

Ewa Dawidziuk
Uniwersytet SWPS
ORCID: 0000-0003-1262-5617
edawidziuk@swps.edu.pl

Zgony osób pozbawionych wolności w warunkach izolacji penitencjarnej w Polsce

Wstęp

Śmierć jest naturalnym zjawiskiem w życiu ludzi, a zatem nie omija ona również osób pozbawionych wolności. Zgon skazanego, ukaranego bądź tymczasowo aresztowanego w jednostce penitencjarnej jest jednak kwalifikowany jako zdarzenie nadzwyczajne, w myśl zarządzenia Dyrektora Generalnego Służby Więziennej¹. Niezależnie od statusu prawnego więźnia, wymaga zawiadomienia prokuratora rejonowego właściwego dla miejsca zgonu, sędziego penitencjarnego, a także sądu (gdy zgon dotyczy skazanego bądź ukaranego) oraz organu dysponującego (gdy mamy do czynienia z osobą tymczasowo aresztowaną)². Co ciekawe, obowiązujące przepisy prawa nie regulują w taki sam sposób zasad postępowania w przypadku zgonu osoby pozbawionej wolności w ramach detencji prewencyjnej realizowanej w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym albo osoby umieszczonej w zakładzie

¹ Zarządzenie nr 100/22 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 29 grudnia 2022 r. w sprawie ustalenia organizacji służby dyżurnej w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, w tym sposobu i trybu informowania o zdarzeniach, które wystąpiły w Służbie Więziennej oraz ustalenia sposobu i trybu przeprowadzenia czynności sprawdzających dotyczących tych zdarzeń, oraz sposobu ich dokumentowania. Upřednio obowiązywało zarządzenie nr 1/2018 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 3 stycznia 2018 r. w sprawie służby dyżurnej w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, zdarzeń mogących wystąpić w Służbie Więziennej oraz sposobu ich wyjaśniania i dokumentowania oraz zarządzenie nr 52/2013 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 29 listopada 2013 r. w sprawie zdarzeń mogących wystąpić w Służbie Więziennej, sposobu ich dokumentowania oraz służby dyżurnej w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej.

² Zob. § 142 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 lipca 2023 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności (Dz.U. z 2023 r., poz. 1741). Przepis ten wskazuje też właściwe organy, które należy poinformować, gdy zmarłym jest cudzoziemiec czy żołnierz.

psychiatrycznym w ramach wykonywania izolacyjnego środka zabezpieczającego³.

Śmierć może nastąpić z przyczyn naturalnych, ale może być też przedmiotem zainteresowania organów ścigania w sytuacji, gdy przyczyniła się do niego osoba trzecia – inny osadzony czy funkcjonariusz SW, Policji bądź innych służb. Służba Więzienna, reprezentując państwo, odpowiada za zapewnienie bezpieczeństwa każdej osobie pozbawionej wolności, w myśl art. 108 Kodeksu karnego wykonawczego⁴. Temat ten jest także nierozdzielnie związany z art. 115 k.k.w., a zatem z zapewnieniem osadzonym opieki medycznej, leków i artykułów sanitarnych, co może się wiązać z odpowiedzialnością personelu medycznego jednostki penitencjarnej⁵. Długi czas oczekiwania na konsultację specjalistyczną, badania czy zbyt późne przeniesienie do szpitala mogą również doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, a w dłuższej perspektywie do zgonu.

Przypadki, gdy więzień umiera w izolacji penitencjarnej, należy uznać za wymagające szczególnej uwagi i weryfikacji przez właściwe organy na tle odpowiedzialności państwa (jako całości) za życie⁶ i zdrowie⁷ każdej osoby pozbawionej wolności. Stąd w niniejszym artykule przeanalizowano obowiązujące regulacje prawne, dane statystyczne dotyczące lat 2002–2022 oraz wskazano grupy ryzyka, a zatem osoby narażone na śmierć w warunkach izolacji penitencjarnej. Ponadto uwzględniono podstawowe standardy międzynarodowe ONZ i Rady Europy, odnoszące się do traktowania osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i w aresztach śledczych w kontekście rzeczowego zagadnienia.

Dane statystyczne

Śmierć z przyczyn naturalnych stanowi oficjalnie przyczynę wielu zgonów w więzieniach, jednak termin ten nie jest jednoznacznie zdefiniowany. Nie jest to bowiem pojęcie z zakresu języka prawnego, a medycznego, stanowiąc termin

³ Biorąc pod uwagę, że są to również osoby pozbawione wolności (umieszczone na mocy postanowienia sądu w miejscu izolacji innego typu niż jednostka penitencjarna), zdaniem autorki nie ma uzasadnień dla różnicowania postępowania w przypadku zgonu takich osób i należy przedstawić postulat *de lege ferenda* uregulowania tej kwestii, analogicznie jak w odniesieniu do skazanych i tymczasowo aresztowanych w zakresie zawiadomienia prokuratury.

⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 127), dalej jako k.k.w.

⁵ E. Dawidziuk, *Odpowiedzialność karna za brak udzielania świadczeń medycznych w zakładach karnych*, [w:] T. Gardocka, D. Jagiełło (red.), *Nowe medyczne prawo karne*, Warszawa 2021, s. 259–261.

⁶ Zob. wyrok ETPC z 14 marca 2002 r. w sprawie *Paul and Audrey Edwards v. Wielka Brytania*, § 69, w którym podkreślono, że władze danego państwa muszą wyjaśnić przyczyny zgonu więźnia, a nie oczekiwać na inicjatywę osób najbliższych zmarłego.

⁷ M.in. wyrok ETPC z 21 marca 2017 r. w sprawie *Bujak v. Polska*, skarga nr 686/12, § 67.

zbiorecy, w którym mieszczą się zgony będące następstwem naturalnego procesu starzenia się organizmu⁸. Jest on jednak interpretowany w różnych jurysdykcjach i regionach świata w sposób niejednolity⁹. W statystykach odnoszących się do polskich jednostek penitencjarnych Służba Więzienna także posługuje się pojęciem zgonu z przyczyn naturalnych, jednocześnie nie doprecyzowując jego znaczenia. Należy przyjąć, że obejmuje ono także zgony będące następstwem procesu chorobowego, choć można je potraktować jako przypadki odrębnie.

Z kolei zgony tzw. nienaturalne mogą obejmować: zabójstwo, samobójstwo, przyczyny przypadkowe (np. związane z wypadkiem drogowym w trakcie transportowania więźnia, porażeniem prądem), przedawkowanie narkotyków lub dopalaczy (te obecnie dominują w jednostkach penitencjarnych) oraz zgony wynikające z nadmiernego stosowania środków przymusu bezpośredniego czy wręcz tortur¹⁰. Mówi się, że są to zgony gwałtowne, przy czym jeśli śmierć tę, podobnie jak śmierć naturalną, poprzedza agonia, mamy do czynienia ze śmiercią powolną – w przeciwieństwie do zgonu nagłego, mającego miejsce tuż po urazie czy nagle przy ogólnie pozornie dobrym stanie zdrowia¹¹.

Poza tym zgony mogą być początkowo klasyfikowane jako „nieustalone”, zwłaszcza gdy okoliczności nie są klarowne. W statystykach Służby Więziennej pojawia się w związku z tym kategoria „inne” dla przypadków, których nie można zakwalifikować ani do zgonów z przyczyn naturalnych, ani do samobójstw. Dane podawane przez Centralny Zarząd Służby Więziennej¹² obejmują bowiem tylko takie dwie kategorie zgonów skazanych, ukaranych i tymczasowo aresztowanych.

W polskich jednostkach penitencjarnych przebywa obecnie 74 967 osób pozbawionych wolności¹³. W 2022 r. doszło do 192 zgonów osadzonych, w tym 78 zmarło w zakładzie leczniczym poza jednostką penitencjarną. Ponadto w tej ogólnej liczbie zgonów 166 zakwalifikowano jako te, które nastąpiły z przyczyn naturalnych, 15 osób popełniło samobójstwo, a 11 zmarło z innych powodów.

