

*Karanie użytkowników narkotyków nadal w większości przypadków jest nastawione na represję karną aniżeli oddziaływania terapeutyczne, profilaktyczne i edukacyjne. Humanizacja prawa narkotykowego, wprowadzając rozwiązania prozdrowotne, alternatywne do karania, miała na celu wypracowanie standardów w postępowaniu karnym, które gwarantowałyby sprawcom przestępstw narkotykowych skorzystanie w pierwszej kolejności z tych mechanizmów. Dopiero, gdy te oddziaływania zawiodą, nie są wykorzystywane lub nie roszą na przyszłość, należy sięgać po środki karne.*

## POMIĘDZY REPRESJĄ, PROFILAKTYKĄ I TERAPIĄ. POLITYKA NARKOTYKOWA W POLSCE – KONTEKST PRAWNY, SPOŁECZNY I ZDROWOTNY. CZĘŚĆ III

Paulina Celińska-Chomiuk

Prawniczka, Fundacja Praesterno

Program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych Stowarzyszenie JUMP '93

### **Bezwzględna kara pozbawienia wolności**

Kara pozbawienia wolności jest najbardziej restrykcyjną reakcją państwa na przestępstwo, jednak w kontekście polityki narkoty-

kowej powoduje poważne szkody społeczne, psychiczne i moralne. Skazani to najczęściej użytkownicy narkotyków i drobni handlarze, a także osoby uzależnione. W przypadku młodych osób skazywanych za przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii<sup>1</sup>

mamy do czynienia z realną stygmatyzacją i marginalizacją społeczną. Jak pokazuje statystyka, kara pozbawienia wolności dotyka szczególnie tych, których najłatwiej zdiagnozować, czyli okazjonalnych konsumentów, osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych i szkodliwie ich używających. Czyli sprawców, którzy z powodu używania środków odurzających i problemów z tym związanych dopuszczają się przestępstw narkotykowych wielokrotnie, często złapani na „gorącym uczynku” w trakcie rutynowej kontroli. Według danych z Ministerstwa Sprawiedliwości w 2015 roku policja stwierdziła 46 431 przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zakończonych w postępowaniach przygotowawczych, a w 2016 roku 51 323. Wskaźniki wykrywalności sprawców przestępstw narkotykowych stwierdzonych przez policję to 96,0 dla 2015 roku i 96,1 dla 2016 roku<sup>2</sup>.

Humanizacja polityki karania za posiadanie narkotyków miała przede wszystkim stworzyć podstawy tego, by w stosunku do tej kategorii sprawców zaczęto stosować rozwiązania alternatywne do karania o charakterze terapeutycznym i leczniczym, a także probacyjne. I chociaż polski system karny wyraźnie wskazuje katalog tzw. przestępstw narkotykowych (art. 53-68 u.p.n.), nadal mamy do czynienia z faktycznym stosowaniem represji karnej za używanie narkotyków, które nie jest czynem stypizowanym w ustawie. Te oraz inne zachowania, np. posiadanie małych ilości na własny użytek, nadal podlegają sankcji karnej, natomiast rozwiązania alternatywne do kary pozbawienia wolności są stosowane w bardzo małym zakresie.

W 2015 roku policja i prokuratura stwierdziła i zakończyła w postępowaniach przygotowawczych 46 819 przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a w 2016 roku było to 51 602 sprawy<sup>3</sup>. Natomiast w 2017 roku zarejestrowano 64 575 przestępstw stwierdzonych za naruszenie u.p.n. Najwięcej przestępstw (39 388, 61%) dotyczyło art. 62 (posiadanie narkotyków). Następnie 12 811 przestępstw (20%) dotyczyło art. 59 (handel), a 6632 sprawy (10%) stanowiły czyny z art. 58 (udzielanie). W 2017 roku odnotowano wzrost liczby podejrzanych z ustawy do 30 121 osób (29 434 osoby w 2016 roku). Najwyższy odsetek stanowili podejrzani z art. 62 – 83%, na drugim miejscu podejrzani z art. 59 – 5%<sup>4</sup>.

