

Prawo więźnia do ochrony zdrowia i godnej śmierci w warunkach tak zwanego dożywocia realnego

PIOTR STĘPNIAK

ORCID: 0000-0001-8828-7031

Katedra i Zakład Prawa Medycznego

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Abstrakt

Autor artykułu przygląda się wybranym problemom opieki medycznej nad osobami odbywającymi kary dożywotniego pozbawienia wolności. Analizuje celowość jej świadczenia, a także rodzaj i zakres w relacji do eliminacyjnej funkcji tej kary. Wskazuje, że taką funkcję kara ta spełnia w przypadku obostrzenia przez sąd *meriti* formalnej przesłanki do warunkowego przedterminowego zwolnienia ponad 25 lat (art. 77 § 2 k.k.). W takim kontekście analizuje problem realizacji prawa do ochrony zdrowia skazanego oraz godnej śmierci. Analizę opiera na wyrokach określających *quantum* odbytej kary na lat 50. W konkluzjach wskazuje, że pomoc medyczna jest niewystarczająca, zaś skazani umierają w warunkach naruszających ich godność. Autor opowiada się za wykreśleniem art. 77 § 2 k.k., ponieważ umożliwia on sądom orzekanie kary dożywotniego pozbawienia wolności w formie bezwzględnej. Zgłasza także postulat warunkowego przedterminowego zwolnienia ze względów humanitarnych.

Słowa kluczowe: więzień, zakład karny, ochrona zdrowia, godna śmierć, dożywocie bezwzględne, warunkowe przedterminowe zwolnienie, humanitaryzm.

Artykuł niniejszy jest poświęcony wybranym dylematom ochrony życia i zdrowia skazanych, odbywających karę dożywotniego pozbawienia wolności z zastrzonym progiem czasowym do uzyskania warunkowego przedterminowego zwolnienia.

Wskazać trzeba, że wobec narastającego zagrożenia szczególnie groźnymi aktami kryminalnymi, na przykład przestępstwami o charakterze terrorystycznym, w światowej dyskusji o karze dożywotniego pozbawienia wolności zaczyna pojawiać się wątek tak zwanego *life imprisonment without released*, w krajach frankofońskich określany jako *perpétuité incompressible* albo *reelle*. Chodzi o ewentualne wprowadzenie tej kary w formie bezwzględnej, inaczej realnej, a więc bez możliwości wcześniejszego uwolnienia skazanego z zakładu karnego. Ma ona być adekwatną i sprawiedliwą odpowiedzią na zbrodnie ekstremalnie ciężkie, przejmując funkcje kary śmierci. Różne koncepcje rozwiązania tego problemu doprowadziły w niektórych krajach do wprowadzenia bardzo poważnych ograniczeń w uzyskaniu warunkowego przedterminowego zwolnienia, a nawet odebrania skazanemu możliwości starania się o nie przed naturalną śmiercią (na przykład we Francji czy w USA)¹.

W porównaniu z nimi ustawodawstwo polskie pozostaje względnie liberalne. Co prawda w roku 2019 ustawodawca podjął próbę istotnej modyfikacji w tym zakresie w drodze nowelizacji kodeksu karnego², lecz nie weszła ona w życie z uwagi na stwierdzenie przez Trybunał Konstytucyjny jej niezgodności z art. 7 w zw. z art. 112 oraz art. 119 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej³. Stwierdzenie niekonstytucyjności tej ustawy dotyczyło jednak tylko uchybień w procesie legislacyjnym i nie obejmowało merytorycznych rozwiązań w niej zawartych. Rozwiązania te miały wprowadzić do polskiego ustawodawstwa karnego bezwzględną karę dożywotniego pozbawienia wolności⁴.

¹ L. Kazemian, J. Travis, *Imperative for inclusion of long termers and lifers in research and policy*, „Criminology & Public Policy” 14, 2018, s. 361–363.

² Ustawa z dnia 13 czerwca 2019 roku o zmianie ustawy — Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, nieopublikowana w Dzienniku Ustaw.

³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 14 lipca 2020 roku, sygn. Kp 1/19, OTK-A 2020, nr 36, LEX nr 3028994.

⁴ Szeroko na ten temat pisze między innymi J. Kluza, *Kara bezwzględnego dożywotniego pozbawienia wolności w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka*, „Prokuratura i Prawo” 2021, nr 1.

Niemniej ustawodawstwo polskie przewiduje możliwość obostrzenia formalnej przesłanki do warunkowego przedterminowego zwolnienia z tej kary. Przy drastycznym jej zaostreniu kara ta w praktyce może nabrać takiego właśnie charakteru. Możliwość tę wprowadził art. 77 § 2 kodeksu karnego z 1997 roku, zgodnie z którym sąd, wymierzając karę wymienioną w art. 32 pkt 3–5 k.k., w szczególnie uzasadnionych wypadkach może wyznaczyć surowsze ograniczenia do skorzystania przez skazanego z warunkowego zwolnienia niż przewidziane w art. 78 k.k.

Ponieważ w orzecznictwie sądów zdarzają się przypadki podnoszenia tego progu czasowego powyżej 25 lat, na przykład do 40–50, pojawia się niebezpieczeństwo wykształcenia się w praktyce takiej formy dożywotniego pozbawienia wolności, które nazwać można bezwzględny. Wykonanie kary dożywotniego pozbawienia wolności z takim obostrzeniem formalnej przesłanki warunkowego przedterminowego zwolnienia może więc oznaczać śmierć skazanego w więzieniu. Funkcja eliminacyjna nabierze w takim przypadku wymiaru ostatecznego.