⁸ <https://www.prawo.pl/zdrowie/okreslenie-przyczyny-zgonu-w-praktyce-medyka-sadowego,262136.html> (data dostępu: 9.03.2023).

⁹ Penal Reform International, *Deaths in prisons*, s. 7, <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2022/12/Deaths-in-prison-briefing.pdf> (data dostępu: 2.10.2023).

¹⁰ Przesłuchanie tortur wciąż nie zostało włączone do przepisów Kodeksu karnego, mimo postulatów w tym zakresie Rzecznika Praw Obywatelskich – zob. wystąpienia generalne z dnia 27 października 2015 r., II.071.4.2015.ED; wystąpienie z 24 marca 2016 r., II.071.4.2015.ED; z dnia 24 października 2018 r., KMP.570.3.2018.JJ; z dnia 25 stycznia 2022 r., KMP.570.3.2017.RK.

¹¹ M.in. *Wielka encyklopedia prawa*, wyd. drugie, Warszawa 2005, s. 1296.

¹² Ministerstwo Sprawiedliwości, Centralny Zarząd Służby Więziennej, roczna informacja statystyczna – odpowiednio za lata 2002–2022, <https://sw.gov.pl/dzial/Statystyka> (data dostępu: 9.03.2022).

¹³ Dane na dzień 31 listopada 2023 r., Miesięczna informacja statystyczna, listopad 2023, Ministerstwo Sprawiedliwości, Centralny Zarząd Służby Więziennej.

Kierując się wskazanymi parametrami, prezentowanymi każdego roku przez Służbę Więzienną, opracowana została tabela 1, uwzględniająca okres ostatnich 20 lat.

Tabela 1

Liczba zgonów w jednostkach penitencjarnych w latach 2002–2022

Rok	Zgony ogółem	Śmierć z przyczyn naturalnych	Samobójstwo	Inne	Zgon w zakładzie leczniczym poza zakładem karnym/aresztem śledczym ¹⁴
2002	96	56	40	–	17
2003	127	86	37	4	29
2004	107	67	30	10	19
2005	122	84	32	6	22
2006	154	112	42	–	21
2007	145	95	41	9	36
2008	135	93	39	3	21
2009	125	84	41	–	27
2010	135	91	34	10	32
2011	105	102	22	3	30
2012	107	89	18	–	28
2013	109	80	19	10	36
2014	107	75	26	6	27
2015	105	79	23	3	28
2016	123	93	24	6	31
2017	153	124	27	2	39
2018	171	136	26	9	52
2019	159	129	24	6	45
2020	174	145	27	2	52
2021	188	155	27	6	62
2022	192	166	15	11	78

Źródło: opracowanie własne w oparciu o statystykę roczną Służby Więziennej¹⁵.

Dokonując analizy powyższych danych, można stwierdzić jedynie tendencję wzrostową w zakresie ogólnej liczby zgonów. Nie jest zachowana jednak jednolitość w przyroście z roku na rok. Mniej niż 100 zgonów zanotowano je-

¹⁴ Te dane zostały wydzielone z ogólnej liczby zgonów z kolumny pierwszej.

¹⁵ Dane statystyczne za rok 2023 nie były dostępne w momencie opracowywania tekstu.

dynie w pierwszym roku uwzględnionym w analizie, tj. 20 lat temu (w 2002 r.). Później następowały wahania liczby zgonów, jednak należałoby na to nałożyć także okres przeludnienia jednostek penitencjarnych¹⁶. Niemniej jednak powyżej 150 zgonów odnotowano w 2006 r., a następnie systematycznie każdego roku, począwszy od 2017 r. aż do roku 2022. Największą liczbę zgonów na przestrzeni 20 ostatnich lat zanotowano w 2022 r.

W okresie pandemii koronawirusa, która przypadła na lata 2020–2021, liczba zgonów była wyższa w porównaniu do okresu poprzedzającego. Nieuprawnione jest jednak postawienie jednoznacznej diagnozy, że to COVID-19 doprowadził do większej liczby zgonów¹⁷, zwłaszcza że nie są to duże różnice. W raportach Światowej Organizacji Zdrowia wskazuje się, że na 1875 potwierdzonych przypadków zachorowań na koronawirusa wśród więźniów w Polsce zmarło tylko 4 z nich¹⁸. Należy jednak pamiętać, że owe dane były globalnie zbierane z jednostek penitencjarnych do połowy 2021 r., stąd nie są dostępne statystyki odnoszące się do nowych wariantów COVID-19¹⁹.

Śmiertelność osób przebywających w więzieniach jest aż o 50% wyższa niż w przypadku osób przebywających poza nimi, jeżeli uwzględnimy dane ogólnoswiatowe. Wśród najczęstszych przyczyn śmierci podaje się zaś samobójstwo, przemoc wśród więźniów i tortury, a także choroby zakaźne i zły stan zdrowia²⁰.

Jak wynika z danych uwzględnionych w tabeli 1, coraz więcej jest zgonów, do których dochodzi w placówkach medycznych poza strukturą więzienną, gdzie osadzony mógł zostać przetransportowany w trybie pilnym przez karetkę pogotowia ratunkowego bądź gdzie planowano przebywał pod konwojem Służby Więziennej (reguły przewidziane w art. 115 § 5 k.k.w.), jednak stan zdrowia uległ pogorszeniu, co w rezultacie doprowadziło do jego śmierci.

Warto dodać, że wszystkie przypadki zgonów, niezależnie od okoliczności, są badane przez Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej albo Dyrektora Generalnego Służby Więziennej oraz prokuraturę, co wynika ze wskazanych już na samym początku artykułu regulacji prawnych. Ponadto instytucją, która może podjąć do zbadania okoliczności zgonu więźnia pod kątem poszanowania jego praw, jest Rzecznik Praw Obywatelskich²¹ (dalej jako RPO).

¹⁶ Ten występował w latach 2000–2010 – o tym szerzej: A. Nawój-Śleszyński, *Przeludnienie więzień w Polsce – przyczyny, następstwa i możliwości przeciwdziałania*, Łódź 2013, s. 141–143.

¹⁷ Śmierć więźniów spowodowana przez COVID-19 nie była odrębnie raportowana w Polsce w oficjalnych statystykach. Jest to jednak również cecha charakteryzująca inne państwa.

¹⁸ World Health Organization, *Poland. Health in prisons – COVID-19: minimum dataset. Summary of data reported from May 2020 to October 2021*, 2022, s. 36.

¹⁹ Penal Reform International and Thailand Institute of Justice, *Global prison trends 2022*, 2022, s. 29.

²⁰ Penal Reform International and Thailand Institute of Justice, *Global prison trends 2020*, 2020, s. 15.

²¹ Art. 9 pkt 3 ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1058).

Począwszy od 2008 r., a więc od momentu kiedy RPO powierzono funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur²², otrzymuje on dane o wszystkich zdarzeniach nadzwyczajnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, w tym o zgonach²³. Tylko część z nich jest jednak badana z urzędu w Biurze RPO. W latach 2018–2022 było to 45 przypadków zgonów i samobójstw osadzonych²⁴. Sprawy te są weryfikowane od strony zapewnienia bezpieczeństwa osobistego (art. 108 k.k.w., art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka), prawa do opieki medycznej (art. 115 k.k.w., art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka) i poszanowania prawa do życia (art. 38 Konstytucji RP, art. 2 Europejskiej konwencji praw człowieka).

Sprecyzowanie w aktach prawa krajowego zasad postępowania w przypadku zgonu osoby pozbawionej wolności jest istotne z perspektywy wymogów wskazywanych przez Europejski Trybunał Praw Człowieka. Mianowicie na państwie spoczywa obowiązek rozliczenia się z wszelkich obrażeń doznanych przez więźnia, a obowiązek ten jest szczególnie rygorystyczny w przypadku śmierci tej osoby w trakcie odbywania kary bądź wykonywania tymczasowego aresztowania. Osoby takie są bowiem w pozycji bezbronności (Trybunał określiła to jako *vulnerable position*), są zależne od innych²⁵. Stąd też każdy zgon musi zostać poddany szczegółowemu wyjaśnieniu przez właściwe organy państwa.

