

**Elżbieta Żywucka-Kozłowska**

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

## **Ocena stanu zdrowia podejrzanego w postępowaniu karnym**

Stan zdrowia człowieka jest domeną przede wszystkim nauk medycznych, co nie wyłącza zainteresowań tymże ze strony innych dziedzin ludzkiego poznania. Przykładem tegoż może być psychologia (w perspektywie nauk społecznych), prawo (w tym karne, cywilne, rodzinne), czy teologia. Jakkolwiek nie analizując tego pojęcia, jego rdzeń stanowi dobrostan człowieka w ujęciu psychiczno-fizycznym. Tytuł niniejszego opracowania niejako zawęża obszar rozważań, pozostawiając zdrowie oskarżonego jak i skazanego na peryferiach dywagacji. Nie sposób wszakże zupełnie pominąć tych aspektów, stąd też także i te zostały opisane, choć w bardzo zawężonym obszarze.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego<sup>1</sup> w treści przepisu art. 74 wskazuje na obowiązek oskarżonego (w postępowaniu przygotowawczym podejrzanego), poddania się badaniom psychologicznym, psychiatrycznym oraz „badaniom połączonym z dokonaniem zabiegów na jego ciele, z wyjątkiem chirurgicznych, pod warunkiem, że dokonywane są przez uprawnionego pracownika służby zdrowia (...)”<sup>2</sup>. Decyzję o przeprowadzeniu takich badań, co oczywiste, podejmuje organ procesowy, który w danym momencie prowadzi postępowanie (prokurator bądź sąd). Ustalenie stanu zdrowia, w szczególności psychicznego, ma ogromne znaczenie dla toku postępowania karnego, albowiem zgodnie z treścią przepisu art. 31 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny<sup>3</sup> „nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem”.<sup>4</sup> W paragrafie drugim cytowanego przepisu, ustawodawca przewidział nadzwyczajne złagodzenie kary w sytuacji, gdy poczytalność oskarżonego (podejrzanego) była w znacznym stopniu ograniczona.

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego (Dz.U. 97, Nr 89, poz. 555 z późniejszymi zmianami).

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz.U. 97, Nr 88, poz. 553).

<sup>4</sup> Ibidem.

Stan zdrowia człowiek, co zaznaczono wyżej, winien być oceniany w dwóch płaszczyznach: zdrowia fizycznego oraz zdrowia psychicznego. O ile ten pierwszy nie wpływa na odpowiedzialność karną, o tyle ten drugi ma znaczenie istotne. Zasadnym zatem jest przyjrzenie się obu aspektom czy płaszczyznom oceny stanu zdrowia podejrzanego (oskarżonego).

Badania sądowo-lekarskie w znakomitej większości dotyczą pokrzywdzonych przestępstwem. Pewna część tych badań dotyczy także sprawców. B. Popielecki wskazuje, że „badania osób żyjących jest często wykonywaną i ważną czynnością lekarza biegłego (...) Ponadto do opiniodawstwa lekarskiego sądowego należy stwierdzanie zdolności do odbywania kary więzienia”.<sup>5</sup> W. Grzywo-Dąbrowski w „Podręczniku medycyny sądowej dla studentów i lekarzy ze 159 rysunkami w tekście”<sup>6</sup> napisał: „Biegli lekarze mogą być powoływani w różnych okresach czynności sądowych, a mianowicie – podczas śledztwa pierwiastkowego, na rozprawy główne w sądach grodzkich, okręgowych i apelacyjnych, zarówno w sprawach karnych jak i cywilnych. Przed wykonaniem badania sądowo-lekarskiego biegły lekarz ma prawo zapoznać się z daną sprawą bądź to przeglądając odnośne akta, bądź to informując się u sędziego”.<sup>7</sup> Z przywołanego fragmentu rzeczzonego dzieła wynika wprost, że udział lekarza biegłego w postępowaniach karnych jak i cywilnych nie jest niczym nadzwyczajnym, a stanowi element praktyki śledczej jak i orzeczniczej. Podobnego zdania są A. Jakliński, J. S. Kobiela, K. Jaegermann, Z. Marek, Z. Tomaszewska oraz B. Turowska.<sup>8</sup>

Stan zdrowia człowieka rozpoznawany w perspektywie zdrowia fizycznego wymaga wiedzy specjalistycznej z różnych dziedzin medycyny, od interny<sup>9</sup>, laryngologii<sup>10</sup>, okulistyki<sup>11</sup>, reumatologii<sup>12</sup>, onkologii<sup>13</sup>, ortopedii<sup>14</sup>, ginekologii, położnictwa<sup>15</sup>, pulmonologii<sup>16</sup>, kardiologii<sup>17</sup> czy endokryno-

<sup>5</sup> B. Popielecki, *Orzecznictwo lekarskie*, PZWL, Warszawa 1981, s. 70.

<sup>6</sup> W. Grzywo-Dąbrowski, *Podręcznik medycyny sądowej dla studentów i lekarzy ze 159 rysunkami w tekście*, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1948.

<sup>7</sup> *Ibidem*, s. 26.

<sup>8</sup> Por. A. Jakliński, J. S. Kobiela, K. Jaegermann, Z. Marek, Z. Tomaszewska B. Turowska, *Medycyna sądowa. Podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa 1983.

<sup>9</sup> W. Orłowski (red.), *Nauka o chorobach wewnętrznych*, PZWL, Warszawa 1988 (dzieło w 8 tomach); W. Januszewicz, M. Sznajderman, *Nadciśnienie tętnicze*, PZWL, Warszawa 1982.

