

SKAZANI Z HIV I AIDS W ZAKŁADACH KARNYCH (wybrane problemy)

„Zjawisko AIDS stało się faktem dokonany, niezależnie od jego obecnych rozmiarów i szybkości rozprzestrzeniania się także na terenie naszego kraju. Tym samym można domniemywać, że prędzej czy później, wraz ze skazanymi na karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowanymi przedostanie się na teren naszych zakładów karnych i innych jednostek penitencjarnych. ...Dotychczas nie stwierdzono – jak wynika z przeprowadzonych badań – wśród osób przebywających w zakładach karnych nosiciele wirusa HIV”. Słowa te wypowiedział w 1988 roku w Poznaniu na konferencji nt *Prawne problemy AIDS* profesor A. Tobis¹. Już w następnym roku, a więc w 1989, zarejestrowano w zakładach karnych 96 osadzonych z wirusem HIV². W tymże roku zgodnie z Wytocznymi Centralnego Zarządu Zakładów Karnych³ rozpoczęto przeprowadzanie badań na obecność wirusa HIV przy przyjmowaniu do zakładów karnych narkomanów, a także innych osób, co do których istniało uzasadnione podejrzenie zakażenia HIV. Od 1992 roku w Informacjach statystycznych o tymczasowo aresztowanych, skazanych i ukaranych Centralnego Zarządu Służby Więziennej wśród danych dotyczących chorób zakaźnych pojawiają się dane o liczbie chorych na AIDS i nosiciele wirusa HIV przebywających w zakładach

- 1 A. Tobis, AIDS a prawo i praktyka penitencjarna (w:) *Prawne problemy AIDS*, pod red. A.J. Szwarcza, Warszawa 1990, s. 140.
- 2 Zob. B. Janiszewski, HIV i AIDS w zakładach karnych. *Problemy prawne*, Poznań 1999, s. 11.
- 3 Wytocznym Centralnego Zarządu Zakładów Karnych analizują: A. Tobis, AIDS i wykonanie kary pozbawienia wolności (w:) AIDS i prawo karne, pod red. A.J. Szwarcza, Poznań 1986, s. 177–183; B. Janiszewski, HIV i AIDS w zakładach karnych..., s. 54–63. Zob. także: *Ochrona praw obywatelskich osób pozbawionych wolności (w:) Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich za okres 20 X 1991 – 12 II 1993*, Biuletyn RPO nr 16, Warszawa 1993, s. 111.

karnych. Wynika z nich, że systematycznie wzrasta grupa skazanych nosicieli wirusa HIV i chorzy na AIDS.

Tabela nr 1

Nosiciele HIV i chorzy na AIDS w zakładach karnych w latach 1992 – 2002⁴

Rok	Ogółem skazani w danym roku		Przypadki nowowykryte	
	nosiciele HIV	chorzy na AIDS	nosiciele HIV	chorzy na AIDS
1992	349	4	94	1
1993	712	10	64	6
1994	723	21	56	9
1995	79	34	66	11
1996	833	41	124	28
1997	829	31	133	13
1998	767	39	105	17
1999	697	30	87	1
2000	981	73	209	31
2001	1203	96	264	23
2002	1198	82	136	19

Patrząc na dane w tabeli i uwzględniając, że liczba skazanych w zakładach karnych to obecnie ok. 83.000 osób⁵ można sądzić, że skaza-

- 4 Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej Informacja statystyczna o tymczasowo aresztowanych, skazanych i ukaranych.
- 5 Na dzień 31.12.02 r. w zakładach karnych przebywało 80.467 osób, a średnio w 2002 roku przebywało w zakładach karnych 81.391 osób. Zob. Informacja o wykonywaniu kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania za rok 2002, Ministerstwo Sprawiedliwości, Centralny Zarząd Służby Więziennej. W kwietniu 2003 r. w zakładach karnych było już 83 tys. więźniów – zob. A. Pilarska-Jakubczak, Temida wychodzi z bagniska, Forum Penitencjarne nr 5 z 2003 r., s. 3; Podstawowe problemy więziennictwa, Centralny Zarząd Służby Więziennej, Warszawa maj 2003 r., PWP 2003, nr 38–39, s. 186.

ni nosiciele wirusa HIV i chorzy na AIDS to tylko znikoma część tej, tak licznej populacji. Należy jednak zauważyć, że w okresie 11 lat wzrosła prawie 4-krotnie liczba nosicieli wirusa HIV i prawie 20-krotnie chorych na AIDS. Nie znamy rzeczywistej liczby nosicieli wirusa HIV i chorych na AIDS przebywających w zakładach karnych. Wskazane w tabeli dane to przypadki ujawnione. Badania, nawet w latach 1989–1996, a więc gdy Wytyczne CZKK zalecały badania na obecność wirusa HIV przyjmowanych do zakładów karnych narkomanów i skazanych z tzw. grupy podwyższonego ryzyka, nie zawsze były przeprowadzane ze względu na brak środków finansowych⁶. Od 1996 roku odstąpiono od obowiązkowych badań na obecność przeciwciał anti-HIV w przypadku sprzeciwu badanej osoby. Sprzeciw odnotowywano jedynie w dokumentacji lekarskiej. Z szacunkowych danych wynika, że przez jednostki penitencjarne przewija się rocznie 1200–1500 nosicieli⁷. Wśród skazanych nosicieli wirusa HIV i chorych na AIDS przeważają ludzie młodzi. Większość z nich jest uzależniona od środków odurzających⁸. Rodzi się pytanie, jak postępować aby zakładów karnych nie opuszczała większa liczba nosicieli HIV niż do nich przybyła.

Od chwili pojawienia się w zakładach karnych nosicieli wirusa HIV i chorych na AIDS obserwujemy istotną ewolucję postępowania z tymi osobami. Początkowo izolowano skazanych nosicieli wirusa HIV w odrębnych zakładach karnych lub oddziałach, stosując wobec tych skazanych zakaz brania udziału w zajęciach z innymi więźniami czy wspólnego spożywania posiłków⁹, a nawet – jak to miało miejsce w Polsce – zakaz korzystania ze wspólnych węzłów sanitarnych i pralni¹⁰. Następnie stopniowo łagodzone reżim izolacji skazanych aż do

6 Zob. A. Tobis, AIDS i wykonywanie kary pozbawienia wolności..., s. 181.

7 Zob. J. Cegielska, Narkomani w więzieniach, Forum penitencjarne 2002, nr 1, s. 5.

8 Zob. A. Tobis, AIDS i wykonanie kary pozbawienia wolności..., s. 179; B. Janiszewski, HIV i AIDS w zakładach karnych..., s. 11.