Przyczyny i okoliczności zgonów skazanych i tymczasowo aresztowanych

Przyczyny, które prowadzą do śmierci więźniów, są bez wątpienia zróżnicowane i zwykle złożone, a Światowa Organizacja Zdrowia, opisując stan zdrowia osadzonych, identyfikuje szereg okoliczności, które prowadzą do jego pogorszenia, a w efekcie do zgonów²⁶. Ponadto wskazane w tabeli 1 dane nie

²² Ang. *National Preventive Mechanism*, powołany został w styczniu 2008 r. na mocy OPCAT, a więc protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karaniania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz.U. z 2007 r., Nr 30, poz. 192).

²³ Zarządzenie Dyrektora Generalnego SW wśród zdarzeń nadzwyczajnych wymienia m.in.: samobójstwo, śmierć osadzonego albo ciężkie uszkodzenie ciała w związku z działaniem funkcjonariusza, pracownika lub innej osoby albo psa służbowego lub specjalnego oraz zgon osadzonego inny niż wskazany w dwóch pierwszych punktach.

²⁴ Dane statystyczne obejmują 19 samobójstw, jedno pobicie ze skutkiem śmiertelnym i 74 zgony. Zostały one wygenerowane przez Biuro RPO.

²⁵ Wyroki ETPC: z 3 kwietnia 2001 r. w sprawie *Keenan v. Wielka Brytania*, skarga nr 27229/95, § 89–91 i z 27 czerwca 2000 r. w sprawie *Salman v. Turcja*, skarga nr 21986/93, § 99.

²⁶ Zob. S. Enggist, L. Møller, G. Galea, C. Udesen (red.), *Prisons and health*, Kopenhaga 2014.

obejmują tych zgonów, do których doszło tuż po zwolnieniu z jednostki penitencjarnej. Te przypadki są trudne do zidentyfikowania i nie są ujmowane w oficjalnych statystykach, gdyż formalnie nie odnoszą się już do osoby pozbawionej wolności. Zdarzają się jednak sytuacje, gdy sąd penitencjarny na podstawie art. 153 § 1 k.k.w. udziela przerwy w karze skazanemu, który przebywa już w szpitalu wolnościowym w ciężkim stanie zdrowia, na wniosek dyrektora zakładu karnego, po czym osoba ta umiera²⁷. Znany jest autorce również wypadek udzielenia 5-dniowej przepustki losowej, na podstawie art. 141a k.k.w., osobie w bardzo ciężkim stanie zdrowia ze względu na „inny wypadek szczególnie ważny dla skazanego”, którym była w tym momencie potrzeba leczenia. Także w tej sprawie osoba, której udzielono przepustki, zmarła.

Zgon poza murami więziennymi nie zwalnia jednak państwa z odpowiedzialności na tle postanowień Europejskiej Konwencji Praw Człowieka²⁸. Fundamentalne prawo wyrażone w art. 2, jakim jest prawo do życia, tworzy bowiem po stronie państwa członkowskiego Rady Europy nie tylko obowiązek powstrzymania się od działań, które doprowadzą do „intencjonalnego odebrania komuś życia”, ale również podejmowania aktywnych działań, aby utrzymać więźnia przy życiu²⁹.

Przyczyny zgonów skazanych i tymczasowo aresztowanych można zatem różnicować, począwszy od przypadków nagłych, związanych z niewydolnością krążeniowo-oddechową, po zgony będące rezultatem długotrwałej choroby, w tym nowotworowej czy samobójstw, a w skrajnych sytuacjach zabójstw bądź odmowy przyjmowania posiłków³⁰. Warunki bytowe nie są natomiast w polskich realiach penitencjarnych na tyle złe, aby w sposób bezpośredni prowadzić do zgonów, co nie znaczy jednak, że nie wpływają na pogorszenie stanu zdrowia więźniów³¹.

Ponadto w jednostkach penitencjarnych może dochodzić do przemocy między współosadzonymi, zwłaszcza że w Polsce cele jednoosobowe są nieliczne. W tych wieloosobowych trudniej zaś dokonać takiego doboru składu osobowe-

²⁷ Na temat danych statystycznych, odnoszących się do zgonów osób, którym udzielono przerwy w karze, zob. E. Dawidziuk, *Odpowiedzialność karna...*, s. 254–255.

²⁸ W wyroku z 14 marca 2013 r. w sprawie *Salakhov i Islyamova v. Ukraina*, skarga nr 28005/08 ETPC orzekł naruszenie art. 3 i art. 2 EKPC w związku ze zgonem w ciągu dwóch tygodni po opuszczeniu jednostki penitencjarnej tymczasowo aresztowanego chorego na AIDS. Zob. także wyrok ETPC z 18 grudnia 2008 r. w sprawie *Kats i inni v. Ukraina*, skarga nr 29971/04, § 131.

²⁹ Wyrok ETPC z 14 grudnia 2006 r. w sprawie *Tarariyeva v. Rosja*, skarga nr 4353/03, § 73.

³⁰ Głodowa śmierć 33-letniego, tymczasowo aresztowanego obywatela Rumunii Claudio Crulica jest jedyną znaną polskiemu systemowi penitencjarnemu, do jakiej doszło w 2008 r. Poprzez odmowę przyjmowania posiłków aresztowany protestował przeciwko pozbawieniu wolności.

³¹ Znaczenie ma tu pobyt w celi ze słabą wentylacją, zagrzybionymi ścianami i sufitami, niewystarczające ogrzewanie w zimie bądź bardzo wysokie temperatury w porze letniej, ograniczona możliwość zachowania higieny osobistej wobec tylko dwóch kąpieli pod prysznicem w tygodniu.

go, aby spełnić wszystkie ustawowe wymogi, a jednocześnie dobrać skazanych pod względem charakterologicznym. Cele są też często mieszane, jeżeli chodzi o przynależność albo jej brak do podkultury więziennej, stąd występująca na tym tle przemoc, a także wykorzystywanie osób należących do kategorii wrażliwych, do których zalicza się osoby starsze, kobiety, cudzoziemców, członków społeczności LGBTQ+³². Wszystko to stanowi okoliczności, które również mogą prowadzić do śmierci osoby pozbawionej wolności, chociażby w związku z aktami samoagresji, wynikającymi ze złego stanu psychicznego.

Standardy opieki psychologicznej zapewnianej więźniom mają na tym tle duże znaczenie. Stąd Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, począwszy od 2016 r., postuluje zwiększenie liczby psychologów zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych. Jeden psycholog na 200 osadzonych w oddziałach ogólnych jest zbyt niskim standardem, co bez wątplenia powinno ulec zmianie³³.

