

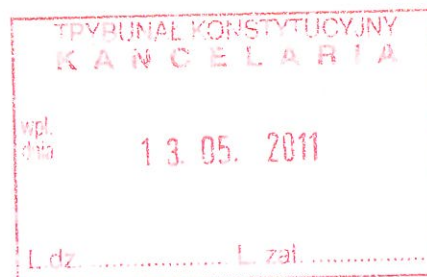


SEJMY
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 13 maja 2011 r.

Sygn. akt K 22/10

BAS-WPTK-1960/10



Trybunał Konstytucyjny

Na podstawie art. 34 ust. 1 w związku z art. 27 pkt 2 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.), w imieniu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej przedkładam wyjaśnienia w sprawie wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich (sygn. akt K 22/10), jednocześnie wnosząc o stwierdzenie, że art. 115 § 7 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.) **jest zgodny** z art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Uzasadnienie

I. Przedmiot kontroli

1. Rzecznik Praw Obywatelskich (dalej: wnioskodawca albo Rzecznik) wnioskiem z 18 października 2010 r. (dalej: wniosek) zakwestionował zgodność z Konstytucją art. 115 § 7 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm., dalej: Kodeks karny wykonawczy albo k.k.w.), który brzmi: „Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego świadczenia zdrowotne są udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego; na wniosek funkcjonariusza lub pracownika więziennego zakładu opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, świadczenia zdrowotne mogą być udzielane skazanemu bez obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego”.

2. Artykuł 115 k.k.w. określa podstawowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych skazanym (dalej także: osoby pozbawione wolności albo osadzeni). Podstawowe zasady udzielania tych świadczeń są określone przez kolejne paragrafy tego przepisu.

I tak, skazanym zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne (art. 115 § 1 k.k.w.). Bezpłatnie zapewnia się im także protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary pozbawienia wolności (w innych wypadkach można je zapewnić za odpłatnością – art. 115 § 2 k.k.w.). W szczególnie uzasadnionych wypadkach dyrektor zakładu karnego, po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego, może zezwolić skazanemu, na jego koszt, na leczenie przez wybranego przez niego lekarza oraz na korzystanie z dodatkowych leków i innych środków medycznych (art. 115 § 6 k.k.w.). Świadczenia zdrowotne udzielane są skazanym przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (art. 115 § 4 k.k.w.), zaś pozawięziennne zakłady opieki zdrowotnej współdziałają ze służbą zdrowia w zakładach karnych w sytuacjach szczególnych (np. gdy konieczne jest natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego – art. 115 § 5 k.k.w.).

Zakwestionowany przez Rzecznika art. 115 § 7 *in principio* k.k.w. statuuje zasadę, zgodnie z którą skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego świadczenia zdrowotne są udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego. Z kolei art. 115 § 7 *in fine* k.k.w. wprowadza możliwość wystąpienia sytuacji szczególnych, w których funkcjonariusz lub pracownik więziennego zakładu opieki zdrowotnej może złożyć wniosek o udzielenie skazanemu świadczeń zdrowotnych bez obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego.

Należy jednak nadmienić, że w zakładach karnych typu półotwartego świadczenia zdrowotne są udzielane bez obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego, zaś obecność funkcjonariusza jest konieczna tylko wtedy, gdy osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych złoży taki wniosek i jest to konieczne dla jej bezpieczeństwa (art. 115 § 8 k.k.w.).

3. Na marginesie należy odnotować, że 18 marca 2011 r. Sejm uchwalił ustawę o działalności leczniczej (druk sejmowy nr 3489/VI kad., 20 kwietnia 2011 r. ustawę przekazano do podpisu Prezydentowi), która nowelizuje zaskarżony przepis. Zmiana ma charakter terminologiczny, w miejsce „zakładu opieki zdrowotnej” pojawia się zwrot: „podmiot leczniczy”. Treść normatywna kwestionowanego przez Rzecznika przepisu pozostaje bez zmian. W tym sensie nowelizacja ta nie ma wpływu na kierunek analizy co do *meritum*; zdaniem Sejmu nie uzasadnia ona również umorzenia postępowania ze względu na utratę mocy obowiązującej zakwestionowanego przepisu (art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym, Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.).

II. Zarzuty wnioskodawcy i analiza formalnoprawna

1. Przyjęte przez Sejm określenie przedmiotu kontroli należy opatrzyć komentarzem, gdyż między *petitum* wniosku Rzecznika a jego uzasadnieniem występują rozbieżności. Dla ich zobrazowania konieczne jest jednak omówienie zarzutów sformułowanych przez wnioskodawcę.

2. Rzecznik Praw Obywatelskich wnosi o stwierdzenie, że art. 115 § 7 k.k.w. jest niezgodny z art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji. Z *petitum* pisma

procesowego wnioskodawcy jednoznacznie wynika, że zakresem zaskarżenia obejmuje on wszystkie normy wyrażone w ww. przepisie, a zatem zarówno tę ujętą w art. 115 § 7 *in principio*, jak i tę wskazaną w art. 115 § 7 *in fine* k.k.w.