9 Szerzej patrz: A. Tobis, AIDS a prawo i praktyka penitencjarna..., s. 144; A. Szwarc, HIV/AIDS i dyskryminacja (w:) Aktualne problemy prawa karnego i kryminologii, red. E.W. Pływaczewski, Białystok 1998, s. 522–523; B. Stańdo-Kawecka, Niemieckie więziennictwo w świetle zaleceń i uwag Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom, PWP 1995, nr 10, s. 92.

10 Zob. Ochrona osób pozbawionych wolności (w:) Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich za okres 20 XI 1991–12 II 1993..., s. 111.

całkowitego zaniechania segregacji więźniów HIV pozytywnych od pozostałych. W Polsce nastąpiło to w 1996 roku.

Na zmianę postępowania w stosunku do skazanych nosicieli wirusa HIV nie bez wpływu pozostaje stanowisko Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom. Komitet wielokrotnie w sprawozdaniach z lustracji zakładów karnych podkreślał, iż nie znajduje medycznego uzasadnienia izolacja więźniów nosicieli wirusa HIV¹¹. Także w Rekomendacji Zgromadzenia Parlamentu Rady Europy dotyczącej uzgodnionej europejskiej polityki zdrowotnej na rzecz zapobiegania szerzeniu się HIV w zakładach karnych¹² podkreślono, że stwierdzenie wirusa HIV nie może być podstawą zastosowania izolacji więźnia zaś w Rekomendacji Zgromadzenia Parlamentarnej Rady Europy „AIDS a Prawa Człowieka”¹³ wezwano Państwa Członkowskie Rady Europy do powstrzymania się od stosowania art. 5 pkt 1 „e” Europejskiej Konwencji Praw Człowieka w celu usprawiedliwienia automatycznej izolacji wyłącznie na tej podstawie, że dana osoba jest zakażona wirusem HIV.

Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz twórcy Rekomendacji dotyczącej uzgodnionej europejskiej polityki zdrowotnej na rzecz zapobiegania szerzeniu się HIV w zakładach karnych szczególnie akcent kładą na profilaktykę. Zalecają władzom państwowym opracowanie sposobów walki z chorobami zakaźnymi i AIDS opartych na

- 11 Zob. Report to the Irish Government on the visit to Irland carried out by the CPT from 26 September to 5 October 1995, CPT/Inf (95)14, Strasbourg/Dublin 13 December 1995, s. 49; Report to the Government of the Federal Republic of Germany on the visit to Germany carried out by the CPT from 8 to 20 December 1991, CPT/Inf (93)13, Strasbourg 19 July 1993, s. 48; Report to the United Kingdom Government on the visit to the United Kingdom carried out by the CPT from 29 July 1990 to 10 August 1990, Strasbourg 26 November 1991, CPT/Inf (91)15, s. 53; Report to the Duth Government on the visit to the Netherlands carried out by the CPT from 30 August to 8 September 1993, CPT/Inf (93)13, Strasbourg 15 Juli 1993, s. 43; Report to the Czech Republic on the visit to the Czech Republic carried out by the CPT from 16 to 26 February 1997, CPT/Inf (99)07, <http://www.cpt.coe.int/en/reports/inf9907en.htm>, s.22; Report on the Government on the United Kingdom on the visit to the Northern Ireland carried out by the CPT from 20 to 29 July 1993, CPT/Inf (94)17, <http://www.cpt.coe.int/en/reports/inf9417en.htm>, s. 31. Zob. także: Making standards working international handbook on good prison, Penal Reform International, The Haque, March 1995, s. 84.
- 12 Rekomendacja 1080(1988) z dnia 30 czerwca 1988. Tekst (w:) HIV/AIDS Standardy Europejskie, Wybór materiałów, Wstęp, tłumaczenie i opracowanie T. Jasudowicz, Toruń 1998, s. 3–5.
- 13 Rekomendacja 1116(1989) Zgromadzenia Parlamentarnej Rady Europy „AIDS a Prawa Człowieka” z dnia 29 września 1989 r. Tekst (w:) HIV/AIDS Standardy europejskie Wybór materiałów..., s. 7–8.

programie informacji o sposobach przenoszenia tych chorób oraz środkach ochrony. W Rekomendacji podkreślono, że programy należy kierować do personelu więziennego i skazanych. Dla personelu więziennego, w ramach programu, powinny być prowadzone zajęcia edukacyjne na temat chorób zakaźnych. Więźniowie zaś powinni być systematycznie informowani – na piśmie – o przejawach i konsekwencjach infekcji HIV oraz o niebezpieczeństwie praktyk homoseksualnych i dożylnego narkotyzowania się w zakładach karnych, a także informowani o praktycznych sposobach minimalizowania ryzyka zakażenia HIV. Twórcy Rekomendacji uznając, że środki o charakterze obligatoryjnym prawdopodobnie okazałyby się nieskuteczne, dyskryminujące i dokuczliwe zalecają oferowanie więźniom poddania się testowi na obecność wirusa HIV z zapewnieniem, że wyniki testów objęte będą tajemnicą. Dopuszczono odstępstwo od zachowania tajemnicy w stosunku do władz bezpośrednio zajmujących się zdrowiem oraz administracji więziennej. W przypadku pozytywnego wyniku testu zaleca się zapewnienie więźniowi pomocy medycznej i konsultacji z psychologiem. Twórcy Rekomendacji dostrzegając, że walka z pewnymi zachowaniami (homoseksualizm, narkomania) jest bardzo trudna, zalecają udostępnianie więźniom prezerwatyw, a więźniom narkotyzującym się dożylnie, w wyjątkowych wypadkach, jednorazowych igieł i sterylnych strzykawek¹⁴.