Zagadnienie śmierci samobójczej wiąże się nierozzerwalnie z obowiązkiem zapewnienia bezpieczeństwa wszystkim osobom pozbawionym wolności, wyrażonym w art. 108 k.k.w. Jak podkreślił Sąd Najwyższy, codzienne życie osoby pozbawionej wolności powinno pozostawać pod kontrolą, pozwalając osiągnąć cel orzeczonej kary, a jednocześnie zapewniając ochronę osoby skazanego. Tę należy natomiast rozumieć szeroko – nie tylko jako zapobieganie szkodliwym działaniom innych osób, lecz także zagrożeniom pochodzącym od samych skazanych, np. zamachom samobójczym lub samouszkodzeniom³⁴. Ustawowy i konwencyjny wymóg zapobiegania takim działaniom, a zatem respektowania prawa do życia, jest tematem złożonym i w tym miejscu nie sposób go rozwinąć. Warto wspomnieć jedynie, że wskaźnik zgonów osób tymczasowo aresztowanych jest dziesięciokrotnie wyższy – a w przypadku osób pozbawionych wolności trzykrotnie wyższy – niż u osób pozostających na wolności³⁵. Próby samobójcze dokonywane są bardzo często przez osoby tymczasowo aresztowane, co może wiązać się z ostrą fazą kryzysu (sytuacje odczuwane subiektywnie jako niemożliwe do zniesienia), a w rezultacie chęć ulżenia swojemu cierpieniu psychicznemu bądź instrumentalnie osiągnięcia korzyści w związku z interwencją. Jednocześnie wśród czynników ryzyka popełnienia samobójstwa można wymienić bezsenność, zachowania antyspołeczne, choroby

³² Jeżeli chodzi o tę ostatnią kategorię skazanych, nie jest ona w polskich realiach więziennych dobrze rozpoznana naukowo, stanowiąc nowe zagadnienie i wyzwanie dla Służby Więziennej wobec braku jakichkolwiek szczególnych regulacji prawnych na poziomie aktów prawa powszechnie obowiązującego, jak i aktów prawa wewnętrznego. Aktualnie prowadzone są w Polsce badania naukowe, które dopiero pokażą, z jakimi problemami mierzą się osoby LGBTQ+ w warunkach izolacji penitencjarnej.

³³ Zob. wystąpienia generalne RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 17 maja 2016 r., z dnia 19 lutego 2019 r. oraz z dnia 10 listopada 2020 r., l.dz. KMP.571.8.2016.

³⁴ Wyrok SN z 22 lutego 2012 r., sygn. akt IV CSK 290/11, Lex nr 1136006.

³⁵ A. U. Romanowska, *Próby samobójcze jako przejaw patologicznego zachowania więźniów*, [w:] D. Dajnowicz-Piesiecka, E. Jurgielewicz-Delegacz, E.W. Plywaczewski (red.), *Badania kryminologiczne a praktyka. Perspektywa krajowa i międzynarodowa*, Warszawa 2021, s. 653–654.

psychiczne bądź zaburzenia psychiczne, samotność³⁶. Aleksandra Korwin-Szymanowska dostrzega, że podjęto jednak na przestrzeni lat szereg działań w jednostkach penitencjarnych, aby ograniczyć liczbę samobójstw³⁷. Można tu wymienić profilaktykę suicydalną, kształtowaną przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej³⁸, która, zdaniem autorki, jest wykorzystywana i przynosi rezultat w postaci zmniejszenia liczby zgonów samobójczych. Od 2011 r. udaje się utrzymać liczbę samobójstw na poziomie nieprzekraczającym 27 rocznie.

Zwiększenie dostępności psychologów penitencjarnych zapewne mogłoby bardziej poprawić te statystyki. Podobnie wzrost częstotliwości konsultacji psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym³⁹ oraz zwiększenie liczby miejsc w sześciu szpitalach psychiatrycznych przywieziennych mogłyby potencjalnie przelożyć się na zmniejszenie liczby zgonów wywołanych kryzysem psychicznym czy psychozą. Aktualny stan opieki psychiatrycznej oferowanej osobom pozbawionym wolności należy ocenić jako niewystarczający w stosunku do potrzeb⁴⁰.

Miejsce zgonu i zasady postępowania w jego następstwie

W zależności od okoliczności, więzień może umrzeć w zwykłej celi mieszkalnej albo celi znajdującej się na terenie szpitala przywieziennego⁴¹ bądź w szpitalu wolnościowym⁴², gdzie przebywa pod konwojem funkcjonariuszy

³⁶ O. Brodzińska-Żukowska, *Newralgiczne momenty kary dożywotniego pozbawienia wolności a reakcja systemu*, [w:] M. Nielączna, J. Klimczak (red.), *Dożywotni więźniowie. Najlepsi z najgorszych i źli stale*, Warszawa 2022, s. 442–444.

³⁷ A. Korwin-Szymanowska (red.), *Przemiany polskiego prawa karnego w latach 1986–2016. Księga jubileuszowa dedykowana Teodorowi Szymanowskiemu*, Warszawa 2018, s. 377–379.

³⁸ Instrukcja nr 2/2016 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 29 sierpnia 2016 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności, a następnie instrukcja nr 10 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 5 listopada 2020 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności.

³⁹ Trudności związane z pozyskaniem lekarzy do pracy w jednostkach penitencjarnych opisane zostały przez Ministra Sprawiedliwości w piśmie kierowanym do RPO z dnia 8 maja 2019 r., l.dz. BSZ.055.3.2019.AP, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Odpowied%C5%BA%20S%C5%82u%C5%BCby%20Wi%C4%99ziennej%208%20maja%202019%20_0.pdf (data dostępu: 28.12.2022).

⁴⁰ E. Brzostomska, *Osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnością psychiczną*, [w:] E. Dawdziuk, M. Mazur (red.), *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych*, Warszawa 2017, s. 190–198.

⁴¹ Przy jednostkach penitencjarnych funkcjonują różne typy szpitali, w tym wieloprofilowe, w których znajdują się osoby w lżejszym bądź cięższym stanie zdrowia – po zawałach, zabiegach kardiologicznych, ale także z uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym czy paralizem cztero-rękończynowym. Część więźniów jest samodzielna, inni wymagają podawania im posiłków, zmiany pieluch i umycia pod prysznicem ze względu na swój stopień niepełnosprawności.

⁴² Zgodnie z art. 115 § 5 k.k.w. pozawieziennie podmioty lecznicze współdziałają z więzienną służbą zdrowia w zapewnieniu więźniom świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest w szczególności

Służby Więziennej. Niekiedy dochodzi też do zgonu w trakcie transportu. Wówczas jednostką penitencjarną właściwą do dokonania czynności administracyjnych związanych ze zgonem jest jednostka położona najbliżej miejsca zgonu. Dowódca konwoju jest zobowiązany bezzwłocznie przekazać do niej akta ewidencyjne oraz pozostałą dokumentację zmarłego, jego dokumenty osobiste i depozyty⁴³.

Przepisy powszechnie obowiązującego prawa odnoszą się też do pochówku zmarłego, przewidując zarówno dokonanie tej czynności przez osoby najbliższe, jak i przypadki, gdy to jednostka penitencjarna zleca zakładowi pogrzebowemu pochówek. Możliwe jest także przekazanie zwłok do celów naukowych publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. To ostatnie wymaga wydania decyzji przez właściwego starostę⁴⁴.

Środki pieniężne zmarłego, z wyjątkiem należności za pracę, które wpłyną po zgonie osadzonego, podlegają zwrotowi do nadawcy, na jego koszt, w terminie 7 dni od dnia ich wpływu. Z kolei depozyt pieniężny po zmarłym osadzonym wydaje się osobom uprawnionym po przedłożeniu sądowego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia⁴⁵.

Od strony proceduralnej, w razie śmierci skazanego (oskarżonego), sąd umarza postępowanie wykonawcze (art. 15 § 1 k.k.w.). Natomiast śmierć skazanego nie kończy definitywnie postępowania karnego w sytuacjach, gdy ma ono charakter rehabilitacyjny. Nie ma bowiem przeszkód, aby wnieść i rozpoznać kasację na korzyść zmarłego (art. 529 k.p.k.) lub wznowić postępowania na jego korzyść (art. 529 k.p.k. w zw. z art. 545 § 1 k.p.k.)⁴⁶.

Grupy ryzyka i regulacje prawne zapobiegające zgonom w jednostkach penitencjarnych

Jak zaznaczono na wstępie, można wskazać szereg cech osób pozbawionych wolności czy okoliczności, które narażają osadzonych na śmierć w jednostkach

natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (Służba Więzienna wzywa w takich przypadkach pogotowie. Jednak należy podkreślić, że ma to miejsce po godzinach pracy administracji więziennej i w przypadkach, gdy na terenie jednostki penitencjarniej nie funkcjonuje szpital przywięzienny) oraz przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego.

