

Przymusowe leczenie skazanych uzależnionych na tle regulacji art. 117 k.k.w. — zagadnienia wybrane

KRYSTYNA SZCZECHOWICZ

ORCID: 0000-0002-7251-4962

Katedra Postępowania Karnego i Prawa Karnego Wykonawczego
Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Abstrakt

Artykuł stanowi próbę przybliżenia budzących kontrowersję zagadnień związanych z przymusowym leczeniem lub rehabilitacją osób uzależnionych w warunkach izolacji penitencjarnej na tle regulacji art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego. Rozważania uwzględniają nowelizację tego przepisu ustawą z dnia 5 sierpnia 2022 roku. Nowelizacja dostosowała przepisy do standardów konstytucyjnych, zapewniając skazanemu ochronę jego praw poprzez wprowadzenie niezbędnych gwarancji procesowych. W konkluzji sformułowano postulaty *de lege ferenda* w zakresie objętym analizą.

Słowa kluczowe: uzależnienie, przymusowe leczenie, nieletni, prawo karne wykonawcze

I

Zasadą jest autonomia woli pacjenta i jego prawo do decydowania o swoim zdrowiu, poddaniu się leczeniu lub terapii czy też odmowa poddania się zabiegom leczniczym lub terapii¹. Sfera ta należy do szeroko

¹ Karta Praw Pacjenta stanowi, że „pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu od-

rozumianej wolności człowieka gwarantowanej przepisami Konstytucji RP² i aktami prawa międzynarodowego.

Z punktu widzenia pacjenta istotne znaczenie ma zarówno zasada nietykalności i wolności osobistej wyrażona w art. 41 Konstytucji RP, jak i zasada ochrony życia prywatnego z art. 47 Konstytucji RP. Ochrona tych praw i wolności zagwarantowana jest także w aktach prawa międzynarodowego. Prawo do wolności chronione jest przez Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności³ w art. 5, natomiast w art. 8 ochroną objęto prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Wolność i nietykalność osobista zostały także objęte ochroną w Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych (art. 9)⁴. Prawa i wolności zagwarantowane w Konstytucji i aktach prawa międzynarodowego nie mają jednak charakteru absolutnego i mogą podlegać ograniczeniom.

„Wolnością osobistą jest możliwość swobodnego określania przez jednostkę swego zachowania i postępowania zarówno w życiu publicznym, jak i prywatnym, nieograniczoną przez jakiegokolwiek inne czynniki ludzkie”⁵. Nietykalność osobistą pozostającą z nią w ścisłym związku można określić z kolei jako zagwarantowaną możliwość utrzymywania przez jednostkę swej tożsamości i integralności tak fizycznej, jak i psychicznej oraz zakaz jakiegokolwiek bezpośredniej i pośredniej ingerencji z zewnątrz, naruszającej tę integralność⁶. Prywatność rozumiana jest jako prawo „do życia własnym życiem, układanym według własnej woli z ograniczeniem do niezbędnego minimum wszelkiej ingerencji zewnętrznej”, odnosi się

powiedniej informacji”, <https://www.spozomm.pl/dla-pacjenta/pelnomocnik-ds-pacjenta/karta-praw-pacjenta/> (dostęp: 1.02.2023).

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

³ Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 roku, zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.).

⁴ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167).

⁵ P. Sarnecki, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, wyd. 2, Warszawa 2016, art. 41, Lex/el.

⁶ *Ibidem*.

między innymi do życia osobistego (a więc także zdrowia jednostki) i bywa nazywana „prawem do pozostawienia w spokoju”⁷.

Dyspozycje art. 41 ust. 1 i art. 47 Konstytucji RP obejmują zatem swym zakresem stosowania prawo autonomii pacjenta.

Lekarz może przeprowadzać zabiegi lecznicze tylko za zgodą pacjenta, w wypadku działania przy jej braku lub przy sprzeciwie pacjenta może narazić się na odpowiedzialność karną z art. 192 k.k. oraz cywilną.

Wymóg uzyskania zgody został uregulowany w art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁸ (dalej: u.z.l.) oraz art. 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta⁹ (dalej: u.p.p.).

Zgodę taką z uwagi na podmiot, który jej udziela, można podzielić na:

— samodzielną (art. 16 u.p.p., art. 32 ust. 1 u.z.l.) wyrażaną przez pacjenta pełnoletniego i nieubezważonego,

— zastępczą składaną między innymi za pacjenta poniżej 16 roku życia, a udzielaną przez: przedstawiciela ustawowego (art. 32 ust. 2 u.z.l.), sąd opiekuńczy (art. 32 ust. 8 u.z.l.), opiekuna faktycznego (art. 17 ust. 2 zdanie drugie u.p.p.),

— kumulatywną wyrażaną łącznie między innymi przez osoby niepełnoletnie i ich przedstawicieli ustawowych (art. 17 ust. 1 w związku z art. 17 ust. 2 u.p.p., art. 32 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 5 u.z.l.).

Problematyka zgody pacjenta na działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia wielokrotnie była przedmiotem rozważań doktryny¹⁰.