Jeżeli chodzi o normę zawartą w art. 115 § 7 zd. 1 k.k.w., Rzecznik uważa, że gwarantowane konstytucyjnie prawo do prywatności (art. 47 Konstytucji) obejmuje swoim zakresem także prawo do godności i intymności (wniosek, s. 11). Zdaniem Rzecznika, art. 115 § 7 *in principio* k.k.w., który wprowadza odstępstwo od funkcjonujących powszechnie zasad poszanowania godności i intymności pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, „wykracza poza granice tego, co jest konieczne” w demokratycznym państwie prawnym (wniosek, s. 14). Według Rzecznika, przepis ten jest sprzeczny z art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji, gdyż decydujące znaczenie przypisał samemu faktowi osadzenia skazanego w zakładzie karnym typu zamkniętego, a nie temu czy skazany ów jest osobą faktycznie niebezpieczną (*ibidem*). Rzecznik podnosi także, że świadczenia zdrowotne w zakładach karnych typu zamkniętego powinny być udzielane w obecności funkcjonariusza tylko wówczas, gdy „rzeczywiście zostanie uprawdopodobnione w konkretnej sytuacji zagrożenie bezpieczeństwa osoby udzielającej świadczeń” (wniosek, s. 14).

Z kolei w odniesieniu do art. 115 § 7 *in fine* k.k.w. Rzecznik zauważa, że „ustawodawca nie określił w ustawie jakichkolwiek przesłanek składania wniosku dotyczącego tej materii” przez co osoby uprawnione do jego złożenia „dysponują w tym zakresie całkowitą i niczym nieskrępowaną dowolnością”, która nie podlega weryfikacji. Zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich, wniosek taki powinien być weryfikowany w określonym trybie, gdyż dotyczy materii konstytucyjnego prawa jednostki do prywatności (wniosek, s. 14).

3. Na tle tak sformułowanych zarzutów Rzecznik Praw Obywatelskich uzupełnia wywód, stwierdzając, że:

a) „W rezultacie świadczenia zdrowotne takiej osobie są co do zasady udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego. Dotyczy to również tymczasowo aresztowanych, korzystają oni bowiem w tym zakresie z takich samych uprawnień, jakie przysługują skazanemu odbywającemu karę pozbawiania wolności w systemie zwykłym w zakładzie karnym typu zamkniętego (art. 214 § 1 k.k.w.)” (wniosek, s. 5-6), oraz

b) „Ponadto, art. 115 § 7 k.k.w. znajduje zastosowanie do osób tymczasowo aresztowanych, a więc osób, wobec których środek ten jest stosowany przede wszystkim w celu zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania (art. 249 § 1 k.p.k.), a tylko jedna z wielu szczegółowych przesłanek stosowania tymczasowego aresztowania obejmuje uzasadnioną obawę popełnienia przez oskarżonego kolejnego przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu lub bezpieczeństwu powszechnemu (art. 258 § 3 k.p.k.)” (wniosek, s. 13).

Pojawia się zatem pytanie, czy powyższe fragmenty uzasadnienia wniosku mogłyby prowadzić do modyfikacji – w oparciu o zasadę *falsa demonstratio non nocet* – wskazanego w *petitum* pisma procesowego Rzecznika przedmiotu kontroli, którym jednoznacznie uczyniono tylko art. 115 § 7 k.k.w., czy też są one jedynie egzemplifikacją tezy (dodatkową argumentacją) na rzecz niekonstytucyjności zakwestionowanego unormowania.

Zdaniem Sejmu, należy przyjąć drugą z wymienionych możliwości. Po pierwsze, art. 115 § 7 k.k.w. znajduje zastosowanie do osób tymczasowo aresztowanych jedynie przez odesłanie zawarte w art. 209 k.k.w., który brzmi: „Do wykonywania tymczasowego aresztowania stosuje się odpowiednio przepisy odnoszące się do wykonywania kary pozbawienia wolności, ze zmianami wynikającymi z przepisów niniejszego rozdziału” (oznacza to, że ewentualnym przedmiotem kontroli w tym zakresie powinien być art. 209 k.k.w. w związku z art. 115 § 7 k.k.w.). Po drugie, całokształt pisma procesowego Rzecznika wskazuje, że kwestionuje on *de facto* status prawny skazanego, nie zaś osób tymczasowo aresztowanych. Należy zatem przyjąć, że pomimo tego, iż zagadnienie tymczasowo aresztowanych pojawia się incydentalnie w kilku miejscach wniosku, ma ono charakter uzupełniający (posiłkowy) względem argumentacji podstawowej, odnoszącej się do skazanych.

4. W związku z powyższym Sejm przyjmuje, iż przedmiotem kontroli w niniejszej sprawie jest wyłącznie art. 115 § 7 k.k.w., odnoszący się do skazanych.

III. Wzorce kontroli

1. Artykuł 47 Konstytucji stanowi: „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim

życiu osobistym”. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na podstawowy, ogólny czy też ramowy charakter tego przepisu, wskazując, że pewne wyodrębnione segmenty czy elementy prywatności są również przedmiotem regulacji innych norm konstytucyjnych (zob. np. B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 245; P. Sarnecki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, Warszawa 2003, komentarz do art. 47, s. 3; M. Safjan, *Wyzwania dla państwa prawa*, Kraków 2007, s. 126).