⁴³ Zob. § 143 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 lipca 2023 r. w sprawie czynności administracyjnych...

⁴⁴ Ibidem, § 155.

⁴⁵ Zob. § 10 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie prowadzenia depozytu przedmiotów wartościowych i środków pieniężnych osób pozbawionych wolności (Dz.U. poz. 2673).

⁴⁶ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. czwarte, 2017, Lex, komentarz do art. 15.

penitencjarnych. Ze względu na ograniczoną objętość tekstu, zwrócono uwagę jedynie na najważniejsze – zdaniem autorki – grupy ryzyka, a mianowicie osoby w podeszłym wieku oraz terminalnie chore.

W obu przypadkach istotną rolę odgrywają przepisy k.k.w., regulujące postępowanie z osobą pozbawioną wolności w przypadku jej sprzeciwu wobec świadczeń medycznych. Regułą jest, że o dokonaniu zabiegu orzeka wówczas sąd penitencjarny (art. 118 § 3 k.k.w.). Jednak w nagłym wypadku, jeżeli zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego, o konieczności zabiegu decyduje lekarz (art. 118 § 4 k.k.w.). Regulacja ta ma na uwadze przede wszystkim konieczność podjęcia działań utrzymujących skazanego przy życiu np. wobec długotrwałej odmowy przyjmowania posiłków.

W tym miejscu należy też wspomnieć o samobójstwach, do jakich dochodzi w jednostkach penitencjarnych, zwłaszcza przy przyjęciu do aresztu i w początkowym okresie pobytu w nim⁴⁷. Także w toku odbywania kary czy przedłużającego się okresu tymczasowego aresztowania mogą ujawnić się choroby psychiczne, takie jak depresja czy schizofrenia paranoidalna. Dotyka to ogółu populacji więziennej, jednak osadzeni w podeszłym wieku, jak również terminalnie chorzy są narażeni na problemy zdrowia psychicznego bardziej niż pozostali więźniowie.

Profilaktyka zapobiegania samobójstwom to jednak nie tylko pomoc psychologiczna i psychiatryczna, ale także niepozostawianie osadzonych samotnie w celi, gdy pozostali więźniowie wychodzą z niej np. na spacer czy do pracy. Pojedynczy więzień jest wówczas zaprowadzany do innej celi, do czasu powrotu współosadzonych⁴⁸. Często stosuje się również umieszczenie osadzonego w celi monitorowanej. Przypadki samobójstw w takich pomieszczeniach pokazują, że mimo wszystko nie jest to skuteczna metoda zapobiegawcza. Więźniowie popełniają samobójstwa nie tylko w celach objętych systemem telewizji przemysłowej, ale też w celach wieloosobowych, np. w porze nocnej, w pozycji leżącej w łóżku bądź w kąciaku sanitarnym.

Osoby starsze w jednostkach penitencjarnych

W Polsce na koniec 2015 r. osoby powyżej 61 roku życia stanowiły 3,1% ogółu populacji więziennej, trzy lata później – już 4,1%. Z kolei w roku 2021, jak i w 2022 r. osadzeni w tym przedziale wiekowym stanowili 4,8% ogółu

⁴⁷ Penal Reform International and Thailand Institute of Justice, *Global prison trends 2020*, s. 35.

⁴⁸ E. Dawidziuk, *Realizacja przez funkcjonariuszy SW obowiązku zapewnienia skazanym bezpieczeństwa osobistego w czasie odbywania kary – wybrane aspekty*, [w:] B.M. Nowak (red.), *Odpowiedzialność prawna pracowników i funkcjonariuszy Służby Więziennej oraz innych formacji umundurowanych*, Warszawa 2022, s. 252–256.

populacji więziennej i zapewne tendencja wzrostowa będzie się w tym przedmiocie utrzymywać⁴⁹. Osoby te często borykają się z przewlekłymi chorobami i problemami zdrowotnymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, choroby płuc, udary i zaburzenia poznawcze, a niekiedy choroby nowotworowe. Osoby starsze są zatem szczególną kategorią osób pozbawionych wolności narażoną na śmierć w jednostce penitencjarnej. Ich problemy zdrowotne wymagają zwiększonej opieki medycznej, w tym korzystania z pozawięziennej służby zdrowia, konsultacji specjalistycznych czy z pobytu w szpitalach wolnościowych.

Poza tym zespoły geriatryczne w warunkach więziennych obejmują zaburzenia funkcji poznawczych, nietrzymanie moczu i zaburzenia sensoryczne (tj. utratę słuchu, zaburzenia widzenia), a niekiedy prowadzą do zgonu w wyniku doznanego urazu. Jednocześnie starsi więźniowie często cierpią z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym, odczuwają niepokój związany ze zbliżającym się zwolnieniem, strach przed śmiercią w warunkach pozbawienia wolności, chorują na depresję, mają myśli samobójcze.

W tym kontekście w publikacjach międzynarodowych podkreśla się, że w przypadku osób starszych, zwłaszcza tych, które spędziły długi czas w więzieniu i nie stanowią już zagrożenia dla społeczeństwa, zasadne byłoby zwolnienie ich z zakładu karnego w trybie przerwy w karze. Zwraca się także uwagę na konieczność uwzględnienia potrzeb skazanych kobiet w starszym wieku⁵⁰.

Na tle regulacji prawa polskiego odpowiadałoby to respektowaniu zasady wyrażonej w art. 4 § 1 k.k.w., odnoszącej się do humanitarnego wykonywania kary i środków zapobiegawczych, z poszanowaniem godności. Z kolei w odniesieniu do tymczasowo aresztowanych przepis art. 259 § 1 Kodeksu postępowania karnego pozwala na uchylenie izolacyjnego środka zapobiegawczego ze względów humanitarnych, tj. gdy pozbawienie oskarżonego wolności spowodowałoby dla jego życia lub zdrowia poważne niebezpieczeństwo. Bez wątpienia nieuchronność śmierci, podkreślana w opiniach lekarzy poprzez stan kahektyczny, mieści się w tej przesłance⁵¹.

⁴⁹ Obliczenia własne w oparciu o dane prezentowane przez Centralny Zarząd Służby Więziennej w informacjach rocznych.

⁵⁰ Ibidem, s. 25; Association for the Prevention of Torture, *Monitoring the situation of older persons deprived of liberty in the context of the COVID-19 pandemic*, Report on the regional meeting of National Preventive Mechanisms (NPMs) and civil society organizations (CSOs) of the OSCE region, 16–17.06.2021, s. 10, 17.

⁵¹ L.K. Paprzycki, [w:] J. Grajewski, S. Steinborn, L.K. Paprzycki, *Komentarz aktualizowany do art. 1–424 Kodeksu postępowania karnego*, 2015, Lex, komentarz do art. 259.

Osoby terminalnie chore

Oprócz osób w podeszłym wieku, coraz częściej ciężko chorują również młodzi skazani. Wiąże się to zwykle z zaawansowaną chorobą nowotworową. Osoby takie, wchodząc w późne stadia śmiertelnej choroby, wymagają specjalistycznej opieki na koniec życia i mają różnorodne potrzeby, a administracja więzienna zwykle nie jest odpowiednio przygotowana, aby na nie odpowiedzieć, mimo regulacji art. 115 k.k.w.⁵² Szpital dla osób przewlekle chorych funkcjonuje jedynie przy Zakładzie Karnym w Czarnem i dysponuje zaledwie 36 łózkami. Okres oczekiwania, aby zwolniło się tam miejsce, wynosił w ostatnim czasie średnio dwa lata. To sprawia, że osoby w ciężkich stanach zdrowia są umieszczane w oddziałach wieloprofilowych szpitali przywieziennych. Rzecznik Praw Obywatelskich badał to zagadnienie w 2016 r.⁵³, podkreślając już wówczas, że Służba Więzienna powinna utworzyć kolejne oddziały dla przewlekle chorych. Pandemia koronawirusa utrudniła szybką realizację tego przedsięwzięcia.