Zgoda pacjenta nie zawsze jest jednak warunkiem podjęcia leczenia lub terapii. Istnieje wiele przypadków określonych ustawowo tak zwanego przymusu leczniczego, czyli leczenia zarówno przy braku zgody,

⁷ Wyrok TK z dnia 11 października 2011 roku, K 16/10, s. 16, <https://www.saos.org.pl/judgments/110268> (dostęp: 3.02.2023).

⁸ Tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 1731 ze zm.

⁹ Tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 1876 ze zm.

¹⁰ Zob. K. Smyk, *Charakter prawny zgody pacjenta na gruncie prawa cywilnego*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis” 6, 2017, nr 1, s. 121–138; J. Ignaczewski, *Zgoda pacjenta na leczenie*, Warszawa 2003; S. Rutkowski, *Zgoda na zabieg leczniczy w ujęciu art. 192 k.k.*, „Prokuratura i Prawo” 2000, nr 2, s. 15–30; P. Dzienis, *Zgoda pacjenta jako warunek legalności leczenia*, „Przegląd Sądowy” 2001, nr 11–12, s. 78–92.

jak i wbrew zgodzie pacjenta. Wprowadza się go najczęściej z uwagi na potrzebę ochrony interesu zdrowotnego społeczeństwa, ale także interesu samego pacjenta, jego życia lub zdrowia. Przymus leczniczy służyć może także realizacji celów resocjalizacji oraz ochronie praw i wolności innych obywateli przed bezprawnymi ich naruszeniami.

W polskim systemie prawnym przymus leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych regulują między innymi:

- ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹¹,
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii¹²,
- ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku — Kodeks karny¹³ (środki zabezpieczające w postaci terapii uzależnień),
- ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku — Kodeks karny wykonawczy¹⁴.

Niewątpliwie ogromnym problemem społecznym są uzależnienia i ich leczenie. Uzależnienie (*dependence, addiction*) rozumiane w szerokim ujęciu obejmuje zarówno zależności od różnych substancji psychoaktywnych, jak też uzależnienia behawioralne (od gier, wyścigów, natrętnych zakupów, internetu itd.). Zasadniczą cechą uzależnień od substancji psychoaktywnych jest utrata kontroli nad procesami zachowania popędowego, a więc nad dążeniem do kontaktu z substancją, kompulsywne jej poszukiwanie (*drug seeking*) i pobieranie (*drug taking*). Dla wielu uzależnionych osób proces chorobowy przebiega przewlekłe z nawrotami (*relapses*) pojawiającymi się nawet po bardzo długich okresach abstynencji¹⁵. Substancje psychoaktywne oddziałują na ośrodkowy układ nerwowy (OUN) i zakłócają jego pracę¹⁶.

Uzależnienie od alkoholu stanowi poważne obciążenie w wielu dziedzinach życia, obejmuje to szkody zdrowotne i społeczne. Choroba alkoholowa wprowadza ogromną destrukcję w obszarze życia społecznego,

¹¹ Tekst jedn. Dz.U. z 2023 r. poz. 165.

¹² Tekst jedn. Dz.U. z 2023 r. poz. 1939.

¹³ Tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 1130 ze zm.

¹⁴ Tekst jedn. Dz.U. z 2023 r. poz. 127.

¹⁵ W. Kostowski, *Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień*, „Alkoholizm i Narkomania” 19, 2006, nr 2, s. 139.

¹⁶ Zob. B.T. Woronowicz, *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa 2003, s. 163.

powodując spustoszenie zarówno materialne, jak i moralne. Jest powodem sytuacji konfliktowych i kryzysowych w pracy, kolizji i wypadków drogowych, stanowi źródło obniżenia wydajności wykonywanej pracy, może skutkować zachowaniami przestępczymi. Wiąże się z kosztami związanymi z leczeniem i terapią osób uzależnionych oraz koniecznością wypłacania im świadczeń. Podobnie sytuacja przedstawia się w odniesieniu do narkotyków.

W sporządzonym na zlecenie Komisji Europejskiej raporcie Petera Andersona i Bena Baumberga *Alkohol w Europie* wskazano, jak ogromne i jakiego rodzaju koszty ponoszą państwa przez uzależnienia od alkoholu¹⁷.

Zrozumiałe jest, że państwa w związku z tym podejmują działania mające na celu — nawet wbrew zgodzie osób uzależnionych — poddać je leczeniu i terapii. Pierwsze przymusowe leczenie alkoholików w Europie zostało wprowadzone w 1916 roku w Szwecji¹⁸. Państwo przy braku woli ze strony osoby uzależnionej do podjęcia leczenia zmuszone jest do przyjmowania tego rodzaju rozwiązań. Osoby uzależnione powodują rozkład życia rodzinnego, zakłócają spokój i porządek publiczny, często wchodzą w konflikt z prawem i mają problemy w funkcjonowaniu społecznym. Po drugiej wojnie światowej nastąpił także niesłychanie szybki rozwój narkomanii, a wraz z nią odnotowano wzrost przestępczości związanej z tym uzależnieniem¹⁹. W różnych państwach powszechnie stosowane są odmienne formy przymusu w zakresie leczenia uzależnień²⁰.

