

*Akty ustawodawcze dotyczące problematyki narkomanii, począwszy od ustawy o zapobieganiu narkomanii z roku 1985 aż po ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 2005, przyjęły pewien specyficzny model regulacji zagadnień związanych ze zjawiskiem narkomanii.*

# PRAWNOKARNE PRZEPISY USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII A KODEKS KARNY

Krzysztof Krajewski  
Katedra Kryminologii  
Uniwersytet Jagielloński

Ten model sprowadza się do objęcia jednym aktem prawnym wszystkich kwestii związanych z przeciwdziałaniem używaniu w celach niemedycznych lub niezwiązanych z badaniami naukowymi substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Oznacza to, że ustawa o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku, a następnie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku miały z punktu widzenia rodzaju zawartych w nich norm prawnych mieszany charakter: przytłaczającą większość regulacji stanowiły normy o charakterze regulacyjnym, administracyjnoprawnym, z których wiele miało konsekwencje dla odpowiedzialności karnej. Poza tym jednak ustawy te zawierały zawsze osobny, obszerny rozdział z regulacjami o charakterze stricte prawnokarnym. Rozdział ten zawierał nie tylko definicje przestępstw polegających na naruszeniu różnego rodzaju zakazów i nakazów ustanowionych przez przepisy administracyjne ustawy, ale także przepisy dotyczące szczególnych zasad stosowania wobec sprawców przestępstw będących użytkownikami substancji psychoaktywnych lub uzależnionymi od nich, pewnych środków oddziaływania prawnokarnego o charakterze leczniczym, z których niektóre przewidziane są także przez kodeks karny. Chodzi tutaj o szczególne regulacje dotyczące stosowania tzw. środków zabezpieczających o charakterze leczniczym oraz środków o charakterze probacyjnym. W obowiązującej ustawie z roku 2005 jest to rozdział 7, obejmujący art. 53-74. Jest to więc istotna objętościowo część ustawy.

Taki model jest przyjmowany w wielu krajach Europy (Austria, Holandia, Niemcy, Szwajcaria, Włochy, Zjednoczone Królestwo). Ale nie jest to model jedyny. Na przykład przed rokiem 1985 w Polsce większość kwestii administracyjnoprawnych w zakresie narkomanii uregulowana była w Ustawie z 8 stycznia 1951 r. o środkach farmaceutycznych

i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz.U.1951.1.4). Przepisy prawnokarne zawarte były natomiast w kodeksie karnym (z 1932 roku, a następnie z roku 1969). Takie rozdzielenie na „branżowych” zasadach materii legislacyjnej dotyczącej narkomanii ma miejsce w wielu krajach Europy (Belgia, Czechy, Hiszpania, Francja, Słowacja, Węgry). Każdy z tych modeli ma swoje zalety i wady. Zaletą regulacji kompleksowej jest to, że wszystko, co dotyczy materii związanej z narkotykami i narkomanią, jest skoncentrowane w jednym miejscu. Ponieważ polityka narkotykowa ma charakter „interdyscyplinarny”, „międzyresortowy”, bo obejmuje działania z zakresu polityki zdrowotnej i społecznej oraz z zakresu polityki kryminalnej, taka regulacja w jednym akcie prawnym ma głęboki sens. Wymaga to jednak także starannej koordynacji postanowień zawartych w takiej ustawie z regulacjami kodeksu karnego. W kraju mającym kłopoty ze standardami dobrej legislacji, a w Polsce problemy w tym zakresie narastają od lat, może to prowadzić do rozmaitych kłopotów. Poniżej przedstawię kilka przykładów wskazujących na brak koordynacji regulacji kolejnych polskich ustaw dotyczących narkomanii po roku 1990 z regulacjami kodeksów karnych.