W 2015 roku ogółem skazano 16 403 osoby za przestępstwa narkotykowe, 8303 osoby otrzymały karę w zawieszeniu, natomiast 1820 osób skazano na karę bezwzględnego pozbawienia wolności. Najczęściej orzekany wymiar kar to jeden rok pozbawienia wolności – 1612 z zawieszeniem i 232 bez zawieszenia. Natomiast w 2016 roku ogółem skazano 19 446 osób, z których 5639 otrzymało karę w zawieszeniu, a 2257

osób skazano na karę bezwzględnego pozbawienia wolności. Najczęściej orzekany wymiar kar to także jeden rok pozbawienia wolności – 1886 z zawieszeniem i 417 bez zawieszenia. Z kolei w 2017 roku prawomocnie skazano 17 603 osoby, 3962 z nich otrzymało karę w zawieszeniu, a 2668 bezwzględnie pozbawiono wolności. Również i w tym roku dominował jeden rok pozbawienia wolności – 1718 z zawieszeniem i 522 bez zawieszenia<sup>5</sup>. Warto dodać, że kolejne, najczęściej orzekane wymiary kary pozbawienia wolności to – od jednego roku do 2 lat i 6 miesięcy (dla ww. lat).

Jak pokazuje powyższa analiza, poziom kryminalizacji użytkowników narkotyków jest nadal dość wysoki, dotyka sprawców drobnych przestępstw narkotykowych, wobec których nadużywa się kary więzienia lub stosuje niewspółmiernie surowe sankcje. Warto także odwołać się do kolejnego problemu, jakim jest fakt, że najwyższy odsetek osób, które podejmowały leczenie, zgłasza problemy z marihuaną jako przyczynę rozpoczęcia leczenia z powodu uzależnienia<sup>6</sup>. A jak powszechnie wiadomo, największa liczba postępowań i skazań dotyczy właśnie posiadania konopi. Kwestia marihuany od dłuższego czasu stanowi „trzon” burzliwych dyskusji wokół całego problemu narkotyków, narkomanii i kryminalizacji. W obecnym stanie wydaje się, że karanie za posiadanie w polskim systemie przebiega jednotorowo. Choć istnieją przesłanki, by różnicować odpowiedzialność karną, taka praktyka jest bardzo rzadka. Nils Christie dobitnie ukazuje paradoks irracjonalnego dobierania przez władzę dogodnych przestępstw<sup>7</sup>. Odzwierciedleniem tego jest dobieranie „dogodnych wrogów”<sup>8</sup>. Jednym z nich jest marihuana, a konkretnie jej posiadanie. Cały proceder zaostrenia prawa karnego miał być wymierzony przeciwko handlarzom narkotyków, tymczasem stał się narzędziem represji karnej skierowanej wobec użytkowników, młodych ludzi okazjonalnie/szkodliwie używających marihuany. Co więcej, znaczną część populacji więziennej stanowią osoby uzależnione od narkotyków, które dopuszczają się drobnych przestępstw narkotykowych lub innych związanych z uzależnieniem wielokrotnie, co nadaje im status recydywisty. Wobec tego każda kolejna sprawa karna zaostrza sankcję, a to powoduje, że osobie uzależnionej bardzo trudno uzyskać rozwiązanie alternatywne do kary pozbawienia wolności. Dodatkowo w warunkach izolacji penitencjarnej właściwe i skuteczne leczenie nie jest możliwe, nie przynosi pożądanego rezultatu i nie zabezpiecza najważniejszych wskazań terapeutycznych. Długi czas oczekiwania na terapię i niewystarczająca liczba programów leczenia uzależnień to tylko niektóre z obecnych problemów więziennictwa.

