

Wybrane problemy związane ze stosowaniem i wykonywaniem tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

ADAM KWIECIŃSKI

Katedra Prawa Karnego Wykonawczego
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

I

Tymczasowe aresztowanie będące jedynym izolacyjnym środkiem zapobiegawczym przewidzianym w polskiej procedurze karnej wzbudza od lat liczne kontrowersje w nauce, a także wśród opinii społecznej. Spory dotyczą w równej mierze regulacji prawnej tej instytucji, jak i praktyki jej stosowania. Należy podkreślić, iż wejście w życie nowej kodyfikacji karnej w roku 1998 wcale nie zmniejszyło temperatury ożywionej debaty toczącej się wokół tego środka zapobiegawczego, która nieustannie jest udziałem polskiego środowiska naukowego oraz środków masowego przekazu. Trudno zresztą dziwić się takiej sytuacji, skoro w wypadku tymczasowego aresztowania mamy do czynienia z realnym pozbawieniem wolności osoby, której przysługuje domniemanie niewinności. Krzyżuje się tutaj potrzeba zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania karnego (art. 249 k.p.k.) z koniecznością ochrony konstytucyjnych praw osoby, wobec której ten środek ma zostać użyty.

Ta doniosła i trudna materia stała się przedmiotem licznych artykułów, a ostatnio także opracowań o charakterze monograficznym. Przepisy dotyczące stosowania i wykonywania tymczasowego aresztu poddano drobiazgowej analizie także w kolejnych komentarzach do kodeksu postępowania karnego i kodeksu karnego wykonawczego. Z tego też powodu w niniejszej pracy pominięte zostaną kwestie dotyczące przesłanek stosowania, czasu trwania tego środka oraz inne, które znalazły miejsce w piśmiennictwie. Podjęta zostanie natomiast próba prezentacji problemów pojawiających się w trakcie stosowania i wykonywania tego środka wobec osób zaburzonych psychicznie. Jest to o tyle istotne, iż mimo że kwestie te wydają się ważne w praktyce, nie zostały jeszcze dostatecznie omówione w literaturze, a w najlepszym razie uczyniono to tylko częściowo.

II

Sytuacje, w których stan zdrowia psychicznego oskarżonego stanowi przeszkodę w postępowaniu karnym, nie należą w praktyce do wyjątków. Ustawodawca, starając się spełnić postulat ochrony zdrowia psychicznego jednostki jako dobra nadrzędnego, musi zadbać o prawidłowy tok procesu. Znajduje to odbicie w odpowiednich przepisach k.p.k. i k.k.w.

Choroba psychiczna lub inna ciężka choroba może stać się podstawą zawieszenia postępowania karnego (art. 22 § 1 k.p.k.). Zawieszenie trwa przez okres występowania przeszkody, która uniemożliwia prowadzenie postępowania. Nie każda choroba psychiczna uniemożliwia oskarżonemu branie udziału w postępowaniu i powoduje jego zawieszenie¹. Przez pojęcie „inna ciężka choroba” w piśmiennictwie rozumie się zasadniczo

¹ Choroba psychiczna uzasadnia zawieszenie postępowania, gdy pozbawia oskarżonego możliwości brania udziału w procesie lub wyłącza możliwość rozumnej obrony. Jest to sytuacja, w której oskarżony mimo udziału niezbędnego obrońcy nie jest w stanie kierować swoim zachowaniem w toku procesu, tj. w sposób właściwy rozumieć znaczenie czynności procesowych i składać sensownych oświadczeń. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 1979 r., IV KR 92/79, OSNPG nr 11, poz. 156, oraz postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 1998 r., III KKN 88/97, OSProk i Pr. 1998, nr 11–12, poz. 12. Szerzej na ten temat zob. J. Kurdelek, *Choroba psychiczna jako przyczyna zawieszenia postępowania*, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 11–12.

chorobę somatyczną². Choroba jako przesłanka zawieszenia musi być stwierdzona opinią biegłych lekarzy, którzy powinni ocenić pod tym kątem także zdolność badanego do udziału w postępowaniu.

Zgodnie z art. 255 k.p.k. zawieszenie postępowania nie stoi na przeszkodzie orzekaniu co do środków zapobiegawczych, w tym co do tymczasowego aresztowania. Najczęściej decyzje w tym przedmiocie będą dotyczyć uchylenia lub zmiany środka zapobiegawczego. Zawieszenie postępowania karnego z powodu choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby oskarżonego stwarza szczególną sytuację, jeśli chodzi o stosowanie środków zapobiegawczych, zwłaszcza w kontekście regulacji art. 260 k.p.k. Na podstawie tego przepisu tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w zakładzie leczniczym, jeśli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga. W doktrynie te dwie sytuacje wiąże się ze sobą. Z tego powodu powszechny jest pogląd, że gdy przyczyną zawieszenia jest choroba psychiczna, to ten środek powinien być wykonywany w zakładzie leczniczym³. Warto dodać, że takie rozwiązanie jest po części usankcjonowaniem praktyki, z którą mieliśmy do czynienia od 1938 r.⁴

W art. 259 § 1 k.p.k. stypizowano sytuacje, w których realne dolegliwości związane ze stosowaniem tego izolacyjnego środka zapobiegawczego mogą spowodować dla oskarżonego lub jego rodziny uciążliwość, przekraczającą dopuszczalne normy. Zgodnie z pkt 1 powołanego przepisu, jeżeli szczególne względy nie stoją temu na przeszkodzie, należy odstąpić od tymczasowego aresztowania, zwłaszcza gdy pozbawienie oskarżonego wolności spowodowałoby dla jego życia lub zdrowia poważne niebezpieczeństwo. Jest to tak zwany względny zakaz stosowania tymczasowego aresztowania, który odnosi się do rozstrzygania o zastosowaniu i przedłużaniu tymczasowego aresztowania, a także okoliczności, gdy przesłanka z art. 259 § 1 pkt 1 k.p.k. pojawiła się podczas wykonywania tego środka⁵. W doktrynie podkreśla się, że sformułowanie „należy odstąpić” sugerować by mogło bezwzględny zakaz użycia tego środka. Jednak zastosowanie w tym przypadku ocenne-

² A. Sakowicz, [w:] K. Boratyńska *et al.*, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 101.

