



Mgr Jarosław Tekliński  
Instytut Nauk Prawnych PAN  
jteklinski132@wp.pl

## Podstawy obligatoryjnego odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności

### Abstrakt

Jedną z podstawowych zasad prawa karnego wykonawczego jest zasada bezzwłocznego wszczęcia postępowania wykonawczego (art. 9 § 1 k.k.w.).

Bezzwłoczne wykonanie orzeczenia, szczególnie tego, które stanowi o bezwzględnej karze pozbawienia wolności, służy realizacji zasady humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej skazanego (art. 4 § 1 k.k.w.).

Odroczenie wykonania kary jest jednym z nielicznych odstępstw od zasady wyrażonej w art. 9 § 1 k.k.w., przy czym zważywszy na jej wyjątkowy charakter, przepisy statuujące ustawowe przesłanki jej stosowania nie podlegają wykładni rozszerzającej. Dzieje się tak za sprawą tego, że odroczenie wykonania kary bez istnienia ważkich przyczyn narusza zarówno wspomnianą zasadę bezzwłocznego wykonania wyroku, jak i konstytucyjną zasadę osądzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki (art. 45 ust. 1 Konstytucji RP), czy rozpatrzenia sprawy w rozsądnym terminie (art. 6 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności).

Niniejszy artykuł stanowi próbę kompleksowego spojrzenia na problematykę materialnych podstaw obligatoryjnego odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności. Analiza obowiązującego porządku prawnego, przeprowadzona przez pryzmat oceny zarówno orzecznictwa, jak i poglądów doktryny, doprowadza autora do konkluzji, że obecna regulacja jest wadliwa i *de lege ferenda* wymaga pilnych zmian, w kierunku przez niego zaproponowanym.

## Abstract

One of the basic principles of executive criminal law is the principle of immediate enforcement proceedings (art. 9 § 1 k.k.w.). Immediate enforcement of the verdict, especially the one which provides for the absolute penalty of imprisonment, is for the implementation of the principle of humanity and respect for the human dignity of the convicted person (art. 4 § 1 k.k.w.).

Postponement of the execution of a sentence is one of the few exceptions to the rule expressed in art. 9 § 1 k.k.w., however, considering its exceptional character, provisions stating the statutory conditions for its application are not subject to an extended interpretation. This is due to the fact that postponing the execution of a penalty without serious grounds violates both the aforementioned principle of immediate enforcement of the sentence and the constitutional principle of trial without unreasonable delay (article 45 section 1 of the Constitution of the Republic of Poland) or consideration of the case within a reasonable period (article 6 section 1 of the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms).

This article is an attempt to look at the issue of material basis for obligatory postponement of imprisonment. The analysis of the current legal order, carried out through the prism of assessing both case-law and doctrinal views, leads the author to the conclusion that the current regulation is flawed and *de lege ferenda* requires urgent changes in the direction proposed by him.

## 1. Uwagi wstępne

Jedną z podstawowych zasad prawa karnego wykonawczego jest wyrażona w art. 9 § 1 k.k.w. zasada bezzwłocznego wszczęcia postępowania wykonawczego, gdy orzeczenie stało się wykonalne. Jej rozwinięcie następuje w § 2 przez dyspozycję, że m.in. wyrok staje się wykonalny z chwilą uprawomocnienia, chyba że ustawa stanowi inaczej, jak i przez stwierdzenie (§ 3), że postanowienia wydane w postępowaniu wykonawczym stają się wykonalne z chwilą wydania, chyba że ustawa stanowi inaczej lub sąd wydający postanowienie albo powołany do rozpoznania zażalenia wstrzymają jego wykonanie.

Z drugiej strony, jednym z nielicznych odstępstw od zasady bezzwłocznego wykonania kary jest instytucja jej odroczenia, której przesłanki stosowania określają przepisy art. 150 k.k.w. i art. 151 k.k.w.

W myśl tego pierwszego odroczenia następuje do czasu ustania przeszkody, wówczas gdy wykonanie kary pozbawienia wolności jest niemożliwe z powodu choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby (§ 1), przy czym ciężka choroba definiowana jest (§ 2) jako taki stan skazanego, w którym umieszczenie

go w zakładzie karnym może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo.

Zgodnie zaś z art. 151 § 1 k.k.w. sąd może odroczyć wykonanie kary pozbawienia wolności na okres do roku, jeżeli jej natychmiastowe wykonanie pociągnęłoby dla skazanego lub jego rodziny zbyt ciężkie skutki<sup>1</sup>, a w przypadku kobiet ciężarnych lub osób samotnie sprawujących opiekę nad dzieckiem, na okres do 3 lat po urodzeniu dziecka. Może ono również nastąpić w przypadku kary pozbawienia wolności orzeczonej w wymiarze do roku, jeżeli liczba osadzonych w zakładach karnych lub aresztach śledczych przekracza w skali kraju ogólną pojemność tych zakładów, z wyłączeniem skazanych za przestępstwa popełnione z użyciem przemocy lub groźby jej użycia; określonych w art. 64 § 1 i 2 i art. 65 k.k., a także skazanych za czyny z art. 197–203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych (§ 2).

Z powyższego wynika, że podstawę obligatoryjnego odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności stanowi na tyle ciężki stan zdrowia skazanego, który uniemożliwia mu, pomimo przysługujących gwarancji w zakresie ochrony zdrowia, odbycie tej kary. Nie jest to zatem obligatoryjność całkowicie bezwzględna, bo nie zależy od zupełnie obiektywnych warunków, a obligatoryjność zwykle określana mianem obligatoryjności względnej<sup>2</sup>. Samo bowiem ustalenie istnienia choroby psychicznej lub somatycznej nie determinuje decyzji sądu, która uzależniona jest dodatkowo od uznania, że stan zdrowia skazanego jest na tyle ciężki, że odizolowanie go od społeczeństwa może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo.

Omawiana instytucja nie ma zbyt szerokiego zastosowania, o czym świadczą dane statystyczne jej dotyczące. Ma jednak duże znaczenie praktyczne, ponieważ prowadzi nie tylko do okresowego niewykonania kary pozbawienia wolności, lecz także dzięki art. 152 k.k.w. do całkowitego uniknięcia odbywania kary bezwzględnej pozbawienia wolności.

Przechodząc do danych statystycznych: przykładowo w 2015 r. skazano na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania – 33 952 osoby, zaś w 2016 r. – 43 695<sup>3</sup>. Przy uwzględnieniu osób, które powinny być osadzone w zakładzie karnym z uwagi na: zarządzenie wykonania zastępczych kar pozbawienia wolności, w miejsce nieuiszczonych kar grzywnien (37 835 w 2015 r. i 36 422 w 2016 r.) i ograniczenia wolności (10 624 w 2015 r.

<sup>1</sup> Mogą to być skutki różne, ale wśród nich także skutki w stanie zdrowia, które nie są aż tak poważne jak te, które są określone w art. 150 § 2 k.k.w. (zagrożenie życia lub spowodowanie poważnego niebezpieczeństwa dla zdrowia).

<sup>2</sup> Ilekroć w dalszym ciągu niniejszego opracowania używany będzie termin „odroczenie obligatoryjne”, będzie chodziło w rzeczywistości o „odroczenie względnie obligatoryjne”.

<sup>3</sup> *Statystyka sądowa. Prawomocne skazania osób dorosłych 2012–2016*, ed. II, Warszawa 2017, s. 23.

i 12 262 w 2016 r.); zarządzenie wykonania kary pozbawienia wolności, której wykonanie wcześniej warunkowo zawieszono (33 862 w 2015 r. i 30 375 w 2016 r.), jak i odwołanie warunkowego przedterminowego zwolnienia (5896 w 2015 r. i 4900 w 2016 r.), otrzymamy odpowiednio: 122 169 osób w 2015 r. i 127 654 osoby w 2016 r.<sup>4</sup>

W 2015 r. odroczone wykonanie kary w trybie art. 150 § 1 k.k.w. w 681 przypadkach (co stanowi 0,55% ogółu populacji osób, które powinny być osadzone w zakładzie karnym), zaś w trybie art. 151 k.k.w. w 7942 przypadkach (6,5%). W 2016 r. odpowiednio w: 776 (0,6%) i 6123 (4,79%) przypadkach<sup>5</sup>. Powyższe dane świadczą o wyjątkowym, mając na uwadze zakres zastosowania, charakterze tak obligatoryjnego, jak i fakultatywnego odroczenia wykonania kary, aczkolwiek w przypadku tego drugiego, procentowy udział osób z niego korzystających do populacji osób, które powinny być osadzone w jednostkach penitencjarnych, jest stosunkowo wysoki.

Kluczowe dla zastosowania lub niezastosowania wobec skazanego zarówno obligatoryjnego, jak i fakultatywnego odroczenia wykonania kary jest dokonanie przez sąd oceny, czy w warunkach więziennych stan zdrowia skazanego nie ulegnie określonemu w ustawie pogorszeniu. Ocena sądu będzie zależała od dwóch czynników. Po pierwsze od stworzonej przez prawo instytucjonalnej możliwości ochrony zdrowia skazanego. Po drugie od praktycznej zdolności systemu penitencjarnego, aby te możliwości wdrożyć.

Gdy chodzi o te pierwsze, to należy stwierdzić, że obowiązujące regulacje prawne otwierają duże możliwości świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach izolacji penitencjarnej bez konieczności uciekania się m.in. do wspomnianej tu instytucji, która notabene, wpisuje się w realizację obowiązku nałożonego na organy sądowe, a dotyczącego ochrony zdrowia osób skazanych<sup>6</sup>.

Wypada zacząć od tego, że zgodnie z określonym w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP prawem człowieka do ochrony zdrowia władze publiczne, niezależnie od sytuacji materialnej jednostki, muszą zapewnić jej dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonym ustawą (ust. 2).

W odniesieniu do ochrony zdrowia osób osadzonych w jednostkach penitencjarnych to rozwinięcie tej gwarancji następuje m.in. w ustawie z dnia

<sup>4</sup> Źródło: Dane statystyczne zawarte w sprawozdaniach MS-S10 sądów rejonowych i okręgowych za lata 2015 i 2016, udostępnione autorowi przez Wydział Statystycznej Informacji Zarządczej Ministerstwa Sprawiedliwości. Obliczenia własne autora.

<sup>5</sup> Jw. Obliczenia własne autora.

<sup>6</sup> Zob. szerzej K. Postulski, *Stan zdrowia skazanego w aspekcie zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności*, „Prokuratura i Prawo” 2015, nr 7–8, s. 164.

9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej<sup>7</sup>. W art. 2 ust. 2 tej ustawy czytamy, że do podstawowych zadań Służby Więziennej należy na przykład: prowadzenie oddziaływań penitencjarnych i resocjalizacyjnych wobec skazanych, przez m.in. organizowanie specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych, zapewnienie przestrzegania ich praw, w tym opieki zdrowotnej oraz zapewnienie w jednostkach penitencjarnych porządku i bezpieczeństwa. Jednocześnie ustawa dopuszcza możliwość działania podmiotów leczniczych w ramach zakładów karnych i aresztów śledczych (art. 8 ust. 2 i 3).

Z obowiązkami nałożonymi na Służbę Więzienną sprzężone są uprawnienia skazanych. Podstawowe w tym zakresie regulacje zawierają przepisy art. 102 pkt 1 k.k.w. i art. 115 k.k.w. W myśl pierwszego skazany ma prawo, ze względu na zachowanie zdrowia, do odpowiedniego: wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń, świadczeń zdrowotnych oraz warunków higieny. Drugi zaś przepis przyznaje skazanym prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, leków i artykułów sanitarnych (§ 1), wyłączając prawo do wyboru (§ 1a):

- lekarza i pielęgniarki ambulatorium z izbą chorych;
- lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, określonych w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej<sup>8</sup>;
- świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentystry oraz szpitala, określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>9</sup>.

Wyłączenie to nie ma charakteru bezwzględnego, albowiem w szczególności uzasadnionych sytuacjach, za zgodą dyrektora zakładu karnego i po uzyskaniu opinii lekarza zakładu, skazany może korzystać na swój koszt z wybranego przez siebie lekarza lub innego podmiotu leczniczego oraz z dodatkowych leków i innych wyrobów medycznych (§ 6).

Skazany ma również prawo do bezpłatnych protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o ile ich brak mógłby pogorszyć jego stan

---

<sup>7</sup> Tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 1542. Zob. również rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z: 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (tj. Dz.U. z 2017 r., poz. 2131) i 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz.U. z 29.12.2016 r., poz. 2231).

<sup>8</sup> Tj. Dz.U. z 2019 r., poz. 357.

<sup>9</sup> Tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm. W orzecznictwie trafnie zauważono, że zadanie więziennej służby zdrowia nie sprowadza się do zaspokajania dowolnych, często wygórowanych oczekiwań osadzonych, a jedynie do utrzymania ich zdrowia w stanie niepogorszonego – tak post. SA w Katowicach z 24.07.2002 r., II AKz 659/02, OSA 2003/2/11.

zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary pozbawienia wolności. W pozostałych przypadkach prawo to przysługuje odpłatnie (§ 2)<sup>10</sup>.

Regułą jest, że świadczenia zdrowotne udzielane są przez podmioty lecznicze przeznaczone do leczenia osób pozbawionych wolności (§ 4). Brak takiej możliwości, w szczególności, gdy zachodzi konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego, poddania go specjalistycznym badaniom, leczeniu lub rehabilitacji oraz zapewnienia świadczeń zdrowotnych skazanemu, korzystającemu z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego otwiera dopuszczalność udzielenia świadczeń zdrowotnych przez pozawięzione podmioty lecznicze (§ 5 art. 115 k.k.w.)<sup>11</sup>.

Szczególne regulacje w zakresie ochrony zdrowia dotyczą kobiet ciężarnych lub karmiących dziecko oraz skazanych wymienionych w art. 96 § 1 k.k.w.

Z mocy art. 87 § 3 k.k.w. kobietom ciężarnym lub karmiącym dziecko administracja zakładu ma obowiązek zapewnienia opieki specjalistycznej, pod której pojęciem kryje się opieka: ginekologiczna, położnicza i doradztwo laktacyjne<sup>12</sup>. W myśl zaś § 4 art. 87 k.k.w. na życzenie skazanej matki, może być ona umieszczona wraz z dzieckiem do ukończenia przez nie trzeciego roku życia, w domu dla matki i dziecka, o ile względy wychowawcze lub zdrowotne, wsparte opinią lekarza albo psychologa, nie przemawiają za oddzieleniem dziecka od matki. Skierowanie do takiego domu ma na celu umożliwienie matce sprawowania stałej i bezpośredniej opieki nad dzieckiem. Wspomniane wyżej względy mogą również przemawiać tak za przedłużeniem, jak i za skróceniem okresu pobytu w domu. Podjęcie ww. decyzji wymaga zgody sądu opiekuńczego<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> Zob. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (Dz.U. z 2.12.2003 r., Nr 204, poz. 1986).