W przypadku skazanych uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych problem leczenia i terapii często jest kluczowy z uwagi na to, że nierzadko u podłoża wchodzenia w konflikt z prawem skazanego leży jego uzależnienie. Leczenie lub rehabilitacja zmniejsza zatem ryzyko ponownego naruszenia porządku prawnego. Powyższe służy zarówno ochronie bezpieczeństwa i porządku publicznego, jak i wolności oraz praw innych osób, a także zdrowiu samego uzależnionego.

¹⁷ P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie: perspektywa zdrowia publicznego. Raport dla Komisji Europejskiej — Podsumowanie*, przeł. J. Moskalewicz, „Alkoholizm i Narkomania” 19, 2006, nr 2, s. 121–137.

¹⁸ B.T. Woronowicz, *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, s. 365–366.

¹⁹ T. Hanausek, W. Hanausek, *Narkomania. Studium kryminologiczno-kryminalistyczne*, Warszawa 1976, s. 15–23.

²⁰ A. Majcherczyk, *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 20, 2007, nr 3, s. 326.

Pierwszy oddział więzienny, w którym objęto leczeniem uzależnionych od alkoholu, powstał w 1976 roku na terenie Zakładu Karnego Nr 1 we Wrocławiu, a dla skazanych uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych — w 1984 roku w Zakładzie Karnym Warszawa-Służewiec²¹.

Leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych w jednostkach penitencjarnych mogą mieć charakter przymusowy bądź dobrowolny.

Słusznie zwraca się uwagę na to, iż wyrażenie zgody skazanego na leczenie i terapię nie jest w pełni dobrowolne. Skazani ci mają pełną świadomość spodziewanych korzyści z wyrażenia zgody i negatywnych skutków jej braku. Poddanie się leczeniu daje większą szansę na skorzystanie z warunkowego przedterminowego zwolnienia, nagród, zmiany typu zakładu karnego itp. Skazani, którzy trafiają do oddziałów terapeutycznych z właściwą, dojrzałą, nieinstrumentalną motywacją do zmiany, stanowią wyjątkowe przypadki²². Nie można jednak pominąć faktu, że wiele osób uzależnionych, przebywających na wolności decyduje się podjąć leczenie od uzależnienia pod presją rodziny, znajomych czy innych osób.

W literaturze pojawia się stanowisko, że:

racjonalnym rozwiązaniem wydaje się odejście od obligatoryjnego przypisywania skazanych do systemu terapeutycznego i rezygnacja, bądź ograniczenie do niezbędnych przypadków, z przymusu leczniczego. Da to szansę na skuteczniejszą, bo opartą o współdziałanie, terapię tych skazanych, którzy świadomie i dobrowolnie podejmą się leczenia odwykowego²³.

Przyjmowanie go w tym zakresie wydaje się jednak zbyt radykalne.

Jak wykazują badania naukowe przeprowadzone w USA w zakresie skuteczności terapii uzależnień, w tym w aspekcie motywacji pacjenta uzależnionego, w pierwszej fazie (z pięciu), tak zwanej prekontemplacyjnej, pacjenci mają niewielki wgląd w zaistniałe problemy i nie są zmotywowani do zmiany. W kolejnej — kontemplacyjnej — są gotowi do rozmowy o problemach związanych z uzależnieniem, nie podejmują jednak żadnych konstruktywnych działań. W fazie przygotowania chcą

²¹ *Ibidem*, s. 322.

²² *Ibidem*, s. 327.

²³ A. Kwieciński, *Prawnokarne aspekty terapii skazanych uzależnionych od alkoholu*, „Ius Novum” 2014, nr 3, s. 35.

wprowadzić zmiany w swoim życiu i szukają pomocy, natomiast dopiero w kolejnej fazie — aktywności — zaczynają pracę nad sobą i modyfikują własne zachowania. W ostatniej fazie — utrzymania zmiany — podejmują próbę zachowania i utrwalenia tego, co wypracowali w dwóch poprzednich fazach²⁴.

Bohdan Tadeusz Woronowicz wskazuje, że osoby uzależnione przyjmują postawę polegającą na niezauważaniu związku między istniejącymi problemami i zmianami chorobowymi a piciem alkoholu czy przyjmowaniem innych substancji psychoaktywnych. Konsekwencją tego jest całkowite lub częściowe negowanie choroby. Powyższe jest cechą charakterystyczną dla wszelkich uzależnień — to „system zaprzeczeń”²⁵.

W takiej sytuacji praca z terapeutą nawet początkowo podjęta pod przymusem może doprowadzić do zmiany dotychczasowej postawy osoby uzależnionej. Ogromne znaczenie mają tu cechy osobiste terapeuty, które mogą mieć daleko większy wpływ niż stosowane techniki terapeutyczne²⁶.

II

Przymusowe leczenie skazanych uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz skazanych za przestępstwo z art. 197–203 k.k. popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych zostało unormowane w art. 117 k.k.w.

