

Adam Kwieciński

Zadania Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających. Stan obecny i postulaty zmian normatywnych

Duties of the Psychiatric Committee for Preventive Measures.

Present situation and proposed normative changes

Z Katedry Prawa Karnego Wykonawczego Uniwersytetu Wrocławskiego

Kierownik: prof. dr hab. T. Kalisz

Celem opracowania jest analiza prawna obecnego modelu funkcjonowania Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających i sformułowanie propozycji zmian w przepisach. Przekazanie przez ustawodawcę w 2003 roku procedury kwalifikacyjnej Komisji powoduje wydłużenie czasu jaki upływa do momentu umieszczenia skazanego w odpowiednim zakładzie zamkniętym, co implikuje niebezpieczeństwo wystąpienia konkretnych szkód zarówno po stronie skazanego jak i społeczeństwa. Proponuje się przekazanie funkcji związanych z klasyfikacją biegłym, których sąd i tak musi wysłuchać przed orzeczeniem leczniczego środka zabezpieczającego, z ewentualnym pozostawieniem możliwości fakultatywnego zasięgnięcia opinii Komisji w przypadkach trudnych bądź wątpliwych. Większość zadań tego organu powinna dotyczyć funkcji kontrolnych i w tym zakresie konieczne jest jej powiązanie z sędziowskim nadzorem penitencjarnym.

The aim of this paper is to analyze the present legal model of the Psychiatric Committee for Preventive Measures and formulate proposed changes in regulations based on research findings. In 2003 the legislator delegated the qualifying procedures to the Committee, which resulted in lengthening the time until the moment of detaining the convict in a closed facility, which may cause harm to both the convict and the society. It is proposed that the classification be performed by experts, who must be heard by the court anyway before preventive measures are decreed, with the possibility of consulting the Committee in difficult or doubtful cases, if needed. Most tasks of the Committee, however, should be related to exercising control and to do

this, it is necessary for the Committee to liaise with the court's penitentiary supervisors.

Słowa kluczowe:

Komisja Psychiatryczna do spraw Środków Zabezpieczających, internacja psychiatryczna, klasyfikacja, kontrola i nadzór penitencjarny

Key words:

Psychiatric Committee for Preventive Measures, psychiatric detention, classification, penitentiary control and supervision

WSTĘP

W roku 2003 do procesu wykonywania leczniczych środków zabezpieczających włączono nowy podmiot. Powołanie Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających (dalej: Komisja bądź Komisja Psychiatryczna) stanowiło znaczącą zmianę w dotychczasowym modelu realizacji tych środków penalnych, funkcjonującym w nowym kształcie zaledwie od 2001 roku. Ustawodawca uznał jednak taką zmianę za konieczną, uzasadniając ją przede wszystkim potrzebami dotyczącymi kwalifikowania skazanych do odpowiednich placówek leczniczych. Podobne stanowisko prezentował wówczas resort zdrowia [1]. Z kolei psychiatrzy upatrywali w powstaniu takiego ciała kolegialnego szansy na poprawę bezpieczeństwa w szpitalach psychiatrycznych i wzmocnienie przestrzegania praw osób w nich internowanych. W zamyśle auto-

rów pierwotnej koncepcji funkcjonowania Komisji jej rola miała być ograniczona do opiniowania przyjęć i wypisów z dopiero co utworzonych zakładów psychiatrycznych o maksymalnym stopniu zabezpieczenia. Miało to zapewnić lepsze wykorzystanie miejsc w Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej [2].

Obecnie po blisko dekadzie od utworzenia Komisji w środowisku prawniczym narasta krytyka rozwiązań normatywnych będących podstawą jej działania. Zarzuty kierowane pod adresem tego podmiotu dotyczą nie tyle bieżącej praktyki jego funkcjonowania, co kwestii zasadniczej dla jego dalszego istnienia – mianowicie określenia zakresu zadań jakie podmiot ten miałby wypełniać w postępowaniu wykonawczym. W opinii przedstawiciele doktryny prawa karnego wykonawczego obecna formuła pracy Komisji, opierająca się głównie na uczestnictwie w procesie kierowania skazanych do właściwych placówek detencyjnych, wyczerpała się. Samą Komisję niekiedy uznaje się za zbędny twór, realizujący sztucznie wykreowane na jego potrzeby zadania, które z powodzeniem mogłyby wykonywać inne podmioty na wcześniejszych etapach postępowania. Dodatkowo, padają zarzuty, iż jej działalność wpływa niekorzystnie na dynamikę postępowania wykonawczego, co w przypadku sprawcy oczekującego na internację na wolności stwarza realne zagrożenie dla bezpieczeństwa publicznego i jest sprzeczne z celem środków zabezpieczających. Z kolei osoby tymczasowo aresztowane skarżą się sądom, iż wydłużający się pobyt w warunkach zwykłego aresztu (m.in. na skutek działalności Komisji) niekorzystnie wpływa na stan ich zdrowia. W konkluzji wielu autorów postuluje całkowite zniesienie tego podmiotu [3, 4, 5].

