



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Adam Bodnar

Warszawa,

14/06/2019

IX.517.532.2019.PM

Pan

gen. Jacek Kitliński

Dyrektor Generalny

Służby Więziennej

Wielce Szanowny Panie Dyrektorze Generalny,

Z uwagą zapoznałem się z odpowiedzią¹ Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, pana płk. Grzegorza Fedorowicza, na moje wystąpienie z dnia 22 marca 2019 r., które dotyczyło opieki medycznej sprawowanej wobec osób pozbawionych wolności w stanie terminalnym, chorych wymagających specjalistycznego leczenia oraz osadzonych niesamodzielnych, potrzebujących świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Z zadowoleniem przyjąłem informację o podjęciu inicjatywy legislacyjnej w zakresie nowelizacji rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności², której skutkiem ma być nieprzyjmowanie do jednostek penitencjarnych tymczasowo aresztowanych i skazanych będących w ostrej psychozie czy w ciężkim stanie zdrowia, zagrażającym życiu. Pozwolę sobie przypomnieć, że na problem braku możliwości zapewnienia przez więzienną służbę zdrowia natychmiastowego leczenia osobie bezwzględnie wymagającej hospitalizacji, w tym psychiatrycznej, zwracam uwagę Ministra Sprawiedliwości już od czterech lat³.

¹ Pismo z dnia 8 maja 2019 r., l.dz. BSZ.055.3.2019.AP.

² Dz. U. z 2015 r. poz. 927.

³ Wystąpienie z dnia 29 lipca 2016 r., l.dz. IX.517.2.2015.

W otrzymanej od Państwa odpowiedzi zawarte są także informacje, które budzą wątpliwości oraz konkluzje, których nie podzielam.

I. Nie mogę zgodzić się ze stanowiskiem, że „ustalenia poczynione przez pracowników Biura RPO opierają się przede wszystkim na relacjach osadzonych, ich odczuciach i subiektywnej ocenie obserwowanych zdarzeń. Mają tym samym charakter nieco jednostronny, ponieważ nie są skonfrontowane ze stanowiskiem kadry wizytowanych aresztów śledczych i zakładów karnych”. Podkreślam, że w sposób możliwie kompletny staramy się dokonać analizy każdego przypadku, a przyjęta metodologia badania spraw na miejscu każdorazowo obejmuje również rozmowy z personelem więziennym (w tym medycznym). W toku badania sytuacji pana D rozmawiano z Zastępcami Dyrektora Aresztu, kierownikiem ambulatorium, kierownikiem działu penitencjarnego i wychowawcą, kierownikiem działu ochrony i oddziałowym. Odnośnie pana H zasięgnięto informacji u Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej (pisemnej), kierownika oddziału zewnętrznego, wychowawcy i pielęgniarki; w przypadku pana M u Zastępcy Dyrektora Zakładu Karnego, pielęgniarki, psychologa, wychowawcy i strażnika; a w przypadku pana K u Zastępcy Dyrektora Zakładu Karnego, kierownika oddziału terapeutycznego, wychowawców i personelu pielęgniarskiego z ambulatorium oddziałowego (lekarz był w dniu wizytacji nieobecny). Pozyskiwane informacje każdorazowo są konfrontowane z udostępnianymi przez administrację jednostek dokumentami (np. opiniami lekarskimi, notatkami wychowawców, psychologa, pismami kierowanymi do sądów penitencjarnych). Pragnę również poinformować Pana Dyrektora Generalnego, że podczas rozmów kulturalnych pracownicy więziennej służby zdrowia wielokrotnie formułowali oceny zbieżne ze spostrzeżeniami pracowników Biura RPO, zwłaszcza w zakresie zasadności pobytu pacjentów w bardzo zaawansowanym procesie chorobowym w warunkach izolacji penitencjarnej.

II. Wobec przedstawionych przez Zastępcę Dyrektora Generalnego Służby Więziennej trudności w zakresie współpracy z pozawięziennymi podmiotami leczniczymi, podległymi Ministrowi Zdrowia, pragnę podkreślić, że Służba Więzienna musi podejmować skuteczne działania w celu zapewnienia realizacji art. 115 § 1 k.k.w. Jeżeli, pomimo obowiązujących w tym zakresie przepisów, jakiegokolwiek podmioty lecznicze publicznej służby zdrowia

odmawiają współpracy, konieczne jest wystąpienie do Ministra Zdrowia o spowodowanie wyeliminowania sytuacji niezgodnej z przepisami.

III. Zastępca Dyrektora Generalnego Służby Więziennej w swoim piśmie słusznie zauważył, że ustawodawca tworząc przepis art. 15 k.k.w. nie wskazał dyrektora zakładu karnego jako organu uprawnionego do wnioskowania o zawieszenie postępowania wykonawczego. Interpretacja tego przepisu nie budzi wątpliwości, dlatego też nie oczekiwałem składania wniosków w tym przedmiocie przez dyrektorów jednostek penitencjarnych. Postulując zwiększenie aktywności dyrektorów wskazałem na konieczność informowania sądu karnego o stanie zdrowia skazanego, który nie pozwala na osiągnięcie celów kary, co może być przesłanką do podjęcia przez sąd z urzędu procedury o umorzenie albo zawieszenie postępowania wykonawczego.