Te oraz wiele innych problemów związanych z nieefektywną polityką narkotykową wskazuje, że od dawna postulowane rekomendacje nie doczekały się pełnej implementacji. Zmiana podejścia do problemu narkotyków i narkomanii, a co za tym idzie postępowania z użytkownikami miała ograniczyć stosowanie wobec nich represji karnoprawnych na rzecz oddziaływań z zakresu polityki zdrowotnej. Jednak nadal przeciwdziałanie narkomanii i problemów z tym związanych mierzone jest ilością wykrytych przestępstw, wagą skonfiskowanych substancji, liczbą skazanych czy wysokością kar. Konfrontacja zapisów prawa z błędną, nieadekwatną praktyką ukazuje paradoks obecnego kształtu polityki narkotykowej w Polsce. Rozwiązania alternatywne dla kar za przestępstwa narkotykowe, mogą być stosowane nie tylko na etapie postępowania sądowego, a także już po skazaniu, ale nadal pozostają przepisami martwymi, niezależnie od tego, że wszelkie przesłanki są spełnione. Tu należy zadać pytanie: czy w tak funkcjonującym porządku prawnym można mówić o przemyślanej i racjonalnej polityce narkotykowej zorientowanej na działania edukacyjne, profilaktyczne, probacyjne, terapeutyczne i lecznicze?

### **Art. 71 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii**

Przepis ten wprowadza szczególne rozwiązanie, zgodne z zasadą „leczyć zamiast karać”, które jako jedno z niewielu działań prozdrowotnych umożliwia osobie skazanej podjęcie leczenia lub rehabilitacji przed wykonaniem kary pozbawienia wolności. Tym samym zawieszając wykonanie sankcji na czas leczenia w odpowiednim podmiocie leczniczym. Z punktu widzenia aktualnych rozwiązań kodeksowych ten artykuł jest precedensowy, wyznacza bowiem nowe podejście w realizacji celów polityki zdrowotnej, która w myśl ustawodawcy ma stanowić integralną część polityki narkotykowej w Polsce. Stanowi ponadto pewnego rodzaju kompromis, łącząc dwa odmienne profile postępowania z użytkownikami narkotyków popełniającymi przestępstwa w związku z uzależnieniem/szkodliwym używaniem – represyjne i terapeutyczno-lecznicze. W przypadku orzeczenia kary pozbawienia wolności w zawieszeniu sąd obligatoryjnie orzeka o leczeniu lub rehabilitacji skazanego, a ponadto oddaje go pod dozór wyznaczonego podmiotu. Jednym z warunków zastosowania tej alternatywy jest zgoda skazanego na podjęcie terapii, co oczywiście nasuwa wniosek, że nieodłącznym komponentem takiego działania powinno być włączenie do sprawy specjalisty terapii uzależnień, który taką zgodę uzyskalby w trakcie stosownych