Podzielając w znacznej części argumenty zwolenników likwidacji Komisji należy podejść ostrożnie do kwestii natychmiastowej realizacji tego postulatu, gdyż tak skrajnie negatywna ocena może się okazać nazbyt pochopną. Tytułem przykładu można wskazać, iż część opóźnień, o które jest ona obwiniana dotyczy kwestii znajdujących się poza zakresem uprawnień tego organu. Z drugiej strony w obszarze kompetencji przypisanych Komisji znajdują się istotne funkcje, głównie o charakterze kontrolnym, jakie mogłaby ona realizować, a które dotychczas pozostawały niezagospodarowane z przyczyn leżących po stronie ustawodawcy. Należy mieć świadomość,

że takie przesunięcie akcentów w dotychczasowej działalności Komisji spowoduje zasadniczą zmianę charakteru jej działalności, oznaczać także będzie znaczącą reorganizację w jej bieżącym funkcjonowaniu. Z tego powodu wszelkie zmiany na tym polu muszą być poprzedzone wnikliwą analizą pozwalającą na ustalenie optymalnego zakresu zadań, które mogłyby zostać jej zlecone z korzyścią dla przebiegu procesu wykonawczego. W niniejszym opracowaniu podjęta zostanie próba takiej analizy wraz ze sformułowaniem wniosków *de lege lata* i *de lege ferenda* w tym zakresie. Wydaje się, że w obliczu zbliżającej się nieuchronnie reformy środków zabezpieczających podjęcie szerszej, interdyscyplinarnej dyskusji nad rolą i miejscem Komisji Psychiatrycznej w ramach tej instytucji prawa karnego jest konieczne.

ZADANIA KOMISJI PSYCHIATRYCZNEJ

Ustawowe umocowanie dla działalności Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających znajduje się w art. 201 § 1 k.k.w. (Dz.U. nr 90, poz. 557). Z treści tego przepisu wynika, iż organ ten został powołany w celu „zapewnienia właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających”. Dalej, poprzez odesłanie do art. 200 § 1 i 2 k.k.w., następuje uściślenie, iż zakres owej pieczy obejmuje wyłącznie środki zabezpieczające o charakterze izolacyjnym określone w art. 94 § 1 k.k. oraz 96 § 1 k.k. (Dz.U. nr 88, poz. 553), wykonywane w obu rodzajach zakładów zamkniętych (psychiatrycznym i leczenia odwykowego) niezależnie od typu, w jakim zostały one zorganizowane (podstawowego, wzmocnionego czy też maksymalnego zabezpieczenia).

Jednak już w czasie debaty poprzedzającej wprowadzenie tego przepisu do kodyfikacji karnej podnoszono, że Komisja nie będzie w stanie realizować podstawowego zadania, do którego została powołana przez ustawę. Zapewnienie właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających (przez co rozumiano m.in. zapewnienie odpowiedniej pojemności zakładów zamkniętych i właściwych warunków pobytu w nich sprawcy) pozostaje przecież w gestii ministra właściwego do spraw zdrowia lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego [3]. Pewne kompetencje w tym zakresie można przypisać także osobie kierującej zakładem zamkniętym.

Jednak z całą pewnością wobec żadnego z tych podmiotów Komisja nie posiada uprawnień zwierzchnich pozwalających na wydawanie poleceń i egzekwowanie prawidłowości realizacji tak rozumianych zadań.