<sup>11</sup> Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z 9 maja 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz.U. z 18.05.2012 r., poz. 547).

<sup>12</sup> J. Lachowski [w:] *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, pod red. tegoż, wyd. 2, Warszawa 2016, s. 417.

<sup>13</sup> Zob. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 17 września 2003 r. w sprawie trybu przyjmowania dzieci matek pozbawionych wolności do domów dla matki i dziecka przy wskazanych zakładach karnych oraz szczegółowych zasad organizowania i działania tych placówek (Dz.U. z 8.10.2003 r., Nr 175, poz. 1709). Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w Polsce funkcjonują dwa domy dla skazanych matek z dziećmi: przy Zakładzie Karnym Nr 1 w Grudziądzu i przy Zakładzie Karnym w Krzywańcu. Także zob. § 28 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego... – przypis 7, zgodnie z którym w przypadku kobiet ciężarnych



Przepis art. 96 § 1 k.k.w. zawiera katalog skazanych obligatoryjnie kierowanych do odbycia kary w systemie terapeutycznym. Są to skazani: z niepsycho-tycznymi zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo, uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego<sup>14</sup>.

W konkluzji dotychczasowych rozważań stwierdzić należy, że całokształt przedstawionych uregulowań prawnych stwarza szerokie możliwości należytej ochrony zdrowia osób pozbawionych wolności.

## 2. Choroba psychiczna

### 2.1. Problemy definiowania

Z woli ustawodawcy, choroba psychiczna jako przesłanka obligatoryjnego odroczenia wykonania kary, została wyekspozowana na miejscu pierwszym. Problematyka związana z jej zdefiniowaniem jest nie tylko złożona, ale budzi również najwięcej kontrowersji, co skłania do szerszego jej przybliżenia.

Zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), zdrowie psychiczne jest dobrostanem, „w którym jednostka realizuje swoje możliwości, potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować. Zdrowie psychiczne jest fundamentem dobrego samopoczucia i efektywnego funkcjonowania

---

i karmiących dyrektor jednostki, na wniosek lub po zasięgnięciu opinii lekarza, może dokonywać niezbędnych odstępstw od określonego w regulaminie sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności, w zakresie uzasadnionym potrzebami stanu fizycznego lub psychicznego tych kobiet.

<sup>14</sup> Zob. § 27 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego... – przypis 7, gdzie w ust. 1 czytamy, że wobec skazanych przebywających w szpitalach, izbach chorych oraz leczonych poza nimi, a także przewlekle chorych i rekonwalescentów, dyrektor może, na wniosek lub po zasięgnięciu opinii lekarza, dokonywać niezbędnych odstępstw od przewidzianego w regulaminie sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności w zakresie uzasadnionym stanem zdrowia tych skazanych. Zasady te (ust. 2) stosuje się odpowiednio wobec skazanych z rozpoznaniem niepsycho-tycznych zaburzeń psychicznych, upośledzonych umysłowo, uzależnionych od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz niepełnosprawnych fizycznie. Dyrektor może dokonywać tych odstępstw na wniosek lub po zasięgnięciu opinii lekarza lub psychologa. Zob. również Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 14 sierpnia 2003 r., w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (tj. Dz.U. z 2013 r., poz. 1067).

osoby w społeczeństwie”<sup>15</sup>. Ów dobrostan obok stanu kompletnego dobrostanu fizycznego i społecznego, składa się na ogólną definicję zdrowia<sup>16</sup>.

Podjęciu identyfikującemu zdrowie psychiczne z dobrostanem psychicznym przeciwstawia się ujęcie zdrowia w innych perspektywach teoretycznych, a mianowicie: biomedycznej i holistyczno-funkcjonalnej<sup>17</sup>.

W modelu biomedycznym zdrowie należy do kategorii zobiektywizowanej, najczęściej definiowanej jako stan, w którym nie występują żadne zakłócenia w funkcjach biologicznych organizmu. Zależy ono od odporności biologicznej jednostki; do jego załamania dochodzi wówczas, gdy człowiek nie jest w stanie przeciwstawić się negatywnym wpływom otoczenia. W modelu tym tak zdrowie, jak i choroba pozostają poza kontrolą jednostki<sup>18</sup>.

W modelu holistyczno-funkcjonalnym zdrowie przejawia się „we wzajemnej relacji, jaka zachodzi między człowiekiem a jego otoczeniem i jest procesem ukierunkowanym na zapewnienie dynamicznej równowagi”<sup>19</sup>. O jego poziomie decydują zarówno czynniki patogenne, jak i zasoby odpornościowe, mieszczące się w człowieku, w środowisku naturalnym i społeczno-kulturalnym. W tym modelu nacisk kładzie się na świadomą aktywność chorego, jego rodziny i środowiska w procesie przejmowania kontroli i walki z chorobą, przywracania zdrowia i powiększenia jego wytrzymałości<sup>20</sup>.

W literaturze przedmiotu H. Sęk wskazuje, że zdrowie psychiczne nie jest stanem uniwersalnym, a raczej procesem „osiągania (przez człowieka) pewnego idealnego stanu w różny sposób poprzez autokreację w określonych warunkach społecznych”<sup>21</sup>. Podobnie zdrowie psychiczne postrzega L. Korzeniowski, którego zdaniem stanowi ono zespół cech i reakcji indywidualnych, nieodbiegających od normy psychicznej. Tę ostatnią nakazuje ujmować w kategoriach dynamicznych, twierdząc, że stan rozumiany jako norma psychiczna związany jest nie tylko z indywidualnymi cechami człowieka, ale również z normami społeczno-kulturowymi, obowiązującymi w środowisku, w jakim funkcjonuje. W tym znaczeniu, jak podaje, np. kanibalizm u ludów prymitywnych nosi cechy obyczajau,

---

<sup>15</sup> Podaję za L. Gromulską, *Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, nr 64, s. 127.

<sup>16</sup> Tamże.

<sup>17</sup> H. Sęk, *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993, z. 2, s. 113.

<sup>18</sup> Tamże, s. 113–114.

<sup>19</sup> Tamże, s. 114.

<sup>20</sup> A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, nr 93(4), s. 683.

<sup>21</sup> H. Sęk [w:] *Leksykon psychiatrii*, pod red. S. Pużyńskiego, Warszawa 1993, s. 537.



w naszej zaś szerokości geograficznej jest z reguły następstwem choroby psychicznej lub wypaczenia sfery popędowej<sup>22</sup>.

Także S. Pużyński pisze, że granica między tzw. normą psychiczną (zdrowie psychiczne) a patologią (choroba psychiczna) może być nieostra, płynna i uwarunkowana czynnikami społeczno-kulturowymi<sup>23</sup>. I dodaje, że różnorodność definicji zdrowia psychicznego ma bezpośrednie przełożenie zarówno na określenie kryteriów rozpoznawania i klasyfikacji chorób (zaburzeń) psychicznych, jak i na pojmowanie takich pojęć praktyki klinicznej, jak: „poprawa”, „remisja” czy też „wyleczenie”<sup>24</sup>.

W zależności od przyjętego modelu zdrowia i choroby używa się umownie pojęć typu „poprawa kliniczna” rozumiana jako zmniejszenie ilości i/lub nasilenia części czy też wszystkich objawów wcześniej zdiagnozowanych lub „poprawa społeczna” rozumiana jako poprawa funkcjonowania jednostki, przy jednoczesnym utrzymywaniu się części, a nawet większości objawów klinicznych. Podkreśla się przy tym, że dokładniejszemu określeniu podlega stopień poprawy, który może być nieznaczny, częściowy lub znaczny<sup>25</sup>.

Termin „remisja” najczęściej odnosi się do zaburzeń nawracających (głównie afektywnych) i oznacza okres niewystępowania objawów klinicznych, przy istniejącej obawie nawrotu zaburzeń<sup>26</sup>. S. Pużyński wskazuje także, że terminy „wyleczenie” czy „powrót do zdrowia psychicznego” budzą najwięcej kontrowersji, albowiem część medyków, w odniesieniu zwłaszcza do rezultatów leczenia nawracających zaburzeń afektywnych, zaburzeń z grupy schizofrenii, przewlekłych zaburzeń lękowych czy uzależnień, bądź unika używania tego terminu, bądź też podchodzi do niego z ostrożnością. Inna część nie wierzy w możliwość całkowitego wyleczenia lub też uzależnia taką diagnozę od ustalenia długiego okresu (rzędu co najmniej kilku lat) niewystępowania jakichkolwiek przejawów zaburzeń. Są również i tacy, którzy poprawę stanu zdrowia w stopniu znacznym uważają za „wyleczenie”<sup>27</sup>.

Podobnie jak termin „zdrowie psychiczne”, tak i termin „choroba psychiczna” nie jest szczegółowo dookreślony, albowiem psychiatria nie podaje ani też nie odnosi się do jednej choroby psychicznej, czy do zespołu chorób,

---

<sup>22</sup> L. Korzeniowski [w:] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, pod red. L. Korzeniowskiego, S. Pużyńskiego, wyd. III, Warszawa 1986, s. 627.

<sup>23</sup> S. Pużyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska” 2007, t. 41, nr 3, s. 300.

<sup>24</sup> S. Pużyński, *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne, prawne*, wyd. I, Warszawa 2015, s. 88.

<sup>25</sup> Tamże, s. 88–89.

<sup>26</sup> Tamże, s. 89.

<sup>27</sup> Tamże.

rozumianego jako kilka przechodzących w siebie nawzajem stanów chorobowych<sup>28</sup>. Dotychczas nie opracowano również jednego katalogu chorób psychicznych, nie ustalono jednoznacznych kryteriów pozwalających na opracowanie terminologii tych chorób<sup>29</sup>. Nie wydaje się przy tym, by stan ten w najbliższej przyszłości uległ zmianie.

Polski prawodawca nie podjął próby zdefiniowania pojęcia „choroba psychiczna”, pomimo tego, że posługuje się nim zarówno na gruncie prawa karnego, jak i innych gałęzi prawa. Nie znajdziemy jej w szczególności w podstawowym akcie z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, którym jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego<sup>30</sup>.

W publikacjach naukowych (poczynając od lat 70.) zanika termin „choroba psychiczna”. Jego miejsce zajmuje określenie „zaburzenie” (*disorder*), które zaczyna pełnić nadrzędną rolę w odniesieniu do ogółu stanów chorobowych, będących przedmiotem zainteresowania psychiatrii klinicznej<sup>31</sup>.

Terminem „choroba psychiczna” nadal posługuje się *Wielki słownik medyczny*, który wyróżnia choroby psychiczne w znaczeniu węższym i szerszym.

---

<sup>28</sup> M. Tomaszewska, *Charakter prawny decyzji o ubezwłasnowolnienie w sądowym stosowaniu prawa*, Toruń 2008, s. 187. Zob. też post. SA w Łodzi z 28.12.2005 r., IIAKzw824/05, KZS2006, z. 1, poz. 42.

<sup>29</sup> S. Pużyński, *Dylematy...*, s. 145–146.

<sup>30</sup> Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1878).

<sup>31</sup> Podaję za S. Pużyńskim, *Choroba psychiczna...*, s. 304. Zob. również tenże, *Dylematy...*, s. 143–148. Na stronie 147 tegoż opracowania autor podaje, że po publikacji artykułu *Choroba psychiczna...*, w 2007 r., na zadane przez niego pytanie o celowość likwidacji terminów „choroba psychiczna” i pochodnych typu: „chory psychicznie”, „osoba chora psychicznie”, w praktyce klinicznej, skierowane do kilkunastu jego kolegów lekarzy psychiatrów, niemal wszyscy zajmujący się opiniowaniem sądowo-psychiatrycznym i regulacjami prawnymi dotyczącymi psychiatrii odpowiedzieli, że jest to pojęcie zbędne. Argumentowali to tym, że podane pojęcia są nieprecyzyjne, mogą wprowadzać adresata w błąd, są źródłem częstych nieporozumień i zamieszania, a ponadto mają zabarwienie pejoratywne. Przedstawiciele mniej licznej zbiorowości, którą tworzyli głównie starsi stażem lekarze, z wieloletnim doświadczeniem, powoływali się natomiast na tradycję i szkodliwość zbyt częstych zmian nazewnictwa w diagnostyce psychiatrycznej. Drugie stanowisko razi brakiem jakiegokolwiek logicznej argumentacji, za takową bowiem nie możemy uznać twierdzenia, że to, co funkcjonuje od wielu lat jest dobre, tylko dlatego, że funkcjonuje właśnie od wielu lat. Zob. również F. Bolechała, *Stan psychiczny a odpowiedzialność karna – regulacje prawne i kryteria medyczne w Polsce oraz innych państwach*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2009, t. 59, nr 4, s. 311, który także zwraca uwagę na fakt, że w wielu opracowaniach naukowych terminy: „choroba psychiczna” i „zaburzenie psychiczne” występują zamiennie, często bez sprecyzowania ich zakresu znaczeniowego. Autor ten słusznie zauważa, że język prawny wymaga, by pojęcia w nim zawarte, były jasno i obiektywnie zdefiniowane, co przy występującym dysonansie słownym może w przypadku konfrontacji lekarzy i prawników prowadzić do pewnych niejasności oraz wzajemnego niezrozumienia.

W tym pierwszym choroba psychiczna jest synonimem psychozy<sup>32</sup>, do której w psychiatrii zalicza się przede wszystkim: schizofrenię, psychozę maniakalno-depresyjną i paranoję, ale także i np. psychozę afektywną (np. choroba afektywna dwubiegunowa i jednobiegunowa – depresja lub mania), psychozy: wieku podeszłego, spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych lub alkoholu, kiłową, pourazową czy też starczą. W ujęciu szerszym choroba psychiczna definiowana jest jako wszelkiego rodzaju zaburzenia typu psychotycznego, którym towarzyszą objawy psychotyczne, takie jak np.: omamy, urojenia, ciężkie zaburzenia nastroju, emocji itp.<sup>33</sup>.