³ Z. Gostyński, *Zawieszenie postępowania karnego*, Warszawa 1994, s. 244 n.

⁴ *Ibidem*, s. 145 n.

⁵ T. Grzegorzczak, *Kodeks postępowania karnego – komentarz*, Kraków 2001, s. 611 n.

go terminu w postaci „szczególnych względów” eliminuje bezwzględność omawianego zakazu. Organ uprawniony do podejmowania decyzji w zakresie stosowania i uchylania tego środka musi za każdym razem rozsądzić, kiedy owe względy będą przemawiać przeciwko odstąpieniu od zastosowania instytucji tymczasowego aresztowania mimo zaistnienia przesłanek natury zdrowotnej po stronie oskarżonego. Jacek Izdorczyk wskazuje tutaj na okoliczności obiektywne (np. ewidentne matactwo) i subiektywne (przekonanie sędziego, że podejrzany pomimo stanu zdrowia w dalszym ciągu będzie utrudniał postępowanie karne)⁶.

Prawidłowa interpretacja treści art. 259 § 1 pkt 1 k.p.k. (tzn. właściwe zastosowanie norm zawartych w tym przepisie w kontekście konkretnego przypadku) może jednak sprawić trudności organom procesowym. Z jednej strony zachodzi potrzeba dokonania wykładni terminów wybitnie ocennych („szczególne względy” i „poważne niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia”) oraz ustalenie właściwych między nimi relacji. Z drugiej zaś istnieje konieczność dokonania ustalenia stanu rzeczywistego, co w odniesieniu do stanu zdrowia psychicznego będzie wymagało oceny lekarskiej. Kwestie te, ze względu na ich skomplikowanie i złożoność materii, były często przedmiotem orzeczeń sądów apelacyjnych i Sądu Najwyższego, nieco rzadziej przedmiotem zainteresowania doktryny.

„Szczególne względy” mogące stanowić przeszkodę w odstąpieniu od tymczasowego aresztu to w opinii judykatury sytuacje, kiedy na przykład aresztowany pozostaje pod zarzutem popełnienia przestępstwa o znacznym stopniu społecznej szkodliwości, jak zabójstwo, albo gdy zachodzi obawa, że zwolnienie grozi utrudnieniem postępowania⁷. Również okoliczności związane z popełnieniem poważnego przestępstwa w powiązaniu z dotychczasowym sposobem życia, wielokrotną karalnością i negatywną opinią z miejsca zamieszkania, zdaniem judykatury, zdecydowanie przemawiają za powołaniem się na tę przesłankę i zastosowaniem aresztu⁸. Inne przykłady podaje Włodzimierz Posnow. Wska-

⁶ J. Izdorczyk, *Stosowanie tymczasowego aresztowania w polskim postępowaniu karnym*, Kraków 2002, s. 148.

⁷ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 marca 1992 r., II Akz 54/92, KZS 1992, z. 3–9, poz. 108.

⁸ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 30 czerwca 1992 r., II Akz 171/92, OSA 1992, z. 10, poz. 53.

zuje on na szczególnie skomplikowany podmiotowo, przedmiotowo i dowodowo stan faktyczny sprawy, obawę popełnienia nowego ciężkiego przestępstwa, a także, podobnie jak w powołanym wyżej orzeczeniu krakowskiego Sądu Apelacyjnego, wyjątkowy ciężar gatunkowy zarzucanego podejrzanemu czynu zabronionego⁹. Lech K. Paprzycki zaznacza, że pod pojęciem szczególnych względów należy rozumieć sytuację, w której w konkretnej sprawie przesłanki przemawiające za stosowaniem izolacyjnego środka zapobiegawczego występują ze szczególnym nasileniem, i jest to ta wyjątkowa sytuacja, gdy niezakłócony przebieg procesu jest z punktu widzenia interesu społecznego wartością wyższą niż życie i zdrowie oskarżonego. Autor dodaje, że z sytuacją taką możemy mieć do czynienia wtedy, gdy okoliczności przemawiające za tymczasowym aresztowaniem są w „wyjątkowo wysokim stopniu zawinione przez oskarżonego”¹⁰. Jan Bednarzak wskazuje na jeszcze inny aspekt stosowania tego środka mimo przeciwwskazań zdrowotnych. Zwraca on uwagę na realnie istniejącą obawę uprowadzenia oskarżonego lub podjęcia próby pozbawienia go życia celem utrudnienia postępowania karnego¹¹.

Wydaje się jednak, że przesłanka ta nie może być rozpatrywana w oderwaniu od innych przepisów dotyczących tego środka zapobiegawczego, szczególnie art. 260 k.p.k. Przepis ten przewiduje możliwość wykonywania tymczasowego aresztowania w zakładzie leczniczym, włączając w to placówki specjalistyczne usytuowane poza systemem penitencjarnym. Dzięki temu istnieje możliwość osiągnięcia celów postępowania karnego bez uszczerbku dla zdrowia aresztowanego. Nieuwzględnianie w praktyce orzeczniczej tego przepisu spowodowałoby, że decyzje sądu o stosowaniu tymczasowego aresztowania mimo poważnych problemów zdrowotnych podejrzanego obciążone byłyby zbyt wysoką ceną. Wybór pomiędzy zapewnieniem prawidłowego toku postępowania a życiem i zdrowiem człowieka, któremu przysługuje domniemanie niewinności, nie może być przecież wyborem realnym. *De lege lata* należy postulować, gdy sąd mimo uzyskanej w toku postępo-

⁹ W. Posnow, [w:] Z. Świda, R. Ponikowski, W. Posnow, *Postępowanie karne. Część ogólna*, Warszawa 2008, s. 416.

¹⁰ L.K. Paprzycki, [w:] J. Grajewski, L.K. Paprzycki, S. Steinborn, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, t. I, Kraków 2006, s. 716.

