

Środki zabezpieczające. Ujęcie systemowe

redakcja

**Agnieszka Barczak-Oplustil
Małgorzata Pyrcak-Górowska
Andrzej Zoll**

Kraków 2021

Rozdział 25. Wnioski z przeprowadzonych badań aktowych dotyczących środków zabezpieczających – podsumowanie

Małgorzata Pyrcak-Górowska

Celem prowadzonych badań – jak już o tym wspomniano – nie było wyłącznie przeanalizowanie praktyki stosowania jednostkowych instytucji, ale również nakreślenie obrazu relacji pomiędzy różnymi instytucjami funkcjonującymi w ramach systemu szeroko rozumianych środków zabezpieczających. Celem niniejszego rozdziału nie jest jednak proste zestawienie danych dotyczących różnych instytucji przedstawionych w poprzednich rozdziałach i porównywanie ich pomiędzy sobą – sposób przedstawienia wyników badań oraz w miarę możliwości zachowanie podobnej struktury rozważań co do każdego z badanych środków w założeniu miał umożliwić dokonanie takich porównań czytelnikowi *ad hoc*, w razie gdyby pojawiła się taka potrzeba. W niniejszej części zostaną przedstawione wnioski, które nasuwają się po analizie całości wyników badań jednostkowych, a zasadniczo wykraczają poza porównanie danych liczbowych przedstawionych we wcześniejszych rozdziałach.

W pierwszej kolejności należy wskazać na relację pomiędzy przyjęciem do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego a środkami zabezpieczającymi (w tym detencją psychiatryczną) uregulowanymi w przepisach

Kodeksu karnego. Wydawałoby się, że przyjęcie w trybie nagłym oraz detencja psychiatryczna powinny być zasadniczo rozłączne w tym sensie, że gdy osoba chora psychicznie popełnia czyn zabroniony, prowadzone jest postępowanie karne, w którym ustala się sprawstwo czynu i konieczność zastosowania środka zabezpieczającego, natomiast przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego następuje wówczas, gdy czynu zabronionego nie popełniono. Analiza akt spraw o ustalenie zasadności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w stanie nagłym wykazała jednak, że zachowania wypełniające przesłanki art. 23 ust. 1 u.o.z.p. w ok. 60% przypadków mogą równocześnie realizować znamiona przedmiotowe czynu zabronionego. Oczywiście, z uwagi na to, że w zawiadomieniach o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego stan faktyczny i zachowanie osoby przyjętej do szpitala bez zgody bywają opisane bardzo lakonicznie (a dodatkowo opis ten ma inny cel niż ustalenie, czy doszło do realizacji znamion czynu zabronionego), należy potraktować tę wartość jako szacunkową. Istotne jest jednak to, że sytuacje, w których zachowanie osoby przyjętej do szpitala w trybie nagłym bez zgody równocześnie realizuje znamiona typu czynu zabronionego, mogą faktycznie stanowić znaczny odsetek spraw. Równocześnie, mając na uwadze liczbę dokonanych w skali roku przyjęć w trybie nagłym do szpitala psychiatrycznego, należy stwierdzić, że w sposób oczywisty nie wszystkie sprawy, w których mogło dojść do realizacji znamion typu czynu zabronionego, są przedmiotem zainteresowania organów ścigania. Jakie można z tego wyciągnąć wnioski?

Wydaje się, że w przeważającej większości przypadków nie jest konieczne sięgnięcie do środków przewidzianych w Kodeksie karnym i wystarczające jest zastosowanie możliwości, jakie dają przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Równocześnie należy mieć te dane na uwadze, rysując obraz osób, wobec których stosowana jest detencja psychiatryczna. Oczywiście, gdy popełniono najpoważniejsze czyny zabronione, trudno sobie wyobrazić, by środek zabezpieczający nie został orzeczony. To jednak nie najpoważniejsze czyny (np. zabójstwa) stanowią większość podstaw zastosowania detencji psychiatrycznej, a znęcanie i groźba karalna. W tych przypadkach na to, czy osoba chora psychicznie będzie hospitalizowana „tylko” na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, czy też zostanie wobec niej