## Dualizm uregulowań

Polskie kodeksy karne zawierały zawsze regulacje dotyczące tzw. środków zabezpieczających. Dotyczy to także obowiązującego kodeksu z roku 1997. Chodzi o specjalne środki stosowane zamiast lub obok kary wobec pewnych specyficznych kategorii sprawców przestępstw. Takim najważniejszym środkiem jest tzw. detencja psychiatryczna, stosowana wobec sprawców niepoczytalnych. Ale specjalne środki stosowane są także wobec sprawców o ograniczonej

poczytalności oraz sprawców uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Kodeks karny z roku 1969 zawierał w tym ostatnim zakresie regulacje dotyczące izolacyjnego środka zabezpieczającego o charakterze leczniczym, orzekanego wobec sprawców uzależnionych od alkoholu lub narkotyków obok kary bezwzględniego pozbawienia wolności. Przewidywał także specjalne przepisy dotyczące szczególnych środków probacyjnych o charakterze leczniczym stosowanych wobec takich sprawców w przypadku orzeczenia kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. W roku 1985 ustawa o zapobieganiu narkomanii (u.o.z.n.) wprowadziła w tym zakresie szczególne uregulowania w odniesieniu do osób uzależnionych od narkotyków. Oznaczało to zapoczątkowanie swoistego dualizmu rozwiązań w tym zakresie. Odrębne uregulowanie stosowania wobec sprawcy skazanego na karę bezwzględniego pozbawienia wolności, będącego osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, specjalnego środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia przed wykonaniem kary w stosownym zakładzie leczniczym, zawarte zostało w art. 34 ust. 3-5 u.o.z.n. Oznaczało to, iż w praktyce stosowanie analogicznego leczniczego środka zabezpieczającego przewidzianego w art. 102 k.k. z 1969 roku, zostało ograniczone do sprawców uzależnionych od alkoholu. Wobec sprawców uzależnionych od narkotyków zastosowanie na zasadzie tzw. *lex specialis* miał art. 34 ust. 3-5 u.o.z.n. Co jednak niezwykle istotne, w zakresie swego kształtu środek zabezpieczający przewidziany w u.o.z.n. z 1985 roku był dokładnym odpowiednikiem rozwiązań przyjętych w art. 102 k.k. Oba przepisy przewidywały bowiem możliwość umieszczenia pewnych kategorii sprawców uzależnionych skazanych na karę bezwzględniego pozbawienia wolności w odpowiednim podmiocie leczniczym przed wykonaniem tej kary. Okresu tego pobytu nie określało się z góry, nie mógł on jednak przekroczyć 2 lat. O zwolnieniu z zakładu orzekał na podstawie wyników leczenia sąd, decydując równocześnie o tym, czy orzeczoną karę należy wykonać. Taka możliwość całkowitego nawet poniesienia wykonania orzeczonej kary bezwzględniego pozbawienia wolności miała być premią za efektywne poddanie się leczeniu, a zarazem czynnikiem motywującym do terapii.

Art. 34 u.o.z.n. dodatkowo i odmiennie niż k.k. regulował tylko kilka szczegółowych kwestii. Podstawową różnicę między obiema regulacjami wprowadzał przepis art. 34 ust. 4 zd. 2 u.o.z.n., zgodnie z którym, jeśli skazany nie poddawał się leczeniu lub rehabilitacji albo dopuszczał się rażącego

naruszenia regulaminu placówki leczniczej, zwolnienie mogło nastąpić także na wniosek tego podmiotu, a więc nie tylko na skutek pomyślnego zakończenia leczenia lub upływu jego maksymalnego, dwuletniego okresu. Takiej podstawy zwolnienia nie przewidywał art. 102 k.k. z 1969 roku. Przepis ten był zapewne wynikiem uwzględnienia przez ustawodawcę realiów ówczesnej, bardzo szczupłej bazy leczniczej dla osób uzależnionych od narkotyków oraz obaw lekarzy i terapeutów prowadzących ośrodki leczenia uzależnień. Chodziło o to, że osoby umieszczone w takich ośrodkach na podstawie decyzji sądu, a więc przebywające w nich niedobrowolnie, mogą poważnie zakłócać ich funkcjonowanie i negatywnie oddziaływać na pozostałych pacjentów. Stąd stworzenie stosownej furtki bezpieczeństwa umożliwiającej placówce usunięcie takich trudnych przypadków.