W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że użycie przez ustrojodawcę zaimka „każdy” przesądza, że adresatem danego przepisu są zarówno osoby fizyczne i prawne; posiadające obywatelstwo polskie oraz nieposiadające obywatelstwa polskiego; bez względu na wiek oraz inne cechy szczególne (por. np. J. Braciak, *Prawo do prywatności*, Warszawa 2004, s. 165-167; P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, Warszawa 2008, s. 115; wyrok NSA z 27 kwietnia 2006 r., sygn. akt II OSK 1142/05; wyrok TK z 24 lutego 1999 r., sygn. akt SK 4/98).

Konstytucja nie definiuje znaczenia wyrażenia „życie prywatne” oraz pojęcia „prywatność”. Niemniej terminy te zarówno na gruncie literatury polskiej, jak i światowej są obszernie omawiane (zob. np. M. Safjan, *Wyzwania...*, s. 128; J. Braciak, *Prawo do...*, s. 11 i n.; K. Motyka (red.), *Prawo do prywatności. Aspekty prawne i psychologiczne*, Lublin 2001, s. 9 i n.; A. Mednis, *Prawo do prywatności a interes publiczny*, Kraków 2006, s. 55 i n.; A. Sakowicz, *Prawnokarne gwarancje prywatności*, Zakamycze 2006, części od 1.4.4., Lex 2011; A. Kopff, *Koncepcja prawa do intymności i do prywatności życia osobistego (zagadnienia konstrukcyjne)*, „Studia Cywilistyczne” 1972, t. XX, s. 3-42; R. Wacks, *Privacy. A Very Short Introduction*, Oxford 2010, s. 51 i n.; B. Garrett, *The Right To Privacy*, New York 2001, s. 12 i n.; S. Warren, L. Brandeis, *The right to privacy* [w:] *Philosophical Dimensions of Privacy*, red. F. Schoeman, Cambridge 2007, s. 75 i n.). Próby ich wyjaśniania były także podejmowane w szeregu orzeczeń sądowych, w szczególności Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (zob. np. wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z: 7 sierpnia 1996 r. *C. versus Belgium* nr 21794/93; 16 grudnia 1992 r. *Niemietz versus Germany* nr 13710/88; 2 września 2010 r. *Uzun versus Germany* nr 35623/05; 17 lipca 2008 r. *I. versus Finland* nr 20511/03; 25 listopada 2008 r. *Armonas versus Lithuania* nr 36919/02). Także sądy polskie podejmowały już od dawna tę problematykę (zob. np. wyrok SN

z 11 stycznia 1935 r., sygn. akt II K 1493/34; orzeczenie SN z 8 kwietnia 1994 r., sygn. akt III ARN 18/94; wyrok NSA z 8 sierpnia 2008 r., sygn. akt II OSK 189/07).

Na podstawie przywołanych wypowiedzi doktryny prawa i orzecznictwa sądów można stwierdzić, że pojęcia „prywatności” i „życia prywatnego” są wieloznaczne i interpretowane dość szeroko, zaś dobra (elementy prywatności) podlegające ochronie na podstawie art. 47 Konstytucji i art. 8 ust. 1 („Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji”) Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzonej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmienionej następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełnionej Protokołem nr 2 (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284, dalej: Konwencja) nie mogą być enumeratywnie wyliczone (por. np. M. Safjan, *Prawo do ochrony życia prywatnego [w:] Podstawowe Prawa Jednostki i Ich Sądowa Ochrona*, red. L. Wiśniewski, Warszawa 1997, s.128). Niemniej, odnosząc cytowane orzeczenia i poglądy piśmiennictwa do realiów niniejszej sprawy, trzeba przyjąć, że pojęcia te niewątpliwie obejmują informacje dotyczące stanu zdrowia danej osoby (tak np. wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z: 17 lipca 2008 r. *I. versus Finland* nr 20511/03 i 25 listopada 2008 r. *Armonas versus Lithuania* nr 36919/02). Warto także wskazać, jak przyjął polski Trybunał Konstytucyjny, że „prywatność odnosi się m.in. do ochrony informacji dotyczących danej osoby i gwarancji pewnego stanu niezależności, w ramach której człowiek może decydować o zakresie i zasięgu udostępniania i komunikowania innym osobom informacji o swoim życiu” (wyrok TK z 19 maja 1998 r., sygn. akt U 5/97; zob. także wyrok TK z 20 czerwca 2005 r., sygn. akt K 4/04).

Należy zatem stwierdzić, że art. 47 Konstytucji statuuje prawo do ochrony prawnej wskazanych w części pierwszej tego przepisu sfer życia oraz do decydowania w sprawach określonych w jego drugiej części. „Pierwszemu prawu jednostki odpowiada oczywiście obowiązek władzy państwowej uregulowania w drodze przepisów prawnych tych zagadnień. Natomiast drugie prawo posiada w istocie charakter «wolności», polega bowiem na wykluczeniu wszelkiej postronnej ingerencji w sferę życia jednostki” (P. Sarnecki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, Warszawa 2003, komentarz do art. 47, s. 1; por. także wyroki TK z: 2 kwietnia 2001 r., sygn. akt SK 10/00 oraz 9 lipca 2009 r., sygn. akt SK 48/05).

