

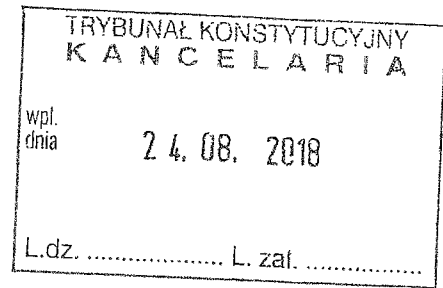


RZECZPOSPOLITA POLSKA
PROKURATOR GENERALNY

Warszawa, dnia 23 sierpnia 2018 r.

PK VIII TK 39.2018

SK 9/18



TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY

W związku ze skargą konstytucyjną J C wnoszącego o stwierdzenie niezgodności art. 117 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 652 i 1010) w zakresie, w jakim:

- 1) „dopuszcza przymusowe leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, pomimo braku jego zgody”,
- 2) „nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane bez zgody skazanego”,
- 3) „obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji pomimo braku zgody skazanego”

- z art. 47 oraz art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

- na podstawie art. 42 pkt 7 oraz art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U., poz. 2072) -

przedstawiam następujące stanowisko:

- 1) art. 117 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 652 i 1010) w zakresie, w jakim:
 - a) dopuszcza stosowanie przymusowego leczenia lub rehabilitacji skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, w razie braku zgody skazanego na takie leczenie lub rehabilitację - jest zgodny z art. 47 oraz z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane wobec skazanego bez jego zgody - jest zgodny z art. 47 oraz z art. 41 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w związku z zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa wynikającą z art. 2 Konstytucji,
 - c) obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji skazanego uzależnionego od alkoholu w razie braku zgody skazanego na takie leczenie lub rehabilitację wówczas, gdy uzależniony od alkoholu skazany wymaga objęcia go odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją - jest zgodny z art. 47 oraz z art. 41 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w związku z zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa wynikającą z art. 2 Konstytucji;
- 2) w pozostałym zakresie postępowanie podlega umorzeniu na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym - wobec niedopuszczalności wydania orzeczenia.

UZASADNIENIE

J C (dalej także: Skarżący) wystąpił do Trybunału Konstytucyjnego ze skargą konstytucyjną, przytoczoną na wstępie niniejszego stanowiska.

Skarga ta została wniesiona na tle następującego stanu faktycznego i prawnego.

Skarżący aktualnie odbywa karę pozbawienia wolności.

Wnioskiem z dnia listopada 2014 r. Dyrektor Aresztu Śledczego w S. wystąpił do sądu penitencjarnego o wydanie wobec Skarżącego - na podstawie art. 117 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 652 i 1010) [dalej: Kodeks karny wykonawczy albo k.k.w.] - postanowienia w przedmiocie zastosowania przymusowego leczenia w związku z uzależnieniem od alkoholu.

Postanowieniem z dnia listopada 2014 r., w sprawie o sygn. akt , Sąd Okręgowy w G Wydział Penitencjarny i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych orzekł o zastosowaniu wobec Skarżącego leczenia w związku ze stwierdzonym uzależnieniem od alkoholu. W uzasadnieniu tego orzeczenia wskazano, że Skarżący został poddany badaniom psychologicznym i psychiatrycznym, w wyniku których zalecono objęcie go leczeniem przeciwalkoholowym z powodu stwierdzonego uzależnienia, przy czym Skarżący odmawia leczenia, nie poddaje się oddziaływaniom motywującym i pozostaje bezkrytyczny wobec nałogu.

W ocenie Skarżącego, przepis art. 117 k.k.w. narusza art. 47 oraz art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 w związku z art. 2 Konstytucji w zakresie, w jakim:

- dopuszcza przymusowe leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, w razie braku zgody skazanego na takie leczenie lub rehabilitację,

- nie wskazuje katalogu oddziaływań leczniczych i terapeutycznych, którym może być poddany skazany bez swojej zgody,

- obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji skazanego pomimo braku jego zgody na taką procedurę.

Przepis art. 117 k.k.w. brzmi następująco:

„Art. 117. 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.”.

W komentarzu do tego przepisu S. Lelental stwierdził, że „[w]szyscy skazani, o których stanowi komentowany artykuł, tj. ci, u których stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych, oraz skazani za przestępstwo określone w art. 197 - 203 KK, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, zgodnie z art. 96 KKW odbywają karę w systemie terapeutycznym. Do tego systemu kierowani są jednak tylko wówczas, kiedy wymagają **oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub (...) rehabilitacyjnej** (podkr. wł.). Jeżeli jednak takiego oddziaływania nie wymagają, to z treści art. 96 KKW wynika, że nie istnieje problem ich zgody na odbywanie kary w systemie terapeutycznym. (...)

Wykonywanie kary w systemie terapeutycznym **nie wymaga zgody skazanego**. Wniosek taki wynika z art. 96 KKW (...). Zgoda taka nie jest również wymagana w wypadku, gdy o wykonaniu kary w systemie terapeutycznym orzekł sąd na podstawie art. 62 KK. Przepis art. 117 KKW wymaga jednak takiej zgody. Należy zauważyć, że przepis ten nie dotyczy wszystkich skazanych, którzy odbywają lub mogą odbywać karę w systemie terapeutycznym (art. 95 i 96 KKW), a ponadto (...) stanowi, że **zgoda skazanych w tym przepisie wymienionych ma dotyczyć objęcia ich odpowiednim leczeniem i rehabilitacją, nie zaś**

wykonywania kary w systemie terapeutycznym (podkr. wł.). Ta ostatnia kwestia nie ma jednak znaczenia, skoro bowiem przepis wymaga zgody na objęcie odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją, to tym bardziej zgoda ta jest konieczna na odbywanie kary w systemie terapeutycznym, którego istotą jest stosowanie wobec skazanych oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej (art. 96 KKW *in fine*).

W konkluzji przyjmujemy, że zgoda skazanego, o którym mowa w art. 117 KKW, na objęcie odpowiednim leczeniem i rehabilitacją jest niezbędna zarówno wówczas, gdy odbywa on karę w systemie terapeutycznym, jak i poza tym systemem, tj. w systemie zwykłym. (...)

Wyrażenie przez skazanego zgody na poddanie się odpowiedniemu leczeniu i rehabilitacji **niewątpliwie sprzyja osiągnięciu efektów tych oddziaływań**. Z tego punktu widzenia należałoby przyjąć, że w stosunku do skazanego, który takiej zgody nie wyraża, administracja zakładu karnego powinna podjąć działania mające na celu wzbudzenie woli poddania się leczeniu i rehabilitacji (por. art. 67 KKW). Pierwszym krokiem w tym kierunku powinno być uzyskanie pisemnej zgody skazanego na poddanie się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym w ośrodku diagnostycznym w zakładzie karnym (por. art. 83 KKW i § 2 rozp. MS z 14.3.2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych, Dz. U. Nr 29, poz. 369) [dalej: rozporządzenie MS z dnia 14 marca 2000 r. - przyp. wł.]. Uzyskaniu zgody skazanego na objęcie go odpowiednim leczeniem i rehabilitacją powinno też służyć kształtowanie właściwych relacji pomiędzy skazanymi a osobami prowadzącymi oddziaływania penitencjarne (por. § 5 ust. 1 rozp. MS z 14.8.2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, tekst jedn. Dz. U. z 2013 r. poz. 1067) [dalej: rozporządzenie MS z dnia 14 sierpnia 2003 r. - przyp. wł.]. Celowi temu może też służyć przypomnienie

skazanemu o ciążyącym na nim obowiązku poddania się badaniom, leczeniu i rehabilitacji (art. 116 § 1 pkt 3 KKW). [...]

Zgoda skazanego na objęcie go odpowiednim leczeniem i rehabilitacją, której wymaga komentowany artykuł, musi być wyrażona w sposób udokumentowany, a odpowiedni dokument, np. w postaci oświadczenia, powinien być załączony do jego akt osobowych (...).

Jeżeli skazany nie wyraża zgody na objęcie go odpowiednim leczeniem i rehabilitacją - o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny. Zwraca uwagę, że w komentowanym artykule w części przed średnikiem mowa jest o leczeniu i rehabilitacji, co odnosi się do wypadków, gdy skazany wyraża zgodę, zaś w końcowej części art. 117 KKW mowa jest o leczeniu **lub** rehabilitacji. Wynika z powyższego, że sąd penitencjarny może orzec o stosowaniu:

- 1) odpowiedniego leczenia i rehabilitacji;
- 2) odpowiedniego leczenia;
- 3) odpowiedniej rehabilitacji.

Nie wykluczamy jednak, że przepis art. 117 KKW zredagowany został wadliwie.

Wada komentowanego artykułu - jest nią to, że nie przewiduje on możliwości złożenia wniosku przez dyrektora zakładu karnego o wydanie orzeczenia przez sąd penitencjarny co w związku z art. 19 § 1 KKW oznacza, że **postanowienie tego sądu o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji może zapaść tylko z urzędu** (podkr. wł.). Wykładnia ta oznacza, że w praktyce orzeczenia sądu penitencjarnego o obejmowaniu skazanego odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją mogą występować wyłącznie w sporadycznych wypadkach, zwłaszcza gdy chodzi o skazanych za przestępstwo określone w art. 197 - 203 KK, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych” (S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, 6. Wydanie, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2017, s. 500 - 502).

W komentarzu do art. 117 k.k.w. K. Dąbkiewicz podniósł, między innymi, że:

- „[w] literaturze wskazuje się, że komentowany przepis statuuje <zasadę dobrowolnego przymusu leczniczego> (...). Skazany może podjąć leczenie lub rehabilitację dobrowolnie, przy czym jego zgoda w tym zakresie nie może opierać się na domniemaniu czy przypuszczeniu, lecz musi być jasno wyrażona i swobodna; postuluje się, żeby to oświadczenie woli skazanego było dokumentowane w formie pisemnej (...). W razie braku zgody skazanego objęcie leczeniem lub rehabilitacją ma charakter przymusowy, stosowany na podstawie orzeczenia sądu penitencjarnego. W piśmiennictwie słusznie podnosi się, iż porównanie dyspozycji komentowanego przepisu oraz art. 96 k.k.w. ukazuje pewną niekonsekwencję tych regulacji. <Z jednej strony w procesie kierowania do systemu terapeutycznego nie uwzględnia się zdania skazanego, pomijając fakt, że system ten opiera się przecież na zapewnieniu jego uczestnikom oddziaływania specjalistycznego w formie leczenia, rehabilitacji czy opieki psychologa. Z drugiej strony dla części skazanych objętych tym systemem (art. 117 k.k.w.) statuuje się zasadę dobrowolnego leczenia i rehabilitacji, przewidując zarazem dopuszczalność przymusowej terapii> (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 - przyp. Autora)”;

- „[w] przypadku skazanego za przestępstwo określone w art. 197 - 203 k.k. ustawodawca uzależnia <kwestię leczenia od łącznego spełnienia dwóch warunków: zdiagnozowania zaburzeń preferencji seksualnych i ustalenia związku między nimi a przestępstwem>. Odmiennie wygląda sytuacja w przypadku skazanych, u których stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, **w ich przypadku zastosowanie przymusowej terapii odwykowej nie zależy od występowania związku między**

uzależnieniem a popełnionym przez skazanego przestępstwem (podkr. wł.) [A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przesłanka zastosowania odpowiedniego leczenia...*, s. 255 - przyp. Autora]”;

- „[w] przypadku gdy osoba uzależniona uporczywie odmawia współdziałania w wykonaniu programu leczenia i rehabilitacji, dyrektor zakładu karnego zawiadamia o tym sąd, który orzekł o obowiązku poddania się osoby uzależnionej leczeniu lub rehabilitacji w toku odbywania kary pozbawienia wolności. **Brak współdziałania ze strony skazanego uzależnionego uwzględniany jest w szczególności przy dokonywaniu ocen okresowych postępów skazanego w resocjalizacji, opiniowaniu oraz udzielaniu nagród** (podkr. wł.). Jak zauważa A. Kwieciński, może też rodzić odpowiedzialność dyscyplinarną za niepodporządkowanie się obowiązkom, które zostały na skazanego nałożone ustawą (A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przesłanka zastosowania odpowiedniego leczenia...*, s. 253 - przyp. Autora). Nie będzie natomiast dopuszczalne użycie środków przymusu bezpośredniego”;

- „[w] postanowieniu z dnia 6 czerwca 2006 r., II AKzw 594/06, KZS 2007, z. 2, poz. 78, Sąd Apelacyjny w Lublinie wskazał, że zgodnie z art. 117 k.k.w., w przypadku gdy skazany odmawia wyrażenia zgody na poddanie się leczeniu odwykowemu w sytuacji stwierdzenia u niego uzależnienia od alkoholu, sąd penitencjarny orzeka o zastosowaniu leczenia. Podstawą decyzji sądu penitencjarnego jest więc stwierdzenie uzależnienia oraz brak zgody samego skazanego na poddanie się takiemu leczeniu. Ponadto brzmienie przepisu art. 117 k.k.w. prowadzi do wniosku, iż wystąpienie wskazanych wyżej dwóch przesłanek obliguje sąd penitencjarny do zastosowania wobec skazanego stosownego leczenia odwykowego (tak też postanowienia SA: w Lublinie z dnia 21 grudnia 2011 r., II AKzw 1295/11, LEX nr 1163184; w Krakowie z dnia 23 stycznia 2012 r., II AKzw 1427/11, KZS 2012, z. 3, poz. 47). **Powyższy pogląd słusznie skrytykowano, wskazując, że oparcie decyzji wyłącznie na dwóch przesłankach formalnych, z jednoczesnym pominięciem przesłanki materialnej w postaci potrzeby**

oddziaływania specjalistycznego (art. 96 § 1 k.k.w) powoduje, że orzekanie w tym przedmiocie nabiera cech automatyzmu (podkr. wł.). Jak podkreślono, <nie każdy skazany, u którego zdiagnozowano uzależnienie, będzie wymagał kosztownego specjalistycznego leczenia odwykowego> (A. Kwieciński, *Zgoda skazanego jako przesłanka zastosowania odpowiedniego leczenia...*, s. 254 - przyp. Autora). **Również w piśmiennictwie nie jest kwestionowany pogląd, że jedną z podstawowych przesłanek objęcia skazanego leczeniem lub rehabilitacją jest wystąpienie wymogu oddziaływania specjalistycznego na skazanego** (podkr. wł.)” [K. Dąbkiewicz, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, 3. wydanie, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 529 - 532].

W ocenie K. Postulskiego, „[s]kazani, u których stwierdzono uzależnienie od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, stanowią zdecydowaną większość osób odbywających karę w systemie terapeutycznym. Sposób postępowania z nimi określają przepisy wykonawcze, w szczególności § 16 i n. r.p.o.p. (rozporządzenie MS z dnia 14 sierpnia 2003 r. - przyp. wł.). [...]

Artykuł 117 k.k.w. wprowadza zasadę, że skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także skazanego za przestępstwo określone w art. 197 - 203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, obejmuje się leczeniem i rehabilitacją za jego zgodą, a w razie jej braku - przewiduje orzekanie o tym przez sąd. (...)

Komentowany przepis należy rozumieć jako **wprowadzający wymóg, a więc praktycznie obowiązek** (podkr. wł.), poddawania w zakładzie karnym odpowiedniemu leczeniu lub rehabilitacji wszystkich skazanych, u których stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także skazanych za przestępstwo określone w art. 197 - 203 k.k. popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Problem poddania skazanego, w warunkach określonych w art. 117 k.k.w., obowiązkowemu leczeniu i rehabilitacji jest szczególnie delikatny. **Stanowi ono**

bowiem odstępowanie od zasady prawa skazanego, a nie od obowiązku korzystania ze świadczeń zdrowotnych (podkr. wł.). Trzeba ponadto pamiętać, że leczenie i rehabilitacja, o których mowa w tym przepisie, są jednymi z elementów oddziaływania resocjalizacyjnego wobec skazanego. Kodeks karny wykonawczy nie przewiduje natomiast obowiązku poddawania się przez skazanych resocjalizacji (zob. K. Postulski, glosa do postanowienia SA w Rzeszowie z 18.02.2014 r., II AKzw 41/14, LEX nr 1430742).

Artykuł 117 k.k.w. opiera terapię na zasadzie <dobrowolnego przymusu>; niepoddanie się jej zagrożone jest ewentualnością zastosowania tego oddziaływania wbrew woli skazanego. W piśmiennictwie zauważono, że rozwiązanie to nie przystaje do zasady rezygnacji z przymusu resocjalizacyjnego. Skuteczne oddziaływanie na dorosłego człowieka jest możliwe tylko wówczas, gdy wyraża on wolę współdziałania w procesie terapeutycznym (...).

Przyjmując przedstawioną argumentację, **nie można jednak nie zauważyć, że alkoholizm i narkomania pozostają w związku przyczynowo-skutkowym z przestępczym zachowaniem jednostki, stanowiąc zasadniczy czynnik kryminogeny. Wykonywanie kary i realizacja jej resocjalizacyjnych celów muszą uwzględniać te zależności** (podkr. wł.). Dlatego najważniejszym elementem zapobiegania powrotowi do przestępstwa są działania ukierunkowane na korekcję występujących u skazanego uzależnień (...).

Konstatacja przedstawiona w tezie poprzedniej, a jednocześnie spostrzeżenie, że tylko nieliczni uzależnieni podejmują terapię bez jakiegokolwiek zewnętrznego nacisku, prowadzi do wniosku, iż **dopuszczalny jest przymus pozwalający na umieszczenie skazanego na oddziale terapeutycznym, a więc poddania go terapii, której w innym przypadku nie miałby szansy ukończyć** (podkr. wł.). Uczestnicy terapii w więzieniach zdecydowanie rzadziej niż w warunkach wolnościowych przerywają leczenie (E. Habzda-Siwek, *Wybrane problemy realizacji systemu terapeutycznego*, [w:] *Problemy penologii i praw człowieka na początku XXI stulecia. Księga poświęcona pamięci Profesora*

Zbigniewa Hołdy, red. B. Stańdo-Kawecka, K. Krajewski, Warszawa 2011, s. 375 i cytowana tam literatura - przyp. Autora).

Zatem przyjęta w komentowanym przepisie konstrukcja, zmierzająca do poddania skazanego uzależnionego stosownemu leczeniu, daje się obronić (podkr. wł.). Skoro treść aktualnej opinii psychologicznej dotyczącej skazanego nie pozostawia wątpliwości, że jest on osobą uzależnioną od alkoholu, a dotychczasowe próby leczenia nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, to zasadne jest orzeczenie o zastosowaniu wobec niego leczenia odwykowego (postanowienie SA w Lublinie z 5.08.2009 r., II AKz w 652/09, [...], LEX nr 523997).