Z tego względu dyspozycję zawartą w art. 201 § 1 k.k.w. należy traktować raczej jako ogólną normę kompetencyjną niż konkretyzację określonych zadań tego organu. Te z kolei odnajdujemy w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia 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 z 10.08.2004 roku (Dz.U. nr 179, poz. 1854. Dalej jako: Rozporządzenie Ministra Zdrowia lub Rozporządzenie z 10.08.2004 roku). Zgodnie z § 7 tego aktu prawnego do zadań Komisji należy:

1. analiza dostępnej dokumentacji;
2. wydawanie opinii dla właściwych sądów lub innych uprawnionych instytucji w sprawie przyjmowania, przenoszenia bądź wypisywania sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego;
3. wizytacja i ocena zakładów dysponujących warunkami podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, w których realizowany jest środek zabezpieczający;
4. analiza informacji o liczbie dostępnych miejsc w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających.

Jest to katalog zamknięty. Projektodawca zrezygnował bowiem z zastosowania zwrotu „w szczególności” po słowie „zadań”.

Poszczególne pozycje tej listy wymagają jednak szerszego komentarza. Po pierwsze, nie jest do końca jasne na czym miałyby polegać wspomniana w pkt. 1 „analiza dostępnej dokumentacji”. Wydaje się, iż zamieszczenie czynności o charakterze wybitnie technicznym w wąskim wykazie zadań takiego organu jest zbędne. Owszem, Komisja Psychiatryczna będzie dokonywać takiej analizy, i to zapewne niejednokrotnie, ale zawsze będzie ona ukierunkowana na realizację konkretnych zadań, tj. na wydanie opinii dla sądu lub ocenę działalności danego zakładu zamkniętego. Na tej samej zasadzie w za-

kres pojęcia „wizytacji i oceny” konkretnego zakładu leczniczego wchodzić będą m.in. takie działania jak: poruszanie się po terenie jednostki, rozmowy z internowanymi, czy też żądanie wyjaśnień od kierownictwa takich placówek, które przecież nie zostały zamieszczone na powyższej liście. W tym sensie wymienioną „analizę” traktować należałoby co najwyżej w kategoriach środka umożliwiającego realizację zadań tego organu.

Dużo bardziej istotne, zwłaszcza z punktu widzenia poszanowania praw internowanych, jest uregulowanie procedur kontrolnych w toku wykonywania tych środków. Potrzebę taką dostrzegano w środowisku lekarskim już u progu powołania do życia Komisji Psychiatrycznej. Akcentowano przy tym wymóg oceny adekwatności stosowania indywidualnych restrykcji oraz jakości i skuteczności programów terapeutycznych, wskazując na potencjalnie wysoką możliwość naruszenia praw pacjentów w tego rodzaju zakładach oraz wysokie koszty i niekorzystne skutki zdrowotne związane z nieefektywnością terapii [2].

W tym obszarze zasadnicze zastrzeżenia wzbudza nader skąpa treść przepisów podejmujących tę kwestię. Kodeks karny wykonawczy milczy w zakresie kompetencji kontrolnych Komisji, a cytowane wyżej Rozporządzenie Ministra Zdrowia nader lakonicznie stwierdza, iż „wizytacja i ocena” zakładów zamkniętych należą do jej zadań.

Bez ustalenia zakresu takiej wizytacji i oceny, kryteriów ich przeprowadzenia, trybu realizacji a także jasnego określenia konsekwencji ewentualnych nieprawidłowości ten fragment kompetencji Komisji pozostanie zmarginalizowany i bezużyteczny dla praktyki. Co do ustalenia zakresu takiej kontroli wydaje się, biorąc pod uwagę skład Komisji, że mogłaby ona obejmować procedury lecznicze, terapeutyczne i rehabilitacyjne stosowane wobec internowanych (bo chyba już w zakresie oddziaływań resocjalizacyjnych organ ten nie byłby w pełni kompetentny). Kontrola taka powinna dotyczyć nie tylko postępowania ze skazanymi, ale też objąć ocenę warunków bytowych oraz infrastruktury zakładu – jeśli tylko wpływają na efekty stosowanej terapii. W ramach wizytacji (które powinny być przeprowadzane zarówno w trybie okresowym, jak i *ad hoc*) przedstawicielom Komisji powinna być zapewniona swoboda poruszania się po terenie placówki, rozmów z internowanymi pod nieobecność personelu,

rozmów z pracownikami zakładu, żądanie wyjaśnień od kierownictwa wizytowanej jednostki oraz dostęp do dokumentacji medycznej internowanych. Zważywszy na zakres kontroli i fachowy skład Komisji zasadnym byłoby dopuszczenie w ramach wizytacji badań internowanych pacjentów, co do których przedstawiciele Komisji stwierdzą taką potrzebę. Po zakończeniu tych czynności formułowane byłyby zalecenia powizytacyjne, których adresatem byłyby administracja danego zakładu i które przesyłano by także do właściwego organu nadrzędnego nad kontrolowaną jednostką oraz do Ministra Zdrowia. Wszystkie poruszone wyżej kwestie powinny znaleźć odbicie (i rozwinięcie) w treści przepisów.