badania i wywiadu z oskarżonym. Taka kolejność gwarantowałaby właściwe wykorzystanie tej alternatywy zdrowotnej, tymczasem w wielu sprawach diagnoza oskarżonego w ogóle nie ma miejsca. W takim przypadku sąd, zawieszając wykonanie kary, nie ma gwarancji, że skazany podejmie właściwe leczenie, może przecież nie wyrazić zgody na terapię, wobec tego taką ewentualność należy ustalić przed orzeczeniem tego środka. Ta sama zasada dotyczy ust. 3 art. 71, w myśl którego sąd, orzekając karę bezwzględnej pozbawienia wolności, może umieścić osobę uzależnioną przed wykonaniem tej kary w odpowiednim podmiocie leczniczym, przy czym decyzja sądu w tym przypadku jest fakultatywna, a skazany także musi wyrazić zgodę na leczenie. Czas leczenia nie może być dłuższy niż 2 lata, natomiast w zależności od zakładu leczniczego może być prowadzone ambulatoryjnie lub stacjonarnie. Tu należy zwrócić uwagę na fakt, że środek orzeczony na podstawie art. 71 powinien być wykonywany w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej. Rozporządzenie z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych<sup>9</sup> nie wskazuje wprost takich zakładów, ani też nie zawiera listy tego typu podmiotów. Odwołuje się po prostu do pojęcia zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego leczenie lub rehabilitację osób uzależnionych, który określa mianem zakładu (§ 1 ust. 2). Wobec tego, analizując art. 71, należy rozdzielić dwa rodzaje leczenia – dla ust. 1 będą to w zasadzie wszystkie podmioty realizujące terapię ambulatoryjnie, a dla ust. 3 będą to placówki prowadzące leczenie odwykowe w warunkach zamkniętych. Na taki podział wskazuje fakt, że zawieszając wykonanie kary pozbawienia wolności, sąd jednocześnie oddaje skazanego pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia. Natomiast orzekając bezwzględną karę pozbawienia wolności, sąd takiego dozoru nie stosuje, bowiem środek zabezpieczający ma być po prostu wykonywany w warunkach zbliżonych do odbywania kary w zakładzie, w tym znaczeniu chodzi o ośrodki leczenia uzależnień o charakterze zamkniętym. Co więcej, okres pobytu w zakładzie leczenia odwykowego liczony jest na poczet orzeczonej kary pozbawienia wolności<sup>10</sup>. Należy także pamiętać, iż w zależności od okoliczności danej sprawy, np. dostępności oferty leczniczej w danym regionie, sąd może dla celów zdrowotnych i rehabilitacyjnych zaakceptować nieznaczne modyfikacje w zakresie wybranej formy leczenia i jego miejsca. Środek alternatywny przewidziany w art. 71 może być także realizowany w warunkach stacjonarnych, w podmiocie leczniczym, który nie

ma charakteru zamkniętego<sup>11</sup>. Co do zasady leczenie lub rehabilitacja osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych na karę pozbawienia wolności prowadzone są w zakładzie wskazanym w orzeczeniu sądu. Jednak nic nie stoi na przeszkodzie, by skazany sam wskazał podmiot, w którym chciałby podjąć leczenie. W przypadku ust. 3 art. 71 jest to nawet pożądane, ponieważ uzyskanie przez niego zaświadczenia o zakwalifikowaniu na terapię czy zagwarantowanym miejscu leczenia stanowi promesę przyjęcia do ośrodka w przypadku pozytywnej decyzji sądu w tym przedmiocie. Wobec tego taka aktywność ze strony skazanego, zadbanie o swoje przyjęcie na odpowiednie leczenie, może być gwarantem skorzystania z alternatywy leczniczej wskazanej w art. 71 ust. 3, którą sąd może, ale nie musi stosować.

### Art. 73a – przerwa w karze na czas leczenia

Przepis art. 73a umożliwia udzielenie skazanemu przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności w celu podjęcia leczenia lub rehabilitacji. Przy czym muszą być spełnione wszystkie poniżej wskazane warunki:

- przemawiają za tym względy lecznicze i wychowawcze,
- skazany:
  - jest osobą uzależnioną od środków odurzających lub substancji psychotropowych,
  - odbywa karę pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione w związku z używaniem narkotyków,
  - wykaże, że ma zagwarantowane miejsce leczenia lub rehabilitacji w odpowiednim podmiocie leczniczym odpowiadającym jego potrzebom terapeutycznym,
  - wraza zgodę na leczenie,
  - do końca odbycia kary pozbawienia wolności zostało nie więcej niż 2 lata.

Nowelizacja ustawy wprowadziła wiele rozwiązań z zakresu polityki zdrowotnej, te szczególne środki probacyjne umożliwiają także podjęcie leczenia lub rehabilitacji już po skazaniu w trakcie odbywania kary – poza zakładem karnym. Pozwala to na zniwelowanie obecnych niedoborów więziennictwa w zakresie dostępnych programów leczenia uzależnień, a także gwarantuje utrzymanie i kontynuowanie procesu terapeutycznego rozpoczętego na wolności. W zasadzie wniosek o przerwę w odbywaniu kary można złożyć od razu, takie podejście uzasadnia fakt przerwania leczenia, bardzo długi czas oczekiwania na terapię w więzieniu, a także ograniczone formy leczenia. Terapia substytucyjna jest prowadzona w każdej