2. Jak podkreśla Trybunał Konstytucyjny, określone w art. 47 ustawy zasadniczej „konstytucyjne prawa mogą oczywiście podlegać ograniczeniu. Przesłanki wprowadzenia takiego ograniczenia ustrojodawca zawarł w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Stosownie do jego treści ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego bądź dla ochrony środowiska, zdrowia, moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw” (wyrok TK z 2 lipca 2009 r., sygn. akt K 1/07; por. także wyrok TK z 20 marca 2006 r., sygn. akt K 17/05).

Dodatkowym wymaganiem kształtującym dozwolony zakres ograniczeń, zawartym w art. 31 ust. 3 Konstytucji, jest zakaz naruszania istoty wolności i praw. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego jako zasadę przyjęto, że: „Przesłanka «konieczności ograniczenia w demokratycznym państwie», sformułowana w art. 31 ust. 3, stanowi w pewnym sensie odpowiednik wypowiedianych w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego postulatów kształtujących treść zasady proporcjonalności. Z jednej strony stawia ona przed prawodawcą każdorazowo wymóg stwierdzenia rzeczywistej potrzeby dokonania w danym stanie faktycznym ingerencji w zakres prawa bądź wolności jednostki. Z drugiej zaś winna ona być rozumiana jako wymóg stosowania takich środków prawnych, które będą skuteczne, a więc rzeczywiście służące realizacji zamierzonych przez prawodawcę celów. Ponadto chodzi tu o środki niezbędne, w tym sensie, że chronić będą określone wartości w sposób, bądź w stopniu, który nie mógłby być osiągnięty przy zastosowaniu innych środków. Niezbędność to również skorzystanie ze środków jak najmniej uciążliwych dla podmiotów, których prawa lub wolności ulegną ograniczeniu. Ingerencja w sferę statusu jednostki musi więc pozostawać w racjonalnej i odpowiedniej proporcji do celów, których ochrona uzasadnia dokonane ograniczenie. [...] «Konieczność», którą wyraża art. 31 ust. 3 Konstytucji mieści więc w sobie postulat niezbędności, przydatności i proporcjonalności *sensu stricto* wprowadzanych ograniczeń. Nie ulega wątpliwości, iż spełnienie powyższych postulatów wymaga bliższej analizy w każdym konkretnym przypadku ograniczania prawa lub wolności, w szczególności przez skonfrontowanie wartości i dóbr chronionych daną regulacją z tymi, które w jej efekcie podlegają ograniczeniu, jak również przez ocenę metody realizacji ograniczenia. Niezależnie jednak od tego

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie podkreślał, iż ocena spełnienia poszczególnych kryteriów składających się na zasadę zakazu nadmiernej (nieproporcjonalnej) ingerencji wymaga pewnego zrelatywizowania stosownie do charakteru poszczególnych praw i wolności jednostki. Surowsze standardy oceny przykładać należy do regulacji praw i wolności osobistych i politycznych niż do praw ekonomicznych i socjalnych” (wyrok TK z 12 stycznia 1999 r., sygn. akt P 2/98; por. także wyrok pełnego składu TK z 22 września 2005 r., sygn. akt Kp 1/05 oraz wyrok TK z 11 maja 1999 r., sygn. akt K 13/98).

IV. Analiza zgodności

1. Ze względu na przedmiot wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich punktem wyjścia dalszych rozważań musi być analiza statusu prawnego osadzonych w zakładach karnych typu zamkniętego. Kodeks karny wykonawczy rozróżnia zakłady karne w zależności od więźniów, którzy mają być w nich osadzeni (np. zakłady karne dla młodocianych, zakłady karne dla recydywistów penitencjarnych – art. 69 k.k.w.), oraz w zależności od sposobu organizacji zakładu. Ten ostatni podział wyróżnia zakłady karne typu zamkniętego, półotwartego i otwartego (art. 70 § 1 k.k.w.). Oba podziały są komplementarne, co oznacza, że każdy zakład karny musi zostać zaliczony do jednej z dwu kategorii (np. zakład karny dla młodocianych typu zamkniętego). Zakłady karne, o których mowa w art. 70 § 1 k.k.w., różnią się stopniem zabezpieczenia, izolacji skazanych oraz wynikającymi z tego ich obowiązkami i uprawnieniami w zakresie poruszania się po zakładzie i poza jego obrębem (art. 70 § 2 k.k.w.). Jedną z różnic jest także to, że skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu półotwartego świadczenia zdrowotne mogą być udzielane na wniosek osoby wykonującej świadczenie w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego, ale tylko wtedy, gdy wymaga tego bezpieczeństwo tej osoby (art. 115 § 8 k.k.w.), z kolei skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego obowiązuje odwrotna dyrektywa, zgodnie z którą świadczenia zdrowotne są mu – co do zasady – udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego.