Przed wystąpieniem do sądu penitencjarnego o wydanie orzeczenia w przedmiocie objęcia skazanego leczeniem lub rehabilitacją administracja zakładu karnego powinna zbadać wszystkie okoliczności, które uzasadniają to wystąpienie, w tym stan uzależnienia skazanego (zob. art. 83 k.k.w.). W oparciu o te badania sporządza się o skazanym opinię psychologiczną, która jest przedstawiana sądowi. (...)

Słusznie zauważa się w literaturze, że wadą komentowanego przepisu jest to, iż nie przewiduje on możliwości złożenia przez dyrektora zakładu karnego wniosku o objęcie skazanego odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją, co w związku z art. 19 § 1 k.k.w. oznacza, że postanowienie sądu może zapaść tylko z urzędu (...). O wydanie takiego postanowienia może wystąpić także prokurator. Ewentualny wniosek dyrektora zakładu karnego należy traktować jedynie jako jego stanowisko, które może być podstawą do wszczęcia przez sąd penitencjarny z urzędu postępowania w przedmiocie objęcia skazanego odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją” (K. Postulski, komentarz do art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1530622919081_34651665).

A. Muszyńska, charakteryzując obowiązujący model postępowania ze skazanymi osobami uzależnionymi przebywającymi w jednostkach penitencjarnych, podniosła, między innymi, że:

- „[z]asadniczo (...) karę pozbawienia wolności wobec skazanych uzależnionych wykonuje się w systemie terapeutycznym, w oddziałach terapeutycznych, dokąd kierowane są osoby niewymagające leczenia odtruwającego (detoksykacyjnego), lecz terapeutycznych metod oddziaływania, w tym specjalistycznego oddziaływania psychologicznego. Trzeba przy tym zaznaczyć, że umieszczenia skazanych uzależnionych w systemie terapeutycznym przez sąd nie należy utożsamiać z objęciem ich automatycznie przymusową terapią. Taką decyzję ostatecznie podejmuje sąd penitencjarny. Z kolei brak współdziałania skazanych uzależnionych w wykonaniu programu leczenia i rehabilitacji uwzględnia się przy dokonywaniu ocen okresowych postępów skazanych w resocjalizacji. Uporczywe odmawianie współdziałania skutkuje natomiast zawiadomieniem sądu, który orzekł o obowiązku poddania się leczeniu”;

- „resocjalizacja, obejmująca w przypadku tej kategorii osób (osób uzależnionych - przyp. wł.) w pierwszej kolejności leczenie i terapię, stanowi ich prawo, a nie obowiązek. Generalna tendencja odchodzenia od przymusowego oddziaływania na skazanego, wyraźnie eksponowana w piśmiennictwie negacja podstaw wprowadzania przymusu terapii w zakładach karnych, doznaje jednak na gruncie przepisów kodeksu karnego wykonawczego ograniczenia właśnie odnośnie do osób uzależnionych”;

- „[w] myśl art. 116 § 1 pkt 3 k.k.w. skazany ma obowiązek przestrzegania przepisów określających zasady i tryb wykonywania kary, w szczególności poddania się - niezależnie od obowiązków określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii - przewidzianym przepisami badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji, a także badaniom na obecność w organizmie alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych. **Z przepisu wynika zatem, że poddanie się przez pozbawionego wolności leczeniu i rehabilitacji należy do jego obowiązków** (podkr. wł.). Z kolei art. 117 k.k.w. stanowi, że skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub

substancji psychotropowych, a także skazanego za przestępstwo określone w art. 197 - 203 k.k. popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych obejmuje się za jego zgodą odpowiednim leczeniem i rehabilitacją, w razie jej braku o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny”;

- „[p]rzepis art. 117 k.k.w. (...) statuuje zasadę dobrowolnego leczenia narkomanów (osób uzależnionych - przyp. wł.) pozbawionych wolności, przewidując jednocześnie dopuszczalność przymusowej terapii. W razie braku zgody skazanego o obowiązku leczenia lub rehabilitacji orzeka więc sąd penitencjarny, a nie, jak na gruncie art. 61 k.k.w. z 1969 r., lekarz więzienny”;

- „[s]kazani uzależnieni (...) odbywają karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym (art. 96 k.k.w.). Wobec tej grupy skazanych czynnik terapeutyczny stopniowo wypiera czynnik represyjny. **Do systemu terapeutycznego są oni kierowani tylko wówczas, gdy wymagają oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej i rehabilitacji** (podkr. wł). Jest to system przechodni. Jeżeli więc skazany narkoman (osoba uzależniona - przyp. wł.) nie wymaga już takich oddziaływań, zostaje przeniesiony do innego odpowiedniego systemu wykonywania kary, tzn. systemu zwykłego lub programowego oddziaływania”;

- „[d]o systemu terapeutycznego skazany uzależniony (...) może być skierowany na mocy wyroku sądu (art. 62 k.k.) bądź też w przypadku, gdy sąd tego nie określił, na mocy decyzji komisji penitencjarnej (art. 76 § 1 pkt 2 k.k.w.). Decyzja o skierowaniu skazanego do systemu terapeutycznego ma charakter klasyfikacyjny (art. 82 § 1 i 2 k.k.w.), opiera się na odpowiednich badaniach osobopoznawczych (art. 82 § 3 k.k.w.) i uwzględnieniu stanu zdrowia fizycznego i psychicznego skazanego, w tym stopnia uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych (art. 82 § 2 pkt 6). Znamienne jest jednak pominięcie przesłanki uzyskania zgody skazanego jako warunku objęcia go oddziaływaniem w ramach systemu terapeutycznego”;

- „[z] treści przepisów art. 117 i 96 k.k.w. wynika wręcz, że skazany uzależniony (...) może być skierowany i odbywać karę w systemie terapeutycznym, mimo że nie wyraża zgody na odpowiednie leczenie lub rehabilitację. **Zatem postulat uwzględniania w postępowaniu ze skazanym w szczególności potrzeby zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia (zob. art. 97 § 1 k.k.w.), będzie realizowany także przez przymusowe oddziaływanie (podkr. wł.)**”;

- „[p]rowadzone badania, zmierzające do próby oszacowania populacji skazanych, którzy powinni zostać objęci działaniami w ramach systemu terapeutycznego, wskazują na rozpowszechnianie się w tej grupie uzależnień, zarówno od alkoholu, jak i środków odurzających. Odpowiedzią na to może być jedynie stały rozwój sieci oddziałów terapeutycznych. Uwzględniając dane z ostatnich sześciu lat (Autorka porównywała dane z lat 2007 - 2012 - przyp. wł.), należy wskazać, że ogółem skazanych zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych, przebywających w tych oddziałach było w 2007 r. (dane na koniec roku) - 3015 osób, w tym 531 uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych, a 762 osób uzależnionych od alkoholu; w 2008 r. - 2971 (odpowiednio 480; 792); w 2009 r. - 3069 (546; 881); w 2010 r. - 3037 (501; 943); w 2011 r. - 2953 (435; 1008) w 2012 r. - 3044 (472; 1075). Z kolei skazanych zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych, a przebywających poza tymi oddziałami było w 2007 r. (dane na koniec roku) - 1037 osób, w tym 192 uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych; w 2008 r. - 1168 (218); w 2009 r. - 1131 (219); w 2010 r. - 1097 (208); w 2011 r. - 1205 (210) a w końcu 2012 r. - 689 (117). **Utrzymująca się na podobnym poziomie liczba skazanych zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych związana jest z ograniczoną pojemnością oddziałów (podkr. wł.)**. Trzeba przy tym zaznaczyć, że nie wszyscy skazani skierowani do systemu terapeutycznego odbywają karę pozbawienia wolności w oddziałach terapeutycznych. To

rzeczywiste ograniczenie dostępności terapii związane z możliwościami funkcjonalnymi oddziałów nie pozostaje bez znaczenia dla analizowanych rozwiązań, sprzyja wręcz otwieraniu dostępu dla tych, którzy akceptują taką formę oddziaływań”;

- „skazani uzależnieni (...), którzy nie zostali skierowani do wykonania kary w systemie terapeutycznym lub też nie wymagają już terapii w ramach tego systemu, mają możliwość skorzystania z systemu (...) [programowego - przyp. wł.] oddziaływania. W systemie programowego oddziaływania odbywają karę skazani młodociani, a także skazani dorośli, którzy po przedstawieniu im projektu programu oddziaływania wyrażają zgodę na współdziałanie w jego opracowaniu i wykonaniu (art. 95 § 1 k.k.w.). W programie tym, opracowywanym dla każdego skazanego oddzielnie, ustala się m.in. rodzaje zatrudnienia i nauczania, sposoby wykorzystania czasu wolnego, inne formy reedukacyjne. Z uwagi na zasadę dobrowolności udziału, omawiany system stanowi istotną innowację umożliwiającą włączenie skazanego uzależnionego od środków odurzających w proces własnej resocjalizacji. Obligatoryjnie system (...) [programowego - przyp. wł.] oddziaływania stosowany jest w przypadkach młodocianych sprawców”;

- „przepisy kodeksu karnego wykonawczego statuuje w istocie zasadę <dobrowolnego przymusu>, ponieważ niewyrażenie zgody przez skazanego na poddanie się leczeniu lub rehabilitacji obwarowane jest groźbą zastosowania terapii wbrew jego woli. Wynika też z nich wyraźnie prawo do ochrony jednostki wbrew jej woli, w sytuacji, w której w związku z zaawansowaniem uzależnienia nie jest ona zdolna do podjęcia decyzji o leczeniu bądź też nie chce się leczyć” (A. Muszyńska, *Obowiązujący model postępowania z osobami uzależnionymi*, (w:) *Postępowanie z wybranymi grupami skazanych w polskim systemie penitencjarnym. Aspekty prawne*, pod red. A. Kwiecińskiego, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1530624294128_405827592).

Racjonalne uzasadnienie dla podstaw prawnych stosowania przymusu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych przebywających w jednostkach penitencjarnych zdają się odnajdywać T. Dukiet-Nagurska oraz A. Kwieciński.

T. Dukiet-Nagurska, krytycznie odnosząc się do poglądu M. Boratyńskiej i P. Konieczniaka, że <„kara pozbawienia wolności ogranicza człowieka w zakresie wolności osobistej (poruszania się) i zasadniczo nie powinna odejmować jednostce możliwości autonomicznego dysponowania własnym zdrowiem” (M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 315 - przyp. Autora)>, stwierdziła, że „nie sposób istoty kary pozbawienia wolności sprowadzać do ograniczenia poruszania się. Wykonywanie jakiegokolwiek prawomocnie wymierzonej kary prowadzi do ograniczenia autonomii człowieka. **Pobyt w zakładzie karnym służy realizacji celów, jakie stawiane są karze pozbawienia wolności (określa je art. 67 k.k.w.), zaś cele te nie mogą być osiągnięte wówczas, gdy więzień znajduje się w stanie zagrożenia życia, czy też jest uzależniony od alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych (podkr. wł.). [...]**

Krótko mówiąc: **uzasadnienie dla ograniczenia prawa do samostanowienia osób prawomocnie skazanych na bezwzględną karę pozbawienia wolności stanowią cele tej kary, a w niektórych sytuacjach także wzgląd na dobro innych więźniów (ochrona przed chorobami zakaźnymi i zakażeniami)** [T. Dukiet - Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, <http://nowylex>].

Z kolei A. Kwieciński na wstępie zauważył, iż: „**[z]asada poszanowania autonomii woli pacjenta nie ma (...) charakteru absolutnego** (podkr. wł.). Wołą ustawodawcy doznaje ona szeregu ograniczeń, w ramach których dopuszczalne jest udzielanie świadczeń zdrowotnych nie tylko przy braku zgody osoby zainteresowanej, ale niejednokrotnie nawet mimo jej wyraźnego sprzeciwu. Przypadki takie w doktrynie prawa medycznego określa się mianem <przymusu leczniczego bądź terapeutycznego>, a w odniesieniu do postępowania

diagnostycznego <przymusem badań>. Uzasadnieniem jego zastosowania są różne względy. Poza sytuacją, kiedy wymaga tego dobro pacjenta, który nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody ze względu na swój wiek bądź stan psychiczny, wskazuje się najczęściej konieczność zabezpieczenia przed określonymi patologiami społecznymi, ochronę zdrowia publicznego. **Bardzo istotnym elementem racjonalizującym wprowadzenie wyjątków od zasady uzyskiwania zgody na działania ingerujące w wolność rozporządzania swoim zdrowiem jest interes wymiaru sprawiedliwości i wzgląd na bezpieczeństwo społeczeństwa (podkr. wł.)**”, oraz że „**[o]graniczenie wolności w dysponowaniu własnym zdrowiem może nastąpić jedynie na zasadach i w trybie określonym w ustawie (podkr. wł.)**”. W piśmiennictwie (M. Śliwka, *Prawa pacjenta*, s 155 i n. - przyp. Autora) spośród aktów prawnych tej rangi, które dopuszczają w określonych warunkach legalne przełamanie sprzeciwu pacjenta celem wdrożenia procedur diagnostycznych lub leczniczych, wymienia się najczęściej ustawę o ochronie zdrowia psychicznego (ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 882, ze zm., dalej: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego - przyp. wł.), ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 151, dalej: ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi - przyp. wł.)”, po czym, odnosząc się do przepisów Kodeksu karnego wykonawczego, które dotyczą ograniczenia autonomii skazanego w kwestiach zdrowotnych i są powiązane z systemem terapeutycznym, stwierdził, że spośród tych regulacji „**kluczowe znaczenie należałoby przypisać art. 117 KKW. To na bazie tego przepisu sąd penitencjarny może zdecydować o wdrożeniu przymusowego leczenia dla skazanych uzależnionych i z zaburzeniami preferencji seksualnych (art. 117 KKW) [podkr. wł.]**”. Nie mniej istotny w tym aspekcie wydaje się art. 83 KKW, umożliwiający sędziemu penitencjarnemu zarządzenie badań psychologicznych i psychiatrycznych wbrew

woli skazanego (art. 83 KKW). Na tle tych obciążeń sprawą mniejszej rangi dla podjętej tematyki wydają się wpisane w KKW badania na obecność substancji niedozwolonych w organizmie, którym może zostać poddany skazany (art. 116b KKW) oraz pominięcie woli skazanego w kwestii umieszczenia w systemie terapeutycznym (art. 96 § 1 KKW).

Warto przy tym pamiętać, że stosowanie przymusu leczenia (badań) w przypadku osadzonych w jednostkach penitencjarnych rodzi sytuację podwójnie dla nich trudną i przez to jeszcze bardziej delikatną niż dla ludzi wolnych. Na mocy orzeczenia sądu osoby te zostały bowiem pozbawione wolności, co w praktyce oznacza dla nich niemal całkowitą podległość władztwu administracji więziennej w najważniejszych aspektach swojego życia, a dodatkowo, na mocy wymienionych wyżej przepisów, mają perspektywę utraty kontroli do decydowania o swoim zdrowiu i życiu, czyli w sferze odbieranej jako jedna z najbardziej intymnych dla człowieka. Warto dodać, że ograniczenia te dotyczą także innych aspektów postępowania leczniczego. Skazanemu przebywającemu w zakładzie karnym nie przysługuje np. prawo do swobodnego wyboru lekarza, pielęgniarki, dentysty, świadczeniodawcy w ambulatorium (art. 115 § 1a KKW). Podobnie zresztą samo miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (ambulatorium, szpital) czy prowadzenia oddziaływań terapeutycznych (oddział terapeutyczny) jest wyznaczone przez administrację penitencjarną, a reguły tam panujące (reżim więzienny) są pochodną funkcjonowania tych placówek w obrębie systemu penitencjarnego. Skazany tylko w ramach wąsko zakreślonych przypadków może liczyć na leczenie przez wybranego przez siebie lekarza i w innym podmiocie leczniczym niż przeznaczony dla osób pozbawionych wolności (art. 115 § 4–6 KKW).

Ustawodawca, decydując się na wprowadzenie do systemu penitencjarnego przymusu leczniczego i badań, musiał wkomponować w strukturę statusu prawnego skazanego odpowiednie obowiązki, które będą stanowić podstawę ewentualnego uszczuplenia praw i wolności osób odbywających karę pozbawienia

wolności w sferze decydowania o własnym zdrowiu. W ten sposób stworzono także warunki do egzekwowania względem skazanego poddania się temu przymusowi. Kodeks karny wykonawczy nie przewiduje możliwości stosowania w tych przypadkach środków przymusu bezpośredniego, tak jak to czyni np. ZdrPsychU (ustawa o ochronie zdrowia psychicznego - przyp. wł.). Jediną formą zabezpieczenia realizacji tych świadczeń (badań, poddania się terapii, leczenia) pozostaje odpowiedzialność dyscyplinarna (art. 142 KKW). [...]

Interesującą koncepcję uzasadniającą ograniczenie autonomii pacjenta na gruncie prawa karnego wykonawczego przedstawiła *M. Gałązka* (*M. Gałązka, Zasada autonomii pacjenta*, s. 152 i n. oraz cytowana tam literatura - przyp. Autora). Autorka, powołując się m.in. na doświadczenia francuskie i standardy międzynarodowe, przyjmuje, że wszelkie ograniczenia praw skazanego-pacjenta do samostanowienia powinny bazować na zasadach tożsamyh z tymi, które obowiązują wszystkich członków społeczeństwa. Jednocześnie dopuszcza ich limitację w sytuacji, kiedy wykonywanie prawa do samostanowienia może godzić w istotne interesy innych ludzi albo gdy specyfika warunków odbywania kary pozbawienia wolności znacząco zmniejsza skazanemu możliwość wyrażenia świadomej opinii na ten temat. **Ten ostatni przypadek odwołuje się do teorii wydzielenia specjalnej kategorii tzw. pacjentów szczególnie wrażliwych, którzy z uwagi na swój stan lub okoliczności nie są zdolni do podjęcia decyzji odnośnie do interwencji (oddziaływań) w swoje zdrowie** (podkr. wł.). Obok małoletnich, osób z zaburzeniami psychicznymi, nieprzytomnych wymienia się tu także więźniów. Dla ochrony ich interesów zakazuje się im udziału w pewnych interwencjach, które nie przynoszą im bezpośredniej korzyści, ewentualnie limituje lub uzależnia od zgody innych organów przeprowadzenie określonych zabiegów bądź oddziaływań wobec nich” (*A. Kwieciński, Przymus badań i przymus leczenia w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności*, [w:] *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, [http://legalis/misc.do?link=EPUB\[BOOK.260181851\]](http://legalis/misc.do?link=EPUB[BOOK.260181851])).

