

Małgorzata Szwejkowska

Glosa aprobująca do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 21 lipca 2011 r., I KZP 9

Studia Prawnoustrojowe nr 15, 203-207

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Glosa aprobująca do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 21 lipca 2011 r., I KZP 9/11

Istota zagadnienia rozpoznanego przez Sąd Najwyższy w przedmiotowej sprawie sprowadza się do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy czas stosowania wszystkich środków zabezpieczających o charakterze leczniczym, opisanych w rozdziale X k.k., jest niezależny od rozmiaru orzeczonej wobec sprawcy kary, o ile oczywiście środek ten towarzyszy karze jako element uzupełniający. W grupie analizowanych środków można wyróżnić przede wszystkim internację psychiatryczną z art. 94 k.k., która w obecnym stanie prawnym nie może zostać orzeczona przez sąd obok kary, adresowana jest bowiem do sprawców czynów zabronionych uznanych za niepoczytalnych *in tempore criminis*. Zgodnie zaś z dyspozycją art. 31 § 1 k.k. sprawcom tego rodzaju winy przypisać nie można, a tym samym orzeczenie kary wobec nich nie jest możliwe. A zatem okres stosowania środka z art. 94 k.k. uwarunkowany jest wyłącznie postęпами w ich leczeniu i rehabilitacji.

W drugiej grupie środków, jakkolwiek jest to kontrowersyjne w literaturze przedmiotu, można umieścić środek z art. 95 k.k., który w istocie polega na odbywaniu kary w systemie terapeutycznym opisanym w kodeksie karnym wykonawczym. Kolejny katalog środków zabezpieczających wymienionych w analizowanym rozdziale k.k. tworzą te środki lecznicze, które sąd stosuje bądź może stosować obok kary pozbawienia wolności. W tej grupie można umieścić środek z art. 95a k.k. polegający na stosowaniu internacji psychiatrycznej na czas z góry nieoznaczony wobec skazanych za przestępstwo seksualne, u których zdiagnozowano zaburzenia preferencji seksualnych. Środek ten jest wdrażany po odbyciu przez sprawcę kary pozbawienia wolności. W tej grupie należy także wymienić środek z art. 96 k.k., którego konstrukcja pozwala przyjąć, że zabiegi leczniczo-terapeutyczne wobec skazanych uzależnionych od alkoholu podejmowane są niejako zamiast wykonywania kary pozbawienia wolności¹. Pogląd przeciwny jest jednak także prezentowany w literaturze przedmiotu².

¹ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne*, Warszawa 2010, s. 554.

² Por. np. J. Długosz w: *Kodeks karny. Część ogólna*, t. II: *Komentarz do artykułów 32–116*, pod red. M. Królikowskiego, R. Zawłockiego, Warszawa 2011, s. 873.

W przypadku stosowania przedmiotowego środka powstaje pytanie dotyczące zależności pomiędzy długością orzeczonej wobec skazanego kary pozbawienia wolności a tym specjalnym rodzajem jej uzupełnienia, jakim jest umieszczenie go w ramach środka zabezpieczającego w zakładzie leczenia odwykowego. Do rozstrzygnięcia tego zagadnienia nie wystarczy – jak słusznie podkreślił to w swoim judykacie Sąd Najwyższy – wykładnia literalna, której zastosowanie nie pozwala na przyjęcie jednoznacznej konkluzji. Bez wątpienia trzeba poszukiwać tu innych metod rozwiązania analizowanego zagadnienia.

W powyższym kontekście nie sposób zatem nie rozważyć funkcji, którą spełniają lecznicze środki zabezpieczające polegające na umieszczeniu sprawcy w odpowiednim typie zakładu leczniczego, a ponadto czy funkcja ta jest zbieżna z celami zakładanymi przy stosowaniu środka zabezpieczającego z art. 96 k.k. Pytanie o funkcje to w istocie pytanie o genezę leczniczych środków zabezpieczających stosowanych wobec sprawców uzależnionych od alkoholu lub środków odurzających. Sąd Najwyższy nawiązał w analizowanym orzeczeniu do wykładni historycznej, a zatem należy kwestię tę rozwinąć. Idea izolowania w zakładach zamkniętych zaburzonych psychicznie sprawców czynów zabronionych pojawiła się w drugiej połowie XIX w. Wyszukiwano wówczas koncepcję uzupełnienia kary innym środkiem, określonym mianem zabezpieczającego. Jego stosowanie opierało się wyłącznie na elemencie niebezpieczeństwa sprawcy dla porządku prawnego, zadaniem zaś miała być ochrona społeczeństwa przed sprawcą, którego stan niebezpieczeństwa groził popełnieniem w przyszłości czynu zabronionego³. W świetle ówczesnych poglądów kara była środkiem o charakterze represyjnym, zaś środki zabezpieczające związane z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym traktowano jako represyjno-izolacyjne. Istota środka zabezpieczającego nie uległaby zmianie nawet wówczas, gdyby został zastosowany przed popełnieniem przez sprawcę czynu zabronionego.