*Wielki słownik medyczny* do zaburzeń psychicznych, które stanowią termin zbiorczy, zalicza oprócz: nerwic, upośledzenia umysłowego, zaburzeń osobowości, nałogów, niektórych dewiacji seksualnych oraz zaburzeń psychosomatycznych również i psychozy<sup>34</sup>, przy czym – jak już wiemy – choroba psychiczna zgodnie z tą publikacją, w ujęciu węższym jest synonimem psychozy.

W *Leksykonie psychiatrii* termin „choroba psychiczna” nie jest definiowany, zaś „zaburzenie psychiczne” (*mental disorder*) oznacza: „ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, które są przedmiotem zainteresowania (diagnostyka, leczenie, profilaktyka, badania etiologii i patogenezy) psychiatrii klinicznej”. Dzielą się one na zaburzenia psychotyczne, czyli psychozy i niepsychotyczne, który to podział nie jest ścisły, albowiem w przebiegu niektórych zaburzeń niepsychotycznych, mogą pojawiać się objawy psychotyczne (np. zaburzenia świadomości)<sup>35</sup>.

Podobnie jak w *Leksykonie*, tak i w *Encyklopedycznym słowniku psychiatrii* nie znajdziemy definicji „choroby psychicznej”<sup>36</sup>. Zaburzenie psychiczne (psychotyczne lub niepsychotyczne) definiowane jest jako „ogół zaburzeń czynności psychicznych, które są przedmiotem zainteresowania psychiatrii klinicznej”<sup>37</sup>.

W publikacji *Leksykon terminów psychiatria i zdrowie psychiczne*<sup>38</sup> termin „choroba psychiczna” nie występuje. Zaburzenie definiowane jest jako mało

---

<sup>32</sup> *Wielki słownik medyczny*, pod red. J. Komender, M.J. Mossakowskiego, T. Orłowskiego, K. Ostrowskiego, W. Rudowskiego, A. Trzebskiego, Warszawa 1996, s. 187 oraz s. 1131–1134, na których podane są rodzaje psychoz.

<sup>33</sup> Tamże, s. 187.

<sup>34</sup> Tamże, s. 1516.

<sup>35</sup> S. Pużyński [w:] *Leksykon psychiatrii...*, s. 526.

<sup>36</sup> Zob. przypis 22.

<sup>37</sup> S. Pużyński [w:] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii...*, s. 614.

<sup>38</sup> *Leksykon* został wydany przez WHO w 1989 r. (wyd. I) i w 1994 r. (wyd. II) pod tytułem *Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms*. Polskie wydanie, na podstawie upoważnienia Dyrektora Generalnego WHO, udzielonego Instytutowi Psychiatrii i Neurologii w Warszawie pochodzi z 2001 r., w tłumaczeniu J. Wciórki. Wydaje się, że bardziej fortunny byłby przekład, zgodnie z którym tytuł materiału brzmiałby „Leksykon określeń psychiatrii i zdrowia psychicznego”.

precyzyjne określenie, obejmujące wszelkie zaburzenia psychiczne tak wrodzone, jak i nabyte<sup>39</sup>.

Współczesne klasyfikacje psychiatryczne: ICD-10<sup>40</sup> oraz DSM-5<sup>41</sup> zrezygnowały z posługiwania się terminem „choroba psychiczna” na rzecz terminu „zaburzenie”<sup>42</sup>.

Jak wskazują autorzy, ICD-10 termin „zaburzenie” używany jest w tej klasyfikacji z uwagi na chęć uniknięcia wątpliwości, jakie wiążą się z nieściśłym terminem „choroba” (*disease* lub *illness*), który używany jest celem wskazania na istnienie systemu możliwych do stwierdzenia objawów lub zachowań powiązanych w większości przypadków z cierpieniem i z zaburzeniami funkcjonowania jednostki<sup>43</sup>. Podobne stanowisko prezentują autorzy DSM-IV oraz DSM-5, zwracający uwagę na fakt, że termin „zaburzenie” nie ma zadowalającej definicji operacyjnej, tak co do znaczenia, jak i granicy. Może być rozważany na płaszczyźnie np. distresu, dyskontroli, niesprawności. Autorzy DSM-u poddają krytyce koncepcję tworzenia odrębnej kategorii zaburzeń psychicznych – stwierdzając, że oznaczałoby to przeciwstawianie ich zaburzeniom somatycznym, podczas gdy w każdym zaburzeniu występują przejawy obu rodzajów zaburzeń. Jednocześnie podkreślają, że mimo tych wątpliwości i trudności używanie określenia „zaburzenia psychiczne” podyktowane jest głównie względami pragmatycznymi, albowiem sprecyzowanie definicji i kryteriów rozpoznawania określonych kategorii diagnostycznych może być pomocne w odróżnieniu normy od patologii<sup>44</sup>.

<sup>39</sup> Tamże, s. 88.

<sup>40</sup> Tytuł oryginału: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10*. Przekład w języku polskim, wydany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, na mocy upoważnienia udzielonego przez Dyrektora Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja 10, t. 1, wyd. 2008, dostępna na stronie: [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/.../icd10tomi\\_56a8f5a554a18.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/.../icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf), s.207–255.

<sup>41</sup> DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) jest kolejną po DSM IV edycją klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, która została opublikowana 18 maja 2013 roku (Źródło: Wikipedia). Zob. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, red. wyd. pol. P. Gałęcki, M. Pilecki, J. Rymaszevska, A. Szulc, S. Sidorowicz, J. Wciórka, wyd. 5, Wrocław 2018.

<sup>42</sup> S. Pużyński, *Choroba psychiczna...*, s. 138. Zob. również H.J. Möllers, *Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych*, „Psychiatria Polska” 2018, t. 52, nr 4, s. 612.

<sup>43</sup> Podają za S. Pużyńskim, *Choroba psychiczna...*, s. 303.

<sup>44</sup> Tenże, *Dylematy...*, s. 138–139.

## 2.2. Problemy prawne

W literaturze przedmiotu oraz w orzecznictwie wysunięto postulat usunięcia z polskiego prawodawstwa określeń typu: „choroba psychiczna”, „chory (osoba chora) psychicznie”, które to anachronizmy, zdaniem autora postulatu, „mogą być przyczyną nieporozumień i nadużyć”<sup>45</sup>. W doktrynie prawa karnego pogląd ten oceniono jako zbyt daleko idący<sup>46</sup>. Zauważono bowiem, że pojęcie „choroba psychiczna” jest mocno zakorzenione w prawodawstwie polskim, zaś opisy zaburzeń psychicznych zawarte w klasyfikacjach psychiatrycznych, służą z jednej strony celom statystycznym, z drugiej zaś ujednoliceniu terminologii i usprawnieniu komunikowania się badaczy i klinicystów<sup>47</sup>.

Bezsporne jest to, że pojęcie „choroba psychiczna” jest zakorzenione w prawodawstwie polskim, aczkolwiek nie można przejść do porządku dziennego nad faktem, czy to zamiennego w literaturze przedmiotu używania pojęć „choroba psychiczna”, „zaburzenie psychiczne”, czy też odchodzenia w literaturze fachowej od używania pojęcia „choroba psychiczna” na rzecz pojęcia „zaburzenie psychiczne”. Jednak wspomniane klasyfikacje służą nie tylko celom statystycznym i ułatwieniu komunikowania się badaczy i klinicystów, ale także „porządkują język”, jakim porozumiewają się na świecie osoby zajmujące się ochroną zdrowia psychicznego<sup>48</sup>. Poza tym wspomniana już klasyfikacja ICD-10, będąca wynikiem wieloletniej współpracy ekspertów powołanych tak przez WHO, jak i Światowe Stowarzyszenie Psychiatryczne, stanowi zwarte podsumowanie wyników badań psychiatrycznych i opinii ekspertów oraz organizacji zajmujących się problematyką kliniczną psychiatrii i w istocie jest kompendialnym podręcznikiem psychiatrii<sup>49</sup>. Warto również podkreślić, że w przeciwieństwie do innych dziedzin medycyny, w których wyodrębnienie jednostek chorobowych następuje na podstawie zarówno charakterystycznego obrazu klinicznego, jak i znanego czynnika etiologicznego oraz określonej patogenezы, w psychiatrii takim kryterium jest najczęściej obraz kliniczny, rzadziej przyczyna, która w odniesieniu do dużej

<sup>45</sup> Tenże, *Choroba psychiczna...*, s. 307–308. Zob. również Ch. Jabłoński, M. Kobek, D. Kowalczyk-Jabłońska, *Czy neurastenia to choroba psychiczna – sztuczny, czy rzeczywisty problem opiniodawczy?*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2011, t. 61, s. 64 oraz post. SA w Krakowie z 14.03.2016 r., II AKz53/16, KZS 2016/9/33.

<sup>46</sup> J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki [w:] *System prawa karnego*, t. 7: *Środki zabezpieczające*, pod red. L.K. Paprzyckiego, Warszawa 2012, s. 157.

<sup>47</sup> Tamże, s. 156–157. Podobnego zdania jest K. Nowicki, który twierdzi, że klasyfikacje zaburzeń psychicznych, zważywszy na kodeksową definicję „ciężkiej choroby”, nie są przydatne do interpretacji art. 150 k.k.w. – K. Nowicki, *Odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności*, „Państwo i Prawo” 2010, nr 12, s. 55.

<sup>48</sup> Zob. Wprowadzenie [w:] *Leksykon terminów psychiatria i zdrowie psychiczne...*, s. 5.

<sup>49</sup> S. Pużyński, *Dylematy...*, s. 91.

grupy zaburzeń jest nieznaną lub mało poznaną<sup>50</sup>. Trudno zatem przyjąć bezkrytycznie twierdzenie, że klasyfikacje psychiatryczne służą jedynie celom statystycznym i ułatwieniu komunikowania się, wszak zawierają one zarówno wykaz problemów, będących przedmiotem zainteresowania współczesnej psychiatrii, jak i zwięzłą charakterystykę obrazu klinicznego poszczególnych kategorii diagnostycznych. Wiemy już natomiast, że obraz kliniczny stanowi podstawowe kryterium wyodrębnienia jednostek chorobowych w psychiatrii. Sprowadzanie zatem uznanych na świecie klasyfikacji psychiatrycznych do roli opracowań ułatwiających jedynie prowadzenie jednolitej statystyki, czy też eliminujących niedoskonałości językowe, wydaje się nieporozumieniem.

I dwie ostatnie uwagi.

Po pierwsze, obowiązujące Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022<sup>51</sup>, w tym i sam Program, stanowiący załącznik do niego, nie posługują się pojęciem „osoby chorej psychicznie”, a pojęciem „osoby z zaburzeniami psychicznymi”. Nie występuje tam również odrębnie pojęcie „choroby psychicznej”. Pojawia się ono jedynie dwa razy, na początku Programu i występuje w koniunkcji z zaburzeniami psychicznymi (zwroty „Rozpowszechnianie chorób i zaburzeń psychicznych” oraz „Epidemiologia chorób i zaburzeń psychicznych” – s. 5 Programu). Poza tymi dwoma przypadkami Program konsekwentnie posługuje się pojęciem zaburzeń psychicznych. Ponadto w Programie do zaburzeń psychicznych zaliczono m.in. zaburzenia afektywne w postaci np. depresji i manii (s. 6 Programu), które to – jak wiemy zgodnie z *Wielkim słownikiem medycznym* – zaliczane są do chorób psychicznych.

Po drugie, prawo, nie tylko karne, nie jest dziedziną statyczną. Wręcz przeciwnie. Korzystając zatem z dorobku innych dziedzin nauki, w tym przypadku psychiatrii, nie może nie dopasowywać się do zmian, jakie zachodzą w tej dziedzinie, nawet kosztem odejścia od utartych i funkcjonujących od wielu lat pojęć języka prawnego. Niewątpliwie usunięciu dostrzeżonych różnic terminologicznych służyłoby przyjęcie i konsekwentne stosowanie jednego z przedstawionych wyżej terminów we wszystkich dziedzinach życia społecznego, co należy jednak traktować w kategorii postulatu *de lege ferenda*.

Podniesiona z woli ustawodawcy do rangi materialnej przesłanki obligatoryjnego odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności choroba psychiczna (obok niedorozwoju umysłowego i innego zakłócenia czynności psychicznych), stanowi negatywną przesłankę odpowiedzialności karnej, jeżeli w czasie czynu sprawca, który na nią cierpi, nie mógł rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem (art. 31 § 1 k.k.).

<sup>50</sup> Tamże.

<sup>51</sup> Dz.U. z 2.03.2017 r., poz. 458.



Niepoczytalność, bo o niej tutaj mowa, definiowana jest z jednej strony za pomocą kryterium biologicznego<sup>52</sup> (medyczno-psychiatrycznego: choroba psychiczna, niedorozwój umysłowy i inne zakłócenie czynności psychicznych), z drugiej zaś za pomocą kryterium psychologicznego (możliwość rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem). Jej istota sprowadza się zatem do wystąpienia lub też niewystąpienia zakłócenia czynności psychicznych, skutkujących tym, że sprawca w chwili czynu nie był w stanie rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem, bądź też zdolność tę miał w pełni zachowaną.

Ujawnienie tejże negatywnej przesłanki procesowej w postępowaniu przygotowawczym, skutkuje jego umorzeniem (art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.), a w przypadku zaistnienia podstaw do zastosowania środków zabezpieczających, wystąpieniem do sądu z wnioskiem o umorzenie postępowania i zastosowanie tychże środków (art. 324 § 1 k.p.k.). W przypadku ujawnienia jej w toku postępowania sądowego, z mocy art. 414 § 1 k.p.k. sąd zobowiązany jest do umorzenia postępowania i ewentualnie zastosowania środka zabezpieczającego.

Wystąpienie choroby psychicznej, jeżeli nie spowodowała ona stanu niepoczytalności całkowitej, nie skutkuje umorzeniem postępowania i nie wyłącza możliwości orzeczenia kary wobec sprawcy. Choroba ta może ujawnić się również w fazie wykonania orzeczenia bądź też skazany może na nią zapaść dopiero w tej fazie postępowania. Niezależnie przy tym od momentu jej ujawnienia (byleby nastąpiło to przed wprowadzeniem do wykonania kary pozbawienia wolności) może stanowić podstawę odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności.

Podjęta wyżej próba usystematyzowania pojęć „choroba psychiczna” i „zaburzenie psychiczne” jest istotna w kontekście rozbieżności co do tego, czy zaburzenie psychiczne zdiagnozowane u skazanego, stanowi podstawę obligatoryjnego odroczenia wykonania kary.

