, posiadania przedmiotów osobistych uznanych za niebezpieczne, innych reguł określanych szczegółowo w regulaminie ogólnym jednostki leczniczej".* W tym miejscu należy wskazać, iż stosownie do art. 31 ust. 3 Konstytucji RP *„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 świetle art. 31 ust. 3 Konstytucji i art. 47 Konstytucji wątpliwości może budzić nakładanie na pacjentów, nawet przebywających w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, określonych ograniczeń co do korzystania z ich praw, nawet jeżeli są one uregulowane w regulaminie.

VII. Przywołane przez Pana stanowisko negujące prawo do swobodnego korzystania z form komunikacji ze światem zewnętrznym, może mieć wiele aspektów. Na pewno natomiast komunikacja dokonywana jest za pomocą korespondencji. W myśl § 2 ust. 1 pkt 5 regulaminu *osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach*

wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, ma prawo do wysyłania i otrzymywania korespondencji oraz, w przypadku wydzielenia aparatów telefonicznych do użytku dla pacjentów, niekontrolowanych rozmów telefonicznych w godzinach ustalonych przez kierownika zakładu.

Prawo wyżej wymienionych osób winno być rozpatrywane w świetle przywołanych norm konstytucyjnych, ale także norm wynikających z aktów międzynarodowych. Trzeba zauważyć, iż pojęcie *korespondencji* na gruncie art. 8 ust. 1 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r. jest rozumiane szeroko i obejmuje wszelkie formy technicznego przekazywania wiadomości, rozmowy telefoniczne, pocztę elektroniczną i informacje internetowe (postanowienie ETPCz z 29 czerwca 2006 r. w sprawie Weber and Saravia p. Niemcom)[2]. Oczywiście, art. 8 ust. 2 Konwencji przewiduje ograniczenia prawa wskazanego w art. 8 ust. 1 wskazując jednak, że *niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób.*

Ponadto, zgodnie z postanowieniem § 2 ust. 1 pkt 4 regulaminu, *pacjent szpitala w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia ma prawo do ochrony więzi rodzinnych.* Trzeba wskazać, że z zupełnie niezrozumiałych względów przepisy prawa nie przewidują również prawa do ochrony więzi także z osobami bliskimi. Jest to tym bardziej niepokojące, że takie prawo zagwarantowane zostało skazanym na mocy przepisu art. 102 pkt 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.). Jedyny przepis dotyczący zasad ochrony więzi rodzinnych zawarty został w § 7 regulaminu i stanowi, że *odwiedziny pacjentów odbywają się w godzinach wyznaczonych przez kierownika zakładu.*

Pragnę jednocześnie wskazać, że nie pomijam kontekstu i powodu, z jakiego stosuje się środki zabezpieczające, uważam jednak, że prawa osób przebywających w zakładach psychiatrycznych (niezależnie od stopnia zabezpieczenia) winny być respektowane,

[2] Zob. L. Garlicki, *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Tom I. Komentarz do artykułów 1-18,* Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 542-543.

a ich ograniczenia wynikać z ustawy, a nie regulaminu czy nawet faktycznego funkcjonowania placówki.

Reasumując, **rozdział XIII kodeksu karnego wykonawczego poświęcony problematyce środków zapobiegawczych nie zawiera szczegółowych przepisów na wzór tych gwarantujących podstawowe prawa osób skazanych, w których można byłoby uwzględnić ograniczenia określonych praw i wolności, w zgodzie z art. 31 ust 3 Konstytucji RP czy art. 8 ust. 2 Konwencji.**

VIII. Opisane w *Raporcie* przykłady niewłaściwych praktyk zaobserwowanych podczas wizytacji przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji w szpitalach psychiatrycznych miały na celu zasygnalizować, na jakiego typu niepożądane doświadczenia są narażeni pacjenci umieszczeni w szpitalach psychiatrycznych w związku z orzeczeniem wobec nich środków zabezpieczających.