zastosowany środek zabezpieczający, mogą mieć wpływ czynniki zewnętrzne, niezależne od tej osoby – jak np. to, czy jest osobą samotną, czy też ma wsparcie w rodzinie, czy objawy choroby dostrzeżono na tyle szybko, że wystarczająca była hospitalizacja w trybie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Jeżeli tak, to różnic pomiędzy pacjentem sądowym a pacjentem „zwykłego” oddziału psychiatrycznego nie można sprowadzać do prostej konstatacji, że ci pierwsi są bardziej zdemoralizowani czy zdegenerowani. Różnica pomiędzy tymi dwiema kategoriami pacjentów może być bowiem również np. efektem tego, że ci drudzy otrzymali szybciej pomoc i lepsze wsparcie środowiskowe. Wydaje się, że to stwierdzenie powinno mieć znaczenie dla dalszej dyskusji dotyczącej rozwijania form ambulatoryjnego leczenia pacjentów sądowych.

Interesujące wyniki daje porównanie danych dotyczących zaburzeń psychicznych zdiagnozowanych u osób umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych tytułem detencji psychiatrycznej oraz osób umieszczonych w KOZZD. W czasie prac nad ustawą o KOZZD psychiatrzy sądowi mocno akcentowali, że z uwagi na brak możliwości leczenia zaburzeń osobowości przy pomocy farmakoterapii, szpital psychiatryczny nie jest właściwym miejscem do izolacji tej kategorii osób¹⁵⁷⁵. Analogicznie można się zastanawiać, czy właściwym sposobem realizowania celu zabezpieczającego jest umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym osób upośledzonych umysłowo. Równocześnie ustawa o KOZZD, z uwagi na jej podmiotowy zakres zastosowania, nie zezwała na uznanie za osobę stwarzającą zagrożenie kogoś, u kogo rozpoznano wyłącznie chorobę psychiczną, ale nie wyklucza umieszczenia w KOZZD osoby, u której choroba psychiczna współwystępuje. Środkiem zabezpieczającym właściwym dla osób chorych psychicznie, które popełniły czyn zabroniony, jest detencja psychiatryczna przewidziana w przepisach Kodeksu karnego. Nowelizacja, która weszła w życie 1 lipca 2015 r., w sposób istotny poszerzyła jednak zakres zastosowania detencji psychiatrycznej i umożliwiła orzekanie jej w szerszym niż wcześniej zakresie również wobec osób upośledzonych umysłowo oraz sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych. Tym samym nie da się w prosty sposób stwierdzić, że podział pomiędzy zakresem zastosowania obu ustaw przebiega

1575 Zob. M. Pyrcak-Górowska, *Środki zabezpieczające w polskim systemie prawnym de lege lata*, rozdział 14, podrozdział 4 w niniejszej książce.

(w uproszczeniu) następująco: poważne niebezpieczeństwo manifestujące się popełnieniem przez osobę chorą psychicznie czynu zabronionego w stanie niepoczytalności – detencja psychiatryczna, bardzo poważne niebezpieczeństwo wynikające z zaburzeń osobowości, którego predykatorem jest skazanie za przestępstwo – umieszczenie w KOZZD. Przepisy regulujące kodeksowe środki zabezpieczające pozwalają bowiem również na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym sprawcy, który nie jest chory psychicznie.

Badania aktowe pokazały, że u ok. 5% osób, wobec których orzeczono detencję psychiatryczną, w ogóle nie rozpoznano choroby psychicznej, a współwystępujące w różnych konfiguracjach upośledzenie umysłowe, zaburzenia preferencji seksualnych i zaburzenia osobowości (niekiedy również uzależnienie). Oznacza to, że w szpitalach psychiatrycznych faktycznie przebywają osoby, które nie są chore psychicznie, a obraz rozpoznanych u nich zaburzeń psychicznych jest zbieżny z obrazem zaburzeń osób uznawanych za stwarzające zagrożenie na gruncie ustawy o KOZZD. Równocześnie w badanych sprawach zdarzało się, że sądy rozpoznające sprawy na gruncie ustawy o KOZZD uznawały, że choroba psychiczna, jeśli współwystępowała z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie, nie stanowi przeszkód do uznania osoby za stwarzającą zagrożenie i zastosowania środków przewidzianych w tej ustawie. Pokazuje to, że do szpitala psychiatrycznego mogą trafić osoby, które nie są chore psychicznie, a do KOZZD mogą trafić osoby, u których choroba psychiczna współwystępuje.