Drugą odrębność stanowiło to, że minimalny okres pobytu w placówce leczniczej przewidziany w k.k., i wynoszący 6 miesięcy, nie występował w u.o.z.n. Inaczej mówiąc, zwolnienie osoby umieszczonej w placówce na podstawie art. 34 ust. 3-5 u.o.z.n., mogło nastąpić w każdej chwili, przede wszystkim ze względu na odmowę poddania się leczeniu lub naruszanie regulaminu placówki, ale także na podstawie przesłanek natury terapeutycznej.

Poza wskazanymi dwiema różnicami, w obu wypadkach chodziło jednak o skonstruowany według tego samego modelu środek o charakterze izolacyjnym, wykonywany przed odbyciem kary pozbawienia wolności (tj. tzw. środek prepenalny), którego stosowanie miało fakultatywny charakter. W tym sensie dualizm rozwiązań kodeksowych i u.o.z.n. był racjonalny: ustawa przyjmowała co do zasady taki sam jak w k.k. model środka zabezpieczającego, a więc przyjęte regulacje miały jednolity systemowo charakter. U.o.z.n. odrębnie regulowała tylko pewne dodatkowe, szczegółowe kwestie.

## Różnice uregulowań

Powyższy dualizm uregulowań dotyczących środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie leczniczym uzależnionego sprawcy przestępstwa skazanego na karę bezwzględniego pozbawienia wolności został zachowany także po roku 1997, to jest po uchwaleniu nowego kodeksu karnego oraz nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (u.o.p.n. 1997). Przybrał on jednak odmienny charakter. O ile do roku 1997 u.o.z.n. po prostu dodatkowo regulowała pewne szczegółowe kwestie, ale według tego samego

modelu co k.k. z roku 1969, o tyle po tej dacie regulacje k.k. i u.o.p.n. zaczęły się wyraźnie, i raczej bez jakiegokolwiek wyraźnego uzasadnienia, rozchodzić. Taki stan rzeczy musi budzić zdziwienie, szczególnie biorąc pod uwagę fakt, iż prace legislacyjne nad nowym kodeksem karnym i nową ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii toczyły się w Sejmie praktycznie równolegle, a obie ustawy zostały przyjęte w niewielkim odstępie czasu (u.o.p.n. w kwietniu, a k.k. w czerwcu 1997 roku). Najwyraźniej jednak nie podjęto jakiegokolwiek próby koordynacji przyjmowanych rozwiązań dotyczących omawianego środka zabezpieczającego, co miało jednoznacznie negatywne konsekwencje, które następnie już tylko się pogłębiały. Można wręcz odnieść wrażenie, że w trakcie prac legislacyjnych w latach 1996–1997 „nie wiedziała lewica, co czyni prawica” i twórcy obu ustaw po prostu nawzajem się ignorowali. W konsekwencji pojawiły się różnice w uregulowaniach kodeksowych i ustawowych, które najwyraźniej nie miały jakiegokolwiek uzasadnienia merytorycznego.

Rzecz w tym, że nowy kodeks karny w istotny sposób zmienił model leczniczego środka zabezpieczającego, uregulowanego dawniej w art. 102 k.k. z 1969 roku, natomiast u.o.p.n. z roku 1997 pozostała przy tym modelu bez jakichkolwiek zmian. W świetle nowych uregulowań przyjętych w art. 96 k.k. z 1997 roku różnice w stosunku do art. 56 ust. 3-5 u.o.p.n. 1997, który został po prostu bez jakichkolwiek zmian, *in extenso* inkorporowany z tekstu dawnej u.o.z.n., zaczęły nabierać istotnego charakteru. Wspólne dla uregulowań obu aktów prawnych pozostało zachowanie prepenalnego charakteru tych środków, wykonywanych przed karą pozbawienia wolności, oraz fakultatywnego ich charakteru. Różnic pomiędzy nowymi regulacjami było jednak znacznie więcej. Nowy k.k. przewidywał znowu minimalny czas wykonywania środka zabezpieczającego, ale tym razem wynoszący 3 miesiące, co – tak jak dawniej – nie miało odpowiednika w u.o.p.n. Środek kodeksowy można było orzec tylko w przypadku skazania na karę do 2 lat pozbawienia wolności, a w przypadku orzeczenia kary bezwzględnego pozbawienia wolności w wyższym wymiarze, leczenie mogło być realizowane w trakcie wykonania kary. U.o.p.n. z 1997 roku nie przewidywała tutaj jakichkolwiek ograniczeń. Wreszcie kodeks przewidywał nowe, sensowne rozwiązania w postaci możliwości przekształcenia umieszczenia w zakładzie zamkniętym w leczenie ambulatoryjne i możliwości warunkowego przedterminowego zwolnienia, niezależne od reguł ogólnych, oraz stanowił, że okres pobytu w zamkniętym zakładzie leczenia odwy-