Kwestia ta skłania do postawienia kilku ważnych pytań. W jakim stanie zdrowia należy utrzymywać skazanego przez tak długi okres, zważywszy, że ma prawo do ochrony, a więc na jakim poziomie i w jakim zakresie należy mu udzielać pomocy medycznej? Inne pytanie dotyczy tego, gdzie i w jakich warunkach skazanemu przyjdzie umrzeć, ma on bowiem także prawo do godnej śmierci. Wątpliwości różnej natury, powstające wokół odpowiedzi na te pytania, otwierają pole do dyskusji nad wartościami, które często pozostają w konflikcie. Przykładowo utrzymanie skazanego w dobrym stanie zdrowia fizycznego może potęgować jego cierpienie psychiczne. Kara dożywocia z bardzo odległą, mało realną perspektywą warunkowego zwolnienia, odbiera mu bowiem nadzieję na wolność, pozbawiając jego życie sensu. Z kolei brak opieki medycznej naruszałby konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, przysługujące każdemu człowiekowi (por. art. 68 Konstytucji RP).

Do podjęcia tej problematyki skłania kilka powodów. Pierwszym jest dość wyraźna zapaść więziennej służby zdrowia, skutkująca pozostawieniem skazanych bez odpowiedniej, często podstawowej pomocy medycznej⁵. Wskazywany wcześniej — między innymi w raportach NIK i Kra-

⁵ Warto zauważyć, że mimo iż od 27 grudnia 2020 roku trwa Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19, w przyjętej strategii działania więźniowie nie zostali

jowego Mechanizmu Prewencji, a także publikacjach naukowych⁶ — zły stan tej służby, w okresie pandemii COVID 19 uległ dalszemu pogorszeniu.

Drugi powód to wyraźna nieobecność zarysowanej problematyki w dyskusjach o stanie polskiego więziennictwa w pierwszych dekadach XXI wieku. W marcu 2020 roku w Sądzie Okręgowym w Poznaniu miało odbyć się poświęcone temu seminarium, zorganizowane przez Uniwersytet im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Sąd Okręgowy w Poznaniu oraz Centralny Zarząd Służby Więziennej. Udział w nim zapowiedzieli między innymi rektor Uniwersytetu, Naczelny Lekarz Więziennictwa i Lekarz Okręgowy Inspektoratu Wielkopolskiego, a także liczne grono ekspertów, lekarzy, prawników oraz specjalistów z zakresu zarządzania podmiotami leczniczymi, w tym dyrektorów szpitali. Niestety z powodu pandemii COVID-19 jego organizatorzy zostali zmuszeni w ostatniej chwili do przełożenia terminu spotkania na czas późniejszy. W oczekiwaniu na nie warto więc podjąć pewne wątki wskazanej problematyki w tym artykule.

Na wstępie należy wskazać, że zaostrenie formalnej przesłanki warunkowego przedterminowego zwolnienia⁷ może przesądzić już na eta-

uwzględnieni jako grupa podlegająca szczepieniu. Oznacza to pewną ich dyskryminację w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Do Rzecznika Praw Obywatelskich wpływają w związku z tym skargi osadzonych. Zwrócił się on więc z pytaniem do dyrektora Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej, na jakich zasadach i w jakim terminie planowane jest objęcie szczepieniami osób przebywających w zakładach karnych i aresztach śledczych, nadto o informację, czy przygotowania do ich przeprowadzenia zostały już rozpoczęte, a jeśli tak, to na czym polegają. Na razie odpowiedzi brak. Zob. *Rzecznik Praw Obywatelskich. Czy więźniowie będą objęci szczepieniami przeciw koronawirusowi?*, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-czy-wiezniowie-beda-szczepieni-przeciw-koronawirusowi> (dostęp: 15.02.2021).

⁶ Por. P. Kazimirski, *Służba zdrowia dla osób pozbawionych wolności — z perspektywy Krajowego Mechanizmu Prewencji*, [w:] *Więzienna służba zdrowia. Obecny stan dyskusji i kierunki reform*, Warszawa 2012; *Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności. Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli Warszawa, marzec 2011; *Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji*, Biuletyn RPO 2012, nr 12; *Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Zakładzie Karnym w Płocku*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, KMP 571.1.2016, Warszawa 2016; także P. Stępnia, *Prawo do ochrony zdrowia w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018; *idem, Ochrona zdrowia osób pozbawionych wolności. Aspekty medyczno-prawne, instytucjonalne i społeczne*, Poznań 2018.

⁷ Skazanego na karę 25 lat pozbawienia wolności można zwolnić najprędzej po odbyciu 15 lat tej kary, natomiast skazanego na karę dożywotniego pozbawienia wolności

pie orzekania o tym, że zanim skazany nabędzie do niego prawo, umrze. Funkcja eliminacyjna tak obudowanej dodatkowymi elementami kary jest oczywista, chociaż pozornie łagodzi ją rozłożenie eliminacji w czasie. W związku z tym pojawia się nie tylko trudny problem śmierci w więzieniu, zwłaszcza godnej, a więc respektowania praw człowieka, lecz także jeszcze bardziej złożona kwestia poziomu, na jakim należy chronić zdrowie osoby oczekującej w więzieniu na śmierć. Wraz ze wzrostem tego poziomu perspektywa śmierci co prawda oddala się, jednak wobec braku nadziei na zwolnienie pogarsza się dramatycznie stan psychiczny skazanego. Jeśli więc przypomnieć, że ma on konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, to powstaje pytanie, w jaki sposób kwestie te z sobą pogodzić. Wiąże się ono z ogólniejszym problemem rodzaju, poziomu i zakresu pomocy medycznej, jaka powinna być udzielana skazanemu. Czy ma być ona taka sama jak w przypadku skazanego, który odzyska wolność, a dobry stan zdrowia jest jednym z warunków jego pozytywnej readaptacji społecznej, czy może ograniczona do świadczeń tylko podstawowych.