Nie izolowanie skazanych nosicieli HIV od pozostałych skazanych i skoncentrowanie się na profilaktyce zasługuje na aprobatę jednak nie rozwiązuje wielu problemów.

Powstaje kolizja¹⁵ między prawem skazanego do ochrony życia prywatnego zagwarantowanym przez Konstytucję (art. 47), a więc do

- 14 Rozdawanie prezerwatyw i strzykawek praktykowane jest w USA, Niemczech. Zob. B. Holyst, Główne kierunki badań we współczesnej penitencjarystyce (w:) Problemy więziennictwa u progu XXI wieku, red. B. Holyst i S. Redo, Warszawa–Wiedeń–Kalisz 1996, s. 96; K. Dubiel, Więzienie na detoksis, Forum Penitencjarne 2002, nr 11; Correctional Perspectives Views From Academics, Practitioners, and Prisoners red. L.F. Alaird, P. F. Cromwell, Los Angeles, California 2002, s. 90.
- 15 Zob.: A. Tobis, AIDS a prawo i praktyka penitencjarna..., s. 148; S. Stachowiak, Problemy karno-procesowe związane z HIV/AIDS, Poznań 2001, s. 68; A. Liszewska, W. Robaczyński, AIDS a tajemnica lekarska, Poznań 2001, s. 15.

zachowania w tajemnicy swego stanu zdrowia a potrzebą ochrony innych skazanych przed niebezpieczeństwem nieuleczalnej choroby. Rodzi się pytanie, jak daleko może sięgać ochrona praw skazanego nosiciela wirusa HIV czy chorego na AIDS zważywszy na prawa pozostałych skazanych.

HIV i AIDS to choroby zakaźne¹⁶. Zakażenie wprawdzie – zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej – następuje tylko w pewnych sytuacjach, których przy zachowaniu ostrożności można uniknąć. Słusznie zwraca jednak uwagę A. J. Szwarc¹⁷, że nie można z całą pewnością wskazać wszystkich sytuacji, kiedy może dojść do zakażenia. Postęp w medycynie powoduje, że następuje wydłużenie okresu od zakażenia wirusem HIV do rozwinięcia się AIDS, wydłuża się także okres życia chorych na AIDS, jednak współczesna medycyna nie zna skutecznych środków leczenia AIDS, a także szczepionki przeciwko zakażeniu się HIV.

Ryzyko zakażenia w zakładzie karnym jest o wiele większe niż poza jego murami chociażby ze względu na tatuowanie się więźniów, samookaleczenia czy wzajemne okaleczenia, homoseksualizm¹⁸. Ryzyko to potęguje także przeludnienie zakładów karnych. Organy państwowe przejmują odpowiedzialność za bezpieczeństwo osób pozbawionych wolności pozostających w gestii tych organów¹⁹. Osoby te bowiem mają słabsze możliwości troszczenia się o swoje bezpieczeństwo, a przecież – jak podkreślają twórcy Reguł Minimalnych i Europejskich Reguł Więziennych – kara pozbawienia wolności jest dolegliwa przez fakt odebrania więźniowi prawa decydowania o sobie, niecelowe jest więc dodatkowe wzmaganie tej dolegliwości pogarszaniem sytuacji skazanego w płaszczyźnie jego bezpieczeństwa.

16 Zob. Wykaz chorób zakaźnych – załącznik nr 1 do Ustawy z dnia 6 września 2001 o chorobach zakaźnych i zakażeniach, Dz.U. nr 126, poz. 1384.

17 Zob. A.J. Szwarc, Karnopravne problemy AIDS (w:) Prawne problemy AIDS, pod red. A.J. Szwarca, Warszawa 1990, s. 108–109.

18 Zob. B. Hołyst, Na granicy życia i śmierci, Warszawa 1996, s. 161.

19 Zob. m.in.: A. Tobis, AIDS a prawo i praktyka penitencjarna..., s. 148; B. Gronowska, Wolność i bezpieczeństwo osobiste w sprawach karnych w świetle standardów Rady Europy (Implikacje praktyczne dla prawa polskiego), Toruń 1996 s. 110; Z. Hołda, Artykuł 10 Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych – kilka uwag (w:) O prawach człowieka w podwójną rocznicę paktów, Księga pamiątkowa w hołdzie Annie Michalskiej, red. T. Jasudowicz, C. Mik, Toruń 1996, s. 235.

W tej kwestii wypowiadały się organizacje międzynarodowe. Komitet Praw Człowieka w Uwagach ogólnych uchwalonych 28. lipca 1982 roku²⁰ podkreślił, że państwo ponosi odpowiedzialność za funkcjonowanie instytucji, w których zgodnie z prawem krajowym przetrzymywane są osoby wbrew swej woli. Również Trybunał Praw Człowieka²¹ uznał, że państwo ma obowiązek prowadzenia stałego nadzoru celem zapewnienia skazanym bezpieczeństwa osobistego w czasie odbywania kary pozbawienia wolności.

Wiedza o sposobach zakażenia a także świadomość, iż osoba zakażona znajduje się w najbliższym otoczeniu z całą pewnością skłania do większej ostrożności i w efekcie może prowadzić do uniknięcia przeniesienia zakażenia.

W tym miejscu należy zatrzymać się nad propozycją B. Janiszewskiego²² który twierdzi, że „skoro rzeczywiście deklaracja o respektowaniu godności osobistej skazanego ma mieć tutaj jakiś praktyczny wymiar, to można by przyjąć jako regułę uzależnienia wspólnego odbywania kary przez zakażonego wirusem HIV od poinformowania osób przebywających z nim w jednej celi i od uzyskania przez nie jakiejś akceptacji”.

Propozycja jest z całą pewnością atrakcyjna lecz nie rozwiązuje wszystkich problemów.