<sup>10</sup> J. B. Latkowski, *Otolaryngologia dla studentów medycyny i laryngologii*, PZWL, Warszawa 2004.

<sup>11</sup> J. J. Kański, A. Bolton, *Ilustrowane wykłady z okulistyki*, Górnicki, Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2004.

<sup>12</sup> I. Zimmermann-Górska (red.), *Reumatologia kliniczna*, PZWL, Warszawa 2008.

<sup>13</sup> R. Kordek (red.) *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, Via medica, Gdańsk 2013.

<sup>14</sup> T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta, *Podstawy ortopedii*, PZWL, Warszawa 1983.

<sup>15</sup> S. Soszka (red.), *Położnictwo i ginekologia*, PZWL, Warszawa 1985.

<sup>16</sup> A. Antczak (red.) *Wielka interna. Pulmonologia*, Część 1, Medical Tribune, Warszawa 2013.

<sup>17</sup> A. Szczeklik, M. Tendera, *Kardiologia. Podręcznik oparty na zasadach EBM, tom I, i II, Medycyna Praktyczna*, Cholezyn 2009.

logii<sup>18</sup>. Współczesna medycyna poszerza obszar zainteresowań, wprowadzając subdyscypliny, takie choćby jak medycyna nuklearna<sup>19</sup> czy dermatologia onkologiczna. Do tego ogromnego wachlarza dodać należy metody terapeutyczne, od farmakologii, terapii zabiegowej (w szczególności chirurgicznej<sup>20</sup> we wszystkich jej odmianach), po chemioterapię, radioterapię czy terapię paliatywną.

W praktyce po wielokroć zdarzają się przypadki nie tyle zachorowań podejrzanym (oskarżonym) w trakcie postępowania karnego, co istniejące znacznie wcześniej. Klasycznymi w tym względzie są choroby, takie jak cukrzyca, choroba nadciśnieniowa, niedoczynność bądź nadczynność tarczycy, choroba niedokrwienności serca, stan po przeżytym zawale mięśnia sercowego, stan po udarze mózgu czy inne. Niekiedy, choć bardzo rzadko, biegli diagnozują choroby o złożonym charakterze. W takiej sytuacji organ procesowy zobligowany jest do ustalenia, czy stan zdrowia podejrzanego pozwala mu na udział w postępowaniu karnym (niezależnie od jego etapu). Podobnie jest w przypadku odbywania kary pozbawienia wolności. Niektóre z ustalonych przez biegłych schorzeń wyłączają możliwość osadzenia (podejrzanego, oskarżonego czy skazanego) w zakładzie karnym czy areszcie śledczym, albowiem stan zdrowia na to nie pozwala. Tytułem przykładu można tu wskazać ciężką niewydolność nerek, która wymaga dializowania pacjenta. W warunkach szpitala więziennego zabiegów takich się nie wykonuje, między innymi ze względu na brak stosownej specjalistycznej aparatury medycznej, która wykorzystywana byłaby sporadycznie, co z kolei przemawia za niedoposażeniem szpitali więziennych w taki sprzęt, który jest bardzo kosztowny. W takich razach skazani (tymczasowo aresztowani) czy podejrzeni korzystają z usług medycznych jednostek lecznictwa zamkniętego w warunkach wolnościowych.

W wielu zakładach karnych funkcjonują oddziały terapeutyczne, które przeznaczone są dla osadzonych wymagających terapii, w szczególności uzależnionych od alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych. Zgodnie z obecnymi osiągnięciami medycyny, uzależnienia włączono do systemu zaburzeń natury psychicznej. To z kolei oznacza, że stan zdrowia podsądneho oceniany jest przez biegłych psychiatrów jak i psychologa. Nie sposób pominąć tu także i innego problemu, a mianowicie schorzeń towarzyszących, a raczej współistniejących z uzależnieniem. Do najczęściej spotykanych schorzeń należą tu: cukrzyca, marskość wątroby, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zakażenie wirusem HIV. Ustawodawca przewidział takie możliwości, organizując oddziały dla skazanych chorych na cukrzycę, dla poruszających się na wózku inwalidzkim, ociemniałych, nosicieli wirusa HIV, czy dla wy-

<sup>18</sup> W. Hartwig (red.) *Endokrynologia kliniczna*, PZWL, Warszawa 1984, (dzieło w II tomach).

<sup>19</sup> Z. Toth, J. Przedlacki (red.), *Medycyna nuklearna*, PZWL, Warszawa 1983.

<sup>20</sup> Z. Łapiński (red.), *Chirurgia dla studentów medycyny*; PZWL, Warszawa 1979.

magających całodobowej opieki lekarskiej. Jeśli zatem z opinii sądowo-lekarskiej wynika, iż podejrzany (oskarżony, skazany) wymaga specjalistycznej opieki lekarskiej, a nie zachodzi przypadek niemożności osadzenia w jednostce penitencjarnej, umieszcza się go w przystosowanym dla potrzeb jego zdrowia oddziale. Przykładami zakładów karnych z oddziałami dla skazanych z cukrzycą insulinozależną są między innymi: Zakład Karny w Krakowie Nowej Hucie, Zakład Karny w Głogowie, Zakład Karny w Strzelinie, Zakład Karny w Wołowie, Zakład Karny w Grudziądzu.