¹¹ J. Bednarzak, [w:] J. Bańa et al., *Kodeks postępowania karnego – komentarz*, Warszawa 1976, s. 299.

wania wiedzy o poważnych problemach zdrowotnych oskarżonego zdecydować się ze szczególnych względów na tymczasowe aresztowanie, rozstrzygnięcie jednoczesne kwestii zastosowania art. 260 k.p.k. Jak słusznie uznał bowiem Sąd Najwyższy¹², brak zainteresowania sądu stosującego tymczasowe aresztowanie oświadczeniem podejrzanego popartego dokumentacją lekarską, iż jego stan zdrowia stanowi przeciwwskazanie osadzenia go w areszcie śledczym, może w rezultacie doprowadzić do przyjęcia, że ten środek zapobiegawczy został zastosowany niewątpliwie niesłusznie w rozumieniu art. 552 § 4 k.p.k.

W piśmiennictwie trafnie akcentuje się potrzebę powołania w uzasadnieniu postanowienia sądu wszystkich okoliczności sprawy, niezależnie czy stały się one podstawą decyzji pozytywnej (odstąpienia od aresztowania) czy negatywnej (zastosowania aresztu)¹³.

Jako że określenie stopnia zagrożenia życia i zdrowia podejrzanego wymaga wiadomości specjalnych, sąd przy ustalaniu tej przesłanki powinien skorzystać z pomocy biegłych. W wypadku opiniowania o zdrowiu psychicznym będą to przede wszystkim biegli psychiatrzy, ale też nie wyklucza się dopuszczenia biegłych innych specjalności (neurolog, seksuolog, psycholog).

Wiadomo, że w praktyce dostarczeniem materiału dowodowego (zaświadczeń lekarskich, dokumentacji z przebiegu leczenia na wolności, pobytach w zakładach stacjonarnej opieki psychiatrycznej, potwierdzonych przypadkach choroby psychicznej w rodzinie itp.) zainteresowany będzie przede wszystkim sam oskarżony. Jednakże wiele przepisów nakłada także na organy procesowe obowiązek poddania podejrzanego bądź oskarżonego badaniom lekarskim w razie uzyskania informacji o złym stanie jego zdrowia (§ 149 regulaminu wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury¹⁴ i § 279 regulaminu urzędowania sądów powszechnych¹⁵). W trakcie pobytu

¹² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2004 r., V K.K. 133/04, LEX 141325, „Prokuratura i Prawo” 2005, nr 7–8, s. 16.

¹³ L.K. Paprzycki, *op. cit.*, s. 716–717.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury z dnia 27 sierpnia 2007 r., Dz.U. Nr 169, poz. 1189.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości regulamin urzędowania sądów powszechnych z dnia 27 lutego 2007 r., Dz.U. Nr 98, poz. 1070.

w areszcie śledczym obowiązek taki ciążyć będzie również na administracji penitencjarnej (art. 212c k.k.w. oraz § 9 ust. 4 i § 25 reg. org.-porz. wykonywania tymczasowego aresztowania¹⁶). Ponadto, osoba umieszczona w areszcie śledczym ma obowiązek niezwłocznie poinformować przełożonych o własnej chorobie oraz zauważonych objawach chorobowych u innego osadzonego (art. 116 § 1 pkt 2a k.k.w. w zw. z art. 209 k.k.w.). Wszystko to może stać się podstawą decyzji o konieczności uzyskania opinii psychiatrycznej o stanie zdrowia oskarżonego i w efekcie przełożyć się na określone decyzje procesowe (zawieszenie postępowania, odstąpienie od tymczasowego aresztowania, umieszczenie w ramach środka zapobiegawczego w zakładzie leczniczym).

Trudności w ustalaniu w praktyce „poważnego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia” oskarżonego spowodowały, że w czasie obowiązywania tego przepisu systematycznie powiększał się dorobek judykatury w tym zakresie. Sąd Najwyższy, odnosząc się do definicji tego pojęcia, wskazał, że obejmuje ona zaburzenia, co do których, z uwagi na brak środków do odpowiedniej interwencji medycznej w warunkach jednostki penitencjarnej lub co najmniej znacznych trudności w prowadzeniu właściwego postępowania leczniczego, osiągnięcie rezultatów pozwalających na uniknięcie w tych warunkach sygnalizowanego wcześniej niebezpieczeństwa nie jest możliwe¹⁷. Jednocześnie zasadnie podnosi się, że nie jest możliwe powoływanie się na tę przesłankę oskarżonego, u którego pogorszenie stanu zdrowia jest wynikiem aktów autodestrukcyjnych¹⁸. Zastrzec jednak trzeba, że próby samobójcze bądź samouszkodzenia dokonywane w warunkach jednostki penitencjarnej są częstokroć efektem reakcji obronnej organizmu na traumatyczną sytuację związaną z umieszczeniem w instytucji o charakterze totalnym¹⁹.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania z dnia 25 sierpnia 2003 r., Dz.U. Nr 152, poz. 1494.

¹⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 1995 r., WZ 35/95, OSNKW 1995, nr 7–8, poz. 52.

¹⁸ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30 sierpnia 1995 r., II AKz 211/95, OSA 1996, nr 3, poz. 6; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 15 maja 1996 r., II AKz 203/96, KZS 1996, nr 5–6, poz. 73.

¹⁹ M. Kopciuch, A. Polewka, *Zaburzenia psychiczne i somatyczne osób, które dokonały samobójstwa w zakładach penitencjarnych w Polsce w latach 1995–1997*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2006, nr 2, s. 86 n.; J. Malec, *Samoagres-*

Rolą sądu i biegłych jest odróżnienie takich przypadków od zamachów na życie celowo podejmowanych przez oskarżonego dla uniknięcia tymczasowego aresztowania.