A. Kwieciński odnotował, iż „w obszarze związanym ze zdrowiem pozycja odbywającego karę pozbawienia wolności jawi się niejednokrotnie jako dużo gorsza od statusu osoby przebywającej na wolności. Przepisy KKW, w stopniu szerszym niż czynią to choćby wymienione na wstępie art. 116 § 1 pkt 3 KKW ustawy zdrowotne i dotyczące walki z uzależnieniami, decydują o ograniczeniach w swobodnym rozporządzaniu przez skazanego swoim zdrowiem. Dobrym przykładem na to jest zestawienie zasad postępowania z osobami uzależnionymi przyjętych przez NarkU (ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1030, dalej: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii - przyp. wł.) i odpowiednich regulacji KKW traktujących o tej problematyce. Warto dodać, że **przepisy Kodeksu nie wiążą zastosowania np. mechanizmu przymusowego leczenia odwykowego (art. 117 KKW) czy umieszczenia w oddziale terapeutycznym skazanego uzależnionego (art. 96 § 1 KKW) z faktem popełnienia przez niego przestępstwa w związku z uzależnieniem lub nawet tylko pod wpływem (działaniem) środka odurzającego (podkr. wł.)**” oraz że „obowiązki skazanego zapisane w KKW wykraczają poza te, które wynikają z wymienionych na jego wstępie ustaw. W wielu przypadkach obowiązująca w nich zasada dobrowolności oddziaływań (świadczeń) zdrowotnych (przewidująca nieliczne, wąsko zakreślone wyjątki) została zastąpiona w KKW przez regułę tzw. dobrowolnego przymusu leczenia, rehabilitacji czy też badań. Same kryteria zastosowania np. przymusu leczenia odwykowego w KKW nie odnoszą się jednak w żadnym stopniu do okoliczności, które są w NarkU i AlkU (ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 487 ze zm., dalej: ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi - przyp. wł.) podstawą odstępstw od zasady poszanowania autonomii woli leczonego odwykowo pacjenta. Ponadto są skonstruowane w ten sposób, że stały się właściwie automatycznym egzekutorem woli ustawodawcy, aby wszyscy skazani, co do których stwierdzono potrzebę objęcia ich leczeniem,

rehabilitacją czy też odpowiednimi badaniami, zostali im poddani, jeśli nie dobrowolnie, to pod przymusem.

Wskazanie źródeł takiego skrajnie paternalistycznego podejścia wobec skazanych nie jest proste. **Oczywiste wydaje się, że więziennictwo musiało wziąć na swoje barki zobowiązania w zakresie ochrony zdrowia skazanych odpowiadające tym, które ciążyą na różnych organach państwa w czasie, kiedy jego obywatel przebywa na wolności** (podkr. wł.). Dotyczy to jednakowo zdrowia psychicznego i fizycznego, działalności w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i chorobom zakaźnym. Wszystko to należy do zadań organów państwa (art. 1 ust. 1 AlkU, art. 5 ust. 1 NarkU, art. 1 ust. 1 ZdrPsychU, art. 1 pkt 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi), których więziennictwo jest częścią składową. W sytuacji, kiedy obywatel tegoż państwa trafia do zakładu karnego, naturalne jest, że SW przejmuje jego zadania także w tym zakresie. W niektórych wskazanych wyżej ustawach zasada kontynuacji zadań państwa przez jednostki organizacyjne SW w okresie odbywania kary pozbawienia wolności przez skazanego wynika wprost z ich treści (art. 5 ust. 2 pkt 6 NarkU), z innych można ją łatwo odkodować (art. 4 ust. 2 pkt 1 ZdrPsychU czy też art. 38 AlkU). [...]

Nadal jednak brak jest odpowiedzi na pytanie, dlaczego ten paternalistyczny model postępowania w zakresie leczenia, diagnostyki i rehabilitacji w tak szerokim wymiarze został wprowadzony do systemu penitencjarnego. **Wydaje się, że należy jej poszukiwać na kilku płaszczyznach** (podkr. wł.). Zastrzec równocześnie trzeba, iż nie ma podstaw, aby stwierdzić, które z poniżej zaprezentowanych argumentacji legły u podstaw decyzji ustawodawcy o jego wprowadzeniu do prawa karnego wykonawczego.

Pierwszym prawdopodobnym powodem przyjętych w tym zakresie rozwiązań wydają się względy kryminologiczne (podkr. wł.). Doświadczenia poprzednich lat pokazują, iż wskazanie na zaburzenia psychiczne, zwłaszcza na zaburzenia preferencji seksualnych, ale też uzależnienia, jako na istotne czynniki

etiologiczne w genezie przestępczości wyzwała automatycznie u prawodawcy chęć przykładowej <korekcji> tych czynników, jeśli nie dobrowolnie, to nawet za cenę limitacji zasady swobody decydowania skazanego co do rozporządzania swoim zdrowiem. (...)

Drugim argumentem, który może być istotnie brany pod uwagę, są spoczywające na administracji penitencjarnej obowiązki w zakresie zachowania zdrowia skazanego w czasie odbywanej kary (art. 102 pkt 1 KKW) oraz zapewnienia mu bezpieczeństwa osobistego (art. 108 § 1 KKW) [podkr. wł.]. Jeśli przyjmiemy, że wraz z osadzeniem skazanego w zakładzie karnym w rękach funkcjonariuszy i pracowników więziennictwa złożona zostaje odpowiedzialność za jego zdrowie i bezpieczeństwo, to sprawiedliwie byłoby wyposażyć ich w instrumenty, które pozwolą skutecznie zapobiegać sytuacjom, kiedy te dwa dobra mogą być zagrożone. Może to stanowić wystarczające usprawiedliwienie do podejmowania badań, terapii czy też zabiegów medycznych w sytuacji, kiedy symptomy zdrowotne wskazują, że niepodjęcie tych działań może w perspektywie stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia skazanego (w razie pogorszenia stanu zdrowia, podjęcia aktów automutylacyjnych czy też prób samobójczych) lub innych osób (w przypadku, kiedy stan zdrowia skazanego może stać się źródłem agresji skierowanej w stronę współosadzonych czy też personelu więziennego). **W tej wersji owo paternalistyczne podejście w kwestiach zdrowotnych jest usprawiedliwione jedynie z uwagi na potrzebę ochrony zagrożonego życia i zdrowia ludzkiego** (podkr. wł.).

W tych rozważaniach nie sposób pominąć także najbardziej przyziemnego (praktycznego) uzasadnienia. Prawdopodobne wydaje się założenie, że dla ustawodawcy chęć zapewnienia sprawnego toku postępowania wykonawczego i realizacja celów wykonywania kary pozbawienia wolności mogła być wartością nadrzędną nad respektowaniem zasady samostanowienia skazanego w kwestiach zdrowotnych (na cele kary, jako uzasadnienie dla ograniczenia prawa do samostanowienia w kwestiach zdrowotnych osób prawomocnie skazanych, zwraca

uwagę także T. Dukiet-Nagórska; por. też, *Autonomia pacjenta*, s. 112 - przyp. Autora). Można przypuszczać, że jeśli na skazanych nie nałożono by obowiązków związanych z poddaniem się badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji (z których część dodatkowo zabezpieczona jest możliwością ich realizacji bez zgody osadzonego), to szereg dalszych działań administracji, uzależnionych od nich (klasyfikacja, stosowanie środków oddziaływania penitencjarnego), zostałby utrudniony lub nawet trwale sparaliżowany (podkr. wł.).

W doktrynie przyjęto, iż z obowiązkiem skodyfikowanym w art. 116 § 1 pkt 3 KKW ściśle powiązana jest konieczność zawiadamiania przełożonych o chorobie własnej oraz o zauważonych objawach chorobowych u innego skazanego (art. 116 § 1 pkt 2a KKW). Przepis ten nie występował w pierwotnej wersji Kodeksu, pojawił się w nim w wyniku nowelizacji z 24.7.2003 r. (ustawa z 24.7.2003 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. Nr 142, poz. 1380 - przyp. Autora). Nie wzbudził on ani w literaturze, ani w orzecznictwie szerszego zainteresowania, co może budzić pewne zdziwienie. Dotyka on bowiem istotnego problemu. Z jednej strony, odpowiedzialności administracji penitencjarnej (a w rezultacie państwa) za stan zdrowia osadzonego, a z drugiej, podnosi do rangi obowiązku kwestię współodpowiedzialności osadzonego za swoje życie i zdrowie. (...)

Prawidłowa realizacja obowiązku zapisanego w art. 116 § 1 pkt 2a KKW będzie miała także znaczenie dla sprawnego funkcjonowania systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności (podkr. wł.). Zgłoszenie symptomów zaburzeń zdrowia przez samych skazanych może stanowić pierwsze i zarazem bardzo cenne źródło informacji, zważywszy, że personel więzienny w praktyce nie jest w stanie kontrolować w sposób ciągły stanu zdrowia wszystkich osadzonych. Pozwoli to na szybsze wyodrębnienie z populacji więziennej skazanych z takimi objawami i w razie potrzeby wdrożenie wobec nich specjalistycznych badań psychologicznych i psychiatrycznych. W konsekwencji

można się spodziewać, że czas, jaki upłynie do objęcia skazanego specjalistycznymi oddziaływaniami w ramach systemu terapeutycznego, ulegnie skróceniu. W obrębie samych oddziałów terapeutycznych przepis ten będzie miał jednak ograniczone zastosowanie, w związku z nasyceniem ich kadrą specjalistyczną, która ma stały nadzór nad stanem zdrowia umieszczonych tam osób” (*ibidem*).

W dalszej części swoich rozważań A. Kwieciński podniósł, iż „[n]ie ulega wątpliwości, że pośród regulacji KKW, które wkraczają w sferę autonomii rozporządzania skazanego swoim zdrowiem, przepis art. 117 KKW stanowi najjaskrawszy przejaw tej limitacji powodowany interesem wymiaru sprawiedliwości. (...)

Analizując art. 117 KKW, nie można jednak stracić z pola widzenia jego zasadniczego przesłania. Zawarty w tym przepisie priorytet dla oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych za zgodą skazanego powinien stanowić jednoznaczną wskazówkę przy interpretacji tego przepisu nie tylko dla teoretyków, ale musi on pozostawać wiodącym przesłaniem w codziennej pracy personelu więziennego podczas aplikacji oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych skazanym na karę pozbawienia wolności. **Zawarta jest w nim bowiem dyrektywa *ultima ratio* stosowania tych środków z pominięciem woli samego zainteresowanego** (podkr. wł.).

Rodzi ona po stronie administracji penitencjarnej szczególne obowiązki. Funkcjonariusze i pracownicy zakładów karnych powinni dołożyć wszelkich starań, z wykorzystaniem przewidzianych prawem możliwości, aby pozyskać skazanego do współpracy w polepszeniu jego kondycji psychofizycznej. Duża w tym rola psychologów i terapeutów, także spoza oddziałów specjalistycznych. Z racji fachowego przygotowania zawodowego to na nich spoczywa ciężar zaznajomienia skazanego z jego aktualną sytuacją zdrowotną, deficytami w tym zakresie oraz możliwością ich korekty.

Świadoma i swobodna zgoda na świadczenie zdrowotne wymaga, aby beneficjent tego świadczenia przed jego wykonaniem uzyskał odpowiednią informację o przedmiocie zgody, co należy do naczelných praw pacjenta. Prawa takiego osadzonego nie traci w związku ze skazaniem i pobytem w jednostce penitencjarnej. Taki skazany-pacjent również musi wiedzieć o stanie swojego zdrowia i rozpoznaniu oraz o proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, a także o ich konsekwencjach i ewentualnym ryzyku. Poinformowanie pacjenta o celu i naturze interwencji w jego organizm musi odbyć się w sposób przystępny i być dostosowane do jego percepcji. Bez tego wymagana przepisem art. 117 KKW zgoda jest wadliwa. **Co więcej, wydaje się, że taka informacja powinna być przekazana pacjentowi, nawet jeśli ten deklaruje, iż nie zamierza poddać się proponowanym zabiegom. Dopiero bowiem to pozwoli mu na zdobycie pełni rozeznania w swojej sytuacji zdrowotnej i świadome, bo oparte na wiedzy przekazanej przez profesjonalistów, zajęcie stanowiska co do dalszego leczenia i rehabilitacji (podkr. wł.).** W kontekście art. 117 KKW nie bez znaczenia pozostaje zawarta w tym przepisie ewentualność zastosowania wspomnianých oddziaływań specjalistycznych także bez zgody samego zainteresowanego. **Można zakładać, że informacje o stanie zdrowia i potrzebie leczenia przekazywane wcześniej skazanemu będą także podstawą decyzji sądu penitencjarnego podejmowanej w tym trybie (podkr. wł.). [...]**

Wyniki badań osoboznawczych, zwłaszcza psychiatrycznych i psychologicznych, stanowią podstawę diagnozy, na bazie której formułowane są propozycje dalszych oddziaływań specjalistycznych. W przypadku skazanych skierowanych do systemu terapeutycznego zostają one zawarte w treści indywidualnych programów terapeutycznych. Warto jednak pamiętać, że procedura wdrożenia leczenia i rehabilitacji, zawarta w art. 117 KKW, nie jest formalnie zależna od przypisania skazanego do systemu terapeutycznego,

podobnie zresztą jak poddanie badaniom w trybie art. 83 KKW. Taka konstrukcja pozwala na zbadanie każdego skazanego, niezależnie od systemu, w którym odbywa on karę, ukazanie mu całości obrazu dotyczącego stanu zdrowia, potrzeb w tym zakresie i istniejących możliwości ich poprawy” (*ibidem*).

Biorąc pod uwagę powołane wyżej poglądy doktryny, należy dojść do wniosku, iż kontrola zgodności art. 117 k.k.w., w zaskarżonych zakresach, z powołanymi w *petitum* skargi konstytucyjnej wzorcami konstytucyjnymi powinna być dokonywana z uwzględnieniem treści:

- innych przepisów Kodeksu karnego wykonawczego, w tym w szczególności: art. 18 - 24, zawierających zasady postępowania sądu w sprawach dotyczących wykonywania orzeczeń, art. 79a § 1 k.k.w., który zobowiązuje skazanego, aby przy przyjmowaniu do zakładu karnego podawał dane, między innymi, o stanie swojego zdrowia, art. 82 k.k.w., który wskazuje cele i zasady klasyfikacji skazanych, art. 83 k.k.w., który określa zasady przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych skazanych, art. 96 k.k.w., charakteryzującego skazanych, którzy z mocy prawa odbywają karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, art. 97 k.k.w., który określa szczególne cele systemu terapeutycznego, art. 115 k.k.w., który ogranicza zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych skazanym, i art. 116 § 1 pkt 2a k.k.w., który nakłada na skazanego obowiązek niezwłocznego zawiadomienia przełożonego o chorobie własnej oraz o zauważonych objawach chorobowych u innego skazanego;

- art. 38 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, który statuuje obowiązek prowadzenia w zakładach karnych i aresztach śledczych leczenia odwykowego i rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu osadzonych w tych jednostkach oraz działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych;

- przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary

pozbawienia wolności (Dz. U. z 2016 r., poz. 2231, dalej: rozporządzenie MS w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności);

- przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania (Dz. U. z 2016 r., poz. 2290, dalej: rozporządzenie MS w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania);

- przepisów rozporządzenia MS z dnia 14 marca 2000 r.;

- przepisów rozporządzenia MS z dnia 14 sierpnia 2003 r.

Niezależnie od tego trzeba pamiętać o regulacjach zawartych w rozdziale 4 zarządzenia nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresu czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych (www.bip.sw.gov.pl/Strony/AktyPrawne.aspx) [dalej: zarządzenie], zatytułowanym „Prowadzenie oddziaływań terapeutycznych” (§ 71 - 85). Przepisy tego aktu prawnego zawierają szereg wytycznych, jakimi powinni kierować się funkcjonariusze i pracownicy działów terapeutycznych prowadzący oddziaływania terapeutyczne.

Uwzględniając wszystkie wskazane wyżej uregulowania, należy, przede wszystkim, dojść do wniosku, iż wydanie przez sąd penitencjarny na podstawie art. 117 k.k.w. orzeczenia o objęciu skazanego przymusowym leczeniem lub rehabilitacją poprzedza długotrwały i skomplikowany proces. Priorytetem jest jednak podejmowanie oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych **za zgodą skazanego**.

Nie tylko *per se* w art. 117 k.k.w. (*vide* - uwagi A. Kwiecińskiego), ale też w innych, wymienionych wyżej uregulowaniach stanowiących otoczenie normatywne tego przepisu (o czym szerzej poniżej) **zawarta jest bowiem**

dyrektywa *ultima ratio* stosowania oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych z pominięciem woli samego zainteresowanego.

Wszak nie można nie zauważyć, że ustawodawca, a w konsekwencji także Minister Sprawiedliwości oraz Dyrektor Generalny Służby Więziennej, kładą nacisk na, w pierwszej kolejności, przekonanie skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, **do dobrowolnego poddania się** odpowiedniemu specjalistycznemu leczeniu (terapii) w warunkach zakładu karnego.

Jest to widoczne począwszy od momentu przyjęcia skazanego do zakładu karnego celem wykonania kary pozbawienia wolności i polega na uświadomieniu skazanemu, że, po pierwsze, jest uzależniony od alkoholu a, po drugie, wymaga w związku z tym uzależnieniem oddziaływań specjalistycznych (leczenia i rehabilitacji).

Skazanego stawiającego się (dobrowolnie bądź pod przymusem) do odbycia kary pozbawienia wolności najpierw przyjmuje się do aresztu śledczego - do celi przejściowej na okres niezbędny, nie dłużej jednak niż na 14 dni, natomiast przeniesienie skazanego do właściwego zakładu karnego następuje dopiero po decyzji klasyfikacyjnej komisji penitencjarnej (art. 79 § 3, art. 79a, art. 79b k.k.w.).

Już w celi przejściowej skazanego poddaje się wstępnym badaniom lekarskim, zabiegom sanitarnym i wstępnym badaniom osobopoznawczym, zaś wychowawca lub wyznaczony funkcjonariusz zapoznaje skazanego, w szczególności, z jego prawami i obowiązkami oraz ustalonym w areszcie śledczym (zakładzie karnym) porządkiem wewnętrznym (czynność ta jest nazywana rozmową informacyjną). Nie później niż w ciągu dwóch dni od dnia przyjęcia do aresztu śledczego (**niezależnie od rozmowy informacyjnej**) wychowawca przeprowadza ze skazanym **rozmowę wstępną**, która ma na celu ustalenie niezbędnych informacji, zapewniających prawidłowe wykonywanie kary pozbawienia wolności (art. 79b k.k.w. oraz § 8 i § 9 rozporządzenia MS w sprawie regulaminu organizacyjno - porządkowego wykonywania kary pozbawienia

wolności oraz § 9 rozporządzenia MS w sprawie regulaminu organizacyjno - porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania).