Równocześnie, z uwagi na zakres temporalny ustawy o KOZZD, jej zakres zastosowania będzie powoli się wyczerpywał, a jedynym izolacyjnym środkiem zabezpieczającym, który będzie mógł zostać zastosowany wobec sprawców z zaburzeniami psychicznymi, którzy popełnili czyn zabroniony lub zostali skazani za przestępstwo, będzie detencja psychiatryczna. Detencja psychiatryczna nie może jednak zostać orzeczona, jeśli u sprawcy występują wyłącznie zaburzenia osobowości i to one są źródłem stwarzanego przez niego niebezpieczeństwa. Tymczasem, jak wynika z przeprowadzonych badań, w populacji osób umieszczonych w KOZZD, u ok. 17% zdiagnozowano wyłącznie zaburzenia osobowości. Dla takich osób w systemie środków zabezpieczających po 1 lipca 2015 r. nie przewidziano żadnego środka izolacyjnego. Może to skutkować orzekaniem wobec sprawców z zaburzeniami osobowości surowszych

kar, a gdyby zaburzenia te prowadziły do znacznego ograniczenia poczytalności – nawet kar przekraczających stopień winy. Może to również prowadzić do prób wprowadzenia środka izolacyjnego „tylnymi drzwiami” i orzekania wobec sprawców terapii w postaci stacjonarnej (co dopuszcza część doktryny, zastrzegając jednak, że na taką formę terapii sprawca musiałby wyrazić zgodę¹⁵⁷⁶). Należy jednak wyraźnie podkreślić, że terapia stacjonarna orzekana wobec sprawców z zaburzeniami osobowości byłaby wykonywana w szpitalach psychiatrycznych¹⁵⁷⁷, przeciwko czemu protestowali psychiatrzy. Po drugie, należy postawić pytanie: jaka miałyby być istota terapii stacjonarnej, która odróżniałaby ją od pobytu w zakładzie zamkniętym? Traktowanie terapii stacjonarnej jako równoznacznej z pobytem w zakładzie zamkniętym prowadziłoby do możliwości orzekania środka izolacyjnego na etapie postępowania wykonawczego, na podstawie art. 93d § 4 k.k., co stoi w ewidentnej sprzeczności z założeniami projektodawcy nowelizacji z 2015 r.¹⁵⁷⁸ i naruszałoby przepisy o charakterze gwarancyjnym – np. z uwagi na to, że kontrola nad wykonywaniem terapii odbywa się co 12 miesięcy, a nie co 6 miesięcy, jak w przypadku detencji psychiatrycznej¹⁵⁷⁹. Z drugiej strony, jeśli terapia stacjonarna oznaczałaby możliwość swobodnego opuszczania terenu szpitala – czy byłby to środek wystarczający dla zapobieżenia popełnienia przestępstwa przez sprawców najpoważniejszych przestępstw z zaburzeniami osobowości?

1576 Zob. M. Pyrcak-Górowska, *Środki zabezpieczające w polskim systemie prawnym de lege lata*, rozdział 14, podrozdział 6 w niniejszej książce.

1577 Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dn. 30 sierpnia 2020 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1–3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej, M.P. 2020, poz. 794, łóżka do wykonywania terapii stacjonarnej przewidziane zostały w szpitalach psychiatrycznych w Toszku i Starogardzie Gdańskim.

1578 Zob. uzasadnienie rządowego projektu ustawy – o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z projektami aktów wykonawczych z 15 maja 2014 r., druk nr 2393, Sejm VII kadencji, s. 40: „Na etapie wykonawczym wprowadza się obowiązek wysłuchania jednego lekarza psychiatry, nie zaś dwóch, jak ma to miejsce przy orzekaniu, co wynika z faktu, że w większości wypadków będzie to już kolejna opinia psychiatryczna w sprawie. Ponadto na tym etapie nie jest już możliwe orzeczenie izolacyjnych środków zabezpieczających, nie jest więc konieczne rozszerzenie gwarancji dla sprawcy”.