Zdaniem J. Przybysza stwierdzenie u skazanego zaburzeń psychicznych stanowi podstawę odroczenia kary w trybie art. 150 k.k.w.<sup>53</sup>

Pogląd ten zakwestionował G. Wiciński, twierdząc, że zaburzenia psychiczne nie mogą stanowić takiej podstawy, albowiem nie są zaliczane do chorób psychicznych<sup>54</sup>. Mało tego, autor ten dowodzi, że rozważania na temat dopuszczalności odroczenia (i przerwy) z powodu zaburzeń psychicznych są „nazbyt

<sup>52</sup> J. Heitzman, I. Markiewicz, *Niepoczytalność – doktryna, praktyka, skuteczność, alternatywa*, „Psychiatria po Dyplomie” 2012, t. 9, nr 3, s. 48.

<sup>53</sup> J. Przybysz, *Psychiatria sądowa*, Cz. I: *Opiniowanie w procesie karnym*. Podręcznik dla lekarzy i prawników, wyd. IV, Toruń 2007, s. 90. Autor był (wg danych zawartych w Wikipedii zmarł 23 sierpnia 2017 r.) wieloletnim lekarzem psychiatrą, biegłym sądowym z zakresu psychiatrii.

<sup>54</sup> G. Wiciński, *Postępowania incydentalne związane z wykonywaniem kary pozbawienia wolności w programie probacji*, Łódź 2012, s. 109.

śmiało, aby można było je realnie analizować w kategoriach wykładni rozszerzającej znaczenie art. 150 § 1 k.k.w.”<sup>55</sup>. Na wsparcie przedstawionej argumentacji odwołuje się m.in. do poglądu wyrażonego przez K. Postulskiego, którego zdaniem, skoro upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych nie są chorobą psychiczną w ujęciu art. 31 § 1 k.k., to nie mogą stanowić podstawy obligatoryjnego odroczenia wykonania kary<sup>56</sup>.

Skupmy się zatem w tej chwili na pojęciach: upośledzenia umysłowego i innego zakłócenia czynności psychicznych, a dokładnie na dopuszczalności przyjęcia za podstawę odroczenia wykonania kary stanów określanych tym mianem, ograniczając się oczywiście do tych sytuacji, w których nie skutkowały one zniesieniem czytelności, w rozumieniu art. 31 § 1 k.k. Mowa zatem o stanach faktycznych, w których zastosowano art. 31 § 2 k.k. lub też brak było podstaw do jego zastosowania, przy jednoczesnym zdiagnozowaniu upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych. Poza zainteresowaniem pozostawiam natomiast te stany, w których, w wyniku zaniedbania skutkującego brakiem danych osobopoznawczych, nie dostrzeżono deficytów psychicznych i nie przeprowadzono tak w fazie przygotowawczej, jak i rozpoznawczej postępowania dowodu z opinii biegłych. W tych bowiem sytuacjach ujawnienie omawianych stanów powinno skutkować bądź wniesieniem apelacji, jeżeli fakt ten został ujawniony przed uprawomocnieniem się orzeczenia (art. 444 k.p.k. w zw. z art. 439 § 1 pkt 10 k.p.k.), bądź wniesieniem kasacji (art. 519 k.p.k. w zw. z art. 523 k.p.k.), bądź też zainicjowaniem procedury wznowienia postępowania w trybie art. 540 § 1 pkt 2a. k.p.k., jako że ujawnienie tych stanów może wskazywać na to, że osądzony został skazany, mimo że jego czyn nie stanowił przestępstwa. W dwóch ostatnich przypadkach może nastąpić wstrzymanie wykonania orzeczenia (zob. art. 532 § 1 k.p.k. stanowiący podstawę do wstrzymania wykonania orzeczenia przez SN, w przypadku wniesienia kasacji i art. 545 § 1 k.p.k. w zw. z art. 532 § 1 k.p.k. dający podstawę wstrzymania wykonania orzeczenia sądowi orzekającemu w kwestii wznowienia postępowania).

Zakłócenie czynności psychicznych, zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, obejmuje choroby psychiczne i upośledzenie umysłowe, które właściwe są osobom z „zaburzeniami psychicznymi” (art. 3). Omawiane określenie należy do pojęć z zakresu psychiatrii i psychologii, przy czym tego typu zakłócenia występują również i u osób zdrowych, które nie wymagają tak świadczących zdrowotnych, jak i innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. Sytuacje te nie są objęte ustawą o ochronie

<sup>55</sup> Tamże.

<sup>56</sup> Z. Hołda, K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Gdańsk 2005, s. 497 oraz także K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa 2016, s. 903; także S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2017, s. 589.

zdrowia psychicznego. Podkreślenia przy tym wymaga fakt, że wśród anomalii zaliczanych do „innych zakłóceń czynności psychicznych” nie ma tych zakłóceń, które nie są nimi w rozumieniu wspomnianej ustawy<sup>57</sup>.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że sformułowanie przepisu art. 31 § 1 k.k. prowadzi do wniosku, że o ile choroba psychiczna stanowi patologię psychiatryczną, upośledzenie umysłowe zaś patologię neurologiczną, o tyle inne zakłócenie czynności psychicznych może wynikać zarówno z patologii medycznej, niebędącej psychiatryczną, jak i stanu niepatologicznego o charakterze fizjologicznym<sup>58</sup>. Przyjmuje się również, że inne zakłócenie czynności psychicznych obejmuje wszystkie krótkotrwałe zaburzenia psychiczne, niezależnie od ich pochodzenia, które wystąpiły nagle u dotychczas zdrowej psychicznie jednostki<sup>59</sup>.

Upośledzenie umysłowe zwane również oligofrenią, niedorozwojem umysłowym czy zmniejszeniem sprawności umysłowej definiowane jest jako kształtujący się w okresie rozwojowym (niedorozwój umysłowy), tj. do 18. roku życia stan, który charakteryzują istotnie mniejsza od przeciętnej ogólna sprawność intelektualna oraz zdolność przystosowania się społecznego jednostki. Obejmuje ono również stany, które wystąpiły po tym okresie, gdzie wskutek np. urazu, doszło do zaniku niektórych funkcji mózgu<sup>60</sup>. Co charakterystyczne, zaburzenie to nie stanowi wyodrębnionej jednostki chorobowej, a niejednorodną grupę zaburzeń, spowodowanych czynnikami o różnej patogenezie, zmiennym obrazie klinicznym i przebiegu<sup>61</sup>. Może ono występować bez dodatkowych zaburzeń typu somatycznego lub psychicznego bądź też towarzyszyć mu mogą tego typu zaburzenia, przy czym ich wskaźnik jest 3–4 razy większy niż w populacji ogólnej<sup>62</sup>.

---

<sup>57</sup> J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki [w:] *System prawa karnego*, t. 7: *Środki zabezpieczające...*, s. 154–155.

<sup>58</sup> Tamże, s. 154.

<sup>59</sup> L. Wdowiak [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, pod red. T. Bilikiewicza, wyd. 2, Warszawa 1974, s. 494. W dalszej części pracy pomijam problematykę innych niż choroba psychiczna i upośledzenie umysłowe zakłóceń czynności psychicznych. Te bowiem o ile mogą wpływać na poczytalność sprawcy, o tyle nie stanowią podstawy do odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności, jako że – co już wskazano – definiowane są jako stany, które wystąpiły nagle u dotychczas zdrowej psychicznie jednostki.

<sup>60</sup> L. Gardocki, *Prawo karne*, wyd. 20, Warszawa 2017, s. 141.

<sup>61</sup> I. Wald [w:] *Leksykon psychiatrii...*, s. 501.

<sup>62</sup> Tenże, J. Zaremba [w:] *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*, pod red. S. Pużyńskiego, M. Beręsewicz, Warszawa 1993, s. 117.

Upośledzenie umysłowe przyporządkowane jest do czterech grup. W klasyfikacji ICD-10 wyróżnia się upośledzenie umysłowe stopnia: lekkiego, umiarkowanego, znacznego i głębokiego<sup>63</sup>.

Jest ono klasyfikowane jako niepsychotyczne zaburzenie psychiczne, aczkolwiek podział zaburzeń psychicznych na psychotyczne i niepsychotyczne nie jest dokładny, albowiem niektórym zaburzeniom niepsychotycznym mogą towarzyszyć objawy psychotyczne, np. zaburzenia świadomości.

Skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym upośledzeni umysłowo zgodnie z przytoczonym już w uwagach wstępnych przepisem art. 96 § 1 k.k.w., odbywają karę w systemie terapeutycznym.

Redakcja tego przepisu może uprawniać do twierdzenia, że osoby przejawiające psychotyczne zaburzenia psychiczne, w tym i upośledzeni umysłowo, którym towarzyszą takie zaburzenia nie mogą być przyjmowani do zakładów karnych. Z drugiej jednak strony obowiązujące Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności<sup>64</sup>, w przeciwieństwie do poprzedniej regulacji (zob. uwagi niżej) nie zawiera przepisu wykluczającego możliwość przyjęcia do aresztu śledczego osoby wymagającej leczenia szpitalnego z powodu ostrej psychozy.

W kontekście dotychczas poczynionych uwag wydaje się, że kategoryczny pogląd odrzucający dopuszczalność obligatoryjnego odroczenia w przypadku zdiagnozowania u skazanego zaburzenia psychicznego nie da się obronić. Będzie on słuszny, jeżeli spojrzymy na pojęcie „choroby psychicznej” przez pryzmat klasycznego definiowania tego pojęcia. Jeżeli natomiast przyjmiemy wyraźnie eksponowane w literaturze medycznej założenie, że choroba psychiczna i zaburzenie psychiczne to pojęcia tożsame, będziemy musieli dojść do wniosku, że zaburzenie psychiczne stanowi podstawę wszczęcia procedury o odroczenie wykonania kary. Osobiście opowiadam się za przyjęciem *de lege lata* zaburzeń psychicznych (w tym i upośledzenia umysłowego) jako podstawy obligatoryjnego odroczenia wykonania kary. Akceptacja wniosku przeciwnego może w praktyce prowadzić do sytuacji, w której cel kary, wyrażony w art. 67 § 1 k.k.w. nie zostanie zrealizowany wskutek osadzenia skazanego w jednostce penitencjarnej, samo zaś osadzenie nie da się pogodzić z zasadą humanitarnego traktowania skazanych.

Kolejnym problemem, z jakim przychodzi się zmierzyć, podejmując próbę interpretacji zakresu pojęcia choroba psychiczna, w kontekście ustawowej przesłanki obligatoryjnego odroczenia, jest udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy

<sup>63</sup> Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych..., s. 244–245.

<sup>64</sup> Dz.U. z 30.06.2015 r., poz. 927, ze zm.

każda choroba psychiczna stanowi podstawę odroczenia, czy też tylko taka, która ma charakter ciężki.

Zdaniem przytłaczającej części doktryny pojęcie „ciężkiej choroby” należy odnosić do chorób innych niż psychiczne, co prowadzi do konkluzji, że każda choroba psychiczna, bez względu na stopień natężenia jej objawów, powinna być traktowana na równi z chorobą ciężką, uzasadniającą odroczenie wykonania kary. Przeciwnicy tego poglądu twierdzą natomiast, że wyrażenie „ciężka choroba” odnosi się również do choroby psychicznej. Ta wykładnia rodzi ten skutek, że odroczenie wykonania kary możliwe jest dopiero po stwierdzeniu wystąpienia ciężkiej choroby psychicznej. W tym kierunku idzie również generalnie praktyka<sup>65</sup>.

Zdaniem C. Nowak<sup>66</sup> za przyjęciem pierwszego poglądu przemawia tak wykładnia językowa przepisu art. 150 § 1 k.k.w., a przede wszystkim użycie funktora alternatywy nierozłącznej „lub” i określenia „innego”, jak i analiza ustawowych celów wykonania kary, określonych w art. 67 § 1 k.k.w. Nadto autorka ta dowodzi, że regulacja zawarta w komentowanym artykule nie jest spójna z innymi przepisami kodeksu, a przede wszystkim z treścią art. 96 § 1 k.k.w., zgodnie z którym skazani z m.in. niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi odbywają karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Podnosząc powyższe, wywodzi, że z obowiązku odbywania przez osoby z zaburzeniami niepsychotycznymi kary w systemie terapeutycznym nie wynika fakt, że osoby przejawiające zaburzenia psychotyczne miałyby odbywać karę w systemie zwykłym. Taka wykładnia byłaby absurdalna, albowiem dopuszczałaby wykonywanie kary przez osoby ciężiej chore, w warunkach bardziej surowych, aniżeli te, w jakich odbywają karę osoby lżej chore. Taki tok rozumowania skłonił autorkę do przyjęcia założenia, że skoro ustawodawca wyklucza możliwość terapii osób z zaburzeniami o charakterze psychotycznym, w warunkach izolacji więziennej, konieczne jest wobec tej kategorii sprawców obligatoryjne odroczenie wykonania kary.

---

<sup>65</sup> Zob. post. SA w Katowicach: z 9.06.1999 r., II AKz 304/99, Biul. SA Ka 1999/2/12–13 wraz z krytyczną glosą G. Wicińskiego, „Prokuratura i Prawo” 2003, nr 12 oraz z 21.11.2014 r., II AKzw 1293/14, KZS 2014, z. 11, poz. 42, a nadto SA w Lublinie: z 14.02.2001 r., II AKz 496/00, OSA 2001, z. 11, poz. 85 oraz z 29.08.2001 r., II AKz 395/01, OSA 2001, nr 12, poz. 98. Odmiennie post. SA w: Krakowie z 29.11.1999 r., II AKz 512/99, KZS 1999, z. 12, poz. 30 oraz Gdańsku z 22.08.2000 r., II AKz 630/00, OSAG 2001, z. 1, poz. 7.

<sup>66</sup> C. Nowak, *Modyfikacje w zakresie wykonywania kary bezwzględnie pozbawienia wolności – odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności i przerwa w wykonaniu kary pozbawienia wolności oraz problem niewykonania kary pozbawienia wolności* [w:] *Alternatywy pozbawienia wolności w polskiej polityce karnej*, pod red. nauk. J. Jakubowskiej-Hara, J. Skupińskiego, Warszawa 2009, s. 229–231.

Na jednoznaczność wyników wykładni językowej art. 150 § 1 k.k.w., odrzucając tym samym konieczność odwoływania się do wykładni synonimicznej, wskazują: K. Nowicki<sup>67</sup> czy K. Dąbkiewicz<sup>68</sup>.