Rozmowę wstępną wychowawca przeprowadza po zapoznaniu się z dostępnymi informacjami zawartymi w systemie informatycznym, a w uzasadnionych przypadkach - w aktach ewidencyjnych. **Ustalenia z rozmowy wstępnej uzupełnia się, weryfikuje i analizuje** w toku dalszej pracy z osadzonym. W przypadku stwierdzenia, że sąd nie nadesłał informacji dotyczących osoby skazanego, a zwłaszcza opinii sądowo - psychiatrycznej, sądowo - psychologicznej lub sądowo - seksuologicznej, „co do których istnieje uzasadnione przypuszczenie, że zostały sporządzone w trakcie postępowania karnego, dział penitencjarny, dział terapeutyczny albo ośrodek diagnostyczny podejmuje działania niezbędne do ich uzyskania” (§ 39 zarządzenia).

Trzeba dodać, że w postępowaniu karnym sąd lub prokurator mogą zarządzić w stosunku do oskarżonego (podejrzanego) przeprowadzenie wywiadu środowiskowego przez kuratora sądowego (lub inny uprawniony podmiot), przy czym **przeprowadzenie takiego wywiadu jest obowiązkowe w sprawach o zbrodnie oraz w stosunku do oskarżonego (podejrzanego), który w chwili czynu nie ukończył 21 roku życia, jeżeli zarzucono mu popełnienie umyślnego występku przeciwko życiu**, zaś wynik wywiadu powinien zawierać (w szczególności) informacje dotyczące stanu zdrowia oskarżonego (podejrzanego), a także informacje co do ewentualnego nadużywania przez niego alkoholu, środków odurzających, środków zastępczych lub substancji psychotropowych (art. 214 § 1, § 2 i § 4 pkt 4 k.p.k.).

W postępowaniu karnym można też, w razie potrzeby, zarządzić badanie oskarżonego (podejrzanego) przez biegłych psychologów lub lekarzy, przy czym oskarżony jest zobowiązany im się poddać (jeżeli oskarżony [podejrzany] nie podda się badaniom dobrowolnie, można go zatrzymać i przymusowo doprowadzić, jak również, w zakresie niezbędnym do wykonania badania,

stosować wobec oskarżonego [podejrzanego] siłę fizyczną lub środki techniczne służące obezwładnieniu) [art. 215 k.p.k. w związku z art. 74 § 2 pkt 2 i § 3a k.p.k.].

Skazani na karę pozbawienia wolności podlegają klasyfikacji, której celem jest, między innymi, zapewnienie im wyboru właściwego systemu wykonywania tej kary (programowego oddziaływania, terapeutycznego albo zwykłego). Klasyfikacji skazanych dokonuje się, mając na względzie, w szczególności, stan zdrowia fizycznego i psychicznego, w tym stopień uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, przy czym podstawę klasyfikacji stanowią, w szczególności, badania osobopoznawcze [art. 81 oraz art. 82 § 1, § 2 pkt 6 i § 3 k.k.w.].

Przed sporządzeniem wniosku o zakwalifikowanie skazanego uzależnionego od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych do odbywania kary w systemie terapeutycznym sporządza się o tymże skazanym opinię psychologiczną, przy czym **przed sporządzeniem takiej opinii** psycholog, na podstawie dostępnej dokumentacji, zapoznaje się, w szczególności, **z lekarską diagnozą uzależnienia skazanego**, natomiast w przypadku braku takiej diagnozy psycholog **kieruje skazanego na badania lekarskie celem potwierdzenia lub wykluczenia jego uzależnienia** (§ 12 rozporządzenia MS z dnia 14 sierpnia 2003 r. oraz § 76 ust. 1 i 2 zarządzenia).

Opinia psychologiczna o skazanym uzależnionym zawiera w szczególności:

- 1) ustalenie ilości i rodzaju używanych przez skazanego substancji psychoaktywnych, a także okoliczności i częstotliwości ich używania;
- 2) opis stosowanych przez skazanego wzorców i sposobów używania substancji psychoaktywnych;
- 3) ustalenia dotyczące okresów abstynencji skazanego oraz podejmowanych w przeszłości prób leczenia uzależnienia;
- 4) wyszczególnienie stwierdzonych zdrowotnych, społecznych i prawnych konsekwencji używania przez skazanego substancji psychoaktywnych;

- 5) wyszczególnienie i opis rozpoznanych u skazanego objawów uzależnienia;
- 6) charakterystykę motywacji skazanego do podjęcia terapii uzależnienia;
- 7) ustalenie, czy skazany wyraża zgodę na objęcie leczeniem i rehabilitacją w związku z uzależnieniem;
- 8) propozycję skierowania skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym lub poza oddziałem (§ 12 rozporządzenia MS z dnia 14 sierpnia 2003 r. oraz § 70 ust. 2 zarządzenia).

W razie braku zgody skazanego badanie psychologiczne może zarządzić sędzia penitencjarny (art. 83 § 1 k.k.w.).

Niezwłocznie po sporządzeniu opinii psychologicznej o skazanym uzależnionym, zawierającej wniosek psychologa o zakwalifikowanie skazanego uzależnionego od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych do odbywania kary w systemie terapeutycznym, skazanego kieruje się na posiedzenie komisji penitencjarnej, która kieruje następnie skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w tym systemie (jeżeli nie określił tego sąd w wyroku) [art. 76 § 1 pkt 2 k.k.w. oraz § 76 ust. 3 zarządzenia].

Karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym na oddziale terapeutycznym dla skazanych uzależnionych od alkoholu albo, na wyraźny wniosek psychologa, poza takim oddziałem odbywa również skazany uzależniony od alkoholu, który **jednocześnie wymaga oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej** (art. 96 § 1 k.k.w. oraz § 15 ust. 1 pkt 2, § 16 pkt 2, § 21 i § 22 rozporządzenia MS z dnia 14 sierpnia 2003 r.).

Do oddziału terapeutycznego dla osób uzależnionych, w pierwszej kolejności, przyjmuje się:

- 1) skazanych uzależnionych, wobec których sąd orzekł system terapeutyczny wykonania kary pozbawienia wolności lub umieszczenie w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne;

2) skazanych uzależnionych, którzy wymagają dokończenia rozpoczętej terapii, po przerwie w terapii, zaś pozostałe osoby - w kolejności zgłoszeń (§ 78 ust. 1 i 2 zarządzenia).

W przypadku, gdy skazany uzależniony nie wyraża zgody na objęcie go odpowiednim leczeniem i rehabilitacją, **stosuje się oddziaływania motywujące go do poddania się takiemu leczeniu i rehabilitacji**, a w razie ich nieskuteczności o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny (art. 117 k.k.w. oraz § 76 ust. 4 zarządzenia).

Programy oddziałów terapeutycznych zawierają, między innymi, metody i techniki oddziaływania oraz harmonogram realizacji i czas trwania programu, zaś **skazany zakwalifikowany do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym jest poddawany zindywidualizowanym oddziaływaniom według opracowanego indywidualnego programu terapeutycznego** (§ 19 pkt 2 i 3 oraz § 20 rozporządzenia MS z dnia 14 sierpnia 2003 r.).

Warto dodać, że na poziomie zarządzenia rozstrzygnięto problem skazanych uzależnionych, którzy **nie wykazują motywacji do uczestnictwa w terapii**, jak również problem skazanych uzależnionych, którzy **swój zachowaniem w poważnym stopniu zaburzają przebieg zajęć grupowych albo zagrażają innym uczestnikom terapii**.

Wskazano bowiem, że skazanych uzależnionych, którzy nie wykazują motywacji do uczestnictwa w terapii, po przyjęciu do oddziału obejmuje się intensywnymi oddziaływaniami motywującymi do zaangażowania się w proces terapii i do pogłębionej pracy własnej, prowadzonymi co najmniej przez 30 dni, zaś w przypadku braku efektów tych oddziaływań, po ich uprzednim szczegółowym udokumentowaniu, dopuszcza się wypisanie skazanego z oddziału terapeutycznego przed ukończeniem terapii, przy czym, jak podkreślono, brak współdziałania skazanego w opracowaniu lub wykonaniu indywidualnego programu terapeutycznego uwzględnia się w szczególności przy dokonywaniu

ocen okresowych postępów w resocjalizacji i opiniowaniu (§ 73 ust. 1 - 3 zarządzenia).

Podobne działania, jak dalej wskazano w zarządzeniu, można podejmować wobec skazanych uzależnionych, którzy swoim zachowaniem w poważnym stopniu zaburzają przebieg zajęć grupowych albo zagrażają innym uczestnikom terapii, jeżeli intensywne oddziaływania psychokorekcyjne okażą się nieskuteczne (§ 74 ust. 1 i 2 zarządzenia).

Od razu trzeba jednak zastrzec, że, podyktowana zachowaniem skazanego uzależnionego, rezygnacja z podjęcia bądź kontynuowania terapii i wypisanie takiego skazanego z oddziału terapeutycznego nie może mieć miejsca w przypadku skazanych uzależnionych od alkoholu, którzy **jednocześnie wymagają oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej**, gdyż dla tej grupy skazanych uzależnionych odbywających karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym oddziaływanie specjalistyczne jest „obligatoryjne” i **w żadnej sytuacji** (nawet wobec okazywanej niechęci samego skazanego) **odstąpić od przymusowego oddziaływania nie można.**

Jedynie na marginesie trzeba zwrócić uwagę, że niepodjęcie bądź przerwanie terapii skazanych uzależnionych **niewymagających oddziaływania specjalistycznego**, niezależnie od motywów takiego działania administracji zakładu karnego (w tym przypadku jak najbardziej uzasadnionych), wymaga, jak się wydaje, wprowadzenia regulującej to normy o randze ustawy.

Jako wzorce kontroli art. 117 k.k.w., we wszystkich trzech zaskarżonych zakresach, Skarżący wskazał (zbiorczo) art. 47 oraz art. 41 ust. 1 Konstytucji i, pozostające z nimi w relacji związkowej, przepisy art. 31 ust. 3 oraz art. 2 Konstytucji.

Przepis art. 47 Konstytucji proklamuje prawo do prywatności, które obejmuje prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, a także rodzinnego, do ochrony czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 4 listopada 2014 r., w sprawie o sygn. akt SK 55/13, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że „*[p]rywatność, rozumiana jako prawo <do życia własnym życiem, układanym według własnej woli z ograniczeniem do niezbędnego minimum wszelkiej ingerencji zewnętrznej>, odnosi się między innymi do życia osobistego (a więc także zdrowia jednostki) i bywa nazywana prawem do pozostawienia w spokoju. (...). Konstytucja, mówiąc o prawie do ochrony życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz decydowania o swoim życiu osobistym, ustanawia zakaz ingerencji państwa w życie prywatne jednostki, ale nakłada też na państwo obowiązki pozytywne.*

W wyroku z 11 października 2011 r., sygn. K 16/10, OTK ZU nr 8/A/2011, poz. 80, Trybunał Konstytucyjny przypominał, że ochrona prawa do prywatności i do decydowania o sobie samym nie ma charakteru absolutnego i może podlegać ograniczeniom, jeżeli przemawia za tym inna norma, zasada lub wartość konstytucyjna, a stopień tego ograniczenia pozostaje w odpowiedniej proporcji do rangi interesu, któremu ograniczenie ma służyć (...).

Ramy dopuszczalnych ograniczeń prawa do prywatności określa wyrażona w art. 31 ust. 3 Konstytucji zasada proporcjonalności. Przepis ten wyznacza także formalne warunki ewentualnej ingerencji ustawodawcy i jej maksymalny, dozwolony zasięg” (OTK ZU seria A nr 10/2014, poz. 111).

Zgodnie z art. 41 ust. 1 ustawy zasadniczej, „*[k]ażdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie”.*

W wyroku z dnia 26 marca 2013 r., w sprawie o sygn. akt K 11/12, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że „*[n]ietykalność osobista i wolność osobista należą do katalogu najbardziej fundamentalnych praw człowieka i są silnie powiązane z prawem do bezpieczeństwa osobistego, statuowanego w licznych aktach*

prawnomiędzynarodowych: Powszechnej deklaracji praw człowieka uchwalonej 10 grudnia 1948 r. przez Zgromadzenie Ogólne ONZ (art. 3), Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzonej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284, ze zm. - art. 5 ust. 1 zdanie pierwsze) oraz Międzynarodowym pakcie praw obywatelskich i politycznych, otwartym do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167 - art. 9 ust. 1 zdanie pierwsze). Nietykalność osobistą i wolność osobistą w kontekście prawa do bezpieczeństwa osobistego należy rozumieć jako wolność każdego od arbitralności organów władzy publicznej, chroniącą każdego od strachu przed własnym państwem (por. wyrok z 1 marca 2011 r., sygn. P 21/09, OTK ZU nr 2/A/2011, poz. 7, cz. III, pkt 4.2.2.5).

*W wyrokach w sprawach o sygn. U 5/07 i K 10/11 Trybunał stwierdził, że z art. 41 ust. 1 zdanie drugie Konstytucji wynika nakaz skierowany do ustawodawcy, aby pozbawienie lub ograniczenie wolności osobistej było regulowane tylko na zasadach i w trybie określonym w ustawie. **Do podstaw legalnej ingerencji w wolność osobistą, zgodnej z art. 41 ust. 1 zdanie drugie Konstytucji, należą wszystkie przesłanki bezpośrednio określające ingerencję w tę wolność, a w szczególności: określenie podmiotu, który podejmuje decyzję o ograniczeniu wolności osobistej, określenie osób, w stosunku do których decyzja o ograniczeniu wolności osobistej może być podejmowana, oraz zdefiniowanie istotnych cech tych osób, w tym ich statusu prawnego, ich zachowania, sytuacji, w której się znajdują** (podkr. wł.). Z kolei przez tryb ograniczania wolności osobistej, o którym mowa w art. 41 ust. 1 zdanie drugie Konstytucji, należy rozumieć regulowany ustawowo sposób postępowania (procedurę) podmiotu upoważnionego ustawowo do decydowania o ograniczaniu wolności osobistej” (OTK ZU seria A nr 3/2013, poz. 28).*

W wyroku z dnia 11 października 2011 r., w sprawie o sygn. akt K 16/10, Trybunał Konstytucyjny wskazał, że „art. 41 ust. 1 Konstytucji gwarantuje każdemu nietykalność osobistą i wolność osobistą, zastrzegając, że pozbawienie

lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym w ustawie. Odczytanie treści normatywnej tego przepisu należy rozpocząć od przybliżenia pojęcia wolności osobistej. Charakteryzuje się ją jako możliwość podejmowania przez jednostkę decyzji zgodnie z własną wolą, dokonywania swobodnego wyboru postępowania w życiu publicznym i prywatnym, nieograniczonego przez inne osoby (podkr. wł.). Wolność jednostki - w świetle obowiązujących standardów konstytucyjnych - postrzegana jest jako fundamentalna wartość społeczeństwa demokratycznego, przysługująca jednostce z natury, niepodważalna i niezbywalna, będąca źródłem rozwoju jej osobowości, pomyślności osobistej i postępu społecznego (...). Również SN podkreślił, odwołując się do art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167) oraz art. 8 Europejskiej konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284, ze zm.), że w demokratycznym państwie prawnym wolność jest chroniona w sposób szczególny, w tym także wolność życia prywatnego oraz autonomia dokonywanych wyborów, jako jedna z fundamentalnych zasad współczesnej doktryny praw człowieka, powierzona specjalnej opiece państwa także przez Konstytucję w art. 41 ust. 1 i art. 47 (...).

*Nietykalność osobistą w rozumieniu art. 41 ust. 1 Konstytucji określa się 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 integralność> (komentarz P. Sarneckiego do art. 41, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Tom III, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2003 - przyp. wł.). (...) nietykalność osobista ma wymiar cielesny i duchowy, ponieważ tożsamość istoty ludzkiej definiują łącznie ciało i psychika. Wartość ta wiązana jest z ideą godności człowieka, o której stanowi art. 30 Konstytucji.*

Analizowane pojęcia pozostają ze sobą w ścisłym związku, do istnienia którego Trybunał odnosił się już we wcześniejszych orzeczeniach, odróżniając

aspekt pozytywny i negatywny wolności jednostki. Ten pierwszy polega na swobodzie kształtowania swoich zachowań w dowolnej sferze - prawie wyboru takich form aktywności, które danej osobie najbardziej odpowiadają, oraz na swobodzie decyzji o niepodejmowaniu jakiegokolwiek działalności. Aspekt negatywny wolności jednostki polega na prawnym obowiązku powstrzymania się - przez kogokolwiek - od ingerencji w sferę dla niej zastrzeżoną. Obowiązek taki ciąży na państwie i na innych podmiotach. Przy takim rozumieniu wolności, pojęcie <wolności osobistej> pokrywa się z jej aspektem pozytywnym, chroniącym najszerszej ujmowaną możliwość realizacji woli człowieka i swobody wyboru sposobu postępowania. Natomiast nietykalność osobista stanowi jej aspekt negatywny, gwarantujący <wolność od> wkraczania w sferę integralności wewnętrznej i zewnętrznej każdego człowieka. W świetle zaprezentowanej wykładni art. 41 ust. 1 Konstytucji poszanowanie nietykalności osobistej jest gwarancją realizacji wolności osobistej. Mając to na uwadze, Trybunał doszedł do przekonania, że ustawodawca może ograniczyć wolność osobistą, pod warunkiem dochowania nie tylko wszystkich wymagań art. 31 ust. 3 Konstytucji, odnoszących się do ograniczania każdego prawa lub wolności konstytucyjnej, lecz ponadto - pod szczególnym warunkiem, wynikającym z art. 41 ust. 1 Konstytucji - respektowania nietykalności osobistej” (OTK ZU seria A nr 8/2011, poz. 80).

Jednocześnie w swoim orzecznictwie Trybunał Konstytucyjny podkreślał, że wolność osobista nie ma wymiaru absolutnego.

Pogląd ten Trybunał wyraził między innymi w wyroku z dnia 6 października 2009 r., w sprawie o sygn. akt SK 46/07, gdzie dodatkowo stwierdził, że „[j]ak słusznie zauważono w doktrynie prawa konstytucyjnego, <możliwość określania swego zachowania i postępowania istnieje jedynie w granicach powszechnie obowiązujących norm prawnych>. W tych granicach <jednostka nie potrzebuje już dalszych, szczegółowych upoważnień do działania i jest prawnie swobodna w wyborze swej drogi życiowej i codziennego postępowania, jak i zachowania się we wszelkich przejawach swego życia (prywatnego i publicznego)>

(komentarz P. Sarneckiego do art. 41, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Tom III, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2003 - przyp. wł.). *Stąd, zgodnie ze zdaniem drugim art. 41 ust. 1, pozbawienie lub ograniczenie wolności osobistej może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie*" (OTK ZU seria A nr 9/2009, poz. 132).