Wyrażenie przez skazanych zgody na przebywanie w jednej celi z nosicielem wirusa HIV rodzi problem czy administracja zakładu karnego zapewni bezpieczeństwo tym skazanym, którzy zaakceptują nosiciela HIV w celi zwłaszcza, że często zdarzają się przejawy agresji ze strony skazanych, a stosunki homoseksualne wśród skazanych w większości przypadków nie są dobrowolne. W katalogu praw skazanego,

-
- 20 Tekst Uwag ogólnych (w:) A. Michalska, Komitet Praw Człowieka Kompetencje, funkcjonowanie, orzecznictwo, Warszawa 1994, s. 134–135.
- 21 Zob. m.in. sprawa Sadowski v. Poland 2000.10.12, decyzja ETPC 3272/96, LEX nr 42830/1/2002; sprawa M.C. v. Poland 2000.07.06, decyzja ETPC 27507/95, LEX nr 42037; sprawa Perlejewski v. Poland 1999.07.13, decyzja ETPC 33229/96, LEX nr 41103; sprawa Sulimenco v. Poland 1999.05.25, decyzja ETPC 39190/98, LEX nr 41094; sprawa Stachowiak v. Poland 1998.09.09, decyzja ETPC 26619/95, LEX nr 41075, sprawa Klamecki v. Poland 1997.10.20 decyzja ETPC 31583/96, LEX nr 41045.
- 22 Zob. B. Janiszewski, HIV i AIDS w zakładzie karnym..., s. 77.

zawartym w kodeksie karnym wykonawczym (art. 102 pkt 1), zapisano, że skazany ma prawo do odpowiednich ze względu na zachowanie zdrowia warunków bytowych. W tym samym akcie ustawodawca zobowiązał administrację zakładu karnego do podejmowania odpowiednich działań celem zapewnienia skazanym bezpieczeństwa osobistego w czasie odbywania kary (art. 108 § 1 kkw.). Na administracji zakładu karnego ciąży więc obowiązek zwracania uwagi na postępowanie skazanego nosiciela wirusa HIV, czy swoim zachowaniem stwarza sytuacje, w których może dojść do zakażenia innych skazanych, podejmowania działań w celu zapobieżenia takim sytuacjom, a także obowiązek systematycznego informowania skazanych o sposobach uniknięcia zakażenia.

Zachowanie skazanego stwarzające sytuacje, w których może dojść do zarażenia innych osób przebywających z nim w celi może być podstawą izolacji skazanego, bowiem wśród kryteriów klasyfikacji znajduje się stopień zagrożenia społecznego (art. 82 § 2 kkw.), a celem klasyfikacji jest m. in. zapewnienie skazanym bezpieczeństwa osobistego.

Należy podkreślić, że w Rekomendacji Zgromadzenia Parlamentu Rady Europy dotyczącej uzgodnionej europejskiej polityki zdrowotnej na rzecz zapobiegania szerzeniu się HIV w zakładach karnych dopuszcza się izolowanie więźnia w sytuacji, gdy postępuje on nieodpowiedzialnie a więc naraża innych. Również Komitet Ministrów Rady Europy w Drugiej odpowiedzi na Rekomendację 1116(1989) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy „AIDS a Prawa Człowieka” z czerwca 1990 r.²³ stwierdził, że izolację uzasadnia ustalenie nie tylko seropozytywności bądź choroby AIDS ale ponadto nieodpowiedzialne zachowanie się odnośnie osoby mogącej szerzyć chorobę. Także w Europejskich Regułach Więziennych (reg. 29)²⁴ dopuszcza się oddzielenie więźniów podejrzanych o choroby zakaźne od pozostałych skazanych.

23 Tekst (w:) HIV/AIDS Standardy europejskie Wybór materiałów..., s. 10–13.

24 Zalecenie Nr R(87)3 Komitetu Ministrów do Państw Członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych. Tekst (w:) D. Gajdus, B. Gronowska, Europejskie standardy traktowania więźniów (rekonstrukcja standardów oraz ich znaczenie dla polskiego prawa i praktyki penitencjarnej) Zarys wykładu, Toruń 1998, s. 201–225.

Zachowanie skazanego nosiciela wirusa HIV stwarzające sytuację, w którym może dojść do zarażenia innych skazanych (np. skazany nosiciel wirusa HIV narkotyzujący się używa igły innemu skazanemu chcąc lub godząc się na jego zarażenie) może być podstawą pociągnięcia skazanego do odpowiedzialności karnej. Znamiona przestępstwa określonego w art. 161 kk. wyczerpuje bowiem zachowanie nosiciela wirusa HIV, który wiedząc o nosicielstwie naraża bezpośrednio inną osobą na zarażenie. Ściganie tego przestępstwa ustawodawca uzależnił od wniosku pokrzywdzonego.

Nie wszyscy skazani zaakceptują przebywanie w celi z nosicielem wirusa HIV. Czy wówczas administracja zakładu karnego, przy tak dużej liczbie skazanych przebywających w zakładach karnych, będzie w stanie przenieść tych skazanych, którzy nie wyrażą zgody na przebywanie w celi wspólnie z nosicielem do innej celi i czy wystarczy pojedynczych cel dla tych skazanych, którzy nie zdecydują się poinformować innych skazanych o nosicielstwie wirusa HIV bądź skazani nie wyrażą zgody na przebywanie z nimi w celi. W obecnej rzeczywistości więziennej będzie to trudne do zrealizowania.

Z całą pewnością nie wszyscy skazani nosiciele wirusa HIV przejawiają tak dojrzałą postawę społeczną, iż dobrowolnie przyznają się do nosicielstwa, zważywszy chociażby na stosunek społeczeństwa do nosicieli wirusa HIV²⁵. Powstaje pytanie, jakie konsekwencje powoduje zatajenie nosicielstwa wirusa HIV.