Jacek Izydorczyk²⁰, dokonując przeglądu orzecznictwa²¹ pod kątem ustalenia okoliczności składających się na „poważne niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia” oskarżonego, wskazuje na wiele sytuacji występujących najczęściej w praktyce. Do takich trzeba z pewnością zaliczyć (stosunkowo liczne przypadki) świadomą niezgodę oskarżonego przebywającego w areszcie na poddanie się zaleconemu postępowaniu leczniczemu, aby skłonić sąd obserwujący pogorszenie jego stanu zdrowia do wydania decyzji o terapii w warunkach wolnościowych. Oczywiście nie ma tutaj mowy o możliwości skutecznego powołania się na okoliczności uzasadniające zakaz z art. 259 § 1 pkt 1 k.p.k., gdyż przepis ten dotyczy tylko sytuacji uzasadnionych ze względów humanitarnych. Nie znajduje też oparcia w judykaturze pogląd, że stosowanie tego środka izolacyjnego może spowodować pogorszenie zdrowia podejrzanego (oskarżonego), gdy dopiero w trakcie izolacji penitencjarnej rozpoczęto leczenie go z ciężkiej choroby, której nie leczył wcześniej. W tej sytuacji podejrzan (oskarżony) może liczyć na opuszczenie aresztu śledczego, dopiero gdy sąd na podstawie opinii biegłych uzna, że nie ma możliwości utrzymania tymczasowego aresztowania oraz skutecznego zapobieżenia poważnemu zagrożeniu jego życia i zdrowia (przy braku przesłanki w postaci „szczególnych względów” do stosowania aresztu). Z tego też powodu nie można akceptować aresztowania oskarżonego, którego życie jest zagrożone, jeśli organy administracji publicznej nie są zdolne do zapewnienia wykonywania tego środka w warunkach zakładu leczniczego właściwego do utrzymania podejrzanego przy życiu.

sja osób pozbawionych wolności, [w:] *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa*, cz. II, Biuletyn RPO nr 32 – materiały, Warszawa 1996, s. 174 n.

²⁰ J. Izydorczyk, *op. cit.*, s. 149–150.

²¹ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 czerwca 1992 r., II Akz 115/92, KZS 1992, z. 3–9, poz. 110; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 7 sierpnia 1994 r., II Akz 331/94, KZS 1994, z. 9, poz. 14; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 16 maja 1995 r., II Akz 236/95, KZS 1995, z. 5, poz. 40; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 grudnia 1995 r., II Akz 630/95, KZS 1995, z. 12, poz. 25; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 marca 1996 r., II Akz 120/96, KZS 1996, z. 4, poz. 29; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 sierpnia 1998 r., II Akz 203/98, KZS 1998, z. 9, poz. 20.

Niewątpliwie orzeczenie to dotyczy sytuacji, w której w ramach jednostek organizacyjnych Służby Więziennej brakuje odpowiedniej placówki leczniczej, a pozapenitencjarne zakłady lecznicze (wolnościowe) nie są w stanie realizować podstawowych zadań tego środka zapobiegawczego czy to z przyczyn technicznych (brak odpowiednich zabezpieczeń), czy innych. Środek ten nie może być wówczas właściwie realizowany nawet w warunkach art. 260 k.p.k.

Nie stanowi natomiast przeszkody w tymczasowym aresztowaniu konieczność rehabilitacji czy też diety wysokokalorycznej. Utrudnieniem takim nie będzie też choroba, w której przebiegu wystarczy postępowanie lecznicze, jakie może zapewnić więzienna służba zdrowia²². Należy pamiętać o stale rosnących możliwościach udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Dlatego zwraca się uwagę, że biegli, opiniując o dopuszczalności stosowania aresztu, powinni na bieżąco dokonywać oceny potencjału leczniczego więziennictwa w odniesieniu do stanu zdrowia oskarżonego, uwzględniając przy tym możliwość współdziałania z wolnościowymi zakładami opieki zdrowotnej²³. Ale też często charakter i przebieg schorzenia, na które powołują się oskarżony lub jego obrońca, nie stanowi realnego zagrożenia jego życia i zdrowia, kiedy ustawodawca wymaga nasilenia tej przesłanki w stopniu co najmniej „poważnym”.

Sąd, rozważając możliwość zastosowania przepisów z art. 259 § 1 pkt 1 i art. 260 k.p.k., korzysta z wiedzy biegłych. Wówczas biegły (najczęściej lekarz psychiatra) ma za zadanie ustalić zdrowotne przesłanki do zastosowania aresztu tymczasowego. Medycy sądowi wielokrotnie wskazywali na trudności występujące w trakcie takiego opiniowania, wynikające po części z braku jednolitych kryteriów tych czynności. W środowisku tym poddawano krytyce swobodę w interpretacji przepisów postępowania karnego przez biegłych oraz spójność wyciąganych wniosków. Wskazywano liczne nieprawidłowości merytoryczne i formalne przygotowywanych opinii oraz istotne rozbieżności między nimi zachodzące. Podnoszono, że w praktyce

²² Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 26 marca 1991 r., II Akz 10/91, KZS 1993, z. 4, poz. 19; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 22 lipca 1993 r., II Akz 200/93, KZS 1993, z. 6–8, poz. 94.

²³ T. Jurek *et al.*, *Opiniowanie sądowo-lekarskie o zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności a możliwości Więziennej Służby Zdrowia*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008, nr 1, s. 53.

jakość opiniowania o stanie zdrowia oraz jego wpływie na stosowanie środków o charakterze izolacyjnym jest w dalszym ciągu niewystarczająca²⁴.

Jednocześnie sformułowano postulaty poprawy tej niekorzystnej sytuacji. Proponowano między innymi wprowadzenie ściślejszych kryteriów medycznych określających stan zdrowia, będący przeciwwskazaniem do zastosowania tymczasowego aresztu oraz wypracowanie uniwersalnych zasad opiniowania sądowo-lekarskiego, co pozwoliłoby na zminimalizowanie rozbieżności w opiniach wydawanych przez różnych biegłych. Według przedstawicieli tego środowiska opiniowanie sądowo-lekarskie w takich sprawach powinno pozostać w obszarze medycyny sądowej przy zachowaniu ścisłej współpracy z lekarzami specjalistami różnych dyscyplin klinicznych. Wynika to, w ich odczuciu, z tego, iż lekarzom zajmującym się na co dzień leczeniem, powołanym do wydania opinii, trudno zaakceptować rozpatrywanie potrzeb zdrowotnych pacjentów w innym społecznym kontekście (celu procesu karnego). Prowadzić to może do wydawania opinii zachowawczych lub o charakterze „nadopiekuńczym”, niezasadnie korzystnych w świetle przepisów prawa, dla badanego. Z tego powodu organ procesowy powinien wprowadzić bardziej ścisłą weryfikację poprawności opiniowania w tych sprawach, biorąc pod uwagę skalę ryzyka, jakie niesie ze sobą przyjmowanie zaświadczeń i orzeczeń lekarskich stwierdzających niezdolność do udziału w czynnościach procesowych, wydawanych przez niewykwalifikowanych biegłych. Wydanie opinii powinna poprzedzać ocena ryzyka związanego z określoną czynnością procesową w porównaniu z ryzykiem pogorszenia aktualnego stanu zdrowia podczas zwykłej aktywności życiowej uczestnika procesu karnego. Środowisko medyków sądowych akceptuje pogląd, że organ procesowy powinien egzekwować wymóg szczegółowego uzasadnienia stanowiska biegłego w opinii, w szczególności stwierdzającej konieczność odstąpienia od aresztowania²⁵.