Warto zauważyć, że ochrona zdrowia w jednym i drugim przypadku stanowi fragment problematyki ochrony zdrowia publicznego, za którą odpowiedzialne jest państwo. Jedną z fundamentalnych zasad organizujących jej system jest zasada równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych⁸. Należałoby zatem odnieść ją także do różnych kategorii osób pozbawionych wolności, gdyż art. 68 Konstytucji RP stanowi, że prawo do ochrony zdrowia ma każdy. Nie bez znaczenia jest jednak to, że więźniów wyłączono z systemu powszechnej opieki zdrowotnej, to jest na zewnątrz więzienia. Musi to w jakimś stopniu wpływać na jakość udzielanych im świadczeń zdrowotnych, możliwości więziennej służby zdrowia są bowiem zdecydowanie mniejsze⁹.

Odpowiedzi na wyżej sformułowane pytania nie są łatwe. Kara dożywotniego pozbawienia wolności zastąpiła przecież karę śmierci,

— po 25 latach (art. 78 § 3 k.k.). Przepis art. 77 § 2 k.k. daje zatem możliwość podniesienia minimalnego okresu odbycia kary dożywotniego pozbawienia wolności, uprawniając do ubiegania się o warunkowego przedterminowe zwolnienie ponad próg 25 lat, nie określając jednak górnej granicy czasowej takiego obostrzenia.

⁸ M. Whitehead, G. Dahlgren, *Pojęcia i zasady przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: Osiąganie poprawy stanu zdrowia. Część 1*, Warszawa 2010.

⁹ Piszę o tym w pracach wskazanych w przypisie 6.

przejmując w zasadzie jej funkcję eliminacyjną. W swojej logice zawiera istotną sprzeczność, bo stanowi jednocześnie humanitarną alternatywę dla tej kary. Podstawowe pytanie, jakie można w tym miejscu postawić, dotyczy zatem kwestii tego, jak w tę antynomię wpisuje się prawo do ochrony zdrowia skazanego, którego wyeliminowano ze społeczeństwa.

Nie przypominam sobie, aby nad problemem tym dyskutowano podczas kongresów penitencjarnych, a brałem udział we wszystkich. Odpowiedzi nie ułatwia sposób określenia celu wykonania kary pozbawienia wolności w kodeksie karnym wykonawczym. Warto przypomnieć, że zgodnie z treścią art. 67 § 1 i 2 k.k.w. ma ono na celu wzbudzanie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanых postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa. Dla osiągnięcia celu określonego w § 1 prowadzi się zindywidualizowane oddziaływanie na skazanych w ramach określonych w ustawie systemów wykonywania kary, w różnych rodzajach i typach zakładów karnych.

Wynika z tego, że zakłada się, iż skazany powinien do społeczeństwa powrócić. W przypadku więźniów dożywotnich oznacza to dylemat, czy dać im taką możliwość, czy też nie, a także, czy może od tego zależeć poziom ochrony ich zdrowia. Wypada zatem przypomnieć zalecenie rezolucji 76/2 Komitetu Ministrów Rady Europy z dnia 17 lutego 1976 roku w sprawie postępowania ze skazanymi na długoterminowe kary pozbawienia wolności. Zgodnie z nim rządy państw członkowskich powinny zapewnić sprawdzanie, tak wcześnie jak to możliwe, czy można wobec skazanego orzec warunkowe zwolnienie, a także zapewnić, że wobec skazanych na karę dożywotniego pozbawienia wolności będzie ono przeprowadzone najpóźniej między 8 a 14 rokiem pozbawienia wolności i powtarzane okresowo¹⁰.

Wprowadzenie możliwości podniesienia *quantum* odbytej kary ponad lat 25 (por. art. 77 § 2 k.k.) jest więc sprzeczne z tą dyrektywą i powoduje, że problem ochrony zdrowia skazanego nabiera nowego

¹⁰ Por. J. Zagórski, *Wykonywanie kary dożywotniego pozbawienia wolności*, [w:] *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa. Część IV*, Biuletyn RPO, Warszawa 2000, s. 165–166.

wymiaru. Wiąże się bowiem z prawem skazanego do godności, która wyznacza także warunki godnej śmierci.

Śmierć biologiczną w przypadku *quantum* 30–40 lat poprzedza tak zwana śmierć cywilna. Problem ten, w polskim piśmiennictwie penitencjarnym nieobecny, w zachodnioeuropejskiej doktrynie prawa karnego wykonawczego jest sygnalizowany od dłuższego już czasu¹¹. Wskazuje się, że śmierć cywilna osoby skazanej na karę dożywotniego pozbawienia wolności stanowi konsekwencję wyeliminowania jej ze społeczeństwa, chociaż w porównaniu z eliminacją biologiczną jest bardziej humanitarna, ucywilizowana. Jej istota sprowadza się do zaprzestania przez skazanego wszelkiego uczestnictwa w prawach cywilnych, a także obywatelskich. W przeszłości była ona rodzajem dodatkowej kary dla skazanych na śmierć, obecnie może być traktowana jako taka kara przy skazaniu na karę dożywocia realnego¹².

Obostrzenie formalnej przesłanki do warunkowego, przedterminowego zwolnienia unormowane w art. 77 § 2 k.k. daje *de facto* sądom orzekającym o karze możliwość wyrażenia zgody na śmierć skazanego w zakładzie karnym, tyle że rozłożoną na etapy. W aspekcie cywilnym — natychmiastową, w perspektywie 30 i więcej lat — najprawdopodobniej także biologiczną. Pozwala to sędziom ubrać swoisty habit diabła. Wobec takiej perspektywy umierania na raty wypada zatem ponowić pytanie o konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, a zwłaszcza o etyczny wymiar tego problemu. Warto przypomnieć, że z danych GUS wynika, iż przeciętna długość życia mężczyzn w Polsce, bo to oni zdecydowanie przeważają wśród więźniów dożywotnich, wynosi 73,8 lat¹³. W przypadku zaostżenia formalnej przesłanki do uzyskania warunkowego zwolnienia prawdopodobieństwo śmierci skazanego na dożywocie w zakładzie karnym będzie wzrastało wraz ze stopniem zaostżenia. Tak więc jeśli sąd *meriti* wyznaczy *quantum* odbytej kary ponad lat 25 i więcej, stanie się ono bardzo wysokie, graniczące z pewnością.