Z kodeksu karnego wykonawczego (art. 79a § 1) wynika, że skazany przy przyjęciu do zakładu karnego zobowiązany jest podać informacje m.in. o stanie zdrowia. Przepis jest niezbyt precyzyjny nie wskazuje, jakie informacje dotyczące stanu zdrowia powinien podać skazany. Z całą pewnością informacja o nosicielstwie wirusa HIV jest informacją o stanie zdrowia. Ponadto na skazanych, jak wynika z katalogu obowiązków (art. 116 § 1 pkt 2a kkw.) ciąży obowiązek niezwłocznego zawiadomiania przełożonego o chorobie własnej oraz o zauważonych

25 Z ankiety przeprowadzonej wśród 79 więźniów nosicieli wirusa HIV wynika, że 67,09% badanych uważa, że stosunek społeczeństwa do chorych jest wrogi, a 21,52%, że obojętny, a tylko 7,59%, że jest przyjazny. Zob. J. Wojciechowska, Problem tymczasowo aresztowanych – nosicieli wirusa HIV (wyniki badań ankietowych), PWP 2001, nr 31, s. 60.

objawach chorobowych u innego skazanego. Świadome zatajenie nosicielstwa wirusa HIV może skutkować orzeczeniem kary dyscyplinarnej, zgodnie bowiem z art. 142 § 1 kkw., skazany podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za zawinione naruszenie nakazów i zakazów wynikających z ustawy, regulaminu lub innych przepisów wydanych na jej podstawie albo z ustalonego w zakładzie karnym lub miejscu pracy porządku. Powstaje jednak problem jeżeli skazany nie przyzna się do nosicielstwa. Udowodnienie nosicielstwa wówczas może nastąpić przez przeprowadzenie odpowiedniego badania.

Na tle obowiązujących przepisów dyskusyjna jest kwestia przeprowadzenia obowiązkowych badań na obecność przeciwciał HIV. Z ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach, a do takich zostało zaliczone HIV i AIDS, wynika, że skazani nie znaleźli się w grupie osób, które podlegają badaniom mającym na celu wykrycie chorób zakaźnych. Pozostaje to w pełnej zgodności ze stanowiskiem Komitetu Ministrów Rady Europy wyrażonym w Zaleceniu w sprawie etycznych problemów zakażenia HIV w zakładach służby zdrowia i placówkach społecznych²⁶. W Zaleceniu podkreślono, że przymusowe badania przesiewowe nie mogą być prowadzone dla żadnej grupy ludności takiej, jak np. populacja pozbawionych wolności.

Pozostają przepisy kodeksu karnego wykonawczego. Można wskazać dwa przepisy dotyczące badań lekarskich. W katalogu obowiązków skazanego (art. 116 § 1 pkt 3 kkw.) zapisano, że skazany ma obowiązek poddania się – niezależnie od obowiązków określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii – przewidzianym przepisami badaniom lekarskim. Z art. 101 kkw. wynika, że skazanego po osadzeniu w zakładzie karnym należy bezzwłocznie poddać badaniom lekarskim. Wstępne badania lekarskie przeprowadza się, (art. 79b kkw.), w okresie pobytu skazanego w celi przejściowej, w której umieszcza się go po przyjęciu do zakładu karnego. W doktrynie²⁷ wskazuje się, że ogólnikowość przepisu budzi

26 Zalecenie Komitetu Ministrów Rady Europy Nr R(89)14 z dnia 24 października 1989 r. Tekst (w:) HIV/AIDS Standardy europejskie..., s. 15 i n.

27 T. Bulenda, R. Musidłowski, Nowe regulaminy więzienne..., s. 28.

wątpliwości czy można przeprowadzić badanie na nosicielstwo wirusa HIV. Należy więc zatrzymać się nad treścią Rozporządzenia w sprawie zasad, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności²⁸. W § 4 Rozporządzenia wskazano, które badania powinny być wykonane w okresie 14 dni od przyjęcia skazanego do zakładu karnego. Do takich badań należą: radiologiczne badanie klatki piersiowej, analiza serologiczna w kierunku zakażenia kiłowego, badanie ginekologiczne kobiet, badanie stanu uzębienia. Wśród tych badań nie ma badania na nosicielstwo HIV. Lecz w tym Rozporządzeniu jest przepis, z którego wynika że lekarz więzienny może zlecić przeprowadzenie innych badań niż wymienione, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia skazanego. Zlecenie dodatkowych badań może mieć miejsce w sytuacji, gdy lekarz nie może na podstawie przeprowadzonych badań zdiagnozować choroby a stan zdrowia skazanego wskazuje, że przyczyną niepowodzeń w leczeniu może być nosicielstwo wirusa HIV zwłaszcza, że skazany jest narkomanem albo należy do tzw. grupy podwyższonego ryzyka. Skazany może jednak nie wyrazić zgody na takie badanie i wówczas powstaje problem bowiem z Ustawy o chorobach zakaźnych wynika, że skazani nie podlegają badaniom mającymi na celu wykrywanie zakażeń i chorób zakaźnych. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza (art. 32) lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Przeprowadzenie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta skutkuje pociągnięciem osoby, która wykonała zabieg do odpowiedzialności karnej²⁹. W doktrynie reprezentowany jest pogląd, że zabieg leczniczy może mieć charakter diagnostyczny, terapeutyczny lub profilaktyczny³⁰ a więc pobranie krwi w celu ustalenia nosicielstwa jest zabiegiem leczniczym.

- 28 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27. września 2001 r. Dz.U. Nr 121, poz. 1304.
29 Art. 192 kk. – Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do dwóch lat. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.
30 Zob. A. Zoll (w:) K. Buchała, A. Zoll, Kodeks karny część szczególna Komentarz do art. 117–277 kk., s. 477.

Pozostaje instytucja stanu wyższej konieczności³¹. We wskazanej sytuacji jednak instytucja ta nie będzie miała zastosowania zważywszy chociażby na treść art. 33.1 Ustawy o zawodzie lekarza. Ustawa dopuszcza badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody. Słusznie stwierdza A. Zoll³², że „Jeżeli ustawodawca uzależnia legalność zabiegu lekarskiego od zgody pacjenta, to nie można z powołaniem się na stan wyższej konieczności podejmować zabiegów, na które pacjent nie wyraził zgody w celu ratowania np. jego życia. W przeciwnym wypadku prawo pacjenta do samostanowienia byłoby, wbrew woli ustawodawcy wyrażonej w Konstytucji przekreślone”.

Powstaje więc pytanie czy można wyłączyć bezprawność badania na obecność wirusa HIV na podstawie stanu wyższej konieczności uzasadniając to działaniem w interesie osób trzecich. Z art. 26 kk. wynika, że działanie w stanie wyższej konieczności to działanie w celu uchylecia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru prawem chronionemu, jeżeli niebezpieczeństwa nie można uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego.