1579 Ponadto mniej gwarancyjne są regulacje dotyczące składu zespołu biegłych, który musi być wysłuchany przed orzeczeniem terapii na etapie postępowania wykonawczego, a posiedzenie w przedmiocie dalszego stosowania terapii jest niejawnie.

Wszystko to sprawia, że konieczne jest podjęcie dyskusji dotyczącej potrzeby wprowadzenia do porządku prawnego środka zabezpieczającego o charakterze izolacyjnym, który mógłby być orzekany wobec osób z zaburzeniami osobowości. Mając na uwadze z jednej strony doświadczenia płynące ze stosowania ustawy o KOZZD, należy pamiętać, że brak stosownej regulacji może doprowadzić do równie niepożądanych „efektów ubocznych” w postaci konsekwencji wskazanych powyżej: naruszenia praw tej kategorii sprawców poprzez faktyczne stosowanie środka izolacyjnego w szpitalach psychiatrycznych wbrew przepisom prawa materialnego i gwarancjom proceduralnym.

Jeśli chodzi o funkcjonowanie „przymusowego” leczenia odwykowego¹⁵⁸⁰ na gruncie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, wydaje się, że najważniejszym wnioskiem z badań jest ten, że środek przewidziany w u.w.t.p.a. jawi się jako absolutnie nieskuteczny¹⁵⁸¹. Procedura, która prowadzi do jego nałożenia, jest długotrwała, a osiągnięte efekty trudno uznać za proporcjonalne do zaangażowanych środków. W związku z tym należy postawić pytanie, czy w sytuacji, gdy osoba dorosła nie może zostać zobowiązana z przyczyn o charakterze społecznym do leczenia odwykowego, jeśli uzależniona jest od innych substancji psychoaktywnych, zasadne jest utrzymywanie możliwości zobowiązania do leczenia odwykowego od alkoholu opartego na przesłankach „społecznych”? Być może zastosowanie tego środka – wzorem innych środków zabezpieczających – powinno zostać zastrzeżone wyłącznie do sytuacji, gdy osoba uzależniona od alkoholu stanowi zagrożenie dla dóbr prawnych innych osób? Tym bardziej, że jak wynika z badań aktowych – również w tym przypadku odsetek osób, które realizując przesłanki „przymusowego” leczenia na gruncie u.w.t.p.a. mogły

1580 Zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego na gruncie u.w.t.p.a. nie oznacza przymusowego leczenia, gdyż zobowiązany do leczenia odwykowego musi na to leczenie wyrazić zgodę. Zob. M. Horna-Cieślak, *Orzekanie...*, s. 77. Zob. M. Pyrcak-Górowska, *Środki zabezpieczające w polskim systemie prawnym de lege lata*, rozdział 14, podrozdział 3 w niniejszej książce.

1581 Zob. D. Kwiatkowski, M. Pyrcak-Górowska, *Zobowiązanie do leczenia odwykowego alkoholików na podstawie artykułu 26 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, rozdział 19 w niniejszej książce. Potwierdzają to również wyniki innych badań empirycznych – zob. R. Kulma, *Efektywność...*, s. 288; jak również poświęcony tej problematyce raport Najwyższej Izby Kontroli, < <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przymusowym-kierowaniu-osob-uzalezniionych-od-alkoholu-na-leczenie-odwykowe.html> >, dostęp: 30 czerwca 2021 r.

równocześnie zrealizować znamiona typu czynu zabronionego, może być wysoki. Jeśli tak – czy zasadną decyzją była rezygnacja z kodeksowego środka zabezpieczającego, który umożliwiałby umieszczenie sprawcy przestępstwa popełnionego w związku z uzależnieniem od alkoholu w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego?