Inną przesłanką oceny stanu zdrowia podejrzanego (oskarżonego), jest konieczność ustalenia, czy może on uczestniczyć w toczącym się postępowaniu karnym. W niektórych przypadkach stan zdrowia to uniemożliwia, ponieważ podejrzany na przykład doznał masywnych obrażeń ciała i wymaga intensywnej opieki medycznej (nierzadko sprawcy wypadków komunikacyjnych), które uniemożliwiają jego czynny udział w toczącym się postępowaniu karnym.

H. Strzelecka jest zdania, że „Problem zakażenia HIV i choroby AIDS stał się od kilkunastu lat realnym zjawiskiem wśród osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych w Polsce. Dane statystyczne przebywających w zakładach penitencjarnych żyjących z HIV wskazują, że są to ludzie młodzi i w około 70% uzależnieni od środków odurzających. Jest to ich główny problem, natomiast zakażenie HIV niejako „dodatkowy”. Potwierdzają oni zarazem pewną prawidłowość o populacji więziennej, jako znacznej części populacji wyselekcjonowanej.”<sup>21</sup> Warto w tym miejscu zauważyć, że w czasach, kiedy dopiero co diagnozowano nosicielstwo wirusa HIV, jednostki penitencjarne nie były przygotowane do przyjmowania osadzonych, u których stwierdzono zakażenie. Tymczasowo aresztowani czy skazani byli zwalniani z aresztów czy zakładów karnych w celu leczenia w warunkach wolnościowych. Niekiedy dochodziło do celowego zakażenia wirusem HIV, by uzyskać możliwość opuszczenia jednostki penitencjarnej. Te akty autoagresji w tamtych czasach nie były wyjątkami.

Aktualnie osadzeni zakażeni wirusem HIV zwykle przebywają w oddziałach terapeutycznych zakładów karnych (nierzadko są to osoby uzależnione od narkotyków). M. Struzik wskazuje, że zakażenia wirusem HIV (ale także HCV czy HBV) są monitorowane, co oznacza, że każdy pacjent, u którego stwierdzono zakażenie, podlega dalszej diagnostyce jak i terapii.<sup>22</sup>

Osadzeni w zakładach karnych często inicjują postępowania sądowe, celem uzyskania odszkodowania jak i zadośćuczynienia w powodu realnej moż-

<sup>21</sup> H. Strzelecka, *Osoby zakażone HIV w polskim systemie penitencjarnym- aktualna sytuacja* [dostępne on line: <http://www.cd4.com.pl/leczenie/hiv-w-zakladach-karnych/osoby-zakazone-hiv-w-polskim-systemie-penitencjarnym/>] 12.11.2016.

<sup>22</sup> M. Struzik, *System monitorowania chorób zakaźnych związanych z narkotykami*, „Narkomania” nr 3/ 2008.

liwości zakażenia wirusem HIV czy HBV. Z bogatego orzecznictwa sądów polskich wynika, że argumenty podnoszone przez powodów nie zasługują na uwzględnienie.<sup>23</sup>

Szczególnym problemem w zakładach karnych, w aspekcie stanu zdrowia osadzonych, są akty autoagresji. Praktyka dowodzi, że mają one różne formy i niejednokrotnie zagrażają życiu człowieka<sup>24</sup>. O ile polykają różne przedmioty, od zapalniczek, długopisów, sztućców, które można usunąć z przewodu pokarmowego za pomocą laparoskopu, o tyle nie da się tego uczynić w sytuacji, gdy są to tak zwane polyki na „ostro”. W takich przypadkach osadzeni najczęściej przewożeni są do szpitali poza zakładem karnym i tam leczeni operacyjnie. Tylko w sytuacjach sporadycznych konieczne jest udzielenie przerwy w wykonaniu kary ze względów zdrowotnych.

Osobnym zagadnieniem są sytuacje, w których u osadzonego zdiagnozowano chorobę zakaźną (na przykład gruźlica). Zdecydowanie wymaga to leczenia w specjalistycznych placówkach służby zdrowia. Proces terapeutyczny jest rozłożony w czasie, co oznacza długi czas leczenia.

K. Postulski wskazuje, że „niektóre przypadki ciężkich chorób mogą być bowiem leczone w jednostkach więziennej służby zdrowia. Poza tym nie każda ciężka choroba musi oznaczać chorobę zagrażającą życiu<sup>25</sup>. Jest nią tylko stan patologiczny o poważnie niekorzystnym, z punktu widzenia lekarskiego, rokowaniu<sup>26</sup>. Chodzi zatem o taki stan, w którym następuje poważne zaburzenie podstawowych czynności układów narządów (ośrodkowego układu nerwowego, układu oddechowego lub układu krążenia), z powodu którego w każdej chwili można spodziewać się zahamowania lub ustania czynności tych narządów, a zatem – zgonu.<sup>27,28</sup> Mając na uwadze powyższe można wskazać, iż do tego rodzaju schorzeń niewątpliwie należą między innymi: zawał mięśnia sercowego, zatorowość płuc, zapalenie opon mózgowych, udar mózgu itd.

<sup>23</sup> Zob. Wyrok Sądu Rejonowego w Kłodzku z dnia 14 marca 2014 (I C 822/13); wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 października 2013 (I ACa 586/13); wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 29 listopada 2012 roku (I ACa 581/12).