Wykładnia art. 201 k.k.w. i zapisanych w Rozporządzeniu z 10 sierpnia 2004 roku zadań Komisji a także analiza jej pozycji ustrojowej nie pozwala na wnioski, aby posiadała ona możliwość bezpośredniej ingerencji w działalność kontrolowanej jednostki. Brak zdolności do tzw. ingerencji władczej oznacza, iż wobec zakładów zamkniętych dysponuje ona jedynie uprawnieniami kontrolnymi z wyłączeniem kompetencji nadzorczych [6]. Komisja nie może bowiem podejmować działalności korygującej lub usuwającej skutki nieprawidłowych działań administracji zakładów zamkniętych ani też nadawać kierunku ich działalności czy też realizować tam odpowiedzialności służbowej. Jest to istotne w obliczu konieczności ustalenia dalszego postępowania. W razie bowiem stwierdzenia przez Komisję nieprawidłowości w kontrolowanej jednostce zachodzi potrzeba podjęcia czynności naprawczych, do których zainicjowania uprawniony jest organ nadzorczy. W tym miejscu należy przypomnieć, że nadzór nad legalnością i prawidłowością przebiegu wykonywania środka zabezpieczającego, związanego z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym, sprawuje sędzia penitencjarny (art. 32 k.k.w.). Powiązanie działalności kontrolnej Komisji Psychiatrycznej z uprawnieniami nadzorczymi sędziego penitencjarnego, choćby poprzez nałożenie na Komisję obowiązku powiadamiania o stwierdzonych uchybieniach w sferze medycznej właściwego sędziego penitencjarnego, mogłoby przynieść zadowalające rezultaty. Z pewnością wypełniłoby także lukę w kompetencjach kontrolnych sędziów penitencjarnych, z natury rzeczy nie obejmujących specjalistycznych procedur medycznych.

Na chwilę obecną zasadnicza sfera funkcjonowania Komisji Psychiatrycznej koncentruje się wokół zagadnień związanych z kierowaniem osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający, do właściwego zakładu zamkniętego, a także ich przenoszeniem w trakcie realizacji tego środka do innej placówki detencyjnej oraz zwalnianiem z takich jednostek. Zgodnie z art. 201 § 2 k.k.w., o opinię Komisji sąd występuje obligatoryjnie przy kierowaniu skazanego do zakładu, w którym środek taki ma być wykonywany, fakultatywnie zaś przy wypisywaniu lub przenoszeniu internowanych z zakładów psychiatrycznych lub zakładów leczenia odwykowego (§ 7 pkt 2 cyt. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10.08.2004 roku).

Wymienione opinie muszą spełniać określone wymogi formalne, a ich przygotowanie i przekazanie sądowi powinno przebiegać z zachowaniem właściwej procedury. Przepisy Kodeksu karnego wykonawczego nie określają swoistych elementów, jakie powinna zawierać taka opinia, także w treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia na próżno szukać podobnych wytycznych. Tym niemniej na podstawie analizy celowościowej treści tych aktów normatywnych należy uznać, iż zasadniczą konkluzją zawartą w dokumencie Komisji będzie wskazanie miejsca, w którym powinien być wykonywany środek zabezpieczający wobec danego skazanego. Oznacza to, iż od Komisji oczekuje się nie tylko określenia właściwego typu zakładu zamkniętego, ale też wskazania konkretnej jednostki (siedziby) posiadającej odpowiedni stopień zabezpieczenia, zgodnie z zasadami rejonizacji zawartymi w załączniku do Rozporządzenia z 10.08.2004 roku.