Artykuł 117 k.k.w. w brzmieniu obowiązującym do 1 stycznia 2023 roku stanowił, że

Skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, obejmuje się, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie braku zgody o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny.

²⁴ A.T. Beck, F.D. Wright, C.F. Newman, B.S. Liese, *Terapia poznawcza uzależnień*, przeł. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Kraków 2007, s. 23.

²⁵ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań 2009, s. 250.

²⁶ H. Machel, *Rola terapii w resocjalizacji penitencjarnej*, „Resocjalizacja Polska” 2012, nr 3, s. 29–30.

Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2021 roku (SK 9/18)²⁷ art. 117 k.k.w. w zakresie, w jakim nie określał czasu trwania przymusowego leczenia lub przymusowej rehabilitacji skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, został uznany za niezgodny z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 oraz art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Ponadto uznano, że art. 117 k.k.w. w zakresie, w jakim nakładał na sąd obowiązek orzeczenia o zastosowaniu leczenia lub rehabilitacji wobec skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, był niezgodny z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, a także w zakresie, w jakim nie przewidywał zaskarżenia postanowienia o przymusowym leczeniu lub przymusowej rehabilitacji skazanego, był niezgodny z art. 78 Konstytucji RP.

W uzasadnieniu wyroku Trybunał Konstytucyjny zwrócił uwagę na istotną kwestię, że art. 117 k.k.w. w przytoczonym brzmieniu przesądzał o tym, że w razie łącznego spełnienia dwóch przesłanek wskazanych w przepisie sąd penitencjarny musiał orzec o zastosowaniu przymusowego leczenia lub rehabilitacji skazanego. W konsekwencji powzięcie przez ten sąd wiedzy o uzależnieniu skazanego i braku jego zgody na odpowiednie leczenie lub rehabilitację skutkowało wszczęciem postępowania oraz orzeczeniem o zastosowaniu przymusowego leczenia lub przymusowej rehabilitacji. Sąd penitencjarny zobligowany był do wydania powyższego orzeczenia i faktycznie został pozbawiony możliwości badania rzeczywistej potrzeby orzeczenia przymusowego leczenia lub rehabilitacji. Trybunał zwrócił uwagę, że problem ustawowego zobligowania sądu do podjęcia określonej decyzji procesowej, czy też zakresu swobody orzeczniczej sądu, można postrzegać także z perspektywy różnorodnych wolności i praw konstytucyjnych, w jakie ingeruje obligatoryjna decyzja sądu. W szczególności ograniczenie przez ustawodawcę obszaru sędziowskiego uznania jest postrzegane jako ingerencja w te wolności i prawa i w tym zakresie podlega ograniczeniom i regułom wskazanym w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Sąd, który ma być gwarantem realizacji konstytucyjnej wolności osobistej skazanego, *de facto* traci możliwość zweryfikowania, czy w konkretnym przypadku ograniczenie tej wolności następuje w niezbędnym zakresie,

²⁷ Dz.U. z 2021 r. poz. 472.

koniecznym w państwie demokratycznym ze względu na ochronę wartości wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji²⁸.

Ustawowa możliwość pozbawienia lub ograniczenia wolności zagwarantowanych konstytucyjnie nakłada ponadto na ustawodawcę obowiązek wyznaczania w sposób jasny i precyzyjny granic czasowych, w jakich to może nastąpić, a kontrolę nad ich przestrzeganiem powinien sprawować sąd. Tych wymogów nie spełniała regulacja art. 117 k.k.w., bowiem nie określała czasu trwania przymusowego leczenia lub przymusowej rehabilitacji skazanego.

Odnosnie do braku środka odwoławczego od postanowienia o przymusowym leczeniu lub rehabilitacji Trybunał wskazał, że zgodnie z art. 78 Konstytucji wszelkie orzeczenia i decyzje wydane w postępowaniu pierwszoinstancyjnym (także sądowym) mogą zostać zaskarżone w celu zweryfikowania ich prawidłowości. W orzecznictwie Trybunału podkreśla się, że art. 78 Konstytucji, kreując gwarancję procesową, wzmacnia sądową ochronę materialnych gwarancji konstytucyjnych przez zwiększenie prawdopodobieństwa ich prawidłowej realizacji w postępowaniach przed organami państwa. Stanowi bardzo istotny czynnik urzeczywistniania tak zwanej sprawiedliwości proceduralnej²⁹. Prawo zaskarżania orzeczeń i decyzji nie ma przy tym charakteru absolutnego i ustawa może wskazać pewne wyjątki od samej zasady. Muszą one być ustanowione w ustawie, a odstępstwo od reguły wyznaczonej w art. 78 Konstytucji powinno być podyktowane szczególnymi okolicznościami, które usprawiedliwiałyby pozbawienie strony postępowania środka odwoławczego. Trybunał Konstytucyjny nie znalazł żadnego uzasadnienia wyjątku od zaskarżalności postanowienia sądu penitencjarnego o przymusowym leczeniu lub przymusowej rehabilitacji skazanego³⁰.