<sup>24</sup> E. Żywucka-Kozłowska, *Autoagresja osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych*, [w:] J. Jaworski, M. Szostak (red.), *Nauka wobec prawdy sądowej. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Zdzisława Kegla*, Wydawnictwo UW, Wrocław 2005.

<sup>25</sup> Wyrok SN z dnia 18 marca 1975 r., sygn. IV KR 7/75, OSNKW 1975, nr 7, poz. 88, LEX nr 18982.

<sup>26</sup> L. Niedzielski, Głosa do wyroku SN z dnia 12 stycznia 1977 r., sygn. II KR 371/76, OSP 1978, nr 3, poz. 57; K. Mrozek, *Obligatoryjne odroczenie wykonania kary ze względu na stan zdrowia skazanego*, „NKPK” 2014, nr 31, s. 91; K. Postulski, Głosa do postanowienia SA w Krakowie z dnia 23 czerwca 2014 r., sygn. I AKz w 702/14, LEX nr 1574415.

<sup>27</sup> Zob. m.in. wyroki SN: z dnia 30 sierpnia 1976 r., sygn. II KR 167/76, OSNPG 1976, nr 11, poz. 99, LEX nr 16950 i z dnia 15 września 1983 r., sygn. II KR 191/83, OSP 1984, nr 9, poz. 192, LEX nr 20949.

<sup>28</sup> K. Postulski, *Stan zdrowia skazanego w aspekcie zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności*, „Prokuratura i Prawo” 2015, nr 7-8; s. 165.

Osobną grupą, wśród omawianych zaburzeń prawidłowego stanu zdrowia, są zaburzenia o niepsychotycznym charakterze, w szczególności uzależnienia od alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych. W takich razach skazani kierowani jest do oddziału terapeutycznego zakładu karnego, celem terapii. W tej grupie znajdują się także skazani z zaburzeniami preferencji seksualnych (w szczególności pedofile). Oddziały przystosowane do leczenia tych zaburzeń znajdują się między innymi w zakładach karnych w Chełmie, Goleniowie, Nowogardzie, Grudziądzu, Sztumie<sup>29</sup>. Stan zdrowia tych osadzonych w kategoriach sądowo-medycznych - choroba realnie zagrażająca życiu - praktycznie spotykany jest bardzo rzadko.

Skazani ze stwierdzonym upośledzeniem umysłowym osadzani są zwykle w oddziałach terapeutycznych zakładów karnych. Oligofrenia jest stanem szczególnym, albowiem charakteryzuje się obniżeniem zdolności poznawczych oraz deficytem intelektu. Nie jest to choroba, lecz stan, który jest niezmiennym, to znaczy nie można go w żaden sposób niwelować, leczyć. Możliwa jest jedynie rewalidacja, polegająca na usprawnianiu jednostki. W klasyfikacji upośledzenia umysłowego wyróżnia się cztery stopnie: lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki. Każdy z nich cechuje się określonymi ograniczeniami percepcyjnymi oraz stopniem wyuczalności. W dwóch pierwszych stopniach integracja społeczna jednostek jest ograniczona, w pozostałych – praktycznie żadna. Te ostatnie z wymienionych wymagają stałej opieki innych osób, nie są zdolne do planowania własnych działań, nie piszą, słabo komunikują się w mowie. W pozostałych – komunikacja werbalna jest zadawalająca, choć uboga leksykalnie, umiejętność pisania i czytania ograniczona. Osoby z upośledzeniem umysłowym cechuje podatność na sugestię, łatwowierność oraz zachowania nieprzemysłane, co wynika wprost z ograniczeń intelektualnych<sup>30</sup>. Skazani z tej grupy, podobnie jak inni, mogą zapadać na różne choroby i tylko z tych względów możliwe będzie odroczenie wykonania kary czy przerwa w jej wykonaniu.

Interesującymi są przypadki badań podejrzanych (skazanych) w kierunku diagnozowania choroby nowotworowej. Jak wynika z praktyki i orzecznictwa sądowego, zakład karny jest takim samym środowiskiem egzystencji, jak inne, z tym, że z ograniczeniami wynikającymi z istoty kary pozbawienia wolności. Choroby nowotworowe rozpoznawane są tak przed osadzeniem w jednostce penitencjarnej, jak i w trakcie osadzenia. Tytułem przykładu jest przypadek D.P., u którego zdiagnozowano nowotwór złośliwy skóry. Zdaniem biegłych przygotowanie do zabiegu operacyjnego możliwe było w warunkach

<sup>29</sup> [www.czsw.gov.pl](http://www.czsw.gov.pl) [on line 13 listopada 2016 roku].

<sup>30</sup> Interesująco na temat upośledzenia umysłowego: J. Doroszevska (red.), *Pedagogika specjalna* (dzieło w dwóch tomach); Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź, Zakład Narodowy im. Ossolińskich 1989; O Lipkowski, *Problemy integracji*, „Szkoła Specjalna” XXXVII, 1976, nr 1.

więziennych, natomiast jego przeprowadzenie – w warunkach oddziału specjalistycznego poza zakładem karnym. O ile w badaniu diagnostycznym rozpoznano raka złośliwego, o tyle w badaniu usuniętej chirurgicznie zmiany nie potwierdzono, by była to zmiana złośliwa. Leczenie zdaniem sądu miało prawidłowy przebieg.<sup>31</sup>

W przypadkach konieczności radioterapii czy chemioterapii, skazani u których zdiagnozowano nowotwory złośliwe, kierowani są na leczenie w warunkach specjalistycznych oddziałów onkologicznych (zwykle w warunkach przerwy w karze). Współczesna medycyna tylko w nielicznych przypadkach pozwala na pomyślne rokowania w chorobie nowotworowej (zwykle określenie takie dotyczy choroby uogólnionej – z przerzutami). W znakomitej większości rokowania są złe. Niektórzy osadzeni, o ile stan ich zdrowia na to pozwala, przebywają w oddziałach szpitalnych w warunkach zakładu karnego.