Takie wskazanie stwarza domniemanie, iż wyznaczony zakład dysponuje wolnymi miejscami dla internowanych i upoważnia sąd do przestania kierownikowi tego zakładu polecenia przyjęcia sprawcy. Oczekiwanie od Komisji Psychiatrycznej właściwej weryfikacji dostępności miejsc w poszczególnych placówkach jest tym bardziej uzasadnione, że od 2010 roku analiza tego rodzaju informacji jest zapisana w cytowanym wyżej Rozporządzeniu Ministra Zdrowia jako jedno z głównych zadań tego organu (§ 7 pkt 4). Mimo to zapis ten należy ocenić jako niepotrzebny. Czynność ta posiada bowiem czysto techniczny charakter (podobnie jak omówiona wcześniej analiza dostępnej dokumentacji) i zawiera się w obowiązku przygotowania kompletnych

opinii dotyczących kierowania skazanych do właściwych zakładów detencyjnych (§ 7 pkt 2 Rozporządzenia z 10.08.2004 roku). Wystarczającym gwarantem realizacji wymogu ustalenia dostępności łóżek będzie egzekwowanie od kierownictwa zakładów zamkniętych obowiązku powiadamiania Komisji o wszystkich przyjęciach i zwolnieniach osób internowanych (§ 9 cytowanego wyżej Rozporządzenia). W połączeniu z efektywnym systemem rejestrującym zmiany w tym zakresie powinno to pozwolić na osiągnięcie oczekiwanych przez ustawodawcę rezultatów. Niestety nadal pojawiają się sygnały, iż praktyka w tym zakresie jest nieprawidłowa. Zdarzają się bowiem sytuacje, kiedy wskazane przez Komisję zakłady odmawiały przyjęcia skazanych z powodu przepełnienia, zresztą niekiedy same sądy zwracały się do kierowników wskazanych jednostek o wyznaczenie daty przyjęcia skazanego, opóźniając tym samym procedurę umieszczenia skazanego [8]. Z całą mocą należy podkreślić, iż sytuacje takie nie mają prawa zaistnieć. Jeśli bowiem w najbliższym, wynikającym z rejonizacji, zakładzie nie ma możliwości natychmiastowego przyjęcia skazanego to Komisja powinna wskazać inny zakład odpowiedniego typu położony możliwie najbliżej miejsca zamieszkania internowanego. Od 2007 roku pozwalają na to przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia (§ 8a). Sąd realizując swoje ustawowe obowiązki powinien niezwłocznie wydać polecenie doprowadzenia skazanego do tej jednostki, przesyłając jednocześnie odpis orzeczenia wraz z poleceniem przyjęcia jej kierownictwu (art. 201 § 2 k.k.w.). Takie postępowanie wynika bezpośrednio z celów, dla których stosuje się środki zabezpieczające i z istoty tej instytucji służącej możliwie jak najszybszemu objęciu ochroną społeczeństwa przed niebezpiecznym, z powodu swojego stanu zdrowia, sprawcą czynu zabronionego.

Określając optymalne miejsce osadzenia sprawcy Komisja Psychiatryczna powinna opierać się na kryteriach zawartych zarówno w art. 200a-200c k.k.w., jak i zapisanych w § 8 ust. 1 Rozporządzenia z 10.08.2004 roku. W praktyce te pierwsze okazują się zupełnie nieprzydatne dla tego celu. Są nieostre i nieprecyzyjne, a ponadto charakteryzuje je możliwość dowolnej interpretacji. W tej sytuacji pozostaje oparcie się w procesie klasyfikacyjnym na przesłankach zawartych w treści Rozporządze-

nia Ministra Zdrowia. Szczęśliwie stanowią one zupełnie inną jakość legislacyjną, stwarzając obiektywne i jasne podstawy do dokonania takiej klasyfikacji [9]. Argumentacja zawierająca ich analizę powinna znaleźć odbicie w treści opinii wydawanej przez Komisję. W przeciwnym razie sąd będzie pozbawiony możliwości dokonania stosowanych ocen odnośnie prawidłowości wskazania miejsca internacji. Jeśli tak się stanie należy wymagać uzupełnienia opinii w tym zakresie. Niedopełnienie tego obowiązku może stanowić obrazę art. 170 § 1 pkt 2 k.p.k. (Dz.U. nr 89, poz. 555) w zw. z art. 1 § 2 k.k.w.

Opinia Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających powinna spełniać także pozostałe wymogi formalne stawiane tego rodzaju dokumentom przez przepisy (art. 200 § 2 k.p.k. [w zw. z art. 1 § 2] k.k.w.).