²⁸ Uzasadnienie wyroku TK z dnia 11 marca 2021 roku, SK 9/8, s. 19–20, OTK ZU nr A/2021, poz. 21.

²⁹ Zob. wyrok TK z 31 marca 2009 roku, sygn. SK 19/08, OTK ZU nr 3/A/2009, poz. 29.

³⁰ Zob. uzasadnienie wyroku TK z dnia 11 marca 2021 roku, SK 9/8, s. 25, OTK ZU nr A/2021, poz. 21.

III

Przepis art. 117 k.k.w. został znowelizowany z dniem 1 stycznia 2023 roku ustawą z dnia 5 sierpnia 2022 roku³¹. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy, nowelizacja miała na celu wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2021 roku. Pozostawiono przy tym bez zmian zasadę, że w pierwszej kolejności poddanie skazanego leczeniu lub rehabilitacji ma mieć charakter dobrowolny.

Wprowadzono natomiast zasadę, że w przypadku braku zgody skazanego w przedmiocie obowiązku (przymusowego) poddania się przez skazanego leczeniu lub rehabilitacji będzie orzekał sąd penitencjarny na posiedzeniu, w którym ma prawo wziąć udział prokurator, skazany oraz jego obrońca. Posiedzenie ma odbywać się w zakładzie karnym. Wniosek o orzeczenie obowiązku poddania się przez skazanego leczeniu lub rehabilitacji może złożyć również dyrektor zakładu karnego. Określono czas trwania obowiązku poddania się przez skazanego leczeniu lub rehabilitacji, każdorazowo na nie dłużej niż dwa lata. W związku z tym sąd penitencjarny będzie w postanowieniu zobligowany do określonego czasu trwania leczenia lub rehabilitacji skazanego.

Przewidziano wszczęcie i przeprowadzenie przez sąd penitencjarny postępowania w przedmiocie zmiany lub uchylecia obowiązku poddania się przez skazanego leczeniu lub rehabilitacji, które ma odbywać się na takich samych zasadach jak w przypadku orzekania o jego zastosowaniu. Wprowadzono przy tym ograniczenie możliwości złożenia wniosku przez skazanego lub jego obrońcę. Wniosek złożony przed upływem sześciu miesięcy od wydania postanowienia w przedmiocie tego obowiązku można pozostawić bez rozpoznania. Ma to na celu, według zamysłu ustawodawcy, uwolnienie sądu penitencjarnego od rozpoznawania spraw bazujących na identycznym lub niewiele zmienionym stanie faktycznym³².

³¹ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2022 roku o zmianie ustawy — Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 1855).

³² Zob. uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy — Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw, s. 48, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2376> (dostęp: 2.02.2023).

Zmiany wprowadzone wskazaną nowelizacją niewątpliwie należy ocenić pozytywnie, albowiem w sposób znaczący poprawiają sytuację skazanego i ochronę jego praw.

Rozpoznawanie sprawy w przedmiocie poddania się skazanego leczeniu lub rehabilitacji na posiedzeniu, w którym ma prawo wziąć udział skazany i jego obrońca, stwarza skazanemu możliwość podjęcia obrony w obliczu groźby zastosowania przymusowego leczenia lub rehabilitacji, to jest — obrony przed orzeczeniem ingerującym w jego wolność. Ustawodawca przyjął przy tym, że posiedzenie powinno odbyć się w zakładzie karnym. Nie wyłącza to jednak możliwości przewidzianej w art. 23a k.k.w. (wprowadzonego tą samą ustawą nowelizującą), że w odniesieniu do skazanego pozbawionego wolności posiedzenie sądu może odbyć się przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających przeprowadzenie tej czynności na odległość z jednoczesnym bezpośrednim przekazem obrazu i dźwięku. Zastosowanie odpowiednie mają przepisy art. 517ea k.p.k., co zapewnia skazanemu możliwość składania wniosków i oświadczeń, jak również odczytywanie pism procesowych na posiedzeniu, z zagwarantowaniem wywołania przez fakt odczytania skutków procesowych.

W przepisie zastrzeżono, że obrońca ma brać udział w posiedzeniu w miejscu przebywania skazanego, co jest zbyt rygorystyczne. Bardziej racjonalne i praktyczne wydaje się rozwiązanie przyjęte w regulacji art. 374 § 6 k.p.k., a dotyczące zdalnego udziału w rozprawie przy użyciu środków technicznych zapewniających jednoczesny bezpośredni przekaz obrazu i dźwięku, gdy oskarżony przebywa w jednostce penitencjarnej. Obrońca w tej sytuacji bierze udział w rozprawie przeprowadzanej zdalnie w miejscu przebywania oskarżonego, chyba że stawi się w tym celu w sądzie. Przyjmując optykę mimo wszystko specyfiki postępowania wykonawczego i rozmieszczenia skazanych w jednostkach penitencjarnych, położonych często w znacznej odległości od siedziby sądu penitencjarnego i kancelarii adwokackich oraz radcowskich, wydaje się, że rozwiązanie z art. 374 § 6 k.p.k. jest bardziej racjonalne. Zapewnieniem skazanemu rzeczywistej i efektywnej realizacji prawa do obrony w takiej sytuacji byłoby umożliwienie telefonicznego kontaktu obrońcy ze skazanym, w analogiczny sposób jak jest to uregulowane w art. 374 § 7 k.p.k. Niestawiennictwo obrońcy lub prokuratora należycie zawiadomionych o terminie nie tamuje rozpoznania sprawy. Nawet niestawiennictwo obrońcy w przypadku

obrony obligatoryjnej nie wstrzymuje rozpoznania sprawy, jeżeli sąd orzeka na korzyść skazanego (art. 22 § 1a *in fine* k.k.w.).