W obszarze tej problematyki należy również wskazać, że w świetle badań aktowych dalsze utrzymywanie dualizmu terapii uzależnień w Kodeksie karnym oraz środka zabezpieczającego polegającego na leczeniu w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego przewidzianego w u.p.n. jest rozwiązaniem nieracjonalnym. Funkcjonowanie rozłącznych środków zabezpieczających wobec osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych znajduje uzasadnienie wyłącznie w tradycji legislacyjnej – trudno jednak tego rodzaju argument uznać za trafny. Aktualnie relacja przepisów o terapii uzależnień umiejscowionych w k.k. do przepisów u.p.n. jest niejasna, środek przewidziany w u.p.n. faktycznie nie funkcjonuje (co wynika również z przeprowadzonych badań), a w sytuacji, gdy są spełnione przesłanki jego zastosowania, bywa orzekany środek kodeksowy (w badaniach nad kodeksowymi środkami zabezpieczającymi odnotowano takie przypadki). Dodatkowo dualizm środków zabezpieczających nie pozwala odpowiedzieć na pytanie, jak postępować ze sprawcą z uzależnieniem mieszanym (zarówno od alkoholu, jak i od substancji psychoaktywnych – takie sytuacje nie są rzadkie w praktyce) i skutkuje odmiennym i nierównym (bo nieznajdującym merytorycznego uzasadnienia) traktowaniem osób uzależnionych w zależności od tego, od jakiej substancji są uzależnione. Wszystko to sprawia, że konieczna jest dyskusja nad przyszłym kształtem tych środków.

Przeprowadzone badania mogą również prowadzić do wniosku, że jeżeli w systemie środków zabezpieczających jest obszar prawdziwie zapomniany w literaturze prawniczej, to jest nim psychiatria sądowa nieletnich. To właśnie na gruncie art. 26 u.p.s.n. stosowano instytucję odpowiadającą w swojej istocie zabezpieczeniu w postępowaniu cywilnym na długo, zanim zastosowano ją po raz pierwszy przy okazji stosowania ustawy o KOZZD. Wprawdzie obydwie te instytucje nie są identyczne – art. 26 u.p.s.n. statuuje bowiem wyraźną podstawę do pozbawienia wolności, podczas gdy na gruncie ustawy o KOZZD przepisy o zabezpieczeniu stosowano na podstawie wielostopniowego

odesłania do k.p.c. Istota obydwu instytucji jest jednak zbieżna: również na podstawie art. 26 u.p.s.n. można nieletniego umieścić w szpitalu psychiatrycznym tymczasowo, ale jednak bezterminowo, gdyż przepisy nie limitują w żaden sposób okresu stosowania tego środka. Również przywoływany w niniejszej pracy raport KMPT z oddziałów psychiatrii sądowej nieletnich pokazuje całą skalę problemów, które w tym obszarze występują, związanych z brakiem precyzyjnych regulacji wykonawczych. Podczas gdy uwaga skupiona jest na Ośrodku w Gostyninie, w sytuacji pogarszającej się kondycji zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, psychiatria sądowa nieletnich jest obszarem, który wymaga nie mniej zainteresowania i w nieodległej przyszłości może się okazać „tykającą bombą”.

W obszarze kodeksowych środków zabezpieczających należy wskazać, że nowelizacja Kodeksu karnego wprowadzona ustawą nowelizującą nie przyniosła oczekiwanych efektów w postaci zracjonalizowania stosowania izolacyjnego środka zabezpieczającego – detencji psychiatrycznej. Wprawdzie szczegółowa analiza tego problemu stała się przedmiotem osobnego opracowania¹⁵⁸², jednak podsumowanie wyników badań aktowych nie byłoby pełne bez stwierdzenia: wprowadzenie do systemu prawa karnego wolnościowych środków zabezpieczających nie doprowadziło do istotnego ograniczenia orzekania detencji w mniej poważnych sprawach, ale do istotnego wzrostu liczby orzekanych środków zabezpieczających w ogóle. Należy zatem postawić pytanie o przyczyny takiego stanu rzeczy. Wydaje się, że mogą one wynikać z czynników dwojakiego rodzaju: zarówno o prawnym, jak i pozaprawnym charakterze. Ograniczeniem o charakterze prawnym może być to, że detencja i środki wolnościowe zostały stworzone jako dwie odrębne instytucje. Przepisy Kodeksu karnego nie tworzą natomiast *continuum*, które pozwalałoby na stopniowe i płynne przechodzenie od jednej formy do drugiej (zarówno w kierunku form ambulatoryjnych, jak i zamkniętych w przypadku pogorszenia stanu zdrowia sprawcy). Ograniczeniem o charakterze pozaprawnym może być natomiast brak wystarczającej opieki środowiskowej, w szczególności dla osób samotnych, które nie mają w rodzinie wsparcia podczas leczenia.