Procedura informowania sądu o potrzebie podjęcia wobec skazanego określonych decyzji jest znana administracji więziennej. Tak jest np. w przypadku art. 117 k.k.w., który nie przewiduje możliwości złożenia przez dyrektora zakładu karnego wniosku o objęcie skazanego odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją, co w związku z art. 19 § 1 k.k.w. oznacza, że postanowienie sądu może zapaść tylko z urzędu. Ewentualny wniosek dyrektora zakładu karnego należy traktować jedynie jako jego stanowisko, które może być podstawą do wszczęcia przez sąd penitencjarny z urzędu postępowania w przedmiocie objęcia skazanego odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją⁴. Podobnie przepis art. 83 k.k.w. nie wyposażył dyrektora zakładu karnego w kompetencje wnioskowania do sędziego penitencjarnego o poddanie skazanego, w przypadku braku jego zgody, badaniom psychologicznym, a także psychiatrycznym. Dyrektor jednostki penitencjarnej powiadamia o potrzebie przeprowadzenia przedmiotowych badań sędziego penitencjarnego, który może zarządzić ich przeprowadzenie⁵.

W praktyce zastosowanie art. 15 k.k.w. w związku ze złym stanem zdrowia osadzonego ma miejsce. Przykładem są działania Dyrektora Zakładu Karnego w Czarnem, który o sytuacji jednego z więźniów poinformował sąd karny, a ten podjął z urzędu, zgodnie z art. 15 k.k.w., postępowanie w sprawie zawieszenia postępowania wykonawczego,

⁴ Kazimierz Postulski, Kodeks karny wykonawczy. Komentarz do art. 117 k.k.w., teza 18. Lex.

⁵ Kazimierz Postulski, Kodeksu karnego wykonawczego, Komentarz do art.83 k.k.w., LEX.

Zakończyło się ono zwolnieniem z izolacji penitencjarnej skazanego, który znajdował się w stanie wyłączającym świadomość odbywania kary.

IV. W moim wystąpieniu precyzyjnie opisałem sytuację pacjentów, których traktowanie przez podległe Panu Dyrektorowi Generalnemu służby medyczne i penitencjarne budzi poważne wątpliwości. Są to osoby w okresie bezpośredniego, bliskiego zagrożenia śmiercią, których uwaga jest zogniskowana na ich chorobach, albo znajdują się w stanie głębokiego otępienia wyłączającego świadomość odbywania kary. Dlatego też moje zdumienie wzbudził zawarty w odpowiedzi z dnia 8 maja 2019 r. opis adresowanych do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej działań o charakterze generalnym, „które w założeniu powinny skutkować podniesieniem jakości prowadzonych wobec tych wrażliwych grup osadzonych oddziaływań”. Przedstawiono również szeroką paletę możliwości uczestniczenia przez osoby pozbawione wolności w programach resocjalizacyjnych i readaptacji społecznej.

Niezmiernie trudno jest wyobrazić sobie, by wskazani przeze mnie pacjenci (np. pan G u którego zdiagnozowano otępienie głębokie i brak orientacji w czasie i miejscu) korzystali z przedstawień teatralnych, koncertów muzycznych i wystaw tematycznych, realizowanych na terenie jednostek organizacyjnych jak i poza nimi.

Oprócz wyżej wskazanych kwestii, pragnę również zwrócić uwagę, że Zastępca Dyrektora Generalnego Służby nie odniósł się do moich uwag na temat ostrożności dyrektorów jednostek w kierowaniu do sądów penitencjarnych wniosków w przedmiocie obligatoryjnego udzielenia przerwy w wykonaniu kary w związku z ciężką chorobą, o czym stanowi przepis art. 153 § 1 k.k.w. w zw. z art. 150 § 1 k.k.w. Budzi to tym większe zaniepokojenie, że statystyki więzienne w sposób jednoznaczny wskazują na stały wzrost umieralności osób przebywających w jednostkach penitencjarnych: 105 zgonów w 2015 r., 123 w 2016 r., 153 w 2017 r. i 170 w 2018 r.⁶. Tendencja ta wymaga szczególnego przeanalizowania pod kątem właściwego zdiagnozowania jej przyczyn.

⁶ Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej, Roczna Informacja Statystyczna za rok 2015, Warszawa, Tabl. 63 oraz analogiczne informacje z ww. źródła z kolejnych lat.

Ponadto, w trakcie spotkania z przedstawicielami Centralnego Zarządu Służby Więziennej w dniu 4 marca 2019 r. padła deklaracja ze strony pana płk. Grzegorza Fedorowicza dotycząca przeprowadzenia screeningu jednostek penitencjarnych pod kątem pobytu w nich innych pacjentów z omawianych grup oraz dogłębnego, rzetelnego zbadania ich sytuacji. W otrzymanej odpowiedzi nie zawarto niestety informacji na ten temat.

Mając powyższe na uwadze zwracam się do Pana Dyrektora Generalnego o odniesienie się do przedstawionych uwag oraz o poinformowanie mnie o wynikach zapowiedzianych poprzednio badań w skali całego kraju. Pragnę przy tym podkreślić, że doceniam podejmowane przez Służbę Więzienną działania w zakresie zapewnienia miejsc zamieszkania lub zakwaterowania osobom nieposiadającym rodzin, zwalnianym z izolacji penitencjarnej, zwłaszcza w przypadku umieszczenia ich w domach pomocy społecznej. Jednocześnie proszę Pana Dyrektora Generalnego o identyfikację problemów w tym obszarze, powiadomienie w jaki sposób Służba Więzienna stara się je rozwiązywać i z jakimi instytucjami Państwo współpracuje.

Łączę wyrazy szacunku,

Adam Bodnar