Wprowadzenie możliwości złożenia przez dyrektora zakładu karnego wniosku o objęcie skazanego odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją należy ocenić pozytywnie — brak takiej możliwości do czasu nowelizacji art. 117 k.k.w. był słusznie krytycznie oceniany przez przedstawicieli doktryny³³.

W logiczny sposób wpisuje się w pozostałe regulacje prawne w zakresie granic czasowych przymusowego leczenia przyjęcie, że obowiązek poddania się przez skazanego leczeniu lub rehabilitacji można orzec na czas określony, każdorazowo nie dłuższy niż dwa lata.

Taki okres został przyjęty w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz w art. 30 ust. 2 i art. 71 ust. 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii. Określenie użyte przez ustawodawcę „každorazowo” oznacza, że możliwe będzie orzeczenie kontynuacji leczenia lub rehabilitacji po upływie wskazanego okresu dwuletniego. „Každorazowy” w języku polskim oznacza „dokonywany, odbywający się, pojawiający się za każdym razem”³⁴. W takim przypadku obowiązkiem sądu penitencjarnego będzie wydanie kolejnego postanowienia, zaskarżalnego. Możliwość orzeczenia ponownego obowiązku poddania się leczeniu przewiduje także art. 34 ust. 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, przy czym ustawa stanowi, że ponowne zastosowanie tego obowiązku wobec tej samej osoby nie może nastąpić przed upływem trzech miesięcy od jego ustania. Takiego zastrzeżenia nie wprowadził ustawodawca do regulacji art. 117 k.k.w.

Istnieje możliwość wcześniejszego ustania obowiązku poddania się leczeniu lub rehabilitacji orzeczonego w oparciu o art. 117 k.k.w. W takim wypadku konieczne jest wydanie w tym przedmiocie postanowienia sądu penitencjarnego w tym zakresie. Zainicjować to postępowanie może: skazany, jego obrońca, prokurator, a także dyrektor zakładu karnego (art. 19 § 1 k.k.w. w związku z art. 117 § 5 k.k.w.). Sąd penitencjarny także z urzędu

³³ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. 4, Warszawa 2017, art. 117, Lex/el.

³⁴ Zob. *Každorazowy*, [hasło w:] *Słownik języka polskiego PWN*, sjp.pwn.pl/sjp/každorazowy;2470409.html (dostęp: 4.02.2023).

może przeprowadzić postępowanie zmierzające do wydania postanowienia o ustaniu obowiązku poddania się leczeniu lub rehabilitacji. Aby zapewnić merytoryczną opinię w takim postępowaniu, każdorazowo powinno uzyskać się opinię psychologiczną albo lekarza psychiatry czy też biegłego w przedmiocie uzależnienia.

Zrozumiałe jest wprowadzenie przez ustawodawcę regulacji, że wniosek złożony przez skazanego lub jego obrońcę o zmianę lub uchylenie obowiązku poddania się przez skazanego leczeniu lub rehabilitacji przed upływem sześciu miesięcy od wydania postanowienia w przedmiocie tego obowiązku można pozostawić bez rozpoznania. Podobne regulacje występują w odniesieniu na przykład do wniosku o zmianę lub uchylenie środka zabezpieczającego. Negatywnie należy jednak ocenić brak określenia jakichkolwiek podstaw pozostawienia wniosku bez rozpoznania, daje to pole arbitralności. Zdecydowanie należy opowiedzieć się za wprowadzeniem regulacji analogicznej jak w art. 199b § 4 k.k.w. Ustawodawca w tym przypadku przyjął, że podstawą pozostawienia wniosku bez rozpoznania jest to, że wnioskodawca nie wskazał nowych okoliczności mających znaczenie dla rozstrzygnięcia. Warunkiem pozostawienia wniosku bez rozpoznania jest zatem nie tylko stwierdzenie, iż upłynął już sześciomiesięczny okres karencyjny od dnia rozpoznania poprzedniego wniosku, ale ponadto stwierdzenie, że wnioskodawca nie wskazał nowych okoliczności mających znaczenie dla rozstrzygnięcia.

Na tle wcześniej omawianych regulacji odnośnie do wymogu uzyskania zgody pacjenta na leczenie bądź zgody zastępczej czy też kumulatywnej i warunku z art. 117 k.k.w., że w przedmiocie obowiązku poddania się przez skazanego leczeniu lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny tylko wówczas, gdy brakuje zgody skazanego, rodzą się pewne zastrzeżenia. Nie budzi przy tym wątpliwości, że zgoda taka powinna być wyrażona w sposób wyraźny po uprzednim poinformowaniu skazanego o jego stanie zdrowia oraz planowanym leczeniu i rehabilitacji. Wskazuje się także w literaturze przedmiotu, że powinna być wyrażona w formie pisemnej³⁵.