¹¹ Między innymi: J. Languier, *La criminologie et science penitentiaire*, Paris 2005; M. Herzog-Evans, *Droit de l'exécution des peines*, Paris 2007–2008.

¹² J. Languier, *op. cit.*, s. 127.

¹³ Por. GUS: *Jaka jest przeciętna długość życia Polaków? Od dwóch lat skraca się*, <https://www.politykazdrowotna.com/47975,gus-jaka-jest-przecietna-dlugosc-zycia-polakow-od-dwoch-lat-skraca-sie;> (dostęp: 26.01.2021).

Wszystko to, o czym pisałem do tej pory, nie jest niestety wyłącznie problemem akademickim. Uwidocznili się on także w praktyce w związku z niektórymi orzeczeniami sądów powszechnych. W ostatnim czasie miałem okazję zbadać pod tym kątem dwa wyroki zwiększające do 50 lat *quantum* kary dożywotniego pozbawienia wolności, po którego odbyciu skazany może ubiegać się o warunkowe przedterminowe zwolnienie. Pochodzą z początkowego okresu po wprowadzeniu art. 77 § 2 do kodeksu karnego, a więc gdy rodziła się praktyka stosowania tego przepisu.

Pierwszym z nich jest wyrok z 22 lutego 2006 roku wydany przez Sąd Okręgowy w Warszawie (sygn. akt VIII K 416/05), skazujący Piotra M. na karę łączną dożywotniego pozbawienia wolności za zgwałcenie, a następnie zabicie 12-letniej dziewczynki¹⁴. Drugi to wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 14 października 2002 roku (sygn. akt IIIK 105/02), orzekający analogiczną karę wobec Krzysztofa G., uznanego winnym serii zabójstw, których ofiarami stało się pięć osób. W obu przypadkach na podstawie art. 77 § 2 k.k. sądy zastrzegły, że skazani mogą ubiegać się o warunkowe przedterminowe zwolnienie nie wcześniej niż po pięćdziesięciu latach.

Należy zauważyć, że Krzysztof G. nabędzie prawo do ubiegania się o warunkowe zwolnienie z chwilą ukończenia 87, zaś Piotr M. 74 lat. W świetle przywołanych wyżej danych o przeciętnej długości życia polskich mężczyzn jest mało prawdopodobne, że obaj skazani dożyją tego wieku w warunkach zakładu karnego. W takiej perspektywie czasowo-penitencjarnej można zapytać o to, jakich świadczeń zdrowotnych należy udzielać im przez te 50 lat i kto ma za nie płacić. Należy także zapytać, w jakich warunkach w zakładzie karnym obu skazanym przyjdzie umrzeć.

Zgodnie z danymi służby więziennej w latach 1998–2019 spośród 421 osób skazanych na karę dożywotniego pozbawienia wolności (w tym 22 nieprawomocnie), zmarło 15 więźniów¹⁵. Pozbawienie więźnia nadziei na odzyskanie wolności, a więc realna perspektywa śmierci w zakładzie karnym, sprowadza jego człowieczeństwo do poziomu zwierzę-

¹⁴ Art. 148 § 2 pkt 2 k.k. w zb. z art. 197 § 3 k.k. w zb. z art. 200 k.k. w zb. z art. 280 § 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.

¹⁵ Według stanu na 21 grudnia 2019 roku. Dane pochodzą z Biura Informacji i Statystyki Centralnego Zarządu Służby Więziennej.

cia zamkniętego w klatce, brullerowskiego niby-człowieka¹⁶. Nie ma po co żyć, w efekcie jest prawdopodobne, że zmieni się w dziką bestię, która nie ma już nic do stracenia. Priorytetem dla władz więziennych staje się zatem podjęcie wszelkich możliwych środków ochrony przed nim innych, na przykład współwięźniów czy personelu więziennego. Co zatem przemawia za jednoczesną pomocą medyczną dla niego, jeśli utrzymanie dobrego stanu zdrowia może podnieść poziom zagrożenia, jakie stwarza? Na jakim poziomie, jakiego rodzaju i kto konkretnie ma ją świadczyć w warunkach specjalnego reżimu dla skazanych niebezpiecznych?¹⁷ Jak pogodzić tę pomoc z oczywistą koniecznością utrzymania bezpieczeństwa w zakładzie karnym i angażowaniem środków publicznych dla pierwszej kosztem drugiego? Konflikt wartości jest tu oczywisty. Którąś z nich trzeba jednak wybrać jako priorytet oddziaływań penitencjarnych.

Prawo do ochrony życia i zdrowia jest jednym z najważniejszych praw człowieka, zagwarantowanym w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku¹⁸. Jego źródło stanowi przyrodzona, niezbywalna i nienaruszalna godność człowieka. Zagwarantowanie jej poszanowania i ochrony jest więc obowiązkiem władz publicznych¹⁹. Skoro art. 68 ust. 1 Konstytucji RP przyznaje prawo do ochrony zdrowia każdemu człowiekowi, to także więźniom odbywającym kary dożywotniego pozbawienia wolności, nawet z obstrzeżeniami wskazanymi wyżej.