²⁴ E. Baran, Z. Marek, *Rola lekarza do typowania „zdolności do osadzania w areszcie”*, „Przegląd Lekarski” 1989, nr 39, s. 732 n.; T. Jurek *et al.*, *op. cit.*, s. 51; P. Kowalski, E. Skupień, *Opiniowanie o zdolności do czynności procesowych, udziału w rozprawach przed sądem, pozbawienia wolności w warunkach tymczasowego aresztowania i policyjnej izby zatrzymań*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005, nr 4, s. 285 n.; G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty przymusu procesowego i pozbawienia wolności*, „Problemy Prawa Karnego” 5, 1999, s. 29 n.

²⁵ R. Mądro, G. Teresiński, K. Wróblewski, *Stany chorobowe, ich wpływ na udział w postępowaniu karnym oraz stosowanie środków i wykonywanie kary*, „Prokuratura i Prawo” 1998, nr 4, s. 46–56; C. Chowaniec, M. Chowaniec, A. Nowak, *Opiniowanie*

III

Wprowadzenie do kodyfikacji karnej przepisów art. 260 k.p.k. i 213 k.k.w. jest logiczną konsekwencją przyjęcia przez ustawodawcę zasady stanowiącej, że w niektórych uzasadnionych przypadkach konieczne będzie stosowanie izolacyjnego środka zapobiegawczego wobec osób o złym stanie zdrowia. Krańcową formą zastosowania tej zasady w trakcie procesu karnego jest, omawiany wcześniej, przepis art. 259 § 1 pkt 1 k.p.k., w którym „szczególne względy”, uzasadnione celem postępowania karnego, mogą wziąć górę nad poważnym niebezpieczeństwem, jakie dla życia i zdrowia oskarżonego stwarza stosowanie tego środka.

Artykuł 260 k.p.k. zabezpiecza potrzebę leczenia oskarżonego w trakcie wykonywania aresztowania. Stanowi on, iż wymogi odnośnie do stanu zdrowia (także psychicznego) oskarżonego powinny stać się podstawą wykonywania tymczasowego aresztowania w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym. Interpretacja tego przepisu w związku z art. 213 k.k.w. pozwala na wniosek, że w ramach pojęcia „zakład leczniczy” mieści się zarówno placówka lecznicza funkcjonująca w strukturze organizacyjnej Służby Więziennej, jak i zakład leczniczy umiejscowiony poza systemem penitencjarnym.

Ta druga ewentualność to jedno z odstępstw od zasady stanowiącej, że tymczasowe aresztowanie wykonuje się w aresztach śledczych (art. 208 § 2 k.k.w.). Także wśród przedstawicieli doktryny prawa karnego przeważa pogląd o szczególnym charakterze takiego umieszczenia²⁶. Przede wszystkim należy rozważyć bowiem możliwość zapewnienia opieki lekarskiej na terenie jednostki penitencjarnej. Dopiero gdy Służba Więzienna nie będzie zdolna do zorganizowania właściwej terapii przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności albo kiedy charakter zaburzeń zdrowotnych będzie tego wymagał, tymczasowe aresztowanie będzie wykonywane poza murami zakładów karnych i aresztów śledczych.

w sprawach dotyczących: oceny zdolności do udziału w czynnościach procesowych, oceny zdolności do przebywania w warunkach pozbawienia wolności – w materiale Zakładu Medycyny Sądowej ŚAM w Katowicach w latach 1997–2002, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2003, nr 1.

²⁶ W. Posnow, *op. cit.*, s. 416–417.

Kazimierz Postulski przypomina także o szczególnej formie wykonywania tymczasowego aresztu w zakładzie leczniczym poza aresztem śledczym, którą jest badanie psychiatryczne aresztowanego połączone z obserwacją w zakładzie leczniczym (art. 203 k.p.k.)²⁷.

Wprawdzie ani art. 260 k.p.k., ani art. 213 k.k.w. nie stanowią wprost, iż skierowanie aresztowanego na leczenie powinno dotyczyć tylko placówki o charakterze zamkniętym, to zważywszy na konieczność realizacji celów tego środka zapobiegawczego, w praktyce tak będzie najczęściej. Nie można wykluczyć jednak umieszczenia oskarżonego w otwartym zakładzie leczniczym. W tym wypadku konieczne będzie przedsięwzięcie starań zabezpieczających prawidłowy tok postępowania karnego. Pogląd taki jest akceptowany w piśmiennictwie²⁸. Stanisław Paweła wskazuje nawet, że takie rozwiązanie może być w pewnych przypadkach preferowane. Objęte mogą nim zostać, według autora, osoby, które w momencie aresztowania pozostają na leczeniu w jednostce otwartej i nie ma uzasadnienia do ich przeniesienia do zakładu o innym charakterze, oraz osoby tymczasowo aresztowane, których leczenie (obserwacja) nie może odbywać się w zakładzie zamkniętym²⁹. Obowiązek przyjęcia aresztanta przez taki zakład ma podstawę w art. 15 § 2 k.p.k.³⁰

Biorąc pod uwagę istotę zaburzeń psychicznych, można by się spodziewać, że lekarze psychiatry będą preferować model terapii prowadzonej poza więziennictwem. Niemniej jednak w środowisku psychiatrycznym istnieje znaczna polaryzacja poglądów w tej dziedzinie. Coraz częściej do głosu dochodzi zdanie, że wykonywanie tymczasowego aresztu w szpitalu wolnościowym może niekiedy mieć negatywny wpływ na przebieg zaburzeń reaktywnych. Groźba powrotu do aresztu lub przewidy-

²⁷ K. Postulski, Z. Hołda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 679.