jednostce penitencjarnej, a liczba miejsc nie jest limitowana. Natomiast w całym kraju jest 16 oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych o łącznej liczbie miejsc 607. Czas oczekiwania osadzonego na miejsce w zakładzie karnym z oddziałem terapeutycznym aktualnie wynosi średnio ok. 14 miesięcy dla osób uzależnionych od narkotyków<sup>12</sup>. Powszechnym problemem więziennictwa jest także niewystarczająca liczba miejsc na oddziałach terapeutycznych, tak więc nie każdy zdiagnozowany więzień ma szansę na udział w 6-miesięcznym cyklu terapii uzależnień. Obejmowany jest zamiast tego tzw. krótką interwencją. Zgodnie z § 22 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 roku w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>13</sup> w przypadku skazanego uzależnionego, skierowanego do systemu terapeutycznego poza oddziałem terapeutycznym, indywidualny program terapeutyczny polega na zastosowaniu krótkiej interwencji lub terapii krótkoterminowej. Krótka interwencja obejmuje co najmniej 3-5 sesji z psychologiem penitencjarnym, podczas których następuje autodiagnozowanie problemu u osadzonego, udzielenie mu podstawowych informacji na temat uzależnienia, negatywnych skutków dalszego zażywania substancji psychoaktywnej oraz wzbudza się motywację do podjęcia leczenia po opuszczeniu jednostki penitencjarnej. Terapia krótkoterminowa obejmuje co najmniej 10 sesji, w tym program krótkiej interwencji. Jak wskazano w odpowiedzi na interpelację, liczba osadzonych, u których zdiagnozowano uzależnienie od alkoholu lub narkotyków w 2017 roku, wynosiła ok. 21 600 na 73 807 wszystkich osadzonych. Przeszkody w podjęciu właściwego leczenia podczas odbywania kary pozbawienia wolności związane są przede wszystkim z czasem oczekiwania na terapię, niewystarczającą liczbą miejsc na oddziałach terapeutycznych, a także z wymiarem kary. Szczególna sytuacja dotyczy osób osadzonych w aresztach śledczych, skazani mają tu możliwość terapii, są kierowani do odpowiedniego oddziału terapeutycznego, chyba że termin końca kary uniemożliwia realizację terapii, wtedy osadzonego obejmuje się krótką interwencją. Natomiast wobec osób tymczasowo aresztowanych realizowany jest proces diagnozy uzależnienia, a dopiero po uprawomocnieniu się wyroku skazującego kierowani są na terapię.

W 2018 roku 3172 skazanych zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych przebywało na tych oddziałach, z czego 512 osób to uzależnieni od środków odurzających lub psychotropowych. Natomiast 854 osoby mimo zakwalifikowania do oddziału terapeutycznego przebywało poza

tymi oddziałami, z czego 169 stanowiły osoby uzależnione<sup>14</sup>. Główne przyczyny tego stanu rzeczy to przede wszystkim trwające w tym czasie leczenie skazanego i związane z tym hospitalizacje/inne zabiegi, toczące się postępowania w innych sprawach lub oczekiwanie na transport. Warto dodać, że tzw. inne przyczyny przebywania poza oddziałem terapeutycznym wskazane w statystyce CZSW to aż 522 przypadki. Wydaje się, że pod tym pojęciem kryją się nie leczenia poza zakładem karnym i skraca „kolejki” oczekujących na miejsce w oddziale terapeutycznym. Przerwa w karze na czas leczenia jest jednym z nielicznych rozwiązań prozdrowotnych przeznaczonych dla osób odbywających karę za przestępstwa popełnione w związku z używaniem środków odurzających. Co więcej, jest rozwiązaniem korzystniejszym, skazani z krótkim wymiarem kary mogą korzystać z tego przepisu od razu, a przy dłuższym pozbawieniu wolności mogą uzyskać przerwę zanim nabędą uprawnienia do warunkowego przedterminowego zwolnienia. Po wykorzystaniu przerwy w karze sąd penitencjarny, uwzględniając wyniki leczenia, warunkowo zwalnia skazanego z odbycia reszty kary, niezależnie od tego, czy są spełnione przesłanki z art. 78 k.k.<sup>15</sup>.