¹⁶ Por. J. Bruller, *Les animaux dénaturés*, Paris 1952. Nowela opowiada o antropologach, którzy w Nowej Gwinei poszukiwali brakującego ogniwa w ewolucji człowieka. Znaleźli populację małopodobnych stworzeń, zwanych *Paranthropus greamiensis* od nazwiska odkrywcy i nazwanych *Tropis*. Musieli więc znaleźć odpowiedź na pytanie, czy *Tropis* są ludźmi, czy też nie, czego unikali. Ustalenie arbitralnej granicy między człowiekiem a nie-człowiekiem jest bowiem podobne do paradoksu sorytu.

¹⁷ Problemowi temu był poświęcony między innymi V Kongres *Comite International des Penalistes Francophones*, który odbył się w Poznaniu we wrześniu 2019 roku. Por. *Les criminels dangereux*, red. J.P. Cere, P. Stępiński, Paris 2020.

¹⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.

¹⁹ Prawo to zostało wskazane w Konstytucji RP, w podrozdziale „Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne”, stanowiącym część rozdziału 2 — „Wolność, prawa i obowiązki człowieka i obywatela”. W demokratycznym państwie obowiązek jego realizacji w odniesieniu do skazanych spoczywa na służbie więziennej oraz innych instytucjach publicznych.

Potwierdzają to Europejskie Reguły Więzienne²⁰. Ich zapisy odnoszą się do wszystkich skazanych, bez względu na ich status prawny. Ważna w tym zakresie jest reguła 39, która stanowi, że władze więzienne chronią zdrowie wszystkich więźniów znajdujących się pod ich opieką, zaś zgodnie z regułą 40.3 więźniowie mają dostęp do służby zdrowia dostępnej w kraju bez dyskryminacji ze względu na ich sytuację prawną²¹.

Brak ochrony zdrowia, a także dostępu do służby medycznej może więc stanowić rodzaj niehumanitarnego traktowania skazanego oraz naruszać Europejską Konwencję o Ochronie Podstawowych Wolności i Praw Człowieka. Torturą jest bowiem pozostawienie człowieka w cierpieniu związanym z chorobą, zwłaszcza jeśli odebrano mu jednocześnie nadzieję na opuszczenie zakładu karnego przed śmiercią. Narusza to zasadę humanitaryzmu i poszanowania jego godności (art. 3 k.k. i art. 4 § 1 k.k.w.).

Zarazem sytuacja, w której skazany będzie musiał tak długo przebywać w zakładzie karnym, a nawet w nim umrzeć, jest dla służby więziennej nie lada wyzwaniem organizacyjnym. Zgodnie z ustawą z dnia 9 kwietnia 2010 roku²², jej podstawowym obowiązkiem jest ochrona społeczeństwa przed przestępcami osadzonymi w zakładach karnych i aresztach śledczych, a także utrzymanie w nich porządku i bezpieczeństwa (art. 2 ust. 2 pkt 5 i 6 ustawy). Jednocześnie służba musi zapewnić przestrzeganie ich praw, zwłaszcza humanitarnych warunków bytowych, poszanowania godności, opieki zdrowotnej, ponadto traktować ich w sposób humanitarny (art. 2.2 pkt 3 i 4 ustawy). Jak wynika z obserwacji praktyki penitencjarnej, połączenie tych zadań jest trudne. Najczęściej priorytetowe staje się więc utrzymanie porządku i bezpieczeństwa. Dotyczy to również bezpieczeństwa personelu medycznego udzielającemu

²⁰ Zalecenia Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych, Biuro Prawne CZSW, Warszawa 2008.

²¹ Ogólną deklarację w Konstytucji RP rozwijają szczegółowo ustawy zwykłe. Wskazać tu należy zwłaszcza: ustawę o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654; ustawę z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jedn. Dz.U. z 1996 r. Nr 277, poz. 1634; ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.; ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1993 roku, Dz.U. z 1993 r. Nr 28, poz. 153 ze zm.; ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz.U. z 2012 r. poz. 159.

²² Tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 848, 1610, 2112, 2320; z 2021 r. poz. 180.

świadczeń zdrowotnych skazanemu, który po odebraniu mu nadziei na powrót do społeczeństwa może stwarzać dla niego poważne zagrożenie²³.

Zagwarantowanie tej grupie skazanych pełnej realizacji prawa do ochrony zdrowia, a więc dostępu do pomocy medycznej w zakładzie karnym, pozostaje więc poważnym problemem penitencjarnym. Piśmienictwo dostrzega go słabo, a praktyka zamiata pod przysłowiowy dywan. Uwagę na niego zwracają natomiast instytucje kontrolujące stan polskich więzień i położenie skazanych, w szczególności ich dostęp do opieki medycznej. Z ich raportów wynika, że sytuacja w tym zakresie nie jest dobra. Dostęp jest mocno ograniczony, na co zwracali wielokrotnie uwagę między innymi wizytatorzy Najwyższej Izby Kontroli, Krajowego Mechanizmu Prewencji, a także Rzecznik Praw Obywatelskich. Sytuację w tym zakresie opisuję dokładniej w mojej pracy *Prawo do ochrony zdrowia w warunkach izolacji penitencjarnej* (Warszawa 2018). Okoliczności te nie mogą jednak usprawiedliwiać braku respektu dla praw człowieka, a takimi są prawo do ochrony zdrowia i godnej śmierci, bez względu na status prawny i ludzki więźnia podczas odbywania kary. Ich naruszanie stanowi pogwałcenie norm konstytucyjnych. Oznacza bowiem pozbawienie go jego praw w zakresie szerszym, niż jest to niezbędne do osiągnięcia celów wykonania kary (por. art. 31 ust. 3 Konstytucji RP). Za takim wnioskiem przemawia także zasada humanitaryzmu, wyrażona w art. 41 ust. 4 Konstytucji RP i powtórzona w art. 4 § 2 k.k.w.²⁴

Jeśli więc konsekwencją wykonywania kary dożywotniego pozbawienia wolności jest drastyczne ograniczenie dostępu do publicznego

²³ Poza względami bezpieczeństwa, pomoc medyczną w warunkach więzienia ograniczają dodatkowo jego cechy jako instytucji totalnej, wskazywane między innymi przez E. Goffmana, a także cel, dla którego zostało powołane, określony przez M. Foucaulta jako *surveiller et punir* (nadzorować i karać). Por. E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Sopot 2011; *idem, On the characteristics of total institutions. The inmate world. Staff inmate relation*, [w:] *The prison. Studies in institutional organization and change*, red. D.R. Cressey, New York 1961, s. 68–106; M. Foucault, *Surveiller et punir. La naissance de la prison*, Paris 1975.