Pośród licznych wypowiedzi Trybunału Konstytucyjnego, odnoszących się do wzorca kontroli z art. 31 ust. 3 Konstytucji, za reprezentatywną uznać można tę, która została zawarta w uzasadnieniu wyroku z dnia 29 września 2008 r., w sprawie o sygn. akt SK 52/05, gdzie Trybunał stwierdził, że „[z]awarta w art. 31 ust. 3 Konstytucji zasada proporcjonalności w aspekcie formalnym wymaga, aby ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw wprowadzane były w formie ustawy, co wyklucza wprowadzanie ich w aktach niższej rangi. Zasada ta w aspekcie materialnym dopuszcza ustanawianie tylko takich ograniczeń, które nie naruszają istoty danej wolności lub prawa podmiotowego, i tylko wtedy, gdy istnieje konieczność ich wprowadzenia w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia, moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Zakres wprowadzanych ograniczeń powinien być proporcjonalny, tzn. konieczny dla realizacji określonego celu (...). W związku z tym wprowadza się trzy kryteria: przydatności, konieczności i proporcjonalności przyjmowanych ograniczeń (...). Ingerencja taka jest zatem dopuszczalna, jeżeli jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków, jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest powiązana, a jej efekty pozostają w odpowiedniej proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela” (OTK ZU seria A nr 7/2008, poz. 125).

Podsumowując wywody zawarte w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. akt SK 52/05, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że ograniczenia wolności i praw jednostki ze względu na ochronę wartości wyliczonych w art. 31 ust. 3 Konstytucji bądź wskazanych w szczegółowych przepisach ustawy zasadniczej

„muszą (...) czynić zadość zasadzie proporcjonalności. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny we wcześniejszym orzecznictwie <przesłanka «konieczności ograniczenia w demokratycznym państwie» z jednej strony stawia przed prawodawcą każdorazowo wymóg stwierdzenia rzeczywistej potrzeby dokonania ingerencji w danym stanie faktycznym, z drugiej zaś - winna być rozumiana jako wymóg stosowania środków prawnych skutecznych (rzeczywiście służących realizacji zamierzonych celów), ale tylko tych niezbędnych (chroniących określone wartości w sposób bądź w stopniu nieosiągalnym przy zastosowaniu innych środków). Owa niezbędność oznacza również nakaz stosowania środków jak najmniej uciążliwych dla podmiotów, których prawa lub wolności ulegną ograniczeniu, bo ingerencja w sferę statusu jednostki musi pozostawać w racjonalnej i odpowiedniej proporcji do celów, których ochrona uzasadnia dokonane ograniczenie (...). Wprowadzenie ograniczeń wymaga ponadto ich uzasadnienia, przede wszystkim wskazania innej wartości konstytucyjnej, dla której prawo zostało «poświęcone» lub ograniczone (...). Podsumowując, z naruszeniem kryterium «konieczności» zastosowania ograniczenia mamy do czynienia, gdy osiągnięcie danego celu było możliwe poprzez zastosowanie innego środka, nakładającego mniejsze ograniczenia na prawa i wolności jednostki, tymczasem sięgnięto po środek bardziej uciążliwy (...)» (op. cit.).

W wyroku z dnia 10 grudnia 2013 r., w sprawie o sygn. akt U 5/13, Sąd Konstytucyjny, formułując ponownie wymogi zasady proporcjonalności, przypomniał, że zasada ta „jest rozumiana przez Trybunał Konstytucyjny jako suma trzech zasad składowych: zasady przydatności, zasady konieczności oraz zasady proporcjonalności sensu stricto, tzn. zakazu nadmiernej ingerencji (por. wyrok z 11 kwietnia 2000 r., sygn. K. 15/98, OTK ZU nr 3/2000, poz. 86 i wiele innych). Zasada przydatności polega na przeprowadzeniu testu racjonalności instrumentalnej, tzn. ustaleniu, czy według dostępnego stanu wiedzy wprowadzona regulacja jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków. Zasada konieczności wymaga oceny, czy badane przepisy są niezbędne dla ochrony dóbr

wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji (pięciu dóbr ogólnospołecznych lub indywidualnych <wolności i praw innych osób>), a ponadto czy spośród środków skutecznie chroniących te wartości zostały wybrane środki najmniej uciążliwe. Zasada proporcjonalności sensu stricto wymaga zaś ustalenia, czy efekty zaskarżonej regulacji pozostają w odpowiedniej proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela” (OTK ZU seria A nr 9/2013, poz. 136).

Jako związkowy w odniesieniu do art. 47 i art. 41 ust. 1 Konstytucji wzorzec kontroli zaskarżonych norm (obok art. 31 ust. 3 Konstytucji) Skarżący wymienił art. 2 Konstytucji.

Skarżący, uzasadniając zarzut niezgodności art. 117 k.k.w. z art. 2 Konstytucji przez to, że przepis ten nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane bez zgody skazanego, stwierdził, że „[b]rak określenia zakresu oddziaływań, jakim może zostać poddany skazany w związku ze stosowaniem art. 117 k.k.w., stanowi również **naruszenie zasady określoności prawa** (podkr. wł.) wyprowadzanej z art. 2 Konstytucji RP. **Obywatel powinien mieć możliwość ustalenia konsekwencji stosowania przepisów prawa. Zasada ta nazywana jest w doktrynie zasadą lojalności państwa wobec obywateli i powinna zapewniać czytelność i przejrzystość stanowionego (...) prawa** (podkr. wł.). Zakres ograniczeń wolności skazanego, jakim może być poddany skazany w związku z zastosowaniem wobec jego osoby leczenia lub rehabilitacji, jest natomiast nieokreślony ustawowo, przez co ustawodawca narusza wymogi dostatecznej określoności prawa” (uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 9 - 10).

Problem w tym, że nieokreśloność prawa to wada konstrukcyjna konkretnego przepisu polegająca na jego niejasności czy braku precyzji, która wynika z niezachowania przez ustawodawcę wymogów prawidłowej legislacji.

Tymczasem rzeczywistą intencją Skarżącego było, jak się wydaje, zakwestionowanie zaskarżonej normy z punktu widzenia, także wynikającej z art. 2 Konstytucji, ale innej zasady - **zasady ochrony zaufania obywateli do państwa**

i stanowionego przez nie prawa. Wszak sam Skarżący podniósł, że zasada wynikająca z art. 2 Konstytucji, z którą (w ujęciu związkowym z art. 47 i art. 41 ust. 1 Konstytucji) należy - według Skarżącego - skonfrontować art. 117 k.k.w. w zakresie, w jakim przepis ten nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, w doktrynie jest nazywana **zasadą lojalności państwa wobec obywateli.**

Otóż, jak wskazują W. Sokolewicz i M. Zubik, „[z]asada ochrony zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa coraz częściej bywa nazywana **zasadą lojalności państwa wobec obywateli** (podkr. wł.)”, przy czym przekonują, iż „[z]miana ta słusznie podkreśla, że chodzi w omawianej zasadzie o relacje między państwem i obywatelami postrzegane bardziej od strony państwa niż od strony stosunku obywateli do państwa” (komentarz W. Sokolewicza i M. Zubika do art. 2 Konstytucji, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom I. WSTĘP, ART. 1-29*, wydanie drugie uzupełnione, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2016, s. 127).

W kolejnym fragmencie komentarza do art. 2 Konstytucji W. Sokolewicz i M. Zubik podnoszą, że „[w] świetle orzecznictwa Trybunału, wynikająca z art. 2 konstytucji zasada ochrony zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa wiąże się z bezpieczeństwem prawnym. W świetle tej zasady adresaci norm prawnych mają prawo oczekiwać, że regulacja prawna nie zostanie zmieniona na ich niekorzyść w sposób arbitralny i zaskakujący.

Nie można jednak utożsamiać ochrony zaufania z niezmiennością prawa. Zasada ochrony zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa nie oznacza, by adresaci norm mogli oczekiwać, że prawne unormowania ich praw lub obowiązków nie ulegną kiedykolwiek zmianie, ani tego że ustawodawca nie wprowadzi zmian dla nich niekorzystnych, czyli takich, które zniosą lub ograniczą przyznane (...) [im - przyp. wł.] wcześniej prawa podmiotowe. Granicą jednak jest, by wprowadzane modyfikacje nie były dla jednostki zaskakujące i nie miały charakteru arbitralnego (...). Trybunał uznał także, że zasada zaufania do państwa

może nawet niekiedy nakazywać dokonanie przez prawodawcę zmiany, jeżeli dotychczasowe rozwiązanie prawne stało się nieracjonalne lub szkodliwe (...).

Ochronie podlegać może jedynie zaufanie, które ma racjonalne uzasadnienie. Ocena tej sytuacji musi uwzględniać specyfikę stosunków społecznych. Im bardziej rozwiązania prawne odnoszą się do sytuacji, których zmienność uzależniona jest od obiektywnej zmienności czynników ekonomicznych, demograficznych czy cywilizacyjnych, tym mniejszy jest zakres, w którym adresaci norm mogą oczekiwać niezmienności rozwiązań prawnych, w długim horyzoncie czasowym” (*ibidem*, s. 127-128).

W jednej z nowszych wypowiedzi dotyczących zasady zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa - w uzasadnieniu wyroku z dnia 23 listopada 2016 r., w sprawie o sygn. akt K 6/14 - Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że, „zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału”, zasada ta „wyraża się w takim stanowieniu i stosowaniu prawa, by nie stawało się ono swoistą pułapką dla obywatela i aby mógł on układać swoje sprawy w zaufaniu, iż nie naraża się na prawne skutki, których nie mógł przewidzieć w momencie podejmowania decyzji i działań, oraz w przekonaniu, iż jego działania podejmowane zgodnie z obowiązującym prawem będą także w przyszłości uznawane przez porządek prawny. Przyjmowane przez ustawodawcę nowe unormowania nie mogą zaskakiwać ich adresatów, którzy powinni mieć czas na dostosowanie się do zmienionych regulacji i spokojne podjęcie decyzji co do dalszego postępowania (...).

Zasada zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa opiera się na pewności prawa, a więc takim zespole cech przysługujących prawu, które zapewniają jednostce bezpieczeństwo prawne; umożliwiają jej decydowanie o swoim postępowaniu w oparciu o pełną znajomość przesłanek działania organów państwowych oraz konsekwencji prawnych, jakie ich działania mogą pociągnąć za sobą. Jednostka winna mieć możliwość określenia zarówno konsekwencji poszczególnych zachowań i zdarzeń na gruncie obowiązującego w danym

momencie stanu prawnego jak też oczekiwać, że prawodawca nie zmieni ich w sposób arbitralny. Bezpieczeństwo prawne jednostki związane z pewnością prawa umożliwia więc przewidywalność działań organów państwa, a także prognozowanie działań własnych. W ten sposób urzeczywistniana jest wolność jednostki, która według swoich preferencji układa swoje sprawy i przyjmuje odpowiedzialność za swoje decyzje, a także jej godność, poprzez szacunek porządku prawnego dla jednostki, jako autonomicznej, racjonalnej istoty.

Wartości te, przy zmianie prawa, prawodawca narusza wtedy, gdy jego rozstrzygnięcie jest dla jednostki zaskoczeniem, bo w danych okolicznościach nie mogła go przewidzieć, szczególnie zaś wtedy, gdy przy jego podejmowaniu prawodawca mógł przypuszczać, że gdyby jednostka przewidywała zmianę prawa, byłaby inaczej zdecydowała o swoich sprawach. Chodzi tu więc nie o ten aspekt pewności prawa, który odnosi się do względnej stabilności porządku prawnego mający związek z zasadą legalności, lecz o pewność prawa rozumianą jako pewność tego, iż w oparciu o obowiązujące prawo obywatel może kształtować swoje stosunki życiowe. W tym drugim sensie prawo pewne (pewność prawa) oznacza także prawo sprawiedliwe” (OTK ZU seria A z 2016 r., poz. 98).

Przedstawione wyżej uwagi odnośnie do sposobu uzasadnienia przez Skarżącego zarzutu niezgodności art. 117 k.k.w. – w zakresie, w jakim nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane bez zgody skazanego – z art. 2 Konstytucji mają odpowiednie zastosowanie do sformułowanego przez Skarżącego zarzutu niezgodności z tym samym wzorcem konstytucyjnej kontroli art. 117 k.k.w. w zakresie, w jakim obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji pomimo braku zgody skazanego, ponieważ i tu Skarżący, wspominając o zasadzie określoności, nie wskazał na wadę konstrukcyjną zaskarżonej normy, polegającą na jej niejasności czy braku precyzji, wynikającą z niezachowania przez ustawodawcę wymogów prawidłowej legislacji.

Zatem należało przyjąć, iż, w odniesieniu do zarzutu niezgodności art. 117 k.k.w. - w zakresie, w jakim obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji pomimo braku zgody skazanego - z art. 2 Konstytucji, rzeczywistą intencją Skarżącego także było skonfrontowanie tej normy z, wynikającą z art. 2 Konstytucji, zasadą ochrony zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa, a nie z zasadą określoności prawa.

I. Problem zgodności z Konstytucją art. 117 k.k.w. w zakresie, w jakim dopuszcza przymusowe leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, w razie braku zgody skazanego na leczenie lub rehabilitację.

Jak wynika z treści *petitum* skargi konstytucyjnej, przepis art. 117 k.k.w., w zaskarżonym zakresie, Skarżący uznaje za niezgodny z art. 47 i art. 41 ust. 1 w związku zarówno z art. 31 ust. 3 Konstytucji, jak i art. 2 Konstytucji.

1. Zarzut niezgodności art. 117 k.k.w. - w zakresie, w jakim dopuszcza przymusowe leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, w razie braku zgody skazanego na takie leczenie lub rehabilitację - z art. 47 oraz z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

W uzasadnieniu skargi konstytucyjnej Skarżący przekonuje, że stosowanie art. 117 k.k.w. prowadzi do ograniczenia wolności osobistej jednostki „z uwagi na okoliczności podmiotowe dotyczące wyłącznie tejże jednostki i w zakresie oddziałującym wyłącznie na tę jednostkę”, a ponadto, że „art. 117 k.k.w. znajduje zastosowanie do osoby, która jest pozbawiona wolności, od której społeczeństwo jest izolowane i która jest izolowana od społeczeństwa”, co oznacza, iż „[n]ie może być (...) mowy o tym, że (...) [stosowanie tego przepisu] służy ochronie bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego czy też wolności i praw innych osób” (uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 8 - 9).

Skarżący podnosi też, że wprawdzie art. 117 k.k.w. ma związek z ochroną zdrowia, ale z ochroną zdrowia jednostki, gdy tymczasem art. 31 ust. 3 Konstytucji odnosi się do ochrony zdrowia publicznego.

Argumentacja Skarżącego sprowadza się zatem do tezy, że dalsze ograniczenie wolności skazanego (poza ograniczeniem wolności wynikającym *per se* z wykonywania kary pozbawienia wolności), jakim jest zmuszanie skazanego uzależnionego od alkoholu do leczenia i rehabilitacji w zakładzie karnym, nie służy ochronie żadnej z wartości wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji, a ponadto do tezy, że ochrona zdrowia jednostki nie wchodzi w zakres ochrony zdrowia jako jednej z wartości wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji, usprawiedliwiającej wprowadzenie ograniczenia konstytucyjnych wolności i praw.

Z takim stanowiskiem Skarżącego zgodzić się nie sposób.

Przede wszystkim trzeba pamiętać, że niektóre świadczenia zdrowotne mogą być udzielane bez zgody osoby, której są one udzielane (bądź bez zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby), a nawet wbrew sprzeciwowi osób uprawnionych do wyrażania zgody, zaś jednym z usprawiedliwień dla przymusowego udzielania owych świadczeń jest ochrona życia lub zdrowia beneficjenta świadczenia.

Przykładowo, zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 617 ze zm.), badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

Ł. Caban podnosi, że „**przedmiotowy przepis jest wyjątkiem od zasady udzielania czynności medycznych przez lekarza za zgodą osoby uprawnionej, dopuszczającym działanie lekarza bez zgody, a tym samym z naruszeniem prawa pacjenta do samostanowienia** (podkr. wł.)”, oraz zwraca uwagę, że „w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty są również inne przepisy, które

regulują możliwość interwencji lekarskiej bez zgody osoby uprawnionej. Artykuł 32 ust. 8 (...) [tej ustawy - przyp. wł.] upoważnia lekarza do przeprowadzenia badania pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jeżeli pacjent taki nie ma przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe. Z kolei art. 34 ust. 7 (...) [ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry - przyp. wł.] stanowi delegację dla lekarza do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub czynności medycznej o podwyższonym ryzyku, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (Ł. Caban, komentarz do art. 33 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1532353526164_222663852).

Odpowiednikiem wspomnianego wyżej mechanizmu „udzielenia świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta” w warunkach zakładu karnego (aresztu śledczego) jest przepis art. 118 k.k.w., który umożliwia dokonanie „koniecznego zabiegu lekarskiego”, **mimo sprzeciwu skazanego, gdy życiu skazanego** grozi poważne niebezpieczeństwo, stwierdzone co najmniej przez dwóch lekarzy (stosowne orzeczenie wydaje sąd penitencjarny).

Przykładowo też, zgodnie z art. 22 ust. 2c w związku z art. 23 ust. 3 - 5, art. 25 i art. 27 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jeżeli osoba chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, niezdolna do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia, sprzeciwia się temu przyjęciu, a jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, o przyjęciu do szpitala decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym zbadaniu tej osoby i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, co wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (w ciągu 48 godzin od

chwili przyjęcia) oraz powiadomienia właściwego sądu opiekuńczego (w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia). Sąd opiekuńczy na podstawie tego zawiadomienia wszczyna i przeprowadza postępowanie dotyczące przyjęcia tej osoby do szpitala psychiatrycznego, w którym to postępowaniu wydaje postanowienie w przedmiocie przyjęcia.

W komentarzu do art. 21 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego K. Bobińska i P. Gałęcki wskazali, że „[n]ie na każde badanie psychiatryczne osoba badana musi wyrazić zgodę. W sytuacji, gdy ze względu na stan psychiczny bezpośrednio zagrażający własnemu życiu albo zdrowiu lub zdrowiu innych osób bądź w sytuacji niezdolności do zaspokajania własnych potrzeb życiowych osoby, która ma zostać poddana badaniu psychiatrycznemu, nie wyraża ona zgody na to badanie, można badanie takie przeprowadzić bez wymaganej zgody. Jeżeli dotyczy to osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie, badanie może być przeprowadzone bez zgody przedstawiciela ustawowego.