Za pierwszym z prezentowanych poglądów opowiedział się również G. Wiciński, którego zdaniem, „wyróżnienie w kontekście obligatoryjnej przesłanki odroczenia (...) wykonania kary pozbawienia wolności «ciężkich» chorób psychicznych czy jakiegokolwiek innej systematyzacji obcej wiedzy medycznej jest zabiegiem szalenie niebezpiecznym i, co nie mniej ważne, nie znajduje uzasadnienia w obszarze przepisów zarówno kodeksu karnego (art. 3 k.k., art. 31 § 1 i § 2 k.k.), jak i kodeksu karnego wykonawczego (np. art. 4 § 1 k.k.w., art. 150 § 1 k.k.w. i art. 153 § 1 k.k.w.)”<sup>69</sup>.

Zdaniem S. Leleńca choroba psychiczna stanowi podstawę odroczenia wykonania kary w każdym przypadku, bez konieczności czynienia dodatkowych ustaleń w zakresie istnienia zagrożenia dla życia skazanego lub spowodowania dla jego zdrowia poważnego niebezpieczeństwa, w przypadku osadzenia go w zakładzie karnym<sup>70</sup>.

Przeciwko przedstawionemu stanowisku opowiada się natomiast K. Postulski<sup>71</sup>, podnosząc m.in., że po pierwsze: z treści przepisu art. 150 k.k.w. wynika, że odroczenie następuje do czasu ustania przeszkody, nie zaś wyzdrowienia, po drugie wykluczenie możliwości odbywania kary przez wszystkie osoby, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną, doprowadziłoby do niewykonalności dużej liczby wyroków, m.in. orzekających kary wobec osób o ograniczonej poczytalności, po trzecie zaś odwołuje się do przepisów k.k.w. dopuszczających wykonanie kary wobec osób przejawiających lekkie anomalie psychiczne. Pogląd K. Postulskiego popierają W. Sych i I. Zgoliński, aczkolwiek autorzy ci nie przytaczają żadnej argumentacji, na poparcie swojego stanowiska<sup>72</sup> oraz K. Mrozek<sup>73</sup>.

<sup>67</sup> K. Nowicki, *Odroczenie wykonania kary...*, s. 55.

<sup>68</sup> K. Dąbkiewicz, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. IV, Warszawa 2018.

<sup>69</sup> G. Wiciński, *Postępowania...*, s. 113.

<sup>70</sup> S. Leleńca, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz...*, s. 589. Tak też: S. Paweła, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 1993, s. 273; G. Wiciński, *Postępowania...*, s. 108, 113; C. Nowak, *Modyfikacje w zakresie...*, s. 231. Odmiennie K. Nowicki, którego zdaniem niedopuszczalne jest twierdzenie, że każda choroba psychiczna skutkować ma odroczeniem, albowiem istotny tu jest stan kliniczny skazanego – K. Nowicki, *Odroczenie wykonania kary...*, s. 56.

<sup>71</sup> K. Postulski, *Stan zdrowia skazanego...*, s. 166–168.

<sup>72</sup> W. Sych [w:] A. Gerecka-Żołyńska, W. Sych, *Prawo karne wykonawcze. Zagadnienia procesowe*, Warszawa 2014, s. 153; I. Zgoliński, *Aspekty prawne orzekania i wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób niepełnosprawnych*, „Studia z Zakresu Nauk Prawnoustrojowych” 2016, VI, s. 271.

<sup>73</sup> K. Mrozek, *Obligatoryjne odroczenie wykonania kary ze względu na stan zdrowia skazanego*, Nowa kodyfikacja prawa karnego” 2014, t. XXXI, s. 93. Autorka powołuje się na identyczną argumentację jak K. Postulski.



W mojej ocenie pojęcie ciężkiej choroby jako przesłanki odroczenia odnosi się również do choroby psychicznej (nie każda zatem choroba psychiczna w rozumieniu przepisu art. 150 k.k.w. jest chorobą ciężką), co de facto przesądza o poglądzie, jaki prezentuję na temat wątpliwości dotyczących dopuszczalności gradacji chorób psychicznych, z uwagi na ich stopień ciężkości.

W ustawodawstwach innych państw wyodrębnia się choroby (schorzenia) psychiczne z przymiotnikiem wskazującym na ich nasilenie typu: „poważna”, „ciężka” choroba (schorzenie) psychiczna<sup>74</sup>. Odnoszą się one generalnie do kwestii ustalenia niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego, nie zaś dopuszczalności oddalenia w czasie wykonania kary izolacyjnej. Fakt posługiwania się nimi nie stanowi, ani stanowić nie może, koronnego argumentu w sporze o to, czy istnieje, a jeżeli tak, to czy dopuszczalna jest na gruncie polskiego porządku prawnego gradacja chorób psychicznych, a tym samym, czy dopuszczalne jest przyjęcie jako podstawy odroczenia wykonania kary ciężkiej choroby psychicznej, czy też jedynie choroby psychicznej. Daje natomiast świadectwo tego, że pojęcie ciężkiej (poważnej) choroby psychicznej funkcjonuje w ustawodawstwach innych państw, w tym również dotyczących nie tylko kwestii poczytalności, ale także ochrony zdrowia psychicznego obywateli.

Pozostając przy tym ostatnim zagadnieniu – i przenosząc rozważania na grunt rodzimy – zauważyć należy, że autorzy opracowania „Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020”, analizując dokumenty tak w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, wydane m.in. przez WHO, OECD, UE, jak i źródła rodzime (raport z badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP Polska”) przytaczają takie pojęcia, jak: łagodne i umiarkowane zaburzenia psychiczne, ciężkie i poważne choroby i zaburzenia psychiczne oraz inne (mówiąc

---

<sup>74</sup> Szerzej patrz F. Bolechała, *Stan psychiczny a odpowiedzialność...*, s. 316–317 oraz S. Pużyński, *Choroba psychiczna...*, s. 306 i *Dylematy...*, s. 140–141. Interesującą definicję „ciężkiej choroby psychicznej” przytaczają autorzy artykułu p.t. *Współwystępowanie ciężkiej choroby psychicznej i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Wnioski programowe dotyczące zasad postępowania*, gdzie czytamy, że jest to pojęcie przyjęte w większości amerykańskich programów ochrony zdrowia psychicznego, na które składają się: rozpoznanie kliniczne, stopień upośledzenia sprawności i czas trwania zaburzenia. Jeżeli chodzi o kryterium rozpoznania klinicznego, obejmuje ono poważne zaburzenia psychiczne, do których zalicza się: schizofrenię, ciężką postać zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, ciężką depresję. Upośledzenie sprawności jednostki dotyczy takich dziedzin aktywności, jak: funkcjonowanie zawodowe, nawiązywanie kontaktów międzyludzkich i dbałość o samego siebie. Natomiast czas trwania zaburzenia uważa się za istotny, gdy ograniczenie sprawności spowodowane chorobą trwa co najmniej dwa lata. Tytuł oryginału: *Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications*, R.E. Drake, K.T. Mueser, M.F. Brunette, „World Psychiatry” 2007 nr 6, s. 131–136 w tłumaczeniu M. Gajdosza, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria” 2008, nr 4, s. 83–84.

o stopniu ciężkości) zaburzenia psychiczne<sup>75</sup>. Przesądzają tym samym dopuszczalność stopniowania ciężkości chorób (zaburzeń) psychicznych. Stanowisko to nie jest odosobnione<sup>76</sup>, co pozwala na kategoryczne stwierdzenie, że stopniowanie nasilenia chorób (zaburzeń) psychicznych w medycynie, nie budzi żadnych wątpliwości.

Przechodząc z kolei na grunt prawa karnego i poprzedzając dalsze rozważania spojrzeniem retrospektywnym, podkreślić należy, że art. 419 § 1 k.p.k. z 1928 r.<sup>77</sup> stanowił, że w przypadku choroby umysłowej lub ciężkiej choroby fizycznej skazanego pozostającego na wolności, następowało odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności na czas, którego nie określano z góry, a był on determinowany „wyzdrowieniem” skazanego. Za ciężką chorobę uznawany był również taki „stan cielesny skazanego, przy którym umieszczenie go w więzieniu lub areszcie” mogło „bezpośrednio zagrażać jego życiu albo nie dałoby się pogodzić z istniejącymi w więzieniu lub areszcie urzędzeniami” (art. 419 § 2 k.p.k. z 1928 r.).

Przepis ten nie budził (przynajmniej w zakresie członu pierwszego) wątpliwości interpretacyjnych, albowiem wyraźnie wskazywał na chorobę umysłową (obecnie psychiczną) lub ciężką chorobę fizyczną jako stany skutkujące odroczeniem wykonania kary. Zmiany w tym zakresie (między innymi dodanie zaimka „inny” poprzedzającego określenie „ciężkiej choroby”) nastąpiły w k.k.w. z 1969 r.<sup>78</sup> i w niezmienionym kształcie obowiązują do dziś. Gdyby zatem zgodnie z wolą ustawodawcy, jak twierdzi część doktryny i orzecznictwa, istniał obecnie obowiązek odroczenia w przypadku każdej choroby psychicznej, zmieniałby on przepis, który w mojej ocenie nie budził wątpliwości interpretacyjnych? Na tak postawione pytanie odpowiedź musi być negatywna. Przeciwnego zdania jest G. Wiciński, który podnosząc, że skoro ustawodawca zarówno w 1969 r., jak i w 1997 r. nie przedstawił żadnego argumentu, w tym i o charakterze normatywnym, uzasadniającego odrzucenie idei ciągłości w odniesieniu

---

<sup>75</sup> W.P. Kalbarczyk, S. Murawiec i M. Kalbarczyk, *Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020*, Warszawa 2016, s. 18, 19, 20, 23, 24.

<sup>76</sup> Zob. A. Kiejna, T. Adamowski, P. Piotrowski, J. Moskalewicz, B. Wojtyniak, G. Świątkiewicz, J. Stokwiszewski, M. Kantorska-Janiec, M. Zagdańska, R.C. Kessler, *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP Polska – metodologia badania*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 49(1), s. 5–13, gdzie mowa jest o ocenie stopnia ciężkości zaburzeń psychicznych, s. 8 oraz J. Przybysz, op.cit., s. 90, który posługuje się pojęciem „ciężkiego otępienia”.

<sup>77</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19.03.1928 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 19 marca 1928 r., Nr 33, poz. 313).

<sup>78</sup> Ustawa z 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 19.04.1969 r., Nr 13, poz. 98).

do podstaw obligatoryjnego odroczenia wykonania kary, wprowadzone zmiany mają charakter jedynie „stylistycznej korekty”<sup>79</sup>.

Nie sposób w tym miejscu nie zauważyć również, że nieobowiązujące już Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 2 października 2012 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności oraz dokumentowania tych czynności<sup>80</sup> w ust. 1 § 34 stanowiło, że do aresztu śledczego nie przyjmowano osoby wymagającej leczenia szpitalnego z powodu ostrej psychozy. Ta, jak wiemy, jest chorobą psychiczną, zaś słowo „ostry” jest jednym z synonimów słowa „ciężki”<sup>81</sup>.

W literaturze przedmiotu odnotowujemy także pogląd wyrażony w toku interpretacji przepisu art. 156 § 1 pkt 2 k.k., penalizującego spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu m.in. w postaci trwałej choroby psychicznej, zgodnie z którym choroba psychiczna, aby stać się ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, w rozumieniu przepisu art. 156 k.k. musi spełniać dwa kryteria: stopień trwałości i stopień ciężkości, przy którego ocenie bierze się pod uwagę to, że choroba musi wykraczać poza możliwości kompensacyjne organizmu oraz że musi być porównywalna do innych postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o których stanowi art. 156 k.k.<sup>82</sup>.

Przytoczone wyżej uwagi pozwalają na następującą konkluzję. Po pierwsze: choroby (zaburzenia) psychiczne podlegają stopniowaniu. Po drugie: w obecnie obowiązującym porządku prawnym podstawę obligatoryjnego odroczenia, w rozumieniu art. 150 § 1 k.k.w. może stanowić ciężka choroba psychiczna (i zaburzenie psychiczne) lub ciężka choroba somatyczna, o czym świadczy użycie zaimka „innej”, który oznacza nic innego jak: „nie ten, drugi, dalszy, pozostały, nie taki, różny, zmieniony, nowy”<sup>83</sup>. Przy czym za chorobę psychiczną (zaburzenie psychiczne) uzasadniającą odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności należy rozumieć taki ciężki stan, który nie tylko wyłącza u skazanego świadomość celu wykonywania wobec niego kary i nie pozwala mu na świadome uczestnictwo w procesie jej wykonania<sup>84</sup>, ale również uniemożliwia uchronienie go, w przypadku osadzenia w zakładzie karnym, przed wystąpieniem skutków,

<sup>79</sup> G. Wiciński, *Postępowania...*, s. 114.

<sup>80</sup> Dz.U. z 2012 r., poz. 1153.

<sup>81</sup> Zob. <https://synonim.net/synonim/ciezki>.

<sup>82</sup> T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach przeciwko zdrowiu*, WKP 2010, pozycja dostępna w systemie informacji prawnej LEX, s. 36 wersji elektronicznej (zwanej dalej w.e.). Zob. również tamże, s. 21 w.e., gdzie czytamy, że „«Ciężkość» choroby może oznaczać ciężki stan somatyczny lub psychiczny w rozumieniu klinicznym”. Podkreślenia wymaga fakt, że autor jest nie tylko lekarzem medycyny, ale i prawnikiem.

<sup>83</sup> Zob. *Słownik języka polskiego*, dostępny na stronie internetowej: <https://sjp.pwn.pl/szukaj/innej.html>.

<sup>84</sup> Zob. K. Postulski, *Kodeks...*, s. 904.

o których mowa w art. 150 § 2 k.k.w. W przypadku stanów o mniejszym natężeniu, umożliwiających skazanemu zrozumienie istoty kary, jak i poddanie się jej poprawczemu i wychowawczemu oddziaływaniu, a jednocześnie nieniosących zagrożenia dla jego życia lub zdrowia, nie ma przeszkód do osadzenia go w zakładzie karnym<sup>85</sup>.

### 3. Inna ciężka choroba

Druga określona w art. 150 § 1 k.k.w. przesłanka obligatoryjnego odroczenia wykonania kary to ciężka choroba somatyczna, która kryje się pod nazwą „innej ciężkiej choroby”.