Ostatnim elementem (w aspekcie tej prezentacji) oceny stanu zdrowia, jest badanie sądowo-psychiatryczne. Postanowienie o przeprowadzeniu takiego wydaje organ procesowy, w dyspozycji którego znajduje się toczące się postępowanie karne. Może to być zatem prokurator bądź sąd. Celem badania psychiatrycznego jest nie tylko ustalenie stanu zdrowia psychicznego *in tempore criminis*, ale także udzielenie odpowiedzi na pytania o stan rozwoju intelektualnego podsądnego, możliwości postrzegania, rozumienia i kierowania własnym postępowaniem.

Zdaniem M. Bojarskiego, podmiotowym warunkiem odpowiedzialności karnej sprawcy czynu bezprawnego jest poczytalność, czyli zdolność do rozpoznania znaczenia czynu oraz pokierowania swoim postępowaniem<sup>32</sup>.

Czyn zabroniony pod groźbą kary, popełniony w stanie ograniczonej w znacznym stopniu poczytalności, jest czynem zawinionym i stanowi przestępstwo. Stwierdzenie ograniczonej poczytalności daje możliwość sądowi zastosowania wobec sprawcy nadzwyczajnego złagodzenia kary. W stosunku do sprawcy o poczytalności ograniczonej, w trakcie odbywania kary mogą być stosowane środki lecznicze<sup>33</sup>. Zupełnie przeciwnym stanem jest niepoczytalność, skutkująca brakiem możliwości przypisania podejrzanemu winy. Zgodnie z treścią przepisu art. 31 § 1 k.k.: „nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swym postępowaniem”.<sup>34</sup>

<sup>31</sup> Wyrok Sądu Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 7 kwietnia 2016 roku; Sygn. akt I C 1078/14; [on line: [http://orzeczenia.krakow.so.gov.pl/content/\\$N/152010000000503\\_I\\_C\\_001078\\_2014\\_Uz\\_2016-04-07\\_001](http://orzeczenia.krakow.so.gov.pl/content/$N/152010000000503_I_C_001078_2014_Uz_2016-04-07_001)] 13 listopada 2016 roku.

<sup>32</sup> M. Bojarski (red.), *Prawo karne materialne, część ogólna i szczególna*, wyd. 4, Warszawa 2010, s. 205.

<sup>33</sup> L. K. Paprzycki, A. Błachnio-Parzych, R. Paprzycki, *Opiniowanie psychiatryczne i psychologiczne w procesie karny, orzecznictwo i piśmiennictwo*, Kraków 2002, s. 63.

<sup>34</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz.U. 97, Nr 88, poz. 553).

Przesłanki niepoczytalności wymienione w tym przepisie są dookreślone, co oznacza, że ich katalog, choć nie zamknięty z uwagi na różnorodne możliwości występowania różnych symptomów oraz nakładających się schorzeń, sprowadza się w istocie do chorób psychicznych, upośledzenia umysłowego oraz niepsychotycznych zaburzeń psychicznych. Ustalenie choćby jednej z wymienionych, automatycznie nie skutkuje uznaniem podsądnego za niepoczytalnego, wymaga to bowiem szeregu badań szczegółowych, specjalistycznych, w praktyce polegających na obserwacji psychiatrycznej w warunkach oddziału szpitalnego. Jeśli w toku badań sądowo-psychiatrycznych zdiagnozowana zostanie choroba psychiczna, wówczas sprawca nie podlega karze, bowiem nie można przypisać mu winy. W zależności od rodzaju czynu, stopnia jego szkodliwości społecznej, obligowany jest do terapii w warunkach wolnościowych, bądź – umieszczany jest w zamkniętym zakładzie leczenia psychiatrycznego<sup>35</sup>.

Ocena stanu zdrowia podejrzanego (oskarżonego jak i skazanego) jest codziennością w praktyce organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. W niektórych przypadkach stan zdrowia uniemożliwia pobyt w zakładzie, a tym samym nie jest możliwe wykonanie kary (ciężka choroba realnie zagrażająca życiu). Niekiedy udzielana jest przerwa w wykonywaniu kary bądź odroczenie jej wykonania. W innych przypadkach osadzony poddawany jest terapii w zakładzie karnym (areszcie śledczym), bądź w placówkach leczenia zamkniętego (w warunkach konwojowania). Klasycznym przykładem w tym względzie są samouszkodzenia, wymagające interwencji chirurgicznej. Z informacji Centralnego Zarządu Służby Więziennej wynika, że w roku 2016 (wrzesień) z przerwy w odbywaniu kary korzystało 1614 osób. Dane te nie wskazują przesłanek przerwy w karze, jednakże można przypuszczać, że wśród tej grupy znaleźli się skazani chorzy na różne schorzenia wymagające specjalistycznej interwencji lekarskiej<sup>36</sup>.