kowego zalicza się na poczet kary. Pierwsze dwie spośród tych możliwości w ogóle nie były znane u.o.p.n., natomiast w trzecim przypadku ustawa pozostała przy starym rozwiązaniu: sąd po zakończeniu leczenia decydował o tym, czy orzeczoną karę wykonać.

Reasumując, można powiedzieć, iż w roku 1997 rozpoczął się proces „rozchodzenia się” regulacji k.k. i u.o.p.n. w odniesieniu do przewidzianych w obu ustawach środków zabezpieczających. Przyczyny przyjęcia przez ustawodawcę takich zróżnicowanych rozwiązań pozostają nieznane. Trudno jednak zakładać, że miały one merytoryczny charakter, i że ustawodawca uznał, iż kodeksowy leczniczy środek zabezpieczający, oparty na nowych rozwiązaniach, jest z jakichś powodów „lepszy” dla sprawców uzależnionych od alkoholu, podczas gdy stary środek zachowany w u.o.p.n., z równie tajemniczych powodów, jest „lepszy” dla osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych.

Wejście w życie nowej, obowiązującej do dzisiaj u.o.p.n. z 2005 roku, nic nie zmieniło w powyższym stanie rzeczy. Pomimo tego, iż nowa ustawa zmieniła wiele przepisów dotyczących przeciwdziałania narkomanii, zmiany w jej rozdziale 7, zawierającym przepisy karne, były relatywnie niewielkie, a przepis dotyczący środków o charakterze leczniczym stosowanych wobec skazanych uzależnionych od substancji psychoaktywnych (art. 71 u.o.p.n.) został po prostu *in extenso* przeniesiony z ustawy z 1997 roku (a więc *de facto* z u.o.z.n. z roku 1985). Tym samym ustawodawca nie skorzystał z nadarzającej się okazji skoordynowania czy wręcz ujednoczenia rozwiązań u.o.p.n. i k.k. Polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii do dzisiaj twardo obstaje więc przy modelu środka zabezpieczającego stosowanego wobec uzależnionych od narkotyków, wywodzącego się z rozwiązań przyjętych w k.k. z 1969 roku i z żelazną konsekwencją ignoruje wszelkie zmiany, jakie dokonywały się w tym zakresie w polskim prawie karnym od roku 1997.

Kolejnym przejawem tego wzajemnego ignorowania się kodeksu karnego i ustawodawstwa narkotykowego jest pozostawienie nietkniętymi omawianych rozwiązań u.o.p.n. przez twórców noweli k.k. z roku 2015, która całkowicie na nowo napisała rozdział X k.k., radykalnie przekształcając regulacje dotyczące wszystkich kodeksowych środków zabezpieczających. Można powiedzieć, że po wejściu w życie tej nowelizacji k.k. (1 lipca 2015 roku) środki zabezpieczające uregulowane w obu aktach prawnych zaczęły w znacznym stopniu funkcjonować w dwóch odmiennych światach, według drastycznie odmiennych zasad. Ta schizofrenia