W literaturze przedmiotu nie ma zgodności co do charakteru przepisu art. 150 § 2 k.k.w. Część komentatorów twierdzi<sup>86</sup>, że wprowadza on definicję legalną ciężkiej choroby, część zaś, że przepis ten jedynie podkreśla to, że nie każda ciężka choroba uniemożliwia wykonanie kary<sup>87</sup>. Natomiast zdaniem W. Sycha, skoro choroba jest kategorią medyczną, nie zaś prawną, to zawarte w art. 150 § 2 k.k.w. określenie nie stanowi definicji ciężkiej choroby, lecz „jedynie wskazówkę służącą prawidłowej ocenie konkretnej sytuacji faktycznej”<sup>88</sup>.

Należy opowiedzieć się za pierwszym z prezentowanych poglądów, za czym przemawiają jednoznaczne wyniki wykładni językowej. W *Słowniku języka polskiego* pod red. W. Doroszewskiego<sup>89</sup> czytamy, że ciężki, w odniesieniu do choroby, to „niebezpieczny, zagrażający życiu”. W rozumieniu natomiast § 2 art. 150 k.k.w. ciężka choroba, to „taki stan skazanego, w którym umieszczenie go w zakładzie karnym może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo”. Dodać przy tym należy, że słowo „uznać–uznawać” oznacza m.in. „1.«dojść do wniosku, że coś jest słuszne, właściwe, konieczne»; 2.«stwierdzić jakiś fakt»(...)»<sup>90</sup>.

Za przyjęciem prezentowanego poglądu przemawia również budowa przepisu art. 150 § 2 k.k.w. Użycie w przepisie przez prawodawcę zwrotu: „za (...)”

<sup>85</sup> Por. uchwała składu 7 sędziów SN z 28.01.1971 r., VI KZP 71/70, OSNKW 1971, nr 4, poz. 48 oraz uchwała SN z 14.07.1977 r., VII KZP 24/77, OSNKW 1977, nr 9, poz. 93.

<sup>86</sup> J. Potulski [w:] *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, pod red. J. Lachowskiego, wyd. 2, Warszawa 2016, s. 576; K. Nowicki, *Odroczenie wykonania kary...*, s. 55 oraz G. Wiciński, *Postępowania...*, s. 113, który wskazuje, że w art. 150 § 2 k.k.w. ustawodawca w drodze wykładni autentycznej wyjaśnia zwrot „ciężkiej choroby”.

<sup>87</sup> K. Postulski, *Stan zdrowia skazanego...*, s. 165. Zob. również K. Mrozek, *Obligatoryjne odroczenie wykonania*, s. 96.

<sup>88</sup> W. Sych [w:] A. Gerecka-Żołyńska, W. Sych, *Prawo karne wykonawcze*, s. 153.

<sup>89</sup> Dostępny na stronie internetowej <https://sjp.pwn.pl/sjp/ciezki;2449392.html>.

<sup>90</sup> *Słownik języka polskiego PWN*, dostępny na stronie <https://sjp.pwn.pl/sjp/uznac;2534123.html>.

uznaje się (...)” oznacza, że przedstawiona przez niego definicja ma charakter definicji równoważnościowej, zakresowej i pełnej<sup>91</sup>.

Pod pojęciem ciężkiej choroby somatycznej nie kryje się kalectwo, stanowiące utratę o charakterze anatomicznym lub czynnościowym ważnego narządu lub trwałe zniesienie jego czynności<sup>92</sup>.

O ciężarze choroby, niezależnie od jej charakteru, nie decyduje jej nazwa ani czas jej trwania, a nasilenie zachodzących w organizmie procesów patologicznych, skutkujących poważnymi zmianami zarówno czynnościowymi, jak i organicznymi jego ustroju<sup>93</sup>.

Stwierdzenie stanu chorobowego jest niewystarczające do odroczenia wykonania kary. Stan ten bowiem musi uniemożliwiać jej wykonanie, tj. zagrozić życiu skazanego lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo, na wypadek osadzenia go w zakładzie karnym. Ograniczenie to jest zasadne, albowiem pojęcie ciężkiej choroby nie jest tożsame z pojęciem choroby zagrażającej życiu czy niosącej poważne niebezpieczeństwo dla zdrowia chorego<sup>94</sup>. Poza tym część ciężkich chorób może być leczona w warunkach izolacji więziennej<sup>95</sup>. Jakże zatem stany uzasadniają odroczenie wykonania kary? Takie, które charakteryzują się poważnymi zaburzeniami podstawowych czynności układów narządów: szkieletowego, mięśniowego, pokarmowego, wydalniczego, rozrodczego, hormonalnego, oddechowego lub krążenia, z których powodu w każdej chwili może nastąpić ustanie czynności danego układu, skutkujące zgonem<sup>96</sup>. Mniej poważne schorzenia, takie jak: otyłość, choroba niedokrwienna mięśnia serca, nerwowość,

<sup>91</sup> Zob. J. Oniszczyk, *Tworzenie aktów normatywnych jako instrument polityki publicznej. Technika budowy tekstu*, „Studia z Polityki Publicznej” 2014, nr 3, s. 37.

<sup>92</sup> *Wielki słownik medyczny...*, s. 540.

<sup>93</sup> K. Postulski, *Komentarz...*, s. 899.

<sup>94</sup> Zob. wyrok SN z 18.03.1975 r., IV KR 7/75, OSNKW1975, nr 7, poz. 88, LEX nr 18982.

<sup>95</sup> Infrastruktura medyczna więziennej służby zdrowia jest dosyć rozbudowana. Składa się na nią 155 ambulatoriów. W skład każdego podmiotu leczniczego wchodzi ambulatorium z izbą chorych z wyjątkiem ZK Nr 2 w Łodzi. Więzienna służba zdrowia dysponuje 11 szpitalami z 27 oddziałami specjalistycznymi o różnym profilu. Poza wykonywaniem procedur diagnostyczno-leczniczych personel medyczny oddziałów szpitalnych zapewnia osadzonym, przebywającym w warunkach ambulatoryjnych, całodobową opiekę medyczną. W ramach podmiotów leczniczych działają: oddziały szpitalne, gabinety lekarskie i stomatologiczne, pracownice: diagnostyczne, rehabilitacji i fizykoterapii oraz apteki zakładowe, a także działy farmacji szpitalnej w szpitalach w: Potulicach i Łodzi. Przytoczone dane dostępne są w zakładce Biuro Służby Zdrowia na stronie internetowej Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Zob. także R. Mądro, G. Teresiński, K. Wróblewski, *Stany chorobowe, ich wpływ na udział w postępowaniu karnym oraz na stosowanie środków i wykonywanie kary*, „Prokuratura i Prawo” 1998, nr 4, s. 54.

<sup>96</sup> Zob. wyrok SN z 15.09.1983 r., II KR 191/83, OSP 1984, z. 9, poz. 192, LEX nr 20949 oraz na temat rodzajów układów narządów ciała – <https://www.bryk.pl/.../czlowiek/18968-narzady-oraz-uklady-narzadow-wystepujace-...>



nadciśnienie tętnicze oraz inne, których przebieg i skuteczność leczenia, co do zasady, nie zależą od tego, czy chory przebywa w izolacji, czy też nie, nie kwalifikują się do uznania ich za ciężkie w rozumieniu komentowanego przepisu<sup>97</sup>.

Wystąpienie zagrożenia lub jego brak należy oceniać w każdym przypadku, mając na uwadze zarówno indywidualne właściwości ustroju skazanego, jak i warunki lecznicze, jakie ma mu do zaoferowania system penitencjarny. Do takiej konstatacji prowadzi wykładnia literalna przepisu art. 150 § 2 k.k.w., w którym – jak słusznie zauważa K. Postulski – ustawodawca nie użył wyrażenia „zazwyczaj”, obiektywizującego stan zagrożenia<sup>98</sup>. Rozwiązanie to należy ocenić pozytywnie, albowiem każdy człowiek osobno reaguje na czynniki chorobotwórcze, co oznacza, że stwierdzenie takiej samej jednostki chorobowej u dwóch różnych osób, może prowadzić do dwóch różnych wniosków w zakresie wystąpienia omawianej przesłanki lub jej braku.

Niebezpieczeństwo wystąpienia skutku musi być poważne, tj. musi być obarczone dużym ryzykiem jego wystąpienia<sup>99</sup>, w konkretnym układzie sytuacyjnym, w tym przypadku w konkretnych warunkach więziennych, jakie ma do zaoferowania konkretnemu skazanemu system penitencjarny.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, wskazać należy, że podstawę odroczenia stanowi tylko taki stan somatyczny lub psychiczny skazanego, który cechują poważne zmiany zachodzące w funkcjonowaniu któregośkolwiek z układów narządów, a więc zmiany o charakterze ciężkim, wymagające leczenia, jeżeli zmiany te, oceniane indywidualnie w każdym zaistniałym przypadku, w sytuacji umieszczenia skazanego w zakładzie karnym, w tym i z zapleczem szpitalnym, pomimo możliwości wdrożenia leczenia (w tym i specjalistycznego), lub w sytuacji braku możliwości takiego leczenia, obarczone są wysokim ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia skazanego lub nawet jego śmierci<sup>100</sup>.

W kontekście podsumowania jawi się pytanie, na podstawie jakich danych sąd władny jest stwierdzić, że zachodzi wysokie ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, czy nawet śmierci skazanego, na wypadek osadzenia go w zakładzie karnym? Taką wiedzą powinni legitymować się biegli lekarze, którzy powinni mieć świadomość co do możliwości leczenia zdiagnozowanego schorzenia w warunkach izolacji penitencjarnej. W rzeczywistości jest inaczej<sup>101</sup>. Mają ją natomiast

<sup>97</sup> Zob. post. SA w Lublinie z 14.02.2001 r., II AKz 496/00, OSA 2001, z. 11, poz. 85 oraz 18.01.2006 r., II AKz 871/05, KZS 2006, z. 6, poz. 108.

<sup>98</sup> K. Postulski, *Komentarz...*, s. 900.

<sup>99</sup> Zob. hasło „poważnie” – <https://sjp.pwn.pl/slowniki/powaznie.html>.

<sup>100</sup> Podobnie K. Postulski, *Komentarz...*, s. 901. Zob. również post. SN z 21.02.1995 r., WZ 35/95, OSNKW 1995/7–8/52.

<sup>101</sup> Wniosek poparty doświadczeniem kilkunastoletniej praktyki orzeczniczej autora. Pomijam tu milczeniem fakt, że podjęcie się opiniowania przez niekompetentnego lekarza stanowi naruszenie art. 10 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej (tj. z 2 stycznia 2004 r., zawierający



lekarze więziennej służby zdrowia<sup>102</sup>. To powinno każdorazowo obligować sąd do wystąpienia do właściwego organu Służby Więziennej o wskazanie istnienia (lub braku) możliwości skutecznego leczenia skazanego, eliminującego zagrożenie dla jego życia lub zdrowia<sup>103</sup>. Wystąpienie powinno być poprzedzone uzyskaniem opinii medycznej odnośnie do stanu zdrowia skazanego, ale nie odwrotnie, albowiem szczególnie w przypadku chorób (zaburzeń) psychicznych, posiadane przez skazanych zaświadczenia lekarskie, czy też prywatne opinie, mają się nijak do rzeczywistego stanu ich zdrowia psychicznego<sup>104</sup>.

Stan zdrowia skazanego determinuje czas trwania odroczenia, które z woli ustawodawcy ma być stosowane do ustania przeszkody. To rozwiązanie, w kontekście problemów związanych (szczególnie w przypadku chorób/zaburzeń psychicznych) z ustaleniem zakresu takich pojęć, jak: „poprawa”, „remisja” czy też „wyzdrowienie”, będących wynikiem m.in. różnic w ocenie efektów postępowania terapeutycznego osób wykazujących zaburzenia psychiczne,<sup>105</sup> należy uznać za trafne i *de lege lata* nie wymagające zmiany.

---

zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy), Warszawa 2004, dostępnego na stronie, zgodnie z którym lekarz, wykonując m.in. czynności orzecznicze, nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe. Zob. również T. Jurek, M. Bujak, M. Szostak, B. Świątek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie o zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności a możliwości Więziennej Służby Zdrowia*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008, t. 58, nr 1, s. 51, a także I. Ptaszyńska-Sarosiek, A. Niemcunowicz-Janica, M. Filimoniuk, M. Okłota, Z. Wardaszka, M. Szeremeta, A. Sackiewicz, *Opiniowanie w sprawach dotyczących oceny zdolności do udziału w czynnościach procesowych oraz oceny zdolności do odbywania kary pozbawienia lub ograniczenia wolności w materiale Zakładu Medycyny Sądowej w Białymstoku w latach 2005–2009*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2010, t. 60, nr 2–3, s. 107.

<sup>102</sup> W post. z 16.04.2003 r., sygn. akt II AKz 121/03 (KZS 2003/5/54) SA w Krakowie słusznie zauważył, że lekarz więzienny, który ocenia stan zdrowia osadzonego skazanego nie musi być specjalistą, albowiem nie stawia on diagnozy ani nie zaleca leczenia, „lecz ma jedynie wypowiedzieć się, czy istnieje zagrożenie dla zdrowia bądź życia skazanego, gdyby leczyć go w warunkach więziennych”.

<sup>103</sup> Obecnie wydaje się, że może to być dyrektor okręgowy Służby Więziennej – zob. „Uwagi końcowe” niniejszego opracowania, jak i również § 2 pkt 6 zarządzenia MS z dnia 12 stycznia 2018 r. w sprawie siedzib, terytorialnego zasięgu i szczegółowego zakresu działania dyrektorów okręgowych Służby Więziennej oraz struktury organizacyjnej okręgowych inspektoratów Służby Więziennej (Dz. Urz. MS z 17.01.2018 r., poz. 102 ze zm.), zgodnie z którym do zakresu działania dyrektora okręgowego SW należy sprawowanie nadzoru i koordynowanie działalności podległych jednostek organizacyjnych w zakresie m.in. opieki zdrowotnej nad osobami pozbawionymi wolności, orzecznictwa lekarskiego i współdziałania z pozawięziennymi podmiotami leczniczymi; Zob. również załącznik nr 1 do zarządzenia zawierający wykaz jednostek organizacyjnych podległych okręgowym inspektoratom Służby Więziennej.

<sup>104</sup> Szerzej na ten temat patrz D. Hajdukiewicz, *Nieuprawnione zaświadczenia lekarzy psychiatrów w postępowaniu karnym*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, t. 14, nr 4; też *Postawy psychiatrów – biegłych i niebiegłych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, t. 14, nr 4.