Tabel 1

Skazani zakwalifikowani do oddziałów terapeutycznych przebywających w tych oddziałach<sup>37</sup>

Wyszczególnienie	Stan w dniu:			
	31.03.2015	30.06.2015	30.09.2015	31.12.2015
<b>Ogółem</b>	<b>3 010</b>	<b>2 979</b>	<b>3 003</b>	<b>3 061</b>
w tym kobiety	173	167	174	159
z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo	1 457	1 477	1 476	1 493
w tym z zaburzeniami preferencji seksualnych	258	275	262	252
uzależnieni od śr. odurzających lub psychotropowych	439	439	460	480
uzależnieni od alkoholu	1 114	1 063	1 067	1 088

<sup>35</sup> Interesująco o przesłankach niepoczytalności w polskim prawie karnym: K. Szczechowicz.

<sup>36</sup> Statystyka CZSW [<http://sw.gov.pl/Data/Files/001056rwis/wrzesien-2016.pdf>].

<sup>37</sup> Ibidem.



Tabela 2

Badania diagnostyczne w warunkach izolacji penitencjarnej<sup>38</sup>

Wykonane	2014		2015	
	w AŚ i ZK	w poza-więziennej służbie zdrowia	w AŚ i ZK	w poza-więziennej służbie zdrowia
badania analityczne	271 421	94 681	142 856	157 490
zabiegi fizjoterapeutyczne	54 702	31	49 433	540
badania radiologiczne	97 248	32 849	84 234	31 256
badania endoskopowe	1 527	1 445	1 334	1 530
badania USG	7 744	3 263	7 354	3 794
protezowanie uzębienia	1 114	674	819	822

Z powyższego zestawienia danych statystycznych wynika, że skazani, jak i tymczasowo aresztowani, są diagnozowani w kierunku różnych schorzeń. Wśród tych badań wymieniono badania analityczne (spektrum możliwości diagnostycznych jest bardzo obszerne), badania radiologiczne i endoskopowe, w tym badania ultrasonograficzne. Badania te w znacznej mierze uwarunkowane są nie tyle stanem choroby, co aktami autoagresji, o których wskazano wyżej w niniejszym tekście. Osobnymi elementami są zabiegi z dziedziny fizjoterapii, jak i protezowanie uzębienia.

Tabela 3

Gruźlica wśród osadzonych<sup>39</sup>

Wyszczególnienie	Liczba chorych					
	2014			2015		
	Ogółem w okresie sprawozdawczym	w tym przyp. nowo wykryte	w dniu 31.12	Ogółem w okresie sprawozdawczym	w tym przyp. nowo wykryte	w dniu 31.12
gruźlica płuc czynna zakaźna (IA)	350	302	56	300	259	26
gruźlica płuc czynna niezakaźna (IIB)	77	76	38	42	20	20
gruźlica pozapłucna zakaźna (VA)	4	3	1	11	11	0
gruźlica pozapłucna niezakaźna (VB)	3	1	2	0	0	3
gruźlica nieczynna (po przechorowaniu)	150	33	51	157	38	35
<b>Ogółem</b>	<b>584</b>	<b>415</b>	<b>148</b>	<b>510</b>	<b>328</b>	<b>84</b>

Gruźlica należy do chorób dobrze poznanych i łatwo rozpoznawalnych. Dziś, w przeciwieństwie do poprzednich lat, gruźlica jest stosunkowo rzadko spotykana, niemniej jednak występuje w niektórych środowiskach, w szcze-

<sup>38</sup> Ibidem.<sup>39</sup> Ibidem.

gólności u osób prowadzących niedbały tryb życia, nadużywających alkoholu. Profilaktyka tej choroby po latach jej stosowania zmniejszyła zachorowalność, a szczepienia na stałe wpisały się w kalendarze działań medycznych. Tylko w przypadkach zakaźnej gruźlicy chory winien być przeniesiony do oddziału zakaźnego, natomiast w przypadkach niezakaźnych lub po wcześniejszym przechorowaniu, wskazań takowych w ujęciu ogólnym, nie ma.

Tabela 4

HIV – AIDS<sup>40</sup>

<b>Badania laboratoryjne</b>			
Rok	wykonane w kierunku wykrycia wirusa	w tym:	
		badania z wynikiem dodatnim	przypadki nowowykryte
2014	4404	167	52
2015	3536	128	31
<b>Leczenie antyretrowirusowe (ARV)</b>			
Rok	liczba pacjentów leczonych w dniu 31.12	osoby, które uzyskały procedury lecznicze w trybie "na ratunek"	
2014	236	54	
2015	227	63	

Osadzeni z wirusem HIV (a także ci, u których występują objawy AIDS) przebywają w oddziałach szpitalnych jednostek penitencjarnych przystosowanych do terapii w tym zakresie. Liczebność chorych (zakażonych) nie jest znaczna w stosunku do ogółu populacji więziennej. O ile dawniej zakażenie wirusem HIV stanowiło podstawę przerwy w wykonaniu kary, o tyle dziś takiej potrzeby nie ma. Osadzony ma zapewnioną opiekę medyczną i leczenie w warunkach zakładu karnego.

Inną kategorią chorób, dość często diagnozowaną wśród podejrzanych (oskarżonych czy skazanych), są inne choroby zakaźne, takie jak choroby weneryczne, salmonelloza, czy wirusowe zapalenie wątroby. Tylko w skrajnych przypadkach chory kierowany jest do leczenia w placówce pozawięziennej. Dane o zachorowalności zawiera tabela 5.

<sup>40</sup> Ibidem.