²⁴ Ten ostatni recypował dodatkowo zalecenia wynikające z reguły 102.2 Europejskich Reguł Więziennych, Zalecenia Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych, Biuro Prawne CZSW, Warszawa 2018.

systemu ochrony zdrowia, to obowiązkiem państwa staje się łagodzenie tego poprzez taką pomoc medyczną, jaka tylko w konkretnych warunkach zakładu karnego jest możliwa. Trzeba pamiętać, że skazanie na karę dożywotniego pozbawienia wolności skutkuje tym, że osoba odbywająca tę karę stanie się z czasem coraz bardziej potrzebującym pomocy medycznej pacjentem. Ma także inne, niezbywalne prawo — do umierania w spokoju i godności, zaś w stanie terminalnym do świadczeń łagodzących ból i inne cierpienia²⁵. Nie jest on bowiem jednostką wyjętą spod prawa. Jakie więc możliwości w tym zakresie daje polski system więzienny?

Niestety w polskim piśmiennictwie penitencjarnym brak opisów naukowych badań empirycznych nad tym problemem. Z konieczności więc odwołam się do ustaleń Zespołu Prawa Karnego Wykonawczego Rzecznika Praw Obywatelskich, chociaż dotyczą one nieco innej grupy skazanych, to jest osób w stanie paliatywnym. W lutym 2021 roku zorganizował on seminarium na temat ich sytuacji w jednostkach penitencjarnych. Pretekstem do tego była szczegółowa analiza dziesięciu przypadków zgonów skazanych i tymczasowo aresztowanych, którzy ciężko chorowali, zwykle onkologicznie, a ich stan zdrowia określano jako paliatywny. Chociaż nie byli to skazani dożywotni, można założyć, że sytuacja tych ostatnich w takich przypadkach byłaby podobna.

Podczas debaty wskazano, że chociaż liczba więźniów w Polsce maleje — jest ich obecnie mniej niż 70 tysięcy — to liczba zgonów w jednostkach penitencjarnych rośnie. W roku 2009 stwierdzono ich 125, jednak dziesięć lat później ich liczba wzrosła do 159 (o 27%). Analogicznie, liczba zgonów z przyczyn naturalnych we wskazanych latach wzrosła z 84 do 129 (o 54%). W przeliczeniu na 100 tysięcy więźniów ten swoisty „wskaźnik śmierci” w zakładach karnych podniósł się ze 140 w 2015 do 230 w 2018 roku (o 64%). Jednocześnie spada liczba świadectw lekarskich ze wskazaniem, że osadzony „nie może być leczony w zakładzie karnym”. Dyrektorzy zakładów karnych rzadziej występują z wnioskiem o zwolnienie, także sądy penitencjarne rzadziej udzielają ciężko chorym przerw w wykonywaniu kary.

Podsumowując debatę, zastępczyni RPO Hanna Machińska oceniła, że problem rosnącej liczby zgonów w zakładach karnych jest systemowy,

²⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).

a więc znacznie poważniejszy niż jednostkowe błędy w oddziaływaniach penitencjarnych. Nie ma odpowiedniej opieki w więzieniach nad osobami w stanie paliatywnym, nie ma też miejsc do godnej śmierci. Można zatem przewidywać, że w przypadku więźniów dożywotnich, zwłaszcza zaś mających zwiększone *quantum* kary do odbycia, problem ten jest szczególnie poważny. Nie bez znaczenia jest tu także i to, że mogą oni mieć świadomość, w jakich warunkach i jak będą umierać. Może to z kolei wpływać na sposób ich funkcjonowania w zakładzie karnym — zwłaszcza że według RPO uwidacznia się problem braku przygotowania wychowawców więziennych do opieki i pomocy umierającym osadzonym²⁶.

Oto kilka przykładów opisujących śmierci w więzieniu podanych przez Jolantę Nowakowską, zastępczynię Dyrektora Zespołu ds. Wykonywania Kar BRPO podczas seminarium. Badała ona akta, a także rozmawiała z umierającymi osadzonymi i współwięźniami²⁷. Chociaż nie dotyczą one więźniów dożywotnich, trudno założyć, że warunki, w jakich przyjdzie im w zakładzie karnym umrzeć, będą odmienne. Można więc poniższe opisy odnieść także i do tej kategorii skazanych.

A. — aresztowany tymczasowo, mający 70 lat, 180 cm wzrostu, jednak ważący zaledwie czterdzieści parę kg, został umieszczony w areszcie pomimo ciężkiej choroby. Trzeba było amputować mu nogę. Leżał w celi, bez pomocy. „Oni [więźniowie] brzydzą się mną” — powiedział dyrektor Nowakowskiej. W tym czasie od czterech miesięcy leżał w niezmiennym ubraniu, w łaźni był tylko raz, bo nie mógł chodzić. Leżał w pościeli niezmiennanej od miesiąca, a nie był w stanie się umyć. Zmarł po dwóch miesiącach.