<sup>105</sup> Szerzej zob. S. Pużyński, *Dylematy...*, s. 88–90.

W przypadku ciężkiej choroby somatycznej z ustaniem przeszkody będziemy mieli do czynienia w sytuacji złagodzenia jej objawów na tyle, że nie będzie zachodziło zagrożenie życia lub poważne niebezpieczeństwo dla zdrowia skazanego, w przypadku osadzenia go w zakładzie karnym. Odnośnie do ciężkiej choroby (zaburzenia) psychicznej powyższą uwagę należy uzupełnić o stwierdzenie, że stan psychiczny skazanego, uprawniający do jego osadzenia musi być na tyle dobry, że pozwoli mu na zrozumienie istoty kary oraz poddanie się jej poprawczemu i wychowawczemu oddziaływaniu.

Ustalenie stanu zdrowia skazanego, stanowiącego przeciwwskazanie do wykonania kary pozbawienia wolności, jak i okresu niezbędnego do osiągnięcia przez niego stanu uprawniającego do osadzenia go w zakładzie karnym, wymaga wiadomości specjalnych<sup>106</sup>.

Zgodnie z art. 193 § 1 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w., jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego albo biegłych. Wiadomości specjalne to wiadomości wykraczające poza normalną wiedzę organu procesowego, której miernikiem jest poziom wiedzy wykształconego człowieka o odpowiednim doświadczeniu życiowym<sup>107</sup>.

Zauważyć przy tym należy, że organ procesowy nie może kumulować ról procesowych, co oznacza, że nawet jeżeli ma wiadomości specjalne, pozwalające mu na samodzielne dokonanie ustaleń, bez konieczności uciekania się do opinii biegłego, musi z niej skorzystać<sup>108</sup>.

Okoliczności, których ustalenie wymaga wiadomości specjalnych, muszą być istotne, nie zaś marginalne.

Za kontrowersyjne należy uznać twierdzenie K. Postulskiego dopuszczającego możliwość podjęcia decyzji o odroczeniu na podstawie wiarygodnej dokumentacji medycznej innej niż opinia lekarska, jeżeli daje ona sądowi pełnię wiedzy na temat zaistnienia przesłanek określonych w art. 150 k.k.w.<sup>109</sup>. Co prawda opinia lekarska nie stanowi wyłącznego dowodu w postępowaniu wykonawczym, a dowód taki stanowią również orzeczenia lekarskie, historie chorób, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego itp. W mojej ocenie mają one jednak walor dowodu wskazującego na możliwość istnienia faktów, mających znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, których rzetelne stwierdzenie może nastąpić jedynie w drodze przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego. Trafnie

<sup>106</sup> L.K. Paprzycki, *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w postępowaniu karnym, w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego*, „Prokuratura i Prawo” 1995, nr 7–8, s. 25–26.

<sup>107</sup> Zob. wyrok SN z 15.04.1976 r., II KR 48/76, OSNKW 1976, nr 10–11, poz. 133. Por. L.K. Paprzycki, *Problematyka psychiatryczna i psychologiczna w prawie i postępowaniu karnym: granice kompetencji biegłych i organów procesowych*, t. 2, Chowanna 2011, s. 101.

<sup>108</sup> Zob. wyrok SN z 1.04.1988 r., IV KR 281/87, OSNKW 1988, nr 9–10, poz. 69.

<sup>109</sup> K. Postulski, *Kodeks...*, s. 906.

zatem dowodzi G. Wiciński, który w lekceważeniu przeprowadzenia dokładnych badań medycznych, na potrzeby postępowania incydentalnego, o którym tu mowa, upatruje naruszenia art. 68 Konstytucji RP<sup>110</sup>. Zdaniem tegoż autora konstytucyjne gwarancje ochrony zdrowia zostaną zachowane tylko wówczas, jeżeli choroba skazanego zostanie gruntownie zdiagnozowana, na podstawie wyników rzetelnie przeprowadzonych badań.

Za koniecznością przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego (biegłych) przemawia również to, że odroczenie następuje do czasu ustania przeszkody, co powinno wynikać z opinii lekarskiej, tylko bowiem medyk jest w stanie w przybliżeniu określić ww. okoliczność lub też termin, w którym będzie zachodzić konieczność ponownego badania skazanego, celem zdiagnozowania jego stanu, pod kątem istnienia przesłanek odroczenia wykonania kary.

Powyższe uwagi należy uzupełnić o stwierdzenie, że zachowują one aktualność tylko wówczas, gdy zachodzą uzasadnione wątpliwości co do stanu zdrowia skazanego. Gdy tak nie jest, sąd nie jest zobligowany do przeprowadzania specjalistycznych badań, ilekroć taką potrzebę zgłosi skazany, albowiem w praktyce mogłoby to doprowadzić do sparaliżowania postępowania wykonawczego<sup>111</sup>.

Skazany ma obowiązek poddania się zleconym badaniom lekarskim (art. 74 § 2 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w.). W przypadku odmowy można go zatrzymać i przymusowo doprowadzić, a także zastosować siłę fizyczną lub środki techniczne służące obezwładnieniu, w zakresie niezbędnym do wykonania danej czynności (art. 74 § 3a k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w.).

W przypadku wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego skazanego<sup>112</sup> zachodzi konieczność powołania dwóch biegłych lekarzy psychiatrów (art. 202 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w.), których zadaniem jest wskazanie zarówno istnienia u niego choroby (zaburzenia) psychicznej, jak i określenie, czy stan ten pozwala mu na świadome odbywanie kary<sup>113</sup>.

Nie ma przeszkód, by w postępowaniu wykonawczym, na wniosek biegłych psychiatrów, sąd wydał postanowienie o obserwacji skazanego w zakładzie leczniczym (art. 203 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k.w.). Okres obserwacji podlega

---

<sup>110</sup> G. Wiciński, *Postępowania...*, s. 186–187.

<sup>111</sup> Post. SA w Krakowie z 20.05.1999 r., II AKz 245/99, KZS 1999/5, poz. 42, LEX nr 37117. Tak również K. Postulski, *Kodeks...*, s. 906 oraz G. Wiciński, *Postępowania...*, s. 186. Przeciwnego zdania jest J. Potulski [w:] *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, pod red. J. Lachowskiego..., s. 577.

<sup>112</sup> Zob. C. Nowak, *Modyfikacje w zakresie...*, s. 231 oraz J. Potulski [w:] *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, pod red. J. Lachowskiego, s. 577 oraz post. SA w Krakowie: z 21.11.2014 r., II AKz 1293/14, KZS 2014, nr 11, poz. 42 oraz z 25.01.2015 r., II AKz 34/15, KZS 2015, nr 2, poz. 45.

<sup>113</sup> Zob. K. Postulski, Glosa do post. SA w Krakowie z 2.02.2016 r., II AKz 54/16, LEX 2016 oraz post. SA w Krakowie z 27.03.2007 r., II AKz 189/07, KZS 2007/4, poz. 43 i z 2.02.2016 r., II AKz 54/16, KZS 2016/4, poz. 30.

zaliczeniu na poczet orzeczonej kary pozbawienia wolności<sup>114</sup>. Nie powinien on trwać dłużej niż 4 tygodnie; na wniosek zakładu sąd może przedłużyć ten termin na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji, nie dłuższy niż 8 tygodni (art. 203 § 3 k.p.k.).

Pozostając przy zagadnieniu dopuszczalności stosowania obserwacji sądowo-psychiatrycznej w postępowaniu wykonawczym, jako osobny problem jawi się kwestia jej stosowania w przypadku kar krótkoterminowych pozbawienia wolności, orzeczonych jako kara pierwotna oraz modalnych form wykonania kary grzywny i ograniczenia wolności w postaci zastępczej kary pozbawienia wolności – orzeczonych w wymiarze do 2 miesięcy. Należy zwrócić przy tym uwagę na fakt, że ustawodawca dopuszczalny czas pozostawiania w zakładzie leczniczym wyraża w tygodniach, nie zaś w miesiącach. Przy założeniu, że czas ten podlega zaliczeniu na poczet kary pozbawienia wolności w stosunku 1:1 (art. 63 § 1 k.k.), określenie czasu pobytu w zakładzie leczniczym przy użyciu jednostki w postaci tygodnia ma ogromne przełożenie na sytuację prawną skazanego.

Zgodnie z art. 127b k.p.k., jeżeli czas trwania środków przymusu jest określony w tygodniach, miesiącach lub latach, przyjmuje się, że tydzień liczy się za 7 dni, miesiąc za 30, zaś rok za 365 dni. Przepis ten stosuje się do wszystkich środków przymusu, których czas trwania wyrażony jest ww. jednostkach, w tym również do obserwacji sądowo-psychiatrycznej<sup>115</sup>. Z przyjętym rozwiązaniem koresponduje przepis art. 12c k.k.w. odnoszący się do kar i innych środków podlegających wykonaniu według przepisów k.k.w.

Mając na uwadze przytoczone zasady, skonstatować należy, że maksymalny okres trwania obserwacji sądowo-psychiatrycznej nie może być dłuższy niż 56 dni. W praktyce może zatem dojść do sytuacji, że wnioskowany okres może po pierwsze przenosić okres kary pozbawienia wolności, po drugie może być niższy niż wymiar pozostałej do wykonania kary.

W pierwszym przypadku sąd, podejmując decyzję w przedmiocie przedłużenia obserwacji, nie może wyznaczyć okresu dłuższego niż 8 tygodni, co może skutkować tym, że skazany odbędzie całą karę w warunkach szpitalnych (analogicznie jak w przypadku gdy okres obserwacji będzie tożsamy z okresem orzeczonej kary pozbawienia wolności) nawet wówczas, gdy w ostatecznym rozrachunku biegli wskażą, że nie można wobec niego wykonywać kary z przyczyn określonych w art. 150 k.k.w. Wówczas sąd będzie zmuszony, w trybie art. 15 § 1 k.k.w., umorzyć postępowanie w przedmiocie odroczenia wykonania kary

<sup>114</sup> Zob. wyrok SN z 10.06.1977 r., VII KZP 17/77, OSNKW 1977/7–8, poz. 73, LEX nr 19275.

<sup>115</sup> S. Steinborn [w:] *Komentarz do art. 127(b) Kodeksu postępowania karnego. Komentarz do wybranych przepisów*, pod red. J. Grajewskiego, P. Rogozińskiego, S. Steinborna, LEX 2016, nr 493741.

jako bezprzedmiotowe. Zaakcentować tu należy, że „odbycie kary” w zakładzie leczniczym, równoważne z wykonaniem jej w jednostce penitencjarnej, nie będzie stanowiło naruszenia konstytucyjnego prawa skazanego do ochrony zdrowia, gdyż przebywając w zakładzie leczniczym, pozostawał pod opieką wyspecjalizowanego personelu medycznego.

Sprawa komplikuje się w sytuacji opisanej jako przypadek drugi, a mianowicie wówczas, gdy wnioskowany okres obserwacji jest niższy niż wymiar pozostałej do odbycia kary. W przypadku skazania na karę pozbawienia wolności i w braku podstaw do jej odroczenia, po zaliczeniu okresu obserwacji na poczet orzeczonej kary i spełnieniu przesłanek ustawowych, skazany może ubiegać się o warunkowe przedterminowe zwolnienie, pozostając przy tym na wolności (art. 77 § 1 k.k. oraz 78 k.k.). W okoliczności skrajnie niekorzystnej (brak odroczenia czy warunkowego przedterminowego zwolnienia) skazany powinien odbyć karę w wymiarze pozostałym do jej wykonania. Jeżeli natomiast ma do odbycia zastępczą karę pozbawienia wolności, nie może skorzystać z warunkowego przedterminowego zwolnienia, to bowiem zarezerwowane jest jedynie dla przypadków skazania na karę pozbawienia wolności. W tej sytuacji pozostaje kilka rozwiązań. Skazany może (jeśli nie otrzymał odroczenia) odbyć karę w pozostałym do wykonania wymiarze. Może się również od niej zwolnić, uiszczając grzywnę, której kwotę pomniejszy o okres „pozbawienia wolności” w myśl reguł wyrażonych w art. 46 k.k.w., lub też po wstrzymaniu wykonania zastępczej kary, może wykonać orzeczoną pracę społecznie użyteczną (art. 48a k.k.w.), jeżeli była ona uprzednio orzeczona jako forma zastępcza wykonania kary grzywny. W przypadku zaś kary ograniczenia wolności może wykonać ją po uzyskaniu od sądu decyzji o wstrzymaniu wykonania zastępczej kary pozbawienia wolności (art. 65a k.k.w.).

#### 4. Uwagi końcowe

W obowiązującym porządku prawnym interpretację przepisu art. 150 k.k.w., w kontekście ustalenia stanów warunkujących dopuszczalność odroczenia wykonania kary, utrudnia brak ustawowej definicji pojęcia „choroba psychiczna”, zamiennie jej używanie z pojęciem „zaburzenie psychiczne” czy też wręcz odstąpienie od jej używania tak w części literatury medycznej, jak i w międzynarodowych klasyfikacjach psychiatrycznych na rzecz wspomnianego już pojęcia „zaburzenia psychicznego”.

Tak w orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych, jak i w literaturze przedmiotu nie udzielono dotychczas jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy każda choroba psychiczna skutkuje koniecznością wszczęcia postępowania incydentalnego, zmierzającego do odsunięcia w czasie wykonania kary, czy

też jedynie ciężka choroba psychiczna rodzi taką konieczność. Brak jest również odpowiedzi na pytanie, czy taką podstawę stanowi zdiagnozowane u skazanego zaburzenie psychiczne.

Wątpliwości, których doktryna i orzecznictwo nie usunęły przez okres kilkudziesięciu lat obowiązywania kodeksów karnych wykonawczych z 1969 r. i 1997 r. skłaniają do postawienia kategorycznego postulatu *de lege ferenda* pilnej zmiany obowiązującej regulacji. Pilnej, albowiem wątpliwości związane ze zdefiniowaniem przesłanek obligatoryjnego odroczenia wykonania kary, w praktyce wymiaru sprawiedliwości, prowadzą do niedopuszczalnych z punktu widzenia gwarancji procesowych skazanego sytuacji, w których w zależności od osoby sędziego i lekarzy sporządzających opinię psychiatryczną te same stany chorobowe prowadzą do różnych, częstokroć niekorzystnych dla skazanych orzeczeń<sup>116</sup>. A przecież odroczenie wykonania kary stanowi swoisty „przedsionek” prowadzący do warunkowego zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności, w fazie jej wykonania (art. 152 k.k.w.), a więc stanowi *de facto* podstawę faktycznej modyfikacji orzeczonej w wyroku kary.