Powyższe rozwiązanie jest uzasadnione tym, że w myśl przepisów Kodeksu karnego wykonawczego w zakładach karnych typu zamkniętego *ex lege* osadza się

trzy kategorie skazanych: a) którzy stwarzają poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu (art. 88 § 3 k.k.w.); b) którzy zostali skazani za przestępstwa popełnione w zorganizowanej grupie albo związku mającym na celu popełnianie przestępstw (art. 88 § 4 k.k.w.), c) skazanych na karę dożywotniego pozbawienia wolności albo na karę 25 lat pozbawienia wolności (art. 88 § 5 k.k.w.). W zakładzie karnym typu zamkniętego można także osadzić skazanego: a) za przestępstwo nieumyślne, odbywającego zastępczą karę pozbawienia wolności, osobę odbywającą karę aresztu oraz skazane kobiety, a także innych skazanych, których właściwości i warunki osobiste, sposób życia przed popełnieniem przestępstwa, zachowanie po dokonaniu przestępstwa, negatywna ocena postawy i zachowania w areszcie śledczym, względy bezpieczeństwa zakładu albo inne szczególne okoliczności wskazują, że należy wobec nich wykonywać karę w warunkach zwiększonej izolacji i zabezpieczenia; b) który podczas pobytu w areszcie śledczym lub zakładzie karnym naruszył w poważnym stopniu dyscyplinę i porządek; c) przebywającego dotychczas w zakładzie karnym typu otwartego lub półotwartego, jeżeli negatywna ocena jego postawy i zachowania, a także względy bezpieczeństwa zakładu wskazują, że należy wobec niego wykonywać karę w warunkach zwiększonej izolacji i zabezpieczenia; d) który popełnił przestępstwo o znacznym stopniu społecznej szkodliwości, jeżeli jego postawa i zachowanie przemawiają za przebywaniem w zakładzie karnym typu zamkniętego (art. 88 § 6 k.k.w.). W związku z powyższym należy stwierdzić, że zakład karny typu zamkniętego, to zakład, w którym są osadzeni najgroźniejsi skazani (ujmując rzecz w kategoriach języka powszechnego) lub ci, którzy stwarzają istotne problemy podczas odbywania kary w innego rodzaju zakładach karnych.

Równocześnie należy mieć na uwadze, że w gabinetach medycznych z racji udzielanych tam świadczeń znajduje się wiele przedmiotów (np. nici chirurgiczne, bandaż, stetoskopy, igły, sondy, lancety, skalpele, imadła, nożyczki, pincety, trokary, kleszczyki), które w rękach skazanego mogą zmienić się w narzędzie niebezpieczne. Tymi narzędziami osadzony może stworzyć zagrożenie nie tylko dla pracowników więziennych zakładów opieki zdrowotnej i innych współwięźniów, ale również dla siebie. Stąd konieczność dozoru przez funkcjonariusza Służby Więziennej pobytu osadzonego w pomieszczeniach więziennego zakładu opieki zdrowotnej. Nie ulega bowiem wątpliwości, że osoba udzielająca świadczeń

zdrowotnych, koncentrując się na wykonywaniu czynności zawodowych, nie może równocześnie pilnować skazanego.

Ratio legis art. 115 § 7 k.k.w można więc opisać następująco: skoro w zakładach karnych typu zamkniętego osadza się najgroźniejszych przestępców i sprawiających poważne kłopoty dyscyplinarne skazanych, a udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga posługiwania się przedmiotami mogącymi służyć za narzędzia niebezpieczne, to należy przyjąć domniemanie, że w zaskarżonym przepisie jest mowa o osadzonych, którzy potencjalnie stanowią realne zagrożenie dla życia i zdrowia osób trzecich i dla siebie (w stopniu wyższym niż osadzeni w zakładach karnych innego typu), co z kolei uzasadnia decyzję ustawodawcy o ich kategoryalnym wyodrębnieniu i poddaniu sytuacji prawnej szczególnym prawnym rygorom. Innymi słowy, chcąc zapewnić bezpieczeństwo pracownikom więziennych zakładów opieki zdrowotnej, więźniom i innym osobom, ustawodawca wprowadził jako zasadę obecność funkcjonariusza Służby Więziennej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych skazanym o określonych cechach (na marginesie należy zaznaczyć, że na potrzebę monitorowania więźniów i rozbudowania regulacji w tej dziedzinie zwracał uwagę również sam Rzecznik Praw Obywatelskich – zob. np. pismo Rzecznika Praw Obywatelskich z 29 stycznia 2008 r., sygn. RPO-572925-VII-713/07/ED, problematyka bezpieczeństwa osadzonych z uwagi na niepokojące statystyki samobójstw w zakładach karnych stanowi ciągły przedmiot zainteresowania ustawodawcy – zob. np. druk sejmowy nr 1851/VI kadencja).