Zwykle stan letalny osób pozbawionych wolności wiąże się z chorobą nowotworową. Podawanie chemii odbywa się każdorazowo w szpitalach wolnościowych, do których więźniowie są transportowani. Niekiedy pobyt skazanego w oddziale onkologicznym trwa kilka tygodni, co stanowi znaczne obciążenie budżetu Służby Więziennej.

Mimo powyższego, przy diagnozie lekarzy brzmiącej, że śmierć jest pewna, skazani nie zawsze uzyskują jednak przerwę w karze i umierają w jednostce penitencjarnej – w zwykłej celi mieszkalnej bądź na terenie szpitala. W przekonaniu autorki należy dążyć do tego, aby osadzony ze względu na taki stan zdrowia, opuścił mury więzienne i mógł zakończyć swoje życie w gronie osób bliskich bądź znalazł się w domu pomocy społecznej⁵⁴. Skazany chory na nowotwór, często leżąc w łóżku, potrzebując pomocy osób trzecich, nie jest w stanie realizować celów kary pozbawienia wolności określonych w art. 67 k.k.w.

⁵² Zob. S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. trzecie, Warszawa 2010, s. 477–482.

⁵³ Zob. J. de Michelis (oprac.), *Wykonywanie tymczasowego aresztowania i kary pozbawienia wolności wobec osób w wieku senioralnym*, dokument z 4 sierpnia 2017 r., IX.517.1692.2016.JM, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Wykonywanie%20tymczasowego%20aresztowania%20i%20kary%20pozbawienia%20wolno%C5%9Bci%20wobec%20os%C3%B3w%20w%20wieku%20senioralnym.pdf> (data dostępu: 28.12.2022).

⁵⁴ Zob. opis przypadków zgonów w zakładach karnych, przeanalizowanych przez M. Ksel-Teleśnicką, *Analiza 10 przypadków zgonów osób pozbawionych wolności w szpitalach przywieziennych w latach 2019–2020*, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Analiza%2010%20przypadk%C3%B3w%20dr%20Marzena%20Ksel-Tele%C5%9Bnicka.pdf> (data dostępu: 28.12.2022).

Standardy międzynarodowe dotyczące skazanych i tymczasowo aresztowanych w kontekście opieki medycznej i zgonów w jednostkach penitencjarnych

Z poziomu prawa międzynarodowego zasadnicze znaczenie na tle omawianej problematyki ma prawo do życia wyrażone w art. 2 Europejskiej konwencji praw człowieka⁵⁵, art. 3 Powszechnej deklaracji praw człowieka, a także art. 6 Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych. Z kolei w kontekście zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej osobom ciężko chorym istotny jest bezwzględny zakaz tortur oraz nieludzkiego bądź poniżającego traktowania, wyrażony w art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka, art. 5 Powszechnej deklaracji praw człowieka oraz w art. 7 Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych.

Ponadto do analizowanej problematyki odnosi się również prawo typu *soft law*. Rekomendacje Organizacji Narodów Zjednoczonych z 2015 r., dotyczące traktowania więźniów, zwane Regulami Nelsona Mandeli⁵⁶ (dalej jako RNM), zalecają, aby w toku odbywania kary wpisywać wszelkie informacje dotyczące okoliczności i powodów powstania jakichkolwiek ran, czy śmierci (reg. 8f)⁵⁷.

Według reguły 69 RNM w przypadku śmierci osadzonego dyrektor zakładu karnego niezwłocznie informuje najbliższą rodzinę lub osobę wskazaną do kontaktu w nagłych wypadkach. Osoby wyznaczone przez więźnia do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia są powiadamiane przez dyrektora o poważnej chorobie, urazie lub przeniesieniu do zakładu opieki zdrowotnej. Wyrażna prośba skazanego, aby nie informować jego współmałżonka lub najbliższego krewnego w przypadku choroby lub urazu, powinna zaś zostać uszanowana.

Zgodnie z regułą 71 RNM zaleca się, aby – niezależnie od wszczęcia dochodzenia wewnętrznego – dyrektor zakładu karnego niezwłocznie zgłosił każdy przypadek śmierci w areszcie, zaginięcia lub poważne obrażenia ciała do organu sądowego lub innego właściwego organu, który jest niezależny od administracji zakładu karnego i jest upoważniony do przeprowadzenia szyb-

⁵⁵ Zob. wyrok ETPC z 14 marca 2022 r. w sprawie *Paul i Audrey Edwards v. Wielka Brytania*, skarga nr 46477/99, w którym Trybunał stwierdził, że doszło do naruszenia prawa do życia w odniesieniu do tymczasowo aresztowanego, który został skopany na śmierć w swojej celi przez współwięźnia. Z kolei w wyroku z 3 września 2020 r. w sprawie *Kamińska i inni v. Polska*, skarga nr 4006/17 orzekł naruszenie art. 2 Europejskiej konwencji praw człowieka w aspekcie proceduralnym, gdyż postępowanie o odszkodowanie w związku ze śmiercią partnera i ojca skarżących trwało przed sądami krajowymi 7 lat (zgon nastąpił 9 dni po zwolnieniu z jednostki penitencjarnej).

⁵⁶ Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 17 grudnia 2015 r. – Wzorcowe Reguły Minimalne Narodów Zjednoczonych dotyczące Traktowania Więźniów (reguły Nelsona Mandeli), A/RES/70/175.

⁵⁷ Zasady prowadzenia dokumentacji i postępowania określa podręcznik opracowany przez ONZ pt. Protokół istambulski z 2015 r.

kiego, bezstronnego i skutecznego zbadania okoliczności i przyczyn takich zdarzeń. Administracja zakładu karnego w pełni współpracuje z tym organem i zapewnia zachowanie wszystkich dowodów. Ma to również zastosowanie w każdym przypadku, gdy istnieją uzasadnione podstawy do przypuszczenia, że doszło w więzieniu do torturowania lub innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, niezależnie od tego, czy wpłynęła formalna skarga⁵⁸.

Reguła 72 RNM odnosi się z kolei do postępowania z ciałem osadzonego i stanowi, że administracja zakładu karnego traktuje ciało zmarłego więźnia z szacunkiem i godnością. Ciało zmarłego więźnia powinno zostać zwrócone jego najbliższej rodzinie tak szybko, jak to możliwe, najpóźniej po zakończeniu dochodzenia. Administracja więzienna ułatwia zorganizowanie pogrzebu dostosowanego do warunków kulturowych, jeśli żadna inna odpowiedzialna osoba nie chce lub nie może tego zrobić i prowadzi pełną dokumentację w tej sprawie.

Z kolei zasadniczym dokumentem w obszarze Rady Europy są rekomendacje Komitetu Ministrów Rady Europy Rec (98) 7 dotyczące etycznych i organizacyjnych aspektów opieki zdrowotnej w zakładzie karnym⁵⁹, które wskazują, że więźniom należy zapewnić takie same świadczenia medyczne jak osobom na wolności i te same etyczne reguły powinny obowiązywać w opiece zdrowotnej niezależnie od miejsca udzielania świadczeń i ich podmiotu.

Natomiast Europejskie reguły więzienne opracowane przez Radę Europy w 2006 r., znowelizowane w 2020 r.⁶⁰, zalecają, podobnie jak RNM, aby przy przyjęciu do jednostki penitencjarnej niezwłocznie odnotować nazwisko i dane kontaktowe osoby wyznaczonej przez więźnia do kontaktu w przypadku śmierci, poważnych obrażeń lub choroby (reguła 15.1g). Jeśli dojdzie do takich przypadków lub więzień zostanie przeniesiony do szpitala, władze więzienne, o ile osadzony nie zwrócił się do nich z prośbą, aby tego nie robić, niezwłocznie informują jego małżonka lub partnera lub, jeśli więzień jest samotny, najbliższego krewnego i każdą inną osobę wskazaną wcześniej przez więźnia (reguła 24.9). Z kolei reguła 70.4 stanowi, że skargi dotyczące śmierci lub złego traktowania w więzieniu powinny być rozpatrywane bezzwłocznie i być zakończone skutecznym dochodzeniem zgodnie z regułą 55, która odnosi się do obowiązku prowadzenia dochodzeń w sprawie czynów przestępczych w więzieniach. Obowiązek ten wynika również z ukształtowanego orzecznictwa

⁵⁸ Zwrócenie uwagi na tę rekomendację może być szczególnie aktualne wobec opublikowanego na początku 2023 r. raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, który wskazuje na stosowanie tortur w jednym z zakładów karnych.