Z drugiej strony wyeksponowania w tym miejscu wymaga fakt błędów, jakie pojawiają się z uwagi na „dwutorowość” w procesie podejmowania decyzji w przedmiocie odroczenia wykonania kary, a będących wynikiem deficytów wiedzy biegłych medyków, w zakresie rzeczywistych możliwości leczniczych i organizacyjnych więziennej służby zdrowia. O ile opiniowanie na etapie pierwszym, umownie nazwijmy go „diagnozą” stanu zdrowia skazanego (dochodzi w nim do ustalenia lub wykluczenia choroby psychicznej lub fizycznej), nie jest z reguły obarczone błędami, o tyle błędy takie pojawiają się na etapie drugim – „prognozowaniu”, w którego toku następuje wyprowadzenie wniosków w przedmiocie skutków zdrowotnych, jakie może nieść dla chorego skazanego osadzenie w zakładzie karnym.

Mając na uwadze wskazane wyżej mankamenty, którymi dotknięte jest obowiązujące ustawodawstwo, proponuję następujące brzmienie przepisu art. 150 k.k.w.:

„Art. 150 § 1. Wykonanie kary pozbawienia wolności w przypadku ciężkiego zaburzenia psychicznego lub ciężkiej choroby somatycznej, uniemożliwiających wykonywanie tej kary, sąd odracza do czasu ustania przeszkody.

§ 2. Za ciężkie stany opisane w § 1 uznaje się takie, w których umieszczenie skazanego w zakładzie karnym może zagrażać życiu lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo.

<sup>116</sup> Teza oparta na obserwacji praktyki wymiaru sprawiedliwości w toku jej sprawowania przez autora.



§ 3. W celu wydania opinii o stanie zdrowia skazanego sąd powołuje co najmniej jednego biegłego lekarza, a w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego skazanego, co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów.

§ 4. Ocenę, w przedmiocie stanów określonych w § 2, sąd przeprowadza po uzyskaniu informacji od właściwego organu Służby Więziennej, odnośnie do możliwości leczniczych i organizacyjnych więziennej służby zdrowia, w przypadku konkretnego skazanego”.

Takie ujęcie podstaw obligatoryjnego odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności z jednej strony powinno przesądzić spór interpretacyjny, który toczy się wokół obowiązującej regulacji, z drugiej zaś będzie odpowiadało aktualnemu stanowi wiedzy medycznej. Proponowane rozwiązanie ma jeszcze jedną ważną zaletę. Otworzy możliwość ubiegania się o odroczenie wykonania kary tym wszystkim osobom, które obecnie pozbawione jej były (i są) wskutek stosowania i wąskiego pojmowania przez część środowiska medycznego i sędziów, anachronicznego pojęcia choroby psychicznej.

Rozwiązanie zawarte w §§ 3 i 4 wyeliminuje natomiast z praktyki orzeczniczej przypadki wadliwego, bo nie popartego wiedzą po stronie biegłych lekarzy, co do możliwości leczniczych i organizacyjnych więziennej służby zdrowia, prognozowania skutków zdrowotnych izolacji penitencjarnej chorych skazanych. Do uregulowania wówczas pozostanie kwestia wskazania właściwego organu Służby Więziennej, określenia zakresu obowiązku dotyczącego udzielenia odpowiedzi na postawione przez sąd pytania, a w szczególności ustalenia wiążącego terminu jej udzielenia. Obowiązkiem tym powinien być obciążony dyrektor okręgowy Służby Więziennej, a jego konkretyzacja powinna nastąpić w drodze zarządzenia Ministra Sprawiedliwości, na podstawie delegacji zawartej w przepisie art. 12 ust. 5 ustawy o Służbie Więziennej<sup>117</sup>.

---

<sup>117</sup> Zob. przypis 7.

## Bibliografia

- Bolechała F., *Stan psychiczny a odpowiedzialność karna – regulacje prawne i kryteria medyczne w Polsce oraz innych państwach*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2009, t. 59, nr 4.
- Dąbkiewicz K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2018.
- Drake R.E., Mueser K.T., Brunette M.F., *Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications*, „World Psychiatry” 2007, tłum. M. Gajdosz, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria” 2008, nr 4.
- Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, pod red. L. Korzeniowskiego, S. Pużyńskiego, wyd. III, Warszawa 1986.
- Gardocki L., *Prawo karne*, wyd. 20, Warszawa 2017.
- Gromulska L., *Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, nr 64.
- Hajdukiewicz D., *Nieuprawnione zaświadczenia lekarzy psychiatrów w postępowaniu karnym*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, t. 14, nr 4.
- Hajdukiewicz D., *Postawy psychiatrów – bieżyłych i niebieżyłych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, t. 14, nr 4.
- Heitzman J., Markiewicz I., *Niepoczytalność – doktryna, praktyka, skuteczność, alternatywa*, „Psychiatria po Dyplomie” 2012, t. 9, nr 3.
- Hołda Z., Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Gdańsk 2005.
- Jabłoński Ch., Kobek M., Kowalczyk-Jabłońska D., *Czy neurastenii to choroba psychiczna – sztuczny, czy rzeczywisty problem opiniodawczy?*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2011, t. 61.
- Jurek T., Bujak M., Szostak M., Świątek B., *Opiniowanie sądowno-lekarskie o zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności a możliwości Więziennej Służby Zdrowia*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008, t. 58, nr 1.
- Jurek T., *Opiniowanie sądowno-lekarskie w przestępstwach przeciwko zdrowiu*, Warszawa 2010.
- Kalbarczyk W.P., Murawiec S., Kalbarczyk M., *Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020*, Warszawa 2016.
- Kiejna A., Adamowski T., Piotrowski P., Moskalewicz J., Wojtyniak B., Świątkiewicz G., Stokwiszewski J., Kantorska-Janiec M., Zagdańska M., Kessler R.C., *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska – metodologia badania*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 49(1), s. 5–13.
- Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, pod red. J. Lachowskiego, wyd. 2, Warszawa 2016.
- Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, pod red. J. Lachowskiego, wyd. 2, Warszawa 2016.

- Komentarz do art. 127(b) Kodeksu postępowania karnego. Komentarz do wybranych przepisów*, pod red. J. Grajewskiego, P. Rogozińskiego, S. Steinborna, LEX 2016, nr 493741.
- Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, pod red. Gałęckiego, M. Pileckiego, J. Rymaszewskiej, A. Szulc, S. Sidorowicza, J. Wciórki, wyd. 5, Wrocław 2018.
- Leksykon Psychiatrii*, pod red. S. Pużyńskiego, Warszawa 1993.
- Leleental S., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2017.
- Mądro R., Teresiński G., Wróblewski K., *Stany chorobowe, ich wpływ na udział w postępowaniu karnym oraz na stosowanie środków i wykonywanie kary*, „Prokuratura i Prawo” 1998, nr 4.
- Möllers H.J., *Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych*, „Psychiatria Polska” 2018, vol. 52, nr 4.
- Mrozek K., *Obligatoryjne odroczenie wykonania kary ze względu na stan zdrowia skazanego, Nowa kodyfikacja prawa karnego*, 2014, t. XXXI.
- Nowak C., *Modyfikacje w zakresie wykonywania kary bezwzględnego pozbawienia wolności – odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności i przerwa w wykonaniu kary pozbawienia wolności oraz problem niewykonania kary pozbawienia wolności* [w:] *Alternatywy pozbawienia wolności w polskiej polityce karnej*, pod red. J. Jakubowskiej-Hara, J. Skupińskiego, Warszawa 2009.
- Nowicki K., *Odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności*, „Państwo i Prawo” 2010, nr 12.
- Oniszczyk J., *Tworzenie aktów normatywnych jako instrument polityki publicznej. Technika budowy tekstu*, „Studia z Polityki Publicznej” 2014, nr 3.
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, nr 93(4).
- Paprzycki L.K., *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w postępowaniu karnym w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego*, „Prokuratura i Prawo” 1995, nr 7–8.
- Paprzycki L.K., *Problematyka psychiatryczna i psychologiczna w prawie i postępowaniu karnym: granice kompetencji biegłych i organów procesowych*, t. 2, Chowania 2011.
- Pawela S., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 1993.
- Postulski K., *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa 2016.
- Postulski K., *Stan zdrowia skazanego w aspekcie zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności*, „Prokuratura i Prawo” 2015, nr 7–8.
- Prawo karne wykonawcze. Zagadnienia procesowe*, Warszawa 2014.
- Przybysz J., *Psychiatria sądowa, Cz. I: Opiniowanie w procesie karnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, wyd. IV, Toruń 2007.
- Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, pod red. T. Bilikiewicza, wyd. 2, Warszawa 1974.

- Ptaszyńska-Sarosiek I., Niemcunowicz-Janica A., Filimoniuk M., Okłota M., Wardaszka Z., Szeremeta M., Sackiewicz A., *Opiniowanie w sprawach dotyczących oceny zdolności do udziału w czynnościach procesowych oraz oceny zdolności do odbywania kary pozbawienia lub ograniczenia wolności w materiale Zakładu Medycyny Sądowej w Białymstoku w latach 2005–2009*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2010, t. 60, nr 2–3.
- Pużyński S., *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska” 2007, t. 41, nr 3.
- Pużyński S., *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne, prawne*, wyd. I, Warszawa 2015.
- System prawa karnego*, t. 7: Środki zabezpieczające, pod red. L.K. Paprzyckiego, Warszawa 2012.
- Sęk H., *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993, z. 2.
- Tomaszewska M., *Charakter prawny decyzji o ubezwłasnowolnieniu w sądowym stosowaniu prawa*, Toruń 2008.
- Wiciński G., *Glosa do postanowienia Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 9 czerwca 1999 r., II AKz 304/99, Biul. SA Ka 1999/2/12–13*, „Prokuratura i Prawo” 2003, nr 12.
- Wiciński G., *Postępowania incydentalne związane z wykonywaniem kary pozbawienia wolności w programie probacji*, Łódź 2012.
- Wielki słownik medyczny*, pod red. J. Komender, M.J. Mossakowskiego, T. Orłowskiego, K. Ostrowskiego, W. Rudowskiego, A. Trzebskiego, Warszawa 1996.
- Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*, pod red. S. Pużyńskiego, M. Beręsewicza, Warszawa 1993.
- Zgoliński I., *Aspekty prawne orzekania i wykonywania kary pozbawienia wolności wobec osób niepełnosprawnych*, „Studia z Zakresu Nauk Prawnoustrojowych” 2016, t. VI.

## STRESZCZENIE

Przedmiotem artykułu jest analiza materialnych podstaw obligatoryjnego odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności.

W części wstępnej publikacji przedstawiono obowiązującą regulację prawną w zakresie podstaw obligatoryjnego i fakultatywnego odroczenia wykonania kary oraz możliwości świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach izolacji penitencjarnej. W niezbędnym zakresie zaprezentowano również dane statystyczne, obrazujące skalę zastosowania omawianej instytucji w praktyce orzeczniczej.

Przedmiotem dalszych rozważań czyni autor problematykę definiowania takich terminów, jak: „zdrowie psychiczne”, „choroba psychiczna”, „zaburzenie psychiczne” i związane z ich używaniem reperkusje na gruncie obowiązującego porządku prawnego. Akcentuje istnienie poglądów, zgodnie z którymi anachroniczne pojęcie „choroba psychiczna” powinno być wyeliminowane z porządku prawnego na rzecz terminu „zaburzenie psychiczne”. Zauważa przy tym, że tak w ustawodawstwach państw obcych, jak i w publikacjach rodzimych wyodrębnia się choroby (schorzenia, zaburzenia) psychiczne, którym towarzyszy przymiotnik wskazujący na ich nasilenie typu: „poważny”, „ciężki”. Przyjęcie kontrowersyjnego poglądu o dopuszczalności gradacji chorób (zaburzeń) psychicznych, obok chorób somatycznych, z uwagi na stopień ich nasilenia, nie może pozostać bez wpływu na interpretację przepisów regulujących przesłanki obligatoryjne odroczenia wykonania kary pozbawienia wolności. Skutkuje bowiem zawężeniem zakresu zastosowania omawianej instytucji do przypadków wystąpienia ciężkich chorób (zaburzeń) psychicznych lub ciężkich chorób somatycznych.

Przeprowadzona analiza tak obowiązującego porządku prawnego, jak i poglądów prezentowanych w doktrynie i judykaturze pozwala na konkluzję, że aktualna regulacja prawna przesłanek obligatoryjnych odroczenia wykonania kary wymaga pilnej modyfikacji. Jej kierunek, przez wskazanie propozycji zmiany obowiązujących przepisów, przedstawia autor w uwagach kończących opracowanie.

**Słowa kluczowe:** choroba psychiczna, ciężka choroba, odroczenie wykonania kary pozbawienia wolności, prawo karne wykonawcze, skazany, Służba Więzienna, zaburzenie psychiczne, zdrowie psychiczne

## SUMMARY

The subject of the article is the analysis of the base material for obligatory postponement of the execution of the penalty of deprivation of liberty.

The introductory part of the publication presents the applicable legal regulation in the field of obligatory and facultative postponement of punishment and the possibility of providing health care in the conditions of penitentiary isolation. The statistical data illustrating the scale of application of the discussed institution in case-law practice were also presented in the work.

The subject of further considerations is made by the author with the problems of defining such terms as: “mental health”, “mental illness”, “mental disorder” and repercussions related to their use under the current legal order. He emphasizes the idea according to which the anachronistic term “mental illness” should be eliminated from the legal order in favor of the term “mental disorder.” At the same time, he notices that in the laws of foreign states, and in native publications, psychiatric diseases such as mental and psychic disorders are accompanied by an adjective indicating their severity: “serious”, “severe”. Adaptation of a controversial view on the gradations of mental diseases (disorder), including the somatic diseases and its severity, can not be left without interpretation of provisions of the obligatory conditions for postponing the execution of a prison sentence. It results in narrowing the scope of application of the discussed institution to cases of severe mental diseases (disorders) or severe somatic diseases.

The analysis of such a legal order as well as the views presented in the doctrine and judicature makes it possible to conclude that the current legal regulation of the obligatory conditions for postponement of the penalty requires urgent modification.

The way how to do it, by indicating a proposal to change the existing regulations, is presented by the author in the final comments of this work.

**Keywords:** mental illness, severe illness, postponement of the execution of a prison sentence, executive criminal law, person sentenced, Prison Service, mental disorder, mental health