rozwiązań obu aktów prawnych ma dzisiaj dwie podstawowe konsekwencje. Po pierwsze, nowy środek zabezpieczający, wprowadzony przez art. 93a § 1 pkt 3 k.k., a mianowicie terapia uzależnień, jest wykonywany po odbyciu kary (tj. ma charakter środka postpenalnego) i ma wyłączny wolnościowy charakter, podczas gdy środek przewidziany w art. 71 ust. 3-5 u.o.p.n. w postaci umieszczenia skazanego na karę bezwzględnego pozbawienia wolności sprawcy uzależnionego od środków odurzających, substancji psychotropowych, a poczynając od nowelizacji u.o.p.n. z roku 2018 także nowych substancji psychoaktywnych, w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, ma nadal charakter izolacyjnego środka prepenalnego. Większą niespójność systemową trudno sobie chyba wyobrazić, tym bardziej, że w ogóle nie wiadomo, czym takie odmienne uregulowanie leczenia osób uzależnionych od alkoholu z jednej strony i od narkotyków z drugiej miałyby być uzasadnione. Po drugie, środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 3 k.k., stosowany wobec sprawców uzależnionych od alkoholu, ma w myśl art. 93d § 1 k.k. charakter środka bezwzględnie nieoznaczonego, tj. czasu jego stosowania nie określa się z góry i nie ma żadnej górnej granicy jego wykonywania (co zresztą jest rozwiązaniem wysoce wątpliwym). Natomiast umieszczenie sprawcy uzależnionego w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, w oparciu o art. 71 ust. 3 u.o.p.n., ma, zgodnie z treścią art. 74 ust. 4 zd. 1 u.o.p.n., charakter środka względnie nieoznaczonego, tj. czasu pobytu w podmiocie leczniczym nie określa się z góry, nie może on jednak być dłuższy niż 2 lata.

Wypada także zwrócić uwagę na inny problem będący wynikiem niespójności uregulowań obu aktów prawnych. Rzecz w sposobie ustalania faktu uzależnienia. W literaturze karnistycznej i orzecznictwie sądowym przez lata reprezentowany był pogląd, iż stwierdzenie istnienia uzależnienia jest w zasadzie okolicznością wymagającą posiadania tzw. wiadomości specjalnych w rozumieniu przepisów kodeksu postępowania karnego, a więc wymaga powołania biegłych, którymi powinni być specjaliści w zakresie psychiatrii. Poczynając jednak od nowelizacji u.o.p.n., dokonanej w roku 2011, ustawa zawiera w tym zakresie szczególne rozwiązanie w postaci art. 70a u.o.p.n. Zgodnie z tym przepisem, jeśli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że podejrzany jest osobą uzależnioną lub używającą substancji psychoaktywnych szkodliwie, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządzają zebranie stosownych informacji w tym zakresie przez specjalistę psychoterapii

uzależnień, tj. osobę posiadającą kwalifikacje, o których mowa w art. 27 u.o.p.n. Procedura zbierania informacji przez specjalistę psychoterapii uzależnień jest w zasadzie zbliżona do wywiadu środowiskowego realizowanego w trybie art. 214 k.p.k. Podkreślić jednak należy, iż informacje zebrane przez specjalistę psychoterapii uzależnień oraz dokonana przez niego ich ocena zastępują w zasadzie opinie biegłych psychiatrów w tym zakresie i mogą stanowić podstawę stosowania instytucji przewidzianych w art. 71 i 72 u.o.p.n. Stanowi to niewątpliwie znaczne ułatwienie i uproszczenie postępowania. Jest jednak oczywiste, że przepis ten odnosi się tylko do przypadków uzależnienia od substancji psychoaktywnych kontrolowanych na mocy u.o.p.n., a więc innych niż alkohol. Tryb ustalania faktu uzależnienia w stosunku do uzależnionych od alkoholu jest więc całkowicie odmienny, co musi budzić zdumienie, tym bardziej, że w warunkach polskich uzależnienie sprawcy przestępstwa od alkoholu jest niewątpliwie czymś znacznie częstszym. Jego ustalenie wymaga jednak znacznie bardziej skomplikowanego i czasochłonnego *modus procedendi*.