²⁸ P. Hofmański, E. Sadzik, K. Zgryzek, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, t. I, Warszawa 2007, s. 1178; R.A. Stefański, *Tymczasowe aresztowanie i związane z nim środki przymusu w nowym k.p.k.*, „Nowa Kodyfikacja Karna. Krótkie komentarze”, Warszawa 1997, z. 6, s. 63.

²⁹ S. Paweła, *Kodeks karny wykonawczy. Praktyczny komentarz*, Warszawa 1999, s. 409.

³⁰ Art. 15 § 2 k.p.k. stanowi, że „wszystkie instytucje państwowe, samorządowe i społeczne są obowiązane w zakresie swojego działania do udzielania pomocy organom prowadzącym postępowanie karne”.

wanej kary powoduje efekt niepożądany w postaci przewlekłości i wzmacniania zaburzeń psychicznych. W tych sytuacjach w interesie oskarżonego jest osadzenie w więziennym szpitalu psychiatrycznym³¹. Ale też sami psychiatrzy penitencjarni, wykorzystując własne doświadczenia z pracy, wskazują, że osoby z zaburzeniami psychicznymi poza opisaną sytuacją mają ograniczone zdolności przystosowawcze, co ujawnia się dobitnie w sytuacji szczególnych rygorów zakładów karnych i aresztów. Podstawowym zadaniem tych jednostek (więziennych oddziałów psychiatrycznych) jest diagnoza oraz podejmowanie leczenia w przypadkach nagłych, krótkotrwałych zaburzeń psychicznych, rokujących szybką poprawę (reakcje adaptacyjne, zespoły odstawienne, zaburzenia nerwicowe). Możliwości terapeutyczne w tego typu instytucjach są bardzo ograniczone i w praktyce sprowadzają się do podawania leków. Przypomnieć także należy, poruszany wcześniej w pracy, problem liczby zamachów samobójczych. Skala tego zjawiska wśród osób tymczasowo aresztowanych jest kilkakrotnie wyższa niż w populacji, z której osoby te się wywodzą³².

Częściowo problem ten został ogólnie rozwiązany przez ustawodawcę. W § 33 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 13 stycznia 2004 r.³³ stwierdza się, że nie podlega przyjęciu do aresztu śledczego osoba wymagająca leczenia z powodu ostrej psychozy (choroby psychicznej o zaostrzonym przebiegu). Negatywnie rozstrzygnięto też kwestię przyjęć osób wymagających natychmiastowego leczenia szpitalnego ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia. W tym jednak przypadku zastrzeżono możliwość ich osadzenia w areszcie śledczym dysponującym szpitalem z oddziałem mogącym zapewnić specjalistyczną opiekę lekarską (§ 33 ust. 2 w zw. z § 33 ust. 4).

Osoby, które nie mogą lub nie powinny być osadzone w areszcie śledczym ze względu na charakter występujących u nich zaburzeń psy-

³¹ J. Przybysz, *Psychiatria sądowa*, cz. I, *Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Toruń 2007, s. 76–77.

³² S.M. Teleśnicki, F. Bolechała, *Medyczne i prawne aspekty niezdolności do brania udziału w czynnościach procesowych oraz odbywania kary pozbawienia wolności wynikające z obecności choroby psychicznej*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2004, nr 1.

³³ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 stycznia 2004 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności, Dz.U. Nr 15, poz. 142.

chicznych, trafią do placówek poza systemem penitencjarnym. Warto przemyśleć, czy dla tej grupy aresztowanych nie należałoby stworzyć systemu placówek leczniczych na wzór tych, które sprawdziły się już w praktyce w trakcie wykonywania leczniczych środków zabezpieczających³⁴ czy też wykonywania obserwacji psychiatrycznej³⁵.

Koszty organizacyjne takiego przedsięwzięcia byłyby niewielkie, biorąc pod uwagę tylko konieczność przygotowania właściwej liczby miejsc w funkcjonujących już oddziałach psychiatrii sądowej w ramach szpitali psychiatrycznych, w których są wykonywane środki zabezpieczające. Korzyści takiego rozwiązania mogą być znaczne. W ten sposób zniknęłaby uciążliwość organizowania aresztantowi miejsca w zakładzie leczniczym wyposażonym w odpowiednie zabezpieczenia przeciwdziałające jego ucieczce bądź niekontrolowanym kontaktom. Można wtedy przyjąć standardowe procedury wykonywania środka zapobiegawczego w jednostkach tego typu i ograniczyć w ten sposób kłopotliwą kwestię wytycznych organu procesowego odnośnie do warunków pobytu w zakładzie leczniczym. Z pewnością zapewniono by także ciągłość procesu leczniczego – szczególnie w wypadku zastosowania tymczasowego aresztu wobec osoby, która w chwili aresztowania jest w trakcie stacjonarnego leczenia psychiatrycznego bądź w razie późniejszego zastosowania środka zabezpieczającego z art. 94 k.k.

Celowość takiego rozwiązania, postulowana w piśmiennictwie, znajduje akceptację wśród lekarzy psychiatrów i psychologów³⁶.

Nowelizacja kodeksu karnego wykonawczego z 2003 r.³⁷, która objęła także art. 213 k.k.w., usunęła dotychczasowe ryzyko, że dwa różne organy, i to bez ustalonego pierwszeństwa, będą mogły decydować

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania oraz zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, Dz.U. Nr 179, poz. 1854.

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności, Dz.U. Nr 269, poz. 2679.

³⁶ A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 240.