1582 M. Pyrcak-Górowska, *Czy...*, s. 38–46.

Przeprowadzone badania pokazują również, że ustawa o KOZZD, bez wątpienia najbardziej kontrowersyjna, jest – co może budzić zdziwienie – formalnie najbardziej gwarancyjną ustawą w systemie środków zabezpieczających na etapie zmierzającym do zastosowania środka zabezpieczającego. Zestawienie, które to obrazuje, zawiera Tabela nr 86.

	Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego	Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi	Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich	Środki zabezpieczające przewidziane w k.k. stosowane wobec osoby niepoczytalnej	Ustawa o KOZZD
Odsetek osób reprezentowanych przez pełnomocnika / obrońcę	20,07% ¹⁵⁸³	0,29%	64,29%	100%	100%
Udział osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, przynajmniej na niektórych z terminów posiedzenia / rozprawy	28,07%	64,55%	71,43%	68,15%	100% ¹⁵⁸⁴
Odsetek spraw, w których osoba, której postępowanie bezpośrednio dotyczy, została wysłuchana bezpośrednio przed sądem	20,83%	64,24%	92,86%	47,13%	100%
Odsetek spraw, w których biegli zostali wysłuchani bezpośrednio przed sądem	0	0	0	97,57% ¹⁵⁸⁵	76%
Odsetek spraw, w których przed sądem przeprowadzono postępowanie dowodowe – przesłuchano świadków	2,77%	40,35%	0	29,30%	16%

Tabela nr 86. Zestawienie spraw objętych badaniami aktowymi w zakresie wybranych gwarancji proceduralnych na etapie postępowania głównego.

Jak wynika z powyższego, na gruncie ustawy o KOZZD najwyższy jest odsetek spraw, w których sąd miał osobisty kontakt z osobą, której

1583 W tym zakresie przepisy się zmieniły – aktualnie udział pełnomocnika w postępowaniu jest obowiązkowy.

1584 Z badań zespołu Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości wynika, że odsetek jest faktycznie nieco niższy – zob. A. Gutkowska, J. Włodarczyk-Madejska, J. Klimczak, P. Sidor, *Gdy...*, s. 107–108.

1585 Nie obejmuje spraw, w których zastosowano art. 354a § 2 k.p.k.

postępowanie bezpośrednio dotyczy i osobę tę wysłuchał. Najwyższy jest również odsetek spraw, w których biegłych wysłuchano bezpośrednio przed sądem w sytuacji, gdy nie było to obowiązkowe. Odsetek spraw, w których bezpośrednio przed sądem przesłuchano świadków, jest wprawdzie niższy niż w przypadku niektórych innych kategorii postępowań, należy jednak zwrócić uwagę, że ustawa o KOZZD to jedyna ustawa spośród analizowanych, na gruncie której stwierdzenie podstawy zastosowania środka zabezpieczającego nie wymaga w zasadzie poczynienia ustaleń faktycznych w oparciu o zeznania świadków (w przypadku innych postępowań należy ustalić zdarzenie, które stanowi podstawę zastosowania środka, tj. np. ustalić realizację znamion czynu zabronionego lub karalnego, ustalić zachowania, które mogły stanowić zagrożenie dla życia / zdrowia, stanowić demoralizację; w przypadku ustawy o KOZZD ustala się fakt odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, a zeznania świadków mogą służyć do ustalenia prognozy popełnienia przestępstwa w przyszłości).