Artykuł art. 115 § 7 k.k.w chroni zatem bezpieczeństwo, życie i zdrowie różnych osób. Jego ustanowienie odpowiada tym wartościom, które są wskazane m.in. w art. 5 („Rzeczpospolita Polska [...] zapewnia wolności i prawa człowieka i obywatela oraz bezpieczeństwo obywateli, strzeże dziedzictwa narodowego oraz zapewnia ochronę środowiska, kierując się zasadą zrównoważonego rozwoju”), art. 38 („Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”), art. 68 ust. 1 Konstytucji („Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”), art. 2 ust. 1 zd. 1 Konwencji („Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę”) czy w art. 23 („Dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie

od ochrony przewidzianej w innych przepisach”) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm., dalej: k.c.).

2. Prawa do prywatności, intymności i godności (dalej: prawo do prywatności) osobistej są chronione przez szereg regulacji prawnych. W pierwszej kolejności należy wymienić normy konstytucyjne: art. 30 („Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”), art. 41 ust. 1 zd. 1 („Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą”), art. 47 („Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”). Trzeba także wspomnieć o normach prawa międzynarodowego: art. 10 ust. 1 („Każda osoba pozbawiona wolności będzie traktowana w sposób humanitarny i z poszanowaniem przyrodzonej godności człowieka”) Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych otwartego do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167), art. 8 ust. 1 Konwencji. Wreszcie nie można pominąć norm ustawowych, wspomnianego już art. 23 k.c. czy art. 20 ust. 1 („Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm., dalej: u.p.p.).

Powyższe przepisy mają istotne znaczenie w niniejszej sprawie, gdyż można z nich wywodzić wymóg zapewnienia przez ustawodawcę takich warunków udzielania świadczeń zdrowotnych osobom odbywającym karę pozbawienia wolności, które będą respektowały ich prywatność.

3. Rzecznik Praw Obywatelskich trafnie wskazuje, iż zakwestionowany przepis ogranicza prawo do prywatności skazanych (por. także M. Paszkowska, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w zakładzie karnym*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2008, nr 4, s. 26). Jednakże – co także zauważa Rzecznik – nie budzi wątpliwości fakt, że ograniczenie w zakresie korzystania z konstytucyjnie gwarantowanego prawa do prywatności zostało ustanowione w ustawie w celu ochrony zdrowia osób wykonujących zawody medyczne w więziennych zakładach opieki zdrowotnej (por. wniosek, s. 14). Zarazem Rzecznik pomija, że nie chodzi

w tym wypadku tylko o ochronę życia i zdrowia personelu więziennych zakładów opieki zdrowotnej, ale także samych skazanych. Wartość ta (ochrona zdrowia, ochrona praw innych osób – tutaj prawo do życia i zdrowia) jest zaś, co *expressis verbis* wynika z treści art. 31 ust. 3 Konstytucji, jedną z dopuszczonych przez ustrojodawcę przesłanek ograniczenia konstytucyjnych praw i wolności. Niewątpliwie zatem w niniejszej sprawie występuje kolizja dóbr konstytucyjnie chronionych: prawa do życia i zdrowia oraz prawa do prywatności.

W odniesieniu do takich sytuacji ustawodawca, stanowiąc prawo, musi dokonać ważenia (miarkowania) wartości konstytucyjnych, które w jednakowym (optymalnym) stopniu nie dadzą się jednocześnie zrealizować. Zakwestionowany wnioskiem Rzecznika art. 115 § 7 k.k.w. stanowi właśnie próbę pogodzenia konkurujących w niniejszej sprawie wartości. Jak już wspomniano: z jednej strony prawa do życia i zdrowia uczestników procesu świadczenia opieki zdrowotnej, z drugiej zaś – prywatności pacjentów-osadzonych. O takim uwarunkowaniu treści tego przepisu świadczy kilka okoliczności.

Po pierwsze, ustawodawca nie wyklucza, jak wynika z art. 115 § 7 *in fine* k.k.w., że w pewnych sytuacjach obecność funkcjonariusza może być niepożądana. Z tego względu przewidział on możliwość złożenia wniosku o udzielenie świadczeń zdrowotnych bez obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego. Wniosek taki może złożyć zarówno pracownik więziennego zakładu opieki zdrowotnej, jak i funkcjonariusz niewykonujący zawodu medycznego. Co więcej, ustawodawca (co dostrzega sam Rzecznik, wniosek, s. 14) nie wprowadził jakichkolwiek przesłanek złożenia takiego wniosku. Oznacza, że tak funkcjonariusz, jak i pracownik więziennego zakładu opieki zdrowotnej, mogą złożyć go z każdej przyczyny, o ile tylko uważają ją za wystarczającą (zasadną). Prowadzi to do wniosku, że katalog przyczyn skutkujących wyłączeniem obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego został określony najszerzej jak to tylko było możliwe.