W doktrynie³³ przyjmuje się, że niebezpieczeństwo musi być realne i mieć charakter bezpośredni, a więc musi istnieć wysoki stopień prawdopodobieństwa naruszenia dobra, a zwłoka w podjęciu decyzji o jego ratowaniu może jedynie powiększać zakres niebezpieczeństwa. Należy podzielić stanowisko W. Pigulskiej³⁴, że „niebezpieczeństwo jest z całą pewnością realne w przypadku skazanych odbywających karę pozbawienia wolności, ze względu chociażby na częste w środowisku przymusowo izolowanych praktyki homoseksualne, a także przeja-

31 A. Szwarz, Karnopravne problemy AIDS..., s. 127; R. Szczepaniak, Odpowiedzialność odszkodowawcza za zakażenie HIV, Poznań 1999, s. 70.

32 A. Zoll (w:) K. Buchała, A. Zoll, Kodeks karny część ogólna, komentarz..., s. 234–235.

33 Zob. A. Marek, Komentarz do kodeksu karnego część ogólna, Warszawa 1999, s. 74; G. Rejman (w:) Kodeks karny, część ogólna, komentarz pod red. prof. Genowefy Rejman, Warszawa 1999, s. 737; A. Zoll (w:) K. Buchała, A. Zoll, Kodeks karny część ogólna Komentarz..., s. 237.

34 Zob. W. Pigulska, Diagnostyka zakażeń HIV a prawo karne, Poznań 1998, s. 94.

wy przemocy, podczas których może dochodzić do kontaktów z krwią innych więźniów”. Należy dodać, że realność niebezpieczeństwa potęguje przeludnienie zakładów karnych, które prowadzi do skupienia na niewielkiej przestrzeni ludzi o różnych charakterach, temperamentach co powoduje sytuacje konfliktowe i prowadzi do różnych form agresji, którym nie zawsze administracja zakładu karnego jest w stanie w porę zapobiec. Nie można także zapominać, że część skazanych to osoby z tzw. grupy podwyższonego ryzyka, pewna grupa narkomanów nadal narkotyzuje się korzystając ze wspólnych igieł.

Zasada proporcjonalności także jest zachowana bowiem poprzez przymusowe badanie na obecność wirusa HIV poświęcone zostaje takie dobro jak prawo skazanego do wolności ale po drugiej stronie jest bezpieczeństwo i zdrowie, a nawet życie innych skazanych zważywszy, że zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej AIDS to choroba śmiertelna.

Powstaje kwestia subsydiarności, rodząca pytanie czy zagrożenia innych skazanych można uniknąć bez poddania skazanego nosiciela wirusa HIV badaniom. Zgodnie ze stanem wiedzy medycznej przestrzeganie określonych zasad postępowania istotnie zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia ale nie ma pewności czy je całkowicie eliminuje. Należy jednak zauważyć, że do przestrzegania zasad mobilizuje nas świadomość, iż jesteśmy narażeni na niebezpieczeństwo a więc wiedza, że są w naszym otoczeniu nosiciele wirusa HIV. Nie można także zapominać, że w innej sytuacji znajdują się osoby poza murami zakładu karnego, którym o wiele łatwiej jest uniknąć sytuacji, w których może dojść do zakażenia, a w innej skazani przebywający w zatłoczonych celach, gdzie przestrzeganie pewnych zasad jest utrudnione.

Należy zaznaczyć, że Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Zasadach Etyki Lekarskiej³⁵ przyjęło, że nie jest naruszeniem

35 Zasady etyki lekarskiej odnoszące się do personelu medycznego, w szczególności lekarzy, dla ochrony więźniów i aresztowanych przed torturami i innym nieludzkim lub poniżającym postępowaniem lub karaniem przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1982 roku (rezolucja 31/194). Tekst (w:) A. Krempleski, *Zasady etyki lekarskiej*, PWP 1992, nr 2–3, s. 150–155.

zasad etyki lekarskiej udział lekarza w postępowaniu ograniczającym więźnia, jeżeli postępowanie zgodne z kryteriami medycznymi było niezbędne dla ochrony zdrowia lub bezpieczeństwa innych więźniów lub strażników i postępowanie to nie stanowi zagrożenia dla zdrowia somatycznego więźnia. Europejska Komisja Praw Człowieka zaś wielokrotnie oddalała skargi na przymusowe badania nie dopatrując się ani nieludzkiego czy poniżającego traktowania, a więc naruszenia art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka czy ingerencji w integralność fizyczną czy życie prywatne, a więc naruszenia art. 8 tejże Konwencji, uzasadniając swoje stanowisko, iż przymusowe badania medyczne dały się usprawiedliwić ochroną zdrowia³⁶.

W przypadku przeprowadzenia badań i pozytywnego ich wyniku powstaje problem tajemnicy lekarskiej. Z ustawy o zawodzie lekarza³⁷ (art. 40) wynika obowiązek zachowania przez lekarza w tajemnicy informacji związanych z pacjentem a uzyskanych w związku z wykonywanym zawodem. Zachowanie tajemnicy nie ma charakteru bezwzględny bowiem, jak wynika z art. 40.2. tej ustawy lekarz zwolniony jest z zachowania tajemnicy gdy: tak stanowią ustawy, badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest zobowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje, zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia, zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń, jest to niezbędne dla praktycznej nauki zawodów medycznych, jest to niezbędne dla celów naukowych. W płaszczyźnie przedstawianych rozważań istotna jest sytuacja, gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych

36 Szerzej zob. J. Sandorski, Międzynarodowa ochrona praw człowieka a HIV/AIDS, Poznań 2002, s. 80 i n.

37 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarz, Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152.

osób. Także z Kodeksu etyki lekarskiej³⁸ wynika, że zwolnienie z tajemnicy lekarskiej może nastąpić tylko wtedy, jeżeli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu i życiu pacjenta lub innych osób. Powstaje problem czy w przypadku wystąpienia przesłanki wskazanej w ustawie lekarz ma obowiązek poinformować o fakcie nosicielstwa czy też jest to tylko uprawnienie. W doktrynie³⁹ przeważają głosy, że w sytuacjach, w których pojawia się zagrożenie podstawowych dóbr osób trzecich należałoby się opowiedzieć za konstrukcją obowiązku lekarskiego, a nie upoważnienia lekarskiego. Należy podzielić stanowisko A. Gubińskiego⁴⁰, że lekarz powinien ujawnić tajemnicę po bezskutecznym, usilnym przekonaniu pacjenta, by ten sam ją ujawnił lub wyraził zgodę na ujawnienie przez lekarza. W takiej sytuacji zachowanie tajemnicy powinno ustąpić zadaniu odwrócenia niebezpieczeństwa grożącego innej osobie.