⁵⁹ Rekomendacja nr R (98) 7, <https://rm.coe.int/09000016804fb13c> (data dostępu: 3.03.2023).

⁶⁰ Zalecenie Rec(2006)2-rev Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie europejskich reguł więziennych, przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952 posiedzeniu zastępców ministrów oraz zweryfikowane i zmienione przez Komitet Ministrów w dniu 1 lipca 2020 r. na 1380 posiedzeniu zastępców ministrów.

Europejskiej Trybunału Praw Człowieka oraz ze standardów Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu.

Trybunał w Strasburgu podkreślał także w poszczególnych wyrokach odnoszących się do przypadków śmierci w jednostkach penitencjarnych bądź opieki medycznej zapewnianej osadzonym, że osoby uwięzione są zdane na państwo, a władze mają obowiązek je chronić. Stąd jeśli jednostka zostanie aresztowana, a jej stan zdrowia przy zwolnieniu będzie gorszy w stosunku do dnia przyjęcia do izolacji penitencjarnej, to organy państwa muszą wyjaśnić, skąd wzięły się jej dolegliwości. Ponadto zobowiązanie władz do wyjaśnienia sposobu traktowania danej osoby w areszcie jest szczególnie rygorystyczne, kiedy osadzony umiera⁶¹.

Jednocześnie w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka powtarzano wielokrotnie, że art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka nie ustanawia ogólnego obowiązku zwolnienia osadzonych ze względów zdrowotnych, ale nakłada na państwo obowiązek ochrony dobrostanu fizycznego osób pozbawionych wolności, na przykład poprzez zapewnienie im pomocy medycznej dostosowanej do stanu zdrowia.

Analizowane zagadnienie wiąże się również z jeszcze jedną tezą. Mianowicie, warunki pozbawienia wolności zapewniane wszystkim więźniom muszą respektować godność osób pozbawionych wolności. W jej rozwinięciu Trybunał dodaje, że sposób wykonywania poszczególnych środków nie może prowadzić do cierpienia i trudności, które przekraczają nieunikniony poziom uciążliwości nieodłącznie związany z pozbawieniem wolności⁶². Zasada ta bez wątpienia odnosi się do konieczności zapewnienia opieki medycznej i ogólnego dobrostanu więźnia, także psychicznego⁶³, o czym należy pamiętać zarówno w kontekście ciężko chorych więźniów, jak i tych, którzy mają zdiagnozowaną chorobę psychiczną, co w polskich jednostkach penitencjarnych również stanowi problem systemowy⁶⁴.

Podsumowanie

Wysoki Komisarz ONZ do spraw Praw Człowieka, wydając w 2019 r. zalecenia odnoszące się do przemocy i zgonów w więzieniach, podkreślił, że istotne jest gromadzenie, opracowywanie i analizowanie danych dotyczących uży-

⁶¹ Wyroki ETPC z 9 grudnia 2008 r.: w sprawie *Dzieciak v. Polska*, § 89–90 i w sprawie *Keenan v. Wielka Brytania*, § 91.

⁶² Wyrok ETPC z 14 listopada 2002 r. w sprawie *Mouisel v. Francja*, § 40.

⁶³ Wyrok ETPC z 26 października 2000 r. w sprawie *Kudła v. Polska*, skarga nr 30210/96, § 93–94.

⁶⁴ J. Heitzman, *Niepełnosprawni intelektualnie i chorzy psychicznie w jednostkach penitencjarnych*, [w:] E. Dawdziuk, M. Mazur (red.), op. cit., s. 27–28.

cia siły, przemocy, śmierci i poważnych obrażeń ciała osób pozbawionych wolności, z podziałem na wiek, pochodzenie etniczne, płeć, orientację seksualną, przyczynę śmierci i rodzaj przestępstwa. Należy też zagwarantować, że wszystkie przypadki śmierci i poważnych obrażeń w jednostce penitencjarnej będą zgłaszane i badane przez niezależny organ⁶⁵.

Odnosnie do ostatniej wskazanej rekomendacji polskie regulacje prawne, co przedstawiono wcześniej, przewidują stosowne procedury. Natomiast przeprowadzona analiza statystyczna zgonów osób skazanych i tymczasowo aresztowanych pozwala wysnuć wniosek, że dane te wymagają poszerzenia⁶⁶. Powinny one uwzględniać rekomendacje Wysokiego Komisarza ONZ, w szczególności podział według wieku, płci i ewentualnie innych czynników. To bowiem pozwoliłoby zidentyfikować i oszacować różnice w liczbie i w przyczynach zgonów w poszczególnych grupach populacji więźniów.

We wnioskach można też stwierdzić, że pewne kategorie więźniów, jak skazani na karę dożywotniego pozbawienia wolności, mogą zakładać od samego początku, że ich śmierć nastąpi w warunkach więziennych i tylko potencjalna możliwość uzyskania warunkowego przedterminowego zwolnienia może zmienić tę sytuację⁶⁷. Zdecydowana większość skazanych nie czyni jednak takiego założenia. Należy zatem dążyć do przyjęcia koncepcji, że w tych przypadkach, gdy wiemy, że śmierć więźnia jest nieunikniona ze względu na ciężki stan zdrowia, nie jest on w stanie realizować celów kary z art. 67 k.k.w., a utrzymuje kontakt z rodziną, zostanie on zwolniony z zakładu karnego w ramach istniejących instytucji prawnych (głównie w trybie przerwy w karze ze względów zdrowotnych), aby zakończył swoje życie wśród bliskich poza murami więziennymi⁶⁸. To odpowiada wyrażonej w k.k.w. zasadzie humanitarnej⁶⁹ oraz godnego traktowania osób pozbawionych wolności. Zasada ta może być również podstawą uchylenia przez sąd tymczasowego aresztowania stosowanego wobec osób w stanie paliatywnym.

Każdy przypadek jest inny, co sprawia, że nie zawsze to będzie możliwe, jednak redukcja przypadków śmierci w jednostkach penitencjarnych powinno przyświecać organom państwa. Śmierć w więzieniu nie ma bowiem nic

⁶⁵ UN High Commissioner for Human Rights, *Human rights in the administration of justice*, A/HRC/42/20, United Nations, 30.07.2019, s. 17–18.

⁶⁶ Chodzi o dane statystyczne powszechnie dostępne, pozwalające na prowadzenie analiz i badań porównawczych.

⁶⁷ Możliwość tę wyłącza obecnie Kodeks karny w przepisie art. 77, który, wchodząc w życie z dniem 1 października 2023 r., przewiduje możliwość orzeczenia przez sąd bezwzględnej kary dożywotniego pozbawienia wolności, a zatem bez możliwości ubiegania się w przyszłości o warunkowe przedterminowe zwolnienie (Dz.U. z 2022 r., poz. 2600).

⁶⁸ Ciężka choroba uniemożliwiająca wykonanie kary jest przesłanką do obligatoryjnego udzielenia przerwy w wykonaniu kary, zgodnie z art. 153 § 1 k.k.w. w zw. z art. 150 § 1 k.k.w.