Po drugie, świadczeń zdrowotnych może udzielać tylko pracownik więziennego zakładu opieki zdrowotnej. Wyrażenie: „pracownik więziennego zakładu opieki zdrowotnej” oznacza osobę zatrudnioną (tj. osobę, z którą został nawiązany stosunek pracy na podstawie określonej w art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, t.j. Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.) w więziennym zakładzie opieki zdrowotnej. Z kolei z treści § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości

z dnia 28 marca 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. Nr 55, poz. 490 ze zm.) wynika, że „funkcjonariusze i pracownicy zakładu karnego pełniący służbę lub zatrudnieni w celu udzielania osadzonym świadczeń zdrowotnych stanowią personel więziennego zakładu opieki zdrowotnej [...]”. A zatem pracownikami więziennego zakładu opieki zdrowotnej są osoby wykonujące zawody medyczne, gdyż tylko te osoby mogą być – co do zasady – zatrudniane w celu udzielania osadzonym świadczeń zdrowotnych. Należy więc zauważyć, że osoby te – na mocy odrębnych ustaw – są zobowiązane do udzielania świadczeń zdrowotnych z pełnym poszanowaniem prywatności pacjenta (zob. np. art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm., art. 20 ust. 1 w związku z art. 2 u.p.p.). Innymi słowy, udzielająca świadczeń zdrowotnych osoba wykonująca zawód medyczny jest zobowiązana tak zorganizować proces udzielania świadczeń zdrowotnych, żeby prywatność pacjenta – pomimo obecności funkcjonariusza – nie została naruszona.

Po trzecie, „funkcjonariuszami” w rozumieniu Kodeksu karnego wykonawczego są wyłącznie funkcjonariusze Służby Więziennej (art. 2 ust. 1 w związku z art. 2 ust. 2 pkt 7 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, Dz. U. Nr 79, poz. 523 ze zm., dalej: ustawa o SW), którzy są zobowiązani przez ustawodawcę do poszanowania godności skazanych (zob. np. art. 2 ust. 2 pkt 3, art. 27 pkt 2 ustawy o SW). Warto w tym miejscu dodać, że funkcjonariusze Służby Więziennej składają ślubowanie (art. 41 ust. 1 ustawy o SW), zgodnie z którym zobowiązują się do „szczególnego uwzględnienia poszanowania godności ludzkiej”. Jest to o tyle istotne, że funkcjonariusze odpowiadają również dyscyplinarnie za czyny sprzeczne ze złożonym ślubowaniem (art. 230 ust. 1 ustawy o SW); nadto, odrębną przesłanką odpowiedzialności jest „niehumanitarne traktowanie, uwłaczające godności osób pozbawionych wolności” (art. 230 ust. 3 pkt 3 ustawy o SW). Ustawodawca zabezpiecza zatem dodatkowo prywatność pacjentów przez nałożenie ww. obowiązków na funkcjonariuszy Służby Więziennej.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że kontekst normatywny art. 115 § 7 k.k.w. dowodzi, iż ustawodawca wprowadził liczne przepisy, które mają zapewnić godne traktowanie skazanych. Przedstawiwszy powyższe można przejść do oceny,

czy w analizowanej sprawie rzeczywiście doszło do wskazywanego przez Rzecznika przekroczenia konstytucyjnego zakazu nadmiernej ingerencji.

Z zakazu nadmiernej ingerencji w konstytucyjne wolności i prawa płynie dyrektywa, aby ustawodawca nie ustanawiał ograniczeń przekraczających pewien stopień uciążliwości, a zwłaszcza naruszających adekwatny stosunek (proporcję) między stopniem naruszenia uprawnień jednostki a rangą interesu publicznego, który ma w ten sposób podlegać ochronie. W szczególności wynika z niego konieczność rozważenia trzech zagadnień, a mianowicie: 1) czy wprowadzona regulacja jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków; 2) czy jest ona niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest połączona; 3) czy efekty wprowadzanej regulacji pozostają w proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela (zob. orzeczenia TK z: 26 kwietnia 1995 r., sygn. akt K 11/94 i 23 października 1996 r., sygn. akt K 1/96 oraz wyroki TK z: 12 stycznia 2000 r., sygn. akt P 11/98; 12 grudnia 2005 r., sygn. akt K 32/04; 8 lipca 2008 r., sygn. akt P 36/07).

Biorąc pod uwagę realia sprawy, trzeba podkreślić, że zaskarżona regulacja niewątpliwie jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków. Obecność uzbrojonego funkcjonariusza Służby Więziennej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych służy bowiem bezpieczeństwu osoby, która tychże świadczeń udziela, jak również uniemożliwia – a przynajmniej znacząco utrudnia – wejście przez skazanego w posiadanie elementów wyposażenia więziennego zakładu opieki zdrowotnej, które w jego rękach mogą stanowić narzędzie niebezpieczne. Równocześnie jest ona niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest związana, ponieważ życie i zdrowie każdego człowieka trzeba traktować jako wartość nadrzędną w przypadku kolizji z prawa do prywatności (w tym prawa do prywatności skazanego). Wynika to z oczywistej konstatacji, iż w hierarchii dóbr konstytucyjnych art. 38 zajmuje miejsce szczególne, chroni dobro dla jednostki najcenniejsze, stanowiąc swego rodzaju przesłankę czy też warunek konieczny faktycznego korzystania z innych praw i wolności konstytucyjnych (zob. np. orzeczenie TK z 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96; por. także: D. Dudek, *Zasada prawa człowieka do życia* [w:] *Zasady ustroju III Rzeczypospolitej Polskiej*, red. D. Dudek, Kraków 2009, s. 66 i n.; P. Sobolewski, M. Warciński, *Przedawnienie roszczeń deliktowych*, Kraków 2007, s. 92-93). Wreszcie, efekty wprowadzanej regulacji pozostają w proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela

(skazanego), gdyż ustawodawca zawarł cały szereg mechanizmów gwarantujących prywatność skazanym (czy też minimalizujących możliwość jej naruszenia) podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych (np. nakaz zapewnienia intymności przez osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych, nakaz respektowania godności skazanych przez funkcjonariuszy Służby Więziennej, odpowiedzialność dyscyplinarna tych funkcjonariuszy za naruszenie godności osadzonych, możliwość złożenia wniosku i udzielanie świadczeń bez obecności funkcjonariusza Służby Więziennej).