Na gruncie ustawy o KOZZD dostrzec można jednak dwa istotne problemy, które ujawniają się na gruncie całego systemu, a w przypadku tej ustawy widoczne są być może szczególnie jaskrawo. Pierwszym jest ograniczenie, jakie wynika z faktu, że podstawowym dowodem, na podstawie którego ustalane jest zrealizowanie przesłanek „prognostycznych”, jest opinia biegłych. Wprawdzie w literaturze, na gruncie każdej z omawianych kategorii spraw, podkreśla się, że przesłanka „prognostyczna” nie jest przesłanką medyczną i powinna zostać ustalona w oparciu o całokształt linii życia osoby, wobec której miałby zostać zastosowany środek zabezpieczający, a opinia nie jest jedynym (choć szczególnie istotnym) dowodem, w oparciu o który ustala się prognozę niebezpieczeństwa stwarzanego przez daną osobę w przyszłości, jednak w praktyce prognoza ta nierzadko zasada się wyłącznie na wnioskach opinii biegłych, a w przeważającej większości spraw rozstrzygnięcie sądu jest zbieżne z wnioskami opinii biegłych. Jedynie w przypadku spraw rozpoznawanych na gruncie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi orzeczenia sądu w istotnym odsetku spraw różniły się od wniosków opinii biegłych co do formy orzeczonego środka. W przypadku spraw karnych sądy orzekały środek inny niż wnioskowany przez biegłych w nielicznych

sprawach, w których uznały, że stopień społecznej szkodliwości popełnionego czynu nie jest na tyle wysoki, by pozwalał na orzeczenie detencji psychiatrycznej. W żadnej z analizowanych spraw nie zdarzyło się natomiast, by sąd w oparciu o inne dowody ustalił niebezpieczeństwo stwarzane przez osobę, której postępowanie dotyczy, odmiennie niż wynikało to z wniosków opinii biegłych¹⁵⁸⁶.

Co więcej, można odnieść wrażenie, że gdy z opinii biegłych wynika zasadność stosowania środka zabezpieczającego, ustalenia dotyczące podstaw faktycznych stosowania tego środka bywają dokonywane powierzchownie. Zestawienie obrazu rysowanego w literaturze i orzecznictwie SN dotyczącego powinno sposobu ustalania podstaw faktycznych stosowania środków zabezpieczających z praktyką sądów niższych instancji, gdzie nierzadko opinia biegłych jest jedynym dowodem przeprowadzonym w sprawie, prowadzi do wniosku, że występuje tu istotny rozdźwięk.

Dodatkowo należy zauważyć, że w praktyce opinie biegłych sporządzane są najczęściej na podstawie tzw. metody klinicznej, bazującej na wiedzy, doświadczeniu i intuicji biegłego¹⁵⁸⁷, która ma niewielką wartość predykcyjną¹⁵⁸⁸. Krytyczna ocena wniosków opinii biegłych psychiatrów sporządzonych w oparciu o metodę kliniczną jest niezwykle trudna i w praktyce może sprowadzać się do oceny kompetencji biegłych. Nie ma przy tym żadnych regulacji prawnych, które pozwalałyby wymagać od biegłych np. odbywania okresowych szkoleń, posiadania określonych certyfikatów czy dokonywać okresowej oceny ich pracy. Lektura opinii biegłych sporządzonych w analizowanych sprawach prowadzi do wniosku, że niejednokrotnie są one bardzo ogólne, trudno nawet w oparciu o ich treść prześledzić tok myślenia, który doprowadził biegłych do wniosków. Metody oparte na ustrukturyzowanej profesjonalnej ocenie ryzyka (w Polsce HCR-20 i SAPROF), które uznawane są za bardziej obiektywne¹⁵⁸⁹, nie są w naszym kraju powszechnie stosowane (opinie

1586 Badaniami nie były objęte sprawy, w których sąd oddalił wniosek na gruncie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ale też na gruncie tej ustawy nie ustala się perspektywnego niebezpieczeństwa sprawcy, gdyż nie należy to do przesłanek zastosowania środka z art. 26 u.w.t.p.a.