Zachowanie tajemnicy może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej za nieudzielenie pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jeżeli można jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo (art. 162 § 2 kk.). Zdaniem K. Daszkiewicz⁴¹ jednym ze sposobów udzielenia pomocy może być ostrzeżenie o grożącym niebezpieczeństwie.

Pozostaje kwestia kręgu podmiotów, które lekarz powinien poinformować. W doktrynie⁴² przyjmuje się, że lekarz ma obowiązek poin-

38 Kodeks etyki lekarskiej (w:) A. Gubiński, Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza, Warszawa 1993.

39 Zob. A. Liszewska, W. Robaczyński, AIDS a tajemnica lekarska, Poznań 2001, s. 32; M. Safjan, Prawo i medycyna. Ochrona prawa jednostki a dylematy współczesnej medycyny, Warszawa 1998, 138–140; W. Kulesza, AIDS a prawnokarne problemy tajemnicy lekarskiej (w:) AIDS i prawo karne, pod red. A.J. Szwarca, Poznań 1996, s. 81–82; K. Daszkiewicz (w:) Prawne problemy AIDS pod red. A.J. Szwarca, Warszawa 1990, s. 352; M. Nesterowicz, Prawo medyczne, wyd. V, Toruń 2001, s. 165. Odmienne stanowisko reprezentuje M. Filar, Lekarskie prawo karne, Zakamycze 2000, s. 358.

40 Zob. A. Gubiński, Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza, Warszawa 1993, s. 91.

41 Zob. K. Daszkiewicz (w:) Prawne problemy AIDS..., s. 352.

42 Zob. W. Kulesza, AIDS a prawnokarne problemy tajemnicy lekarskiej (w:) AIDS i prawo karne, pod red. A.J. Szwarca, Poznań 1996, s. 81–82; M. Nesterowicz, Prawo medyczne..., s. 165; A. Liszewska, W. Robaczyński, AIDS a tajemnica lekarska..., s. 32.

formowania tych osób, o których wie, że zakażony pacjent pozostaje w kontaktach stwarzających według wiedzy medycznej bezpośrednie niebezpieczeństwo zakażenia HIV, a osoby te nie są świadome nosicielstwa. Ta sytuacja adekwatna jest do warunków wolnościowych w warunkach zakładu karnego są skazani, którzy pozostają z nosicielem w jednej celi a także funkcjonariusze, którym wiedza o seropozytywności skazanego może być pomocna przy podejmowaniu działań celem zapewnienia bezpieczeństwa osobistego innym skazanym, a więc także funkcjonariusze powinni być poinformowani o nosicielstwie skazanego.

W Rekomendacji Zgromadzenia Parlamentu Rady Europy dotyczącej uzgodnionej europejskiej polityki zdrowotnej na rzecz zapobiegania szerzeniu się HIV w zakładach karnych stwierdzono, że zapewnienie tajemnicy nie obejmuje władz bezpośrednio zajmujących się zdrowiem oraz administracji więziennej.

HIV i AIDS to choroby, chorych należy leczyć a więc czy skazanych chorych na AIDS można poddać leczeniu w okresie pobytu w zakładzie karnym? W Rekomendacji Zgromadzenia Parlamentu Rady Europy dotyczącej uzgodnionej europejskiej polityki zdrowotnej na rzecz zapobiegania szerzeniu się HIV w zakładach karnych zaleca się przekazywanie więźniów z rozwiniętą chorobą AIDS do wyspecjalizowanych szpitali oraz do zezwalania – ze względów humanitarnych – na ostateczne zwolnienie więźniów śmiertelnie dotkniętych tą chorobą.

Kodeks karny wykonawczy wprowadza system terapeutyczny odbywania kary. W tym systemie odbywają karę skazani z niepsychozytycznymi zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo, uzależnieni od alkoholu albo od innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej (art. 96 § 1 kk.). Z całą pewnością do tej grupy będą kwalifikowali się nosiciele wirusa HIV i chorzy na AIDS, którzy są uzależnieni od narkotyków. W doktrynie postuluje się by w momencie pojawienia się objawów AIDS kierować skazanego do

systemu terapeutycznego⁴³. Należy podzielić to stanowisko. Zastosowane leczenie może przedłużyć życie skazanemu. Istotne będą także kontakty z psychologiem.

Z Rozporządzeniu w sprawie zasad i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności wynika, że w przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej skazanego niezwłocznie izoluje się i kieruje do wyodrębnionej sali lub izby chorych, a do szpitala więziennego przy obowiązkowej hospitalizacji. Z Ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach wynika, że chorzy na AIDS nie znaleźli się w grupie osób, które podlegają obowiązkowej hospitalizacji (art. 28), a więc podstawą skierowania do szpitala więziennego będzie zgoda skazanego chorego na AIDS.

Czy zgodnie z zaleceniami Zgromadzenia Parlamentu Rady Euro-py jest podstawa do udzielenia przerwy w odbywaniu kary w stosunku do skazanych chorych na AIDS. Obligatoryjną przesłanką udzielenia przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności jest obok choroby psychicznej ciężka choroba uniemożliwiająca wykonywanie kary (art. 150 kkw.). Za ciężką chorobę ustawodawca uznaje taki stan skazanego, w którym umieszczenie go w zakładzie karnym może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo. SN w jednym z orzeczeń podkreślił, że chodzi o sytuację, w której charakter choroby jest tego rodzaju, że – z uwagi na brak odpowiedniej interwencji medycznej w warunkach pozbawienia wolności lub co najmniej znacznego utrudnienia w aplikowaniu zalecanego sposobu leczenia – osiągnięcie rezultatów zapewniających uniknięcia zagrożenia życia lub spowodowania dla zdrowia poważnego niebezpieczeństwa nie jest możliwe⁴⁴.