Tabela 5

Choroby weneryczne i inne zakaźne wśród skazanych<sup>41</sup>

Wyszczególnienie	Liczba badań laboratoryjnych					
	2014			2015		
	wykonanych w kierunku wykrycia	w tym:		wykonanych w kierunku wykrycia	w tym:	
		badania z wynikiem dodatnim	przypadki nowo wykryte		badania z wynikiem dodatnim	przypadki nowo wykryte
choroby weneryczne	3 303	102	59	2 399	59	42
wirusowe zapalenie wątroby						
HBsAG	8 121	271	80	6 803	240	84
anty-HCV	8 714	756	326	8 041	793	274
inne wywołujące wirusowe zapalenie wątroby	44	12	4	42	8	3
salmonelli lub shigelli	5 247	90	2	6 016	5	5
<b>Ogółem</b>	<b>25 429</b>	<b>1 231</b>	<b>471</b>	<b>23 301</b>	<b>1 105</b>	<b>408</b>

Niejakim ewenementem są inne choroby, tym razem pasożytnicze, takie jak świerzb i wszawica. Nie wymagają one leczenia poza jednostką penitencyjną. Dane o zachorowalności na nie zestawiono w tabeli 6.

Tabela 6

Świerzb i wszawica wśród skazanych<sup>42</sup>

Rok	Liczba osób leczonych					
	Świerzb		Wszawica		Inne choroby zakaźne	
	w okresie sprawozdawczym	w dniu 31.12	w okresie sprawozdawczym	w dniu 31.12	w okresie sprawozdawczym	w dniu 31.12
2014	2465	52	2029	31	132	7
2015	2096	23	1710	18	107	4

Warto też zwrócić uwagę, że skazani korzystają z licznych konsultacji lekarskich w trakcie pobytu w jednostkach penitencyjnych.

W tabeli 7 zamieszczono dane o ilości takich konsultacji oraz zakresie tychże w klasycznym podziale dziedzin medycyny. Do najliczniejszych należą konsultacje chirurgiczne, internistyczna oraz okulistyczne. Można przypuszczać, że pewna ich część związana była z aktami autoagresji.

<sup>41</sup> Ibidem.

<sup>42</sup> Ibidem.

Tabela 7

## Konsultacje specjalistyczne skazanych

Porady udzielone przez		Liczba udzielonych porad			
		2014		2015	
		w ambulatorium własnym	w poza-więziennej służbie zdrowia	w ambulatorium własnym	w poza-więziennej służbie zdrowia
lekarza	ambulatorium	1 051 930	1 369	958 805	281
	dentystę	227 320	966	218 130	1 326
	pogotowia ratunkowego	8 232		8 564	
	medycyny pracy	30 305	5 343	30 115	7 283
konsultanta	chirurga	23 572	2 447	19 169	2 644
	chorób zakaźnych	1 569	795	1 420	683
	internistę	31 236	444	22 684	405
	dermatologa	28 727	1 791	26 887	1 980
	ftyzjatrę	4 869	695	5 160	751
	ginekologa	7 165	115	6 440	104
	kardiologa	2 467	729	2 047	735
	laryngologa	15 263	2 103	14 311	1 996
	okulistę	17 089	3 670	16 762	4 816
	ortopedę	12 744	2 252	11 173	2 363
	neurologa	16 034	933	15 384	1 531
	psychiatrę	66 695	1 229	67 171	1 320
	urologa	2 079	1 017	2 157	1 236
	innych	7 144	3 329	4 924	3 166
	<b>Ogółem</b>		<b>1 554 440</b>	<b>29 227</b>	<b>1 431 303</b>

Tabela 8

Zgony skazanych<sup>43</sup>

Przyczyna zgonu	2014	2015	Przyrost
<b>Ogółem</b>	<b>107</b>	<b>105</b>	<b>-2</b>
w tym w zakładzie leczniczym poza AŚ lub ZK	27	28	1
przyczyna naturalna	75	79	4
z powodu autoagresji	26	23	-3
inne	6	3	-3

<sup>43</sup> Ibidem.

Zakłady karne są miejscem, w którym podobnie jak w innych, ludzie umierają. Przyczyny zgonu są różne, od naturalnych, po akty autoagresji. Część zgonów jest skutkiem chorób przewlekłych jak i sytuacji nagłych (zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zator tętnicy płucnej).

Ocena stanu zdrowia człowieka jest zadaniem skomplikowanym, złożonym. Niezbędna jest przy tym wiedza specjalistyczna, nieograniczająca się wyłącznie do jednej dziedziny medycyny, ale do jej wszystkich obszarów. Dopełnieniem są badania psychologiczno-psychiatryczne, których celem jest ustalenie możliwości uczestnictwa w postępowaniu karnym, jak i oceny stanu zdrowia psychicznego, który może być przesłanką wyłączającą odpowiedzialność karną sprawcy.

Zasygnalizowany tu problem nie ma zamkniętego charakteru. Badania w tym względzie stają się coraz bardziej złożone, a tym samym dokładniejsze, co umożliwia bardziej precyzyjne określenie stanu ogólnego podmiotu.