Mimo narastającej krytyki należy uznać, iż potrzeba opinii dla celów pierwotnej kwalifikacji skazanego znajduje w pewnych okolicznościach uzasadnienie. Tak będzie w przypadku, gdy sąd kierujący orzeczenie do wykonania nie jest w stanie samodzielnie dokonać oceny przesłanek umieszczenia skazanego w danym typie zakładu i musi w tym zakresie skorzystać ze specjalistycznego wsparcia. Kwestią dyskusyjną pozostaje natomiast wymóg obowiązku sięgania po takie fachowe wsparcie w każdym przypadku, możliwość wykorzystania w tym zakresie wiedzy innych podmiotów występujących już w postępowaniu karnym a także określenie optymalnego momentu na podjęcie przez sąd decyzji w przedmiocie wskazania właściwego typu zakładu detencyjnego. Pewne rozbieżności wywołuje także kwestia zakresu opiniowania.

W szczególności trudno zaakceptować ustanowienie obligatoryjnego trybu zasięgnięcia przez sąd takiej opinii. Rodzi się pytanie czy rozwiązanie sprzed nowelizacji z 2003 roku funkcjonowało na tyle źle, że zaistniała konieczność jego zmiany włącznie z powołaniem nowego, specjalnego organu klasyfikującego skazanych. Jest to o tyle zdumiewające, że do momentu wejścia w życie wspomnianej nowelizacji przepisy przewidywały jedynie możliwość zwrócenia się sądu, w przypadku ustalenia takiej potrzeby, o pomoc do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Wydaje się, że ten wyspecjalizowany podmiot (jego przedstawiciele wchodzi także w skład Komisji Psychia-

trycznej) był jak najbardziej kompetentny do ustalenia właściwego miejsca internacji sprawcy. Nie odnotowano także krytyki takiego rozwiązania w środowiskach prawniczych i lekarskich. Fakultatywne zasięgnięcie opinii ograniczało korzystanie z niej tylko do przypadków wątpliwych, kiedy opinia taka, wymagająca wiadomości specjalnych, okazywała się niezbędna. Jest to o tyle istotne, że tryb kierowania skazanego do zakładu zamkniętego, uwzględniający obligatoryjne zasięgnięcie opinii Komisji, wydłużył czas upływający od momentu uprawomocnienia się orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego do czasu rozpoczęcia jego wykonania, co jak sygnalizowano na wstępie, wiąże się z niebezpieczeństwem wystąpienia konkretnych szkód zarówno po stronie skazanego jak i społeczeństwa.

W środowisku prawniczym coraz częściej podnoszą się głosy opowiadające się za powierzeniem całości zadań, w zakresie opiniowania procedury kwalifikacyjnej, innym podmiotom obecnym już w toku postępowania karnego. Scedowanie tego zadania na biegłych, których sąd i tak musi wysłuchać przed orzeczeniem leczniczego środka zabezpieczającego wydaje się racjonalnym rozwiązaniem. Biegli ci mają bowiem najszerszą wiedzę co do aktualnego stanu zdrowia psychicznego sprawców i ich możliwych niebezpiecznych zachowań w przyszłości. Niejednokrotnie są oni zatrudnieni w zakładach wykonujących takie środki, co jeszcze bardziej przemawia za powierzeniem im tego rodzaju zadań.

W rzeczywistości opinia Komisji Psychiatrycznej musi w dużej mierze opierać się na analizie danych dostępnych wcześniej biegłym i na ustaleniach opinii wydanej przez nich, po uprzednim przeprowadzeniu badania psychiatrycznego i psychologicznego. Zgodnie bowiem z § 383 ust. 2 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych (Dz.U. z 2007 roku, nr 38, poz. 249) sąd w celu zasięgnięcia opinii Komisji przesyła jej odpis orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego wraz z opinią biegłych o stanie zdrowia psychicznego sprawcy celem wskazania miejsca internacji. Z powyższego wynika, iż członkowie Komisji będą w zasadzie pozbawieni możliwości kontaktu ze sprawcą, którego umieszczenie mają zaopiniować. Jest to naturalne następstwo ulokowania tej procedury w przestrzeni między orzeczeniem środka zabezpie-

czającego a umieszczeniem skazanego w zakładzie, w którym będzie on wykonywany. Przypomnijmy, iż tylko wobec nielicznych skazanych po orzeczeniu środka zabezpieczającego utrzymywany jest tymczasowy areszt (art. 264 § 3 k.p.k.) pozostali oczekują na rozpoczęcie internacji psychiatrycznej na wolności. Także centralny charakter organu, jakim jest Komisja Psychiatryczna, przesądza iż objęcie badaniami na potrzeby opinii klasyfikacyjnej skazanych z całego kraju byłoby w praktyce niemożliwe.