## Nakładanie obowiązków probacyjnych

Kolejna kwestia związana ze wspomnianym dualizmem rozwiązań k.k. i u.o.p.n. dotyczy wprowadzonej po raz pierwszy przez u.o.z.n. z 1985 roku odrębnej regulacji dotyczącej zasad nakładania obowiązków probacyjnych na sprawców przestępstw popełnionych w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych będących osobami uzależnionymi od tych środków lub substancji, a także stosowania wobec nich instytucji dozoru wyznaczonej osoby, instytucji lub organizacji społecznej. Otóż w myśl art. 34 ust.1 u.o.z.n. w przypadku skazania takiego sprawcy na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, zobowiązanie skazanego do poddania się leczeniu i rehabilitacji w odpowiednim zakładzie leczniczym i rehabilitacyjno-readaptacyjnym miało obligatoryjny charakter. Obligatoryjne było także oddanie takiego skazanego pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub organizacji społecznej. Przepis art. 34 ust. 1 u.o.z.n. miał zatem charakter *lex specialis* w stosunku do art. 75 § 1 pkt 7 k.k. z 1969 roku, zgodnie z którym nałożenie obowiązku probacyjnego w postaci zobowiązania do poddania się leczeniu miało jedynie charakter fakultatywny. Również oddanie skazanego, w stosunku do którego sąd skorzystał z możliwości warunkowego zawieszenia

orzeczonej kary pozbawienia wolności, pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub organizacji społecznej, miało, w myśl art. 76 § 2 k.k. z 1969 roku, co do zasady charakter fakultatywny. Ustawa z 1985 roku zawierała także odrębne uregulowania dotyczące zarządzenia wykonania warunkowo zawieszanej kary pozbawienia wolności. Zgodnie z treścią art. 34 ust. 2 u.o.z.n. sąd mógł na wniosek osoby, instytucji lub organizacji społecznej sprawującej dozór nad skazanym, a także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie i rehabilitację, zarządzić wykonanie zawieszanej kary pozbawienia wolności, jeżeli skazany w okresie próby uchylał się od obowiązku leczenia albo dopuszczał się rażącego naruszenia regulaminu zakładu leczniczego. Powyższa regulacja stwarzała dodatkową przesłankę fakultatywnego zarządzenia wykonania kary pozbawienia wolności orzeczonej z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, wychodzącą poza przesłanki obligatoryjnego i fakultatywnego zarządzenia jej wykonania określonego w art. 78 k.k. z 1969 roku.

Tak jak w przypadku wcześniej omówionej regulacji art. 34 ust. 3-5 u.o.z.n., również szczególne regulacje art. 34 ust. 1-2 te same ustawy miały zborny systemowo charakter regulacji szczególnych w stosunku do przepisów k.k. z 1969 roku. Ustawodawca, wprowadzając takie rozwiązanie, oparł się na jednolitym modelu orzekania obowiązków probacyjnych, wprowadzając jedynie odmienne uregulowania w odniesieniu do skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Uzasadnieniem tych odmienności była zapewne potrzeba uwzględnienia w szerszym zakresie w prawnokarnej reakcji szczególnych cech sprawcy uzależnionego od narkotyków, a tym samym potrzebę jego leczenia i terapii, które – słusznie – postrzegano jako podstawowy czynnik mogący zapobiec jego powrotowi do przestępstwa. Można oczywiście zastanawiać się, dlaczego np. wprowadzając w roku 1985 szczególne rozwiązania w odniesieniu do sprawców uzależnionych od narkotyków, nie wprowadzono również do k.k. z 1969 roku obligatoryjności nałożenia obowiązku poddania się leczeniu uzależnienia od alkoholu? Ostatecznie trudno znaleźć merytoryczne uzasadnienie odmiennego sposobu traktowania obu form uzależnienia. Można jednak przypuszczać, że ówczesny ustawodawca przyjął tutaj swoistą postawę realistyczną. Wobec powszechności występowania problemów alkoholowych w polskim społeczeństwie, a w szczególności wśród sprawców przestępstw, obligatoryjność nałożenia obowiązku le-