Gdy zachodzi taka konieczność, ustawa zezwala na zastosowanie przymusu bezpośredniego.

Stan bezpośrednio zagrażający własnemu życiu albo zdrowiu lub zdrowiu innych osób to stan nagły w psychiatrii, czyli wymagający szybkiej interwencji lekarskiej. Sytuacja niezdolności do zaspokajania własnych potrzeb życiowych osoby jest również stanem nagłym, ze względu na istniejące w danym momencie zagrożenie życia i zdrowia tej osoby. Dynamika w czasie tego stanu jest jednak inna niż w sytuacji nagłej dekompensacji stanu zdrowia psychicznego prowadzącej również do zagrożenia życia i zdrowia osoby. Stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia to na przykład podjęcie próby samobójczej, samookaleczenie, zaburzenie zachowania pod postacią znacznej agresji fizycznej wobec innych osób lub przedmiotów. Niezdolność do zaspokajania własnych potrzeb świadczy o długotrwałym procesie doprowadzającym do stanu, w którym osoba chora pośrednio zagraża swojemu życiu (odmowa przyjmowania posiłków w celach samobójczych z powodu głębokich zaburzeń depresyjnych lub doznań

psychotycznych, otępienie głębokiego stopnia)” [komentarz K. Bobińskiej i P. Gałęckiego do art. 21 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1532426095241_1241909075].

Komentując wartości uzasadniające ingerencję ustawodawcy w prawa i wolności konstytucyjne jednostki, Trybunał Konstytucyjny, w uzasadnieniu wyroku z dnia 4 listopada 2014 r., w sprawie o sygn. akt SK 55/13 (w sprawie tej Trybunał kontrolował zgodność, w określonym zakresie, art. 62 ust. 1 oraz art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, ówczesny tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r., poz. 124, z art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji), stwierdził, że *„[s]pośród konstytucyjnych wartości, uzasadniających istnienie ograniczeń wynikających z art. 62 ust. 1 i art. 63 ust. 1 u.p.n. (ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii - przyp. wł.), należy wskazać zdrowie (w aspekcie ogólnym i indywidualnym) oraz porządek publiczny. Wiąże się to z uzasadnionym przekonaniem, że używanie narkotyków (przez poszczególne jednostki) łączy się z konsekwencjami społecznymi. Narkomania nie jest problemem wyłącznie indywidualnym. Jest problemem społecznym, ponieważ z reguły konsekwencje zażywania narkotyków przez daną osobę ponosi najbliższe otoczenie i zostaje zakłócone prawidłowe funkcjonowanie całego społeczeństwa: pojawia się w związku z tym szereg negatywnych skutków i kosztów (podkr. wł.). Używanie narkotyków nie może więc być nigdy kwestią społecznie obojętną (...).*

*Porządek publiczny, będąc przesłanką ograniczenia wolności i praw jednostki, może być rozumiany jako dyrektywa takiej organizacji życia publicznego, która zapewniać ma minimalny poziom uwzględniania interesu publicznego. Porządek publiczny zapewnia organizację społeczeństwa opartą na wartościach przez to społeczeństwo podzielanych (...). Przez porządek publiczny rozumie się najczęściej stan harmonijnego współżycia członków społeczeństwa. <Tak rozumiany porządek publiczny obejmuje zarówno ochronę interesów jednostek, jak i interesu społecznego> (K. Wojtyczek, *Granice...*, Kraków 1999, s. 188). Do przesłanki porządku publicznego rozumianej jako <postulat takiego*

ukształtowania stanu faktycznego wewnątrz państwa, który umożliwia normalne współzycie jednostek w organizacji państwowej> nawiązywał w swoich orzeczeniach Trybunał Konstytucyjny (zob. wyrok TK z 12 stycznia 1999 r., sygn. P. 2/98, OTK ZU nr 1/1999, poz. 2 oraz z 6 lipca 2011 r., sygn. P 12/09, OTK ZU nr 6/A/2011, poz. 51).

Przez porządek publiczny, w kontekście badanych przepisów, należy rozumieć taką organizację życia publicznego, dzięki której chroni się jednostki przed niepożądanym, niszczącym także struktury społeczne, zjawiskiem narkomanii (podkr. wł.). Niewątpliwie perspektywa patrzenia na zjawisko narkomanii ulega systematycznej zmianie, zwłaszcza gdy dotyczy to społecznej reakcji na problem używania konkretnych środków odurzających czy substancji psychoaktywnych (zob. K. Krajewski, *Prawo a zmieniający się obraz zjawiska narkomanii*, Serwis Informacyjny Narkomania, nr 4/2013). Jednak Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że proces ten w Polsce nie jest jeszcze wystarczająco zaawansowany. W konsekwencji dotychczasowe uzasadnienie kryminalizacji posiadania marihuany i uprawy konopi nadal pozostaje aktualne.

Zasadniczą wartością uzasadniającą omawianą ingerencję w prawo do prywatności jest zdrowie (w aspekcie ogólnym i indywidualnym) [podkr. wł.].

W wyroku z 9 lipca 2009 r., sygn. SK 48/05 (OTK ZU nr 7/A/2009, poz. 108), Trybunał Konstytucyjny wskazał, że przewidziana w art. 31 ust. 3 Konstytucji **możliwość ograniczenia przez ustawodawcę zakresu korzystania z wolności ze względu na ochronę zdrowia może się odnosić zarówno do ochrony zdrowia całego społeczeństwa czy poszczególnych grup, jak i zdrowia poszczególnych jednostek** (podkr. wł.). W polskiej literaturze prawa konstytucyjnego zauważa się, że przesłanka <ochrony zdrowia> może być rozumiana w dwóch aspektach. Ograniczenia mające na celu ochronę zdrowia można z jednej strony usprawiedliwić ochroną praw innych osób w kontekście szeroko rozumianego zdrowia publicznego, z drugiej zaś ochroną zdrowia osoby, której to ograniczenie dotyczy (por. K. Wojtyczek, *Granice...*, s. 192). Związek omawianej wartości z

*ochroną jednostki jest bezpośredni i oczywisty, ale - skoro mowa o zdrowiu <publicznym> - należy je postrzegać w szerszym wymiarze, m.in. jako obowiązek zapewnienia takiego kontekstu prawnego i społecznego, by usuwać zarówno zewnętrzne zagrożenia zdrowia jednostki (np. zwalczanie chorób zakaźnych, pomoc w sytuacjach nadzwyczajnych, opieka medyczna), **jak i eliminować pokusy skłaniające jednostkę do dobrowolnego niszczenia swojego zdrowia** (podkr. wł.) [...].*

Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, przedmiotem ochrony art. 62 ust. 1 i art. 63 ust. 1 u.p.n. jest zdrowie publiczne w obydwu aspektach” (OTK ZU seria A nr 10/2014, poz. 111).

Wskazania co do sposobu rozumienia przesłanki bezpieczeństwa publicznego oraz przesłanki zdrowia, wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji, zawarte w uzasadnieniu powołanego wyżej wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie o sygn. akt SK 55/13, pozostają aktualne także na gruncie ograniczenia praw i wolności jednostki gwarantowanych w art. 47 i art. 41 ust. 1 Konstytucji, zawartego w art. 117 k.k.w. - w zakresie, w jakim przepis ten dopuszcza leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, pomimo braku zgody skazanego na zastosowanie takiej procedury, a więc przymusowe leczenie lub rehabilitację.

Przed wszystkim podmiotowy zakres stosowania instytucji przymusowego leczenia lub rehabilitacji, o której mowa w art. 117 k.k.w., został ograniczony tylko do tych skazanych, u których **stwierdzono uzależnienie od alkoholu** (wymagających, dodatkowo, objęcia odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją - o czym szerzej w dalszej części niniejszego stanowiska), a wszak nie każde nadużywanie alkoholu jest już „uzależnieniem” od niego.

K. Krajewski, wyjaśniając, dlaczego „alkohol jest dzisiaj w większości krajów świata substancją legalną, natomiast środki odurzające i substancje psychotropowe są objęte systemem prohibicji”, stwierdził, między innymi, że „[u]

podłoża tego odmiennego traktowania leży m.in. przekonanie - czy zasadne, to zupełnie odrębna kwestia - że w pewnych społecznie i medycznie akceptowalnych granicach używanie alkoholu nie może i nie powinno być powodem do jakiegokolwiek interwencji profilaktycznej, terapeutycznej itp. Tym bardziej nie może ono być samo przez się podstawą do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej. Podstawę do pociągnięcia do takiej odpowiedzialności może stanowić tylko używanie alkoholu w pewnych sytuacjach i okolicznościach, w takich mianowicie, gdy może to skutkować zagrożeniem dla określonych dóbr prawnych (jak to jest np. w przypadku prowadzenia pojazdów mechanicznych czy wykonywania innych, podobnych czynności wymagających trzeźwości). **Przypadki takich zachowań niekoniecznie jednak świadczyć muszą o tym, że osoba ma takie czy inne problemy z używaniem alkoholu w rozumieniu medycznym, a więc powinna być przedmiotem jakiegoś oddziaływania terapeutycznego.**

Również pojedyncze lub nawet liczne w jednostkowej biografii przypadki nadużycia alkoholu, tj. doprowadzenia się do stanu upojenia alkoholowego, nie muszą same przez się być i najczęściej nie są traktowane jako świadectwo jakichkolwiek problemów z alkoholem, nie mówiąc już o uzależnieniu, które wymagałyby jakiegoś specyficznego oddziaływania, leczenia, terapii itp. (podkr. wł.). Sam fakt takiego nadużycia nie stanowi także najczęściej podstawy do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej (poza przypadkami, gdy dane ustawodawstwo przewiduje typ czynu zabronionego pod groźbą kary określaną zazwyczaj jako opilstwo publiczne). **Dopiero więc przypadki bardziej systematycznego, rozciągniętego w czasie nadużywania alkoholu, tj. używania go w sposób przekraczający akceptowane społecznie granice i stwarzający określone problemy tak dla pijącego, jak i dla jego otoczenia, uważane są za świadectwo występowania u danej osoby problemu alkoholowego (podkr. wł.).** Jego natężenie może być jednak rozmaite i rozciągać się na continuum pomiędzy różnymi formami picia problemowego z jednej strony a uzależnieniem od alkoholu w postaci tzw. choroby alkoholowej czy

alkoholizmu z drugiej. Szczególnie te ostatnie formy nadużywania alkoholu traktowane są najczęściej jako określona jednostka chorobowa wymagająca specyficznej interwencji o charakterze terapeutycznym (podkr. wł.). Ani picie problemowe, ani choroba alkoholowa nie stanowią jednak nigdy same przez się samodzielnej podstawy do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej” (K. Krajewski, *Terapia uzależnień i zakłóceń czynności psychicznych o podłożu seksualnym*, [w:] *System Prawa Karnego. Tom 7. Środki zabezpieczające*, pod red. Lecha K. Paprzyckiego, 2. wydanie, Wydawnictwo C. H. BECK i Instytutu Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2015, s. 50 - 51).

Uzależnienie od alkoholu (w rozumieniu jednostki chorobowej wymagającej specyficznej interwencji o charakterze terapeutycznym), podobnie jak używanie narkotyków, nigdy też nie może być uznawane za kwestię społecznie obojętną.

Uzależnienie od alkoholu **nie jest bowiem problemem wyłącznie indywidualnym.**

Wprawdzie trudno zaprzeczyć, iż uzależnienie od narkotyków (czy już nawet tylko ich używanie) i jego społeczne konsekwencje są głębsze, tym niemniej uzależnienie od alkoholu również powoduje bardzo daleko idące skutki i koszty zarówno dla samego uzależnionego, jak i dla funkcjonowania jego najbliższego otoczenia, a ponadto konsekwencją uzależnienia jednostki od alkoholu jest zakłócenie prawidłowego funkcjonowanie całego społeczeństwa.

Stąd też jedną z wartości, wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji, usprawiedliwiającą kwestionowaną przez Skarżącego ingerencję ustawodawcy w prawa i wolności skazanego uzależnionego od alkoholu, w tym w prawo do prywatności (prawo do decydowania o swoim zdrowiu), jest **ochrona porządku publicznego**, przez który, w tym przypadku, należy rozumieć **taką organizację życia publicznego, dzięki której chroni się jednostki przed niepożądanym, niszczącym także struktury społeczne, zjawiskiem alkoholizmu.**

Jednak zasadniczą wartością uzasadniającą przewidzianą w art. 117 k.k.w. ingerencję w prawo do prywatności jest zdrowie (w aspekcie ogólnym i indywidualnym).

Wiadomo (*vide* - uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie o sygn. akt SK 55/13), że przewidziana w art. 31 ust. 3 Konstytucji możliwość ograniczenia przez ustawodawcę zakresu korzystania z wolności ze względu na ochronę zdrowia może się odnosić zarówno do ochrony zdrowia całego społeczeństwa czy poszczególnych grup, **jak i do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek.**

Tak więc, zważywszy na bezpośredni i oczywisty związek ochrony zdrowia publicznego z ochroną zdrowia jednostki, wartość tę należy postrzegać także (obok nakazu usuwania zewnętrznych zagrożeń zdrowia jednostki) jako zobowiązanie państwa do zapewnienia takiego kontekstu prawnego i społecznego, aby „**eliminować pokusy skłaniające jednostkę do dobrowolnego niszczenia swojego zdrowia**” (w tym przypadku - niszczenia swojego zdrowia poprzez uzależnienie się od alkoholu).

Reasumując tę część rozważań, należy stwierdzić, że, wbrew ocenie Skarżącego, przewidziane w art. 117 k.k.w. „dalsze ograniczenie wolności osobistej skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności, polegające na możliwości zmuszenia skazanego do odbycia leczenia w związku z uzależnieniem od alkoholu”, a także ograniczenie prawa do prywatności (prawo do stanowienia o swoim zdrowiu) znajdują oparcie w dyspozycji art. 31 ust. 3 Konstytucji, ponieważ służą one zarówno ochronie bezpieczeństwa publicznego, jak i ochronie zdrowia (w aspekcie ogólnym i indywidualnym), co powoduje, że art. 117 k.k.w. – w zakresie, w jakim dopuszcza przymusowe leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, w razie braku zgody skazanego na takie leczenie lub rehabilitację, **jest zgodny z art. 47 oraz art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.**

Na marginesie należy zauważyć, iż omawiany zarzut Skarżącego **nie dotyczy naruszenia *per se* zasady proporcjonalności**, ale wyłącznie rzekomego braku – pośród wartości wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji – wartości usprawiedliwiającej ingerencję ustawodawcy w prawa i wolności konstytucyjne jednostki, unormowaną w art. 117 k.k.w., polegającą na objęciu uzależnionego od alkoholu skazanego, wbrew jego woli, leczeniem lub rehabilitacją.

W tej sytuacji kontrola wspomnianego ograniczenia pod kątem respektu dla konstytucyjnych wymogów proporcjonalności byłaby niedopuszczalna, jako że wykraczałaby poza zakres zarzutu Skarżącego.

2. Zarzut niezgodności art. 117 k.k.w. – w zakresie, w jakim dopuszcza przymusowe leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, w razie braku zgody skazanego na takie leczenie lub rehabilitację – z art. 47 oraz z art. 41 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji.

Jako zasadnicze wzorce kontroli zaskarżonej normy Skarżący wskazał art. 47 oraz art. 41 ust. 1 Konstytucji.

Natomiast w *petitum* skargi konstytucyjnej Skarżący, o czym wcześniej była mowa, obok art. 31 ust. 3 Konstytucji jako kolejny (drugi) związkowy wzorzec kontroli wymienił art. 2 ustawy zasadniczej.

Niemniej jednak w uzasadnieniu skargi konstytucyjnej Skarżący w ogóle nie odniósł się do owego „drugiego” związkowego wzorca kontroli, w szczególności nie wykazał, w jaki sposób art. 117 k.k.w. – we wskazanym zakresie – narusza art. 2 Konstytucji.

Trzeba w związku z tym przypomnieć, że, zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, skarga konstytucyjna inicjująca hierarchiczną kontrolę norm musi spełniać wymogi określone w przepisach o postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym. Musi ona wyraźnie określać m.in. kwestionowany przepis ustawy lub innego aktu normatywnego, na podstawie

którego sąd lub organ administracji publicznej orzekł ostatecznie o wolnościach lub prawach albo obowiązkach skarżącego określonych w Konstytucji i w stosunku do którego skarżący domaga się stwierdzenia niezgodności z Konstytucją, zawierać wskazanie, która konstytucyjna wolność lub prawo skarżącego i w jaki sposób - zdaniem skarżącego - zostały naruszone, oraz zawierać uzasadnienie zarzutu niezgodności kwestionowanego przepisu ustawy lub innego aktu normatywnego ze wskazaną konstytucyjną wolnością lub prawem skarżącego, z powołaniem argumentów lub dowodów na jego poparcie (art. 53 ust. 1 pkt 1 - 3 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym, Dz. U., poz. 2072, dalej: ustawa o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym). Trybunał Konstytucyjny konsekwentnie przyjmuje, że „*[c]iężar dowodu spoczywa na podmiocie kwestionującym zgodność ustawy z [K]onstytucją i dopóki nie powoła on konkretnych i przekonywujących argumentów prawnych na rzecz swojej tezy, dopóty Trybunał Konstytucyjny uznawać będzie kontrolowane przepisy za konstytucyjne. W przeciwnym razie (...) Trybunał przekształciłby się w organ orzekający z inicjatywy własnej*” (por. postanowienia TK z: 15 kwietnia 2014 r. w sprawie SK 48/13; 22 lipca 2015 r. w sprawie SK 20/14; 22 marca 2016 r. w sprawie SK 35/14; 14 kwietnia 2016 r. w sprawie SK 25/14). Trybunał nie może wyręczać skarżącego w doborze argumentacji odpowiedniej do wyrażanych wątpliwości lub - wychodząc poza granice określone we wniosku - całkowicie modyfikować podstaw kontroli” (uzasadnienie postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 27 lipca 2016 r., w sprawie o sygn. akt SK 40/15, OTK ZU seria A z 2016 r., poz. 69).

W uzasadnieniu postanowienia z dnia 15 października 2009 r., w sprawie o sygn. akt P 120/08, Trybunał Konstytucyjny przypomniał też, iż „*jest związany treścią oraz granicami rozpatrywanego pytania prawnego. Nie może też - wychodząc poza granice określone w pytaniu - wyręczać sądu pytającego w doborze argumentacji adekwatnej do podnoszonych w pytaniu prawnym*

wątpliwości. Brak adekwatnego uzasadnienia zarzutu niezgodności (...) [przepisu prawa - przyp. wł.] ze wskazanymi w pytaniu wzorcami Konstytucji stanowi o uchybieniu przez pytający sąd ustawowej powinności określonej w art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy o TK (chodzi o ustawę z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym, Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.; dalej: ustawa o Trybunale Konstytucyjnym z dnia 1 sierpnia 1997 r. - przyp. wł.)” [OTK ZU seria A nr 9/2009, poz. 143].