³⁵ Zob. szerzej: A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przesłanka zastosowania odpowiedniego leczenia lub rehabilitacji w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności. Uwagi na tle art. 117 k.k.w.*, [w:] *Prawo karne wykonawcze w systemie nauk kryminologicznych. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Leszka Boguni*, red. T. Kalisz, Wrocław 2011, s. 255.

Charakter prawny zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego budzi przy tym wiele kontrowersji wśród przedstawicieli nauki w zakresie tego, czy jest to czynność prawna, czy oświadczenie woli³⁶.

Problematyczna natomiast na tle regulacji art. 117 k.k.w. jest kwestia zgody nieletniego. W polskim systemie prawnym odpowiedzialność karłą ponoszą co do zasady osoby, które ukończyły 17 lat, a w przypadku przestępstw wskazanych w art. 10 § 2 k.k. mogą ponosić odpowiedzialność karłą na zasadach określonych w Kodeksie karnym także nieletni, którzy ukończyli 15 lat. Ustawodawca ustawą z dnia 7 lipca 2022 roku³⁷ jeszcze obniżył ten wiek do 14 lat w przypadku kwalifikowanej zbrodni zabójstwa z art. 148 § 2 lub 3 k.k.

W świetle regulacji Kodeksu karnego jak dorosłego traktuje się zatem osobę z chwilą ukończenia 17 roku życia (jest on młodocianym).

Ustawodawca w postępowaniu karnym w sytuacji, gdy oskarżony jest nieletni lub ubezwłasnowolniony, przyznaje przedstawicielowi ustawowemu lub osobie, pod której pieczęć oskarżony pozostaje, uprawnienia do podejmowania czynności procesowych, wnoszenia środków zaskarżenia, składania wniosków i ustanowienia obrońcy (art. 76 k.p.k.).

Zgodnie z art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza denty, jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest wówczas zgoda jego przedstawiciela ustawowego (zgoda zastępcza), a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe — zezwolenie sądu opiekuńczego.

Natomiast w przypadku małoletniego, który ukończył 16 lat, wymagana jest zgoda kumulatywna małoletniego i jego przedstawiciela ustawowego (art. 32 ust. 5 u.z.l.). Ustawa rozstrzyga także potencjalny konflikt pomiędzy pacjentem a jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Jeżeli małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony

³⁶ M. Mierzwa, *Ograniczenia konstytucyjnej zasady poszanowania i ochrony wolności człowieka w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych*, „*Studenckie Zeszyty Naukowe*” 22, 2019, nr 42, s. 104, zob. szerzej: K. Smyk, *Charakter prawny zgody pacjenta na gruncie prawa cywilnego*, s. 121–138.

³⁷ Ustawa z dnia 7 lipca 2022 roku o zmianie ustawy — Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 2600).

umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Tak w poprzednio obowiązującej ustawie z dnia 26 października 1982 roku o postępowaniu w sprawach nieletnich³⁸, jak i w ustawie z dnia 9 czerwca 2022 roku o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich³⁹ osoby umieszczone w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, u których stwierdzono uzależnienie od alkoholu, mają obowiązek poddania się zarządzonemu leczeniu odwykowemu. Decyzja w tym zakresie leży obecnie w gestii dyrektora okręgowego ośrodka wychowawczego, zakładu poprawczego lub schroniska dla nieletnich. W stosunku do osoby małoletniego wymagana jest ponadto zgoda przedstawiciela ustawowego. W razie jej braku uzyskuje się zezwolenie sądu wykonującego orzeczenie, które winno poprzedzać zasięgnięcie opinii u biegłego o leczeniu uzależnienia i celowości terapii (art. 362 ust. 3).

W świetle obowiązującego prawa (wskazanych regulacji prawnych) należałoby uznać, że nieletni do ukończenia 17 roku życia (dopiero wówczas w świetle prawa karnego traktuje się go jak dorosłego) nie może skutecznie wyrazić zgody na leczenie. Do regulacji art. 117 k.k.w. powinno być wprowadzone unormowanie analogiczne jak w art. 362 ust. 3 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

IV

Reasumując, niezmiernie ważnym elementem w procedurze orzekania wobec skazanego obowiązku poddania się leczeniu lub rehabilitacji w trybie art. 117 k.k.w. jest zagwarantowanie skazanemu prawa do osobistego udziału w posiedzeniu oraz do bycia wysłuchanym. Ponadto zapewnienie stronom postępowania możliwości wniesienia środka odwoławczego. Podobnie kluczowe jest zapewnienie sądowi penitencjarnemu możliwości badania, podczas decydowania o przymusowym leczeniu lub przymusowej rehabilitacji, rzeczywistej potrzeby ich orzeczenia.

³⁸ Tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 969.