czenia uzależnienia sprawcy przestępstwa od alkoholu okazałaby się po prostu niemożliwa do wyegzekwowania. W roku 1997, w momencie wejścia w życie nowego k.k. oraz nowej u.o.p.n., powyższa paralelność rozwiązań kodeksowych i ustawowych uległa pewnej komplikacji. Rzecz w tym, iż u.o.p.n. z roku 1997, tak samo jak w przypadku omawianych wcześniej regulacji dotyczących środka zabezpieczającego, w nowym przepisie art. 56 ust. 1-2 przejęła *in extenso* i bez jakichkolwiek zmian treść art. 34 ust. 1-2 u.o.z.n. Nałożenie obowiązku probacyjnego w postaci poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym utrzymało więc swój obligatoryjny charakter. Natomiast w myśl art. 72 § 1 k.k. z 1969 roku nałożenie takiego obowiązku probacyjnego, tak jak wszystkich innych obowiązków przewidzianych w tym przepisie, utrzymało charakter fakultatywny. Równocześnie jednak nowy kodeks wprowadził pewne *novum* w postaci art. 74 § 1 k.k., w myśl którego nałożenie obowiązku w postaci poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu (bo taką raczej archaiczną terminologię utrzymał nowy kodeks karny) lub rehabilitacyjnemu (art. 72 § 1 pkt 6 k.k.), wymagało zgody skazanego. Przyjęcie takiego rozwiązania, być może co do zasady słusznego, bo zmierzającego do uniknięcia w takich sytuacjach trybu leczenia noszącego znamiona przymusu, miało jednak pewne problematyczne konsekwencje. Rodziło się bowiem pytanie, czy norma art. 74 § 1 k.k. znajdowała zastosowanie do orzekania obowiązku poddania się leczeniu w oparciu o art. 56 ust. 1 u.o.p.n. z 1997 roku? Za takim rozwiązaniem przemawiała treść art. 116 k.k., zgodnie z którym przepisy części ogólnej kodeksu karnego stosuje się do innych ustaw przewidujących odpowiedzialność karną, chyba że ustawy te wyraźnie wyłączają ich zastosowanie. Art. 58 u.o.p.n. z 1997 roku (dzisiaj art. 74 u.o.p.n.) wykluczał stosowanie w zakresie uregulowanym odrębnie w rozdziale 6 tej ustawy jedynie art. 96-98 k.k. Nie wykluczał stosowania art. 74 § 1 zdanie 2. Oznaczałoby to konieczność uzyskania zgody skazanego również w przypadku zastosowania art. 56 ust. 1 u.o.p.n. z 1997 roku.

Równocześnie jednak nie ulega wątpliwości, że art. 58 ust. 1 u.o.p.n. z 1997 roku (a dzisiaj art. 72 ust. 1 u.o.p.n.), poprzez brak wyrażonego *expressis verbis* wymogu uzyskania zgody skazanego na nałożenie takiego obowiązku, miał charakter *lex specialis* w stosunku do art. 74 § 1 k.k., co sugerowałoby, iż zgoda skazanego nie jest wymagana. Inna wykładnia mogłaby mieć zresztą paradoksalne konsekwencje. Brak zgody skazanego uniemożliwiałby bowiem

sądowi zastosowanie środka, do którego zastosowania był on skądinąd zobowiązany. Uzależnianie zastosowania środka o obligatoryjnym charakterze od zgody skazanego byłoby dość dziwaczne. Rodziło to także pytanie: jakie w przypadku braku zgody skazanego alternatywy miał do dyspozycji sąd? Czy niemożność zastosowania – na skutek braku zgody skazanego – środka, który co do zasady miał obligatoryjny charakter, oznaczała, że niedopuszczalne stawało się warunkowe zawieszenie wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności? Byłaby to bardzo daleko idąca konsekwencja, chyba jednak niezbyt racjonalna i niezgodna z intencjami ustawodawcy. Stąd przyjmowano najczęściej, że nałożenie obowiązku, o którym była mowa w art. 58 ust. 1 u.o.p.n. z 1997 roku (a dzisiaj w art. 72 ust. 1 u.o.p.n.), nie wymaga uzyskania zgody skazanego. Jest to jednak kolejny przypadek dysfunkcjonalności dualizmu regulacji kodeksowych i ustawowych w sytuacji, gdy obie regulacje nie opierają się na jednolitych założeniach modelowych, a regulacje u.o.p.n. nie są wyłącznie wyjątkami od regulacji kodeksowych. Najwyraźniej twórcy k.k. w ogóle nie wzięli pod uwagę konsekwencji wymagania zgody skazanego dla stosowania art. 71 ust. 1-2 u.o.p.n., a twórcy u.o.p.n. nie zastanowili się, jak ewentualnie do tej nowej regulacji dostosować przepisy nowej ustawy.