Środek zabezpieczający polegający na przymusowym leczeniu odwykowym osób uzależnionych od alkoholu został po raz pierwszy przewidziany w polskim prawie karnym w przepisie art. 82 k.k. z 1932 r. W ówczesnej literaturze przedmiotu podkreślano, że ustawodawca wprowadzając taką możliwość miał na względzie głównie sprawców występków mniejszej wagi, skazanych na krótkotrwałe kary pozbawienia wolności. Oceniano bowiem jako bezcelowe kierowanie do zakładu zamkniętego sprawcy, który dopuścił się poważnego przestępstwa⁴. Czas trwania pobytu skazanego w zakładzie zamkniętym przeznaczony na leczenie uzależnienia nie mógł przekraczać dwóch lat i został oznaczony przez ustawodawcę na podstawie wskazań doświadczenia lekarskiego. Zgodnie bowiem z ówczesnym stanem wiedzy zakładano, że czas potrzebny na leczenie uzależnienia, nawet w tzw. ciężkich

³ W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1986, s. 374.

⁴ W. Makowski, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 1937, s. 275.

wypadkach, nie powinien przekraczać dwóch lat⁵. Przewidziano także, iż w praktyce sukces leczniczy może nastąpić w zdecydowanie krótszym czasie, tj. przed upływem dwóch lat, stąd też ustawa pozwalała na wcześniejsze zwolnienie skazanego z zakładu leczniczego. Pierwsze instytucjonalne, kodeksowe rozwiązanie problemu leczenia skazanych, którzy dopuścili się przestępstwa w związku z uzależnieniem, wskazuje, że czas pobytu w zakładzie zamkniętym zależał wyłącznie od postępów leczniczo-terapeutycznych, które udało się uzyskać wobec skazanego pacjenta. Tak uważał J. Makarewicz, który wyraźnie stwierdzał, że czas pobytu skazanego w zakładzie leczenia odwykowego jest uzależniony wyłącznie od postępów w jego leczeniu. Środek zabezpieczający tego rodzaju, zdaniem cytowanego autora, powinien być stosowany tak długo, jak długo uzależniony sprawca stwarza zagrożenie dla społeczeństwa, co stanowi konsekwencję stanu uzależnienia⁶.

Podobnie cele leczniczych środków zabezpieczających były postrzegane na gruncie kodeksu z 1969 r., gdyż wówczas ochronę społeczeństwa akcentowano jako funkcję nadrzędną⁷. Jako cel podrzędny umieszczenia skazanego w zakładzie leczenia odwykowego (art. 102 § 1 k.k. z 1969 r.) wskazywano natomiast wyleczenie z nałogu. Okres prowadzenia przymusowego leczenia odwykowego w ramach przedmiotowego środka nie był przez sąd z góry oznaczany. Środek ten jednak nie mógł być stosowany krócej niż sześć miesięcy oraz dłużej niż dwa lata. Minimalny czas pobytu skazanego w zakładzie zamkniętym został wyznaczony w oparciu o przekonanie, że jest to najkrótszy wymagany okres do przeprowadzenia odtrucia organizmu osoby uzależnionej od alkoholu. W kwestii górnej maksymalnej granicy stosowania tego środka podzielono pogląd wyrażany pod rządami kodeksu z 1932 r. Stąd też nawet w wypadku, gdyby czas leczenia w wymiarze dwóch lat nie był wystarczający do osiągnięcia zakładanego celu, i tak należało zwolnić sprawcę z zakładu zamkniętego. Rozwiązanie to, ograniczające możliwość stosowania tego środka do górnej granicy dwóch lat, zostało poddane krytyce w ówczesnej doktrynie⁸. O zwolnieniu z zakładu orzekał sąd na podstawie wyników leczenia. Jeżeli wobec sprawcy orzeczono karę pozbawienia wolności, to sąd przed zwolnieniem orzekał, czy karę tę należy wykonać⁹.

W świetle powyższego nie może budzić wątpliwości, że czas stosowania środka zabezpieczającego z art. 96 k.k. został ukształtowany w oparciu o wcześniej stosowane w tej mierze rozwiązania. W istocie zatem uregulowanie dotyczące przymusowego leczenia odwykowego na gruncie aktualnego kodeksu karnego pozostaje w zasadzie niezmienione w części dotyczącej zało-

⁵ Ibidem, s. 276.

⁶ F. Ciepły, *Środki zabezpieczające według koncepcji Juliusza Makarewicza*, Lublin 2005, s. 292–293.

⁷ M. Tarnawski, *Izolacyjno-lecznicze środki zabezpieczające*, „Palestra” 1973, nr 5, s. 21.

⁸ Ibidem, s. 34–35.

⁹ W. Świda, op. cit., s. 383–384.