³⁹ Dz.U. z 2022 r. poz. 1700.

Regulacja art. 117 k.k.w. nie spełniała wymogów konstytucyjnych do dnia 1 stycznia 2023 roku. Nowelizacja art. 117 k.k.w. ustawą z dnia 5 sierpnia 2022 roku dostosowała przepisy do standardów konstytucyjnych, zapewniając skazanemu ochronę jego praw poprzez wprowadzenie niezbędnych gwarancji procesowych. Zasadne i celowe było wprowadzenie możliwości złożenia przez dyrektora zakładu karnego wniosku o objęcie skazanego odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją.

Należałoby jednak postulować *de lege ferenda* zmianę art. 117 § 6 k.k.w. poprzez określenie podstaw pozostawienia wniosku bez rozpoznania. Jak już wskazano, brak określenia podstawy daje pole arbitralności. Należy opowiedzieć się za wprowadzeniem regulacji analogicznej jak w art. 199b § 4 k.k.w. i przyjęciem, że warunkiem pozostawienia wniosku bez rozpoznania będzie nie tylko stwierdzenie, iż upłynął już sześciomiesięczny okres karencyjny od dnia rozpoznania poprzedniego wniosku, ale ponadto stwierdzenie, że wnioskodawca nie wskazał nowych okoliczności mających znaczenie dla rozstrzygnięcia.

Celowe wydaje się także wprowadzenie zastrzeżenia, że ponowne zastosowanie obowiązku leczenia lub rehabilitacji wobec tej samej osoby nie może nastąpić przed upływem trzech miesięcy od jego ustania. Tak jak jest to uregulowane w art. 34 ust. 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Ustawodawca powinien także wprowadzić w odniesieniu do nieletnich (skazanych na zasadach określonych w Kodeksie karnym) zapis, że na leczenie lub rehabilitację zgody udziela przedstawiciel ustawowy — unormować to analogicznie jak w art. 362 ust. 3 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

Rozważyć należałoby także z omówionych już względów wprowadzenie w zakresie udziału obrońcy w posiedzeniu zdalnym rozwiązania z art. 374 § 6 k.p.k. Obrońca w tej sytuacji brałby udział w posiedzeniu przeprowadzanym zdalnie w miejscu przebywania skazanego, chyba że stawiłby się w tym celu w sądzie.

Bibliografia

- Anderson P., Baumberg B., *Alkohol w Europie: perspektywa zdrowia publicznego. Raport dla Komisji Europejskiej — Podsumowanie*, przeł. J. Moskalewicz, „Alkoholizm i Narkomania” 19, 2006, nr 2.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S., *Terapia poznawcza uzależnień*, przeł. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Kraków 2007.
- Dzienis P., *Zgoda pacjenta jako warunek legalności leczenia*, „Przegląd Sądowy” 2001, nr 11–12.
- Hanausek T., Hanausek W., *Narkomania. Studium kryminologiczno-kryminalistyczne*, Warszawa 1976.
- Ignaczewski J., *Zgoda pacjenta na leczenie*, Warszawa 2003.
- Kostowski W., *Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień*, „Alkoholizm i Narkomania” 19, 2006, nr 2.
- Kwieciński A., *Prawnokarne aspekty terapii skazanych uzależnionych od alkoholu*, „Ius Novum” 2014, nr 3.
- Kwieciński A., *Zgoda skazanego jako przesłanka zastosowania odpowiedniego leczenia lub rehabilitacji w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności. Uwagi na tle art. 117 k.k.w.*, [w:] *Prawo karne wykonawcze w systemie nauk kryminologicznych. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Leszka Boguni*, red. T. Kalisz, Wrocław 2011.
- Machel H., *Rola terapii w resocjalizacji penitencjarnej*, „Resocjalizacja Polska” 2012, nr 3.
- Majcherczyk A., *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 20, 2007, nr 3.
- Mierzwa M., *Ograniczenia konstytucyjnej zasady poszanowania i ochrony wolności człowieka w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych*, „Studenckie Zeszyty Naukowe” 22, 2019, nr 42.
- Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. 4, Warszawa 2017.
- Rutkowski S., *Zgoda na zabieg leczniczy w ujęciu art. 192 k.k.*, „Prokuratura i Prawo” 2000, nr 2.
- Sarnecki P., [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, wyd. 2, Warszawa 2016.
- Smyk K., *Charakter prawny zgody pacjenta na gruncie prawa cywilnego*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis” 6, 2017, nr 1.

Compulsory treatment of addicted prisoners against the background of Article 117 of the Executive Penal Code: Selected issues

Abstract

The article is an attempt to approach controversial issues related to compulsory treatment or rehabilitation of addicts in penitentiary isolation on the background of the regulation of Article 117 of the Executive Penal Code. The considerations take into account the amendment of this regulation by the Act of 5 August 2022. The amendment brought the provisions into line with constitutional standards, ensuring that the convicted person's rights are protected by introducing the necessary procedural guarantees. Certain *de lege ferenda* postulates are within the scope of the analysis are formulated as part of the conclusion.

Keywords: addiction, compulsory treatment, minors, law