³⁷ Ustawa o zmianie ustawy Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw z dnia 24 lipca 2003 r., Dz.U. Nr 142, poz. 1380.

o umieszczeniu aresztowanego w zakładzie leczniczym i warunkach jego pobytu. Zmiana polegająca na wykreśleniu „organu stosującego tymczasowe aresztowanie” i oddaniu decyzji w tym przedmiocie w ręce „organu do dyspozycji, którego tymczasowo aresztowany pozostaje” jest aprobowana w doktrynie³⁸. Należy jednak pamiętać, iż w praktyce umieszczenie w placówce leczniczej jest często następstwem decyzji o zastosowaniu (utrzymaniu, przedłużeniu) tymczasowego aresztu, która zapada po analizie przesłanek art. 259 § 1 pkt 1 k.p.k. Wcześniej w pracy podniesiono, że te dwie decyzje (o stosowaniu tymczasowego aresztowania mimo przeciwwskazań zdrowotnych i umieszczeniu aresztowanego w zakładzie leczniczym) powinny zostać podjęte w tym samym momencie. Jednak po nowelizacji art. 213 k.k.w. na etapie postępowania przygotowawczego będą je wydawać dwa różne organy (sąd i prokurator). W związku z tym należy apelować, aby powstawały one w możliwie krótkich odstępach czasu.

Organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje, powinien określić warunki pobytu aresztowanego w zakładzie leczniczym (art. 213 k.k.w.). Precyzyjne wytyczne w tym przedmiocie będą wyjątkowo pomocne w wypadku umieszczenia w placówce medycznej usytuowanej poza strukturą organizacyjną więziennictwa. Dotyczyć one będą na przykład odpowiedniego zabezpieczenia technicznego pomieszczeń przed ucieczką oraz wyłączenia możliwości kontaktowania się z osobami postronnymi, co powinno zapewnić realizację podstawowych celów, z powodu których zastosowano ten surowy środek zapobiegawczy. Teodor Szymanowski³⁹ wskazuje dodatkowo na konieczność przeciwdziałania demoralizacji tymczasowo aresztowanego oraz zapewnienie bezpieczeństwa zakładowi leczniczemu.

Kwestia praw i obowiązków tymczasowo aresztowanego jest od dawna przedmiotem szczególnej uwagi nauki prawa karnego. Tematyce statusu prawnego tej kategorii osób poświęcono wiele opracowań⁴⁰.

³⁸ Z. Hołda, K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Gdańsk 2006, s. 677.

³⁹ T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Ustawy dodatkowe. Akty wykonawcze*, Warszawa 1998, s. 444.

⁴⁰ L. Bogunia, *Kluczowe zagadnienia wykonywania tymczasowego aresztowania*, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego VIII, Wrocław 2001, s. 303 n.; *Zatrzymanie i tymczasowe aresztowanie a prawa człowieka*, red. Z. Hołda, A. Rzepliński, Lublin 1992;

W niniejszej pracy, z uwagi na zakres poruszanej problematyki, analizie poddana zostanie kwestia leczenia tymczasowo aresztowanego wykazującego zaburzenia zdrowia psychicznego.

Wykonywanie tymczasowego aresztowania w postaci umieszczenia w zakładzie leczniczym jest warunkowane względami zdrowotnymi. Ta szczególna forma realizacji tego środka zapobiegawczego będzie więc polegać na prowadzeniu oddziaływań leczniczo-terapeutycznych wobec aresztowanego.

W związku z tym należy rozważyć dwie sytuacje. Pierwsza dotyczyć będzie wysuwanych przez aresztowanego żądań ponadstandardowego leczenia w postaci na przykład zastosowania najnowocześniejszych technik leczniczych czy też terapii przy użyciu kosztownych preparatów. Jest to szczególnie kontrowersyjne w wypadku przystąpienia do leczenia chorób, które były ignorowane przez aresztowanego na wolności. W jednym z orzeczeń Sąd Apelacyjny w Krakowie trafnie stwierdził, że obowiązkiem ciążącym na podmiocie prowadzącym takie leczenie jest jedynie zachowanie osadzonych przy życiu i w niepogorszonym zdrowiu⁴¹. Wszelkie procedury specjalne mogą więc być wymagane o tyle, o ile będą niezbędne do osiągnięcia tego celu.

W następnej kolejności trzeba zastanowić się nad sytuacją odwrotną – gdy aresztowany odmawia poddania się leczeniu. Jeśli stan ten bezpośrednio zagraża życiu aresztowanego, zastosowanie przymusowego leczenia, a ściślej rzecz ujmując – wykonanie konkretnych zabiegów medycznych (tj. transfuzja krwi, przymusowe podawanie przez oznaczony czas pokarmu i niezbędnych do życia leków) nawet przy sprzeciwie chorego, jest dopuszczalne⁴². Podstawą prawną takich działań będzie art. 209 k.k.w., pozwalający na odpowiednie stosowanie do tymczasowego aresztowania przepisów o wykonywaniu kary pozbawienia wolności. Tutaj najistotniejszy jest zapis art. 118 k.k.w. dopusz-

J. de Michelis, *Tymczasowe aresztowanie i prawa jednostki*, [w:] *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa*, cz. III, Biuletyn RPO nr 34 – materiały, Warszawa 1998, s. 19 n.

⁴¹ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 15 kwietnia 1992 r., II AKz 60/92, KZS 1992, nr 3–9, poz. 109; por. także postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 30 kwietnia 2002 r., II AKz 128/02, KZS 2002, nr 4, poz. 22.

⁴² Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 11 marca 2002 r., II AKz 108/02, KZS 2002, nr 3, poz. 23.

czający możliwość takiej interwencji medycznej nawet przy sprzeciwie samego chorego⁴³.