Uzupełniająco trzeba dodać, że przepis art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym z dnia 1 sierpnia 1997 r. został zastąpiony (w zakresie skarg konstytucyjnych) przez art. 53 ust. 1 pkt 3 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym, zaś zasada związania Trybunału przy orzekaniu granicami wniosku, pytania prawnego lub skargi konstytucyjnej została powtórzona w przepisie art. 67 ust. 1 i 2 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym, przy czym obowiązek określenia granic wniosku, pytania prawnego bądź skargi konstytucyjnej zastąpiono obowiązkiem określenia tamże zakresu zaskarżenia, obejmującego wskazanie kwestionowanego aktu normatywnego lub jego części (określenie przedmiotu kontroli) oraz sformułowanie zarzutu niezgodności z Konstytucją, ratyfikowaną umową międzynarodową lub ustawą (wskazanie wzorca kontroli).

Powracając na grunt przedmiotowej sprawy, należy stwierdzić, że uzasadnienie przez Skarżącego zarzutu naruszenia przez art. 117 k.k.w. – w zakresie, w jakim dopuszcza przymusowe leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu – art. 2 Konstytucji nie spełnia określonych w art. 53 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym wymogów, jakim powinno odpowiadać uzasadnienie skargi konstytucyjnej (uzasadnienie powinno zawierać wskazanie, która konstytucyjna wolność lub prawo skarżącego, i w jaki sposób - zdaniem skarżącego - zostały naruszone [pkt 2] oraz uzasadnienie zarzutu niezgodności

kwestionowanego przepisu ustawy lub innego aktu normatywnego ze wskazaną konstytucyjną wolnością lub prawem skarżącego, z powołaniem argumentów lub dowodów na jego poparcie [pkt 3]).

W związku z powyższym należy dojść do wniosku, że, wobec konieczności respektowania generalnej zasady, jaką jest domniemanie konstytucyjności aktu normatywnego, samo wskazanie w *petitum* skargi konstytucyjnej wzorca kontroli, bez szczegółowego odniesienia się w uzasadnieniu do kwestionowanej regulacji prawnej w kontekście owego wzorca nie może zostać uznane za „uzasadnienie zarzutu niezgodności przedmiotu kontroli ze wskazanym wzorcem kontroli, z powołaniem argumentów lub dowodów na jego poparcie”, w rozumieniu przepisów regulujących postępowanie przed Trybunałem Konstytucyjnym.

Z tych też względów postępowanie w sprawie kontroli zgodności art. 117 k.k.w. – w zakresie, w jakim dopuszcza przymusowe leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, w razie braku zgody skazanego na takie leczenie lub rehabilitację – z art. 47 i art. 41 ust. 1 **w związku z art. 2** Konstytucji podlega umorzeniu na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym - wobec niedopuszczalności wydania orzeczenia.

II. Problem zgodności z Konstytucją art. 117 k.k.w. przez to, że nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane wobec skazanego bez jego zgody.

Zdaniem Skarżącego, „[o] ile wyrażenie zgody na dany zabieg leczniczy lub rehabilitacyjny może stanowić podstawę do zastosowania w zasadzie każdego zabiegu leczniczego lub rehabilitacyjnego, o tyle w przypadku zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych dokonywanych bez zgody skazanego przepis winien definiować zakres ograniczenia jego wolności osobistej, wskazując zabiegi lub oddziaływania, które mogą być wobec skazanego stosowane i ich maksymalny

zakres czasowy. W braku odesłania w art. 117 k.k.w. do innych uregulowań uznać należy, że ograniczenie wolności osobistej w związku z zastosowaniem art. 117 k.k.w. może przybierać w zasadzie dowolną formę, a jedynym ograniczeniem w czasie jest długość odbywania kary przez skazanego. Art. 117 k.k.w. nie definiuje zakresu ograniczeń wolności osobistej w związku ze stosowanym leczeniem lub rehabilitacją, co stanowi naruszenie art. 47 Konstytucji RP w związku z art. 41 ust. 1 Konstytucji RP w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, poprzez dopuszczenie zbyt szerokiego spektrum form ograniczenia wolności konstytucyjnych, z naruszeniem zasady proporcjonalności ograniczeń” (uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 9).

Ponadto przepisowi art. 117 k.k.w., w zaskarżonym zakresie, Skarżący zarzuca naruszenie zasady ochrony zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa (*vide* - wcześniejsze uwagi dotyczące rzeczywistych, odnoszących się do art. 2 Konstytucji intencji Skarżącego) przez to, że „nie określa zakresu oddziaływań jakim może zostać poddany skazany w związku ze stosowaniem” tego przepisu.

W konkluzji tej części uzasadnienia skargi konstytucyjnej Skarżący stwierdził, że „[n]ie negując walorów oddziaływań terapeutycznych oraz negatywnego charakteru zjawiska alkoholizmu”, stoi na stanowisku, iż „tak dalekie ograniczanie możliwości decydowania o swoim życiu prywatnym przez osoby, przebywające w warunkach izolacji penitencjarnej nie znajduje uzasadnienia. Pamiętać należy wszakże o tym, iż warunkiem skutecznej terapii jest jej akceptacja przez osobę poddawaną terapii. Stosowanie uporczywych oddziaływań prowadzi do uczynienia jednostki przedmiotem leczenia. Nie można również wykluczyć, że niedookreślony katalog stosowanych środków może prowadzić także do stosowania w stosunku do skazanego środków o coraz większej intensywności, ingerujących jeszcze bardziej w jego sferę osobistą, w sytuacji gdy podstawowe środki oddziaływania, z uwagi na brak zgody i współpracy skazanego zawiodą. W tym stanie rzeczy, uznać należy, że ograniczenia wolności osobistej dopuszczone

w art. 117 k.k.w. nie spełniają kryteriów proporcjonalności wynikających z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP” (uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 10 - 11).

Przede wszystkim należy zwrócić uwagę, iż **zasadniczym** zarzutem Skarżącego pod adresem art. 117 k.k.w. (*vide* - sformułowany przez Skarżącego zakres zaskarżenia) jest brak doprecyzowania w tym przepisie, **jakie oddziaływania lecznicze lub rehabilitacyjne można stosować wobec skazanego uzależnionego od alkoholu bez zgody tegoż skazanego.**

Ów brak doprecyzowania takich oddziaływań, jeżeli są stosowane bez zgody skazanego uzależnionego od alkoholu, Skarżący uznaje za niezgodny z art. 47 i art. 41 ust. 1 **w związku** z art. 31 ust. 3 Konstytucji, a także **w związku** (o czym wcześniej była mowa) z zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa wynikającą z art. 2 Konstytucji.

1. Zarzut niezgodności art. 117 k.k.w. - „w zakresie, w jakim nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane bez zgody skazanego” - z art. 47 i art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Należy stwierdzić, że uzasadnienie przez Skarżącego zarzutu naruszenia przez art. 117 k.k.w., w zaskarżonym zakresie, art. 47 i art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji **nie jest wystarczające.**

Uzasadnienie to, podobnie jak w przypadku zarzutu naruszenia przez art. 117 k.k.w. - w zakresie, w jakim dopuszcza przymusowe leczenie lub rehabilitację skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu, w razie braku zgody skazanego - art. 47 i art. 41 ust. 1 **w związku z art. 2** Konstytucji (*vide* - pkt I ppkt 2 niniejszego stanowiska), nie spełnia bowiem określonych w art. 53 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym wymogów, jakim powinno odpowiadać uzasadnienie skargi konstytucyjnej.

Przede wszystkim Skarżący, formułując zarzut naruszenia art. 47 i art. 41 ust. 1 **w związku z art. 31 ust. 3** Konstytucji, po uprzednim przywołaniu

fragmentów dwóch orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego (orzeczenia z dnia 24 czerwca 1997 r., w sprawie o sygn. akt K. 21/96, OTK ZU nr 2/1997, poz. 23 oraz wyroku z dnia 11 października 2011 r., w sprawie o sygn. akt K 16/10, OTK ZU seria A nr 8/2011, poz. 80, *vide* - uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 10), **nie przeprowadził prawidłowo testu proporcjonalności**. Należy w związku z tym przypomnieć (*vide* - cytowany wcześniej fragment uzasadnienia wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 grudnia 2013 r., w sprawie o sygn. akt U 5/13), że test ten wymaga wykazania, iż prawodawca, ograniczając prawa i wolności gwarantowane w art. 47, art. 49 i art. 51 ust. 2 Konstytucji, uchybił:

- 1) wymogowi przydatności, który polega na przeprowadzeniu testu racjonalności instrumentalnej, tzn. ustaleniu, czy według dostępnego stanu wiedzy wprowadzona regulacja jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków, albo
- 2) wymogowi konieczności, który oznacza ocenę, czy badane przepisy są niezbędne dla ochrony dóbr wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji (pięciu dóbr ogólnospołecznych lub indywidualnych „wolności i praw innych osób”), a ponadto, czy spośród środków skutecznie chroniących te wartości zostały wybrane środki najmniej uciążliwe, albo
- 3) wymogowi proporcjonalności *sensu stricto*, który należy rozumieć jako ustalenie, czy efekty zaskarżonej regulacji pozostają w odpowiedniej proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela.

W tym kontekście twierdzenie Skarżącego, że „ustawodawca ustanawiając ograniczenia konstytucyjnych wolności w sposób przyjęty w art. 117 k.k.w. (w zakresie, w jakim przepis ten nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane bez zgody skazanego) naruszył zasadę proporcjonalności ograniczenia wolności i praw wprowadzoną w art. 31 ust. 3 Konstytucji”, **należy uznać za przedwczesne**.

Przykładowo, Skarżący, zarzucając wspomnianej regulacji, że nie zawiera czasowego ogranicza oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych stosowanych

wobec skazanego bez jego zgody i stwierdzając, że „jedynym ograniczeniem jest długość wykonywania kary pozbawienia wolności”, nie wskazał, jakie ramy czasowe takich oddziaływań byłyby dla Skarżącego rozsądne i dlaczego.

Z tych też względów postępowanie w sprawie kontroli zgodności art. 117 k.k.w. – „w zakresie, w jakim nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane bez zgody skazanego” – z art. 47 i art. 41 ust. 1 **w związku z art. 31 ust. 3** Konstytucji podlega umorzeniu na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym - wobec niedopuszczalności wydania orzeczenia.

2. Zarzut niezgodności art. 117 k.k.w. – „w zakresie, w jakim nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane bez zgody skazanego” – z art. 47 i art. 41 ust. 1 w związku z zasadą ochrony zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa, wynikającą z art. 2 Konstytucji.

Treść i znaczenie zasady ochrony zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa, wynikającej z art. 2 Konstytucji, zostały omówione we wcześniejszym fragmencie niniejszego stanowiska.

W powołanej już wcześniej sprawie o sygn. akt K 6/14 Trybunał Konstytucyjny kontrolował, między innymi (na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich), **zgodność z zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa** art. 25 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r., poz. 24 ze zm., dalej: upwozp) przez to, że nie określał metod postępowania terapeutycznego, jakim zostanie objęty umieszczony w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (dalej: Ośrodek).

Kontrolowany przepis stanowił, że „[o]soba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku zostaje objęta odpowiednim postępowaniem terapeutycznym, którego celem jest poprawa stanu jej zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Kierownik Ośrodka sporządza indywidualny plan terapii dla każdej osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku”.

Argumentując na rzecz wskazanego wyżej zarzutu rozpatrywanego w sprawie o sygn. akt K 6/14, Rzecznik wskazywał, że ani ustawa, ani akty wykonawcze do niej nie pozwalają na ustalenie, na czym ma polegać terapia, o której mowa w zakwestionowanym przepisie. Zdaniem RPO, zakwestionowany przepis stanowił pozorne uregulowanie, bez szerszego odniesienia się do zagadnienia terapii, jej form ani podmiotów ją prowadzących.

Odnosząc się do argumentacji Rzecznika, Trybunał, w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. akt K 6/14, podkreślił, że *„podstawową metodą leczenia większości zaburzeń osobowości jest obecnie długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna (tzn. zorientowana psychoanalitycznie). Stosuje się również zmodyfikowane terapie poznawczo-behawioralne oraz farmakoterapię, która ma jednak znaczenie głównie objawowe i czasowe. Korekcja zaburzeń osobowości jest zadaniem trudnym i długoterminowym, przy czym sytuacja izolacji może sprzyjać skoncentrowaniu się na terapii. Wszelkie oddziaływania o charakterze psychokorekcyjnym muszą mieć charakter zindywidualizowany (...). Nie można więc oczekiwać, ani od ustawodawcy, ani też od podmiotu realizującego kompetencję do wydania rozporządzenia wykonawczego, ustalenia jednorodnego programu terapeutycznego dla wszystkich umieszczonych w Ośrodku (podkr. wł.), co do których sąd orzekający podzielił opinię biegłych o bardzo wysokim prawdopodobieństwie popełnienia na wolności czynu, o którym mowa w art. 1 upwozp.*

Z tej racji Trybunał stwierdza, że art. 25 upwozp w zakresie, w jakim nie określa zasad postępowania terapeutycznego, którym zostaje objęta osoba umieszczona w ośrodku jest zgodny z zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa, wynikającą z art. 2 Konstytucji” (op. cit.).

W przypadku skazanych wymienionych w art. 117 k.k.w., których objęto przymusowym (w wypadku braku ich zgody) leczeniem lub rehabilitacją, tak jak w przypadku osób umieszczonych w Ośrodku, **też nie sposób ustalić jednorodnego programu terapeutycznego.**

Wszak wobec osób uzależnionych od alkoholu również stosuje się oddziaływania o charakterze psychokorekcyjnym, zaś wszelkie takie oddziaływania **muszą mieć charakter zindywidualizowany.**

Wiadomo też (była o tym mowa wcześniej), że skazany zakwalifikowany do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, a w takim systemie odbywa karę pozbawienia wolności każdy skazany uzależniony od alkoholu wymagający leczenia lub rehabilitacji (niezależnie od tego, czy wyrazi na to zgodę, czy nie), jest poddawany zindywidualizowanym oddziaływaniom **według opracowanego indywidualnego programu terapeutycznego.**

Wynika to wprost z treści art. 97 § 1 k.k.w., który brzmi następująco:

„Art. 97. § 1. Wykonując karę w systemie terapeutycznym, uwzględnia się w postępowaniu ze skazanymi w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia.”.

W komentarzu do art. 97 k.k.w. K. Postulski wyjaśnił, że „**[w]ykonywanie kary w systemie terapeutycznym odbywa się przy uwzględnieniu indywidualnego programu terapeutycznego, opracowanego, w miarę możliwości, przy udziale skazanego. Podlega on aktualizacji w zależności od potrzeb** (podkr. wł.). Niebagatelne znaczenie w tym zakresie mają badania osobopoznawcze (art. 82 § 3 k.k.w.), a szczególnie badania psychologiczne i

psychiatryczne (art. 83 k.k.w.). Zob. też § 10 - 12 r.p.o.p. (rozporządzenia MS z dnia 14 sierpnia 2003 r. - przyp. wł.).

Indywidualny program terapeutyczny poprzedza się opracowaniem diagnozy zawierającej opis zaburzeń, charakterystykę aktualnego stanu psychofizycznego, opis problemu stanowiącego podstawę skierowania do systemu terapeutycznego, opis indywidualnych problemów skazanego, ocenę jego motywacji do uczestnictwa w realizacji programu, wskazanie pozytywnych cech osobowości i zachowania skazanego (§ 21 ust. 1 r.p.o.p.).

Skazanego zakwalifikowanego do odbywania kary w systemie terapeutycznym, a następnie skierowanego na oddział terapeutyczny, umieszcza się na oddziale o określonej specjalizacji (zob. teza 7 do art. 96 k.k.w.).

Bardzo duże znaczenie, z punktu widzenia celów kary, ma właściwe postępowanie ze skazanymi umieszczonymi na oddziale o specjalizacji dla skazanych uzależnionych od alkoholu i uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych.

Ponieważ jednym z zasadniczych czynników kryminogennych jest alkohol, istotne jest podjęcie w warunkach więziennych leczenia odwykowego. **Jest to proces niezwykle trudny, obejmujący leczenie medyczne, psychokorekcję, resocjalizację i rehabilitację** (podkr. wł.)” [komentarz K. Postulskiego do art. 97 Kodeksu karnego wykonawczego, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1533030459471_1115479628].

Opisując formy i rodzaje terapii uzależnień od alkoholu, K. Krajewski, podniósł, że „[w] literaturze reprezentowany jest dość powszechnie pogląd, iż nie ma możliwości całkowitego wyleczenia z choroby alkoholowej. Nie jest to co prawda pogląd podzielany przez wszystkich specjalistów, a w USA ma na ten temat miejsce dość ożywiona debata. **Prawdą jest jednak, że przeważająca większość programów terapii uzależnień od alkoholu opiera się na założeniu, że alkoholikiem jest się do końca życia, a próby kontrolowanego picia podejmowane nawet po wieloletniej abstynencji kończą się zazwyczaj**

powrotem do nałogu (podkr. wł.). Możliwe jest jednak zatrzymanie choroby i rehabilitacja osoby będącej alkoholikiem, jej powrót do równowagi psychicznej i normalnego pełnienia ról społecznych, a więc powrót do normalnego funkcjonowania indywidualnego i społecznego. Zasadniczym tego warunkiem jest jednak zachowanie przez <wyleczoną> osobę całkowitej abstynencji. Inaczej więc niż w przypadku - niektórych przynajmniej - narkotyków leczenie choroby alkoholowej opiera się najczęściej na metodach o charakterze abstynencyjnym, a więc takich, których celem jest całkowite zaprzestanie przez pacjenta przyjmowania danej substancji.

Właściwe formy terapii uzależnienia od alkoholu, szczególnie u osób dotkniętych chronicznym alkoholizmem, poprzedza najczęściej detoksykacja pacjenta, oznaczająca nagłe i całkowite zaprzestanie spożywania alkoholu, czemu towarzyszyć może stosowanie określonej terapii farmakologicznej o charakterze wspomagającym. Często stosuje się tu np. leki z grupy benzodiazepin, mające podobne do alkoholu działanie na organizm, a przez to zapobiegające wystąpieniu u pacjenta zespołu abstynencyjnego, czy też redukujące jego objawy. Detoksykacja osób, co do których istnieje małe lub niewielkie ryzyko wystąpienia zespołu odstawienia, może być realizowana w formie ambulatoryjnej. Osoby, u których ryzyko wystąpienia poważnych objawów abstynencji jest wysokie, muszą być jednak poddawane detoksykacji w formie stacjonarnej. Detoksykacja sama przez się nie jest terapią alkoholizmu. Właściwa terapia wymaga zawsze zastosowania określonego programu oddziaływania na problem uzależnienia od alkoholu czy picia o charakterze problemowym występujący u danego pacjenta. Dopiero powodzenie takiej terapii zmniejsza prawdopodobieństwo powrotu do picia.