Jako niepokojące uznać należy, iż nie podziela Pan negatywnej oceny niektórych opisanych przypadków. W szczególności pragnę się odnieść do wymienionej *w Raporcie* sytuacji, w której to pacjent był konwojowany w piżamie. W moim przekonaniu nie istnieje żadne racjonalne usprawiedliwienie takiej praktyki. Należy wskazać, iż przeciwko akceptacji takiego rozwiązania przemawiają następujące argumenty: począwszy od celu, jakiemu służy noszenie piżamy, poprzez przesłanki medyczne i higieniczne, kończąc na wymiarze społecznym w postaci stygmatyzacji takiej osoby.

IX. W Pana ocenie należy poddać dyskusji środowiska tezę, *„iż zachowania agresywne pacjentów wynikają między innymi z braku odpowiednich zajęć"*. Nie wypowiadając się co do celowości sugerowanych działań, pragnę wskazać, iż wyżej wymieniona teza nie wynika z treści *Raportu*. Wskazano w nim cyt. *„nierzadko dochodzi do sytuacji niepożądanych w postaci konfliktów między pacjentami, kradzieży lub niszczenia mienia, samoagresji i jej prób, które głównie wynikają z ich stanu psychicznego (choć należy również mieć na względzie, że niedostarczenie odpowiednich zajęć stwarza warunki do rozwoju zachowań agresywnych)"*. Wyraźnie zaakcentowano w *Raporcie,* że sytuacje niepożądane wynikają ze stanu psychicznego pacjentów, a niedostarczenie odpowiednich zajęć stwarza dodatkowo warunki do rozwoju zachowań agresywnych. Ma marginesie powyższego należy zauważyć, iż do chwili obecnej nie została wykonana delegacja

ustawowa wskazana w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 9 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.), która upoważnia Ministra Zdrowia, ażeby w drodze rozporządzenia określił, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych, w tym potrzebę podnoszenia poziomu ich samodzielności. Prowadzenie takich zajęć z pewnością przyczyni się do urozmaicenia planu dnia o dodatkowe zajęcia, które też służą podnoszeniu samodzielności pacjentów.

X. W Pana ocenie niezrozumiałe jest powzięcie przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji wątpliwości co do czasu detencji pacjentów. Wyjaśniam, że oprócz wykonujących swoje obowiązki pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich w skład grup wizytujących szpitale psychiatryczne wchodzą eksperci KMP - lekarze psychiatrzy. Wnioski zawarte w raportach powizytacyjnych, stanowiących źródło raportu rocznego oparte są również na opinii ekspertów. W związku z tym pragnę uspokoić, iż istnieją merytoryczne podstawy do sformułowania zawartych w *Raporcie* wniosków.

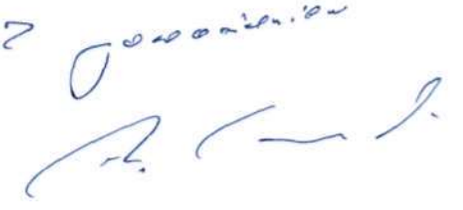
XI. Odnosząc się do kwestii umieszczania pacjentów w domach pomocy społecznej, pragnę zauważyć, iż w *Raporcie* nigdzie nie wskazywano, że są to podmioty lecznicze. Problem, który został zasygnalizowany dotyczy **braku spójnych systemowo procedur umożliwiających umieszczenie w domach pomocy społecznej pacjentów, wobec których dalsze stosowanie środków zabezpieczających nie jest zasadne.** Dodatkowo informuję, iż na ten problem wskazywali kierownicy i personel wizytowanych placówek. Analiza obowiązujących przepisów prowadzi do wniosku, że wprawdzie istnieje możliwość umieszczenia takiego pacjenta w domu pomocy społecznej na wniosek organu do spraw pomocy społecznej lub kierownika szpitala psychiatrycznego, to jednak w praktyce przeprowadzenie tej procedury okazuje się niewykonalne. Jak stanowi bowiem treść przepisu art. 199a kodeksu karnego wykonawczego *w postępowaniu dotyczącym wykonania środków zabezpieczających właściwy jest sąd, który wydał orzeczenie w pierwszej instancji.* Uchylenie środka zapobiegawczego następuje w postępowaniu prowadzonym przez sąd karny i jest konieczne w celu

podjęcia starań o umieszczenie pacjenta w domu pomocy społecznej. Natomiast zgodnie z przepisem art. 42 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego postępowanie w sprawie umieszczenia w domu pomocy społecznej pacjenta szpitala psychiatrycznego toczy się przed sądem opiekuńczym. Żaden przepis ustawy nie przewiduje współpracy pomiędzy sądem karnym i opiekuńczym w tym zakresie. W związku z powyższym należy podkreślić, iż przepisy prawa nie przewidują zsynchronizowanego algorytmu postępowania, które zapewniłoby ciągłość opieki i nadzoru nad pacjentem.