## System dozoru elektronicznego

Karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego wykonuje się jako dozór stacjonarny<sup>16</sup>, łącznie muszą być spełnione następujące warunki:

- kara pozbawienia wolności nie przekracza roku,
- przestępstwo nie zostało dokonane w warunkach recydywy wielokrotnej<sup>17</sup>,
- jest to wystarczające do osiągnięcia celów kary,
- skazany ma miejsce stałego pobytu,
- osoby pełnoletnie mieszkające z nim wyraziły zgodę na SDE<sup>18</sup>,
- warunki techniczne nie stoją na przeszkodzie odbywania kary w tym systemie<sup>19</sup>.

W ramach dozoru skazany jest zobowiązany pozostawać we wskazanym przez sąd miejscu w wyznaczonym czasie, odbierać połączenia przychodzące do rejestratora stacjonarnego, umożliwić sądowemu kuratorowi zawodowemu wejście do mieszkania, gdzie zainstalowano rejestrator oraz udzielać osobom upoważnionym wyjaśnień przy użyciu rejestratora. Sąd penitencjarny określa przedziały czasu w ciągu doby i w poszczególnych dniach tygodnia, w których skazany ma prawo oddalić się z miejsca stałego pobytu lub innego wskazanego miejsca na okres nieprzekraczający 12 godzin dziennie, w szczególności w celu:

- świadczenia pracy,
- wykonywania praktyk religijnych,
- sprawowania opieki nad osobą małoletnią, niedołązną lub chorą,
- kształcenia,
- udziału w zajęciach kulturalno-oświatowych/sportowych,
- komunikowania się z obrońcą, pełnomocnikiem oraz wybranym przez siebie przedstawicielem<sup>20</sup>,
- komunikowania się z podmiotami, których celem jest uczestnictwo w wykonywaniu orzeczeń, pomoc w readaptacji skazanych, a także Fundusz Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej,
- utrzymywania więzi z rodziną lub innymi, bliskimi osobami,
- dokonania niezbędnych zakupów.

W sytuacji uzasadnionej względami zdrowotnymi, rodzinnymi lub osobistymi kurator sądowy może zezwolić skazanemu na opuszczenie miejsca wykonywania dozoru stacjonarnego na okres nieprzekraczający jednorazowo 7 dni. Wobec skazanego, który nie powrócił w określonym czasie, uchyla się zezwolenie na odbycie kary pozbawienia wolności w SDE. Ponadto sąd penitencjarny cofa zgodę na dozór, jeżeli skazany nie zgłosi w odpowiednim terminie gotowości do instalacji środków technicznych, uchyla się od niezwłocznego zainstalowania rejestratora/założenia nadajnika, naruszy porządek prawny/popełni przestępstwo lub uchyla się od nałożonych obowiązków. W tych przypadkach skazany jest doprowadzany do zakładu karnego, zaś ponowne złożenie wniosku o odbycie kary w tym systemie, w tej samej sprawie jest niedopuszczalne. Ta alternatywa jest szczególnie ważna dla osób uzależnionych, które przerywają obecną terapię i proces readaptacji społecznej. Umożliwia nawiązanie ponownego kontaktu z terapeutą i powrót do wymaganej formy leczenia. W innych przypadkach dla wielu skazanych to jedyna możliwość zadbania o dotychczasowe potrzeby rodziny i zachowania aktywności zawodowej. Jednak obostrzenie dotyczące wymiaru kary znacznie zawęży liczbę skazanych, którzy mogą starać się o dozór. Co więcej, wielu uzależnionych sprawców przestępstw to osoby bezdomne, które znajdują się pod opieką organizacji pozarządowych prowadzących hostele, noclegownie, schronienia. W takim wypadku założenie rejestratora jest niemożliwe. Stowarzyszenia czy inne podmioty niechętnie zgadzają się na taki monitoring w miejscu pracy placówki, tym bardziej trudna do uzyskania byłaby w takim wypadku zgoda od wszystkich jej mieszkańców.