W wypadku aresztowanych z zaburzeniami psychicznymi, u których nie stwierdzono zagrożenia życia, odwołanie się do odpowiednich zapisów rozdziału X kodeksu karnego wykonawczego nie rozwiązuje problemu. Ani art. 96 k.k.w. (system terapeutyczny wykonywania kary pozbawienia wolności), ani art. 117 k.k.w. (możliwość objęcia przymusową terapią skazanych uzależnionych i skazanych za przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych po uzyskaniu zgody sądu penitencjarnego) nie stanowią, w moim odczuciu, wystarczających podstaw do leczenia psychotycznych i niepsychotycznych zaburzeń psychicznych aresztantów w wypadku ich sprzeciwu. W ostateczności można rozważyć skorzystanie z art. 116 § 1 pkt 3 k.k.w. (skazany ma obowiązek poddania się przewidzianym przepisami leczeniu i zabiegom leczniczym) w związku z art. 33 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁴⁴ (wobec osoby przyjętej bez zgody do szpitala psychiatrycznego można stosować niezbędne czynności lecznicze mające na celu usunięcie przyczyn przyjęcia bez zgody). W art. 34 przywołanej ustawy wykonanie czynności leczniczych zabezpieczono nawet możliwością zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Jednakże biorąc pod uwagę kwestię skali ingerencji w sferę praw i wolności aresztowanego, któremu przysługuje przecież domniemanie niewinności, trzeba uznać tę konstrukcję za wielce kontrowersyjną i wątpliwą. Aresztowany, który uporczywie odmawia poddania się oddziaływaniom leczniczym, może zostać po prostu przeniesiony z zakładu leczniczego do zwykłego aresztu śledczego.

⁴³ Art. 118 k.k.w. § 1. W wypadku gdy wykonywanie kary pozbawienia wolności może zagrażać życiu skazanego lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo, dyrektor zakładu karnego, na wniosek lekarza, niezwłocznie powiadamia o tym sędziego penitencjarnego.

§ 2. W wypadku gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo, stwierdzone przez co najmniej dwóch lekarzy, można dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo sprzeciwu skazanego.

§ 3. W wypadku sprzeciwu skazanego o dokonaniu zabiegu orzeka sąd penitencjarny.

§ 4. W nagłym wypadku, jeżeli zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego, o konieczności zabiegu decyduje lekarz.

⁴⁴ Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r., Dz.U. Nr 111, poz. 535.

Na marginesie rozważań należy przypomnieć, iż zdaniem lekarzy psychiatrów skuteczność terapii (szczególnie psychiatrycznej) prowadzonej wbrew woli pacjenta jest wielce ograniczona. Z tego też powodu, zdaniem Jerzego Przybysza, podstawowym zadaniem lekarza jest dołożenie wszelkich starań w celu pozyskania chorego do udziału w leczeniu. Autor ten podkreśla, że przyjęcie tymczasowo aresztowanego do szpitala nie jest przecież jednoznaczne z prawem leczenia go bez zgody⁴⁵.

Bardzo dobre rozwiązanie zawiera art. 264 § 3 k.p.k. Przepis ten przewiduje możliwość stosowania aresztu aż do czasu rozpoczęcia wykonywania środka zabezpieczającego, gdy umorzenie postępowania nastąpiło z powodu niepoczytalności oskarżonego. Sąd nie określa wówczas żadnych granic czasowych stosowania tego środka zapobiegawczego. Z przepisem tym koresponduje przepis art. 211 § 6 k.k.w. stanowiący, że wykonywanie tymczasowego aresztowania ustaje po rozpoczęciu wykonywania środka zabezpieczającego z art. 94 § 1 k.k. i 96 § 1 k.k. Widać tutaj pewną niespójność obu przepisów, gdyż art. 211 § 6 k.k.w. przewiduje możliwość utrzymania tymczasowego aresztu do czasu umieszczenia sprawcy w zakładzie leczenia odwykowego (art. 96 k.k.), czego nie zapisano w art. 264 § 3 k.p.k.

Nowelizacja tych przepisów w roku 2003⁴⁶ sprawiła, iż znikła luka czasowa między „prawomocnym zakończeniem postępowania w przedmiocie środka zabezpieczającego” a „rozpoczęciem wykonywania środka zabezpieczającego”, gdy aresztowany mógł znajdować się poza kontrolą wymiaru sprawiedliwości. Jest to istotne w momencie rozciągnięcia w czasie procesu kierowania orzeczeń do wykonania w związku ze zmianą art. 201 k.k.w. (obligatoryjne zasięganie w tej kwestii opinii komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających)⁴⁷.

Dzięki takiemu rozwiązaniu osoba chora psychicznie lub upośledzona umysłowo będąca sprawcą czynu zabronionego o znacznym stopniu społecznej szkodliwości i wobec której istnieje ryzyko powtórzenia ta-

⁴⁵ J. Przybysz, *op. cit.*, s. 77.

⁴⁶ Treść art. 264 § 3 k.p.k. w brzmieniu ustalonym ustawą, Dz.U. z 2003 r. Nr 17, poz. 155. Treść art. 211 k.k.w. w brzmieniu ustalonym ustawą, Dz.U. Nr 142, poz. 1380.

⁴⁷ Szerzej na ten temat L. Bogunia, *Projektowane zmiany w wykonywaniu leczniczych środków zabezpieczających*, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego XIII, Wrocław 2003, s. 338; A. Kwieciński, *op. cit.*, s. 140.

kiego czynu, przebywa przez cały czas w warunkach chroniących społeczeństwo przed jej zamachami oraz chroniących jej zdrowie. Szerokie wykorzystywanie w praktyce tego przepisu ma zapobiec niebezpieczeństwu, jakie niesie ze sobą czasowy pobyt takiego sprawcy na wolności. Uwzględniając sugestie przedstawicieli Służby Więziennej⁴⁸, osoby takie powinny zostać w miarę możliwości umieszczone na oddziałach psychiatrii sądowej szpitali psychiatrycznych.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że kiedy mimo wykonywania tymczasowego aresztowania w specjalistycznym zakładzie leczniczym stan zdrowia podejrzanego lub oskarżonego będzie ulegał stopniowemu pogorszeniu, a w opinii lekarzy poprawi się on dzięki pobytowi na wolności, to należy uchylić ten środek, ewentualnie rozważyć celowość zastosowania nieizolacyjnego środka zapobiegawczego⁴⁹.

⁴⁸ J. Bogacz, *Niektóre problemy wykonywania tymczasowego aresztu przez administrację aresztów śledczych w związku z wejściem w kodyfikacji karnej*, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego I, Wrocław 1997, s. 209–210.

⁴⁹ S. Waltoś, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 1998, s. 422.