żenia, że środek ten może być stosowany wyłącznie wobec skazanych na krótkoterminowe kary pozbawienia wolności. Nie zakwestionowano także górnej granicy okresu, na jaki może zostać orzeczony przedmiotowy środek. Doszło jedynie, po raz pierwszy na gruncie kodeksu z 1969 r., do oznaczenia dolnej minimalnej granicy czasu stosowania środka. Wówczas sześć miesięcy uznano za najkrótszy dopuszczalny ustawowo okres przeprowadzenia odtrucia organizmu skazanego, aktualnie zaś są to trzy miesiące (art. 96 § 3 k.k.)¹⁰. Zachowano także zasadę, że czas trwania tego środka nie jest z góry oznaczony – o jego uchyleniu orzeka sąd na podstawie wyników leczenia. Co najważniejsze, utrzymano podstawowe założenie, że analizowany środek realizowany jest niezależnie od kary pozbawienia wolności. Zgodnie bowiem z regulacjami kodeksów karnych z 1932 r. i 1969 r. środek ten był wdrażany do wykonania przed karą pozbawienia wolności, a czas jego stosowania – co już podkreślono – był zdeterminowany przez konieczność prowadzenia wobec skazanego leczenia odwykowego. Obecnie środek ten realizowany jest zamiast kary pozbawienia wolności, a jego stosowanie rządzi się odmiennymi prawami, tj. opiera na wskazaniach negatywnej prognozy kryminologicznej wobec uzależnionego sprawcy i zasadzie proporcjonalności wyrażonej w art. 93 k.k. (swoistej preambule do rozdziału X k.k.), zrealizowanej poprzez wprowadzenie ustawowego zakazu orzekania tego środka wobec skazanych na kary pozbawienia wolności w wymiarze przekraczającym dwa lata. Sąd został wyposażony w możliwość żądania w każdym czasie opinii o stanie zdrowia uzależnionego skazanego oraz o stosowanym wobec niego leczeniu i terapii oraz ich wynikach (art. 203 § 2 k.k.w.). Z przepisów nie wynika jednak, aby sąd mógł występować o opinię wyłącznie do osób prowadzących leczenie i terapię sprawcy. Tym samym można dopuścić dowód z opinii innych biegłych, np. w przedmiocie, czy stosowane wobec sprawcy metody leczenia i terapii są adekwatne do jest stanu psychicznego¹¹. W przypadku, gdy zmiana w stanie zdrowia psychicznego sprawcy jest na tyle znacząca, że jego dalsze pozostawianie w zakładzie nie jest konieczne, kierownik zakładu zobowiązany jest bezzwłocznie zawiadomić o tym fakcie sąd. Aktualne sformułowanie przepisu art. 203 § 1 k.k.w. wskazuje jednoznacznie, że o stanie zdrowia internowanego sprawcy i o postępach w jego leczeniu lub terapii, powodujących (lub nie) brak konieczności jego dalszego pozostawiania w zakładzie psychiatrycznym, należy wydać opinię sądowo-psychiatryczną¹².

¹⁰ *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego i kodeksu karnego wykonawczego*, [w:] *Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami*, Warszawa 1997, s. 170, cyt. za: J. Długosz, op. cit., s. 875.

¹¹ *Kodeks karny wykonawczy. Komenatrz*, pod red. Z. Hołdy, K. Postulskiego, Gdańsk 2005, s. 96 i nast.

¹² D. Hajdukiewicz, *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich*, Warszawa 2007, s. 274.

Przymusowe leczenie odwykowe jako rodzaj leczniczego środka zabezpieczającego spełnia w polskim systemie karnym złożoną funkcję: indywidualno-prewencyjną oraz leczniczo-resocjalizacyjną. Osoba poddana leczeniu odwykowemu jest więc traktowana bądź jako sprawca czynu zabronionego popełnionego w związku z uzależnieniem od alkoholu, która na skutek negatywnej prognozy kryminologicznej jest „obiektem zainteresowania” ze strony organów wymiaru sprawiedliwości, bądź jako pacjent poddany przymusowemu leczeniu w warunkach odpowiedniego zakładu leczniczego. Ten dualizm jest charakterystyczny dla wszystkich leczniczych środków zabezpieczających przewidzianych w rozdziale X k.k. Opierając się na konstrukcji odrębności środków zabezpieczających od kar, wdrażanych przy zachowaniu zasady proporcjonalności z art. 93 k.k. i stosowanych w zależności od uzyskiwanych rezultatów leczniczo-terapeutycznych (art. 96 § 3 zd. 2 k.k. w zw. z art. 203 § 1 k.k.w.), należy przyjąć, że środek z art. 96 k.k. stanowi instytucję odrębną od kary pozbawienia wolności, a tym samym oznacza rezygnację z wykonywania wobec uzależnionego skazanego łagodnej kary pozbawienia wolności (orzeczonej w wymiarze nieprzekraczającym lat dwóch).

Małgorzata Szejewska