Koszt za odbywanie kary przez jednego skazanego w SDE wynosi 10,86 zł/doba, średniomiesięcznie 331 zł, czyli 8-krotnie

mniej niż koszty związane z wykonywaniem kary izolacyjnej, które wynoszą ok. 3100 zł miesięcznie. W 2016 roku wykorzystano zaledwie 22% miejsc do odbywania kary w tym systemie, podczas gdy do dyspozycji pozostawało 12 500 miejsc na dobę<sup>21</sup>. W 2017 roku 35 tys. skazanych złożyło wnioski o SDE, a w 2018 roku 37 tys. osób (5 tys. uzyskało pozytywną decyzję sądu w tej sprawie<sup>22</sup>). Sądy penitencjarne udzielają zezwolenia jedynie co trzeciemu skazanemu, co stanowi około 30% osób, które mogłyby odbywać karę w ten sposób<sup>23</sup>. Brak jest natomiast konkretnych danych pozwalających określić, jaki procent skazanych występujących z wnioskiem o SDE stanowią osoby uzależnione.

Uzależnienia to jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego, choć Polska coraz pewniej podąża w kierunku prozdrowotnej, racjonalnej polityki narkotykowej, to potencjał oddziaływania leczniczego nie jest wykorzystywany w pełni. Dotyczy to zarówno poszczególnych segmentów leczenia uzależnień, jak i alternatyw leczniczych przewidzianych w prawie karnym. Karanie użytkowników narkotyków nadal w większości przypadków jest nastawione na represję karną aniżeli oddziaływania terapeutyczne, profilaktyczne i edukacyjne. Humanizacja prawa narkotykowego, wprowadzając rozwiązania prozdrowotne, alternatywne do karaniam, miała na celu wypracowanie standardów w postępowaniu karnym, które gwarantowałyby sprawcom przestępstw narkotykowych skorzystanie w pierwszej kolejności z tych mechanizmów. Dopiero, gdy te oddziaływania zawiodą, nie są wykorzystywane lub nie rokują na przyszłość, należy sięgać po środki karne. Tymczasem rozwiązania powszechne, np. odroczenie kary, warunkowe zawieszenie wykonania kary, przedterminowe zwolnienie, dozór elektroniczny i alternatywy dedykowane osobom uzależnionym/szkodliwie używającym narkotyków (np. powołanie w procesie specjalisty terapii uzależnień, zawieszenie postępowania na czas leczenia, zawieszenie kary pozbawienia wolności na czas leczenia, przerwa w karze na czas leczenia) – są wykorzystywane stosunkowo rzadko lub wcale. Wnioski płynące z innych państw jasno wskazują, że właściwe reakcje pomocowe wydłużają życie, redukują wykluczenie społeczne i skutecznie obniżają odsetek przestępstw popełnianych w związku z uzależnieniem. Rozsądnym wydaje się zatem identyfikowanie zażywania narkotyków i spraw z tym związanych w kategoriach problemu zdrowotnego i karnego, dopiero wtedy wielosektorowe oddziaływania pozwolą na wypracowanie równowagi tych dwóch systemów reakcji. Rewizja prawa narkotykowego powinna faktycznie wpłynąć na rozwój alternatywnych sposobów postępowania prawnego wobec osób popełniających przestępstwa narkotykowe, zwłaszcza

że istnieje wiele programów gwarantujących użytkownikom narkotyków udział w odpowiednich formach leczenia. Jedyną odpowiedzią na kryzys w dziedzinie zdrowia publicznego wynikający z problemów narkotykowych jest wdrażanie polityki alternatywnej wobec tej opartej na prohibicji. Takie podejście ukształtuje standardy współpracy wymiaru sprawiedliwości z resortem zdrowia, a działania prozdrowotne będą stanowić jeden z dwóch równoprawnych elementów polityki narkotykowej. Skuteczna strategia ograniczania popytu na narkotyki, przeciwdziałania uzależnieniom i rozwiązywania problemów karnych z tym związanych powinna opierać się na ochronie zdrowia, a człowiek uzależniony powinien być traktowany jak pacjent, a nie przestępca.