H. — sparaliżowany, leżał w celi wieloosobowej, w stanie określonym przez lekarza jako „średniociężki”. Współwięźniowie nie mogli mu pomagać w załatwianiu potrzeb fizjologicznych i w intymnych czynnościach higienicznych. W efekcie nie pomagał mu nikt. Współosadzeni mówili o nim: „Porzucono człowieka”. Skarżyli się, że miał brudną odzież, że śmierdział, że strasznie kaszłał w nocy. Kiedy stan zdrowia ze

²⁶ *Umierający w więzieniach. Spotkanie RPO o sytuacji osób w stanie paliatywnym w jednostkach penitencjarnych*, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-o-sytuacji-umierajacych-w-wiezieiach-webinar> (dostęp: 12.02.2021).

²⁷ *Ibidem*.

średniociężkiego zamienił się w bardzo ciężki, trafił do szpitala więziennego i tam zmarł.

I jeszcze jeden przykład, mniej drastyczny.

D. — młody człowiek, chorujący na zaawansowanego chłoniaka. Leżał na łóżku w małej zaniedbanej celi, którą dzielił z dwoma innymi osobami. Z ran sączyła mu się krew, ale pościel zmieniano mu regulaminowo, co dwa tygodnie. Nie chodził do łazienki, psychologa widział dwa razy, za to wychowawca próbował go zainteresować kursami zawodowymi. Tymczasem w tym samym momencie przerwano mu już standardową terapię onkologiczną i ograniczono się do pomocy paliatywnej. W sprawie jednak nastąpił nieoczekiwany zwrot. Sędzia penitencjarny nie wyraził zgody na przerwę w odbywaniu kary, ponieważ... lekarze znaleźli nowy sposób leczenia tego trudnego przypadku. Służba więzienna sfinansowała terapię. W trakcie leczenia D. został zwolniony z zakładu karnego. Nie zmienia to faktu, że w więzieniu był traktowany w sposób niegodny.

Z powyższych uwag wynika więc dobitnie, że państwo polskie nie wywiązuje się z obowiązku zagwarantowania skazanym realizacji ich prawa do świadczeń zdrowotnych, a także umierania w spokoju i godności, zaś w stanie terminalnym do świadczeń łagodzących ból i inne cierpienia. Służba więzienna słabo dba o godne warunki pobytu ciężko chorych, którzy pozostają najczęściej w zwykłych celach. Nie ma odpowiedniej opieki dla więźniów zakwalifikowanych do leczenia paliatywnego, jak również wsparcia fizycznego i duchowego dla nich. Niekiedy nie ma jej w ogóle.

W takiej zatem rzeczywistości penitencjarnej odbywa karę pozbawienia wolności ogół skazanych. Z informacji i skarg docierających do różnych instytucji kontrolujących więzienia, wynika, że możliwość zagwarantowania w zakładach karnych i aresztach śledczych odpowiedniej pomocy medycznej jest mocno wątpliwa. Według Rzecznika Praw Obywatelskich w polskich więzieniach odbywają kary osoby ciężko chore, w stanie terminalnym. Niekiedy umierają w wieloosobowych celach, w brudnej pościeli, samotne, na oczach współosadzonych²⁸.

Na ile zatem staje się uprawomocniona dyskusja nad problemem opieki medycznej nad skazanymi na skrajnie długie kary pozbawienia wolności, w tym również i takie, które mają cechy dożywocia realnego,

²⁸ *Umierający w więzieniach.*

bezwzględny? Czy problem ten ma jakieś większe znaczenie społeczne, skoro odpowiedniej pomocy medycznej, a także warunków do godnego umierania, nie mają nawet skazani na krótkoterminowe kary pozbawienia wolności, a więc przestępcy drobni, którzy w więzieniu znaleźli się przypadkowo? Nie sądzę wszakże, by wydobyć na światło dzienne problemu pomocy medycznej, a także warunków, w jakich powinni umierać w więzieniach skazani za ciężkie zbrodnie, pozbawieni praw cywilnych i publicznych, jednak w żadnym razie nie praw człowieka, było celowe. Zamiast empatii, można bowiem spodziewać się fali hejtu.

Niemniej w dyskusji penitencjarnej temat ten jest ważny, chociaż zapewne ginie w zalewie różnych, błahych problemów, koncentrujących się wokół resocjalizacji twórczej, katalaktycznej, inkluzyjnej itp.²⁹ Aby to zmienić, należy go podejmować.

Czy jest zatem jakieś rozwiązanie dyskutowanego w tym artykule problemu? Jednoznaczna odpowiedź jest trudna. Trzeba jednakże opowiedzieć się za wykreśleniem art. 77 § 2 k.k., umożliwiającego zaostreżenie formalnej przesłanki do warunkowego zwolnienia. Trwający 25 lat pobyt w zakładzie karnym jest wystarczająco długi, by sąd mógł ocenić, czy jej dalsze wykonywanie spełnia jeszcze jakiś cel, czy jest już czystą represją i prowadzi tylko do śmierci w zakładzie karnym. Jeśli zakład karny nie może zapewnić należytej opieki medycznej dla więźniów, a także warunków do godnej śmierci, to warunkowych zwolnień należałoby udzielać częściej niż obecnie — tak, aby okres pobytu w więzieniu ograniczyć do niezbędnego minimum, również ze względu na stan zdrowia skazanych. Zdaję sobie jednak sprawę z tego, że jest to postulat zgłaszany od wielu lat, wręcz dekad, i niewiele z niego wynika. Przykładowo w okręgu poznańskim w ostatnich latach sąd penitencjarny rozpatrzył pozytywnie zaledwie około 30% wniosków o zwolnienia, mimo iż większość z nich pochodziła od dyrekcji zakładów karnych³⁰. Nie przemawia to rzecz jasna przeciwko ponawianiu tego postulatu.

Osobny, trudny problem stanowi śmierć więźnia w zakładzie karnym, zwłaszcza w sytuacji, kiedy pozbawiono go nadziei na jego wcześniejsze

²⁹ Stan polskiej myśli resocjalizacyjnej analizuję szczegółowo w pracy P. Stępiak, *Resocjalizacja neurojona*, Warszawa 2017.