⁶⁹ Zob. szerzej: A. Tomporek, *Humanitaryzm w postępowaniu karnym wykonawczym*, [w:] S. Lelental, G.B. Szczygieł (red.), *X lat obowiązywania kodeksu karnego wykonawczego*, Białystok 2009, s. 295–313.

wspólnego z godnym umiarem. Ma miejsce zwykle w samotności albo wśród więźniów, którzy nie zawsze wykazują empatię⁷⁰. Możliwość zwolnienia z jednostki penitencjarnej leży jednak po stronie sądu penitencjarnego bądź sądu karnego decydującego w przedmiocie tymczasowego aresztowania, a funkcjonariuszom Służby Więziennej pozostaje jedynie możliwość zadbania o realizację potrzebnych świadczeń zdrowotnych czy wręcz pielęgnacyjnych u schyłku życia osób, których zgon nastąpi w warunkach izolacji penitencjarnej.

Czym innym są natomiast zgony nagłe, powiązane ze stanem zdrowia, a zatem uprzednio świadczoną osadzonym opieką medyczną. Podobnie przypadki samobójstw, które należy oceniać przez pryzmat udzielanej więźniom opieki psychologicznej i psychiatrycznej. Postulaty praktyczne w tym obszarze sprowadzają się zatem do zwiększenia obsady psychologów i lekarzy specjalistów, którzy są zatrudnieni w poszczególnych jednostkach penitencjarnych.

W przypadku zaś zgonu będącego wynikiem zaniedbania w zakresie opieki zdrowotnej jak w przypadku sprawy *Dzieciak*⁷¹ czy *Pysz*⁷², organy państwa powinny przeprowadzić postępowanie i doprowadzić do ukarania winnych śmierci osoby pozbawionej wolności. Prawo do życia jest bowiem prawem pierwotnym, a zarazem niezbywalnym, które przysługuje każdej osobie, także tej pozbawionej wolności⁷³.

Wykaz literatury

- Brodzińska-Żukowska O., *Newralgiczne momenty kary dożywotniego pozbawienia wolności a reakcja systemu*, [w:] M. Nielączna, J. Klimczak (red.), *Dożywotni więźniowie. Najlepsi z najgorszych i źli stale*, Wyd. UW, Warszawa 2022.
- Brzostymowska E., *Osoby pozbawione wolności z niepełnosprawnością psychiczną*, [w:] E. Dawidziuk, M. Mazur (red.), *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017.
- Dawidziuk E., *Odpowiedzialność karna za brak udzielania świadczeń medycznych w zakładach karnych*, [w:] T. Gardocka, D. Jagiełło (red.), *Nowe medyczne prawo karne*, C.H. Beck, Warszawa 2021.

⁷⁰ Zob. szerzej na ten temat w pismach Rzecznika Praw Obywatelskich, który badał sytuację osób w stanie terminalnym, z chorobami otępiennymi: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/kiedy-czlowiek-umiera-w-wiezieniu-rpo-do-sluzby-wieziennej> (data dostępu: 12.12.2022).

⁷¹ Wyrok ETPC z 9 grudnia 2008 r. w sprawie *Dzieciak v. Polska*, skarga nr 77766/01.

⁷² Zob. Śmierć w więzieniu. Sprawa Agnieszki Pysz, [w:] B. Imiołczyk, A. Jędrzejczyk, A. Kosz, Z urzędu. *Nieurzędowy raport ze skarg, rozmów, spotkań z Rzecznikiem Praw Obywatelskich VII kadencji 2015–2020 Adamem Bodnarem*, Warszawa 2020.

⁷³ Szerzej: J. Giezek, R. Kokot, *Granice ludzkiego życia a jego prawna ochrona*, [w:] B. Banaś, A. Preisner (red.), *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002, s. 101–104.

- Dawidziuk E., *Realizacja przez funkcjonariuszy SW obowiązku zapewnienia skazanym bezpieczeństwa osobistego w czasie odbywania kary – wybrane aspekty*, [w:] B.M. Nowak (red.), *Odpowiedzialność prawna pracowników i funkcjonariuszy Służby Więziennej oraz innych formacji umundurowanych*, Instytut Społecznych Podstaw Penitencjarystyki, Warszawa 2022.
- Giezek J., Kokot R., *Granice ludzkiego życia a jego prawna ochrona*, [w:] B. Banaszak, A. Preisner (red.), *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, C.H. Beck, Warszawa 2002.
- Grajewski J., Steinborn S., Paprzycki L.K., *Komentarz aktualizowany do art. 1–424 Kodeksu postępowania karnego*, 2015, Lex.
- Heitzman J., *Niepełnosprawni intelektualnie i chorzy psychicznie w jednostkach penitencjarnych*, [w:] E. Dawidziuk, M. Mazur (red.), *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną w jednostkach penitencjarnych. Z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017.
- International Committee of the Red Cross, *Guidelines for Investigating Deaths in Custody*, 2020.
- Imiołczyk B., Jędrzejczyk A., Kosz A., *Z urzędu. Nieurzędowy raport ze skarg, rozmów, spotkań z Rzecznikiem Praw Obywatelskich VII kadencji 2015–2020 Adamem Bodnarem*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2020.
- Korwin-Szymanowska A. (red.), *Przemiany polskiego prawa karnego w latach 1986–2016. Księga jubileuszowa dedykowana Teodorowi Szymanowskiemu*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2018.
- Lelental S., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. trzecie, C.H. Beck, Warszawa 2010.
- de Michelis J. (oprac.), *Wykonywanie tymczasowego aresztowania i kary pozbawienia wolności wobec osób w wieku senioralnym*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017.
- Nawój-Śleszyński A., *Przeludnienie więzień w Polsce – przyczyny, następstwa i możliwości przeciwdziałania*, Wyd. UŁ, Łódź 2013.
- Penal Reform International, *Coronavirus – Preventing harm and human rights violations in criminal justice systems*, 2020.
- Penal Reform International and Thailand Institute of Justice, *Global Prison Trends 2020*, 2020.
- Penal Reform International and Thailand Institute of Justice, *Global Prison Trends 2022*, 2022.
- Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. czwarte, Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
- Romanowska A.U., *Próby samobójcze jako przejaw patologicznego zachowania więźniów*, [w:] D. Dajnowicz-Piesiecka, E. Jurgielewicz-Delegacz, E.W. Pływaczewski (red.), *Badania kryminologiczne a praktyka. Perspektywa krajowa i międzynarodowa*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021.
- Tomporek A., *Humanitaryzm w postępowaniu karnym wykonawczym*, [w:] S. Lelental, G.B. Szczygiel (red.), *X lat obowiązywania kodeksu karnego wykonawczego*, Temida 2, Białystok 2009.
- Wielka encyklopedia prawa*, Wyd. Prawo i Praktyka Gospodarcza, wyd. drugie, Warszawa 2005.
- World Health Organization and International Association for Suicide Prevention, *Preventing suicide in jails and prisons*, 2007.

World Health Organization, *POLAND. Health in prisons – COVID-19: minimum dataset. Summary of data reported from May 2020 to October 2021*, World Health Organization, Kopenhagen 2022.

Summary

Inmates' deaths in penitentiary units in Poland

Keywords: prisoners' rights, right to life, death, suicide, serious illness, right to healthcare, COVID-19.

The article analyzes the issue of deaths of convicts and pretrial detainees in penitentiary units, as a special type of emergency event in the light of the right to life the right to health protection and the right to ensure personal safety. The purpose of the article is to analyze the current legal regulations, and statistical data for the period 2002–2022, and to point out the groups at risk, and therefore those vulnerable to death in penitentiary isolation. It also considers the basic international standards of the UN and Council of Europe as they relate to the treatment of persons deprived of their liberty in prisons in the context of the issue at hand. The conclusions that arise from the analysis boil down to the statement that elderly and terminal prisoners are particularly vulnerable to death in penitentiary isolation. The principle of humanitarian treatment should induce release from the penitentiary unit, which is served by existing legal institutions relating to convicts as well as pretrial detainees. Statistical data should eventually be collected on deaths on a broader scale, which will allow in-depth analysis. Indeed, the state should strive to minimize deaths in penitentiary units, including suicide deaths.