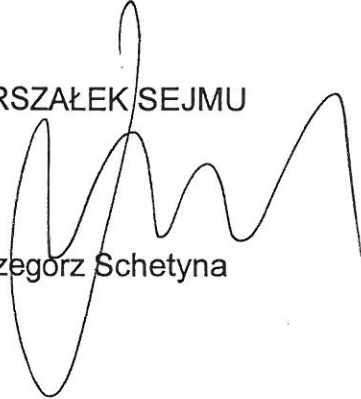
Inny argument – przemawiający na rzecz tezy, iż zakwestionowane rozwiązanie prawne nie narusza zasady proporcjonalności *sensu stricto* – wynika z tego, że funkcjonariusze Służby Więziennej (inaczej niż zdaje się twierdzić Rzecznik) w rzeczywistości nie w każdym wypadku będą dysponowali możliwością uprawdopodobnienia skali zagrożenia bezpieczeństwa osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (wyrażenia pewnej oceny *a casu a casum*, pozwalającej skutecznie zapobiegać sytuacjom niebezpiecznym), po to, żeby skazany mógł być leczony w warunkach innych niż przewiduje to zaskarżony przepis. Przed wystąpieniem zagrożenia nie zawsze jest bowiem możliwość zweryfikowania, czy dany skazany będzie je rzeczywiście stanowił dla pracownika więziennego zakładu opieki zdrowotnej. Z tego względu ustawodawca przyjął domniemanie, że takie zagrożenie występuje w przypadku wszystkich osadzonych w zakładach karnych typu zamkniętego, ze względu na przesłanki skierowania skazanego do zakładu karnego typu zamkniętego czy też jego określone właściwości osobiste (zob. też wcześniej, pkt IV.1 pisma). Jednocześnie bezpieczeństwo osobiste personelu medycznego i samych skazanych nie we wszystkich przypadkach można zagwarantować przez modernizację pomieszczeń świadczenia usług opieki zdrowotnej (np. specjalne systemy alarmowe czy wydzielone przeszklone części pomieszczeń). Często jest to niemożliwe już ze względu na charakter zabiegu medycznego (zob. też: S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2010, komentarz do art. 115, uwaga nr 11, Legalis 2011).

4. Rzecznik Praw Obywatelskich uważa, że przesłanki wniosku o wyłącznie funkcjonariusza, określone w art. 115 § 7 k.k.w., nie zostały ukształtowane prawidłowo. Stanowisko to opiera się na dwóch założeniach: po pierwsze, ustawodawca powinien wskazać katalog – jak się wydaje, obligatoryjnych –

przesłanek wyłączenia obecności funkcjonariusza; po drugie, z art. 47 Konstytucji wynika obowiązek ustalenia trybu weryfikowania zasadności wniosku o wyłączenie funkcjonariusza.

Odnosząc się do tych zastrzeżeń, trzeba zauważyć, że brak określenia przesłanek złożenia wniosku o wyłączenie obecności funkcjonariusza przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowi *de facto* określenie ich w sposób najszerszy z możliwych. Innymi słowy, każdy powód, który osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych lub funkcjonariusz uznają za uzasadniający odstępianie od zasady określonej w art. 115 § 7 k.k.w., może skutkować takim wnioskiem i wyłączeniem obecności funkcjonariusza. Wprowadzenie procedury weryfikacji wniosku o udzielanie świadczeń zdrowotnych bez obecności funkcjonariusza (który może złożyć wyłącznie funkcjonariusz lub pracownik więziennego zakładu opieki zdrowotnej) byłoby dysfunkcjonalne i w skrajnych przypadkach mogło prowadzić do niekorzystnego dla samych osadzonych wydłużenia momentu udzielenia świadczeń zdrowotnych. Obecne rozwiązanie zakłada, że przesądzające znaczenie mają ustalenia między pracownikiem więziennego zakładu opieki zdrowotnej a funkcjonariuszem, którzy na podstawie swojej własnej znajomości osadzonych, konkretnych okoliczności sprawy i doświadczenia, *a casu ad casum* rozstrzygają o konieczności obecności funkcjonariusza podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. W szczególności, zdaniem Sejmu, nie można w tym przypadku mówić o istnieniu sprawy w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji i konieczności ukształtowania procedury odwoławczej stosownie do postanowień art. 78 Konstytucji.

5. W związku z powyższym Sejm wnosi o uznanie art. 115 § 7 k.k.w. **za zgodny** z art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

MARSZAŁEK SEJMU

Grzegorz Schetyna