Sąd może udzielić przerwy jeżeli przemawiają za tym ważne względy zdrowotne, osobiste lub rodzinne (art. 153 § 2 kkw.). Sąd Ape-

43 Zob. B. Janiszewski: HIV i AIDS w zakładach karnych..., s. 70.

44 Zob. szerzej K. Postulski (w.): Z. Hołda, K. Postulski: Kodeks karny wykonawczy Komentarz, Gdańsk 1998, s. 325. Zob. także T. Szymanowski (w.): T. Szymanowski, Z. Świda: Kodeks karny wykonawczy, Komentarz, Warszawa 1998, s. 350.

lacyjny w Łodzi przyjął, że za ważne względy zdrowotne w rozumieniu art. 153 § 2 kkw. uznać można zaistnienie tylko takiej jednostki chorobowej (czyli ogólnego stanu zdrowia skazanego) co do których – na podstawie wiedzy medycznej – brak jest przesłanek do podjęcia pomyślnych rokowań leczenia w warunkach ambulatoryjnych bądź szpitala więziennego⁴⁵, a więc będą to takie sytuacje, gdy skazany w okresie przerwy będzie miał korzystniejsze warunki leczenia i opieki lekarskiej poza zakładem karnym np. możliwość poddania się specjalnej kuracji⁴⁶.

Z całą pewnością za ciężką chorobę należy uznać pełnoobjawowe AIDS. AIDS zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej to choroba nieuleczalna. Medycyna zna leki powodujące przedłużenie życia choremu. Leczenie jednak jest bardzo kosztowne. Więziennictwu brakuje środków na zakup leków opóźniających rozwój AIDS. Skazani chorzy na AIDS w pismach do Rzecznika Praw Obywatelskich skarżą się, że nie otrzymują takich leków⁴⁷. Czy jednak wszyscy skazani po opuszczeniu zakładu karnego otrzymają leki opóźniające rozwój choroby. Można mieć co do tego wątpliwości. Należy podzielić stanowisko B. Janiszewskiego⁴⁸, że za umieszczeniem skazanego w szpitalu więziennym przemawiają racje humanitarne. W szpitalu skazany będzie leczony, po opuszczeniu zakładu karnego zważywszy, że znaczna część skazanych chorych na AIDS to narkomani, część z nich z całą pewnością nie podejmie leczenia, a być może swoim zachowaniem będzie zagrażać innym ludziom. Doświadczenia innych państw wskazują, że skazani po opuszczeniu zakładu nie zawsze podejmowali leczenie⁴⁹.

W świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka odmowa udzielenia przerwy w karze skazanemu choremu na AIDS nie narusza art. 3 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka. Zdaniem Trybu-

45 S. Lelental, Kodeks karny wykonawczy, Komentarz 2. Wydanie, Warszawa 2001, s. 382.

46 T. Szymanowski (w.): T. Szymanowski, Z. Świada, Kodeks karny wykonawczy Komentarz..., s. 350.

47 Zob. Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich za okres 20 XI 1991 – 12 II 1993 (w.): Biuletyn RPO, Warszawa 1993, nr 16, s. 112.

48 B. Janiszewski, HIV i AIDS w zakładach karnych..., s. 42–43.

49 We Włoszech np. w 1993 roku zwolniono chorych na AIDS z zakładów karnych. Część z nich kontynuowała po wyjściu na wolność działalność przestępczą. Szerzej zob. A. Wąsek, AIDS oraz wymiar kary i środki zabezpieczające (w.): AIDS i prawo karne, Poznań 1996, s. 145.

nału z art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka nie wynika dla państwa zobowiązanie do zwolnienia osoby pozbawionej wolności ani do przeniesienia jej do szpitala cywilnego, nawet gdy leczenie choroby na którą cierpi jest szczególnie trudne⁵⁰.

Wydaje się, iż nie może dojść do automatycznego stosowania przerwy w przypadku stwierdzenia AIDS zważywszy, iż w pewnym okresie stwierdzano wypadki celowego zarażenia się przez skazanych wirusem HIV bądź powstrzymywania się od leczenia celem uzyskania przerwy w odbywaniu kary ze względu na stan zdrowia⁵¹. Oczywiście nie należy całkowicie eliminować takiej możliwości. Sąd powinien podejmować decyzję po szczegółowej analizie stanu zdrowia i sytuacji danego skazanego. Należy zwrócić uwagę na art. 15 § 2 kw. umożliwiający zawieszenie postępowania wykonawczego jeżeli zachodzi długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca postępowanie wykonawcze, a za taką ustawodawca uznał m.in. przewlekłą ciężką chorobę. Ustawodawca nie definiuje tego pojęcia. Doktryna wiąże ciężką chorobę z pewnym upływem czasu przyjmując, okres dłuższy niż 6 miesięcy⁵².

HIV i AIDS to choroby zakaźne, które niosą za sobą wiele zróżnicowanych i złożonych problemów, szczególnie gdy nosiciele wirusa HIV i chorzy na AIDS to członkowie tak specyficznej populacji jak populacja skazanych odbywających karę pozbawienia wolności.

50 Zob. sprawa Jabłoński v. Poland 1998.04.16, decyzja ETPC 33492/96, LEX nr 41067; Grzeszczuk v. Poland 1997.09.10, decyzja ETPC 23029/93, LEX nr 41030.

51 Zob. B. Janiszewski, HIV i AIDS w zakładach karnych. Problemy prawnokarne, Poznań 1999, s. 42; K. Postulski (w:) Z. Hołda, K. Postulski, Kodeks karny wykonawczy Komentarz, Gdańsk 1998, s. 338.

52 K. Postulski, Z. Hołda, K. Postulski: Kodeks karny wykonawczy..., s. 72 i literatura tam cytowana.