Programy terapeutyczne w obszarze alkoholizmu i problemów alkoholowych przyjmują bardzo różną postać, a konkretne programy mogą różnić się poważnie w szczegółach (podkr. wł.). Programy te mogą mieć przede wszystkim charakter indywidualnych lub grupowych programów psychoterapii. **Ich podstawowym zadaniem jest rozwiązywanie problemów**

psychologicznych, które leżą najczęściej u podłoża rozwoju problemów z alkoholem i uzależnienia odeń, oraz stosowna przebudowa stylu życia mająca umożliwić i ułatwić utrzymanie abstynencji (podkr. wł.). W tym ostatnim zakresie szczególne znaczenie ma wytworzenie u pacjentów specjalnych umiejętności, które mają zapobiegać nawrotowi picia. Jedną z najbardziej znanych form terapii grupowej oraz grupowej samopomocy osób uzależnionych od alkoholu mającej na celu umożliwienie utrzymania trzeźwości jest wspólnota Anonimowych Alkoholików (w skrócie <AA>)" [K. Krajewski, *op. cit.*, s. 73 - 74].

Reasumując tę część rozważań, należy stwierdzić, że w związku z koniecznością prowadzenia wobec skazanych uzależnionych od alkoholu zindywidualizowanych oddziaływań psychokorekcyjnych, co jednocześnie oznacza brak możliwości ustalenia wobec tej kategorii skazanych jednorodnego programu terapeutycznego, art. 117 k.k.w. w zakresie, w jakim nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane bez zgody skazanego, jest zgodny z art. 47 i art. 41 ust. 1 Konstytucji w związku z wynikającą z art. 2 Konstytucji zasadą z zasadę ochrony zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa.

III. Problem zgodności z Konstytucją art. 117 k.k.w. „w zakresie, w jakim obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji pomimo braku zgody skazanego”.

W ocenie Skarżącego, art. 117 k.k.w. nie daje sądowi orzekającemu „swobody orzeczniczej nakazując wydanie postanowienia, w którym sąd orzeka o przymusowym leczeniu przy spełnieniu przesłanek polegających na braku zgody oraz ustaleniu faktu uzależnienia skazanego od alkoholu, środków odurzających lub zaburzenia skłonności seksualnych. W tym zakresie również art. 117 k.k.w. nie daje się pogodzić z ustalonymi w Konstytucji RP zasadami ograniczenia praw i wolności. Zważyć należy, że zaskarżony przepis nie daje sądowi orzekającemu

możliwości odstąpienia od stosowania przymusowego leczenia, nawet jeśli zagrażałoby to zdrowiu fizycznemu lub psychicznemu skazanego. W tym zakresie art. 117 k.k.w. narusza art. 47 Konstytucji RP oraz art. 41 ust. 1 Konstytucji RP przewidując ograniczenie wolności decydowania o swoim życiu w sposób nieproporcjonalny” (uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 11).

Skarżący wskazał dodatkowo, że przepis art. 117 k.k.w. „nie zawiera dowodów, które muszą zostać przez Sąd przeprowadzone w celu ustalenia uzależnienia skazanego lub zaburzeń psychicznych w sferze preferencji seksualnych” w sytuacji, gdy „orzekanie o tak dalekim ograniczaniu wolności osobistych skazanych winno być poprzedzone przeprowadzeniem przez Sąd dowodu z opinii biegłego psychiatry i dopiero taki zobiektywizowany dowód mógłby stanowić podstawę dalszego procedowania”, co powoduje, że „[w] zakresie, w jakim art. 117 k.k.w. nie wskazuje środków dowodowych jakie sąd orzekający obowiązany jest przeprowadzić przed orzeczeniem przymusowego leczenia, przepis ten nie odpowiada konstytucyjnej zasadzie określoności prawa, a przez to prowadzi do niezgodnego z Konstytucją RP ograniczenia prawa wolności osobistej jednostki i decydowania o swoim życiu prywatnym, a dodatkowo może być rozważany jako naruszenie prawa skazanego do sprawiedliwego procesu” (uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 12).

Skarżący przypomniał, że Trybunał Konstytucyjny „może rozpatrywać także zarzuty niekonstytucyjności związane z brakiem określonej regulacji w kwestionowanym przepisie. Jak wskazuje się w orzeczeniach Trybunał Konstytucyjny ma kompetencję do oceny konstytucyjności aktu *„również z tego punktu widzenia, czy w jego przepisach nie brakuje unormowań, bez których, ze względu na naturę objętej aktem regulacji, może on budzić wątpliwości natury konstytucyjnej. Zarzut niekonstytucyjności może więc dotyczyć zarówno tego, co ustawodawca w danym akcie unormował, jak i tego, co w akcie tym pominął, choć postępując zgodnie z konstytucją powinien był*

unormować” (tak: Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 grudnia 1996 r. K. 25/95, źródło: LEX)” [uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 13].

W tym przypadku niekonstytucyjności art. 117 k.k.w. Skarżący upatruje w dwóch niedostatkach treściowych tego przepisu.

Po pierwsze, **w braku wskazania, jakie dowody sąd penitencjarny obowiązany jest przeprowadzić, orzekając w przedmiocie przymusowego objęcia skazanego uzależnionego od alkoholu (w razie braku jego zgody) odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją, i, po drugie, w braku normy pozwalającej na odstąpienie przez sąd penitencjarny od przymusowego stosowania wskazanych oddziaływań na skazanego** (*vide* - Konkluzja pkt VII. 2, uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 17).

Brak wskazania w art. 117 k.k.w. owych dowodów oraz brak w art. 117 k.k.w. zapisu umożliwiającego (w określonych wypadkach) odstąpienie przez sąd od orzekania o leczeniu lub rehabilitacji, jeżeli środki te są stosowane bez zgody skazanego uzależnionego od alkoholu, Skarżący uznaje za niezgodne z art. 47 i art. 41 ust. 1 **w związku** z art. 31 ust. 3 Konstytucji, a także **w związku** (o czym wcześniej już wspomiano) z zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa wynikającą z art. 2 Konstytucji.

1. Zarzut niezgodności art. 117 k.k.w. – „w zakresie, w jakim obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji pomimo braku zgody skazanego” – z art. 47 i art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Skarżący, tak samo jak przy zarzucie dotyczącym art. 117 k.k.w. „w zakresie, w jakim nie wskazuje zakresu oddziaływań leczniczych lub rehabilitacyjnych, które mogą być stosowane bez zgody skazanego” (*vide* - pkt II ppkt 1 niniejszego stanowiska), nie wykazał, dlaczego uznaje art. 117 k.k.w. – „w zakresie, w jakim przepis ten obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji pomimo braku zgody skazanego” – za niezgodny z art. 47 i art. 41 ust.

1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji, jako że nie przeprowadził wymaganego testu proporcjonalności ograniczenia praw określonych w art. 47 i art. 41 ust. 1 Konstytucji, poprzestając jedynie na ogólnikowym stwierdzeniu, że art. 117 k.k.w. przewiduje „ograniczenie wolności decydowania o swoim życiu w sposób nieproporcjonalny”.

Z tych względów postępowanie w sprawie kontroli zgodności art. 117 k.k.w. – „w zakresie, w jakim obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji pomimo braku zgody skazanego” – z art. 47 i art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji podlega umorzeniu na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym - wobec niedopuszczalności wydania orzeczenia.

2. Zarzut niezgodności art. 117 k.k.w. – „w zakresie, w jakim obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji pomimo braku zgody skazanego” – z art. 47 i art. 41 ust. 1 w związku z wynikającą z art. 2 Konstytucji zasadą ochrony zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa.

Według Skarżącego, źródłem wady konstytucyjnej art. 117 k.k.w. jest niedostatek treściowy tego przepisu.

Analizując cytowane wcześniej fragmenty uzasadnienia wspomnianego zarzutu, nie trudno jednak dostrzec, iż **Skarżący nie ma racji.**

Podnoszone przez Skarżącego pod adresem art. 117 k.k.w. wątpliwości konstytucyjne wynikają bowiem z **wadliwej wykładni tego przepisu dokonanej przez samego Skarżącego.**

Skarżący nie uwzględnił w stopniu dostatecznym, po pierwsze, wszystkich elementów treściowych art. 117 k.k.w. a, po drugie, pominął otoczenie normatywne tego przepisu.

Z treści art. 117 k.k.w. wcale przecież nie wynika, że sąd orzeka o przymusowym leczeniu przy spełnieniu przesłanek polegających **tylko na braku**

zgody oraz ustaleniu faktu uzależnienia skazanego od alkoholu lub środków odurzających bądź faktu zaburzenia skłonności seksualnych, jak przepis ten interpretuje Skarżący.

Wszak, zgodnie z literalnym brzmieniem tego przepisu, sąd penitencjarny w razie braku zgody skazanego orzeka o jego „przymusowym leczeniu” wtedy, gdy skazany jest nie tylko uzależniony od alkoholu, ale i, **jednocześnie, wymaga objęcia odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją.**

Jeżeli zatem nie ma potrzeby obejmowania skazanego uzależnionego od alkoholu odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją, to nie ma też potrzeby zarówno wyjednywania w tym zakresie zgody na oddziaływania specjalistyczne od samego skazanego, jak i, w razie braku jego zgody, wprowadzania przymusu leczenia lub rehabilitacji.

Z kolei to, jakie dowody i w jakim zakresie sąd penitencjarny uwzględnia przy orzekaniu w przedmiocie przymusowego leczenia lub rehabilitacji konkretnego skazanego uzależnionego od alkoholu, wynika nie tylko z przepisów wykonawczych regulujących procedurę kwalifikowania skazanych na karę pozbawienia wolności do określonych (trzech) systemów wykonywania tej kary (art. 81 i n. k.k.w.), ale również z przepisów regulujących zasady postępowania przed sądem penitencjarnym (art. 18 - 24 k.k.w.) oraz z przepisów Kodeksu postępowania karnego, które - w kwestiach nieuregulowanych w Kodeksie karnym wykonawczym - w postępowaniu wykonawczym stosuje się odpowiednio (art. 1 § 2 k.k.w.). Jedną z takich nieuregulowanych w Kodeksie karnym wykonawczym kwestii proceduralnych są przesłanki rozstrzygnięcia sądu penitencjarnego.

Zasady postępowania przed sądem penitencjarnym określone w Kodeksie karnym wykonawczym w powiązaniu z dyrektywą wyrażoną w art. 1 § 2 k.k.w. wskazują, przede wszystkim, na to, że sąd penitencjarny zawsze orzeka postanowieniem, które powinno zawierać, między innymi, rozstrzygnięcie z podaniem podstawy prawnej wraz z jego uzasadnieniem (art. 18 § 1 k.k.w. w związku z art. 98 § 1 k.p.k.), oraz na to, że **podstawę takiego postanowienia może**

stanowiąc tylko całokształt okoliczności ujawnionych w postępowaniu, mających znaczenie dla rozstrzygnięcia (art. 92 k.p.k.).

W ocenie K. Postulskiego, z treści art. 92 k.p.k. „[w]ynikają (...) wymogi, którym powinna odpowiadać treść uzasadnienia postanowienia. Wprawdzie przepisy nie określają tych wymogów, jednakże z istoty postanowienia wynika, że musi ono wskazywać przesłanki, którymi kierował się sąd je wydający. Uzasadnienie powinno zatem wyczerpująco wyjaśniać przede wszystkim podstawę faktyczną rozstrzygnięcia, a w miarę potrzeby wskazywać także przesłanki prawne. (...)

W żadnym przypadku uzasadnienie postanowienia nie może się sprowadzać jedynie do powtórzenia określeń i zwrotów ustawowych, nie może również poprzestać na wskazaniu zastosowanych przepisów. Musi ono wyjaśniać przyjęty sposób wykładni i zastosowania powołanych w nim przepisów” (K. Postulski, komentarz do art. 18 Kodeksu karnego wykonawczego, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1531991144134_816432468).

W kontekście przedmiotu orzekania sądu penitencjarnego w sprawie, na tle której sformułowano skargę konstytucyjną (przymusowe leczenie lub rehabilitacja skazanego uzależnionego od alkoholu), przez „okoliczności ujawnione w postępowaniu mające znaczenie dla rozstrzygnięcia” należy rozumieć, co wcześniej już sygnalizowano, przytaczając kontekst normatywny art. 117 k.k.w., w szczególności:

- okoliczności zawarte w aktach ewidencyjnych skazanego, w tym dane o jego osobie zebrane w toku postępowania sądowego przez sąd *meriti*,
- treść opinii sądowo - psychiatrycznej, opinii sądowo - psychologicznej lub opinii sądowo - seksuologicznej, jak również treść opinii lekarskiej, o ile opinie te w toku postępowania karnego zostały sporządzone,
- treść wywiadu środowiskowego o oskarżonym (podejrzanym), sporządzonego przez kuratora sądowego (lub inny uprawniony podmiot), o ile na tym etapie postępowania karnego wywiad taki został sporządzony,

- treść (obligatoryjnej) lekarskiej diagnozy uzależnienia skazanego od alkoholu,

- treść opinii psychologicznej o skazanym uzależnionym od alkoholu sporządzonej (obligatoryjnie) przed sformułowaniem wniosku o zakwalifikowanie go do odbywania kary w systemie terapeutycznym, zawierającej, między innymi, ustalenie, czy skazany w związku z uzależnieniem wyraża zgodę na objęcie leczeniem i rehabilitacją, oraz propozycję skierowania skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym lub poza oddziałem.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że sąd penitencjarny rozpoznający sprawę poddania skazanego uzależnionego od alkoholu przymusowemu leczeniu lub rehabilitacji nie będzie mógł pominąć opinii (lekarskich, psychologicznych, psychiatrycznych) wskazujących na to, że przymusowe oddziaływania na skazanego mogą zagrażać jego zdrowiu fizycznemu lub psychicznemu. Przede wszystkim jednak, gdyby przymusowe oddziaływania na skazanego uzależnionego od alkoholu rzeczywiście zagrażały jego zdrowiu, treść opinii psychologicznej o skazanym uzależnionym od alkoholu, sporządzanej **wszak zawsze** przed sformułowaniem wniosku o zakwalifikowanie go do odbywania kary w systemie terapeutycznym, **nie powinna zawierać** propozycji skierowania takiego skazanego do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w oddziale terapeutycznym lub poza oddziałem.

Trzeba też pamiętać, że sąd penitencjarny może zarządzić sprowadzenie skazanego na posiedzenie sądu, przy czym posiedzenie sądu może się także odbyć w zakładzie karnym, w którym skazany przebywa (art. 23 k.k.w.). Na owym posiedzeniu skazany sprowadzony przez sąd może powołać się na wskazania lekarskie (bądź inne) sprzeciwiające się obejmowaniu go działaniami leczniczymi lub rehabilitacyjnymi.

Ponadto, jeżeli ujawnią się nowe lub poprzednio nieznanne okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia, sąd penitencjarny może w każdym czasie zmienić lub uchylić poprzednie postanowienie (art. 24 § 1 k.k.w.). Jeżeli zatem okaże się, iż skazany uzależniony od alkoholu nie wymaga prowadzenia dalszych oddziaływań specjalistycznych albo oddziaływania te, z uwagi na stan zdrowia skazanego, nie mogą być kontynuowane, **nic nie stoi na przeszkodzie, aby sąd penitencjarny uchylił wcześniej wydane wobec tego skazanego postanowienie o przymusowym leczeniu lub rehabilitacji.**

Przy tym wszystkim trzeba jednak pamiętać, że leczenie i rehabilitacja skazanych uzależnionych od alkoholu *per se* nie stwarza niebezpieczeństwa dla ich zdrowia - wprost przeciwnie, tego rodzaju oddziaływania zawsze są ukierunkowane na efekt w postaci poprawy stanu zdrowia fizycznego i psychicznego skazanych.

Wszak leczenie i rehabilitacja skazanych uzależnionych od alkoholu (podobnie jak innych osób uzależnionych) sprowadza się, o czym wcześniej była mowa, **w gruncie rzeczy tylko do właściwej terapii**, która wymaga zawsze zastosowania określonego programu oddziaływania na problem uzależnienia od alkoholu u danego pacjenta, zaś programy terapeutyczne w obszarze alkoholizmu i problemów alkoholowych przyjmują bardzo różną postać i konkretne programy mogą różnić się poważnie w szczegółach. Programy te mogą mieć przede wszystkim charakter indywidualnych lub grupowych programów psychoterapii. **Ich podstawowym zadaniem jest rozwiązywanie problemów psychologicznych, a nie problemów związanych ze zdrowiem fizycznym, bo to właśnie niedostatki w psychice i zachowaniu człowieka leżą najczęściej u podłoża rozwoju problemów z alkoholem i uzależnienia odeń**, oraz stosowna przebudowa stylu życia mająca umożliwić i ułatwić utrzymanie abstynencji.

Niewątpliwie głównym celem podejmowania tego rodzaju działań wobec skazanych uzależnionych od alkoholu (także bez ich zgody) jest, podobnie jak w przypadku innych osób uzależnionych od alkoholu), o czym też wcześniej była

mowa, zatrzymanie choroby alkoholowej i rehabilitacja, powrót skazanego do równowagi psychicznej i normalnego pełnienia ról społecznych, a więc powrót do normalnego funkcjonowania indywidualnego i społecznego. Nie sposób nie zauważyć, iż cele te są zbieżne z celami resocjalizacyjnymi kary pozbawienia wolności, określonymi w art. 67 § 1 k.k.w.

Reasumując, należy stwierdzić, że art. 117 k.k.w. - w zakresie, w jakim obliguje sąd do zastosowania leczenia lub rehabilitacji skazanego uzależnionego od alkoholu w razie braku zgody skazanego na takie leczenie lub rehabilitację wówczas, gdy skazany uzależniony od alkoholu wymaga objęcia go odpowiednim leczeniem lub rehabilitacją - jest zgodny z art. 47 i art. 41 ust. 1 w związku z wynikającą z art. 2 Konstytucji zasadą ochrony zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa.

Z tych wszystkich względów wnoszę jak na wstępie.

z upoważnienia
Prokuratora Generalnego

Robert Hernand
Zastępca Prokuratora Generalnego