Jednocześnie spełniony zostanie postulat przeniesienia momentu decyzji wyznaczającej zakład detencyjny (przynajmniej w zakresie stopnia zabezpieczenia) na wcześniejszą fazę postępowania karnego, co powinno przyczynić się także do wzmocnienia gwarancji ochrony praw skazanego [11]. Zmiany te powinny uczynić zadość wymaganiom ekonomiki procesowej. W ich założeniu doprowadzą do uproszczenia procedury klasyfikacyjnej, usprawnienia toku postępowania wykonawczego (szczególnie w obrębie umieszczenia skazanych w zakładzie zamkniętym) oraz redukcji kosztów i zagrożenia społecznego, jakie stwarzają oczekujący na internację sprawcy.

Trudno z kolei uzasadnić potrzebę jakiegokolwiek partycypacji Komisji w procesie przenoszenia czy wypisywania internowanych z zakładów zamkniętych. W obu przypadkach sąd zwracając się do tego organu o wsparcie dysponuje już stosowanymi opiniami specjalistów zatrudnionych w miejscu internacji skazanego. Także tutaj mamy do czynienia z sytuacją analogiczną do wcześniej opisywanej, kiedy taka „super opinia” Komisji bazuje na dokumentacji medycznej wytworzonej przez lekarzy ze szpitala, w którym przebywa internowany, stając się w istocie recenzją wniosków tam zawartych. Co więcej ustawodawca w art. 204 § 1 in fine k.k.w. dopuszcza możliwość zasięgnięcia opinii do dalszego stosowania środka zabezpieczającego (czyli także ewentualnego zwolnienia skazanego) innych biegłych niż zatrudnieni w zakładzie zamkniętym, co wcale nie oznacza, że oceny tej dokona Komisja. Wygląda więc na to, że kwestia „wypisania” może stać się przedmiotem trzech niezależnych opinii autorstwa różnych podmiotów. Na marginesie użytego w Rozporządzeniu pojęcia „wypisanie” z zakładu zamkniętego można domniemywać, że twórca tego przepisu miał na myśli zapewne sytuację przewidzianą w art. 204 § 1 k.k.w. Przy okazji trzeba za-

uważyć, że powołanie się w § 8 ust 1 Rozporządzenia z 10.08.2004 roku na przesłanki służące kwalifikacji jako na podstawie opinii dotyczącej „wypisywania” sprawców jest nieudanym zabiegiem. O zwolnieniu z internacji decyduje przede wszystkim ocena czy u skazanego utrzymuje się nadal wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu o znacznym stopniu społecznej szkodliwości związanego z jego zaburzeniami psychicznymi (arg. z art. 94 § 1 i 3 k.k. w zw. z art. 93 k.k.).

Nie tylko niespójne regulacje i niejednolita terminologia, ale też wzajemnie sprzeczne przepisy potęgują wrażenie chaosu. Do tych ostatnich należą z pewnością § 8 ust. 2 i § 13 ust. 3 cytowanego wcześniej Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Pierwszy z nich ustala maksymalny 21 dniowy termin na wydanie przez Komisję Psychiatryczną opinii w sprawie przeniesienia internowanego, drugi tę samą kwestię pozwala załatwić w miesiąc. Uwagę zwraca też konstrukcja całego § 13 tego aktu prawnego regulującego kwestie oceny wniosków o przeniesienie do innego zakładu zamkniętego. Literalna wykładnia tego przepisu prowadzi do mylnego przekonania, iż niezależnie od tego czy sąd zechce zasięgnąć opinii Komisji w tym względzie (w omawianym przypadku nie jest to obligatoryjne) to i tak musi się wstrzymać z wydaniem postanowienia określającego nowe miejsce internacji do czasu zajęcia przez nią stanowiska (czy to w formie opinii czy też propozycji). Ustawodawca nakazał bowiem każdorazowo przesyłać Komisji dokumentację dołączaną do wniosków o zmianę miejsca internacji i nałożył na nią obowiązek sformułowania i przesłania do sądu stosownej propozycji w tym przedmiocie w terminie do miesiąca. Na tej podstawie w piśmiennictwie sformułowano pogląd, iż w zasadzie sąd jest każdorazowo związany w podejmowaniu decyzji złożeniem stosownego dokumentu przez Komisję [12]. Przyjęcie tej wykładni wydłużałoby znacząco proces przenosin skazanego i to nawet w sytuacji kiedy ani personel zakładu, w którym przebywa internowany, ani sąd nie mają w tej sprawie żadnych wątpliwości. Ponadto wytwo-

rzyłby się swoisty paradoks, polegający na tym, iż kwestia przenosin między zakładami byłaby zawsze przedmiotem oceny Komisji, zaś ostateczne zwolnienie internowanego opierałoby się jedynie na fakultatywnie zasięganym opinii tego podmiotu. Przepis ten należy uznać za niepoprawnie zredagowaną jednostkę wymagającą pilnej interwencji ustawodawcy w kierunku przywrócenia jednoznacznie fakultatywnego charakteru tej opinii.