1587 Zob. szerzej A. Welento-Nowacka, *Praktyczne...*, s. 88.

1588 Zob. J. Heitzman, P. Gosek, M. Luks, A. Pilszyk, J. Kotowska, M. Pacholski, *Implementacja...*, s. 558.

1589 J. Heitzman, P. Gosek, M. Luks, A. Pilszyk, J. Kotowska, M. Pacholski, *Implementacja...*, s. 88–91.

sporządzone w oparciu o te metody odnotowano jedynie w 2 spośród 24 sądów karnych objętych badaniami i to na etapie postępowania wykonawczego). Tymczasem metody te ułatwiają również komunikację biegłych z sądem i stronami, gdyż pozwalają na zrozumiałe uzasadnienie wniosków opinii biegłych¹⁵⁹⁰. Należy zatem mieć świadomość, że nawet najbardziej precyzyjna regulacja prawna dotycząca środków zabezpieczających w praktyce napotka na trudność, jaką jest sposób ustalenia stopnia niebezpieczeństwa stwarzanego przez daną osobę. Prawnicy mogą dążyć do tego, by wymagać od biegłych stosowania najbardziej aktualnych metod szacowania ryzyka i wnikliwego uzasadniania przedstawianych wniosków, ostatecznie jednak w znacznej mierze muszą w tym zakresie polegać na wiedzy specjalistów z dziedziny psychiatrii, psychologii czy seksuologii. Dostrzegalne jest to na gruncie ustawy o KOZZD – chociaż psychiatrzy podkreślają, że nie posiadają narzędzi pozwalających na rozróżnianie wysokiego od bardzo wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia czynu zabronionego, biegli sporządzają stosowne opinie, a na ich podstawie sądy wydają orzeczenia, również o umieszczeniu w KOZZD.

Drugim dostrzegalnym na gruncie ustawy o KOZZD problemem jest sposób wykonywania środka zabezpieczającego. Nawet najbardziej gwarancyjna pod względem proceduralnym regulacja prawna nie będzie spełniała swojej funkcji, jeśli zawiedzie sposób wykonania środka zabezpieczającego. Gwarancje proceduralne na etapie stosowania środka nie zdają się na wiele, jeśli środek wykonywany jest w warunkach naruszających prawa człowieka, a jego uchylenie praktycznie się nie zdarza. Dyskusja nad wprowadzeniem środka izolacyjnego przewidzianego dla sprawców przestępstw z zaburzeniami osobowości nie może się toczyć, jeśli nie zostanie ustalone, jaka miałaby być istota takiego środka i jak zagwarantować jego prawidłowe wykonywanie. Jeśli dalsza dyskusja dotycząca tego problemu będzie ogniskowała się zasadniczo na krytyce rozwiązań dotychczasowych, bez pomysłu na uregulowanie tej kwestii w przyszłości, problem może przez dłuższy czas nie zostać rozwiązany w przepisach prawa – w praktyce bowiem może się okazać, że istniejąca luka zostanie wypełniona nadużywaniem rozwiązań istniejących.

1590 J. Heitzman, P. Gosek, M. Luks, A. Pilszyk, J. Kotowska, M. Pacholski, *Implementacja...*, s. 90.

Wreszcie, należy wskazać na niepokojącą praktykę, która ujawniła się w przeprowadzonych badaniach, niestosowania przepisów o obligatoryjnym charakterze. Dla przykładu można tu wymienić prowadzenie sprawy osoby niepoczytalnej po złożeniu przez prokuratora wniosku z art. 324 k.p.k. na posiedzeniu, prowadzenie tego posiedzenia pod nieobecność podejrzanego, gdy brak jest ku temu wskazań wynikających z opinii biegłych czy nieustanawianie obrońcy dla nieletniego z zaburzeniami psychicznymi. We wszystkich tych przypadkach zarówno literalne brzmienie przepisów, jak i ich wykładnia w orzecznictwie Sądu Najwyższego nie budzą wątpliwości. Nie ma tu sporów interpretacyjnych czy rozbieżności w doktrynie. Pomimo tego sądy odstępują od stosowania tych przepisów, naruszając gwarancje procesowe przysługujące osobie, której postępowanie bezpośrednio dotyczy. Aktualnie trudno jest wskazać jednoznaczną przyczynę takiego stanu rzeczy, jak i sposób rozwiązania problemu. Nie chodzi tu bowiem o redakcję przepisów, które można byłoby poprawić, ingerując w ich treść, ale o zmianę utrwalonej, błędnej praktyki sądowej.