XII. Odnosząc się do funkcjonowania odcinków obserwacyjno-diagnostycznych wydaje mi się, iż w tej mierze intencje Rzecznika Praw Obywatelskich zostały błędnie zrozumiane. Sednem opisywanego w *Raporcie* problemu jest wykorzystywanie odcinków obserwacyjno-diagnostycznych niezgodnie z ich przeznaczeniem. Jak wskazano, brak szczegółowych regulacji prawnych normujących funkcjonowanie odcinków obserwacyjno-diagnostycznych w praktyce skutkuje powstaniem sytuacji, w której pomieszczenia te służą jako wieloosobowe izolatki. Taki stan faktyczny prowadzi do naruszania przepisu art. 31 ust. 1 Konstytucji RP, wobec pacjentów umieszczanych w tych pomieszczeniach. Przy czym izolacja ta nie podlega rygorowi właściwemu dla stosowania przymusu bezpośredniego i w oparciu o właściwe regulujące to zagadnienie przepisy. Należy także wskazać, iż zdarza się, że umieszczenie w odcinku obserwacyjno-diagnostycznym nie było wywołane potrzebą dokonania diagnozy pacjenta, a było związane z brakiem wolnych miejsc w innych salach lub stanowiło konsekwencję naruszenia przez pacjenta postanowień regulaminu. Taka praktyka budzi sprzeciw Rzecznika Praw Obywatelskich i dlatego wskazuję, że należy podjąć działania na rzecz wyeliminowania wskazanych nieprawidłowości, a nadto dokonać właściwego uregulowania tej materii na szczeblu ustawy.

XIII. Według przedstawionego przez Pana stanowiska zakaz palenia wyrobów tytoniowych, uzasadniony jest względami bezpieczeństwa oraz funkcją profilaktyczno-leczniczą pomiotu leczniczego. **Wśród przejawów dyskryminacji pacjentów, wobec których orzeczono wykonanie środków zabezpieczających, możliwość palenia przez nich wyrobów tytoniowych stanowi jeden z przykładów różnicowania sytuacji osób pozbawionych wolności.** Wnioski płynące z wizytacji przeprowadzonych przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji wskazują, że w praktyce dochodzi

do łamania zakazu palenia. Ponadto, w niektórych placówkach palenie tytoniu dopuszczalne jest w specjalnie do tego celu przeznaczonych pomieszczeniach. Wobec powyższego argumentacja dotycząca potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa, nie może się ostać skoro do palenia w tym placówkach faktycznie dochodzi za zgodą i wiedzą personelu bądź bez tej zgody. Jednocześnie należy wskazać, że kuracja antynikotynowa jest dość droga i jak należy przypuszczać nie wszystkie placówki, ze względu na niedofinansowanie świadczonej opieki stać na to rozwiązanie.

XIV. Pragnę zauważyć, iż w kilku punktach wskazał Pan na potrzebę dokonania głębszej analizy zagadnienia (np. w zakresie powielania opinii psychiatryczno-psychologicznych, wad w dokumentacji medycznej, itd.). Dodatkowo podniósł Pan, że *„planowane są rozmowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Sprawiedliwości w zakresie pełnego finansowania leczenia pacjentów psychiatrycznych ze współwystępującymi schorzeniami somatycznymi, a także systemowych rozwiązań dotyczących kierowania, przebywania oraz leczenia internowanych pacjentów"*. Uprzejmie proszę o poinformowanie o wynikach dokonanych analiz w wymienionych wyżej obszarach, a także o wynikach rozmów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Sprawiedliwości.

Jednocześnie, na podstawie art. 16 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich zwracam się do Pana Ministra o odniesienie się do sygnalizowanych problemów i wskazanie działań (w tym legislacyjnych), które zostaną podjęte w związku ze stwierdzonymi w *Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012* zagadnieniami.