³⁰ Dane te uzyskałem od przewodniczącego V Wydziału Penitencjarnego Sądu Okręgowego w Poznaniu. Są one ujęte w rocznych statystykach tego sądu za lata 2015–2020.

opuszczenie. Jest on konsekwencją ustawowej możliwości podniesienia formalnego progu do warunkowego zwolnienia ponad 25 lat. Trzeba zatem postulować, aby skazani w stanach terminalnych byli zwalniani z zakładów karnych. Prawo do godnej śmierci to — wobec opisywanych w tekście warunków więziennych — prawo do umierania na wolności. Z tych samych powodów warto rozważyć możliwość zwalniania z zakładów karnych więźniów, którzy ukończyli 80. rok życia, czego wymagają względy humanitarne. Jest to zatem postulat dodania do ustawodawstwa polskiego możliwości przedterminowego zwolnienia ze względów humanitarnych.

Otwartym pozostawiam pytanie o realia stosowania takiego zwolnienia. Zakład karny, w którym przebywa skazany, dzieli od miejsca zamieszkania setki kilometrów. Chory więzień, w tym zwłaszcza zwolniony po długim okresie pobytu w zakładzie karnym, na przykład dożywotni, nie utrzymuje już kontaktów z rodziną, nie ma więc dokąd wrócić, by umrzeć na wolności. Co gorsza, po zwolnieniu z więzienia, nie jest automatycznie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym, najczęściej nie ma też ani renty, ani emerytury. Jeśli wymaga leczenia paliatywnego, sam sobie tego nie załatwi ani nie zorganizuje. Nie przyjmie go szpital ani hospicjum.

Nie bez znaczenia jest także potencjalny stosunek do tego problemu opinii publicznej. Choć nie ma w tym zakresie miarodajnych badań, to jednak pewna ekstrapolacja jej poglądów na temat przestępców i sposobu zwalczania przestępczości na poruszane tu zagadnienia penitencjarne pozwala na wniosek, że nie jest on przychylny. Otwarte pozostaje więc trudne pytanie, czy i co można w tym zakresie zmienić.

Bibliografia

- Bruller J., *Les animaux dénaturés*, Paris 1952.
- Foucault M., *Surveiller et punir. La naissance de la prison*, Paris 1975.
- Goffman E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Sopot 2011.
- Herzog-Evans M., *Droit de l'exécution des peines*, Paris 2007–2008.
- Kazemian L., Travis J., *Imperative for inclusion of long termers and lifers in research and policy*, „Criminology & Public Policy” 14, 2018.
- Kazimirski P., *Służba zdrowia dla osób pozbawionych wolności — z perspektywy Krajowego Mechanizmu Prewencji*, [w:] *Więzienna służba zdrowia. Obecny stan dyskusji i kierunki reform*, Warszawa 2012.

- Larguier J., *La criminologie et science penitentiaire*, Paris 2005.
- Les criminels dangereux*, red. J.P. Cere, P. Stępiak, Paris 2020.
- Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji*, Biuletyn RPO 2012, nr 12.
- Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Zakładzie Karnym w Płocku*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, KMP 571.1.2016, Warszawa 2016.
- Salaz D., *Volonte de punir. Essai sur le populisme penal*, Paris 2006.
- Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności, Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, marzec 2011.
- Stępiak P., *Prawo do ochrony zdrowia w warunkach izolacji penitencjarnej*, Warszawa 2018.
- Stępiak P., *Resocjalizacja neurojona*, Warszawa 2017.
- Whitehead M., Dahlgren G., *Pojęcia i zasady przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: Osiąganie poprawy stanu zdrowia. Część I*, Warszawa 2010.
- Wróbel W., *Glosa do uchwały SN z 11.01.1999 r.*, IKZP 15/98, „Państwo i Prawo” 1999, z. 3.
- Zagórski J., *Wykonywanie kary dożywotniego pozbawienia wolności*, [w:] *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa. Część IV*, Biuletyn RPO, Warszawa 2000.

Źródła internetowe, statystyki

- GUS: Jaka jest przeciętna długość życia Polaków? Od dwóch lat skraca się*, <https://www.politykazdrowotna.com/47975.gus-jaka-jest-przecietna-dlugosc-zycia-polakow-od-dwoch-lat-skraca-sie>.
- Rzecznik Praw Obywatelskich Czy więźniowie będą objęci szczepieniami przeciw koronawirusowi?*, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-czy-wiezniowie-beda-szczepieni-przeciw-koronawirusowi>.
- Służba więzienna. Statystyka roczna 2019*, <https://sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna>.
- Umierający w więzieniach. Spotkanie RPO o sytuacji osób w stanie paliatywnym w jednostkach penitencjarnych*, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-o-sytuacji-umierajacych-w-wiezniach-webinar>.

The prisoner's right to protect their health and to a dignified death with a special reference to the so-called absolute life imprisonment

Abstract

The article discusses selected problems of medical care for inmates serving life sentences. The author analyzes the purposefulness of its provision as well as the type and scope regarding the elimination function of this punishment. He indicates that the penalty fulfills such a function in the event that the court restricts the formal request for release for more than 25 years (art. 77 § 2 of the Penal Code). In this context, the author

analyzes the issue of realizing the convict's right to health protection and to a dignified death. The analysis is based on judgments specifying the quantum of the sentence served for 50 years. In the conclusion, he indicates that medical assistance is insufficient and the convicts die in conditions that violate their dignity. The author is in favor of deleting art. 77 § 2 of the Penal Code because it allows courts to impose absolute life imprisonment. He also proposes the conditional early release for humanitarian reasons.

Keywords: prisoner, prison, health care, death in dignity, life imprisonment, conditional release, humanitarianism.