WNIOSKI

Podjęta w niniejszej pracy analiza wykazała szereg nieprawidłowości w regulacji prawnej funkcjonowania Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających. Jednocześnie wskazano propozycje usunięcia części z nich. Wydaje się jednak, iż działalność tego organu wymaga gruntownej reformy, której nie zapewni bieżąca korekta wybranych przepisów. Zmiany w tym zakresie są niezbędne szczególnie w obliczu narastających zarzutów o opóźnienia w umieszczaniu skazanych w zakładach zamkniętych, potwierdzonych w orzecnictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości [13]. Jednocześnie w związku z brakiem odpowiednich regulacji prawnych nierealizowane są inne, ważne zadania tego organu.

W świetle powyższych zastrzeżeń racjonalnym wydaje się przekazanie zadań związanych z opiniowaniem procesu klasyfikacji biegłym występującym w postępowaniu w kierunku zastosowania środków zabezpieczających. Ewentualnego rozważenia wymaga jedynie pozostawienie sądowi możliwości fakultatywnego zasięgnięcia opinii Komisji w przypadkach trudnych bądź wątpliwych. Koncentracja działalności tego organu powinna dotyczyć funkcji kontrolnych z jednoczesnym jej powiązaniem z sędziowskim nadzorem penitencjarnym. Wymagać to będzie znaczącego zwiększenia mobilności Komisji bądź reorganizacji jej struktury oraz rozbudowy przepisów określających szczegółowo procedury kontrolne.

PIŚMIENNICTWO

1. Uzasadnienie poselskiego projektu zmian Kodeksu karnego wykonawczego z marca 2002 roku, druk sejmowy nr 389.

2. Ciszewski L., Cynkier P., Majchrzyk Z.: Komisja Przyjęć i Wypisów w Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej jako organ poprawy bezpieczeństwa i przestrzegania praw pacjentów, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2000, 9 (1): 115-118.

3. Bogunia L.: Projektowane zmiany w wykonywaniu leczniczych środków zabezpieczających, *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*. 2003, XIII: 333-342.

4. Zawadzka M.: Czas na reformę środków zabezpieczających, *Na wokandzie* 2010, 1: 58-59.

5. Hołda Z., Postulski K.: Kodeks karny wykonawczy. Komentarz, Wydawnictwo Arche, Gdańsk 2006.

6. Kalisz T.: Sędziowski nadzór penitencjarny, Wydawnictwo UW, Wrocław 2011.

7. Kalisz T., Kwieciński A.: Kontrola i nadzór nad wykonywaniem leczniczych środków zabezpieczających, *Prokuratura i Prawo*. 2011, 7-8: 118-132.

8. Postulski K., Wykonywanie środków zabezpieczających leczniczych, [w:] *System Prawa Karnego*, t. 7, Środki zabezpieczające, red. L. Paprzycki. Warszawa 2012: 467-567.

9. Kwieciński A.: Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania, Wydawnictwo Kolonia Limited. Wrocław 2009.

10. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 12.10.2005 roku, II AKzw608/05, OSA 2008, z. 3, poz. 17, LEX 166016.

11. Politowicz K. A.: Przesłanki, charakter i tryb uzyskania opinii podmiotów konsultacyjnych w postępowaniach sądów w kierunku stosowania środków zabezpieczających. *Probacja* 2011, 1: 19-50.

12. Postulski K.: Kodeks karny wykonawczy. Komentarz, Wydawnictwo Wolters Kluwer business. Warszawa 2012.

13. Skorupka J.: Wykonywanie tymczasowego arestowania wobec osoby chorej psychicznie, [w:] *Prawo karne wykonawcze w systemie nauk kryminologicznych*, red. T. Kalisz. Wrocław 2011: 114-124.

Adres do korespondencji:

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

ul. Uniwersytecka 22/26

50-145 Wrocław

tel.: + 48 71 375 23 66

e-mail: adam.kwiecinski@prawo.uni.wroc.pl