Taka sytuacja miała miejsce do 30 czerwca 2005 roku, albowiem przepisy nowej u.o.p.n. z 2005 roku nic w tym zakresie nie zmieniły. Art. 71 ust. 1-2 tej ustawy – pomijając pewne zmiany redakcyjne – przejął *in extenso* treść art. 56 ust. 1-2 u.o.p.n. z roku 1997, a tym samym treść art. 34 ust. 1-2 u.o.z.n. z roku 1985. Od 1 lipca 2015 roku relacja pomiędzy przepisami u.o.p.n. a znowelizowanymi przepisami k.k. uległa jednak dalszej komplikacji. Rzecz w tym, że nowelizacja z roku 2015 zmieniła w istotny sposób treść przepisu art. 72 § 1 k.k. Zgodnie z jego nowym brzmieniem, w przypadku warunkowego zawieszenia wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności nałożenie przynajmniej jednego z wymienionych w tym przepisie obowiązków probacyjnych (w tym wymienionego w pkt 6 obowiązku poddania się terapii uzależnień), stało się obligatoryjne, poza przypadkami, gdy sąd orzeka środek karny (tj. jeden ze środków przewidzianych w rozdz. V k.k., jak zakaz zajmowania stanowisk, zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych, przepadek przedmiotów itp.). W tym ostatnim wypadku nałożenie przynajmniej jednego obowiązku probacyjnego pozostaje fakultatywne. Zgodnie z treścią art. 74 § 1 k.k. nałożenie obowiązku poddania się terapii uzależnień wymaga jednak nadal

zgody skazanego. Jeśli sąd nie orzeka więc środka karnego, nałożenie obowiązku probacyjnego, o którym mowa w art. 72 § 1 pkt 6 k.k. (poddanie się terapii uzależnień), ma w zasadzie względnie obligatoryjny charakter. Jeśli skazany odmawia poddania się takiej terapii, sąd może nałożyć inne obowiązki probacyjne i uczynić tym samym zadość wymogom formalnym. Czy w przypadku osoby uzależnionej, zastąpienie obowiązku poddania się terapii jakimkolwiek innym obowiązkiem probacyjnym będzie miało sens merytoryczny, to osobna kwestia. Nałożenie jakiegokolwiek innego obowiązku probacyjnego niż ten wymieniony w art. 72 § 1 pkt 6 k.k. umożliwia jednak co do zasady zawieszenie wykonania kary pozbawienia wolności. W świetle regulacji art. 74 u.o.p.n. dotyczy to oczywiście tylko skazanych uzależnionych od alkoholu. Do skazanych uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych stosuje się bowiem nadal art. 71 ust. 1 u.o.p.n., a w ramach tego przepisu nałożenie obowiązku probacyjnego w postaci poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym ma charakter bezwzględnie obligatoryjny i nie jest uzależnione od zgody skazanego. Pozostaje jednak pytanie o konsekwencje odmowy skazanego poddania się takiemu leczeniu lub rehabilitacji wyrażonej już w momencie wyrokowania. Dotyczy to przede wszystkim tego, czy może ona być traktowana np. jako negatywna przesłanka dopuszczalności zastosowania instytucji warunkowego zawieszenia wykonania kary? Podstawowy problem związany z środkami leczniczymi mogącymi znaleźć zastosowanie wobec uzależnionych sprawców przestępstw, przewidywanymi przez przepisy k.k. i u.o.p.n., polega na tym, iż poczynając od roku 1997 skonstruowane są one w sposób najwyraźniej „antysystemowy” i stwarzają niekiedy wrażenie osobnych, niepowiązanych ze sobą regulacji. Ów dualizm sprawdzający się do dalece odmiennego regulowania leczenia sprawców przestępstw uzależnionych od alkoholu z jednej i od szeroko rozumianych narkotyków z drugiej strony, nie ma w gruncie rzeczy jakiegokolwiek uzasadnienia merytorycznego, a jego konsekwencje praktyczne mają jednoznacznie dysfunkcjonalny charakter. Dlatego postulować należy ujednoczenie regulacji dotyczących środków zabezpieczających i innych środków o charakterze leczniczym stosowanych wobec sprawców przestępstw uzależnionych od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub innych podobnie działających środków. Jak to uczynić, to już zupełnie osobna kwestia.