## Przypisy

- 1 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. 2005, Nr 179, poz. 1485, z późn. zm., dalej jako u.p.n.
- 2 „Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej”, Warszawa 2017, s. 152.
- 3 Ibidem, s. 150.
- 4 „Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2018, s. 22.
- 5 „Statystyka sądowa – Prawomocne osądzania osób dorosłych w latach 2013-2017 (a także osądzania w I instancji sądów powszechnych 2018)”, J. Kowalczyk (red.), Departament Strategii i Funduszy Europejskich, Warszawa 2019, s. 36.
- 6 „Raport o stanie...”, op. cit., s. 8.
- 7 N. Christie, „Dogodna ilość przestępstw”, Warszawa 2004, s. 110.
- 8 N. Christie, „Dogodni wrogowie” (w:) M. Fajst, M. Płatek (red.), „W kręgu kryminologii romantycznej”, Warszawa 2004, s. 99-112.
- 9 Dz.U. 2006, Nr 239, poz. 1738.
- 10 Art. 63 k.k.
- 11 Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 maja 2014 r., III KK 460/13.
- 12 Odpowiedź na interpelację nr 25147 w sprawie osób uzależnionych i zapewnienia im odpowiednich warunków do terapii z 23 października 2018 roku, <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=B5UHPZ>.
- 13 Dz.U. 2013, poz. 1967.
- 14 „Roczna informacja statystyczna za rok 2018”, Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej, file:///C:/Users/User/Downloads/rok%202018.pdf.
- 15 Przesłanki warunkowego przedterminowego zwolnienia: odbycie 1/2 kary, 2/3 kary (recydywa zwykła), 3/4 (recydywa wielokrotna), 15 lat kary (25 lat pozbawienia wolności), 25 lat kary (dożywocie).
- 16 Kontrola przebywania skazanego w określonych dniach tygodnia i godzinach we wskazanym przez sąd miejscu.
- 17 64 § 2 k.k.
- 18 Jeżeli skazany zamieszkuje wspólnie z inną osobą lub osobami pełnoletnimi, warunkiem rozpoczęcia dozoru stacjonarnego jest uprzednia pisemna zgoda tych osób złożona do sądu, obejmująca także umożliwienie podmiotowi dozoru przeprowadzenie czynności kontrolnych. Cofnięcie zgody po wydaniu postanowienia o udzieleniu skazanemu zezwolenia na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego jest nieskuteczne (art. 43h § 3 k.k.w.).
- 19 Art. 43la k.k.w.
- 20 Osoba godna zaufania, np. przedstawiciel organizacji, fundacji, stowarzyszenia.
- 21 <https://nawokandzie.ms.gov.pl/numer-29/aktualnosci-numer-29/system-dozoru-elektronicznego-w-praktyce.html>.
- 22 <https://www.rp.pl/Prawo-karne/305299917-Nowelizacja-prawa-karnego-dozor-elektroniczny-bardziej-powszechny.html>.
- 23 K. Daniel, „System dozoru elektronicznego – praktyka stosowania”, Security, Economy & Law Nr 1/2019 (XXII), (16-34) DOI: 10.24356/SEL/22/2, s. 17; [http://security-economy-law.pl/wpcontent/uploads/2019/04/SEL\\_22\\_16-34.pdf](http://security-economy-law.pl/wpcontent/uploads/2019/04/SEL_22_16-34.pdf).