## Bibliografia

### Literatura

- Antczak A. (red.), *Wielka interna. Pulmonologia*, Część 1, Medical Tribune, Warszawa 2013.
- Bojarski M. (red.), *Prawo karne materialne, część ogólna i szczególna*, wyd. 4, Warszawa 2010.
- Doroszewska J. (red.), *Pedagogika specjalna* (dzieło w dwóch tomach), Ossolineum, Wrocław-Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź, Zakład Narodowy im. Ossolińskich 1989.
- Grzywo-Dąbrowski W., *Podręcznik medycyny sądowej dla studentów i lekarzy ze 159 rysunkami w tekście*, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1948.
- Hartwig W. (red.), *Endokrynologia kliniczna*, PZWL, Warszawa 1984.
- Jakliński A., Kobiela J.S., Jaegermann K., Marek.Z, Tomaszewska.Z, Turowska B., *Medycyna sądowa. Podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa 1983.
- Januszewicz W., Sznajderman M., *Nadciśnienie tętnicze*, PZWL, Warszawa 1982.
- Kański J. J., Bolton A., *Ilustrowane wykłady z okulistyki*, Górnicki, Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2004.
- Kordek R. (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, Via medica, Gdańsk 2013.
- Latkowski J. B., *Otolaryngologia dla studentów medycyny i laryngologii*; PZWL, Warszawa 2004.
- Lipkowski O., *Problemy integracji*, „Szkoła Specjalna” XXXVII, 1976, nr 1.
- Łapiński Z. (red.), *Chirurgia dla studentów medycyny*; PZWL, Warszawa 1979.
- Mrozek K., *Obligatoryjne odroczenie wykonania kary ze względu na stan zdrowia skazanego*, „NKPK” 2014, nr 31.
- Niedzielski L., *Glosa do wyroku SN z dnia 12 stycznia 1977 r., sygn. II KR 371/76*, OSP 1978, nr 3, poz. 57.
- Orłowski W. (red.) *Nauka o chorobach wewnętrznych*, PZWL, Warszawa 1988.

- Paprzycki L. K., Błachnio-Parzych A., Paprzycki R., *Opiniowanie psychiatryczne i psychologiczne w procesie karny, orzecznictwo i piśmiennictwo*, Kraków 2002.
- Popielski B., *Orzecznictwo lekarskie*, PZWL, Warszawa 1981.
- Postulski K., *Stan zdrowia skazanego w aspekcie zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności*, „Prokuratura i Prawo” 2015, nr 7 – 8.
- Postulski K., *Głosa do postanowienia SA w Krakowie z dnia 23 czerwca 2014 r., sygn. I AKzW 702/14*, LEX nr 1574415.
- Soszka S. (red.), *Położnictwo i ginekologia*, PZWL, Warszawa 1985.
- Struzik M., *System monitorowania chorób zakaźnych związanych z narkotykami*, „Narkomania” nr 3/ 2008.
- Szczeklik A., Tendera M., *Kardiologia. Podręcznik oparty na zasadach EBM, tom I, i II*, Medycyna Praktyczna, Cholezyn 2009.
- Toth Z., Przedlacki J. (red.), *Medycyna nuklearna*, PZWL, Warszawa 1983.
- Zimmermann-Górska I. (red.), *Reumatologia kliniczna*, PZWL, Warszawa 2008.
- Żuk T., Dziak A., Gusta A., *Podstawy ortopedii*, PZWL, Warszawa 1983.
- Żywucka-Kozłowska E., *Autoagresja osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych*, [w:] J. Jaworski, M. Szostak (red.), *Nauka wobec prawdy sądowej. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Zdzisława Kęgla*, Wydawnictwo UW, Wrocław 2005.

## Akty prawne

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego (Dz.U. 97, Nr 89, poz. 555 z późniejszymi zmianami).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz.U. 97, Nr 88, poz. 553).

## Orzecznictwo

- Wyrok Sądu Rejonowego w Kłodzku z dnia 14 marca 2014 (I C 822/13 ).
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 października 2013 (I ACa 586/13).
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 29 listopada 2012 roku (I ACa 581/12).
- Wyrok SN: z dnia 30 sierpnia 1976 r., sygn. II KR 167/76, OSNPG 1976, nr 11, poz. 99, LEX nr 16950.
- Wyrok SN z dnia 15 września 1983 r., sygn. II KR 191/83, OSP 1984, nr 9, poz. 192, LEX nr 20949.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 7 kwietnia 2016 roku; Sygn. akt I C 1078/14; [online:[http://orzeczenia.krakow.so.gov.pl/content/\\$N/15201000000503\\_I\\_C\\_001078\\_2014\\_Uz\\_2016-04-07\\_001](http://orzeczenia.krakow.so.gov.pl/content/$N/15201000000503_I_C_001078_2014_Uz_2016-04-07_001)] 13 listopada 2016 roku.

## Inne źródła

- Strzelecka H., Osoby zakażone HIV w polskim systemie penitencjarnym- aktualna sytuacja [dostępne on line: <http://www.cd4.com.pl/leczenie/hiv-w-zakladach-karnych/osoby-zakazone-hiv-w-polskim-systemie-penitencjarnym/>].
- [www.czsw.gov.pl](http://www.czsw.gov.pl) [on line 13 listopada 2016 roku].
- Statystyka CZSW [<http://sw.gov.pl/Data/Files/001056rwis/wrzesien-2016.pdf>].

## **Summary**

### **Assessment of the health of the suspect in criminal proceedings**

The medical condition of human is the domain of medical science. This issue is also interesting for other fields of science. Psychology and law are an example. The assessment of human health is a complicated task. Specialists must have considerable knowledge to check the psychological state of the perpetrator and to eliminate the criminal liability of the perpetrator if the premises are preserved.